L’engorgement mammaire

Comme nous l'avons vu au chapitre 8, il est normal de ressentir un léger inconfort au cours des premières semaines suivant l'accouchement, en raison de l'augmentation du volume de sang et de liquide lymphatique. Cependant, chez certaines personnes, les seins deviennent intensément douloureux et inflammés, il s'agit de l'**engorgement**.

Il peut y avoir une sensation de tension ou de pression dans les seins. Le sein engorgé est lourd, dur, chaud, douloureux et gonflé, en partie ou au complet. La peau du sein atteint peut être tendue, luisante et rougeâtre. Le mamelon peut devenir plat. Un seul sein peut être atteint, mais souvent, les deux le sont. Il est possible de faire un peu de fièvre et de ressentir de la douleur jusqu’à l’aisselle.

L'engorgement ne doit pas être confondu avec l'inconfort causé par l’expression du lait inefficace ou soudainement moins fréquente, par exemple si la mère et le bébé sont séparés ou lors d'un sevrage rapide. Il s'agirait dans ces cas, d'une **suraccumulation** de lait dans les seins, qui entraîne des douleurs, des inflammations, voire des mastites. Les stratégies pour faire face à une suraccumulation de lait sont légèrement différentes et seront abordées plus loin dans le chapitre 10 (mastite) et dans le chapitre 19 (sevrage).

L'engorgement est fréquent, mais il n'est pas physiologiquement normal. Certains facteurs peuvent augmenter le risque d'engorgement :

- Interventions lors de l'accouchement : déclenchement du travail, administration de fluides intraveineux à la mère, ocytocine synthétique (Pitocin, Syntocinon), péridurale, utilisation de forceps ou ventouse, césarienne, etc.
- Certains problèmes de santé de la mère (par exemple, hypertension, prééclampsie, etc.).
- Chirurgie mammaire antérieure chez la mère (y compris réduction ou augmentation mammaire avec implants).
- Problèmes de santé du nourrisson (prématurité, difficultés respiratoires, hypoglycémie, etc.).
- Problèmes de prise du sein ou de succion chez le bébé.
- Séparation de la mère et du bébé, l'accès du bébé au sein est limité.
- Suppléments (PCN) donnés au bébé.

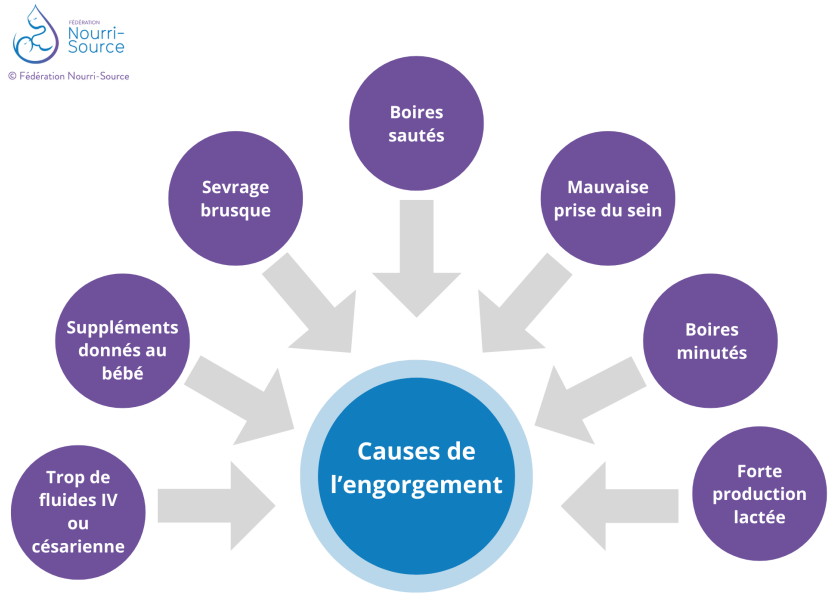


Schéma 17A Les causes d’un engorgement

Les traitements de l'engorgement

Si les seins d'une mère sont engorgés, il y a un risque accru que le bébé ne puisse pas prendre le sein et extraire le lait efficacement, que le flux de lait soit réduit ou même bloqué en raison du gonflement des tissus entourant les canaux. Ces deux facteurs peuvent entraîner une faible production de lait. Elle est également exposée au risque de mastite inflammatoire et infectieuse. Pour ces raisons, il est important d'essayer de réduire l'engorgement et de faire sortir le lait. En général, une combinaison des stratégies suivantes est la plus efficace :

