

Allaitement et complications.

(item 24)

Objectifs :

Expliquer les modalités et argumenter les bénéfices de l'allaitement maternel.
Préciser les complications éventuelles et leur prévention.

I. Exposez succinctement les mécanismes physiologiques de l'allaitement maternel.

A la fin de la puberté, le sein est un organe encore incomplet, constitué d'un réseau de canaux galactophores drainant des bourgeons épithéliaux non fonctionnels.

La physiologie de l'allaitement amène à décrire :

- Le développement mammaire pendant la grossesse,
- La montée laiteuse après l'accouchement,
- L'entretien de la lactation pendant l'allaitement.

1) Pendant la grossesse

Deux phénomènes achèvent le développement du sein :

La mammogénèse. C'est un processus de multiplication cellulaire qui permet le développement anatomique du tissu glandulaire. Dès le début de la grossesse, l'activité mitotique dans les bourgeons épithéliaux et les petits canaux collecteurs augmente : les bourgeons se transforment en alvéoles, les canaux collecteurs s'allongent et se ramifient,

La lactogénèse. C'est un processus de différenciation cellulaire des cellules glandulaires qui s'opère surtout au 3^e trimestre avec la mise en place des éléments cellulaires et enzymatiques nécessaires à la synthèse des constituants du lait.

Ces phénomènes sont sous la dépendance d'un ensemble d'hormones maternelles et placentaires : prolactine, estradiol, progestérone, cortisol, insuline, hormone lactogène placentaire, hormone de croissance placentaire. Cependant, la progestérone, dont la sécrétion en fin de grossesse est exclusivement placentaire, exerce aussi un effet inhibiteur sur la sécrétion lactée par freinage de la sécrétion de prolactine et par action directe sur le sein. Cet effet de la progestérone explique que la lactation ne puisse débuter qu'après la délivrance.

2) Après l'accouchement

La chute brutale des taux de progestérone stimule la sécrétion basale de prolactine. La lactation s'installe en 24 à 48 heures : c'est la montée laiteuse. Les seins gonflent, deviennent tendus et sensibles, la femme peut présenter une fébricule passagère à 38° C.

3) Pendant l'allaitement

L'entretien de la lactation est assuré par les tétées grâce à un double réflexe neuro-hormonal partant des terminaisons nerveuses du mamelon. La stimulation du mamelon provoque à chaque tétée un double pic sécrétoire :

- de prolactine qui active la synthèse et la sécrétion des constituants du lait (galactopoïèse),
- et d'ocytocine qui favorise l'éjection du lait en agissant sur les cellules myoépithéliales. Un effet secondaire de cette sécrétion d'ocytocine est un renforcement des contractions utérines (les "tranchées") au décours des tétées.

II. Quels sont les constituants et les fonctions du lait ?

Le lait comprend des éléments nutritifs et des éléments non nutritifs. Cette dualité correspond à une double fonction, nutritive et non nutritive, notamment immunologique. Les éléments nutritifs comprennent : eau et oligo-éléments, glucides, protéines, lipides. Les plus caractéristiques sont le lactose et les caséines.

Le lactose est un glucide constitué d'un glucose et d'un galactose. Le nouveau-né le digère grâce à une lactase présente dans le tube digestif. Le déficit congénital en lactase, exceptionnel, entraîne une intolérance au lactose (ballonnements, douleurs abdominales, diarrhées),

Les caséines (utilisées pour la fabrication du fromage) sont des protéines nutritives incluant la plupart des acides aminés. Elles sont associées à des ions calcium pour former des micelles en suspension.

Les éléments non nutritifs incluent :

Des protéines : lactoferrine, immunoglobulines, lysozyme, hormones, facteurs de croissance,

Des éléments cellulaires : lymphocytes, polynucléaires, macrophages. Leur rôle est fondamental. En particulier, les cellules immunocompétentes, les immunoglobulines et le lysozyme confèrent au nouveau-né une immunité passive contre certaines infections.

Cette composition présente des variations dans le temps. Les deux ou trois premiers jours, la sécrétion lactée est peu abondante, pauvre en éléments nutritifs mais très riche en immunoglobulines : c'est le colostrum.

