

# Cas cliniques ... cas cliniques

## Soins des crevasses du mamelon dans les débuts de l'allaitement par le colostrum et le lait maternel : une solution à portée de main

Mme Katia Kauffmann-Huysmans, sage-femme, consultante en lactation IBCLC, Infor-Allaitement Belgique. Stavelot (Belgique).

L'une des principales complications de l'allaitement, et ce, dès le début de l'allaitement, est l'apparition de gerçures, crevasses du mamelon allant parfois jusqu'au saignement, **dont la fréquence va de 90 % pour les douleurs modérées jusqu'à 25 % pour les plus extrêmes**. La tétée est abordée avec appréhension et si une solution n'est pas trouvée rapidement, il peut y avoir abandon de l'allaitement. Bien sûr, l'industrie pharmaceutique a apporté de nombreuses propositions de traitement, mais outre qu'elles ne sont pas toutes ou toujours convaincantes, elles amènent leur lot d'inconvénients secondaires, l'inquiétude des mamans vis à vis d'un produit que le bébé va ingérer n'étant pas le moindre.

Il y a une vingtaine d'années, à l'occasion de deux stages au Congo, j'avais pu observer qu'en brousse, les jeunes mères appliquaient régulièrement du lait sur les mamelons blessés, et ce jusqu'à leur guérison. De retour en Europe, et en bonne Européenne, j'ai fait confiance aux produits de l'industrie pharmaceutique. Il y a deux ans, lors d'une formation en allaitement, j'ai pu constater que l'usage du lait maternel en pansement humide était suggéré, mais que peu de maternités l'utilisaient en pratique jusqu'à présent, et seul le médecin qui organisait des consultations de lactation en était un fervent promoteur.

Ainsi, l'usage du colostrum et du lait maternel restait confidentiel, limité dans sa diffusion par une sorte de discrédit s'attachant à une pratique « non scientifique », non validée par des études fiables, évoquant par sa simplicité plus les « remèdes de bonne femme » qu'un traitement de bonne qualité, justifiable par des recherches sérieuses, et recommandable à l'ensemble de la profession. Méthode simple, directe, économique, elle n'avait besoin, pour être validée, que d'en rechercher les justifications scientifiques et d'en expérimenter avec rigueur les modalités.

### Crevasses du mamelon et douleurs

La lésion consiste en une effraction de l'épiderme, du derme, allant parfois jusqu'au tissu sous-dermique, et même aux lacis veineux, ce qui explique les saignements. L'effraction est due à un étirement excessif de la peau fragilisée qui se déchire. Ces crevasses peuvent entraîner une **douleur intense** qui devient facilement source **d'angoisse** ; la mère hésite à donner le sein, elle se crispe, l'éjection du lait se fait moins facilement ; il y a risque d'engorgement, et aggravation de l'état du mamelon. Le **saignement éventuel**, quand les lacis veineux ont été atteints, achève d'affoler la maman, bien que le sang avalé par le

bébé ne représente pas un danger. Enfin, les crevasses sont des **portes d'entrée pour les infections**.

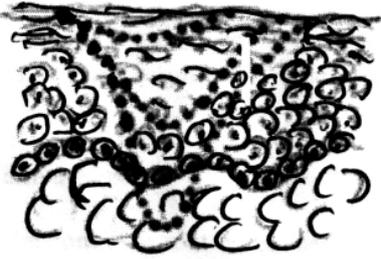
Parmi les causes d'apparition directes des crevasses, tous les auteurs insistent sur les points suivants :

- la mauvaise position du bébé, la traction asymétrique sur le mamelon (tenir le sein en ciseaux entre l'index et le majeur, appuyer sur le sein pour « dégager » le nez du bébé...), la préhension imparfaite de l'aréole par la bouche du bébé arrivent en tête ;
- une mauvaise hygiène, ou un excès de lavage du mamelon, qui enlève le film gras protecteur de la peau, un séchage trop vigoureux, parfois conseillé au sèche-cheveux, un excès de pommade ;
- l'engorgement du sein, les troubles de vidange des canaux lactifères suivent de près ;
- l'usage maladroit du tire-lait, une pression, une aspiration, une durée inadéquate de la séance ;
- un frein de langue important du bébé ;
- le port de vêtements synthétiques ;
- enfin des mamelons plats ou rétractés compliquent la prise en bouche par le bébé, et augmentent donc les tractions inopportunes ;
- le fait d'enlever directement le bébé du sein sans glisser un doigt entre les gencives.