- **Position optimale et prise du sein**

Veiller à ce que le bébé soit bien positionné et prenne une bonne bouchée du sein lors de la prise du sein. Si le sein est trop ferme ou que le mamelon est distendu, le fait d'exprimer manuellement un peu de lait ou d'utiliser la technique de contre-pression de l'aréole peut aider à s'assouplir le sein et faire ressortir le mamelon afin de faciliter la prise du sein profonde.

- **La technique de compression de sein**

La compression du sein peut aider à améliorer l'écoulement du lait. Les compressions peuvent être faites sur tout le sein ou seulement sur la zone du sein dont le lait ne sort pas bien. La technique de compression du sein est décrite en détail dans la section 8.5 à la page 101.

- **Le froid**

Le froid aide à soulager la douleur, l'enflure et l'inflammation. L'application d'un sac de légumes congelés, d'un sac de glaçons ou d'une compresse thérapeutique froide, enveloppé dans une serviette mouillée après et entre les tétées donne de bons résultats.

- **Expression manuelle**

Le mouvement de va-et-vient de l'expression manuelle peut simultanément pousser le liquide accumulé dans les tissus du sein, ce qui assouplit l'aréole, et rend le mamelon plus proéminent, ce qui facilitera la prise du sein par le bébé. Voir le chapitre 8 pour plus de détails sur l'expression manuelle.

- **Chaleur douce**

Appliquer doucement de la chaleur sur les seins pendant quelques minutes avant l'allaitement peut aider à stimuler le réflexe d'éjection. Laisser couler de l'eau sur les seins pendant une minute avant de sortir de la douche est un excellent moyen, mais les compresses chaudes ou la chaleur prolongée doivent être évitées car elles peuvent augmenter l'enflure et l'inflammation. La technique du verre d'eau peut être utilisée avec de l'eau chaude non bouillante, juste avant l'expression ou la mise au sein.

Voir une vidéo sur cette technique sur notre site Internet : www.nourri-source.org.

Vidéo sur la technique du verre d'eau

- **Médicaments analgésiques et anti-inflammatoires**

L'acétaminophène (par exemple, Tylenol, Atasol ou une autre marque) peut soulager la douleur, tandis que l'ibuprofène (par exemple, Advil, Motrin ou une autre marque) et le naproxène (Aleve ou une autre marque) peuvent aider à réduire la douleur et l'inflammation. Bien que ces trois médicaments soient compatibles avec l'allaitement, certaines personnes ne devraient pas les prendre en raison de leur état de santé ou de celui de leur

bébé. Il convient de consulter un-e pharmacien-ne avant de prendre l'un ou l'autre de ces médicaments.

- **Massage doux pour stimuler le réflexe d'éjection**

Masser et stimuler doucement les seins avec les mains et les doigts avant de mettre le bébé au sein peut aider à stimuler le réflexe d'éjection du lait. Des mouvements longs et légers vers le mamelon, le frottement et le pétrissage doux des seins avec une main ouverte, le balancement des jointures sur le sein, des mouvements circulaires sur le sein avec le bout des doigts et la torsion, la traction ou le roulement du mamelon entre les doigts sont autant de techniques qui peuvent s'avérer utiles. Quel que soit le mouvement, il est important qu'il soit doux. Le tissu glandulaire est relativement délicat par rapport au muscle. Contrairement à la pression ferme et profonde utilisée pour masser les muscles, le massage utilisé pour stimuler le flux de lait doit être très doux.

