



Les douleurs de l'allaitement : Traitements, utilisation pratique et place du Tire-Lait

Sandrine Forchelet

► To cite this version:

Sandrine Forchelet. Les douleurs de l'allaitement : Traitements, utilisation pratique et place du Tire-Lait. Sciences pharmaceutiques. 2013. hal-01734429

HAL Id: hal-01734429

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734429>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE

UNIVERSITE DE LORRAINE 2013

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 30 mai 2013, sur un sujet dédié à :

LES DOULEURS DE L'ALLAITEMENT : TRAITEMENTS, UTILISATION PRATIQUE ET PLACE DU TIRE-LAIT

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par SANDRINE FORCHELET

né(e) 18 août 1987

Membres du Jury

Président :	Monsieur François BONNEAUX	Maître de Conférences
Juges :	Madame Claire HUBERT Madame Marie-Hélène SAHUGUET Madame Solange DEBANO	Docteur en Médecine Docteur en Pharmacie Sage-femme

Année universitaire 2012-2013

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Francine KEDZIEREWICZ

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Président du Conseil de la Pédagogie

Bertrand RIHN

Président de la Commission de la Recherche

Christophe GANTZER

Président de la Commission Prospective Facultaire

Jean-Yves JOUZEAU

Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle

Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :

Responsable de la filière Officine :

Responsables de la filière Industrie :

Francine KEDZIEREWICZ

Francine PAULUS

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier :

Jean-Michel SIMON

Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :

Raphaël DUVAL/Bertrand RIHN

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Max HENRY

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY

Pierre DIXNEUF

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Maurice HOFFMANN

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

Maurice PIERFITTE

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Hélène LIVERTOUX

Bernard MIGNOT

Jean-Louis MONAL

Dominique NOTTER

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE

Annie PAVIS

ENSEIGNANTSSection
CNU*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Chantal FINANCE	82	Virologie, Immunologie
Jean-Yves JOUZEAU	80	Bioanalyse du médicament
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Alain NICOLAS	80	Chimie analytique et Bromatologie
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Jean-Claude BLOCK	87	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Biologie cellulaire, Hématologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Pierre LABRUDE	86	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Isabelle LARTAUD	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Pierre LEROY	85	Chimie physique
Philippe MAINCENT	85	Pharmacie galénique
Alain MARSURA	32	Chimie organique
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Julien PERRIN	82	Hématologie biologique
Marie SOCHA	81	Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique
Nathalie THILLY	81	Santé publique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	Parasitologie
Mariette BEAUD	87	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT	86	Communication et Santé
Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie
Michel BOISBRUN	86	Chimie thérapeutique
François BONNEAUX	86	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique
Cédric BOURA	86	Physiologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël COULON	87	Biochimie
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	85	Chimie analytique
Roudayna DIAB	85	Pharmacie galénique
Natacha DREUMONT	87	Biologie générale, Biochimie clinique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique

Faculté de Pharmacie**Présentation**

ENSEIGNANTS (suite)	Section CNU*	Discipline d'enseignement
Florence DUMARCAY	86	Chimie thérapeutique
François DUPUIS	86	Pharmacologie
Adil FAIZ	85	Biophysique, Acoustique
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Caroline GAUCHER-DI STASIO	85/86	Chimie physique, Pharmacologie
Stéphane GIBAUD	86	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	86	Chimie organique
Frédéric JORAND	87	Environnement et Santé
Olivier JOUBERT	86	Toxicologie
Francine KEDZIEREWICZ	85	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT	85	Informatique, Biostatistiques
Faten MERHI-SOUSSI	87	Hématologie
Christophe MERLIN	87	Microbiologie
Blandine MOREAU	86	Pharmacognosie
Maxime MOURER	86	Chimie organique
Coumba NDIAYE	86	Epidémiologie et Santé publique
Francine PAULUS	85	Informatique
Christine PERDICAKIS	86	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO	86	Pharmacologie
Virginie PICHON	85	Biophysique
Anne SAPIN-MINET	85	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	87	Mycologie, Botanique
Gabriel TROCKLE	86	Pharmacologie
Mihayl VARBANOV	87	Immuno-Virologie
Marie-Noëlle VAULTIER	87	Mycologie, Botanique
Emilie VELOT	86	Physiologie-Physiopathologie humaines
Mohamed ZAIUO	87	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI	85	Pharmacie galénique
PROFESSEUR ASSOCIE		
Anne MAHEUT-BOSSER	86	Sémiologie
PROFESSEUR AGREGÉ		
Christophe COCHAUD	11	Anglais

*Disciplines du Conseil National des Universités :

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32 : Personnel enseignant-chercheur de sciences en chimie organique, minérale, industrielle

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS
DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES
A LEUR AUTEUR ».

Remerciements

A mon Président de Jury et Co-Directeur de Thèse, Monsieur François BONNEAUX,

Maître de Conférences à la Faculté de Pharmacie de Nancy

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse,

Pour votre disponibilité, vos remarques et conseils avisés,

Pour vos enseignements tout au long de mon cursus,

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect et de ma plus respectueuse gratitude.

A mon Directeur de Thèse, Madame Claire HUBERT,

Docteur en Médecine, Pédiatre à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Pour avoir accepté de diriger cette thèse,

*Pour vos précieux conseils et votre bienveillance tout au long de ce travail mais aussi
lors de mon stage à la Maternité,*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mes remerciements les plus sincères et
de ma profonde estime.*

A mes juges,

Madame Marie-Hélène SAHUGUET,

Docteur en Pharmacie

Pour avoir accepté de juger cette thèse,

Pour avoir contribué à me donner envie de faire ce métier et pour votre implication dans l'ensemble de mes projets professionnels,

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance et de mes sincères remerciements.

Madame Solange DEBANO,

Sage-femme à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Pour avoir accepté de juger cette thèse,

Pour votre gentillesse et votre disponibilité,

Pour ces quelques journées passées avec vous à la Maternité durant lesquelles vous m'avez fait partager un peu de votre expérience,

Je vous adresse mes sincères remerciements.

A mes parents,

*Pour m'avoir soutenue et pour me soutenir encore dans tous mes projets,
Pour avoir toujours été présents dans les bons comme dans les mauvais moments,
Pour avoir toujours cru en moi,
Maman, Papa, je vous dédie ce travail.*

A Damien,

*Pour avoir partagé mes angoisses, mes moments de stress, mes bonheurs et mes joies,
Pour ces années passées à mes côtés et pour toutes celles à venir,
Je t'aime.*

A Céline,

*Pour ta bonne humeur et ta joie de vivre,
Pour m'avoir souvent remonté le moral,
Merci pour tout ma sœurlette.*

A ma belle-maman Zazou,

*Pour m'avoir permis, avec beau-papa, de faire ce travail dans les meilleures conditions qui soient,
Pour les gâteaux et chocolats en réconfort,
Pour votre écoute et votre soutien,
Un grand merci à vous.*

A mes grands-parents,

Mamie, Papi et Malou, vous qui avez toujours été fiers de moi et qui avez toujours suivi mes études avec intérêt.

A toute ma famille,

Merci pour votre soutien et votre présence.

A Hélène et Lauriane, à Estelle et mon binôme Carole,

Pour les bons moments passés ensemble sur les bancs de la fac et pour tous les autres.

A mes amis et à toute l'équipe de la Pharmacie du Chardon Bleu.

Sommaire

TABLE DES FIGURES.....	6
TABLE DES TABLEAUX.....	7
INTRODUCTION GENERALE.....	8
PREMIERE PARTIE : LE SEIN, L'ALLAITEMENT ET SES COMPLICATIONS.....	10
I.Introduction.....	11
II.Anatomie du sein	11
II.1. Description	11
II.1.1. Morphologie externe.....	11
II.1.2. Morphologie interne	11
II.1.3. Vascularisation artérielle	13
II.1.4. Réseaux veineux et lymphatiques	14
II.1.5. Innervation	14
II.2. Evolution du sein de la vie fœtale à la lactation	15
III.Physiologie de la lactation.....	16
III.1. Les hormones ovariennes.....	16
III.2. La prolactine	17
III.3. L'ocytocine.....	17
III.4. Entretien et régulation de la production de lait.....	18
III.4.1. La synthèse du lait	18
III.4.2. L'éjection du lait	19
IV.Les débuts de l'allaitement	20
IV.1. Le premier contact peau à peau.....	20
IV.2. La bonne prise au sein.....	21
DEUXIEME PARTIE : DOULEURS DE L'ALLAITEMENT.....	25
I. Introduction	26
II.Les douleurs d'origine organique	26
II.1. Les crevasses	26
II.1.1. Définition	26

II.1.2.	Origines.....	27
II.1.2.1.	Mauvais positionnement de l'enfant.....	27
II.1.2.2.	Frein de langue.....	27
II.1.2.3.	Altération de la barrière cutanée.....	27
II.1.2.4.	Mauvaise utilisation d'un tire-lait.....	28
II.2.	L'engorgement	28
II.2.1.	Définition.....	28
II.2.2.	Origines.....	29
II.3.	L'obstruction d'un canal.....	29
II.4.	La mastite	30
II.4.1.	Définition.....	30
II.4.1.1.	Mastite non infectieuse ou mastite inflammatoire.....	30
II.4.1.2.	Mastite infectieuse.....	30
II.4.1.3.	L'abcès	31
II.4.2.	Origines.....	31
II.4.3.	Traitement antibiotique	32
III.	Facteurs psychologiques influençant la prise en charge de la douleur	33
III.1.	Le stress.....	33
III.1.1.	Définition et mécanisme du stress.....	33
III.1.2.	Allaitement et stress.....	35
III.1.2.1.	Conséquences du stress sur l'allaitement.....	35
III.1.2.2.	Intérêt de l'allaitement sur le stress.....	36
III.2.	Troubles de l'humeur et dépression post-partum	37
III.2.1.	Définition.....	37
III.2.2.	Rôle des œstrogènes et de la progestérone	37
III.2.3.	Troubles de l'humeur, dépression et allaitement.....	38
III.2.4.	Troubles de l'humeur, dépression et douleurs	39
III.2.5.	Prise en charge de la dépression post-partum chez la femme enceinte	39
III.2.5.1.	La psychothérapie.....	39
III.2.5.2.	Les antidépresseurs	40
III.2.6.	Conclusion	41

III.3. La symbolique du sein	42
III.3.1. Le sein et la mère	42
III.3.2. Le sein et la femme	43
III.4. Cas particuliers des femmes ayant subi des violences : importance du rôle du psychisme dans le ressenti des douleurs	44
III.4.1. Conséquences des violences conjugales sur la santé physique et mentale des femmes ..	44
III.4.1.1. Conséquences liées au stress.....	45
III.4.1.2. Répercussions physiques à long terme	45
III.4.1.3. Conséquences psychologiques	47
III.4.2. Conséquences sur l'allaitement	48
III.4.2.1. Choix de l'allaitement.....	48
III.4.2.2. Difficultés rencontrées	49
III.4.3. Conclusion	50
TROISIEME PARTIE : PRISE EN CHARGE DES DOULEURS, PLACE DU TIRE-LAIT	51
I.Introduction.....	52
II.Traitement des douleurs par l'utilisation de topiques	52
II.1. Traitement des crevasses	52
II.1.1. Repositionnement de l'enfant.....	53
II.1.2. Application de lait maternel et toilette des seins	53
II.1.3. Les crèmes à base de lanoline	53
II.1.3.1. Définition de la lanoline	53
II.1.3.2. Propriétés des crèmes à base de lanoline traitant les crevasses	54
II.1.3.3. Exemple de la crème Lansinoh® d'Almafil.....	55
II.1.3.4. Etudes complémentaires sur l'utilisation de topiques à base de lanoline	56
II.1.4. Les bouts de seins en silicone.....	58
II.1.4.1. Définition	58
II.1.4.2. Indications	58
II.1.4.3. Etudes d'efficacité	59
II.1.4.4. Utilisation pratique	59
II.1.5. Prévention des crevasses	60

II.2. Traitement des engorgements	60
II.2.1. Expression du lait.....	60
II.2.1.1. Expression manuelle	62
II.2.1.2. Tire-lait	63
II.2.2. Application de compresses chaudes et froides	64
II.2.3. Prévention	65
III.Traitement des douleurs par voie générale	66
III.1. Passage des médicaments dans le lait maternel	66
III.1.1. Facteurs influençant la concentration plasmatique chez la mère	66
III.1.2. Caractéristiques de la substance influençant son passage du plasma dans le lait maternel	68
III.1.3. Utilisation pratique de ces données.....	68
III.2. Application aux antalgiques	69
III.2.1. Le paracétamol	69
III.2.2. L'ibuprofène	69
III.2.3. Les autres antalgiques	70
IV.Le tire-lait : définition, utilisation pratique et place dans le traitement des douleurs	71
IV.1. Définition.....	71
IV.2. Principe de fonctionnement.....	74
IV.2.1. Les tire-laits manuels.....	74
IV.2.1.1. Exemple du tire-lait manuel Philips Avent Isis®	75
IV.2.1.2. Etude d'efficacité et de confort.....	76
IV.2.2. Les tire-laits électriques.....	77
IV.2.2.1. Efficacité comparée au tire-lait manuel	77
IV.2.2.2. Technologie d'expression à deux phases	78
IV.3. Indications	80
IV.4. Utilisation pratique.....	80
IV.4.1. Modalités d'obtention et de remboursement d'un tire-lait en France	80
IV.4.2. Entretien du tire-lait.....	81
IV.4.3. Réalisation d'une fiche pratique distribuée à la Maternité Universitaire de Nancy	82
IV.5. Effets indésirables du tire-lait	84

IV.5.1.	Arrêt prématuré de l'allaitement	84
IV.5.2.	Douleurs et lésions des mamelons.....	87
IV.5.3.	Contamination du lait.....	87
IV.5.4.	Importance des téterelles	88
IV.6.	Action du tire-lait sur la douleur	90
IV.7.	Place du tire-lait dans l'allaitement d'aujourd'hui	91
CONCLUSION GENERALE.....		93
ANNEXES.....		95
BIBLIOGRAPHIE.....;		98

TABLE DES FIGURES

- Figure 1 : *Principales composantes de la glande mammaire* (3)
- Figure 2 : *Evolution du sein de la vie fœtale à la lactation* (6)
- Figure 3 : *Evolution des concentrations sanguines en hormones au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la lactation* (D'après (6))
- Figure 4 : *INPES : Les bonnes positions pour allaiter* (10)
- Figure 5 : *Différentes positions pour allaiter* (10)
- Figure 6 : *Les signes d'un allaitement efficace* (10)
- Figure 7 : *Schéma représentant l'action du stress sur le système hypothalamo-sympatico-adrénergique* (D'après (21))
- Figure 8 : *Schéma représentant l'action du stress sur le système hypothalamo-hypophyso-surrénalien* (D'après(21))
- Figure 9 : *Arbre décisionnel du traitement de la dépression post-partum* (D'après (29))
- Figure 10 : *Bouts de sein silicone Dodie (42) (à gauche) et Avent (43) (à droite)*
- Figure 11 : *Comment stimuler le réflexe ocytocique* (12)
- Figure 12 : *Expression manuelle du lait* (10)
- Figure 13 : *Massage aréolaire* (10)
- Figure 14 : *Représentation schématisée du circuit d'un médicament de la mère à l'enfant via le lait maternel et les facteurs qui l'influencent* (49)
- Figure 15 : *Téterelle PersonalFit® de Medela*(54)
- Figure 16 : *Flacon de recueil Kitett® Diffusion Technique Française*(56)
- Figure 17 : *Vue éclatée du tire-lait Manuel Confort d'Avent® Philips*(55)
- Figure 18 : *Tire-lait électrique Fisio Kitett® Diffusion Technique Française*(56)
- Figure 19 : *Tire-lait électrique Symphony® de Medela*(54)
- Figure 20 : *Tire-lait manuel avec poignée* (55)
- Figure 21 : *Tire-lait manuel avec poire en caoutchouc* (56)
- Figure 22 : *Coussin masseur (à gauche) et diaphragme en silicone (à droite) du tire-lait manuel Isis® d'Avent* (55)
- Figure 23 : *Fiche pratique sur les tire-lait*
- Figure 24 : *Schémas illustrant les conséquences de téterelles de taille inadaptée* (67)
- Figure 25 : *Réglette de prise de mesure Kitett® Diffusion Technique Française* (68)

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : *Symptômes marquants chacune des quatre catégories et proportion de femmes ayant reporté ces symptômes (D'après (32))*

Tableau 2 : *Exemples de différents modèles de tire-lait électriques (46)*

Tableau 3 : *Relations entre des facteurs cliniques et comportementaux influençant un arrêt de l'allaitement après ajustement de l'âge, du niveau d'éducation et d'une précédente expérience de l'allaitement de la mère (63)*

INTRODUCTION GENERALE

Les bénéfices de l'allaitement sont depuis longtemps connus et reconnus. La Haute Autorité de Santé précise que le lait maternel couvre tous les besoins alimentaires du nouveau-né et lui est parfaitement adapté. Il offre une protection contre les pathologies gastro-intestinales, contre les allergies... Il est aussi bénéfique pour la mère : il diminue le risque de cancer de l'ovaire et du sein, diminuerait le risque d'ostéoporose... De plus, l'allaitement permet d'établir un contact privilégié avec son enfant. C'est pourquoi l'allaitement maternel exclusif est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) jusqu'au sixième mois de vie de l'enfant.

Selon l'étude Epifane réalisée en France en 2012, le taux d'initiation de l'allaitement maternel était de 69%, 60% des mères nourrissant exclusivement leur enfant au sein. A l'âge de 1 mois, 54% des enfants étaient toujours allaités et seulement 35% de manière exclusive. Ces résultats confortent le rapport du Professeur Dominique TURCK concernant l'allaitement maternel en France. Selon ce rapport publié en 2010, la durée médiane de l'allaitement était de 10 semaines seulement en 2003. De nombreux critères entrent en compte pour expliquer ce phénomène, notamment une durée insuffisante du congé maternité (durée minimale de 16 semaines dont 10 semaines après l'accouchement). D'autres facteurs sont évoqués comme un manque de confiance en soi ou encore des difficultés d'allaitement dont les douleurs.

Suite à un stage de 11 mois effectué à la Maternité Régionale de Nancy, j'ai voulu comprendre l'origine de ces douleurs, et surtout apprendre à conseiller et aider ces jeunes mères dans mon futur métier de pharmacien d'officine. Plusieurs points m'ont alors marquée : la plupart des femmes quittent la maternité trois jours après l'accouchement alors que l'allaitement est à peine commencé. Ces femmes pouvant alors rencontrer des difficultés à leur retour à la maison font appel à leur sage-femme libérale, à une consultante en lactation, à leur pédiatre, leur gynécologue mais aussi à leur pharmacien. La pharmacie est le lieu où elles peuvent se procurer différents antalgiques qu'ils soient généraux ou locaux. Il me semblait donc important d'en connaître leurs indications et leur efficacité.

Durant mon stage, lors des visites dans les chambres des patientes, j'ai remarqué que le simple fait de parler, de confier ses états d'âmes, ses doutes et de se savoir écoutées peut apporter des solutions à un problème physique. La psychologie aurait donc un rôle important dans le bon déroulement de l'allaitement. C'est pourquoi il est essentiel de connaître le contexte psychologique particulier dans lequel se trouvent ces femmes.

Enfin, les tire-laits sont le plus souvent prescrits dès la sortie de la maternité aux jeunes mamans dès lors qu'elles allaitent. Or l'utilisation pratique des tire-laits est souvent mal ou très peu connue. En tant que futur professionnel de santé amené à délivrer régulièrement ces appareils, il me semblait important de savoir correctement les conseiller et veiller à leur bonne utilisation.

PREMIERE PARTIE :
LE SEIN, L'ALLAITEMENT ET
SES COMPLICATIONS

I. Introduction

Le sein est un organe doté d'une unique fonction physiologique : la synthèse de lait. Il constitue en lui-même la glande mammaire et présente la particularité de devenir fonctionnel uniquement à la suite d'une grossesse, exception faite de certaines pathologies (adénome à prolactine...).

L'allaitement, qui est pour une femme l'action de nourrir son enfant à partir du lait qu'elle produit, est donc un phénomène qui lui est totalement inconnu lorsqu'il survient pour la première fois. Les jeunes mères peuvent alors rencontrer des difficultés dès la mise en route mais aussi devant la survenue de différents problèmes. Il est donc important pour les professionnels de santé d'être correctement informés sur le sujet afin de les aider dans leur projet d'allaitement.

II. Anatomie du sein

II.1. Description

II.1.1. Morphologie externe

Pour sa partie externe, le sein est composé d'un mamelon central. Celui-ci est constitué de plusieurs pores qui sont la terminaison des canaux lactifères. Le mamelon est flexible et malléable. Il est de taille, longueur et largeur variables selon chaque femme et peut être différent d'un sein à l'autre. Le mamelon peut être sortant, ombiliqué ou plat. Il est entouré par une région circulaire appelée l'aréole. En comparaison à la carnation naturelle de la peau, le mamelon et l'aréole ont une couleur plus foncée qui s'intensifie lors de la grossesse.

A la périphérie du mamelon se trouvent les glandes de Montgomery. Celles-ci sécrètent entre autres une substance lubrifiante et antiseptique qui protégera le mamelon et l'aréole lors de l'allaitement (1).

II.1.2. Morphologie interne

Dans sa partie interne, le sein renferme le tissu glandulaire à l'origine de la lactation. Il se compose de lobes c'est-à-dire d'un ensemble de glandes appelées alvéoles, reliées à des canalicules. On compte entre 7 et 10 lobes pour chaque sein. Ils se rassemblent en canaux lactifères ou galactophores au nombre de 9 en moyenne. Le trajet des canaux est sinueux et ces derniers sont souvent entrelacés. Contrairement aux précédentes convictions, il n'existe pas de sinus permettant le stockage du lait.

Ce tissu glandulaire se situe surtout dans la région la plus proche du mamelon. En effet, il compose 65% du sein dans un rayon de 30 mm à partir de la base du mamelon.

Le tissu adipeux détermine la forme et le volume des seins (2). Il se divise en trois parties : intra, sous et rétro-mammaire. On le retrouve tout d'abord au niveau sous-cutané où il sert de protection contre les blessures. Il est cependant peu présent au niveau de la base du mamelon. Par ailleurs, il est intriqué dans le tissu glandulaire. Il y recouvre les lobules eux-mêmes entourés de fibres musculaires lisses. Ce tissu adipeux se retrouve aussi dans la zone rétroglandulaire où il est limité par du tissu conjonctif assurant le glissement entre la glande mammaire, le tissu adipeux et le grand pectoral.

La glande et le tissu adipeux sont traversés par des septa de tissu conjonctif fibreux appelés ligaments suspenseurs ou ligaments de Cooper. Ils encapsulent le sein et ont, avec la peau, un rôle de soutien.