### La cicatrisation en milieu humide

La cicatrisation est un processus naturel et spontané à condition que la plaie soit dans un micro-environnement favorable. Pendant de nombreuses années, on a recommandé aux mères allaitantes de sécher le mamelon après la tétée, y compris au sèche-cheveux. Ces conseils contrevenaient totalement aux principes du pansement en milieu humide, qui est utilisé depuis plus de 20 ans pour l'ensemble des plaies cutanées. « **En effet, la cicatrisation en milieu humide prévient la formation de croûtes qui s'arrachent au moment de la tétée, interrompant le processus de guérison**. Deux sortes d'hydratation sont impliquées dans ce processus : une hydratation interne, et l'humidification de surface. La cicatrisation en milieu hydratant préserve l'hydratation naturelle des tissus de l'aréole, permet à la crevasse de se combler sans formation de croûte, et à la peau de retrouver son état normal, souple et doux. » Le « pansement idéal » serait donc celui qui retient une hydratation adéquate de la plaie, mais ne serait pas toxique pour le bébé qui l'ingère, n'irrite pas l'épiderme du mamelon, et ne doit pas être enlevé avant la mise au sein. Il existe un produit idéal, accessible et gratuit : le colostrum et le lait qui lui succède, tout simplement.

Peau normale avec crevasses de différentes profondeurs



Cicatrisation en milieu sec : la croûte bloque la régénération, la couche basale s'enfoncé



Cicatrisation en milieu hydratant : la sérosité protégée permet une migration rapide des cellules



## Caractéristiques du colostrum et du lait maternel

Le colostrum est le liquide qui précède le lait. Sa sécrétion débute en général vers le troisième trimestre de la grossesse et se poursuit durant les sept jours qui suivent la naissance ; si ses caractéristiques nutritionnelles sont différentes du lait qui va le suivre, sa constitution physique est assez similaire. Notons également que le lait de fin de tétée est plus riche et plus dense, plus gras.

Lors de la formation des gouttelettes lipidiques dans les cellules de la glande mammaire, une membrane (dérivée de l'appareil de Golgi) vient entourer le futur globule gras. Cette paroi est constituée de glycoprotéines, de phospholipides, de triglycérides, de cholestérol et d'enzymes. Elle joue le rôle d'émulsifiant, ce qui explique l'adhésivité du colostrum/lait maternel en phase finale de tétée, si propice au comblement de la crevasse et à sa cicatrisation.

Le lait humain contient encore des facteurs de croissance épidermique (EGF), qui agissent sur la multiplication cellulaire, et des facteurs anti-infectieux. Les oligosaccharides et les glycoconjugués, sont des molécules glucidiques complexes qui inhibent la fixation de très nombreux germes pathogènes. (*Le lait et les produits laitiers dans la nutrition humaine*). Un pansement constitué de colostrum ou de lait apporte donc de nombreux facteurs anti-inflammatoires et immunitaires, ainsi que des globules blancs et des facteurs de croissance épidermique, tous éléments directement opérationnels sur un processus anti-infectieux éventuel : c'est un véritable « parachutage » de protection pour la plaie.

La protection de la crevasse étant acquise par l'étalement des dernières gouttes de la tétée, il nous paraît essentiel que le bénéfice du procédé soit prolongé par l'application d'un pansement humide qui va conserver l'humidité du milieu et éviter la formation d'une croûte. Il est donc clair que nous associons, dans la pratique que nous allons décrire avec exemples ci-dessous, l'utilisation du lait de fin de tétée qui comble les crevasses, et le pansement humide, qui en optimise l'efficacité.

## Mode d'emploi

A l'encontre de tout ce qui se dit (sauf rares exceptions) mais en fonction de toutes les propriétés du lait maternel frais, j'ai décidé d'appliquer des compresses de lait maternel sur les mamelons, de préserver cette humidité, et de remplacer les compresses à chaque tétée jusqu'à guérison. Lorsqu'une maman

signale une forte douleur, et après avoir objectivé une crevasse, nous essayons d'extraire du lait de manière à pouvoir imbiber un morceau de compresse stérile un peu plus grand que le mamelon (pas nécessairement toute l'aréole) et maintenir cette humidité. Nous utilisons une compresse de 5 sur 5 cm, et non pas des compresses d'allaitement, qui provoquent parfois des allergies. Une telle compresse est imbibée par 2,5 cc de lait.

