

## ITEM 32 : ALLAITEMENT

- En France : **60%** d'allaitement maternel, 39% à 3 mois et 9% à 12 mois ; Intérêt des cours de préparation à la naissance et de l'EPP du 4<sup>e</sup> mois pour information des bienfaits, préparer les jeunes parents à la réalité de ce que ça implique au niveau psychique et physique ; inciter l'allaitement maternel est une mission de santé publique

- Ne pas forcer une femme qui ne le souhaite pas à allaiter

Physiologie	Avant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Glande mammaire constituée :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aréole</b> qui lors de la stimulation déclenchera la sécrétion de prolactine et d'ocytocine</li> <li>- <b>Mamelon</b> : cône contenant des fibres musculaires lisses permettant son érection, avec à son sommet de nombreux pores, des canaux lactifères</li> <li>- <b>Glande mammaire</b> : une quinzaine de lobes, subdivisés en lobules puis en acini, chaque glande a son propre canal excréteur, galactophore principal, s'ouvrant au mamelon par un pore</li> </ul> </li> </ul>	
	Pendant la grossesse	<p>→ Durant les 2 derniers trimestres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Allongement et ramification</b> des canaux galactophoriques puis division en <b>canalicules sous l'action des hormones</b></li> <li>- Prolifération des cellules sécrétrices et organisation en <b>alvéoles</b> (= unités sécrétoires) + développement des <b>cellules myoépithéliales</b> contractiles et d'un important <b>réseau sanguin et lymphatique</b> en périphérie des alvéoles</li> <li>- <b>Progestérone</b> : bloque la fonction de lactation et d'éjection du lait jusqu'à l'accouchement</li> </ul> <p>→ Lactogénèse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phase 1 : <b>Colostrum</b> : produit à partir du milieu du 2<sup>e</sup> trimestre, écoulements durant la grossesse possibles (le plus souvent physiologiques mais peuvent être pathologiques)</li> <li>- Phase 2 : <b>Phase lactée</b> suite à la chute de la progestérone</li> </ul>	
	Accouchement	- Baisse Progestérone → Augmentation prolactine → installation de la lactogénèse	
	2 premiers jours = Colostrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consistance épaisse, couleur jaune-orangée, sécrété en faibles quantités</li> <li>- Riche en <b>protéines</b> (IgA) et en <b>cellules immunitaires</b>, pauvre en graisses</li> <li>- Importance des tétées régulières, « à la demande », un enfant né à terme avec une bonne adaptation à la vie extra-utérine sait normalement s'auto-réguler sur les tétées</li> </ul>	
	« Montée de lait » vers le 3 <sup>e</sup> jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Seins œdémateux, gonflés, chauds</b>, souvent accompagné d'un <b>fébricule</b> à 38° ; attention aux diagnostics différentiels, devant une hyperthermie du post-partum, le fébricule lié à la montée de lait est un diagnostic d'élimination (ne pas méconnaître une complication du post-partum)</li> <li>- La « Montée de lait » peut être retardée en cas de : mise au sein non précoce en salle de naissance (importance du peau à peau +++), séparation mère-enfant, absence de stimulation du mamelon, compléments artificiels donnés de façon inappropriée, tétine/sucette donnée à l'enfant, césarienne, hémorragie du post-partum, FDR anémie...</li> <li>- Modification de la composition du lait et augmentation de la quantité à partir du 15<sup>e</sup> jour avec une importance à l'allaitement maternel strict jusqu'à la fin du 1er mois qui est déterminant pour la l'allaitement maternel à long terme</li> </ul>	
	Allaitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien de la lactation : répétition des tétées → stimulation du mamelon et de l'aréole → pic d'<b>ocytocine</b> (éjection du lait) et pic de <b>prolactine</b> (20 minutes après la tétée, persistant 2h)</li> <li>- Evolution de la composition qualitative du lait au cours de la tétée (lait plus chargé en eau en début de tétée et chargé en acides gras sur la fin) et dans le temps pour s'adapter à la croissance de l'enfant : couvre tous les besoins de l'enfant pendant les 6 premiers mois (recommandations OMS)</li> <li>- Tout au long de l'allaitement importance de la tétée nocturne pour la montée de lait et l'entretien de la lactation (pic physiologique de prolactine vers 2-4h du matin)</li> </ul>	
	Sevrage	- Diminution progressive du rythme des tétées → diminution de la production lactée et involution de la glande mammaire ; doit se faire de façon progressive sur plusieurs jours/semaines en maintenant la tétée du soir autant que possible	
Propriétés	Bénéfices	Pour le nouveau-né	Pour la mère
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nutritionnel</b> : lactose, protéine (α-lactoglobuline), lipides (AG essentiels)</li> <li>- <b>Immunologique</b> : IgA, lysozyme, lactoferrine, macrophages, lymphocytes</li> <li>- Effet protecteur dose-dépendant contre les <b>infections digestives</b>, les <b>otites</b> et les <b>infections des voies aériennes inférieures</b></li> <li>- <b>Vecteur de la relation mère-enfant</b></li> <li>- Autres (discutés) : diminution de la <b>mort subite du nourrisson</b>, <b>diabète</b>, <b>Crohn/RCH</b>, <b>lymphome</b>, <b>pathologie allergique</b>, <b>meilleur développement cognitif</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissement du lien mère-enfant (si l'allaitement est un choix et est bien vécu par la mère, pas de pression familiale ou de l'équipe soignante)</li> <li>- <b>Réduction du risque de cancer du sein</b> en cas d'allaitement prolongé</li> <li>- Bénéfice économique</li> <li>- Retour plus rapide au poids antérieur à la grossesse (catabolisme important!)</li> </ul>