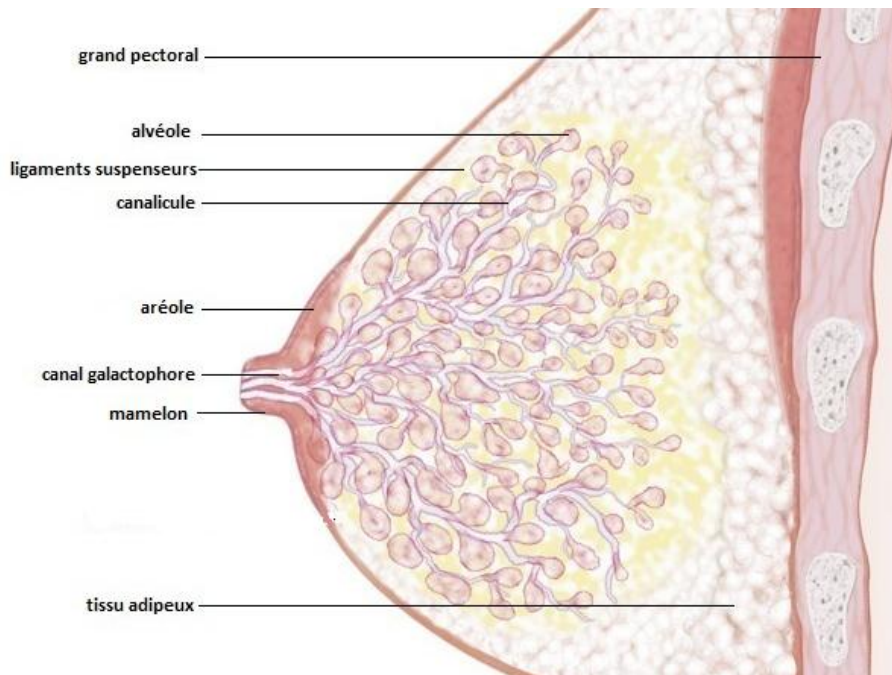


Figure 1 : Principales composantes de la glande mammaire (D'après (3))

II.1.3. Vascularisation artérielle (4)

La vascularisation du sein provient de trois branches artérielles.

La première branche est celle créée à partir de l'artère thoracique interne. Celle-ci est à l'origine de trois collatérales traversant les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} espaces intercostaux. Elles permettent la vascularisation de la partie interne du sein.

La seconde branche est issue de l'artère axillaire. Elle se divise en artère thoracique latérale et artère thoraco-acromiale. Cette partie couvre la partie externe et inférieure du sein.

La dernière branche est issue des artères intercostales postérieures.

Les différentes artères de la glande mammaire se distribuent en trois réseaux :

- Le réseau sous-dermique, vascularisant la peau,
- Le réseau pré-glandulaire, situé à la surface de la glande.

Les réseaux sous-dermique et pré-glandulaire possèdent de nombreuses anastomoses entre eux.

- Le réseau rétro-glandulaire, situé à la face postérieure de la glande.

L'ensemble des branches artérielles convergent vers l'aréole. C'est alors de ce point central que partent les réseaux veineux et lymphatiques.

II.1.4. Réseaux veineux et lymphatiques (4)

Le réseau veineux se divise en deux parties : une superficielle et une profonde.

La première est constituée d'un cercle péri-mamelonnaire se drainant dans les veines axillaires et thoraciques internes.

La seconde s'anastomose au réseau superficiel et se divise en trois directions. Une draine la partie médiane, une la partie latérale et une la partie postérieure.

Le réseau lymphatique, quant à lui, se compose de trois parties :

- Le réseau cutané ou superficiel s'anastomosant avec les lymphatiques cutanés du thorax, du cou et de la paroi abdominale.
- Le réseau de la glande mammaire ou réseau profond drainant les espaces interlobaires.
- Le réseau sous-aréolaire s'anastomosant avec les deux réseaux précédents.

Le réseau lymphatique du sein est très important et présente de nombreuses anastomoses avec les tissus environnants.

II.1.5. Innervation (4)

L'innervation sensitive a un rôle très important pour le bon fonctionnement de l'activité sécrétoire du sein. Les différents tissus du sein contiennent de nombreux récepteurs cutanés. De plus, l'aréole et le mamelon sont constitués d'un plexus nerveux intradermique très dense. Les nerfs sensitifs proviennent de nerfs intercostaux. Les messages transmis permettent de stimuler le cortex cérébral, le système limbique et surtout l'hypothalamus.

Ce réseau sympathique permet en partie l'activité sécrétoire du sein. Il utilise la voie des nerfs intercostaux pour innerver les structures cutanées et le plexus des artères thoraciques pour la glande mammaire.

II.2. Evolution du sein de la vie fœtale à la lactation

A la naissance, il existe déjà une ébauche de canaux lactifères. Mais ce n'est qu'à la puberté qu'ils commencent à se développer. Au cours de cette période, le terrain hormonal de la jeune fille se modifie. Les ovaires sécrètent des hormones stéroïdes (les œstrogènes et la progestérone) et l'hypophyse, de la prolactine. Sous l'influence de ces hormones, le réseau des canaux se densifie et des bourgeons apparaissent à leur extrémité. Ces quelques changements se réalisent progressivement.

Cependant les cellules sécrétrices sont peu nombreuses et le développement de la glande mammaire reste incomplet tant qu'aucune grossesse ne se déclare. En effet, à chaque cycle les hormones ovariennes provoquent un début de maturation des tissus qui s'arrête au bout de quelques jours, lorsque les taux d'œstrogènes et de progestérone diminuent (5).

Ce n'est que lors d'une grossesse, induisant la présence prolongée des hormones ovariennes, de prolactine et de l'hormone lactogène placentaire, que la glande mammaire va entièrement se développer. Les canaux galactophores s'allongent et se densifient et les bourgeons situés à leur extrémité se différencient alors en acini (6).

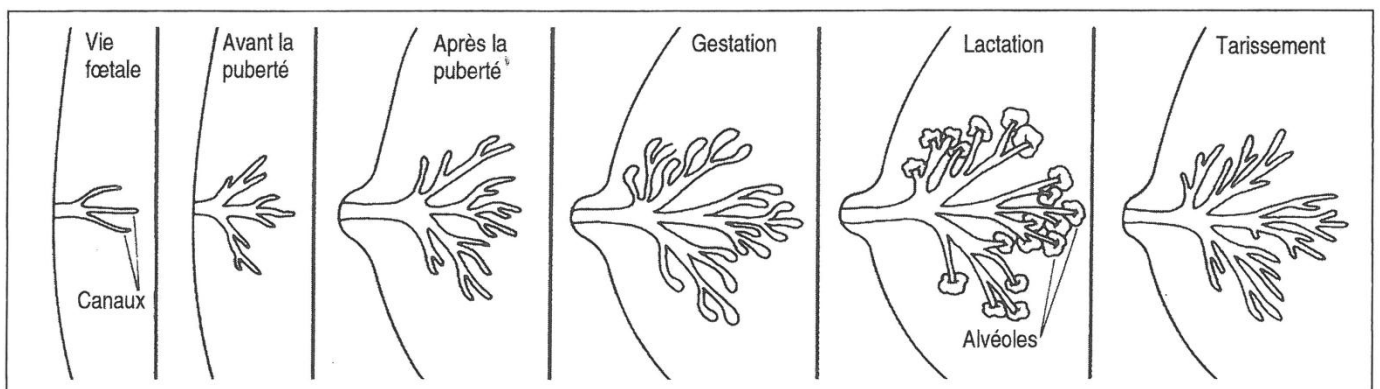


Figure 2 : Evolution du sein de la vie fœtale à la lactation (6)

Ces acini, ou alvéoles, se constituent d'une monocouche de cellules sécrétrices entourées de cellules myoépithéliales et d'un réseau dense de vaisseaux sanguins. L'ensemble de ces acini, assemblés en lobes à l'extrémité de chaque canal, constitue alors la glande mammaire proprement dite, qui ne sera fonctionnelle qu'après l'accouchement (2).

La partie externe du sein évolue un peu de manière similaire. Durant l'enfance, elle est de faible volume. Puis à la puberté, un bourgeon mammaire apparaît. Le tissu adipeux s'accroît alors progressivement pour donner au final la forme et le volume du sein (2).

La forme et le volume des seins sont aussi modifiés dès le début de la grossesse suivant le développement du tissu glandulaire.

III. Physiologie de la lactation

La lactation est un phénomène hormono-dépendant. Son déclenchement et sa mise en place commencent au début de la grossesse. Elle devient entièrement fonctionnelle quelque temps après l'accouchement.

III.1. Les hormones ovariennes

Œstrogènes et progestérone sont deux hormones produites en grande quantité durant la grossesse. Leur rôle est prédominant dans le bon développement et le bon fonctionnement de l'utérus mais aussi des glandes mammaires durant cette période.

Au début de chaque cycle menstruel, ces deux hormones sont sécrétées par les follicules ovariens puis, après ovulation, par le corps jaune. En absence de fécondation, ce dernier régresse et c'est de nouveau l'ovaire qui les synthétise.

Lors d'une grossesse, le corps jaune de l'ovule fécondé persiste et en produit alors des concentrations de plus en plus importantes. Au bout du 3^{ème} mois, le corps jaune n'est plus fonctionnel. Le placenta prend alors le relais.

Les hormones ovariennes ont deux rôles fondamentaux pour la lactation. Elles permettent tout d'abord le développement de la glande mammaire durant la grossesse : les œstrogènes stimulent le développement du réseau canaliculaire et la progestérone, celui des alvéoles. D'autre part, leur concentration sanguine élevée inhibe la prolactine, l'hormone responsable de la production de lait, jusqu'à l'accouchement (2).

III.2. La prolactine

La prolactine est une hormone synthétisée par l'antéhypophyse. A l'état basal, sa sécrétion est faible. Elle augmente progressivement tout au long de la grossesse. Cependant, le taux élevé d'œstrogènes et de progestérone durant cette période empêche sa trop forte augmentation. Après l'accouchement, l'expulsion du placenta entraîne une chute du taux de progestérone. C'est ce phénomène à l'origine d'un pic de prolactine qui entraîne le déclenchement de la lactation (6).

En effet, la prolactine, en plus de participer à la croissance des glandes mammaires dès la puberté, permet la production de lait. Elle stimule le tissu glandulaire qui produit alors des enzymes nécessaires à la synthèse de lait (2).

Par la suite, la succion du mamelon par l'enfant entraîne la sécrétion de PRH ou *Prolactin Releasing Hormone* au niveau de l'hypothalamus. Cette hormone stimule l'hypophyse, provoquant alors une décharge de prolactine (2).

III.3. L'ocytocine

L'ocytocine est une hormone produite par la posthypophyse suite à la stimulation de récepteurs situés sur le mamelon.

Elle a pour rôle d'activer les cellules myoépithéliales entourant les alvéoles et les canaux lactifères. C'est ce phénomène qui permet l'éjection du lait des alvéoles dans les canaux galactophores puis vers le mamelon (2).

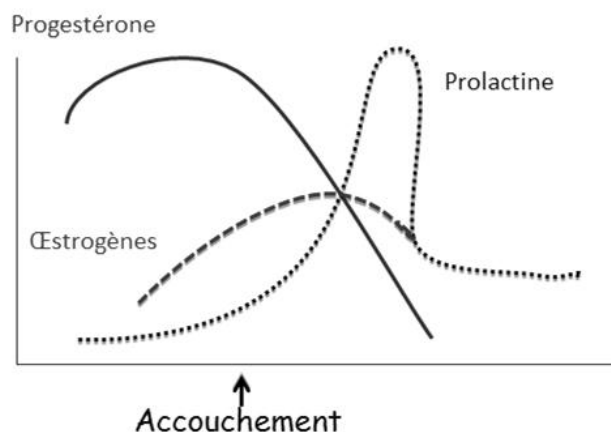


Figure 3 : Evolution des concentrations sanguines en hormones au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la lactation (D'après (6))

III.4. Entretien et régulation de la production de lait

III.4.1. La synthèse du lait

Lorsque l'allaitement se poursuit, le taux sanguin de prolactine diminue petit à petit. L'hypophyse a alors un rôle moins important et le contrôle de la sécrétion lactée devient majoritairement autocrine. La régulation de la production de lait dépend alors de plusieurs facteurs.

Le premier est bien évidemment la stimulation de l'aréole qui, comme le mamelon, est très innervée. C'est pourquoi les suctions répétées du nouveau-né provoquent une décharge de prolactine hypophysaire. Ce phénomène s'observe surtout au début de l'allaitement. Par la suite, il semblerait que la glande mammaire synthétise elle-même cette hormone localement, d'où une diminution de son taux sanguin (5).

Dans un second temps, la production de lait relève plutôt de mécanismes locaux. Il a été démontré qu'il existe une relation inversement proportionnelle entre la vitesse de synthèse du lait et le taux de remplissage des alvéoles. Ainsi, plus l'enfant consomme de lait durant les tétées, plus celui-ci sera rapidement produit. La synthèse s'adapte à la demande du nourrisson. Il peut donc y avoir des différences à ce niveau entre les deux seins (7).

S'ajoute à ces mécanismes locaux un système de rétrocontrôle négatif. Des facteurs constitués de protéines glycosylées, les FIL (Feed back Inhibitor of Lactation), s'accumulent dans le lait. Plus celui-ci reste dans les alvéoles, plus leur quantité est importante. La présence de ces protéines inhibe plus ou moins, en fonction de leur concentration, la synthèse lactée (5).

C'est pourquoi un enfant allaité doit téter le plus souvent possible afin d'entretenir la synthèse lactée.

III.4.2. L'éjection du lait

Le phénomène d'éjection du lait reste sous le contrôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire. C'est la stimulation, par les mouvements de tétée de l'enfant, des voies nerveuses afférentes au niveau du mamelon et de l'aréole qui provoque une libération automatique d'ocytocine par l'hypophyse. Ce phénomène est appelé le réflexe ocytocique (7).

Cependant, la stimulation mécanique n'est pas le seul facteur influençant le bon déroulement de l'allaitement.

L'ocytocine peut aussi être sécrétée suite à la vue de l'enfant ou à la reconnaissance de bruits qu'il émet. A l'inverse, un stress, une trop grande fatigue ou l'absence du désir d'allaiter inhibe sa synthèse (1). De nouveaux facteurs interviennent alors dans le bon déroulement de l'allaitement : les émotions et le ressenti de la mère.

IV. Les débuts de l'allaitement

IV.1. Le premier contact peau à peau

La mise en œuvre de l'allaitement débute dès la naissance, lorsque l'accouchement se déroule dans les conditions physiologiques et que l'enfant est en bonne santé. Le bébé venant de naître doit être séché, recouvert et placé sur le ventre de sa mère. Ce premier contact peau à peau a plusieurs rôles.

Il permet d'établir une relation avec le nouveau-né. Les mères ayant eu ce contact précoce ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé. De plus, il permet souvent de rassurer et apaiser le nouveau-né (8). Certaines études ont démontré qu'un premier contact direct (peau à peau) d'au moins 30 minutes entre la mère et son bébé permet une reconnaissance olfactive mutuelle. Celle-ci aurait un rôle dans ce qu'on appelle le processus d'attachement et serait donc essentielle pour leur relation future (9).

Le peau à peau stimule le réflexe de succion du nouveau-né. C'est en effet lors des deux premières heures de vie qu'il est à son maximum. Comme vu précédemment, le mamelon de couleur plus foncée sert de repère visuel au nouveau-né. Le fait d'être sur le ventre de sa mère le stimule à rechercher le sein (10).

Cette première étape est donc très importante pour une mise en route correcte de l'allaitement. Le sein étant très innervé, le contact immédiat avec la bouche de l'enfant aide à une première décharge hypophysaire de prolactine et d'ocytocine. Le colostrum est ainsi rapidement synthétisé (8).

Cependant, l'allaitement n'est aucunement compromis si l'enfant ne tète pas dès la naissance. Dans ces conditions et lorsque que l'état de santé de la mère et de l'enfant le permet, il faut remettre l'enfant en peau à peau et le laisser chercher le sein à son rythme. Le soutien à la mère doit alors être plus important pour éviter qu'elle ne perde confiance en son enfant et en elle-même (8).

IV.2. La bonne prise au sein

Même si l'enfant possède un réflexe de succion inné, les premières tétées peuvent ne pas être d'emblée efficaces. Or, seule une prise correcte du sein permet de stimuler efficacement le processus de lactation.



La bouche de l'enfant doit être grande ouverte, sa langue en forme de gouttière, légèrement sortie.



L'enfant aborde le sein avec son menton, ses lèvres bien retroussées sur le sein font un effet de ventouse. Sa bouche doit englober une grande partie de l'aréole, son menton et son nez sont contre le sein. Sa tête est légèrement inclinée en arrière.

Figure 4 : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) : Les bonnes positions pour allaiter (10)

Dans les conditions optimales, l'enfant englobe un tiers de mamelon et deux tiers de tissu mammaire sous-jacent. Cependant, le mouvement de succion qu'il exerce ne permet pas à lui seul d'expulser le lait hors des alvéoles. Le déclenchement du réflexe ocytocique est alors nécessaire. En effet l'ocytocine est sécrétée environ deux minutes après le début de la tétée, suite aux stimulations exercées sur le mamelon de la mère. Cette durée de sécrétion diminue au fur et à mesure de l'allaitement. Le diamètre des canaux lactifères augmente alors et l'éjection du lait se produit (11).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit quatre points clé pour un bon positionnement (12) :

- Tête et corps de l'enfant dans le même axe
- Visage face au sein et nez face au mamelon
- Corps de l'enfant contre la mère
- Corps de l'enfant soutenu par la mère (pas seulement la tête et les épaules)

Ces points sont très importants car la plupart des douleurs survenant au début de l'allaitement sont dues à un mauvais positionnement de l'enfant (10).

La mère doit aussi être confortablement installée, sans tension dans les bras, les jambes ou le dos. Il existe pour cela différentes positions d'allaitement.



La position de la berceuse (ou de la Madone)



La position allongée



La position « ballon de rugby »

Figure 5 : *Différentes positions pour allaiter (10)*

Le confort de la mère est important pour son ressenti de l'allaitement. Si des douleurs musculaires surviennent ou si les tétées sont fatigantes, elle risque de se décourager rapidement et surtout de ne pas profiter de ce moment.

Une fois l'enfant correctement positionné, la mère doit savoir reconnaître si la tétée est efficace, c'est-à-dire nutritive. Le nouveau-né est alors bien réveillé, les mouvements de sa bouche sont amples, réguliers et à chaque fois suivis d'une déglutition. Ils sont visibles au niveau de sa tempe et de ses oreilles. Cependant, les premiers jours de vie du nouveau-né, la succion n'est pas forcément mature. Ces signes sont alors difficilement décelables. De plus, la déglutition n'est audible qu'à partir du troisième jour environ.

Lorsque la tétée est non nutritive, le mouvement est un peu plus rapide, les déglutitions sont rares et l'enfant hypotonique a tendance à s'endormir et à arrêter relativement tôt le mouvement. (10) Cependant, au début de la tétée, l'enfant effectue aussi ces mouvements rapides sans déglutition. Ils permettent de stimuler le réflexe ocytotique. Il peut aussi les reproduire en fin de tétée. Dans ce cas, la tétée peut tout à fait être nutritive. Il est donc important de considérer une tétée sur la durée et non à un instant donné.

Par ailleurs, les valeurs chiffrées et les normes marqueurs d'un allaitement efficace peuvent permettre de donner des repères à la mère et de la rassurer au tout début de l'allaitement.

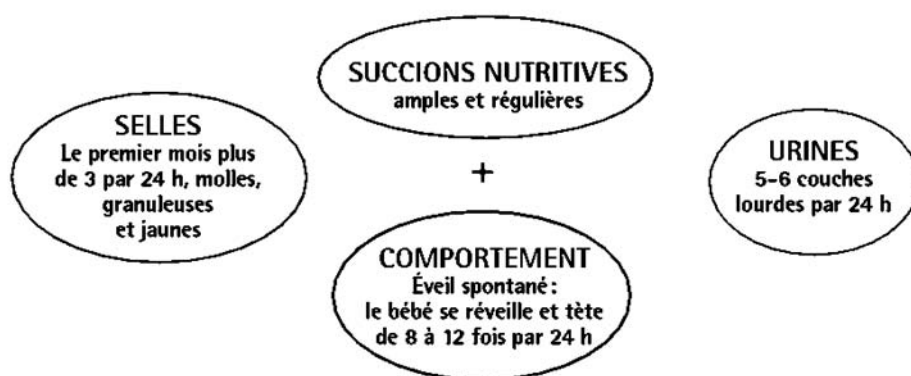


Figure 6 : Les signes d'un allaitement efficace (10)

DEUXIEME PARTIE : DOULEURS DE L'ALLAITEMENT

I. Introduction

En théorie, allaiter ne doit pas faire mal. Cependant, même si peu de données existent, on estime que 70 à 95% des femmes rapportent une douleur au niveau du mamelon au cours de leur allaitement (13). Ce résultat n'est pas anodin car l'apparition d'une douleur peut être à l'origine de la décision d'arrêter prématurément l'allaitement. D'après certaines études, la douleur fait partie des trois principales raisons qui poussent une mère à arrêter d'allaiter (derrière l'impression de ne pas avoir suffisamment de lait et la sensation que l'enfant ne tète pas correctement) (14).

Il est donc important pour chaque professionnel de santé de connaître l'origine de ces douleurs et leurs différentes manifestations.

II. Les douleurs d'origine organique

II.1. Les crevasses

La survenue de crevasses est très courante au cours des premiers jours de l'allaitement. Bien que les chiffres varient d'une étude à l'autre, la fréquence d'apparition peut aller jusqu'à 90% (15). Il semble donc primordial de s'y intéresser d'autant plus que les crevasses représentent une cause fréquente d'arrêt de l'allaitement, particulièrement au cours du premier mois (10).

II.1.1. Définition

La crevasse est une rupture de la barrière cutanée. Les lésions qui en découlent peuvent aussi bien se situer au niveau de l'épiderme que du derme. Elles peuvent toucher l'ensemble du mamelon ou seulement une petite partie. La lésion provoquée va d'une simple altération du sébum protecteur, elle sera dans ce cas non visible, jusqu'à l'apparition d'une gerçure, d'une fissure, voire d'une ulcération dans les cas les plus graves.

L'intensité de la douleur n'est cependant pas liée à l'importance physique de la lésion. Le mamelon étant une partie très innervée, une simple altération des couches supérieures de l'épiderme peut provoquer d'intenses douleurs. En effet, sur une échelle d'auto-évaluation de la douleur (Echelle Visuelle Analogique : EVA, voir annexe 1), le résultat est souvent

compris entre 8 et 10 (« 0 » représentant l'absence de douleur, « 10 », la plus intense douleur imaginable) (16).