Mais comment maintenir cette humidité localement, sans débordement hors du mamelon ? Nous avons d'abord utilisé des Opsite (pansement adhésif qui ne laisse pas passer les liquides, mais permet une certaine aération), mais quelques rares cas d'hypersensibilité et de lésions cutanées à l'enlèvement nous en ont détournés. Par ailleurs, vu le prix élevé de ce matériel, nous avons essayé d'utiliser un simple film plastique à usage culinaire pour isoler la compresse imbibée de lait, semble-t-il avec des résultats identiques ; ce film plastique est, lui, tout à fait imperméable, et les propriétés antivirales et antibactériennes du lait semblent suffisantes pour arrêter les risques d'infections.

Ce pansement est changé plus ou moins toutes les 4 heures. En principe, chaque fois que la maman allaite, on tire du lait et on renouvelle le pansement (il ne nous est jamais arrivé de dépasser 6 heures). Dès que la crevasse est cicatrisée (de 8 h à 3-4 jours), on suspend le pansement humide mais on termine toujours la tétée en étalant du lait sur le mamelon, et on le laisse sécher. A chaque changement de pansement (compresses et film plastique), les règles d'hygiène les plus élémentaires doivent être respectées (lavage des mains du personnel et de la mère, ciseaux désinfectés, compresses stériles).

### En résumé :

- 1° objectiver la crevasse et la douleur ( voir échelle de la douleur) ;
- 2° revoir la position du corps et de la bouche du bébé ;
- 3° s'assurer de l'absence de mycose, d'autres infections virales et microbiennes ;
- 4° par des massages du sein, essayer d'extraire du lait de fin de tétée plus gras, pour en imbiber une compresse de 5 sur 5 cm ;
- 5° couper un film plastique de 7 sur 7 cm, et l'appliquer fermement sur la compresse imbibée ;
- 6° la maman remet son soutien-gorge pour maintenir le tout ; à défaut, nous maintenons l'ensemble avec du sparadrap anallergique ;
- 7° dans la mesure du possible, essayer d'alimenter le bébé avec un seul sein par tétée, pour laisser plus de temps à l'autre pour cicatriser ;
- 8° si les crevasses sont trop importantes et si la maman manifeste trop d'appréhension, il pourra être nécessaire de tirer le lait manuellement ou au tire-lait, durant 2 ou 3 tétées, de manière à avoir un peu de lait en réserve à donner à la tasse ;

9° changer les compresses au moins toutes les 4 heures le jour, toutes les 6 heures la nuit, sauf si le bébé se réveille plus tôt et réclame le sein, puisque nous pratiquons la cohabitation dans le service où je travaille.

## Conclusions

Pendant longtemps, on a recommandé de bien sécher les crevasses. On avait cependant remarqué que la cicatrisation à sec engendrait des croûtes dont l'arrachement à la tétée prolongeait les douleurs et entraînait un cercle vicieux : crevasses – douleur – cicatrisation retardée, ce que l'application d'un pansement humide bien contrôlé pouvait éviter. Enfin, des observations disparates, d'une part dans des populations qui n'avaient jamais abandonné l'allaitement et qui bénéficiaient d'une transmission traditionnelle des connaissances, d'autre part chez certaines praticiennes isolées, semblaient avoir montré les propriétés protectrices et cicatrisantes du lait maternel. Notre travail, purement empirique, n'a consisté qu'à rationaliser ces pratiques et à en chercher les règles et limites.

Pour être exhaustif, une analyse de la transformation du lait maternel laissé en place sur le mamelon, avec en particulier une évaluation de la durée d'action des principes protecteurs et régénérateurs, serait la bienvenue, mais elle est du domaine d'une recherche en laboratoire, hors de notre portée.