Propriétés	Limites	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Ictère au lait de la mère</b> (2%) : bilirubine non conjuguée, isolé, bénin</li><li>- Insuffisance nutritionnelle : <b>vitamine D et K</b></li><li>- Transmission possible <b>d'agents infectieux</b> (bactérie, VIH), de <b>substances médicamenteuses et toxiques</b> (drogue, alcool, toxique industriel...)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Difficulté de mise en route</li><li>- Crevasse du mamelon</li><li>- Engorgement mammaire</li><li>- Lymphangite</li><li>- Galactophorite</li><li>- Abscès du sein</li></ul>
Déroulement	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>1<sup>ère</sup> tétée</b> : activité réflexe qui doit avoir lieu dans les <b>30 à 60 minutes</b> suivant la naissance → conditionne les suivantes</li><li>- <b>Montée laiteuse</b> dans les <b>48 à 72h</b> après l'accouchement (en général, cf. supra) → Parfois accompagnée d'un fébricule : ne peut être attribué à la montée laiteuse qu'en l'absence de signes d'appel</li><li>- <b>Tranchées</b> (surtout chez la multipare) : <b>contractions utérines</b>, parfois douloureuses, survenant au cours des tétées (signe positif d'une tétée efficace)</li><li>- <b>Rythme des tétées</b> : à la demande du bébé et selon les capacités de production et stockage de la mère (la capacité de stockage est indépendante du volume de la glande mammaire : une « petite poitrine » peut produire beaucoup de lait et inversement), « classiquement » au début toutes les 2-3h puis espacement progressif guidé par le nouveau-né : tétée à la demande, le NN à terme s'auto-régule la plupart du temps</li><li>- Grossièrement :<ul style="list-style-type: none"><li>- Au début « vider » les 2 seins : donner les 2 à chaque tétée, position confortable, toute l'aréole dans la bouche (mouvement spontané d'attraper par la lèvre inférieure, sans douleur du bout de sein, sensation possible « d'aspiration du sein » parfois désagréable/douloureux au début, position de la gorge neutre permettant la bonne déglutition audible à l'oreille)</li><li>- Puis alterner G/D à chaque tétée pour bonne vidange et obtenir les corps gras qui « calent » le nouveau-né et pour laisser l'autre au repos et éviter les crevasses (cf. infra)</li></ul></li><li>- Possibilité de modifier la position du nouveau-né pour drainer tout le sein avec les différents lobes (« position berceuse », la plus classique, « position en ballon de rugby », très utile pour les jumeaux, « position sur l'épaule »), massage des seins</li><li>- Eviter les biberons de complément (sauf indication médicale clairement posée par pédiatre selon la perte de poids et l'études des tétées) ou tétine/sucette</li><li>- <b>Hygiène de vie</b> : « boisson abondante » (sans intérêt : contrairement aux idées reçues, bien boire ne donne pas plus de lait, en