Schéma 18A La résolution d'un engorgement

Quand l'engorgement devient un oedème

Si le sein est extrêmement engorgé, un **oedème** peut apparaître au niveau du sein et de l'aréole. Il est causé par la rétention d'eau. L'oedème est différent d'un simple engorgement. Le sein devient aussi dur que de la roche et les mamelons sont distendus. Le bébé peut être incapable de prendre le sein jusqu'à ce que l'oedème disparaisse. Il est important de traiter l'oedème car il peut diminuer considérablement la production de lait. Si la situation ne s'améliore pas, il convient de consulter un-e professionnel-le de la santé spécialisé dans l'allaitement.

Photo d'oedème du sein et de l'aréole

Voici quelques pistes de solution pour traiter l'oedème du sein et de l'aréole :

- **Feuilles de chou**

Le chou vert ordinaire de l'épicerie contient des substances anti-inflammatoires et antimicrobiennes naturelles qui semblent aider à soulager la douleur et l'enflure chez certaines personnes. Ces propriétés sont renforcées par le froid. Il suffit de laver quelques feuilles de chou vert et de les mettre au réfrigérateur pour qu'elles refroidissent. Au moment de l'utilisation, la grosse veine centrale peut être retirée pour améliorer la maniabilité, puis la feuille sera insérée dans le soutien-gorge en faisant un trou pour le mamelon. Les feuilles doivent être retirées lorsqu'elles

sont fanées. Cette technique peut être répétée autant de fois que nécessaire. Voir la procédure plus en détail au chapitre 8, p.99.

- **La contre-pression de l'aréole**

L'oedème peut être traité par la **contre-pression de l'aréole**, une méthode qui consiste à réduire l'oedème manuellement en appliquant une pression positive tout autour de l'aréole. Cette technique est à utiliser avant la mise au sein ou avant l'expression au tire-lait.

La méthode consiste à appuyer de façon constante sur l'aréole à l'aide des doigts pendant plusieurs secondes, jusqu'à une minute, puis relâcher. Recommencer sur une autre partie de l'aréole, et ainsi de suite afin d'en faire tout le tour. Il est préférable d'utiliser toute la longueur des doigts plutôt que seulement le bout pour faire une pression sur une plus grande partie de l'aréole à la fois et les ongles doivent être courts. L'effet de la gravité peut aider si la mère se couche sur le dos.

Voir une vidéo sur cette technique sur notre site Internet : www.nourri-source.org.

Vidéo sur la contre-pression de l'aréole

Pour savoir s'il y a encore de l'oedème dans le sein, faire une pression avec un doigt quelques secondes. Si l'empreinte du doigt reste visible après avoir enlevé le doigt, c'est qu'il y a encore de l'oedème.

Il faut alors recommencer la technique, qui peut durer plusieurs minutes avant que le bébé réussisse à prendre le sein, tout dépendant de la sévérité de l'oedème.

La contre-pression aréolaire a de multiples bienfaits :

1. Permet de faire bouger les fluides interstitiels en direction du système lymphatique.
2. Réduit l'inconfort relié à la grande distension des canaux lactifères.
3. Permet au bébé de prendre le sein efficacement.
4. Stimule le 4e nerf intercostal et facilite ainsi le réflexe d'éjection.

Utiliser le tire-lait sur un oedème qui n'a pas d'abord eu de contre-pression peut causer une accumulation supplémentaire d'oedème dans l'aréole, car il tire l'excès de fluides vers le mamelon plutôt que de l'en éloigner. Il est donc très important de faire ces contre-pressions avant d'utiliser le tire-lait.

- **Massage pour le drainage lymphatique**

Le **massage pour le drainage lymphatique** est une technique qui permet d'améliorer le drainage du liquide lymphatique vers le haut, hors de la poitrine et dans le corps. Des mouvements légers et longs sont utilisés, comme pour caresser un chat.

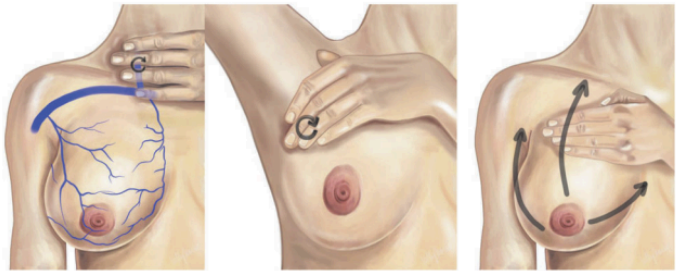


Schéma 19A Massage pour drainage lymphatique

En commençant par la partie inférieure interne du sein, avec une main ouverte, effectuer de longs mouvements vers le haut en suivant la partie externe du sein jusqu'à l'aisselle. Ensuite masser juste au-dessus du mamelon en remontant vers la clavicule.