III. Quelles différences y a-t-il entre le lait maternel et les laits maternisés ?

Le lait est une substance spécifique d'espèce. Le lait de femme diffère notamment du lait de vache par sa teneur et sa composition en protéines.

Il est plus pauvre en caséines, d'où sa couleur translucide,

En revanche, il est beaucoup plus riche en protéines non nutritives, et notamment en lactoferrine, immunoglobulines et lysozyme,

Il est donc un peu moins énergétique mais beaucoup plus adapté à la protection d'un nouveau-né dont le système immunitaire est plus immature que celui des autres mammifères,

Son seul inconvénient est une pauvreté en vitamine D, insuffisante pour prévenir le rachitisme, d'où l'intérêt d'une supplémentation systématique. Les laits maternisés sont obtenus par transformation du lait de vache. En effet, la composition de ce dernier ne le rend pas directement assimilable par le nouveau-né humain. Après transformation, la composition en éléments nutritifs est assez comparable à celle du lait maternel. En revanche, la plupart des éléments immunologiques sont spécifiques d'espèce ' l'allaitement artificiel n'a pas la fonction immunoprotectrice de l'allaitement maternel.

IV. Quelles sont les bénéfices de l'allaitement maternel ?

Trois avantages sont démontrés :

1) Immunologique : il diminue la fréquence des infections digestives (gastro-entérites) et, peut-être, ORL (otites) et respiratoires.

2) Psychologique : c'est un élément très positif de la relation entre la mère et le nouveau-né,

3) Economique : son coût est nettement moins élevé que celui de l'allaitement artificiel.

Dans les pays du Tiers Monde, l'allaitement maternel prolongé a deux avantages majeurs :

Il diminue la mortalité infantile par des mécanismes multifactoriels : moindre coût, effet immunoprotecteur, mais aussi prévention des erreurs nutritionnelles souvent associées à l'allaitement artificiel. Il est, pour cette raison, fermement encouragé par l'Organisation Mondiale de la Santé,

Il participe à la régulation des naissances puisque l'hyperprolactinémie, associée à l'allaitement maternel exclusif, a un effet antigonadotrope.

V. Y a-t-il des contre-indications à l'allaitement maternel ?

Les contre-indications médicales sont rares :

- Galactosémie congénitale (déficit en galactose 1 phosphate uridyl transférase),
- Séropositivité HIV en occident (dans le Tiers Monde, le rapport risque - bénéfice reste favorable à l'allaitement maternel),

Plus discutables : tuberculose évolutive, psychose, prise de médicaments toxiques (antithyroïdiens de synthèse en particulier). En revanche, des seins petits, des mamelons ombiliqués, des antécédents de chirurgie mammaire ne sont pas des contre-indications.

En fait, la principale contre-indication est le non désir d'allaiter qu'il faut savoir respecter : un biberon donné avec amour vaut mieux qu'un sein donné avec réticence.

VI. Mme Christine G..., 25 ans, 1 geste 1 pare, vient d'accoucher à 38 SA d'un enfant de sexe masculin pesant 2 950 g. Elle souhaite allaiter son enfant. Quels conseils devez-vous lui donner pour le bon déroulement de l'allaitement ?

L'allaitement n'est pas une science et les conseils sont QCM de bon sens.

- Mise au sein immédiate, en salle de travail : le colostrum est très riche en immunoglobulines et la tétée favorise la montée laiteuse,
- Allaitement souple (avec horaires libres) qui se juge plus sur le regard et le comportement de l'enfant que sur la courbe de poids. Il faut en général une tétée toutes les 2 à 3 heures au début. Leur espacement progressif sera guidé par le nouveau-né,
- Pendant les tétées : installation confortable, la bouche du nouveau-né doit prendre largement l'aréole et non le seul mamelon, donner les deux seins à chaque tétée. - Hygiène de vie : boissons abondantes, alimentation variée et riche en protéines et en calcium, prohiber tabac, alcool et excitants (café, thé), lavage quotidien des seins à l'eau et au savon, protéger les mamelons avec une compresse sèche pour éviter la macération.