II.1.2. Origines

II.1.2.1. Mauvais positionnement de l'enfant

Dans 90% des cas, les crevasses sont provoquées par un mauvais positionnement de l'enfant au sein. Il existe alors une friction anormale entre la peau du mamelon et la langue, les gencives, les lèvres ou le palais du nourrisson (8). De plus le mamelon s'étend jusqu'au palais mou de l'enfant ce qui représente 250% d'étirement. Ces frottements irritent alors cette zone sensible qui est par ailleurs très innervée. La douleur peut donc être très vive au moindre contact.

Ce mauvais positionnement peut autant être dû à une mauvaise « technique » de la mère qu'à une difficulté physique de l'enfant.

II.1.2.2. Frein de langue

Des crevasses peuvent aussi apparaître à cause d'un frein de langue trop court de l'enfant. Cette malformation appelée ankyloglossie néonatale touche 3,2 à 4,8% des nouveau-nés à terme. Ce frein sublingual modifie le fonctionnement de la langue du nourrisson lorsqu'il est trop court, pas assez élastique ou encore lorsqu'il est mal inséré. Il est alors à l'origine d'une augmentation importante du risque d'apparition de crevasses. Dans ce cas, une freinectomie, c'est-à-dire une simple incision du frein est souvent recommandée (17).

II.1.2.3. Altération de la barrière cutanée

Une autre cause favorisant l'apparition des crevasses est l'hygiène trop importante des seins. L'INPES recommande uniquement une douche quotidienne pour la poitrine de la mère. Au-delà de cette fréquence, les sécrétions antiseptiques et lubrifiantes des glandes sébacées situées au niveau du mamelon sont altérées.

Cette situation peut aussi s'observer lorsque la mère applique des produits irritants ou asséchants sur les mamelons. Le risque d'apparition de crevasses est alors plus important. De plus, l'odeur du savon ou de tout autre produit peut perturber l'enfant et modifier son comportement à la tétée (10).

II.1.2.4. Mauvaise utilisation d'un tire-lait

L'utilisation d'un tire-lait peut dans certains cas être à l'origine de l'apparition de lésions douloureuses au niveau du mamelon notamment lorsque le tire-lait utilisé est un modèle ancien avec un système de pompage inadapté. La pression exercée sur le sein est alors trop forte et peut provoquer des lésions (18).

Une tétérèlle de taille non adaptée (trop petite ou trop grande) engendre des frottements anormaux sur le mamelon et peut provoquer des douleurs et des lésions dont des crevasses (18).

II.2. L'engorgement

II.2.1. Définition

Au début de l'allaitement, il faut tout d'abord bien différencier la montée de lait ou congestion mammaire c'est-à-dire l'engorgement physiologique et l'engorgement proprement dit.

Dans le premier cas, la situation est physiologique : à partir du troisième jour environ, la production de lait s'intensifie sous l'action hormonale. Le flux sanguin mammaire augmente d'où l'apparition de seins chauds, durs. Le lait s'écoule normalement, la prise du sein se fait sans difficulté et la situation se rétablit rapidement si les tétées sont efficaces et sans limitation de durée ou de fréquence (9).

Dans le deuxième cas, la situation s'avère pathologique. S'il n'est pas extrait au fur et à mesure de sa production, le volume de lait dépasse la capacité de stockage dans les alvéoles et la pression dans celles-ci augmente. Le sein est alors douloureux, œdémateux et tendu, brillant et l'apparition d'une fièvre est possible. Dans ce cas, la prise en charge doit être rapide car un engorgement non traité peut provoquer l'arrêt de la production de lait. Comme il a été vu précédemment, il existe un rétrocontrôle négatif de la synthèse lactée. Ainsi, si le lait contenu dans les alvéoles n'est pas extrait, ce processus risque de s'enclencher et de compromettre la poursuite de l'allaitement.

L'engorgement pathologique peut aussi apparaître une fois l'allaitement bien démarré. Il fait suite à une stase laiteuse. Les manifestations physiques sont alors identiques (seins durs, tendus, douloureux).

II.2.2. Origines

Un mauvais positionnement de l'enfant au sein et une restriction de la fréquence des tétées sont les deux principales causes de l'engorgement (8).

En fait, tout ce qui est à l'origine d'une stase laiteuse peut engendrer un engorgement. Il existe donc de nombreux facteurs favorisant son apparition : des tétées trop courtes ou inefficaces, l'espacement des tétées lors d'un sevrage, l'hyperproduction lactée, l'usage de compléments alimentaires non justifié, le stress de la mère bloquant l'éjection du lait...

L'engorgement peut aussi s'auto-entretenir. Comme il provoque une déformation de l'aréole, une tension et un durcissement des seins, l'enfant a souvent plus de difficultés à téter correctement et l'évacuation du trop plein de lait devient difficile.

II.3. L'obstruction d'un canal

L'obstruction d'un canal correspond à une stase laiteuse cantonnée dans une partie du sein. Celui-ci présente alors une masse douloureuse et une rougeur localisée. Elle peut être due à la présence d'une masse solide dans un canal ou tout simplement à une mauvaise évacuation du lait au niveau de la partie du sein concernée. Une expression efficace du lait permet un retour rapide à la normale.

Il existe une situation similaire : l'apparition d'une pustule, souvent extrêmement douloureuse, au niveau du mamelon. Elle est également associée à l'obstruction d'un canal et donc d'un engorgement localisé. Le traitement consiste, après désinfection, en l'ablation de la pustule à l'aide d'une aiguille stérile, par friction avec une serviette ou encore lors de la tétée du bébé, suivie d'une expression du lait.

Une forme plus rare, appelée galactocèle, résulte de l'apparition d'un kyste de lait pur. Celui-ci ferait suite à l'obstruction d'un canal. Le lait pur se transforme en substance épaisse et crémeuse qu'il faut alors régulièrement aspirer. Cette situation ne contre-indique cependant pas l'allaitement (11).

II.4. La mastite

II.4.1. Définition

La mastite, aussi appelée lymphangite, est une inflammation localisée du sein résultant le plus souvent d'une stase laiteuse et/ou d'une infection.

II.4.1.1. Mastite non infectieuse ou mastite inflammatoire

Contrairement à l'engorgement, les signes cliniques sont plus localisés. En général, l'atteinte est unilatérale : une partie du sein est rouge, douloureuse, chaude et plus ou moins indurée. La glande mammaire sous-jacente est tendue et douloureuse. On note aussi l'apparition d'une fièvre, de frissons, d'un syndrome pseudo-grippal.

Lorsque la production lactée n'est pas suffisamment évacuée, suite à un engorgement mal soigné par exemple, la pression dans les alvéoles augmente. Or, le lait produit par la femme contient des cytokines inflammatoires, notamment l'interleukine-8 (IL-8), ayant un rôle de protection pour le nourrisson. L'augmentation de pression provoque alors la migration de ces cytokines dans les tissus environnant la glande mammaire et engendre une réaction inflammatoire : la mastite (11).

Lorsque celle-ci est mal soignée et se prolonge dans le temps, elle peut évoluer en mastite infectieuse voire en abcès.

II.4.1.2. Mastite infectieuse

La mastite infectieuse est le résultat d'une colonisation bactérienne de la glande mammaire. Elle peut faire suite à une stase laiteuse relativement longue: les facteurs immunitaires normalement présents dans le lait et la réaction inflammatoire ne sont alors plus suffisants et le milieu devient favorable au développement bactérien (11).

La mastite infectieuse peut aussi survenir suite à une pénétration du revêtement cutané par certains germes à partir d'une crevasse ou d'une autre lésion.

Les germes retrouvés sont généralement *Staphylococcus aureus*, *Escherichia Coli* ou des germes du genre *streptococcus* (5).

II.4.1.3. L'abcès

L'abcès est une complication rare d'une mastite non traitée notamment lorsque le drainage du sein a été insuffisant. La partie du sein atteinte devient plus rouge, enflée et douloureuse. Les signes généraux tels que la fièvre et quelques fois les nausées et vomissements s'aggravent. Du pus peut sortir du mamelon (19).

L'abcès nécessite un drainage chirurgical ou une aspiration sous échographie lorsque la localisation le permet (19).

II.4.2. Origines

Les causes favorisant la survenue des mastites sont nombreuses et bien connues (19):

- Survenue d'une lésion sur le tissu mammaire : suite à un traumatisme, une crevasse ou encore une candidose.
- Des tétées trop courtes ou inefficaces : le sein n'est alors pas correctement vidé, l'apparition d'un engorgement ou d'un canal lactifère bouché est plus fréquente et le risque de mastite augmente.
- La compression de la poitrine par des vêtements trop serrés : toute pression trop importante ou persistante sur le sein restreint ou bloque l'écoulement du lait.
- La fatigue et le stress seraient aussi, pour certaines mères, des facteurs déclenchant de mastite.

II.4.3. Traitement antibiotique

La mastite infectieuse doit être prise en charge à l'aide d'un traitement antibiotique pendant 10 à 14 jours (11). Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé datant de 2004 sont les suivantes :

- Erythromycine 250 à 500 mg toutes les 6 heures
- Flucloxacilline 250 mg toutes les 6 heures
- Dicloxacilline 125 à 500 mg toutes les 6 heures
- Amoxicilline 250 à 500 mg toutes les 8 heures
- Céfalexine 250 à 500 mg toutes les 6 heures

Actuellement, les antibiotiques utilisés classiquement sont l'oxacilline (1g 3fois/jour), la cloxacilline mais aussi la céfalexine, le cefaclor ou encore l'érythromycine (19).

Il est cependant difficile de déterminer si une mastite est infectieuse ou non à partir des seuls symptômes. Une numération leucocytaire et une étude bactériologique sont nécessaires. Le lait est alors mis en culture et un antibiogramme peut être réalisé. Cette opération apportera une information sur le ou les germes responsables de l'infection et permettra de choisir l'antibiotique le mieux adapté (11).

En pratique, cette mise en culture est peu demandée. Le traitement antibiotique est alors recommandé dans quatre situations selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (8):

- Si la mastite infectieuse est confirmée par la mise en culture du lait
- Si les symptômes sont d'emblée graves
- Si une lésion du mamelon est visible
- Si les symptômes ne s'améliorent pas en 12 à 24 heures

III. Facteurs psychologiques influençant la prise en charge de la douleur

Les origines organiques des douleurs sont connues et varient peu d'une femme à l'autre. La douleur ressentie peut se manifester par une simple gêne, une sensation d'inconfort ou alors être suffisamment insupportable pour influencer le bon déroulement de l'allaitement et être responsable de son arrêt.

Malgré les différentes solutions possibles, de nombreuses femmes finissent par renoncer lorsque d'autres parviennent à allaiter sans problèmes majeurs. C'est souvent l'état d'esprit de la mère, sa volonté et sa capacité à accepter ses difficultés qui vont être déterminants pour l'aider à prendre en charge ses douleurs.

Les professionnels de santé se doivent donc de connaître non seulement le contexte psychologique particulier dans lequel une jeune mère peut se trouver mais ils doivent aussi s'attacher à comprendre et respecter son projet et ses attentes.

III.1. Le stress

III.1.1. Définition et mécanisme du stress

Le stress peut être défini comme étant l'ensemble des réactions de l'organisme faisant suite à un événement inhabituel ou contraignant. Les effets peuvent se ressentir autant sur le plan physique que psychologique (20).

On peut distinguer deux types de stress (20):

- Le stress aigu : les réactions de l'organisme sont immédiates et de courte durée. Dans le monde animal, il permet souvent de survivre. Chez l'homme il est encore utile dans certaines situations (réactions d'évitement ou suite à une infection...). Il peut cependant être délétère quand les réactions sont exagérées et peut entraîner, par exemple, une trop forte élévation de la fréquence cardiaque.
- Le stress chronique : l'ensemble de ses manifestations se déroulent à moindre taux mais de manière permanente.

Les manifestations du stress sont une réponse à une décharge hormonale suite à la stimulation de l'hypothalamus. Les effets se traduisent à deux niveaux :

- Au niveau du système sympathique

Cela provoque une libération de noradrénaline par le système sympathique et d'adrénaline par les surrénales. Ces hormones provoquent une sensation d'anxiété permettant de stimuler l'attention mais aussi une augmentation de la fréquence cardiaque, une vasoconstriction... (20)

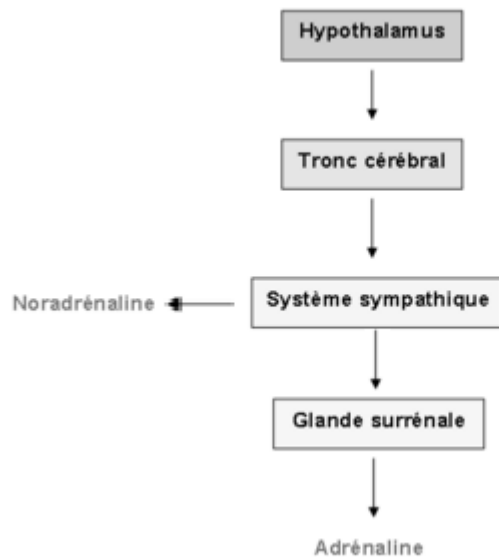


Figure 7 : Schéma représentant l'action du stress sur le système hypothalamo-sympathico-adrénergique (D'après (21))

- Au niveau du système hypothalamo-hypophyso-surrénalien

La principale hormone libérée est le cortisol. Il permet majoritairement de mobiliser les réserves en glucose de l'organisme (20).

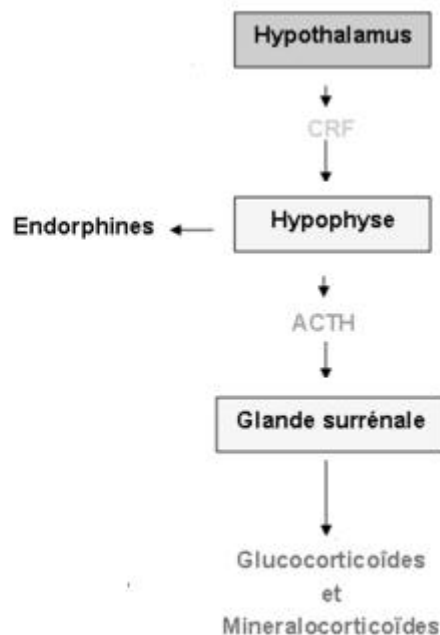


Figure 8 : Schéma représentant l'action du stress sur le système hypothalamo-hypophyso-surrénalien (D'après(21))

III.1.2. Allaitement et stress

III.1.2.1. Conséquences du stress sur l'allaitement (22)

Un stress prolongé modifie l'environnement hormonal. Ainsi une personne stressée présente notamment un taux de cortisol plus élevé que la moyenne. En post-partum, cette situation peut retarder la lactogénèse.

Il a été montré qu'un taux de cortisol élevé était à l'origine d'un niveau de fatigue plus important chez la femme allaitante. Or la fatigue, tout comme l'anxiété, inhibe la sécrétion de prolactine et peut être à l'origine d'une production lactée insuffisante.

Le stress est donc source de difficultés physiques. Ces difficultés, comme l'inhibition de la production lactée, ont un retentissement psychologique non négligeable pour la jeune mère et peuvent être à l'origine d'un sentiment d'impuissance, d'échec. Le stress peut ainsi

perturber l'équilibre émotionnel de la mère, modifier le lien qu'elle a créé avec son enfant et être à l'origine d'un sevrage précoce.

III.1.2.2. Intérêt de l'allaitement sur le stress

Plusieurs études ont démontré le bienfait de l'allaitement sur le stress. Nourrir son enfant au sein réduirait la réactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire lors de l'exposition à une situation stressante: allaiter permettrait de diminuer la synthèse de cortisol. Ces effets seraient dus en partie à l'ocytocine dont le taux est plus élevé chez une femme allaitante.

Une étude s'est intéressée aux taux d'adrénocorticotrophine (ACTH) et de cortisol chez deux groupes de femmes allaitantes exposées à un stress (23). Les femmes du premier groupe allaitaient leur enfant juste avant d'être exposé à une situation stressante, celles du second groupe le portaient simplement dans leurs bras. Ce deuxième groupe représente l'effet à long terme de l'allaitement. Dans le premier groupe, le taux des deux hormones mesurées est significativement moins élevé que dans le second peu après l'événement stressant. Cependant, l'ensemble des femmes constituant les deux groupes avaient un niveau d'anxiété augmenté et un moral diminué.

L'allaitement diminue donc la réponse de l'organisme au stress, mais à court terme. Il n'apporte pas de différence significative sur le long terme notamment au niveau de l'humeur et de l'anxiété.

III.2. Troubles de l'humeur et dépression post-partum

Les troubles de l'humeur et notamment la dépression sont à l'origine d'un contexte psychologique particulier : la jeune mère est plus fragile et le moindre problème rencontré (enfant présentant des difficultés à prendre le sein, début de l'apparition de crevasses...) peut prendre d'importantes proportions et entraîner un manque de confiance en soi, un découragement voire un repli sur soi. Or ce genre de contexte est souvent à l'origine d'une mauvaise maîtrise des douleurs voire d'une exacerbation de celles-ci.

III.2.1. Définition

Le trouble de l'humeur est une expression désignant un ensemble très large de pathologies psychiatriques dont la dépression. Nous nous intéresserons dans cette partie au trouble de l'humeur simple en évoquant uniquement les symptômes qui le caractérisent comme la tristesse, l'absence de joie, d'envie...

La dépression post-partum est un phénomène dont la prévalence est comprise entre 10 et 18% selon les études (24). Les premiers symptômes apparaissent dans les quatre semaines suivant l'accouchement et la véritable dépression se déclare en général au cours des 12 mois suivants (25). Les symptômes sont nombreux et comprennent la sensation de solitude, les troubles du sommeil ou encore la diminution de l'appétit.

III.2.2. Rôle des œstrogènes et de la progestérone

Plusieurs études ont montré le rôle important des œstrogènes dans les troubles de l'humeur. Les fluctuations des taux d'hormones stéroïdes en général seraient responsables d'une diminution du seuil d'émergence des troubles de l'humeur (26).

Ce phénomène peut se vérifier à chaque cycle pour les femmes sujettes aux troubles prémenstruels. En effet, au début du cycle ovarien, lors de la phase folliculaire, les ovaires sécrètent des œstrogènes. Puis aux environs du 14^e jour, un pic d'œstrogènes provoque l'ovulation. Suite à ce phénomène, l'ovule émis devient follicule et sécrète œstrogènes et progestérone. Ces deux hormones atteignent donc un taux relativement important jusqu'à la dégénérescence du follicule. La concentration sanguine des deux hormones chute alors brutalement. C'est ce phénomène qui est à l'origine du syndrome prémenstruel et des

troubles tels qu'irritabilité, asthénie, signes dépressifs, troubles de l'humeur ou encore troubles du sommeil pouvant lui être associés (2).

D'autres études ont montré que les femmes subissant ces désordres prémenstruels sont plus susceptibles d'être concernées par des troubles de l'humeur lors de modifications importantes du contexte hormonal, et notamment après un accouchement (26).

Les œstrogènes et la progestérone peuvent influencer la survenue d'une dépression post-partum. La forte imprégnation hormonale lors de la grossesse suivie de la chute brutale du taux d'œstrogènes et de progestérone joue un rôle dans l'apparition de symptômes dépressifs notamment chez les femmes concernées par les troubles de l'humeur prémenstruels. Chez les autres femmes, cette vulnérabilité n'est pas reconnue (26).

III.2.3. Troubles de l'humeur, dépression et allaitement

L'allaitement est une pratique qui engage la mère physiquement mais aussi psychologiquement. Il crée, entre elle et son enfant, un lien qui demande de s'impliquer émotionnellement. Les conséquences négatives d'une dépression mais aussi de troubles de l'humeur sur l'allaitement peuvent alors facilement se comprendre. Une mère qui se sent mal, triste ou seule aura certainement plus de difficultés à entretenir une relation privilégiée avec son nouveau-né.

Plusieurs études se sont intéressées à ces conséquences. Ainsi le taux d'allaitement exclusif chez les femmes dépressives serait plus faible que chez les femmes non dépressives (27). De même les femmes touchées par ce problème seraient plus susceptibles d'arrêter d'allaiter prématurément (24).

La dépression peut aussi avoir des conséquences physiologiques. Ainsi les femmes dépressives ont un taux plasmatique de prolactine plus faible que les autres (24).

D'un autre côté, les femmes allaitantes seraient moins susceptibles d'être touchées par une dépression post-partum. Une des explications de ce phénomène est que le fait d'allaiter augmente le taux d'ocytocine et renforce donc le lien entre la mère et son enfant. Cela permettrait à la femme allaitante de diminuer sa réponse au stress (24). Les femmes donnant le sein à leur bébé se sentiraient plus détendues et seraient donc moins facilement sujettes à la dépression.

III.2.4. Troubles de l'humeur, dépression et douleurs

Plusieurs études ont montré qu'il existait une étroite relation entre douleur et dépression. Ces résultats se basent sur les concentrations de substance P, protéine libérée uniquement lors d'une douleur. Une personne souffrant de dépression présente en moyenne un taux plus élevé de substance P dans le liquide céphalorachidien. Et inversement, un taux élevé de cette protéine entraîne une diminution du taux sanguin de sérotonine ce qui accroît le risque de dépression (28).

III.2.5. Prise en charge de la dépression post-partum chez la femme enceinte

Etant données les conséquences d'une dépression pour la mère et son enfant, il est indispensable d'envisager une prise en charge spécifique.

Chez la femme allaitante, la psychothérapie est la solution à privilégier pour traiter ce trouble. En effet, il est souvent recommandé d'utiliser le moins possible les traitements médicamenteux durant l'allaitement.

III.2.5.1. La psychothérapie

Une équipe canadienne a repris les différentes publications concernant la dépression de la mère et les conséquences sur le nouveau-né sur une période de 15 ans (29). Les résultats sont les suivants :

Les mères atteintes de dépression ont plus de difficultés à s'engager émotionnellement dans la relation avec leur nouveau-né et peuvent ainsi perturber le bon développement cognitif et comportemental de leur enfant. Or, le lien intense se formant entre la femme et son enfant est un des points clés pour la bonne réussite de l'allaitement.

L'objectif des psychothérapies est d'améliorer les humeurs et les attitudes des mères dépressives envers leur enfant.

Etant donné les conséquences d'une dépression post-partum pour la mère et son enfant, si la psychothérapie ne fonctionne pas, un recours aux traitements antidépresseurs doit être envisagé.

III.2.5.2. Les antidépresseurs

Il est démontré que pour traiter la dépression post-partum, les femmes allaitantes ont moins de prescriptions d'antidépresseurs que les femmes non allaitantes. De même ces mères ont tendance à refuser un traitement médicamenteux lorsqu'elles allaitent (29).

Pourtant, lorsque la psychothérapie ne suffit pas, le recours au traitement antidépresseur peut s'avérer efficace et ainsi améliorer le lien entre la mère et son enfant.

Le principal inconvénient dans cette situation est évidemment le risque de passage dans le lait maternel et les éventuels effets indésirables sur l'enfant.

Une publication a répertorié les différentes études réalisées à ce sujet entre juin 2002 et décembre 2008. Les principes de bases de la prise en charge sont résumés sous forme d'un schéma.