revanche, une tétée efficace donne souvent très soif et est un signe positif de tétée efficace), alimentation variée comme in utero d'ailleurs (le goût de l'enfant se forge déjà et chaque tétée a un goût différent selon ce que la maman a mangé), conseils pour éradiquer le tabac et l'alcool (+++) comme pendant la grossesse, si impossible, conseil de fumer/consommer de l'alcool immédiatement après une tétée, éviter excitants type thé/café, lavage quotidien des seins normal, pas de soins locaux spécifiques.</li><li>- Poursuite de l'allaitement : recommandations OMS <b>6 mois exclusivement</b> puis jusqu'à l'âge de <b>2 ans en complément de la diversification alimentaire</b> qui doit être commencée vers 4-6 mois de vie</li></ul>		
Contre-indications	Maternelle	<ul style="list-style-type: none"><li>- La SEULE grande CI à retenir pour l'ECN = <b>VIH</b> : allaitement contre-indiqué dans les pays développés</li><li>- <b>Cardiopathie ou néphropathie sévère</b></li><li>- <b>Antécédent de psychose puerpérale</b> (discuté, selon terrain)</li><li>- <b>Tuberculose active</b> : pendant les 2 premières semaines</li><li>- <b>Varicelle-Zona</b> : pendant les 10 premiers jours</li><li>- <b>HTLV1 et 2 positifs</b> : pour le don de lait au lactarium</li><li>- Pathologie locale : <b>gale</b></li><li>- Traitement au long cours : <b>AVK, corticoïdes, antithyroïdien de synthèse, IEC...</b></li><li>- <b>Fièvre de cause indéterminée</b> : suspension de l'allaitement provisoire jusqu'au diagnostic (à discuter)</li><li>- Non contre-indiqué : infection courante, herpès, CMV, hépatite B, hépatite A, ATCD de cancer du sein</li></ul>	
	Infantile	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Intolérance au lactose</b> (galactosémie congénitale, déficit en lactase), très rare</li><li>- <b>Fente labio-palatine</b> en l'absence de prothèse créée sur mesure en lien étroit avec les CMF, pas de CI absolue !</li></ul>	
Complications maternelles	Crevasse du mamelon	TTT	<p>= Fréquentes les 1<sup>er</sup> jours, provoquées par la mauvaise position du bébé ou une prise du sein incorrectes : entraîne des <b>tétées douloureuses</b>, mais ne contre-indique pas l'allaitement</p>
			<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Correction de la position du nouveau-né et de la prise du sein, aide renforcée des sages-femmes et auxiliaires de puériculture en maternité</b></li><li>- <b>Soins locaux simples, hydratation avec corps gras à étaler sur le mamelon</b> : le plus efficace et le moins couteux = presser du colostrum/lait maternel et l'étaler puis recouvrir d'une compresse propre sinon vente en pharmacie de crèmes adaptées type Lansinoh</li><li>- Eventuellement <b>bouts en silicone</b> si trop douloureuses (pas de preuve d'efficacité)</li><li>- Gare à la surinfection locale par staphylocoque ou candidose</li></ul>