VII. Au 3ème jour du post-partum, Mme G... présente une fébricule à 37, 9° C et se plaint de douleurs bilatérales dans les deux seins. A l'examen, les seins sont durs, tendus, très douloureux. Quel est votre diagnostic ? Quelles mesures thérapeutiques proposez-vous ?

Un engorgement mammaire, contemporain de la montée laiteuse. Il est la conséquence d'un asynchronisme entre la lactogénèse, déjà opérationnelle, et les mécanismes d'éjection du lait, encore inefficaces. On peut proposer :

- Douches chaudes sur les seins,
- Massage circulaire des seins avant les tétées,
- Pansements antiphlogistiques (type Osmogel*),
- Eventuellement, et de façon ponctuelle, injection IM de 2 unités de Syntocinon* 20 minutes avant la tétée pour favoriser l'éjection du lait. Il faut rassurer la femme. L'engorgement est banal et régresse en 24 à 48 heures.

VIII. L'évolution de cet engorgement mammaire est simple et Mme G... quitte la maternité au 5^e jour du post-partum. Cependant, elle revient au 9^e jour en raison d'une fièvre à 40° C associée à une douleur unilatérale du sein droit. Quel diagnostic évoquez-vous ? Quels éléments cliniques en faveur de ce diagnostic devez-vous rechercher ?

L'association fièvre, douleur mammaire unilatérale oriente vers une complication de l'allaitement. La plus fréquente à ce stade est la lymphangite mammaire.

En faveur de cette hypothèse :

- Accident précoce, souvent 5 à 10 jours après l'accouchement, Début brutal, d'un jour à l'autre,
- Fièvre élevée à 39 - 40 ° C avec frissons,
- Placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein avec traînée rosâtre vers l'aisselle et adénopathie axillaire douloureuse,
- Le lait recueilli sur un coton est propre, sans trace de pus.

IX. Quels diagnostics différentiels doivent être discutés dans ce contexte ?

Le principal diagnostic différentiel est la galactophorite pré-suppurative :

- Accident plus tardif, au moins 10 - 15 jours après l'accouchement,
- Début progressif, sur plusieurs jours, fièvre modérée à 38 - 38,5 ° C,
- Douleurs de l'ensemble du sein, qui est plus ferme que l'autre,
- Signe de Budin : le lait recueilli sur un coton est mélangé à du pus.

Crevasse mamelonnaire

- Fréquente, elle est favorisée par une technique d'allaitement incorrecte. Négligée, elle peut être à l'origine d'un engorgement unilatéral, puis d'une lymphangite,
- Diagnostic : douleurs centrées sur le mamelon, rendant la tétée très douloureuse ; absence de fièvre (sauf si lymphangite associée) ; érosion superficielle à l'inspection du mamelon,
- Conduite à tenir : Nettoyer et sécher le mamelon après chaque tétée. Application de crèmes grasses et / ou cicatrisantes. Réexpliquer les modalités de l'allaitement.

Abcès du sein

- Devenu rare, il complique une galactophorite négligée ou incorrectement traitée,
- Diagnostic : début progressif par un tableau de galactophorite. Puis majoration des douleurs et fièvre élevée, parfois oscillante. A l'examen, le sein est volumineux, rouge, tendu, très douloureux. Dans ce contexte, la palpation d'une tuméfaction fluctuante est souvent difficile. En cas de doute, s'aider d'une échographie mammaire. Conduite à tenir. Hospitalisation, consultation d'anesthésie et bilan préopératoire, hémocultures. Le traitement est chirurgical, incision drainage, suivi d'une antibiothérapie adaptée au germe. L'allaitement doit être arrêté.