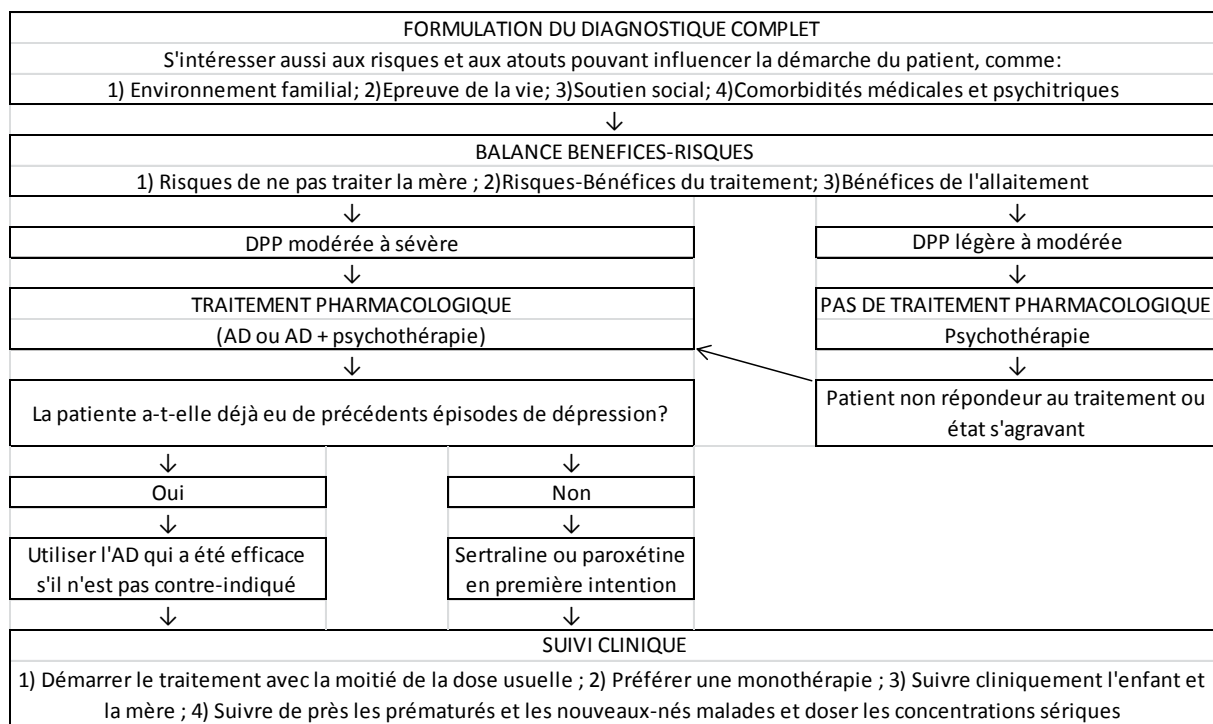


Figure 9 : Arbre décisionnel du traitement de la dépression post-partum (D'après (29))

Le rapport bénéfice-risque du traitement, quel qu'il soit, est bien sûr le premier élément à considérer.

La psychothérapie est à envisager en premier lieu sauf en cas de dépression modérée à sévère.

Si un traitement médicamenteux doit être instauré, les monothérapies sont à privilégier, tout comme l'utilisation de la concentration minimale efficace.

La paroxétine et la sertraline sont les deux molécules recommandées en première intention pour les mères n'ayant jamais eu un autre traitement antidépresseur auparavant.

Ces résultats se retrouvent dans les recommandations du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT). Celui-ci préconise sur son site internet d'utiliser les molécules connues pour avoir un faible passage dans le lait et une concentration sanguine faible voire indétectable chez l'enfant allaité. Ces antidépresseurs sont la paroxétine et la sertraline, appartenant à la famille des inhibiteurs de la recapture de sérotonine.

La paroxétine est peu retrouvée dans le lait : l'enfant ingère moins de 1% de la dose maternelle. De plus le CRAT ne recense aucun événement particulier sur 200 enfants allaités par des mères sous paroxétine (30).

Les résultats sont à peu près identiques pour la sertraline. Seulement 0,5 à 2% de la dose maternelle est ingérée par l'enfant et la concentration sanguine du médicament chez ce dernier est souvent indétectable (30).

Toujours selon le CRAT, certains tricycliques répondant aux mêmes critères peuvent aussi être utilisés: la clomipramine, l'amitriptyline et l'imipramine.

III.2.6. Conclusion

Si certains résultats pourraient être contestés, l'ensemble des études précédentes montre qu'il est important de s'intéresser à la psychologie, au contexte mental dans lequel se trouve la mère. La dépression post-partum et les troubles de l'humeur peuvent, en effet, jouer un rôle néfaste dans le déroulement de l'allaitement. Inversement, une femme allaitante est moins susceptible d'être touchée par une dépression qu'une femme nourrissant son enfant au biberon.

III.3. La symbolique du sein

Le sein a bien évidemment une place prédominante dans l'allaitement. Or, il n'a pas uniquement un rôle physique, il est entouré de toute une symbolique. Il incarne autant la féminité, l'érotisme que la maternité et évoque les différents rôles de femme, d'amante et de mère.

Cette symbolique a évidemment un rôle dans le ressenti de la mère, dans l'image que véhicule l'allaitement : le don de son sein à son enfant.

III.3.1. Le sein et la mère

L'image d'une mère donnant le sein à son enfant est un emblème de la maternité (5).

Le sein a un aspect nourricier : le lait qu'il produit nourrit l'enfant avec la meilleure alimentation qui soit. Il est le reflet de la capacité de la mère à donner à son nouveau-né tout ce dont il a besoin (1).

Il représente aussi la sécurité pour l'enfant qui retrouve un lien physique avec sa mère semblable à celui qu'il avait lorsqu'il était encore dans son ventre. Il retrouve la chaleur et l'odeur de sa mère (5).

C'est aussi pour la mère un élément important dans le lien qu'elle crée avec son enfant. La tétée est un moment d'échange, de contact peau à peau.

La symbolique du sein maternel, nourricier n'est pas sans lien avec celle du sein source de désir, de plaisir sexuel. Même si cet aspect est peu évoqué, la succion du nouveau-né provoque des contractions utérines pouvant être sources de plaisir pour la femme (5). Cet aspect peut être une découverte « heureuse » pour la mère qui trouve alors une autre facette agréable de l'allaitement. Mais il peut aussi engendrer un ressenti négatif, notamment pour des femmes voulant faire une stricte différence entre maternité et féminité, ce qui peut être le cas des femmes ayant subi des violences notamment d'origine sexuelle. Cet aspect sera évoqué dans le point III.4.

III.3.2. Le sein et la femme

A partir de la puberté, le corps de la jeune fille change et sa maturité physique et psychique s'installe doucement. La poitrine a souvent un rôle prédominant dans ce changement. Elle se forme progressivement et est petit à petit investie d'une valeur sexuelle. Le sein devient alors symbole de féminité et de désir masculin. Il devient aussi une zone érogène pouvant donner du plaisir autant à la femme qu'à l'homme (5).

Cette transformation, ce changement de perception peuvent quelquefois être longs à accepter pour la jeune fille. Et quelquefois, pour de multiples raisons, la jeune femme n'accepte pas ou n'arrive pas à entrer dans cette phase sexuée. Elle préfère alors cacher son corps que ce soit par peur ou par horreur du regard des autres et notamment des hommes. Elle ne veut pas être perçue comme un objet de désir sexuel (5).

Lors de l'allaitement, on porte bien évidemment une importance toute naturelle au sein de la femme. Seulement, il n'est pas uniquement la partie du corps qui permettra de nourrir l'enfant, le sein est aussi pour la mère signe d'érotisme, de désir et d'attirance.

Lorsqu'une femme ne supporte pas l'image de désir et d'érotisme évoquée par sa poitrine, l'allaitement peut devenir difficile. De plus, en dehors de son enfant, d'autres personnes plus ou moins proches peuvent être amenées à regarder ou toucher ses seins. C'est souvent et logiquement le cas des professionnels de santé dans le cadre d'un allaitement. Mais l'entourage de la mère peut aussi voir, regarder sa poitrine lorsqu'elle donne le sein à son enfant. Il est alors normal qu'elle ressente une certaine pudeur vis-à-vis de ces personnes et on peut comprendre la difficulté pour certaines femmes ayant une image « négative » de leurs seins d'entreprendre l'allaitement ou de le mener à bien. En effet, comme il a été vu précédemment, la gêne, le stress sont autant de facteurs favorisant les douleurs et les difficultés.

III.4. Cas particuliers des femmes ayant subi des violences : importance du rôle du psychisme dans le ressenti des douleurs

De nombreuses femmes sont victimes de violences conjugales dans le monde et aussi en France. L'Observatoire National de la Délinquance affirme que 560 000 femmes ont déclaré avoir subi des violences de la part de leur conjoint entre 2009 et 2010 ce qui représente 2,5% de l'ensemble des femmes françaises âgées de 18 à 75 ans. Les violences recensées peuvent être aussi bien physiques (coups, agressions sexuelles...) que psychologiques (insultes, humiliations...) (31).

Il me semblait intéressant d'étudier les conséquences de ces violences sur l'allaitement pour deux raisons. Tout d'abord, ce cas extrême montre bien que l'état physique et surtout psychologique de la mère a une forte répercussion sur le bon déroulement de l'allaitement. Et d'un autre côté, un allaitement bien conduit chez ces femmes leur apporte à elles et leur enfant de grands avantages, d'où l'importance d'un bon accompagnement par les professionnels de santé.

II.4.1. Conséquences des violences conjugales sur la santé physique et mentale des femmes

On peut facilement comprendre que subir des violences a des répercussions négatives sur la qualité de vie de la victime. Mais en dehors des conséquences physiques directes (ecchymoses, fractures...), il existe des répercussions physiques et psychologiques survenant sur le long terme, même plusieurs années après les faits.

III.4.1.1. Conséquences liées au stress

Un événement violent survenant dans la vie d'un individu est responsable d'un stress aigu. Lorsque ces événements se reproduisent régulièrement, le stress subi devient chronique et affecte le fonctionnement « normal » de l'organisme notamment en le surexposant à certaines hormones (32). Les conséquences d'un tel phénomène ont déjà été évoquées dans le point II.2.1.

Mais l'aspect physiologique pur ne peut pas être considéré isolément dans un contexte de violences conjugales. De nombreux autres facteurs sont à prendre en compte.

III.4.1.2. Répercussions physiques à long terme

Plusieurs études ont montré que les femmes ayant subi des violences présentent de nombreux problèmes de santé. Certains sont d'ordre gynécologique, d'autres proviennent de problèmes du système nerveux central engendrant maux de tête, douleurs dorsales... Une grande partie des problèmes évoqués concerne aussi l'apparition du stress chronique entraînant hypertension artérielle, diminution de l'appétit ou encore douleurs abdominales.

Une étude portant sur 157 femmes ayant subi des violences a permis de révéler la diversité des problèmes de santé que peuvent rencontrer ces femmes (32). Elle s'est intéressée à quatre domaines particuliers : l'impact sur le système neuromusculaire, sur le sommeil, sur le stress et dans le domaine gynécologique. Dans chacun de ces domaines, différents symptômes ont été évoqués. Dans le tableau 1, seuls les symptômes ayant été ressentis au moins 3 à 4 fois par an par chacune des femmes ont été comptabilisés.

Symptômes neuromusculaires	%	Stress	%
Douleurs articulaires	40,1	Point dans la poitrine	36,9
Articulations enflées	18,5	Douleurs dans la poitrine	52,2
Arthrite	30,6	Sensation d'un cœur qui s'emballe	63,7
Muscles raides et endoloris	52,2	Sensation de battements de cœur irréguliers	63,1
Faiblesse musculaire	61,1	Vertiges et/ou étourdissements	59,9
Tremblement et/ou spasme musculaire	48,4	Se sentir défaillir	30,6
Tremblement des mains	45,2	Difficultés à respire et/ou soufflé coupé	51,6
Crampes dans les jambes	47,1	Indigestion	37,6
Engourdissement et/ou picotements dans les bras et/ou les jambes	51,6	Brûlures d'estomac	44,6
Douleurs dans le cou	51,6	Crampes d'estomac	60,5
Douleurs de la mâchoire	26,8	Constipation	42
Douleurs dorsales	77,7	Diarrhées	52,2
Douleurs abdominales	48,4	Démangeaisons des yeux ou de la peau	40,1
Fatigue	63,1	Sifflement dans les oreilles	40,8
		Etat de choc	15,3
Impact sur le sommeil	%	Symptômes gynécologiques	%
Difficultés à rester éveillé	70,1	Relations sexuelles difficiles et/ou douloureuses	25,5
Difficultés à s'endormir	73,9	Infections vaginales	27,4
Sommeil trop court	70,1	Saignements vaginaux	17,8
Réveil tôt	63,7	Saignements en dehors du cycle	23,6
Nervosité	69,4	Maladies sexuellement transmissibles	15,3
Maux de tête	83,4	Saignements excessifs lors des menstruations	35
Fatigue	63,1		

Tableau 1 : Symptômes marquants chacune des quatre catégories et proportion de femmes ayant rapporté ces symptômes (D'après (32))

La diversité de ces symptômes est révélatrice de l'impact physique de ces violences. Douleurs articulaires, faiblesses musculaires, maux de tête, difficulté à dormir sont autant de symptômes influençant la qualité de vie physique de la femme.

Ces résultats ne sont, bien évidemment, pas à considérer comme strictement exacts. De nombreux biais peuvent être trouvés dans ces études. Les femmes témoignant sont souvent celles étant déjà entrées dans une démarche d'accompagnement et de reconstruction ce qui n'est pas le cas général. De plus, certaines douleurs peuvent avoir une origine autre que les violences.

Cependant, cette étude permet de se rendre compte de l'impact physique indirect de telles violences. Ces femmes ont une qualité de vie très altérée, se sentent souvent mal dans leur corps même des mois et des années après l'arrêt des sévices.

III.4.1.3. Conséquences psychologiques

Traiter des conséquences psychologiques de telles violences dans le détail est complexe. Chaque femme ressent et vit ces événements différemment. Généraliser l'impact des violences subies sur leur quotidien, leur ressenti est très difficile. Cependant quelques points peuvent être considérés pour mieux comprendre le bouleversement psychologique d'une telle situation.

III.4.1.3.1. Trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique survient, comme son nom l'indique, après un événement traumatisant. Il est une réaction d'ordre psychologique faisant suite à l'atteinte de l'intégrité physique ou psychologique d'une personne.

Après avoir subi des violences répétées ou non, de nombreuses femmes présentent ce trouble. Il peut d'ailleurs apparaître longtemps après l'événement déclencheur.

Ce trouble de stress post-traumatique peut être à l'origine d'un sentiment de détresse mais aussi de perturbations du sommeil... Il entraîne surtout des modifications sur le plan affectif. La personne atteinte présente souvent un détachement sentimental par rapport aux autres. Elle a beaucoup de difficulté à éprouver de l'affection pour autrui (32).

De telles perturbations ont évidemment un rôle prédominant dans les relations sociales de ces femmes.

III.4.1.3.2. Rapport avec leur corps

Les femmes ayant subi des violences physiques ont des difficultés à accepter voire à supporter leur corps. Lorsque les violences subies sont d'ordre sexuel, tout ce qui est signe de féminité est souvent mal accepté. C'est notamment le cas en ce qui concerne les seins. Comme il a été vu précédemment, ce sont les seins qui symbolisent souvent la féminité et l'érotisme. Certaines femmes pensent même que leur poitrine peut être à l'origine des violences qu'elles ont subies (33).

Des témoignages de femmes ayant été violentées rapportent qu'elles ont souvent honte de leur corps. Elles supportent mal qu'une autre personne voie leur poitrine même lors d'une visite médicale. Tout contact physique est souvent vécu comme une violation (33).

II.4.2. Conséquences sur l'allaitement

Douleurs dans les seins, difficultés à s'attacher émotionnellement, difficultés dans le rapport avec leur propre corps et notamment avec leur poitrine sont autant de points qui rendent, en théorie, l'allaitement compliqué.

III.4.2.1. Choix de l'allaitement

Même si les études présentent de nombreux biais et rendent les chiffres peu exacts, il semblerait que la proportion des femmes violentées choisissant l'allaitement pour nourrir leur nouveau-né soit identique à celle chez les femmes n'ayant pas subi de violences (34).

Même si les femmes victimes de violences rencontrent plus de difficultés, leur motivation est étonnement importante et peut s'expliquer par plusieurs raisons.

III.4.2.1.1. Image positive de l'allaitement

Ces mères disent choisir l'allaitement car elles veulent ce qu'il y a de mieux pour leur enfant. C'est un moyen de le protéger, de lui offrir les meilleures conditions possibles pour commencer sa vie (33).

III.4.2.1.2. Conséquences psychologiques sur la mère

Pour une femme souvent contrainte par la violence à obéir à quelqu'un, allaiter son enfant est une démarche qui n'appartient qu'à elle-même. C'est un contact intime avec son nouveau-né, un lien privilégié dont elle seule peut bénéficier. L'allaitement permet à la mère d'avoir un contact relativement maîtrisé et non-violent avec une personne (34).

L'allaitement a un rôle très important sur le psychisme pour ces femmes. Lorsqu'il est bien conduit, il engendre un sentiment de savoir-faire, de réussite qui gratifie la mère et rehausse son estime de soi. Il permet de renforcer son bien-être psychologique (1).

Par ailleurs, l'allaitement permet de « remettre en question la perception du sein comme symbole sexuel, de confirmer le pouvoir de la femme sur son propre corps, de confirmer la capacité des femmes de prendre soin de leur enfant de la meilleure façon possible » (1).

L'allaitement peut donc être une expérience plus que positive pour ces femmes lorsqu'elles peuvent le mener à bien car les difficultés pouvant se présenter sont encore plus importantes que pour les autres femmes.

III.4.2.2. Difficultés rencontrées

III.4.2.2.1. La poitrine

La première des difficultés vient du rapport difficile que peuvent avoir ces femmes avec leurs seins. En général, elles ne supportent pas que quelqu'un d'autre les regarde et encore moins les touche. Dans ce contexte, l'initiation de l'allaitement est assez perturbée (33).

De plus, ces femmes présentent souvent des douleurs aux seins, une sensation d'inconfort dès qu'elles les touchent et ce même avant l'allaitement. Le contact avec la bouche du nourrisson peut donc rapidement devenir insupportable.

III.4.2.2.2. Le contact

Les femmes ayant subi des violences ont souvent beaucoup de difficultés à toucher leur propre corps : elles ressentent de l'inconfort, de la honte. Dans cette situation, le contact

avec leur enfant peut aussi se révéler inconfortable. Certaines mères préfèrent tirer leur lait et le donner dans un biberon à leur enfant. (33)

Mais le contact avec les professionnels de santé est le plus difficile : ces femmes vivent souvent le fait que l'on touche à leur poitrine comme une violation (33).

III.4.2.2.3. La déception

Les mères décidant d'allaiter mettent souvent beaucoup d'espoir dans cette démarche. Allaiter doit leur apporter de la joie, du réconfort. Pourtant, comme il a été vu précédemment, un trouble de stress post-traumatique peut affecter la capacité de la personne à ressentir des émotions. C'est quelquefois ce qui peut se passer pour ces femmes (33).

Pour d'autres, surmonter l'inconfort, la douleur provoquée par le moindre contact sur leur poitrine est impossible.

Toutes ces situations sont très à risques pour une femme déjà fragilisée psychologiquement.

II.4.3. Conclusion

L'allaitement peut donc être source de gratification, de réussite, de bonheur et ainsi être un élément important dans le processus de guérison et de reconstruction pour ces femmes victimes de violences. Mais d'un autre côté, lorsque l'expérience se déroule mal, elle peut être à l'origine d'une profonde déception et accroître la vulnérabilité émotionnelle de ces femmes.

Dans ces situations, il semble très important que les femmes soient encadrées et suivies aussi bien sur les plans techniques que psychologiques pour mener à bien leur allaitement.

TROISIEME PARTIE :
PRISE EN CHARGE DES
DOULEURS, PLACE DU TIRE-
LAIT

I. Introduction

Aujourd'hui, lorsque l'enfant est né à terme et qu'aucune complication n'est survenue, la majorité des femmes quitte la maternité trois ou quatre jours seulement après l'accouchement. L'allaitement est rarement bien mis en place et lorsqu'elle n'a pas fait appel à une sage-femme libérale, la jeune maman se retrouve quelques fois seule à la maison pour gérer les différentes difficultés pouvant survenir.

Dans ce cas, les mères cherchent conseil auprès de leur entourage et sont souvent amenées à questionner le pharmacien, que ce soit à l'occasion d'une ordonnance pour le nouveau-né ou pour elles-même.

Il paraît donc indispensable d'être formé sur les différentes solutions existantes, sur l'efficacité des produits disponibles et notamment sur les tire-laits. Ces appareils sont en effet souvent prescrits sans que la mère ne sache réellement comment et quand les utiliser. La bonne connaissance du fonctionnement de ces appareils, des différents modèles existants est donc primordiale dans ce cas.

II. Traitement des douleurs par l'utilisation de topiques

II.1. Traitement des crevasses

La tétée du nourrisson provoque des frictions au niveau de la peau du mamelon et de l'aréole. Celle-ci a alors tendance à se fragiliser, se gercer d'où l'apparition de crevasses et de douleurs. C'est pourquoi l'application de topiques protecteurs semble être pertinente.

De nombreux produits sont alors proposés pour prévenir et/ou traiter ces problèmes. La première des exigences concerne l'innocuité vis-à-vis de la mère et du nouveau-né. Ces topiques sont en effet appliqués sur le sein et l'enfant est amené à être en contact direct avec ceux-ci. Le second point est évidemment l'efficacité et l'absence d'effets indésirables.

II.1.1. Repositionnement de l'enfant

La plupart des douleurs, notamment celles causées par les crevasses, sont dues à un mauvais positionnement de l'enfant. La première des mesures à appliquer selon l'INPES est le repositionnement du nouveau-né. Les crevasses s'estompent alors au fur et à mesure. Si la douleur est trop importante à chaque contact, il faut faire téter l'enfant sur l'autre sein. Le sein atteint doit cependant être vidé manuellement ou à l'aide d'un tire-lait avec les techniques vues ci-après pour éviter tout engorgement (10).

II.1.2. Application de lait maternel et toilette des seins

Selon l'INPES, en cas d'apparition de crevasses et après avoir repositionné correctement l'enfant, la mère peut masser ses seins avec son lait exprimé à la fin de chaque tétée. En effet, le lait maternel et plus particulièrement le colostrum, contient de nombreuses immunoglobulines. Ces anticorps permettent alors d'éviter la surinfection. De plus, la présence de facteurs de croissance dans ce même lait permet de favoriser la régénération de la peau (10).