Complications maternelles	Insuffisance de lait		- Imaginaire collectif +++, l'insuffisance lactée vraie est très rare, souvent mauvais conseils sur les positions, environnement toxique (expérience personnelle exprimée de l'entourage...), fatigue des visites en maternité.../ Conseils en maternité par personnel formé voire conseillère en lactation - Première cause d'interruption précoce de l'allaitement. - Facteurs favorisants : séparation mère-enfants / Antécédent de chirurgie esthétique des seins - Ne pas confondre avec le retard à la montée de lait retardée (cf. supra) - L'allaitement à l'éveil et à l'accompagnement peuvent aider la mère
	Engorgement mammaire		= <b>Congestion mammaire</b> due à la production de lait → ne contre-indique pas l'allaitement - Prévention : tétées fréquentes et efficaces dès la naissance +++
		C	- <b>Sein gonflé, tendu, douloureux, brillant</b> avec œdème ± rougeur, sans fièvre
		TTT	- <b>Expression du lait</b> : aide avec douche chaude pour vasodilatation mécanique des lobules du sein, mise au sein, expression manuelle en partant du bord externe de l'aréole vers le centre pour expression de lait ou au tire-lait avec association de massages glandulaires - Si très douloureux : <b>antalgique</b> (palier 1 !) ± <b>AINS à dose pédiatrique</b> - Aucune efficacité à restriction hydrique ou aux diurétiques
	Lymphangite  = Mastite inflammatoire		= Inflammation du sein pouvant évoluer vers une infection → ne contre-indique pas l'allaitement - Stase alvéolaire du lait → congestion des vaisseaux lymphatiques → insuffisance lymphatique → œdème interstitiel → inflammation strictement localisée au tissu lymphatique (lait non contaminé)
		C	- <b>Fièvre</b> à 39-40° - <b>Douleur mammaire intense</b> avec seins tendus et durs - <b>Zone inflammatoire</b> induré et douloureuse - <b>ADP axillaires</b> - Absence de pus dans le lait : <b>signe de Budin</b> négatif (intérêt discuté)
		TTT	- Rechercher et traiter : crevasse du mamelon, engorgement mammaire - <b>Poursuivre l'allaitement</b> (ou expression du lait si tétée douloureuse) - TTT local (peu efficace) : <b>cataplasme d'antiphlogistine, alternance chaleur/froid</b> ± <b>Antibiothérapie</b> si non amélioration après 12 à 24h
	Galactophorite  = Mastite infectieuse		= Prolifération de germes dans le tissu glandulaire et/ou interstitiel, compliquant généralement une lymphangite insuffisamment traitée (ou d'emblée si porte d'entrée infectieuse) → <b>Arrêt temporaire des tétées du sein infecté</b> jusqu'à guérison (lait tiré et jeté)
		C	- <b>Fièvre</b> à 39°C - <b>Mastodynie</b> - <b>Lait souillé de pus : signe de Budin</b> (le lait sur une compresse laisse une auréole jaune)
		PC	- <b>Examen du lait</b> : - En 2 <sup>nd</sup> intention si : - Situation traînante ou récidivante - Infection précoce (J5-J6) - Nosocomiale - Seuil > 10 <sup>6</sup> UFC/ml : <b>S. aureus ++, E. coli, streptocoque B</b> (bilatérale)
		TTT	- <b>Antibiothérapie orale</b> active sur <i>S. aureus</i> : <b>oxacilline</b> (Bristopen®) pendant <b>10 jours</b> - <b>Antalgique + AINS</b> per os - Traitement local : <b>chaleur, soulagement local cataplasme d'antiphlogistine</b> (discuté) - Suspension temporaire de l'allaitement sur le sein atteint possible mais non obligatoire - Si arrêt : reprise du côté sain - Reprise de l'allaitement par l'autre sein atteint dès disparition de la fièvre
	Abscess du sein		→ L'Arrêt de l'allaitement sur le sein ayant un abcès n'est plus obligatoire !
		C	- Galactophorite préalable - <b>AEG avec fièvre à 40°</b> - <b>Douleur lancinante, inflammation mammaire ± localisée</b> - <b>Collection mammaire fluctuante et hyperalgique</b> , le plus souvent péri-aréolaire
		PC	- <b>Echographie mammaire</b> en cas de doute
		TTT	→ <b>Hospitalisation</b> en gynécologie - <b>Traitement chirurgical sans</b> antibiothérapie associée si abcès isolé : <b>incision, lavage et drainage</b> de l'abcès sous AG - <b>Antibiothérapie probabiliste</b> active sur <i>S. aureus</i> en cas de mastite uniquement - Allaitement maternel possible dès que le sein est drainé avec antibiothérapie adaptée, dès lors que la mère tolère la tétée