Recommencer de partie interne du sein et monter jusqu'à la clavicule. Enfin, du bout des doigts, faire de petits cercles à la jonction des veines jugulaires et sous-claviculaires et dans l'aisselle.

- **Gymnastique mammaire**

Le sein est un tissu glandulaire fonctionnel attaché à la paroi thoracique par du tissu conjonctif, entouré de graisse et de peau. Le mouvement doux du sein, appelé **gymnastique mammaire** par Maya Bolman, IBCLC, peut soulager le sein engorgé en facilitant l'écoulement du lait vers le mamelon et vers l'extérieur, ainsi que le drainage de l'excès de lymphe et des fluides interstitiels vers l'intérieur du corps et hors du sein. La mère prend simplement le sein dans ses deux mains et le déplace doucement de haut en bas et d'un côté à l'autre, puis le fait tourner en rond dans les deux sens. Le mouvement est poursuivi pendant 10 secondes ou plus avant de passer à l'autre sein. Cette technique permet de désengorger le sein.

- **Thérapie manuelle**

Certains thérapeutes manuels tels que des ostéopathes, des massothérapeutes, des physiothérapeutes ou des chiropraticiens spécialisés et formés aux techniques qui peuvent aider à soulager l'engorgement. Une marraine d'allaitement, une IBCLC, une infirmière ou un-e médecin peuvent vous indiquer les ressources disponibles dans votre communauté.

Schéma 20A Résolution de l'oedème

La section sur le canal lactifère obstrué ou bloqué a été complètement retirée du livre (p. 121 à p. 125).

La mastite

La **mastite** est un terme générique qui décrit une série d'affections de gravité variable comprenant la mastite inflammatoire et la mastite bactérienne, ainsi que les affections associées telles que l'hyperlactation, le galactocèle, la mastite subaiguë et l'abcès.

Photo d'une mastite

MASTITE

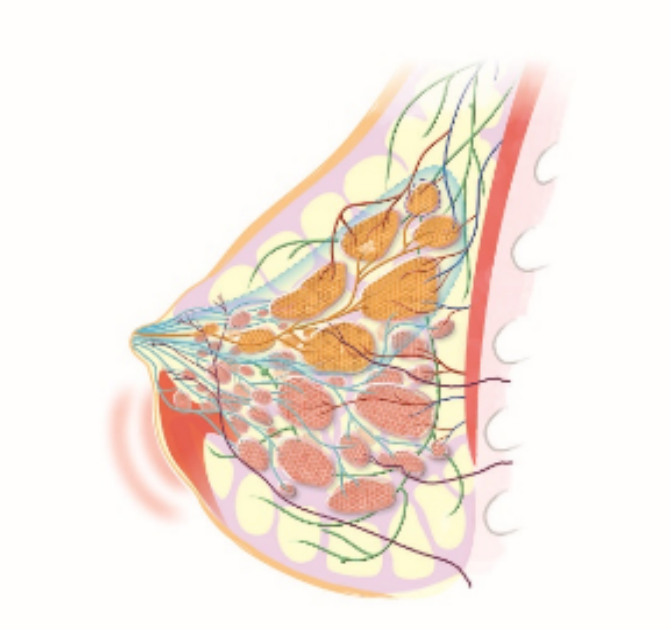


Schéma 21A La mastite

En 2022, l'Academy of Breastfeeding Medicine a publié une mise à jour majeure de son protocole sur la mastite (ABM Protocol #36). Cette mise à jour a changé la façon dont nous comprenons la mastite et a conduit à de nouvelles recommandations pour le traitement. Par exemple, nous comprenons maintenant que ce que nous considérions comme un « canal lactifère obstrué » est en fait une l'inflammation des tissus environnants qui exerce une pression sur les canaux; et les caillots, ou ce que nous pensions être du lait « caillé » parfois exprimé pendant un épisode de mastite, sont en fait un biofilm et non pas simplement du lait épaissi. Voici un résumé des informations mises à jour.