## Bibliographie

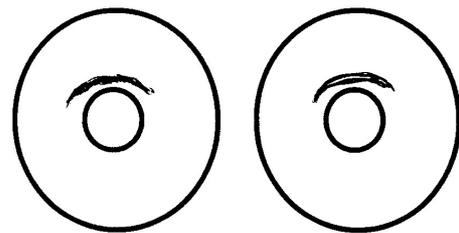
- *L'alimentation infantile - bases physiologiques. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, supplément au volume 67, année 1989, sous la direction de James Akre. La lactation, chapitre 2.*
- *Le lait humain sous contrat. Les Dossiers de l'Allaitement 2002 ; 50 : 3-4.*
- *Le traitement des gerçures aux mamelons chez la femme qui allaite. D Lafontaine et L Gauthier, pharmaciennes. Québec Pharmacie 2003 ; 50(4).*
- *Mamelons douloureux – Nouvelle approche d'un vieux problème : le point de vue d'un dermatologue. S Huml, consultante en lactation. Practising Midwife 1999 ; 2(2).*
- *Le lait et les produits laitiers dans la nutrition humaine. Collection FAO : Alimentation et nutrition n°28. Collection FAO : Alimentation et nutrition n° 28 ISBN 92-5-20534-6.*

## Présentation de cas

**Mme V, primipare**, accouche spontanément et par voie basse à 39 semaines, sous péridurale. Son petit garçon pèse 3190 g. Le premier jour, tout semble bien se passer. Le lendemain de la naissance, le bébé est gémissant, son teint est gris. Le taux de CRP (protéine C réactive) est de 2,9 mg/l. Une perfusion d'antibiotiques est posée, et le bébé est hospitalisé dans le service de néonatalogie de la maternité. Le soir, des crevasses bilatérales sont constatées sur les mamelons maternels, avec une douleur cotée à 7/10 par la mère. Le bébé n'ouvre pas assez la bouche. On propose à la mère d'appliquer des compresses de lait maternel avec mise au sein à la demande, mais un sein par tétée en alternance.

Pendant le second jour, l'enfant reçoit 4 tétées au sein gauche ; la situation s'est déjà nettement améliorée, il reste une

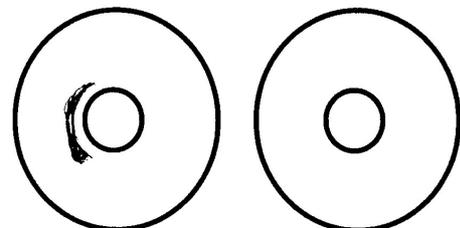
petite fissure, douleur cotée à 4, on continue les compresses. Il y a eu 3 tétées au sein droit, la douleur est cotée à 5, on continue les compresses et on utilise un bout de sein pour les tétées. A J3, le mamelon gauche n'est plus douloureux, la mère applique une goutte de lait en fin de tétée. Il reste une fissure sur le mamelon droit, douleur cotée à 3 ; de ce côté, on poursuit l'application de compresses de lait, l'utilisation d'un bout de sein pendant la tétée, et on revoit avec la mère les positions d'allaitement. L'enfant prend toujours un sein par tétée. A J4, douleur cotée à 2 au niveau du mamelon droit ; on cesse l'application de compresses, et la mère étale une goutte de lait en fin de tétée. Elle change la position d'allaitement à chaque tétée. A J5, les mamelons sont encore légèrement sensibles, mais sans aucune comparaison avec le premier jour, et la mère est très contente.



Mme V

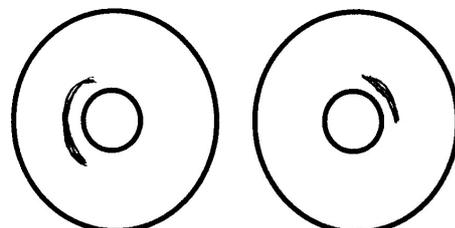
**Mme L, primipare**, accouche spontanément et par voie basse à 40 semaines sous péridurale, d'un garçon de 3190 g. La mère est rousse, et semble avoir la peau très fine. Le premier jour, tout semble bien se passer, l'enfant prend le sein avec un bout de sein (le mamelon ne ressort pas). A J1 apparaît une crevasse au sein droit, douleur cotée à 4 par la mère. On n'arrive pas à obtenir du colostrum, et un tulle gras plus film plastique est appliqué et remplacé 6 fois sur la journée. A J2, on constate des crevasses aux deux seins.