D'autre part, l'INPES insiste sur le fait qu'une toilette quotidienne des seins est suffisante. Lorsque la poitrine est lavée après chaque tétée, l'odeur naturelle de la mère est supprimée et l'enfant a plus de difficultés à reconnaître le sein. Il risque donc de téter moins efficacement. De plus, les sécrétions des glandes de l'aréole, qui ont des fonctions lubrifiantes et antiseptiques, diminuent. Les conséquences sont donc assez importantes : on constate alors une augmentation de l'incidence des douleurs (8).

II.1.3. Les crèmes à base de lanoline

II.1.3.1. Définition de la lanoline (35) (36)

La lanoline vient du latin *lana* : laine et *oleum* : huile. Elle est produite par les glandes sébacées des moutons et imprègne leur laine.

Sa consistance est celle d'une pommade translucide et jaune citron.

Elle se compose de nombreux esters mais aussi d'acides gras et d'alcools gras libres. On y retrouve des composés spécifiques (lanostérols...) et du cholestérol. La lanoline est donc très hydrophile. Elle est pratiquement insoluble dans l'eau, mais est capable d'en absorber au moins deux fois son poids sous agitation modérée.

Ses principaux inconvénients sont sa texture collante et sa forte odeur qui la rendent contraignante à utiliser. Par ailleurs, sur les peaux déjà irritées, elle serait à l'origine d'allergie du type dermatite de contact. Ces réactions seraient dues aux alcools gras libres (alcools lanoliques libres).

Elle est utilisée pour ses propriétés émollientes et surgraissantes.

Le plus souvent, elle sert d'excipient pour les pommades ou pâtes auxquelles on veut incorporer une solution aqueuse. Sa concentration dans les mélanges ne dépasse alors jamais les 10%.

Elle est utilisée pure et sous forme anhydre et purifiée pour les préparations à appliquer sur les crevasses.

II.1.3.2. Propriétés des crèmes à base de lanoline traitant les crevasses

La plupart des marques utilisent des produits uniquement à base de lanoline, sans conservateur, sans additif, sans parfum.

La lanoline utilisée est alors dite médicale, anhydre et purifiée. La purification élimine les alcools lanoliques libres potentiellement allergisants, mais aussi de nombreux polluants et pesticides (36).

En prévention, elle permettrait un « maintien optimal d'hydratation des couches supérieures de l'épiderme » (37). Cette bonne hydratation serait profitable au maintien d'une bonne souplesse et rendrait donc la peau plus résistante aux agressions provoquées par les tétées à répétition.

En curatif, son rôle serait de favoriser la cicatrisation des crevasses en milieu humide. En effet, elle forme un film protecteur ralentissant l'évaporation cutanée de l'eau (36).

II.1.3.3. Exemple de la crème Lansinoh® d'Almafil

Le laboratoire Almafil est l'un des plus connus dans ce domaine et présente surtout l'avantage de communiquer sur les études réalisées sur ses produits.

- Etude de tolérance

Comme la plupart des crèmes destinées au traitement des crevasses, la crème Lansinoh® contient uniquement de la lanoline pure, pas de conservateur, pas d'eau, pas de produit chimique ni de parfum.

De plus, elle est purifiée par méthode chromatographique, ce qui permet l'élimination non seulement des pesticides et des résidus de détergents pouvant être présents suite au traitement de la laine de mouton, mais aussi des molécules responsables du goût et de l'odeur de la lanoline. Cette technique extrait aussi les acides lanoliques libres allergisants. Des études de tolérance ont été menées par la fondation britannique de l'allergie : la lanoline résultante a été considérée comme étant hypoallergénique (38).

Ces études de tolérance sont essentielles et doivent être un des critères de choix. Il ne faut pas oublier que ces crèmes sont appliquées sur des mamelons fragilisés, la barrière cutanée étant plus ou moins altérée, et que les nouveau-nés sont évidemment susceptibles d'en ingérer lors des nombreuses tétées.

- Etude d'efficacité

La crème Lansinoh® permettrait de garder la peau bien hydratée, « saine et propre » et d'éviter ainsi l'apparition de crevasses (37). Elle est également utilisée pour traiter les mamelons dès l'apparition de crevasses.

Le laboratoire s'appuie sur une étude allemande publiée en 2011, réalisée entre septembre 2005 et février 2007 (39). Celle-ci permet de comparer l'utilisation du lait maternel exprimé et celle de la lanoline anhydre hautement purifiée (lanoline HPA) sur les douleurs et lésions des mamelons survenues 72h après l'accouchement.

Cette étude est réalisée sur 84 femmes présentant des douleurs dans les 72h suivant l'accouchement et ayant déjà reçu des informations sur les éventuels problèmes et complications de l'allaitement.

Elles sont réparties aléatoirement en deux groupes comptant respectivement 45 et 39 femmes. Les premières ont pour consigne d'exprimer leur lait puis de masser les seins avec le lait après chaque tétée et de laisser sécher à l'air libre. Les secondes appliquent de la lanoline HPA, également après chaque tétée, une fois les seins secs.

La douleur ressentie est évaluée à l'aide d'une échelle visuelle EVA (de « 0 » pour absence de douleur à « 10 » pour la plus intense douleur imaginable). Seules les femmes ayant accouché à terme naturellement d'un enfant en bonne santé, et présentant une douleur supérieure ou égale à 2 sur cette échelle ont été prises en compte.

Selon les résultats de cette étude, la lanoline HPA permettrait une réduction plus rapide de la douleur dans les trois jours suivant son application par rapport à l'utilisation simple du lait maternel exprimé. Il en est de même au bout du 7^{ème} jour : la diminution de la douleur est plus importante pour le groupe utilisant la lanoline. Ces résultats se confirment durant les 14 premiers jours.

D'autre part, la cicatrisation des mamelons s'est révélée plus rapide avec ce produit et aucune nouvelle lésion n'est apparue contrairement au groupe utilisant le lait exprimé.

Ce type d'étude semble donc affirmer que la lanoline HPA présente une réelle efficacité pour traiter les douleurs liées aux premiers jours de l'allaitement. Cependant ses propriétés sur la prévention des douleurs et des lésions ne sont pas évoquées.

II.1.3.4. Etudes complémentaires sur l'utilisation de topiques à base de lanoline

D'autres études ont été menées notamment sur l'utilité de la lanoline en prévention des douleurs.

La première est une étude américaine réalisée sur 177 femmes divisées en 4 groupes. Elle compare l'éducation seule à l'allaitement, l'utilisation de lanoline anhydre, l'utilisation de compresses chaudes et le massage des seins avec le lait maternel suivi d'un séchage à l'air

libre (40). Ces opérations sont réalisées en systématique, 24h après l'accouchement, 4 fois par jour. L'intensité de la douleur est aussi évaluée à l'aide d'une échelle visuelle.

Les résultats sont parlants : aucune des méthodes n'empêche l'apparition de douleurs et il n'existe aucune différence significative d'efficacité entre les quatre méthodes. L'application de compresses chaudes permettrait cependant de diminuer l'intensité de la douleur (résultats obtenus à J7 et J14).

Une seconde étude réalisée en Angleterre sur seulement 23 femmes compare l'application de lait maternel et de lanoline hydratée après chaque tétée et ce pendant 10 jours (41). Ici encore, aucune différence significative n'a été relevée. Les douleurs sont présentes à la même fréquence et à la même intensité dans les deux groupes.

Ces deux études semblent donc montrer que l'application de lanoline en prévention d'éventuelles douleurs et lésions liées à l'allaitement ne présente pas d'avantages significatifs.

Cependant, il est important de noter que les types de lanolines utilisés dans ces études ne sont pas identiques. Elles ne sont pas hautement purifiées et celle de la seconde étude est hydratée.

Il est donc difficile de conclure sur une efficacité franche de la lanoline dans le traitement et/ou la prévention des douleurs et lésions liées à l'allaitement. Les nombreuses études publiées sur ce sujet présentent de nombreuses disparités que ce soit sur la qualité de la lanoline, sur son état ou sur sa fréquence d'application. Dans tous les cas, l'utilisation d'un produit anhydre hautement purifié semble préférable car moins à risque d'intolérance et d'allergie.

II.1.4. Les bouts de sein en silicone

II.1.4.1. Définition

Le bout de sein est un accessoire s'appliquant sur le mamelon au moment de la tétée. Il est en général en silicone très fin et souple, sans goût ni odeur afin de perturber le moins possible le nouveau-né.

Sa forme permet au nez de l'enfant de rester en contact avec le sein de sa mère. En théorie le bébé garde ainsi ses repères et la stimulation de la lactation n'est pas altérée.



Figure 10 : Bouts de sein silicone Dodie (42) (à gauche) et Avent (43) (à droite)

II.1.4.2. Indications

En vente libre, il est indiqué pour protéger les mamelons douloureux ou crevassés pendant la tétée. Il peut aussi être utilisé lorsque l'anatomie des mamelons est telle que l'enfant a des difficultés pour prendre correctement le sein en bouche (cas des mamelons ombiliqués) (10).

Il semble donc en théorie être une solution efficace contre les douleurs. Cependant, les bouts de seins ne sont pas recommandés par certains professionnels : ils seraient responsables de perturbations de la succion (5). L'INPES considère d'ailleurs qu'ils pourraient favoriser les engorgements en entraînant une diminution de l'efficacité des tétées et donc une mauvaise stimulation des seins (10).

II.1.4.3. Etudes d'efficacité

Les informations concernant leur efficacité sur les douleurs provoquées par la tétée des nourrissons nés à terme sont très rares. Une étude américaine, menée en 2009, a eu pour but d'interroger de nombreux professionnels travaillant avec des femmes allaitantes (pédiatres, gynécologues, sages-femmes...) sur l'utilisation qu'ils avaient des bords de seins dans leur quotidien (44). 92% d'entre eux les proposent régulièrement pour les enfants prématurés et plus d'un tiers pour les enfants nés à terme. Dans ce dernier cas, ils les utilisent majoritairement et uniquement dans les trois jours après l'accouchement. Les bords de seins sont considérés comme une aide pour pallier aux douleurs des premiers jours. Cependant, même si les professionnels considèrent que leur utilisation chez l'enfant à terme est sûre et efficace, ils préconisent en première intention l'expression du lait ou le repositionnement de l'enfant pour faire face à ces douleurs. Leur principale préoccupation concernant ce dispositif est d'ailleurs le manque de suivi des femmes par les professionnels ayant instaurés les bords de sein.

Certaines notices accompagnant les bords de sein préconisent de les utiliser uniquement sous contrôle médical ou après avoir pris conseil auprès d'une consultante en lactation (43),(45).

II.1.4.4. Utilisation pratique

Les bords de sein peuvent facilement être conseillés pour une jeune maman présentant des douleurs liées aux crevasses. Il est important de proposer uniquement des bords de sein stérilisables et de préférence en silicone. Les notices de ces bords de sein étant très souvent insuffisantes, il est préférable de toujours préciser les quelques conseils suivants (45):

Avant la première utilisation et une fois par jour, les bords de sein doivent être placés dans de l'eau froide potable et portés à ébullition pendant au moins 5 minutes. Il suffit alors de les laisser sécher à l'air libre ou de les essuyer avec un linge propre.

Avant de les utiliser, toujours se laver les mains à l'eau savonneuse. Le bord de sein peut être humidifié avec de l'eau pour faciliter son adhésion à la peau. Il est ensuite placé sur le sein et centré sur le mamelon. En théorie, grâce aux découpes anatomiques, l'enfant doit pouvoir téter sans que son nez ne touche le silicone.

Immédiatement après chaque utilisation, les bords de sein doivent être nettoyés à l'eau savonneuse en utilisant du liquide vaisselle et rincés à l'eau claire. Cette opération évite que des résidus de lait ne sèchent et favorisent le développement des bactéries.

Il est aussi important de préciser que ces bouts de seins sont à utiliser provisoirement, pour aider à cicatriser une crevasse et diminuer la douleur.

II.1.5. Prévention des crevasses

Selon l'INPES, la prévention repose uniquement sur le bon positionnement de l'enfant dès le début de l'allaitement. La femme allaitant peut aussi étaler sur le mamelon, à la fin de chaque tétée, un peu de colostrum ou de lait (10). L'application d'autres topiques en prévention de l'apparition de douleurs n'a aucune efficacité démontrée.

II.2. Traitement des engorgements

II.2.1. Expression du lait

L'engorgement correspond à un trop plein de lait dans les seins : le seul traitement efficace est l'expression de ce lait. Comme l'engorgement provoque souvent une déformation de l'aréole, une tension et un durcissement des seins, l'enfant éprouve souvent des difficultés à téter correctement. Il faut alors recourir à l'expression du lait que ce soit manuellement ou à l'aide d'un tire-lait.

Dans les deux cas, le réflexe ocytotique ne survient pas aussi facilement que lors d'une tétée. Un environnement physique et mental favorable est nécessaire. L'OMS dresse d'ailleurs un tableau complet des différentes méthodes le favorisant.

COMMENT STIMULER LE REFLEXE OCYTOCIQUE

Aider la mère *sur le plan psychologique*:

- Donnez-lui confiance en elle.
- Essayez de réduire toute source de douleur ou d'anxiété.
- Aidez-la à être constructive et positive à l'égard de l'enfant.

Aidez la mère *sur le plan pratique*. Aidez-la ou conseillez-lui de:

- *S'asseoir à un endroit calme et en privé ou près d'une amie qui la soutienne.*

Certaines mères expriment facilement leur lait dans le cadre d'un groupe, entourées de mères qui font la même chose.

- *Tenir l'enfant peau à peau, si possible.*

Elle peut le tenir sur ses genoux pendant qu'elle exprime son lait ou le regarder. Parfois, regarder une photo de l'enfant peut aider.

- *Prendre une boisson chaude revigorante.*

S'abstenir de boire du café.

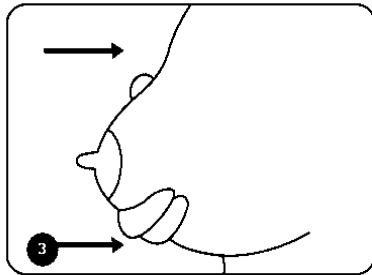
- *Se réchauffer les seins.*

Figure 11 : Comment stimuler le réflexe ocytocique (12)

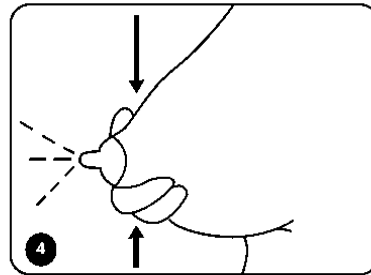
Ces différents points sont à adapter à chaque personne et restent des techniques personnalisables. Chaque mère trouvera par expérience la situation dans laquelle elle se sent plus apte à pratiquer les gestes suivants. Elle doit trouver son propre rituel.

II.2.1.1. Expression manuelle

Cette méthode est réalisée par la mère elle-même. Elle consiste en la stimulation du sein engorgé à l'aide de mouvements imitant plus ou moins la succion de l'enfant. Ce faisant, le réflexe ocytocique et donc l'écoulement du lait peuvent avoir lieu.



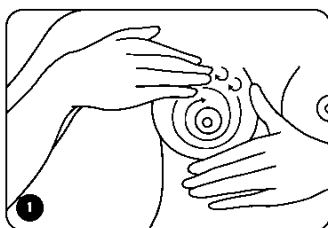
Expression manuelle du lait :
placez votre pouce (au-dessus), l'index et le majeur (en dessous), à 2 ou 3 cm en arrière de l'aréole, en formant la lettre C. Pressez doucement, tout en appuyant horizontalement vers la cage thoracique,



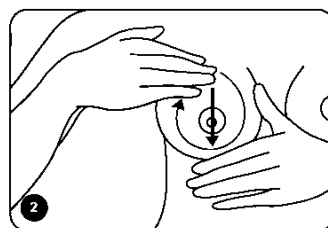
en rapprochant doucement les doigts sans les déplacer sur la peau (risque de douleur). Répétez ce mouvement jusqu'à ce que le lait ne coule plus, ensuite déplacez vos doigts tout autour du sein et recommencez.

Figure 12 : Expression manuelle du lait (10)

Elle peut être précédée d'un massage aréolaire pour désengorger les seins tendus.



Massage aréolaire :
avec trois ou quatre doigts, effectuez des mouvements circulaires de l'extérieur du sein vers l'aréole.



Avec les mains à plat, avancez progressivement de l'extérieur vers l'aréole, jusqu'au mamelon. Répétez l'opération tout autour de la circonférence des seins.

Figure 13 : Massage aréolaire (10)

Il est important de préciser que le lait ne s'écoule pas immédiatement. Plusieurs mouvements de pression sont nécessaires pour déclencher le réflexe ocytocique.

Par ailleurs, cette technique ne doit aucunement être douloureuse.

Le lait extrait pourrait être donné à l'enfant, mais il est cependant important de conserver une tétée pour que ce dernier ne s'habitue pas à cette situation. C'est pourquoi il est plutôt recommandé de faire téter le bébé après l'extraction, une fois le sein redevenu détendu.

L'avantage de cette méthode est qu'elle ne nécessite aucun appareil spécifique. Elle est rassurante car la mère est actrice de sa propre guérison. Elle demande cependant un investissement important et peut s'avérer fatigante si le geste doit être répété plusieurs fois dans la journée. D'autre part, il implique que la mère n'ait aucune réticence à manipuler ses seins.

II.2.1.2. Tire-lait

L'autre méthode couramment utilisée est le tire-lait.

Qu'il soit manuel ou électrique, la première étape est la stimulation du réflexe ocytocique. Comme pour la méthode manuelle, la mère doit se trouver dans des conditions favorables (endroit calme, intimité...) afin de stimuler au mieux le réflexe ocytocique. Par ailleurs, penser ou regarder une photo de son enfant lorsque celui-ci est absent aide au déclenchement de l'éjection du lait (46).

L'utilisation de ces tire-laits nécessite toujours un certain temps d'adaptation (18). Par ailleurs, il existe de nombreux modèles, chacun présentant avantages et inconvénients. Transportabilité, bruit, facilité de manipulation, de nettoyage, taille des téterelles sont autant de critères devant être individualisés afin d'optimiser la compliance et le confort de la mère. Les différents modèles existants et leur utilisation seront détaillés dans le chapitre suivant.

Contrairement à la méthode manuelle, l'utilisation d'un appareil peut être dérangeante et provoquer un blocage sur le plan émotionnel. Or, un climat de stress, d'inconfort peut bloquer le réflexe ocytocique et donc l'éjection du lait. L'accompagnement de la mère, que ce soit par l'entourage ou par un professionnel (sage-femme, médecin...) est un élément indispensable.

II.2.2. Application de compresses chaudes et froides

C'est une des méthodes les plus connues et les plus recommandées. L'INPES préconise l'utilisation de compresses chaudes ou froides entre les tétées pour diminuer les douleurs liées à l'engorgement (10). La chaleur permettrait de diminuer la congestion mammaire, et le froid, de résorber un éventuel œdème. Ce qui apporterait, au final, une réduction des tensions mammaires et donc des douleurs associées.

D'autre part, l'application de froid après une tétée douloureuse entraîne un effet anesthésiant immédiat (46).

De nombreuses études ont été menées sur l'utilisation de ces compresses. Toutes, ou presque, apportent le même résultat : l'amélioration des douleurs, en comparaison à l'utilisation d'autres techniques, est bien présente même si l'efficacité reste relative.

Le premier exemple vient d'une étude comparant l'application de compresses de thé, de compresses d'eau chaude, de lait maternel et la seule éducation à l'allaitement (47). Ces applications sont réalisées en systématique pendant 7 jours, après chaque tétée, et durant 20 min pour les compresses de thé et d'eau chaude.

Les résultats révèlent que le groupe ayant appliqué les compresses d'eau chaude présente moins de douleurs que l'ensemble des autres groupes.

Ces conclusions restant néanmoins surprenantes : les compresses de thé sont censées être à la même température que celles imbibées uniquement avec de l'eau. Même si la présence de thé, censé être apaisant et cicatrisant, n'engendre aucun avantage, les résultats apportés par la chaleur devraient être identiques dans les deux groupes.

Une seconde étude, celle abordée précédemment au chapitre II.1.3.4, compare l'éducation seule, l'application de lanoline anhydre, de compresses chaudes et le massage avec le lait maternel (40). Il en résulte là encore que les douleurs sont moins intenses dans le groupe appliquant des compresses d'eau chaude 4 fois par jour.

L'application de compresses d'eau chaude et/ou froide semble donc diminuer l'intensité des douleurs sans être cependant suffisamment efficace. Cette technique présente quand même l'avantage d'être peu coûteuse, réalisable par toutes et surtout sans danger pour le nouveau-né. Pour l'HAS, les femmes allaitantes peuvent donc l'utiliser surtout si elle leur procure un soulagement (8).

II.2.3. Prévention

Tout ce qui provoque une stase laiteuse dans le sein peut engendrer un engorgement et éventuellement se compliquer en mastite si rien n'est fait. La prévention débute donc dès l'accouchement avec des tétées précoces, sans restriction de fréquence et de durée (8). Au début de l'allaitement, les tétées doivent durer 5 à 15 minutes et avoir lieu 6 à 12 fois par jour.

Ces mesures sont d'autant plus faciles à mettre en place que le contact peau à peau dès la naissance et la mise au sein à l'éveil, puis à la demande, sont respectés. Laisser la mère et son enfant dans la même pièce est aussi une condition favorisant le bon déroulement de l'allaitement (48).

Il faut en plus s'assurer que ces tétées soient efficaces et penser à alterner les seins d'une tétée à l'autre (10). Il est aussi possible de faire boire l'enfant au premier sein puis de proposer le second, si besoin.

D'autre part, il est important pour une femme allaitante de reconnaître les premiers signes d'un engorgement afin d'appliquer dès que possible les techniques vues précédemment pour évacuer le lait. Elle doit palper ses seins à la recherche d'une grosseur, d'une douleur, d'une sensation de chaleur ou d'une rougeur. Si un de ces symptômes est présent, elle doit allaiter le plus souvent avec le sein atteint et éventuellement le vider par expression manuelle ou à l'aide d'un tire-lait si la tétée n'a pas permis d'évacuer tout le trop plein (10).

Informar les mères sur la pratique de l'allaitement est donc une mesure préventive à ne pas négliger (48).

III. Traitement des douleurs par voie générale

III.1. Passage des médicaments dans le lait maternel (49)

De manière générale, on ne trouve évidemment pas la même concentration de médicaments dans le sang de la mère que dans le lait maternel. On peut considérer le sang de la mère, plus précisément son plasma, et le lait maternel comme deux compartiments différents. En effet, une substance se trouvant dans le plasma maternel doit franchir des membranes biologiques avant de se retrouver au niveau des alvéoles. La quantité reçue par l'enfant dépend donc de deux critères : la concentration plasmatique du médicament chez la mère d'une part et d'autre part les caractéristiques propres à la substance lui permettant de traverser plus ou moins facilement les membranes biologiques.