La **mastite inflammatoire** est une inflammation de la glande mammaire qui entraîne une restriction des canaux, des alvéoles et du tissu conjonctif environnant. Elle peut provoquer des douleurs, des gonflements, des rougeurs et parfois de la fièvre et des douleurs musculaires. Elle est souvent, mais pas toujours, associée à une surproduction de lait.

La **mastite bactérienne** est une complication de la mastite inflammatoire. Non seulement le tissu est enflammé, comme décrit ci-dessus, mais une infection est présente, généralement causée par les bactéries *Staphylococcus* ou *Streptococcus*. La douleur, le gonflement, la rougeur, la fièvre et les douleurs musculaires sont beaucoup plus intenses et ne s'améliorent pas après 24 heures de stratégies de première ligne. Dans ce cas, un antibiotique devra être prescrit, mais la plupart sont compatibles avec l'allaitement.

Photo d'une mastite : Dr. Jack Newman et le International Breastfeeding Centre

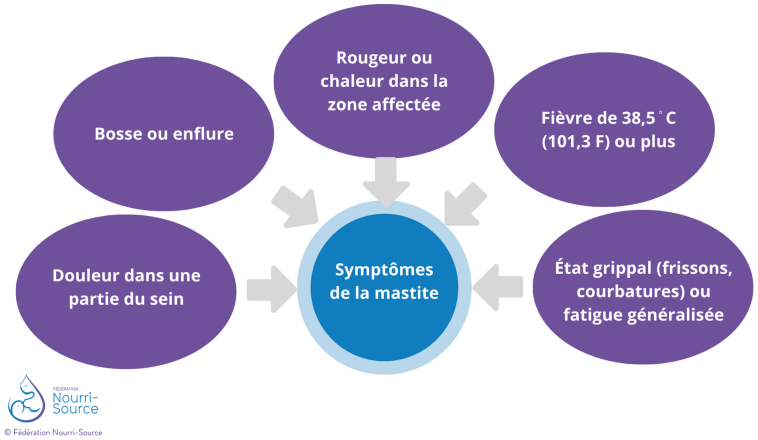


Schéma 22A Les symptômes de la mastite

Les causes les plus courantes de la mastite sont les suivantes :

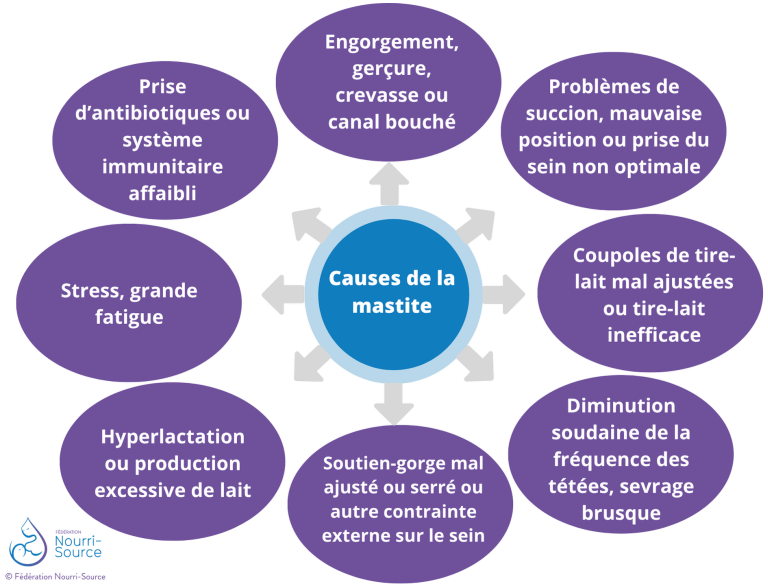


Schéma 23A Cause de la mastite

Dans la plupart des cas, la mastite peut être résolue à la maison grâce aux stratégies suivantes :