On met le bébé au sein, un sein par tétée, 3 fois par côté sur la journée. On parvient à extraire à la main assez de colostrum pour imbiber une compresse. Il y a du sang dans la tétée en début de tétée, une fois des 2 côtés mais la mère met quand même son bébé au sein. La douleur n'augmente pas. Après chaque tétée, on remet des compresses de lait maternel des 2 côtés. Les mamelons cicatrisent entre 2 tétées au même sein, et la douleur est cotée à 2. A J3, la mère met son bébé au sein avec un bout de sein, un sein à la fois. A J4, on suggère à la mère d'essayer de faire sortir le mamelon avant de mettre son bébé au sein ; elle y arrive à gauche ; à droite, elle continue à



Mme L

J1

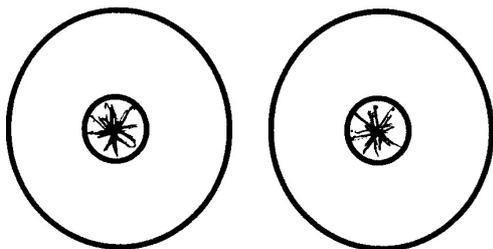


J2

utiliser le bout de sein. On termine la tétée par une goutte de colostrum. A J5, les mamelons sont guéris, la mère conserve la tétérèle à droite. Dans ce cas, nous avons été très surprises de voir la vitesse à laquelle les crevasses cicatrisaient : 8 h après avoir eu du sang dans la tétérèle, la plaie n'était plus visible !!!

**Mme E, secondipare**, a allaité pendant 8 mois son premier enfant. Elle accouche par voie basse sous péridurale à 41 semaines d'un petit garçon de 3470 g. L'allaitement semble bien se passer pendant les 2 premiers jours. A J3, les tétées deviennent douloureuses (douleur cotée à 9 par la mère). Les seins sont congestionnés, mais encore souples, les mamelons sont

Mme E



irrités. Un essai de massage pour extraire manuellement du lait est fait, mais s'avère trop douloureux ; l'utilisation d'un tire-lait est aussi douloureuse. La mère prend 2 comprimés de paracétamol, et on applique du tulle gras sous film plastique sur les mamelons. Deux heures plus tard, une nouvelle tentative de massage des seins permet d'obtenir 120 ml de lait, et on applique des compresses de lait maternel.

Pendant le 4<sup>ème</sup> jour, la mère tire son lait pendant la journée. Le soir, on essaie de mettre le bébé au sein, mais on constate alors qu'il est mal positionné : la mère est assise, et le bébé n'a pas le corps assez plaqué contre celui de la mère : on le repositionne, et la prise de sein est bien meilleure. La douleur est alors cotée à 6. On poursuit les compresses de lait maternel. A J5, la douleur est cotée à 2 au sein droit, le sein gauche n'est plus douloureux. On poursuit les compresses de lait maternel uniquement sur le sein droit. La mère met son bébé au sein ou tire son lait avec un tire-lait à sa convenance. Elle poursuivra l'application de compresses de lait maternel pendant encore une journée. Après sa sortie, elle était prévenue qu'elle pouvait se représenter au service en cas de problème, mais n'est pas revenue.

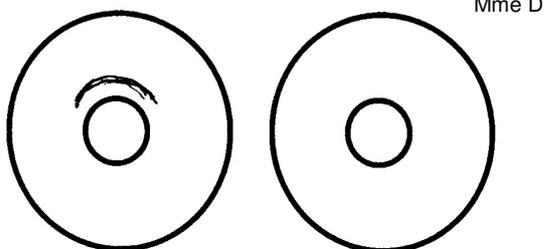
**Mme D accouche de son 3<sup>ème</sup> enfant** sous péridurale à 40,5 semaines. Elle a allaité pendant 7 mois son premier enfant. Sa petite fille pèse 2860 g. Le bébé prend 6 fois le sein pendant le premier jour, tout semble bien se passer. Le lendemain, le bébé est somnolent, du colostrum est donné à la tasse. La mère reçoit beaucoup de visites, le bébé passe de bras en bras, il pleure beaucoup le soir, la mère s'énerve. La prise du sein n'est pas correcte, et la mère signale une douleur cotée à 4.