III.1.1. Facteurs influençant la concentration plasmatique chez la mère

Il a été montré que le passage des médicaments dans le lait se faisait selon un mécanisme de diffusion passive. Les concentrations de la substance active dans le lait et dans le plasma tendent donc à être identiques. D'où l'importance de ces facteurs qui jouent un rôle sur le taux du médicament dans le sang.

- La **biodisponibilité orale** : elle représente le pourcentage de substance active qui passe réellement dans le plasma. Entrent en compte différents facteurs comme l'absorption par le tube digestif ou encore l'effet de premier passage au niveau du foie. Plus cette biodisponibilité est faible, moins la quantité de substance active dans le sang est importante.

- Le **volume de distribution** : plus il est élevé, plus vite la substance active quitte le plasma et se stocke dans les tissus. La concentration sanguine diminue rapidement et le passage dans les alvéoles est faible.

- La **dose et la durée de traitement** : elles influencent évidemment la concentration plasmatique en substance active. Plus la dose ingérée est importante, plus la dose dans le lait sera élevée.

- Le **métabolisme hépatique et rénal** de la mère : lorsque ceux-ci sont perturbés, il peut y avoir accumulation de substance active mais aussi de métabolites secondaires. Les concentrations plasmatiques habituelles peuvent ainsi être modifiées.

Pendant l'allaitement il est donc préférable d'utiliser un médicament à faible biodisponibilité, diffusant assez largement dans l'organisme. La durée du traitement doit être la plus courte possible et la dose utilisée doit être la dose minimale efficace.

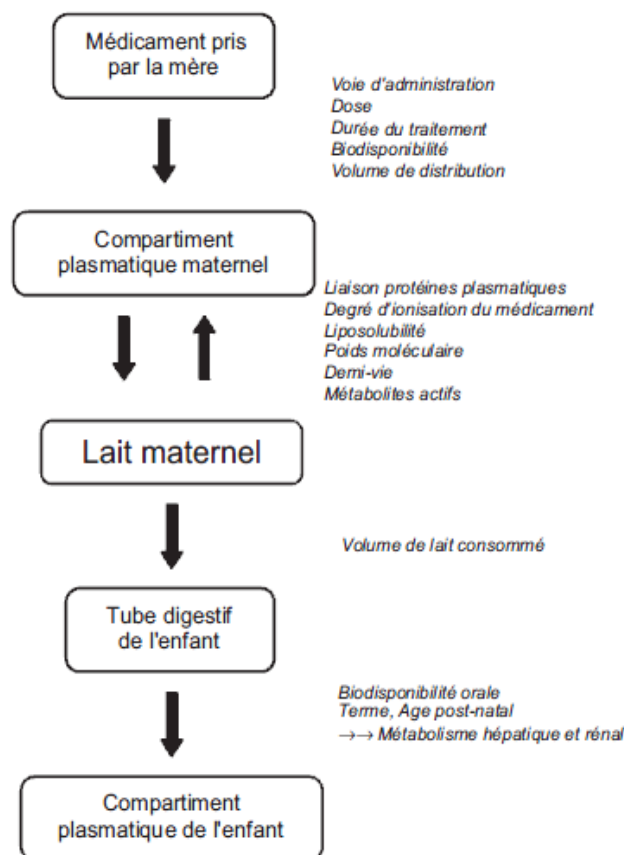


Figure 14 : Représentation schématique du circuit d'un médicament de la mère à l'enfant via le lait maternel et les facteurs qui l'influencent (49)

III.1.2. Caractéristiques influençant le passage de la substance du plasma dans le lait maternel

- Le **degré d'ionisation** : il est propre à chaque substance et dépend du pH du milieu dans lequel elle se trouve. Plus celle-ci est ionisée plus le passage dans le lait est difficile

- La **liaison aux protéines plasmatiques** : plus la liaison aux protéines plasmatiques est forte, moins la fraction libre du médicament dans le plasma est importante. La concentration de la substance active dans le lait en est donc d'autant plus faible.

- La **liposolubilité** : plus une substance est liposoluble, plus elle passe dans le lait.

- La **demi-vie** : plus elle est courte, plus la quantité de médicament passant dans le lait sera faible. De plus, on considère qu'au bout de 5 demi-vies, la substance est totalement éliminée. On peut ainsi essayer de rythmer les tétées en fonction des prises médicamenteuses.

Il est donc recommandé de privilégier les médicaments fortement liés aux protéines plasmatiques et avec une demi-vie courte.

III.1.3. Utilisation pratique de ces données

L'ordre de grandeur du passage d'un médicament dans le lait est exprimé par le rapport lait/plasma (L/P). Il correspond au rapport des concentrations de la substance active entre le lait et le plasma à un moment donné. Lorsque la grandeur L/P est faible, le passage lacté est évidemment faible. Ce rapport L/P permet, pour un médicament donné, de connaître sa concentration plasmatique pour en déduire sa concentration dans le lait.

Un autre critère influençant forcément le choix du médicament est son utilisation ou non en pédiatrie. S'il est couramment utilisé, on connaît alors les éventuels effets indésirables et signes de surdosage. Par ailleurs, si l'enfant est lui-même traité avec ce médicament, il faut bien évidemment prendre en compte la dose déjà reçue par l'allaitement.

En plus de la substance active, il faut aussi prendre en compte ses éventuels métabolites actifs. Ceux-ci peuvent aussi passer dans le lait et avoir des conséquences pour le nourrisson.

Les données sur l'ensemble de ces critères sont pourtant assez rares d'où la réticence des prescripteurs à donner un médicament à une mère tout en l'encourageant à poursuivre l'allaitement. La plupart préfère appliquer le principe de précaution.

III.2. Application aux antalgiques

Face à une douleur, l'utilisation d'un antalgique semble une solution évidente.

III.2.1. Le paracétamol (50)

Le paracétamol est l'antalgique le plus utilisé chez la femme enceinte. Il est aussi très couramment donné aux nouveau-nés dès l'apparition de douleurs ou de fièvre.

Plusieurs études ont été menées en dosant la concentration de paracétamol dans le lait après une ou plusieurs prises journalières de cette molécule par la mère. Il en résulte que la quantité reçue par l'enfant est inférieure à 3 mg/kg/jour alors que la dose maximale en pédiatrie est de 60 mg/kg/jour. Le paracétamol passe donc très peu dans le lait maternel ; le risque pour l'enfant est donc extrêmement faible.

De plus, des études n'ont révélé aucun effet indésirable sur les enfants allaités de mère ayant consommé du paracétamol.

Le paracétamol peut donc être utilisé sans crainte durant l'allaitement. Il est d'ailleurs recommandé en cas de douleurs et/ou fièvre suite à un engorgement ou une mastite (11).

III.2.2. L'ibuprofène

L'ibuprofène est l'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) le plus étudié au cours de l'allaitement. Les dosages dans le lait maternel ont démontré qu'une très faible quantité diffusait. En effet, l'enfant reçoit moins de 1% de la dose pédiatrique usuelle (20 à 30 mg/kg/jour) (51).

Ce faible passage dans le lait peut s'expliquer par les propriétés des AINS. Ce sont des acides faibles et ont donc la particularité d'être fortement ionisés. Cette caractéristique l'empêche de diffuser facilement au travers des membranes biologiques et donc de se retrouver dans le lait (50).

L'ibuprofène peut aussi être utilisé pendant l'allaitement. Il est lui aussi recommandé pour traiter les douleurs des mastites. Dans cette situation, ses propriétés anti-inflammatoires le rendent d'ailleurs plus efficace que le paracétamol (11).

III.2.3. Les autres antalgiques

Les autres AINS ont été très peu évalués. Les quelques études menées ont révélé un faible taux présent dans le lait. Cependant, n'étant pas couramment utilisés chez l'enfant, leurs éventuels effets indésirables ne sont pas connus (50).

En cas de douleurs plus importantes, le recours à la codéine, antalgique de palier 2, est possible lorsque l'enfant ne présente pas de maladie respiratoire. La morphine, antalgique de palier 3, peut aussi être utilisée (50).

III.2.4. Conclusion

Le paracétamol et l'ibuprofène, antalgiques de palier 1, sont recommandés pour traiter les douleurs liées à l'allaitement et plus particulièrement aux mastites. Le traitement de ces douleurs des seins étant surtout comportemental et local ; l'utilisation d'antalgiques de paliers 2 et 3 est donc peu recommandée dans ce cas.

IV. Le tire-lait : définition, utilisation pratique et place dans le traitement des douleurs

Le tire-lait fait partie du traitement de certaines douleurs de l'allaitement. Il permet de vider les seins en cas d'engorgement, de mastite. Il permet aussi de continuer à recueillir le lait lorsque la douleur de la tétée est trop importante et évite ainsi toute complication (engorgement, arrêt de la production lactée...).

Il me paraissait indispensable de s'intéresser spécifiquement au tire-lait car c'est un appareil très courant : 82% des mères en auraient déjà utilisé un (52). Cependant, peu de professionnels sont correctement formés sur son utilisation d'autant que de nombreux modèles existent, certains étant plus adaptés à une situation qu'à une autre.

IV.1. Définition

Un tire-lait est un appareil manuel ou électrique permettant le recueil du lait maternel.

Il se compose de plusieurs éléments :

- Une téterelle

La téterelle est la partie du tire-lait se positionnant directement sur le mamelon. Elle est composée, en général, de silicone et est stérilisable. Elle se positionne bien centrée sur le mamelon.



Figure 15 : *Téterelle PersonalFit® de Medela (54)*

- Un flacon de recueil pour le lait

Il est souvent en plastique stérilisable et est en contact direct avec la tétérèlle.



Figure 16 : Flacon de recueil Kitett® Diffusion Technique Française(56)

- Pour les modèles manuels :

Un système de connexion stérilisable entre la tétérèlle et le flacon, et une poignée permettant l'expression manuelle du lait. Ses éléments ne doivent pas être solidaires afin de permettre un nettoyage correct de l'ensemble de l'appareil.



Figure 17: Vue éclatée du tire-lait Manuel Confort d'Avent® Philips(55)

- Pour les modèles électriques :

Un appareil de pompage à brancher sur secteur. Il en existe différents modèles, de taille plus ou moins importante et plus ou moins bruyant. C'est lui qui permet de produire un vide d'air entre la tétérelle et le mamelon à un rythme imitant en principe la succion du bébé.

Une tubulure reliant la tétérelle et l'appareil. Cette tubulure est rarement stérilisable et peut devenir opaque si elle est plongée dans l'eau bouillante.

Un système de connexion entre le flacon, la tétérelle et la tubulure.



Figure 18 : Tire-lait électrique Fisio Kitett® Diffusion Technique Française(56)



Figure 19 : Tire-lait électrique Symphony® de Medela(54)

IV.2. Principe de fonctionnement

Le tire-lait doit, en principe, reproduire au mieux le mécanisme de tétée physiologique de l'enfant, soit 30 à 60 cycles de succion par minute (46). Pour cela, il est équipé d'un système permettant de faire le vide d'air entre la téterelle et le mamelon : ce système peut être électrique ou mécanique. Il en résulte une dépression, normalement comprise entre 50 et 200 mmHg, permettant le déclenchement du réflexe d'éjection et l'aspiration du lait des acini passant par les canaux galactophores (53),(46).

Les récents modèles électriques et automatiques ont l'avantage de posséder un rythme initial plus rapide, mimant ainsi la cadence accélérée de l'enfant en début de tétée. Ceci favoriserait le déclenchement de l'éjection du lait. Dans le cas d'un modèle manuel, il suffit de débiter le pompage à une fréquence élevée (46).

IV.2.1. Les tire-lait manuels

Les tire-lait manuels sont les plus simples à utiliser. L'aspiration est dosée par la mère à l'aide, le plus souvent, d'une poignée. Celle-ci est souvent conçue pour faciliter la prise en main et ne pas demander trop d'effort (« poignée ergonomique » pour Harmony® de Medela, utilisation de la poignée « du bout des doigts » pour Isis® d'Avent) (54),(55). Une poire en caoutchouc peut aussi être utilisée (modèle Atmosphérique de Kitett®). Dans ce cas, elle est dite « très souple pour une manipulation sans effort » (56).



Figure 20 : Tire-lait manuel avec poignée (55)



Figure 21 : Tire-lait manuel avec poire en caoutchouc (56)

Les tire-lait manuels s'adaptent plus à une utilisation occasionnelle.

IV.2.1.1. Exemple du tire-lait manuel Philips Avent Isis®

Il fait partie de ceux apportant le plus de satisfactions aux femmes l'ayant utilisé (18). Il est réputé être facile à utiliser et confortable.

Il possède un « coussin masseur » en silicone au niveau de la tétérèlle. Doté de cinq alvéoles souples se gonflant et se dégonflant au rythme des pressions exercées sur la poignée, il permet de masser le mamelon et ainsi stimulerait l'éjection du lait (55).

De plus, il possède un diaphragme en silicone situé entre la poignée et la tétérèlle. Celui-ci assurerait une fiabilité totale de l'aspiration ainsi qu'un maintien de la force de succion dans le temps (55).



Figure 22 : Coussin masseur (à gauche) et diaphragme en silicone (à droite) du tire-lait manuel Isis® d'Avent (55)

IV.2.1.2. Etude d'efficacité et de confort

Bien que chaque laboratoire vante l'efficacité de ses produits, peu d'études sont réalisées en pratique.

Une étude est pourtant citée par le groupe Philips concernant son tire-lait manuel Isis® d'Avent (57). Celle-ci, réalisée entre février 1998 et janvier 2000, comparait l'utilisation de son tire-lait à celle d'un tire-lait électrique Ameda® largement utilisé dans les hôpitaux britanniques au début des années 2000. Sur la quantité de lait exprimée, le modèle manuel a la même efficacité. Cependant, il est considéré comme étant beaucoup plus confortable même si le temps passé à exprimer le lait est plus important ; l'appareil électrique présentant l'avantage d'être à double pompage et d'être ainsi plus rapide.

Même si cette publication semble montrer l'efficacité de ce tire-lait manuel, il est assez inconvenant de se baser sur une étude réalisée avec un ancien modèle électrique qui n'est d'ailleurs plus commercialisé aujourd'hui.

Il est donc difficile de connaître la réelle efficacité de ces tire-lait. Certaines associations (Leche League France, associations locales...) donnent toutefois leur avis et permettent de comparer les différents modèles proposés.

De plus, pour une bonne stimulation de la production de lait, il est important de commencer le pompage à une fréquence élevée, c'est-à-dire imiter le rythme intensif de l'enfant en début de tétée. Or cette information est rarement présente sur les notices des tire-lait manuels, d'où l'importance encore une fois de l'accompagnement et du conseil lors de l'achat et de l'utilisation de ces appareils (46).

IV.2.2. Les tire-lait électriques

Ils fonctionnent selon le même principe que les modèles manuels. L'aspiration est réalisée au travers d'une tubulure reliée à un appareil de pompage électrique.

Un des principaux avantages est le fait que l'intensité et/ou la vitesse d'aspiration peuvent être réglées à l'aide d'un simple bouton. Il n'est pas nécessaire d'utiliser une poignée ou une poire pour provoquer l'expression. De plus, la plupart des modèles sont disponibles en double pompage, ce qui permet d'obtenir l'expression des deux seins en simultané.

Ces appareils électriques présentent quand même certains inconvénients dont l'encombrement et surtout le bruit pour certains modèles, notamment les plus anciens (46).

IV.2.2.1. Efficacité comparée au tire-lait manuel

L'avantage majeur des tire-lait électriques est le fait de pouvoir exprimer les deux seins simultanément, d'où en théorie, un temps d'expression divisé par deux. Une étude a pourtant montré que le taux sérique d'ocytocine était identique quel que soit le mode d'expression du lait mais que l'utilisation d'un tire-lait à double pompage augmenterait de manière plus importante le taux de prolactine (53). Il en résulte une stimulation plus efficace de la production de lait.

Ce résultat a deux conséquences majeures. La première est un gain de temps par rapport à l'utilisation d'un tire-lait manuel. En moyenne, le double pompage permet une expression totale des deux seins en 20 minutes alors que 15 minutes sont nécessaires pour un seul sein (46).

La seconde est une utilisation recommandée sur le long terme. En effet, la bonne stimulation de la synthèse de prolactine permet l'entretien de la production lactée (18).

Ces conclusions sont évidemment valables lorsque les appareils sont utilisés correctement, et lorsqu'aucune complication n'est survenue.

IV.2.2.2. Technologie d'expression à deux phases (58)

La technologie d'expression à deux phases est basée sur l'observation du rythme des tétées du nourrisson.

Lors d'une tétée, l'enfant commence avec une succion rapide et légère pour stimuler le mamelon et ainsi provoquer l'éjection de lait. Dès que l'écoulement commence, la succion devient plus lente et plus profonde dans le but d'extraire le plus rapidement possible un maximum de lait.

C'est en partant de cette observation et avec la collaboration du groupe Medela qu'une équipe australienne a mis au point cette technologie d'expression à deux phases (59).

La première phase est la « stimulation » : le rythme d'aspiration est alors rapide pour engendrer le réflexe d'éjection du lait. La deuxième est la phase d'« expression » lors de laquelle le rythme d'aspiration est plus lent.

Cette technologie a fait l'objet de plusieurs études comparatives, toutes citées par le groupe Medela et réalisées par l'équipe australienne. Elle présenterait des avantages non négligeables :

- Obtention de la même quantité de lait en seulement 5 minutes. Au sein, l'enfant mettait 16 min (il faut tout de même tenir compte du fait que la comparaison est faite sur une expression en double pompage avec le tire-lait et que la tétée au sein se fait évidemment sur un seul sein à la fois)

- Le temps pour atteindre le début de l'éjection du lait est plus rapide

- La fréquence importante de la phase de stimulation provoquerait pour la mère un ressenti proche de la succion de l'enfant

Comme précédemment, les études ont été réalisées dans un milieu encadré, avec une utilisation correcte des appareils. Cependant, la technologie d'expression à deux phases a depuis été reprise par plusieurs groupes autres que Medela® (Mamivac®, Nuk®) et son efficacité semble confirmée en pratique. Elle est notamment recommandée par la Leche League® France (18).

Marque/nom	Location/Achat	Caractéristiques	Accessoires
Ameda Elite	Location	- Réglage indépendant de la force d'aspiration et du nombre de cycles (30 à 60/min) - Fonctionne sur secteur - Simple ou double pompage - Poids : 2,9 kg	Disponible en sac de transport avec compartiment réfrigérant ou dans une boîte rigide en plastique
Ameda Personal Lactaline	Location ou achat	- Idem Elite mais plus compact et léger (400 g) et plus précis au niveau des réglages - Fonctionne sur piles, sur secteur ou avec un adaptateur voiture	Sac de transport avec compartiment réfrigérant intégré: permet de conserver trois recueils de 120 ml pendant plusieurs heures
Avent Tire-Lait Electronique simple ou double pompage	Achat	- Enregistre et reproduit le rythme d'aspiration - Sur secteur ou à piles - Peut se transformer en tire-lait manuel	Biberons de conservation (125 et 260 ml), tétérilles, sachets de gel réfrigérant, sac de voyage
DTF Kitett Box Automatique	Location	- Modèle à cadence automatique, seule la puissance d'aspiration est réglable - Simple ou double pompage	Tétérilles avec ou sans embout confort en silicone et biberon plastique
DTF Kitett Box Réglable	Location	- Modulation manuelle de la durée et de la puissance d'aspiration - Simple pompage	Tétérilles, sacoche
DTF Kitett Fiso	Location	- Réglage de la force d'aspiration et de la cadence - Simple ou double pompage, silencieux	Tétérilles
Medela Freestyle	Achat	- Compact, technologie 2 phases d'expression, mémorisation du schéma d'aspiration - Simple ou double pompage - Rechargeable (3 heures d'autonomie)	Sac de transport réfrigérant Accessoires mains libres en option à adapter sur le soutien-gorge d'allaitement
Medela Lactina Select	Location	- Force d'aspiration réglable et cycle adaptable - Simple ou double pompage	Le set d'accessoires peut être utilisé comme tire-lait manuel
Medela Swing	Achat	- Petit, léger, transportable, silencieux, technologie 2 phases d'expression - Simple pompage - Sur secteur ou piles	Sac de refroidissement disponible Contrairement au Mini Electric de Medela (modèle plus ancien), le moteur est séparé du kit biberon/téterelle
Medela Symphony	Location	- Réglage précis de la force et du rythme d'aspiration (technologie 2 phases d'expression) - Simple ou double pompage - Silencieux	Téterelle, sac de transport
Nuk E-motion	Achat	- 2 phases préprogrammées pour reproduire le rythme de succion naturel - Réglage de la puissance d'aspiration - Sur secteur ou piles - Simple pompage	Coussinet ergonomique avec picots massants Fourni avec un pot de conservation de lait maternel

Tableau 2 : Exemples de différents modèles de tire-lait électriques (46)

IV.3. Indications

Le tire-lait a de nombreuses indications dont il faut tenir compte pour choisir le type d'appareil le plus adapté. Face à une demande de tire-lait, le pharmacien doit donc connaître le projet de la jeune mère pour l'orienter vers un modèle bien précis.

Il peut être utilisé de manière occasionnelle. D'après une étude réalisée par l'Académie Américaine de Pédiatrie entre 2005 et 2007, la première des raisons serait de permettre à une tierce personne, souvent le papa, de nourrir l'enfant (60). Viennent ensuite la nécessité d'avoir une réserve de lait en cas d'« urgence », et enfin le traitement d'un engorgement ou le soulagement de douleurs aux mamelons. Le tire-lait peut aussi s'utiliser pour maintenir la lactation lorsque la mère suit un traitement médicamenteux et qu'elle ne peut pas donner son lait à l'enfant.

Dans ce cas, les tire-laits manuels sont plutôt à privilégier.

Le tire-lait peut aussi être utilisé fréquemment et sur le long terme. C'est notamment le cas lorsque l'enfant ne peut téter à la naissance (prématurité, problème anatomique...). Il est aussi utilisé quand la mère reprend le travail et souhaite faire des réserves pour la journée (46).

Pour ces indications, les modèles électriques sont fortement recommandés et notamment ceux permettant un double pompage.

IV.4. Utilisation pratique

IV.4.1. Modalités d'obtention et de remboursement d'un tire-lait en France

Les modèles manuels de tire-lait sont à usage personnel et ne peuvent être loués. Ils ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. On peut les trouver en pharmacie mais aussi en parapharmacie, auprès des laboratoires les commercialisant et même dans certaines grandes surfaces.

Certaines mutuelles peuvent toutefois prendre en charge tout ou partie de la somme dépensée en fonction des contrats et sur présentation d'une facture émanant en général d'une pharmacie.

Les modèles électriques peuvent être achetés ou loués. L'achat reste cependant rare car ces appareils sont souvent coûteux (plusieurs centaines d'euros).