1. Allaiter à la demande, s'assurer de l'évacuation efficace du lait, mais éviter les stimulations excessives et l'extraction de lait qui dépasse les besoins du bébé.
2. Adopter diverses positions d'allaitement, tout en veillant à ce que la prise du sein soit efficace.
3. Les compressions du sein ou un massage doux du mamelon centré sur la zone congestionnée peuvent faciliter l'évacuation du lait. Tout massage doit être doux. Un massage profond peut aggraver la situation.
4. Appliquer une compresse froide ou un sac de glace sur la zone affectée après chaque tétée.
5. Prendre de l'ibuprofène pour son action anti-inflammatoire (compatible avec l'allaitement, mais certaines personnes peuvent avoir une contre-indication, donc en cas de doute, le parent doit consulter un-e pharmacien-ne).
6. Consulter un-e professionnel-le de la santé s'il n'y a pas d'amélioration après 24 heures. Des antibiotiques peuvent être nécessaires pour traiter l'infection. Les antibiotiques sont généralement compatibles avec l'allaitement.
7. L'allaitement doit être poursuivi même si des analgésiques ou des antibiotiques sont administrés.

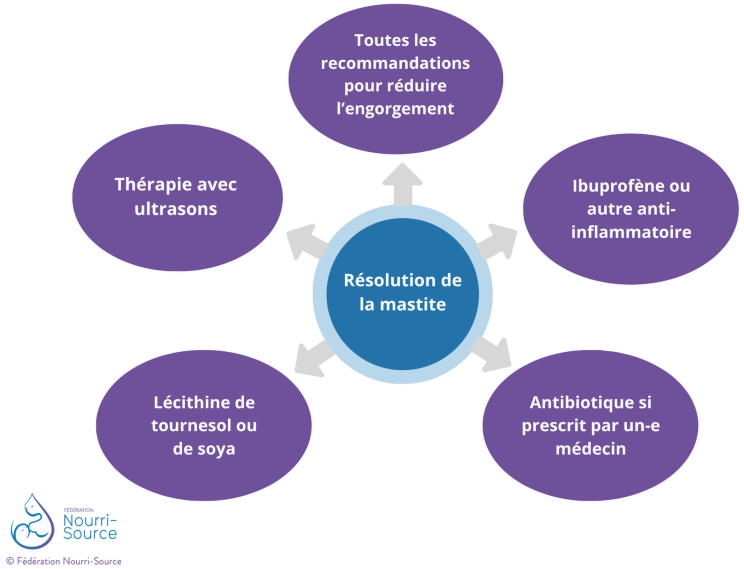


Schéma 24A Résolution de la mastite

Si la mastite est grave ou persistante, des mesures supplémentaires peuvent être utiles :

- La prise de lécithine de tournesol ou de soya peut aider à réduire l'inflammation. Dans son Protocol #36 de 2022 sur la Mastite, l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) recommande 5 à 10 g par jour pour le traitement de la mastite aiguë et 5 g par jour pour la prévention en cas de mastite récurrente.
- Un-e chiropraticien-ne ou un-e physiothérapeute peut proposer des traitements thérapeutiques par ultrasons. Cela permet de réduire l'inflammation et le gonflement.
- Les techniques de drainage lymphatique et de gymnastique mammaire décrites dans la section précédente peuvent être très utiles pour réduire l'enflure associée à la mastite.

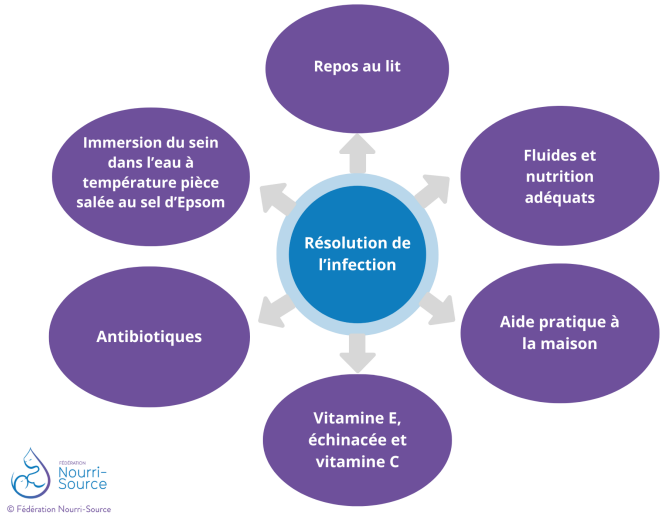


Schéma 25A Résolution de l'infection

La mastite peut parfois s'accompagner des affections suivantes, qui peuvent nécessiter des soins supplémentaires :