Inhibition de la lactation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'y a plus de traitement préconisé pour éviter la montée de lait</li> <li>- Pas d'intérêt à la restriction hydrique</li> <li>- Meilleur traitement = ne pas stimuler le mamelon</li> <li>- Bandage et soutien-gorge serrés (en retirant la baleine inférieure si besoin ! Controversés)</li> <li>- Intérêt éventuel de l'homéopathie (proposée dans certaines maternités)</li> </ul>
Contraception et allaitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>MAMA</b> (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) : effet contraceptif de l'allaitement si <b>exclusif jour et nuit</b> (sans intervalle &gt; 6h, ≥ 6 tétées longues et ≥ 10 tétées courtes/jour) avec persistance de l'aménorrhée et risque de grossesse quasi-nul pendant <b>3 mois</b> (Attention, doit être scrupuleusement bien conduit, indice de Pearl élevé!)</li> <li>- <b>Micro-progestatif</b> : peut diminuer la quantité de lait → prescription recommandée après <b>6 semaines</b>, peut cependant être introduit dès la sortie de la maternité</li> <li>- <b>Contraception locale</b> : adaptée à une contraception ponctuelle (notamment les 2 premiers mois), en l'attente de la consultation post-natale ou plus si désir de la femme/du couple</li> <li>- <b>Pose d'un DIU</b> (avec ou sans hormones) : peut être envisagée dès la 4<sup>e</sup> semaine du post-partum, sans effet sur l'allaitement, peut être prescrit sur ordonnance de sortie de maternité en vue d'une pose à la consultation post-natale</li> <li>→ <b>Contraception oestroprogestative</b> déconseillée pendant les <b>6 premiers mois</b> de l'allaitement : gêne la mise en place de la lactogénèse et le maintien de la lactation</li> </ul>
Médicament et allaitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compatible avec l'allaitement : paracétamol, aspirine à faible dose, AINS à demi-vie courte, néfopam, tramadol, morphine, antibiotique (ne pas hésiter à consulter le CRAT)</li> <li>- Contre-indiqué : aspirine à dose antalgique ou anti-inflammatoire, AINS, codéine, oxycodone, antihistaminique H1 anxiolytique (hydroxyzine)</li> <li>- Eviter le tabagisme, le cannabis et la prise d'alcool (conseils toxiques et tabagisme passifs notamment sur les risques de mort subite du nouveau-né ; cf. supra)</li> <li>- Aucun examen d'imagerie (hors médecine nucléaire) ne justifie d'interrompre l'allaitement</li> </ul>

	Poursuite allaitement	Signe de Budin	Fièvre	ATB	Tire-lait	Rougeur cutanée	Côté	Masse localisée palpable
<b>Crevasse</b>	OUI	-	NON	NON	-			
<b>Engorgement</b>	OUI	-	38°C	NON	±	∅	Bilatéral	NON (2 seins sous tension)
<b>Lymphangite</b>	OUI	-	39-40°C	±	+			
<b>Galactophorite</b>	NON	+	38,5°C	OUI	+	Localisé (quadrant)	Unilatéral	Aucun
<b>Abcès</b>	NON	±	Pics fébriles	OUI	+	Localisée	Unilatéral	OUI

NB : si nécessité d'un tire-lait : possibilité de donner le lait à la cuillère, à la pipette, à la tasse pour éviter de donner un biberon et compromettre l'allaitement maternel.