La location d'un tire-lait électrique est prise en charge plus ou moins intégralement par la sécurité sociale et la mutuelle lorsqu'un médecin ou une sage-femme a établi une

prescription. Dans ce cas, seul l'appareil électrique est en location. Les kits contenant la téterelle, son flacon de recueil et le tuyau sont à l'achat. Il existe une base de remboursement de ces kits ce qui permet une prise en charge par la sécurité sociale et la mutuelle. Cette base de remboursement est doublée lorsqu'il s'agit d'un appareil à double pompage nécessitant l'achat de deux kits. Cependant, il existe souvent des dépassements à la charge de la patiente notamment pour les modèles les plus récents. De plus, un chèque de caution, représentant tout ou partie du montant total de l'appareil, est très souvent demandé lors de la location.

IV.4.2. Entretien du tire-lait

Les notices accompagnant les tire-lait sont très souvent peu complètes et peu claires. De plus, les appareils obtenus en location en sont souvent dépourvus. Le pharmacien délivrant l'appareil doit non seulement montrer à la jeune mère comment assembler et utiliser le tire-lait mais aussi comment l'entretenir, quelles parties stériliser et comment procéder.

Les conseils donnés ci-après sont destinés aux mères d'enfants nés à terme et ne présentant pas de problème de santé particulier. Les protocoles de recueil du lait pour les enfants prématurés sont spécifiques à chaque établissement et doivent être scrupuleusement suivis.

Avant la première utilisation, il est nécessaire de stériliser toutes les parties du tire-lait en contact avec le sein et le lait (téterelle, biberon de recueil...) (61),(62) :

- Placer les différentes pièces dans un récipient et les recouvrir entièrement d'eau froide.
- Chauffer et laisser bouillir 10 minutes.
- Retirer les éléments du récipient, égoutter et sécher avec un chiffon propre.

Après chaque utilisation :

- Démonter les pièces en contact avec le sein et le lait et les laver soigneusement à l'eau chaude et savonneuse.
- Rincer les pièces à l'eau claire et les sécher avec un chiffon propre.

Certains fabricants recommandent de stériliser les pièces en contact avec le sein et le lait une fois par jour. Cependant, si le nettoyage est correctement réalisé après chaque utilisation, il n'est pas forcément nécessaire de stériliser tous les jours.

Pour les autres pièces du tire-lait, un nettoyage simple à l'eau et au savon est suffisant.

Après le nettoyage, il est conseillé de ranger les différentes pièces bien sèches dans un récipient propre avec couvercle.

IV.4.3. Réalisation d'une fiche pratique distribuée à la Maternité Universitaire de Nancy

L'idée de réaliser une fiche pratique sur les tire-lait est venue lors de mon stage à la Maternité Universitaire de Nancy. Les tire-lait sont des appareils souvent mal connus et une ordonnance de location est quelquefois donnée aux jeunes mamans à la sortie de la maternité « au cas où », sans qu'elles ne sachent vraiment quand et pourquoi l'utiliser.

Avec l'aide de Mme HUBERT et de Mme DEBANO, j'ai donc élaboré cette fiche pratique en me basant sur les notices des différents tire-lait disponibles mais surtout sur les connaissances théoriques et pratiques acquises lors de mon stage à la Maternité.

Le but de cette fiche est de donner les connaissances de base sur ce qu'est un tire-lait et sur l'utilisation que l'on peut en faire. L'idée première est de rassurer et d'informer les jeunes mamans pour qu'elles puissent, en cas de besoin, avoir l'idée de demander un tire-lait. A l'officine, j'ai vu des parents venir chercher un tire-lait sans vraiment savoir ce dont ils avaient besoin. Le fait de connaître les quelques éléments de base donnés sur la fiche peut permettre d'engager le dialogue sur l'utilisation qu'ils veulent en faire et ainsi trouver le modèle le plus adapté.

• Quelles sont les modalités de remboursement ?

Les tire-lait manuels ne sont pas remboursés à l'achat.



Les tire-lait électriques à la location, s'ils sont prescrits par un médecin ou une sage-femme, peuvent être remboursés :



La sécurité sociale et la mutuelle prennent partiellement ou intégralement en charge la location (attention, un chèque de caution peut cependant vous être demandé).

Il existe aussi une base de remboursement pour l'achat du kit personnel (téterelle, biberon...). Cependant la plupart des marques propose des kits à des tarifs supérieurs au tarif de remboursement : la différence reste donc à la charge de la famille.

Dans tous les cas, n'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre pharmacien ou de votre sage-femme qui pourront vous conseiller l'appareil le mieux adapté à vos besoins et les démarches à suivre pour être remboursé.

Maternité Régionale Universitaire de Nancy _ janvier 2013

• Qu'est-ce qu'un tire-lait ?

Un tire-lait est un appareil manuel ou électrique permettant le recueil du lait maternel.

Il se compose de plusieurs éléments :

Une **téterelle** : elle se positionne directement sur le mamelon. En général, une taille standard est fournie avec le kit, mais certaines marques proposent différents modèles. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre pharmacien ou de votre sage-femme si la taille standard ne vous convient pas.



Un **flacon de recueil** pour le lait



En plus :

Pour les **modèles manuels** :

Un système de connexion entre la téterelle et le flacon, muni d'une poignée permettant l'expression manuelle du lait.



Pour les **modèles fonctionnant à l'électricité** :

Un appareil de pompage¹ à brancher sur secteur

Une tubulure² reliant la téterelle et l'appareil

Un système de connexion³ entre le flacon, la téterelle et la tubulure



Maternité Régionale Universitaire de Nancy _ janvier 2013

• Quel tire-lait choisir ?

Type	Utilisation	Avantages	Inconvénients	Achat/location
Manuel	Occasionnelle	Peu encombrant, non bruyant, ne nécessite ni électricité ni batterie	durée du recueil plus importante	Uniquement à l'achat
Electrique Simple ou double pompage*	Régulière, quotidienne	confort d'utilisation, gain de temps (+++ pour double pompage)	peuvent être +/- bruyants, +/- encombrants	Essentiellement à la location pour l'appareil Le kit à usage personnel (téterelle, biberons...) est à l'achat

*La plupart des tire-lait sont disponibles en double pompage. On peut cependant les utiliser pour un seul sein en raccordant un seul kit



L'utilisation d'un tire-lait ne doit jamais faire mal !!!

N'hésitez pas à en parler avec un professionnel de santé : l'importance de l'aspiration, la taille de la téterelle... peuvent être à l'origine de douleurs si elles sont mal adaptées.

A savoir : il existe des tire-lait fonctionnant sur secteur et/ou à piles.

Maternité Régionale Universitaire de Nancy _ janvier 2013

• Quand utiliser un tire-lait ?

Le tire-lait peut s'utiliser :

Occasionnellement : en remplacement d'une tétée

Régulièrement : à la reprise du travail par exemple

Quotidiennement : lorsque le bébé ne peut pas téter directement au sein (pathologies particulières, prématurés)

Dans le cas d'un bébé prématuré, le protocole de recueil du lait est spécifique à l'établissement où est hospitalisé l'enfant. Il convient donc de s'y reporter.

• Comment entretenir mon tire-lait ?

Chaque kit contient un protocole spécifique d'entretien du matériel auquel il faut se reporter.

Avant la première utilisation, quel que soit le modèle, toutes les parties du tire-lait en contact avec le sein et le lait doivent être stérilisées.

(Il suffit souvent de faire bouillir les pièces quelques minutes dans l'eau)



Après chaque utilisation, le matériel doit aussi être lavé, en général avec de l'eau chaude et du liquide vaisselle, puis rincé à l'eau claire.



Maternité Régionale Universitaire de Nancy _ janvier 2013

Figure 23 : Fiche pratique sur les tire-lait

Elle résume en plus les modalités d'entretien : comment et à quelle fréquence nettoyer son tire-lait, quels éléments sont à stériliser ... Cette partie est indispensable car les notices des appareils sont souvent complexes et peu lisibles. De plus, lors des locations, les tire-lait sont très souvent fournis sans leur notice. Les jeunes parents sont souvent dans un climat de stress suite à l'arrivée du nouveau-né et même si les conseils peuvent être donnés oralement lors de la location, il est préférable qu'ils puissent les relire tranquillement à la maison. Il semblait donc important d'apporter toutes les informations nécessaires regroupées en quelques phrases.

La dernière partie évoque les modalités de remboursement. Etre informé de la prise en charge de la location des tire-lait électriques est important pour les familles ayant un budget limité.

J'ai voulu que cette fiche soit simple tout en étant complète. En plus d'informer, elle a pour but de susciter le dialogue entre les jeunes parents et les professionnels de santé dont les pharmaciens qui délivrent ces appareils.

IV.5. Effets indésirables du tire-lait

IV.5.1. Arrêt prématuré de l'allaitement

Une étude américaine a été menée pour déterminer les principaux facteurs intervenant dans le sevrage des enfants nés à terme et en bonne santé durant les trois premiers mois de l'allaitement (63). Deux groupes sont comparés : celui des femmes du Michigan étant statistiquement plus âgées (nombre plus important de femmes de plus de 30 ans) et avec un niveau d'éducation plus élevé que le groupe des femmes du Nebraska.

Les résultats sont assez significatifs (cf tableau 3) : les femmes tirant leur lait au cours des trois premières semaines après l'accouchement ont 2 fois plus de risque d'arrêter prématurément d'allaiter. Pour celles qui utilisent un biberon pour nourrir leur enfant dans ce même intervalle de temps, le risque est multiplié par 9. Une autre analyse a confirmé ces résultats même lorsque le tire-lait est utilisé pour soulager des douleurs.

D'autre part, on peut noter un risque multiplié par 5 quand les tétées ont une durée inférieure à 10 min. Ce risque est multiplié par 8 lorsque l'enfant tète moins de 7 fois par jour, toujours au cours des trois premières semaines. Une autre étude, plus ancienne, a montré que le fait de donner plus d'un biberon par jour à un enfant nourri au sein est

associé à une diminution de la durée de l'allaitement. Le risque de sevrage est cependant minimisé lorsqu'il reste 7 tétées ou plus par jour (64). Cependant une autre étude américaine n'a révélé aucune différence entre donner un seul biberon par jour et ne donner aucun biberon entre la deuxième et la sixième semaine d'allaitement (65).

La deuxième remarque concernant cette première étude est que le risque de sevrage prématuré de l'enfant suite à l'utilisation d'un tire-lait ou d'un biberon n'est plus présent après la quatrième semaine d'allaitement (63).

Variable	Semaine	Femmes du Michigan	Femmes du Nebraska
Mastite	1 - 3 4 - 12	5.7 (1.3 - 25.9) ‡	‡ 2.1 (0.3 - 17.4)
Engorgement	1 - 3 4 - 12	0.6 (0.2 - 1.5) ‡	0.8 (0.3 - 2.1) 3.2 (0.6 - 15.8)
Plaie mamelons	1 - 3 4 - 12	1.1 (0.4 - 2.6) 2.6 (0.8 - 8.5)	0.9 (0.4 - 2.3) 2.9 (0.8 - 10.7)
Toute douleur	1 - 3 4 - 12	14.7 (6.8 - 32.0)§ 0.3 (0.1 - 0.7)	9.1 (3.9 - 21.2)† 0.2 (0.1 - 0.5)†
Jours avec douleur	1 - 3 4 - 12	1.1 (1.0 - 1.2) 1.1 (1.0 - 1.2)	1.3 (1.0 - 1.5) 1.1 (1.0 - 1.2)
Reprise du travail	1 - 3 4 - 12	0.4 (0.1 - 3.0) 2.1 (1.1 - 4.0)	‡ 0.8 (0.4 - 1.7)
Dépression	1 - 3 4 - 12	0.9 (0.3 - 3.0) 0.9 (0.4 - 2.2)	1.0 (0.4 - 2.6) 1.3 (0.6 - 2.7)
Sommeil journalier	1 - 3 4 - 12	0.9 (0.7 - 1.1) 0.7 (0.5 - 0.9)	0.9 (0.8 - 1.2) 1.2 (1.0 - 1.5)
Aide ménagère	1 - 3 4 - 12	2.0 (0.8 - 4.8) 0.7 (0.3 - 2.6)	0.9 (0.4 - 2.1) 0.7 (0.2 - 2.1)
Utilisation tire-lait	1 - 3 4 - 12	2.2 (1.1 - 4.6) 0.2 (0.1 - 0.5)§	1.3 (0.6 - 2.5) 0.3 (0.1 - 0.5) §
Utilisation biberon	1 - 3 4 - 12	9.5 (4.3 - 21.0) § 0.03 (0.003 - 0.2) §	1.8 (0.9 - 3.5) 0.02 (0.004 - 0.1) §
Durée tétée	1 - 3	1.0 (0.9, 1.0)	1.1 (1.0, 1.1)
Tétée < 10 min	1 - 3	4.8 (1.7, 13.4)	2.2 (0.6, 8.1)
Nombre tétées/j	1 - 3	0.7 (0.6, 0.8) §	0.9 (0.8, 1.1)
Moins de 7 tétées/j	1 - 3	8.1 (3.4, 19.2) §	1.8 (0.7, 4.6)

Tableau 3 : Relations entre des facteurs cliniques et comportementaux influençant un arrêt de l'allaitement après ajustement de l'âge, du niveau d'éducation et d'une précédente expérience de l'allaitement de la mère (63)

Il semble donc important que l'utilisation d'un tire-lait durant les trois premières semaines de l'allaitement soit justifiée (engorgement, enfant prématuré...) et que les mères soient surtout bien encadrées.

IV.5.2. Douleurs et lésions des mamelons

En dehors d'un arrêt prématuré de l'allaitement, les principaux effets indésirables sont la douleur et l'apparition de lésions des mamelons comme des crevasses, des hématomes et des saignements (18). Deux raisons peuvent expliquer ces inconvénients.

La première est imputable au tire-lait lui-même. Comme il a été vu précédemment, l'expression du lait est réalisée grâce à une dépression provoquée par un vide d'air au niveau du mamelon. Dans les modèles les plus récents, la dépression maximale est limitée par un système de sécurité mais il existe encore sur le marché des modèles avec un système peu adapté. Ainsi, si la dépression exercée est trop importante, l'utilisation du tire-lait peut entraîner des lésions des mamelons (18).

La seconde cause d'effets indésirables est la mauvaise utilisation de l'appareil. En effet, l'achat et la location d'un tire-lait s'étant banalisés, les conseils sur un maniement correct et adapté ne sont pas toujours fournis. Or une mauvaise ou une utilisation inappropriée sont à risque d'apparition de lésions mais aussi de contamination du lait (66).

IV.5.3. Contamination du lait

La contamination du lait est aussi un effet indésirable majeur. On peut évidemment imaginer les conséquences d'une contamination pour l'enfant (18).

Les mesures pour éviter ces contaminations sont très simples, encore faut-il que la mère en ait pris connaissance. Pour les enfants nés à terme, les recommandations de l'INPES sont les suivantes (10):

- Se laver les mains avant de manipuler le matériel et de tirer le lait
- Nettoyer les récipients dans lesquels le lait sera stocké, le biberon de recueil et les accessoires du tire-lait en contact avec le sein à l'eau chaude additionnée de liquide vaisselle puis laissez sécher sans essuyer.
- Conserver le lait :
 - 4 h maximum à température ambiante (20-25°C) - (temps entre le début du recueil et la fin de consommation par le bébé) ;
 - 48 h maximum au réfrigérateur, sur les étagères et non dans la porte, à une température inférieure ou égale à 4°C ; laissez un thermomètre de réfrigérateur en permanence dans votre réfrigérateur. S'assurer que le réfrigérateur soit propre.

- 4 mois au congélateur à une température de -18°C . Le lait décongelé est à consommer dans les 24 h et il ne doit jamais être recongelé.

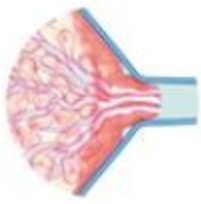
IV.5.4. Importance des téterelles

En dehors de la force d'aspiration, du bruit et du volume, la téterelle est un élément important d'un tire-lait. C'est en effet elle qui est en contact direct avec le mamelon et qui participe logiquement au confort ou au contraire qui est responsable de douleurs voire de blessures.

Elles sont en général toutes en silicone et doivent être de taille adaptée au mamelon pour permettre de vider le sein de manière optimale et sans douleur (46). Or, si la téterelle est trop grande, de l'air risque de s'infiltrer et l'aspiration d'être moins bonne. Par contre, si la téterelle est trop petite, elle risque de comprimer les canaux galactophores et aussi de provoquer des lésions sur le mamelon (18).

C'est seulement lorsque toutes les réponses aux questions suivantes sont affirmatives que la taille de la téterelle est considérée comme adaptée (67):

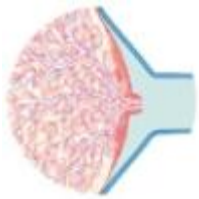
- Le mamelon bouge-t-il librement dans l'embout de la téterelle ?
- Est-ce que seule une petite partie de l'aréole (voire aucune) s'étire dans l'embout de la téterelle ?
- Observez-vous un mouvement doux et rythmé du sein à chaque cycle d'aspiration ?
- Sentez-vous votre sein se vider pendant toute l'expression ?
- Vos mamelons sont-ils indolores ?



Téterelle trop petite : le mamelon ne bouge pas librement dans l'embout



Téterelle trop grande : une partie trop importante de l'aréole s'étire dans l'embout



Téterelle trop grande : elle n'est pas appliquée hermétiquement contre le mamelon

Figure 24 : Schémas illustrant les conséquences de téterelles de taille inadaptée (67)

Même si l'importance de la taille adaptée est reconnue, il existe toujours une taille standard unique (en général avec un diamètre de 24 mm) pour la plupart des modèles. Cependant, certains fabricants proposent des téterelles de tailles différentes, 5 tailles chez Medela, et plus récemment, 4 tailles chez Kitett®. Medela ne préconise pas de mesurer l'aréole mais uniquement de se fier aux critères évoqués ci-dessus et d'essayer les différentes tailles (21mm, 24mm (standard), 27mm, 30mm et 36mm de diamètre). Kitett® propose une règlette de mesure à utiliser après une tétée ou après avoir tiré le lait.

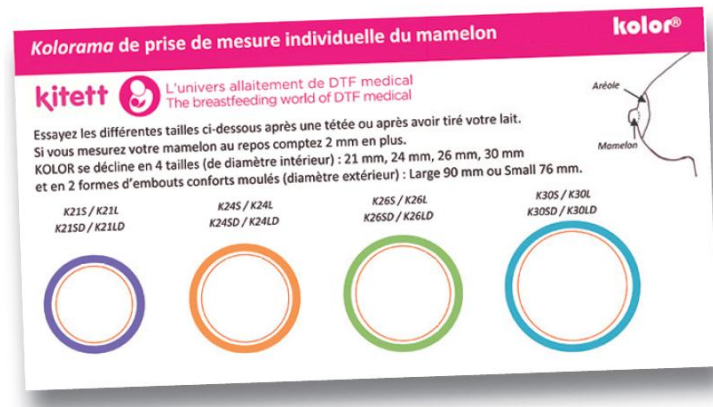


Figure 25 : Réglette de prise de mesure Kitett® Diffusion Technique Française (68)

IV.6. Action du tire-lait sur la douleur

L'utilisation d'un tire-lait est souvent recommandée en cas de douleurs liées à un engorgement. Il permet d'évacuer le surplus de lait provoquant des tensions douloureuses et empêchant l'enfant d'avoir une prise correcte du sein. Dans ce cas, son efficacité est reconnue. (10) Or, ce problème survient généralement dans les tous premiers jours de l'allaitement, lorsque la mère est encadrée par des professionnels. Le traitement est souvent bien mené : le tire-lait est utilisé uniquement pour exprimer le trop-plein de lait, ce qui permet de soulager la mère et de rendre les seins plus souples et plus facilement préhensibles par le nourrisson. L'enfant continue ses tétées nutritives et le rythme de l'allaitement peut reprendre une fois le problème résolu.

Lors de douleurs provoquées par la succion du nourrisson ou par l'apparition de crevasses, les recommandations sont, comme il a été vu précédemment, le repositionnement de l'enfant, et si besoin l'application de compresses d'eau chaude ou froide voire de bouts de seins en silicone durant quelques jours (10). Or, sans encadrement médical, les femmes allaitantes peuvent avoir des comportements contraires aux recommandations.

En effet, le tire-lait peut être utilisé spontanément par des mères lorsque les douleurs pendant les tétées sont trop importantes mais aussi pour permettre à un autre membre de la famille de nourrir l'enfant ou encore pour avoir des réserves de lait. (60) Or ces pratiques ne sont pas sans conséquences et peuvent entraîner des effets indésirables (lésions des mamelons, engorgements...).

IV.7. Place du tire-lait dans l'allaitement d'aujourd'hui

Auparavant, le tire-lait était surtout utilisé pour les mères d'enfants prématurés souhaitant allaiter. Les avantages dans cette situation sont reconnus : meilleure maturation des fonctions digestives, diminution du risque d'infections durant la période néo-natale... Ces femmes sont donc souvent bien encadrées par les équipes hospitalières.

Les tire-lait sont aussi beaucoup utilisés en cas d'engorgement pour exprimer le trop plein de lait même si la méthode d'expression manuelle est recommandée en premier lieu par l'INPES (10). Ce phénomène pourrait s'expliquer par la recrudescence de l'utilisation de nouvelles technologies. Or, comme il a été vu précédemment, une téterelle de taille inadaptée, une force d'aspiration trop importante peuvent entraîner des douleurs ou des lésions.

Une étude américaine a interrogé des consultants en lactation sur leur vision de l'évolution de l'utilisation de tire-lait (66). Selon eux, il existe un changement de mentalité dans la société mais aussi dans les pratiques des hôpitaux et cliniques américaines. Le tire-lait est une continuité des technologies de plus en plus nombreuses utilisées pendant l'accouchement. Ils constatent en plus qu'au moindre problème, le tire-lait est proposé au lieu de continuer à travailler sur l'allaitement (bon positionnement, tétées plus nombreuses...).

Une autre raison de cet essor est le besoin des femmes de contrôler la quantité de lait donnée à leur enfant. En allaitant, elles ne peuvent pas savoir si l'enfant a bu suffisamment, s'il est dans les normes... (66) Cette attitude révèle certainement un manque de confiance en soi qui peut s'atténuer progressivement avec un encadrement humain les premiers jours.

Ces changements ont été notés aux Etats-Unis et non en France. Pourtant ce genre de situation pourrait se produire. Même si la France reste pour le moment un des pays d'Europe où la prévalence et la durée de l'allaitement sont les plus faibles, les mentalités évoluent. Il a été montré que les femmes françaises souhaiteraient « plus d'accompagnement pendant l'allaitement et un congé maternité plus long » (69).

De plus, l'engouement pour l'écologie, l'envie de retour « au naturel » mais aussi les réactions suscitées par des événements tels que la présence de bisphénol dans les biberons sont autant de changements dans la société ayant certainement un impact sur l'envie d'allaiter. (70) Seulement l'envie n'est plus suffisante dans une société où les mères voulant allaiter se retrouvent souvent seules après deux ou trois jours d'hospitalisation. De plus, la

reprise du travail en général 10 semaines après l'accouchement n'encourage pas à continuer un allaitement qui pourrait alors devenir contraignant.