- **Hyperlactation**

Il est fréquent que les mères produisent plus de lait que le bébé n'en a besoin au début, mais ce lait est généralement calibré en fonction des besoins du bébé dans les 4 à 6 semaines suivant l'accouchement. Parfois, cette surproduction de lait persiste. Ce problème peut sembler anodin, mais l'**hyperlactation** peut entraîner une gêne et des désagréments considérables. C'est un problème difficile à gérer. Les tétées sont désordonnées, le bébé peut avoir du mal à coordonner la succion-déglutition-respiration, ce qui l'amène à tousser et à cracher au sein, voire à se détacher en projetant des jets de lait à une bonne distance. En raison de la

pression importante créée par le grand volume de lait dans le sein, la mère risque davantage de souffrir de mastite.

Lorsque les seins sont inconfortablement pleins, notre réflexe est de les vider autant que possible, car cela permet de soulager immédiatement la pression et l'inconfort liés à l'hyper-lactation. Mais lorsque la production de lait est trop importante, cela ne fait qu'aggraver la situation, signalant à l'organisme d'augmenter la production de lait. Les compresses froides et les sacs de glace, ainsi que l'ibuprofène, apportent un soulagement immédiat, mais pour un soulagement à long terme, il est nécessaire de réduire la production en laissant un peu de lait dans le sein. Pour une personne qui a beaucoup stimulé et retiré de lait, il faut arrêter dès que possible, mais pas trop vite pour ne pas augmenter l'inflammation et la mastite. Bien qu'il faille diminuer régulièrement les extractions de lait, dans les cas graves, il peut s'avérer nécessaire de le faire progressivement. Le fait d'éviter toute stimulation et tout prélèvement de lait autres que ceux fournis par le bébé permettra à la production de s'ajuster à ce qui est nécessaire. Si une mère ne parvient pas à réduire la fréquence et l'importance des tirages de lait sans développer de mastite, elle doit consulter un professionnel de la santé spécialisé dans les problèmes de lactation complexes.

- **Galactocèle**

Occasionnellement, un kyste peut se former sur la paroi d'un canal en raison du rétrécissement du canal. Le lait peut s'accumuler dans ce kyste, provoquant une masse et une légère douleur, c'est un **galactocèle**. La masse est souvent plus petite immédiatement après la tétée, puis augmente à l'approche de la prochaine tétée. Comme pour les autres formes de mastite, l'intervention la plus importante consiste à ajuster la position et la prise du sein et à corriger tout problème de succion afin d'optimiser l'écoulement du lait. En cas de rougeur et de douleur accrues, il s'agit de signes d'infection et il convient de consulter un-e professionnel-le de la santé pour évaluer la nécessité d'administrer des antibiotiques.

- **Mastite subaiguë**

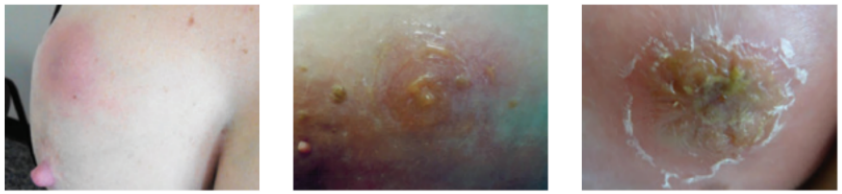
Occasionnellement, une accumulation de biofilm peut se former sur les parois des canaux, ce qui ralentit et restreint l'écoulement du lait. Cela peut provoquer des douleurs mammaires en forme d'aiguille ou de brûlure profonde, des zones du sein qui semblent congestionnées ou engorgées, des mastites récurrentes, ainsi qu'un risque accru d'hématomes du mamelon. Une mastite bactérienne antérieure, un accouchement par césarienne, une session intensive d'expression du lait et l'utilisation d'une téterelle sont autant de facteurs qui peuvent perturber le microbiome du lait et augmenter le risque de **mastite subaiguë**.