Ne pas méconnaître les autres causes de fièvre du post-partum : endométrite, infection urinaire, phlébite (cf cours n° 25)

	Lymphangite	Galactophorite pré-suppurative
Début	Brutal	Progressif
Fièvre	39 - 40° C avec frissons	Modérée, 38 - 38,5° C
Douleurs	Face externe du sein	Ensemble du sein
Infection du lait	Non	Oui (signe de Budin)
Traitement	Aspirine ou AINS Antiphlogistiques + - Antibiotiques	Antibiotiques
Allaitement	Suspension temporaire	Arrêt

X. L'examen oriente vers une lymphangite mammaire. Quel traitement proposez-vous ?

Suspension temporaire de l'allaitement avec le sein douloureux. Mais le lait doit être tiré et jeté pour bien vider le sein (location d'un tire-lait). L'allaitement avec l'autre sein est poursuivi, Aspirine ou anti-inflammatoires non stéroïdiens, Pansements antiphlogistiques (type Osmogel*). L'antibiothérapie est controversée. En principe inutile, elle est souvent prescrite : systématique pour certains, uniquement en cas de persistance des symptômes au delà de 24 à 48 heures pour d'autres. C'est une antibiothérapie per os active sur le staphylocoque et compatible avec l'allaitement, type Pénicillines M (Bristopen*, Orbénine*), pendant 8 jours, Surveillance de la fièvre et des douleurs. En général, l'évolution est rapidement favorable avec régression en 24 à 48 heures, autorisant la reprise de l'allaitement.

XI. L'évolution de cette lymphangite mammaire est favorable. Cependant, Mme G... vous fait part de son désir d'arrêter l'allaitement maternel, estimant que celui-ci se passe mal. Quelles mesures proposez-vous dans cette hypothèse ?

(Remarque : En France, moins de deux femmes sur trois optent pour l'allaitement maternel et la majorité d'entre elles passe en quelques semaines à un allaitement artificiel ou mixte. Les raisons invoquées sont généralement un manque de lait, les contraintes de la vie quotidienne ou un incident intercurrent. Pourtant, l'allaitement maternel n'est pas l'apanage désuet des pays du Tiers Monde. En Norvège (PNB par habitant nettement supérieur à la France), 98% des accouchées optent pour l'allaitement maternel, 86% des femmes allaitent encore à 3 mois et 68% à 6 mois.)

Il faut informer et expliquer mais respecter le désir de la femme. Dans cette hypothèse, il faut distinguer :

- L'arrêt tardif de l'allaitement (plus d'un mois après l'accouchement). Il ne nécessite en général aucun support médical. En effet, la sécrétion basale de prolactine diminue progressivement pour ne laisser que des pics sécrétoires induits par les tétées. Il suffit d'espacer le rythme des tétées en passant par une phase d'allaitement mixte,
- L'inhibition de l'allaitement (juste après l'accouchement) ou un arrêt précoce (moins d'un mois après l'accouchement). C'est le cas de Mme G... Il nécessite des moyens médicaux puisque la sécrétion basale de prolactine est élevée et entraîne rapidement un engorgement mammaire en l'absence de tétées.

On utilise un agoniste dopaminergique qui inhibe la sécrétion de prolactine : Bromocriptine (Parlodel*, Bromo-kin*) ou Lisuride (Arolac*). La posologie habituelle est de deux comprimés par jour pendant deux à trois semaines après un début progressif. La Bromocriptine est plus efficace mais a des effets secondaires plus importants : nausées, vertiges, parfois hypotension orthostatique. La principale contre-indication est l'HTA sévère. Dans cette hypothèse, force est de recourir à des petits moyens ancestraux : bandage mammaire, limitation des apports hydriques,...

Points essentiels

**Le lait contient des éléments nutritifs et de éléments non nutritifs (rôle immunitaire).
Le lait maternel est plus pauvre en éléments nutritifs, énergétiques, en vitamine D mais plus riches en éléments non nutritifs que les laits maternisés.**

Les deux principales contre-indications de l'allaitement maternel sont la Galactosémie congénitale (déficit en lactase) et la séropositivité HIV.

L'association fièvre et allaitement est évocatrice de lymphangite lorsqu'elle survient entre le 5ème et 10ème jour.

Le traitement de la lymphangite ne nécessite pas de stopper définitivement l'allaitement.

Les inhibiteurs de la lactation sont des agonistes dopaminergiques : Bromocriptine (Parlodel*, Bromo-kin*) ou Lisuride (Arolac*).

Il faut respecter les contre-indications : HTA, utilisation de méthergin*.