Tous ces changements sont marqueurs d'un besoin d'informations mais aussi d'encadrement des mères souhaitant allaiter. Des propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel en France ont ainsi été émises et font partie du Programme National Nutrition Santé 2.

CONCLUSION GENERALE

Les douleurs liées à l'allaitement sont une réalité. Pour la très grande majorité, elles peuvent se résoudre en quelques jours par un repositionnement de l'enfant et par des traitements locaux ou éventuellement généraux assez simples. Cependant, la survenue d'une difficulté, aussi minime soit-elle, ne doit jamais être négligée. Il a été vu combien l'aspect psychologique a un rôle important. L'histoire de la jeune mère, ses attentes et son état d'esprit sont autant de critères qui doivent être pris en compte dans son accompagnement. Ils peuvent en effet influencer le bon déroulement de l'allaitement.

Une jeune mère doit sentir qu'elle est entourée, soutenue et qu'au moindre problème elle peut s'adresser à quelqu'un. Il semble important qu'elle ait un soutien de confiance que ce soit par son médecin, son pédiatre, sa sage-femme, son pharmacien ou même une association.

Pourtant, que ce soit par choix ou par manque de disponibilités, très peu de femmes ont un suivi constant de leur allaitement une fois rentrées à la maison. Certaines considèrent que la visite chez le pédiatre ou le médecin de famille est consacrée à l'enfant et non à elles. Elles n'y abordent pas toujours leurs difficultés. De plus, lorsque l'entourage idéalise l'allaitement, donne des conseils plus ou moins pertinents, les jeunes mères peuvent tout simplement être honteuses de leurs difficultés et ne pas oser en parler.

Le pharmacien d'officine a alors un rôle important à jouer dans l'accompagnement de ces femmes. Il est en première ligne pour repérer les éventuelles difficultés des jeunes mères allaitantes, que ce soit par l'achat d'une boîte de lait infantile, la demande d'une crème contre les crevasses ou les irritations ou tout simplement en demandant si tout se passe bien avec l'enfant.... Repérer les difficultés et s'intéresser au bien-être de l'enfant mais aussi de la mère fait partie du rôle du pharmacien.

L'achat ou la location d'un tire-lait est aussi l'occasion de s'entretenir avec la jeune mère. Peu de professionnels sont correctement formés sur l'utilisation de ces appareils. Pourtant un tire-lait peut prendre une place importante dans le bon déroulement de l'allaitement et participer à sa prolongation notamment lorsque la maman doit reprendre son travail. D'où l'intérêt d'une fiche pratique sur les tire-lait qui permet d'apporter un minimum de connaissances, aux jeunes mères, sur ces appareils. Elles pourront ainsi s'interroger sur leurs besoins et ne pas hésiter à engager la discussion avec un professionnel de santé.

Le bon conseil suivant la délivrance d'un tire-lait permet au pharmacien de participer de manière concrète à la promotion de l'allaitement.

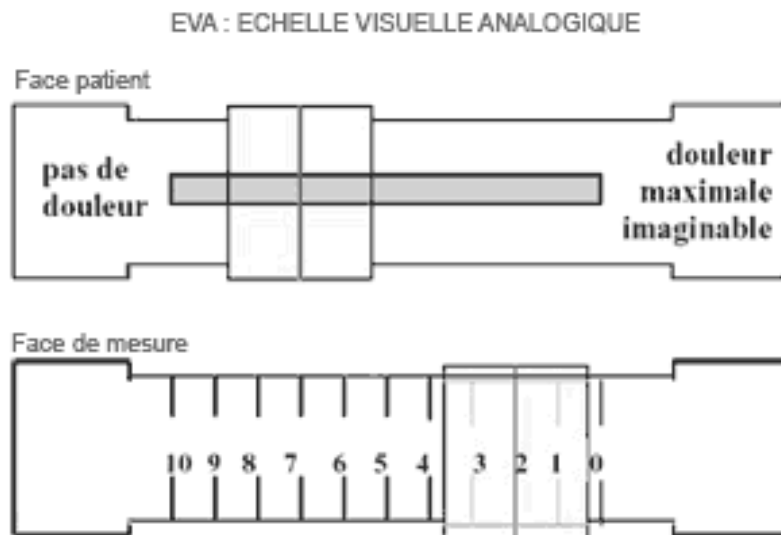
ANNEXE 1

Echelle Visuelle Analogique (EVA) (71)

L'EVA est un instrument de mesure permettant au patient d'auto-évaluer l'intensité de sa douleur.

Elle se présente sous la forme d'une réglette à double face :

- La face présentée au patient représente une ligne droite allant de « pas de douleur » à « douleur maximale imaginable ». Le patient déplace un curseur sur cette ligne en fonction de son ressenti.
- La face destinée au soignant est graduée de 0 pour « pas de douleur » à 10 pour « douleur maximale imaginable ».



ANNEXE 2

• Quelles sont les modalités de remboursement ?

Les tire-lait manuels ne sont pas remboursés à l'achat.



Les tire-lait électriques à la location, s'ils sont prescrits par un médecin ou une sage-femme, peuvent être remboursés :



La sécurité sociale et la mutuelle prennent partiellement ou intégralement en charge la location (attention, un chèque de caution peut cependant vous être demandé).

Il existe aussi une base de remboursement pour l'achat du kit personnel (téterelle, biberon...). Cependant la plupart des marques propose des kits à des tarifs supérieurs au tarif de remboursement : la différence reste donc à la charge de la famille.

Dans tous les cas, n'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre pharmacien ou de votre sage-femme qui pourront vous conseiller l'appareil le mieux adapté à vos besoins et les démarches à suivre pour être remboursé.



LES TIRE-LAIT

• Qu'est-ce qu'un tire-lait ?

Un tire-lait est un appareil manuel ou électrique permettant le recueil du lait maternel.

Il se compose de plusieurs éléments :

Une téterelle : elle se positionne directement sur le mamelon. En général, une taille standard est fournie avec le kit, mais certaines marques proposent différents modèles. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre pharmacien ou de votre sage-femme si la taille standard ne vous convient pas.



Un flacon de recueil pour le lait



En plus :

Pour les modèles manuels :

Un système de connexion entre la téterelle et le flacon, muni d'une poignée permettant l'expression manuelle du lait.



Pour les modèles fonctionnant à l'électricité :

Un appareil de pompage¹ à brancher sur secteur

Une tubulure² reliant la téterelle et l'appareil

Un système de connexion³ entre le flacon, la téterelle et la tubulure



• Quel tire-lait choisir ?

Type	Utilisation	Avantages	Inconvénients	Achat/location
Manuel	Occasionnelle	Peu encombrant, non bruyant, ne nécessite ni électricité ni batterie	durée du recueil plus importante	Uniquement à l'achat
Electrique Simple ou double pompage*	Régulière, quotidienne	confort d'utilisation, gain de temps (+++ pour double pompage)	peuvent être +/- bruyants, +/- encombrants	Essentiellement à la location pour l'appareil Le kit à usage personnel (téterelle, biberons...) est à l'achat

*La plupart des tire-lait sont disponibles en double pompage. On peut cependant les utiliser pour un seul sein en raccordant un seul kit



L'utilisation d'un tire-lait ne doit jamais faire mal !!!

N'hésitez pas à en parler avec un professionnel de santé : l'importance de l'aspiration, la taille de la téterelle... peuvent être à l'origine de douleurs si elles sont mal adaptées.

A savoir : il existe des tire-lait fonctionnant sur secteur et/ou à piles.

• Quand utiliser un tire-lait ?

Le tire-lait peut s'utiliser :

Occasionnellement : en remplacement d'une tétée

Régulièrement : à la reprise du travail par exemple

Quotidiennement : lorsque le bébé ne peut pas téter directement au sein (pathologies particulières, prématurés)

Dans le cas d'un bébé prématuré, le protocole de recueil du lait est spécifique à l'établissement où est hospitalisé l'enfant. Il convient donc de s'y reporter.

• Comment entretenir mon tire-lait ?

Chaque kit contient un protocole spécifique d'entretien du matériel auquel il faut se reporter.

Avant la première utilisation, quel que soit le modèle, toutes les parties du tire-lait en contact avec le sein et le lait doivent être stérilisées.

(Il suffit souvent de faire bouillir les pièces quelques minutes dans l'eau)



Après chaque utilisation, le matériel doit aussi être lavé, en général avec de l'eau chaude et du liquide vaisselle, puis rincé à l'eau claire.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Beaudry, M, Chiasson, S et Lauzière, J.** *Biologie de l'allaitement*. s.l. : Presses de l'Université du Québec, 2006.
2. **Nguyen, S.H.** *Manuel d'anatomie et de physiologie*. s.l. : Lamarre, 2005.
3. **Medela.** Anatomie du sein. [En ligne] février 2012. www.medela.com.
4. **Brettes, JP; Mathelin, C; Gairard, B; Bellocq, JP.** *Cancer du sein*. s.l. : MASSON, 2007.
5. **Espie, M et Gorins, A.** *Le sein , du normal au pathologique : état de l'art*. s.l. : Eska, 2001.
6. **Lansac, J et Magnin, G.** *Obstétrique*. s.l. : Elsevier Masson, 2008.
7. **Gremmo-Feger, G.** Lactation humaine : nouvelles données anatomophysiologiques et implications cliniques. *Médecine et Enfance*. novembre 2006.
8. **Haute Autorité de Santé.** *Allaitement maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. 2002.
9. **Royal College of Midwives.** *Pour un allaitement réussi : Physiologie de la lactation et soutien aux mères*. 1998.
10. **Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.** *Le guide de l'allaitement maternel*. octobre 2009.
11. **Organisation Mondiale de la Santé.** *Mastites : causes et prise en charge*. 2004.
12. **Organisation Mondiale de la Santé; UNICEF.** *Le conseil en allaitement : cours de formation*. 1993.
13. **Braund, D et Amir, L.** Review of the management of nipple pain and damage. *Lactation Resource Center*. décembre 2001.
14. **Li, R; Fein, S; Chen, J; Grummer-Strawn, L.M.** Why Mothers Stop Breastfeeding : Mothers' Self-reported Reasons for Stopping During the First Year. *Pediatrics*. 2008, Vol. 122.
15. **Kauffmann-Huysmans, K.** Soins des crevasses du mamelon dans les débuts de l'allaitement par le colostrum et le lait maternel : une solution à portée de main. *Les Dossiers de l'Allaitement*. janvier-février-mars 2005.

16. **Fontaine, B et Schelstraete, C.** Mamelons douloureux, crevasses. *Aide à la Décision Médicale Partagée*. [En ligne] décembre 2012. <http://www.admp.fr/aide-decision-medicale/2344/mamelons-douloureux;-crevasses.htm>.
17. **Academy of Breastfeeding Medicine.** *Recommandations pour l'évaluation et la prise en charge de l'ankyloglossie néonatale et de ses complications chez l'enfant et la mère allaitante*. 2004.
18. **La Leche League France.** Choisir un tire-lait. *Dossiers de l'allaitement*. 2008.
19. **La Leche League France.** Mastite aiguë ou lymphangite, Mastites chroniques et récidivantes, Abscesses du sein. *La Leche League*. [En ligne] décembre 2012. <http://www.lllfrance.org/Feuillets-pour-les-professionnels-de-sante/Mastite-aigue-ou-lymphangite-Mastites-chroniques-et-recidivantes-Absces-du-sein.html?q=mastite>.
20. **Idelman, S et Verdeti, J.** *Endocrinologie et communications cellulaires*. s.l. : EDP Sciences, 2000.
21. **Rodet, P.** Les Mécanismes du Stress. *Cercle Stress Info*. [En ligne] octobre 2012. <http://www.stress-info.org/mecanismes-stress/les-mecanismes-du-stress/>.
22. **La Leche League France.** Allaitement et dépression maternelle. *Dossier de l'Allaitement*. 2007.
23. **Heinrich, M, Meinlschmidt, G et Neumann, I.** Effects of Suckling on Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Responses to Psychosocial Stress in Postpartum Lactating Women. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. octobre 2001.
24. **Tashakori, A, Behbahani, A et Irani, R.** Comparison Of Prevalence Of Postpartum Depression Symptoms Between Breastfeeding Mothers And Non-breastfeeding Mothers. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2012.
25. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2000.
26. **Moses-Kolko, E; Berga, S; Kalro, B; Sit, D; Wisner, K.** Transdermal estradiol for postpartum depression : a promising treatment option. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. septembre 2009.
27. **Thome, M; Alder, EM; Ramel, A.** A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *International Journal of Nursing Studies*. janvier 2006.
28. **Kendall-Tackett, K.** A new paradigm for depression in new mothers : the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatment protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal*. mars 2007.

29. **Lanza di Scalea, T et L. Wisner, K.** Antidepressant Medication Use during Breastfeeding. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. septembre 2009.
30. **Centre de Référence des Agents Tératogènes.** Sertraline ; Paroxétine. *CRAT*. [En ligne] septembre 2012. <http://www.lecrat.org/medicament.php3>.
31. **Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales.** *La criminalité en France*. 2011.
32. **J. Wood, S; J. Hall, R; C. Campbell, J; M. Angott, D.** Physical Health and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2008, Vol. 53.
33. **Wood, K et Van Esterik, P.** Infant feeding experiences of women who were sexually abused in childhood. *The College of Family Physicians of Canada*. avril 2010, Vol. 56.
34. **F.C. Bullock, L, Libbus, K et R. Sable, M.** Battering and Breastfeeding in a WIC Population. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2001, Vol. 32.
35. **Dorvault - L'Officine.** 22eme édition.
36. **Le Moniteur des Pharmacies.** La lanoline. *Les Cahiers du Moniteur*. 25 février 2012, Cahier n°2921.
37. **Laboratoire Almafil.** La crème Lansinoh®. [En ligne] juillet 2012. <http://www.almafil.com/html/lansinoh>.
38. **The British Allergy Foundation.** *Allergy UK*. [En ligne] juillet 2012. www.allergyuk.org.
39. **Abou-Dakn, M.; Fluhr, J.W.; Gensch, M.; Wöckel, A.** Positive effect of HPA lanolin versus expresses breastmilk on painful and damaged nipples during lactation. *Skin Pharmacology and Physiology*. 2011.
40. **Pugh, LC; Buchko, BL; Bishop, BA; Cochran, JF; Smith, LR; Lerew, DJ.** A comparison of topical agents to relieve nipple pain and enhance breastfeeding. *Breath*. 1996.
41. **Hewart, RJ; Ellis, DJ.** A comparison of the effectiveness of two methods of nipple care. *Birth*. 1987.
42. **Dodie.** Bouts de sein anatomiques. *Dodie*. [En ligne] août 2012. <http://www.dodie.fr/produit-allaitement-au-sein-bouts-de-sein-anatomiques,28>.

43. **Philips.** Accessoires d'allaitement. *Philips Avent*. [En ligne] août 2012.
http://www.philips.fr/c/accessoires-avent/accessoires-dallaitement-standard-scf156_01.
44. **Eglash, A, L. Ziemmer, A et Chevalier, A.** Health professionals' attitudes and use of nipple shields for breastfeeding women. *Breastfeeding Medicine*. 2010, Vol. 5.
45. **Medela.** Mode d'emploi bout de sein Medela. 2012.
46. **Le Moniteur des Pharmacies.** L'allaitement. *Cahier formation*. 27 nov 2010.
47. **Buchko, BL; Pugh, LC; Bishop, BA; Cochran, JF; Smith, LR; Lerew, DJ.** Comfort measures in breastfeeding, primiparous women. *Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*. 1994, Vol. 23.
48. **Initiative Hôpital Ami des Bébés.** Conditions d'accès au label IHAB. 2009.
49. **Gremmo-Féger, G, Dobrzynski, M et Collet, M.** Allaitement et médicaments. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2003, Vol. 32.
50. **La Revue Prescrire.** Antalgiques chez une femme qui allaite. *La Revue Prescrire*. décembre 2004.
51. **Centre de Référence sur les Agents Tératogènes.** L'ibuprofène. *CRAT*. [En ligne] avril 2012.
www.lecrat.org.
52. **Medela.** Informations intéressantes sur l'allaitement. *Medela*. [En ligne] janvier 2013.
<http://www.medela.com/FR/fr/breastfeeding/good-to-know/breastfeeding-facts.html>.
53. **La Leche League France.** Tour d'horizon des tire-lait. *Dossiers de l'allaitement*. 2003.
54. **Medela.** Harmony. *Medela*. [En ligne] août 2012. www.medela.com.
55. **Philips.** Tire-lait Philips Avent. *Philips Avent*. [En ligne] août 2012.
<http://www.philips.fr/c/allaitement-au-sein-pour-bebes-avent/>.
56. **Diffusion Technique Française.** Tire-lait atmosphérique. *DTF*. [En ligne] août 2012.
<http://www.dtf.fr/10-Tire-Lait-Atmospherique.html>.
57. **Fewtrell, M.S.; Lucas, P; Collier, S; Singhal, A; Ahluwalia, J. S.; Alan, L.** Randomized Trial Comparing the Efficacy of a Novel Manual Breast Pump With a Standard Electric Breast Pump in Mothers Who Delivered Preterm Infants. *Pediatrics*. 2001, Vol. 107.

58. **Medela.** Technologie d'expression à deux phases. *Medela*. [En ligne] août 2012.
<http://www.medela.com/FR/fr/breastfeeding/research-at-medela/2-phase-expression.html>.
59. **Hartmann, P.; Ramsay, D; Mitoulas, L; Kent, J; Cregan, M.** *Milk Flow Rates Can Be Used to Identify and Investigate Milk Ejection in Women Expressing Breast Milk Using an Electric Breast Pump*. Cambridge : s.n., 2004.
60. **Labiner-Wolfe, J; Fein, S; Shealy, K; Wang, C.** Prevalence of Breast Milk Expression and Associated Factors. *Pediatrics*. 2008, Vol. 122.
61. **Medela .** Mode d'emploi Symphony®. 2012.
62. **Diffusion Technique Française.** Protocole de nettoyage et de désinfection pour les accessoires DTF. 2012.
63. **Schwartz, K; D'Arcy, H; Gillepsie, B; Bobo, J; Longeway, M; Foxman, B.** Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *The Journal of Family Practice*. 2002, Vol. 51.
64. **Feinstein, JM; Berkelhamer, JE; Gruzka, ME; Wong, CA; Carey, AE.** Factors related to early termination of breastfeeding in an urban population. *Pediatrics*. 1986.
65. **Cronenwett, L, Strukel, T et Kearney, M.** Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breastfeeding outcomes. *Pediatrics*. 1992, Vol. 90.
66. **Buckley, K. M.** A Double-Edged Sword : Lactation Consultants' Perceptions of the Impact of Breast Pumps on the Practice of Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*. 2009, Vol. 18.
67. **Medela.** La bonne taille de tétérèlle. *Medela*. [En ligne] août 2012.
<http://www.medela.com/FR/fr/breastfeeding/good-to-know/right-size-of-breastshield.html>.
68. **Diffusion Technique Française.** Mode d'emploi Kitett® kit expression Kolor®. 2011.
69. **Turck, D.** *Plan d'action : Allaitement maternel*. Programme National Nutrition Santé. 2010.
70. **Badinter, E.** *Le conflit : la femme et la mère*. s.l. : Flammarion, 2010.
71. **Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur.** Echelle Visuelle Analogique. *SFETD*. [En ligne] décembre 2012.

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 30 MAI 2013

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE

présenté par : Sandrine FORCHELET

Sujet : LES DOULEURS DE L'ALLAITEMENT :
TRAITEMENTS, UTILISATION PRATIQUE ET PLACE
DU TIRE-LAIT

Jury :

Président, Co-directeur : M. FRANCOIS BONNEAUX
*Maître de Conférences*Directeur : MME CLAIRE HUBERT
*Docteur en Médecine*Juges : MME SOLANGE DEBANO
Sage-femme
MME MARIE-HELENE SAHUGUET
Docteur en Pharmacie

Vu,

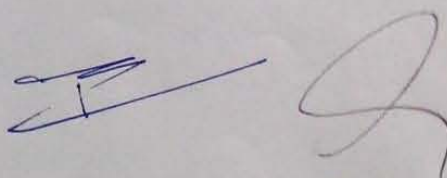
Nancy, le 12 avril 2013

Président du Jury
Co-directeur de Thèse

M. FRANCOIS BONNEAUX

Directeur de Thèse

MME CLAIRE HUBERT



Vu et approuvé,

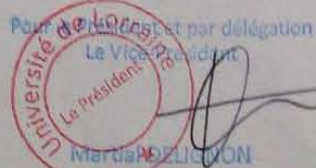
Nancy, le 29 Avril 2013

p. Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université de Lorraine,
Francine PAULUS
Francine KUDZIEREWICZ
Vice-doyen

Vu,

Nancy, le 7.05.2013

Le Président de l'Université de Lorraine,


Pierre MUTZENHARDT

N° d'enregistrement : 6124

N° d'identification :

TITRE

**LES DOULEURS DE L'ALLAITEMENT :
TRAITEMENTS, UTILISATION PRATIQUE ET PLACE DU TIRE-LAIT**

Thèse soutenue le 30 mai 2013

Par Sandrine FORCHELET

RESUME :

Allaiter son enfant est un geste naturel et universel pouvant cependant être source de douleurs.

La plupart du temps, ces douleurs d'origine organique sont provoquées par les crevasses et autres lésions visibles du sein. Elles peuvent être d'une forte intensité et compromettre le bon déroulement de l'allaitement.

Le pharmacien d'officine est en contact avec des jeunes mères rencontrant ces problèmes. Son rôle est donc de les conseiller et de leur apporter des solutions permettant de les soulager.

Cette thèse permet de faire le point sur l'utilité et l'efficacité des différentes techniques préconisées pour faire face à ces douleurs : repositionnement de l'enfant au sein, utilisation de topiques, d'antalgiques... Elle démontre aussi le rôle important de l'état émotionnel et psychologique de la jeune mère dans la survenue et la prise en charge de ces douleurs. Le stress, les troubles de l'humeur ou encore le rapport que peuvent avoir ces jeunes mères avec leur corps sont autant de critères à prendre en compte.

Une autre partie est enfin consacrée au tire-lait. Son principe de fonctionnement et surtout son utilisation pratique y sont détaillés. Cet appareil délivré par le pharmacien est en effet très répandu mais il est souvent mal connu et peut être à l'origine de douleurs s'il est mal utilisé. Il est pourtant un outil précieux pour prendre en charge certains problèmes ou soulager de jeunes mères.

C'est pourquoi ce travail est complété par une fiche pratique sur les tire-lait, distribuée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Cette fiche permet d'apporter aux mères allaitantes les connaissances de base sur le tire-lait (description, modèles disponibles, entretien...).

MOTS CLES : allaitement, douleur, antalgiques, tire-lait

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mme Claire HUBERT	PEDIATRIE	Expérimentale ☐ Bibliographique ☒ Thème ☒

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
☒ – Pratique professionnelle