Comme pour les autres formes de mastite, il est important d'ajuster la position et la prise du sein et de corriger tout problème de succion afin d'optimiser l'écoulement du lait. En outre, des souches spécifiques de probiotiques peuvent être utiles pour rétablir un microbiome sain dans le sein. Le protocole n°36 de l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) nomme qu'une consommation de ces probiotiques peut avoir un effet bénéfique; préférablement le *Ligilactobacillus salivarius* (anciennement *Lactobacillus salivarius*) ou le *Limosilactobacillus fermentum* (anciennement *Lactobacillus fermentum*).

Il convient de noter que la mastite subaiguë ressemble à l'affection que l'on considérait auparavant comme une prolifération de *Candida* ou une infection profonde de candidose mammaire. Toutefois, les dernières réflexions sur le sujet écartent la possibilité d'une prolifération de *Candida* dans le sein. Le muguet et la candidose mammaire (sur le sein et non dans le sein) sont abordés dans une autre section du livre.

- **Abcès**

Il s'agit de la complication la plus grave de la mastite. Une accumulation de liquides infectés forme une masse bien définie qui provoque une douleur localisée intense. La zone est généralement chaude et présente un érythème (rougeur) intense. La mère aura généralement une forte fièvre et devra prendre des antibiotiques pour traiter l'infection, et la zone devra être drainée par aspiration à l'aiguille fine guidée par ultrasons ou par un drain placé chirurgicalement. La bactérie responsable est généralement un *Staphylocoque* (parfois un *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ou SARM) ou un *Streptocoque*. La plupart des antibiotiques, y compris ceux nécessaires au traitement des abcès mammaires, sont compatibles avec l'allaitement.



Photos d'abcès : Dr. Jack Newman et le International Breastfeeding Centre

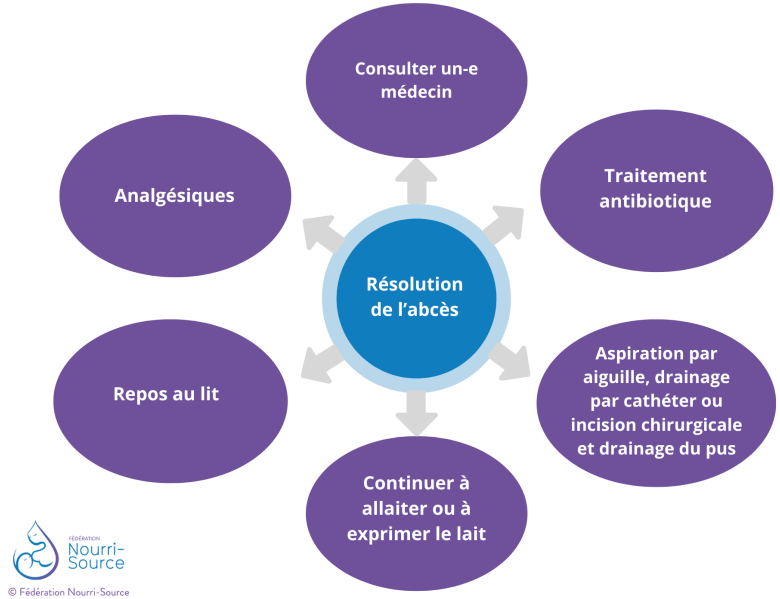


Figure 26A Résolution de l'abcès

Il est essentiel de traiter un **abcès** rapidement et efficacement. S'il n'est pas traité, il peut devenir très grave et toucher le tissu mammaire environnant, voire provoquer une nécrose (mort du tissu) ou même une rupture.

Nouvelle référence bibliographique :

ABM CLINICAL PROTOCOL no 36**:** The Mastitis Spectrum, Volume 17, Number 5, Revised 2022. **En ligne :** DOI: 10.1089/bfm.2022.29207.kbm

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35576513/