On modifie la position du bébé au sein, et on applique des compresses de lait maternel. Pendant le 3<sup>ème</sup> jour, la mère s'estime soulagée, on continue les compresses pendant encore 24 h, en les changeant à chaque tétée. A J4, tout est rentré dans l'ordre.

## Hypothyroïdie congénitale chez un enfant allaité

Congenital hypothyroidism in a breastfed infant. JY Meek. ABM News and Views 2003 ; 9(4) : 35.

Cet enfant né à terme a été admis en service de pédiatrie à J15 pour ictère et hypothyroïdie. Il était né avec un poids de 3949 g, par césarienne effectuée en raison de l'inefficacité du travail. L'ictère était visible à J3. La mère et l'enfant sont sortis de maternité à J4. Les parents ont exposé le bébé à la lumière du jour pour lutter contre l'ictère.



A J6, les parents ont été contactés par le service chargé du suivi du dépistage automatique de l'hypothyroïdie, qui leur a appris que leur bébé avait un taux élevé de TSH, et qu'il devait être vu pour un bilan plus détaillé. Ce bilan a retrouvé un taux de TSH de 813 mU/l (normale : 0,5 à 5 mU/l). Son taux de T4 libre était de 2 ng/l (normale : 8 à 22 ng/l). Son taux de bilirubine était de 36,9 mg/dl, avec un taux de 1,9 mg/dl de bilirubine

conjuguée. L'hospitalisation a été décidée. A son admission, le bébé pesait 3870 g. Il tétait toutes les 2 à 3 heures, mouillait 8 à 10 couches par jour, et avait 2 à 4 selles quotidiennes. Son état général était bon. Sa langue était grosse, son cri était rauque. Il n'avait pas d'hépatosplénomégalie. Il présentait un ictère marqué. Son tonus musculaire était bon. Dans les antécédents familiaux, on retrouvait 3 personnes souffrant d'hypothyroïdie dans la famille du père, dont deux maladies de Hashimoto. L'enfant a subi une exsanguino-transfusion, qui a permis d'abaisser son taux de bilirubine à 16,4 mg/dl, puis une photothérapie, qui a induit une baisse supplémentaire à 13,9 mg/dl. Après concertation avec un endocrinologue, l'enfant a été mis sous lévothyroxine, 50 µg/jour ; la posologie a été ramenée à 37,5 µg/jour avant la sortie du service. Le bébé pesait 3790 g à sa sortie, et il était allaité exclusivement et à la demande.

Environ 1 enfant sur 4000 naît avec une hypothyroïdie congénitale. Cette anomalie est 2 fois plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Les causes les plus fréquentes sont la non survenue de la migration normale du tissu thyroïdien pendant le développement du fœtus, et l'hypoplasie ou l'aplasie thyroïdienne. Une hypothyroïdie transitoire peut aussi être constatée chez les enfants dont la mère souffre de thyroïdite auto-immune, jusqu'à disparition des anticorps maternels du corps de l'enfant. La prise d'iode ou de médicaments anti-thyroïdiens par la mère pendant la grossesse peut aussi induire une

hypothyroïdie transitoire chez l'enfant. Le dépistage en routine en post-partum précoce permet de repérer rapidement les enfants susceptibles d'être touchés, avant apparition des signes cliniques. Ce dépistage doit toujours être confirmé par des tests sanguins. Ce bilan mettra en évidence un taux élevé de TSH et un taux bas de T4. Dès confirmation du diagnostic, le traitement sera débuté sans attendre les résultats du bilan supplémentaire destiné à rechercher la cause de l'hypothyroïdie : 12 à 15 µg/kg/jour de lévothyroxine au départ, avec suivi étroit du statut thyroïdien. Par la suite, la posologie de lévothyroxine sera adaptée en fonction de ce statut. En l'absence de dépistage en routine et de diagnostic précoce, les signes cliniques apparaîtront progressivement : constipation, ensellure nasale, faciès élargi, cheveux épais et durs, peau sèche, cri rauque, langue gonflée, ictère prolongé, manque d'appétit, hypotonie... Sans

traitement, l'hypothyroïdie congénitale induit un retard de croissance et un retard mental. Le traitement précoce (débuté avant J21) permet habituellement une croissance et un développement neurologique normaux, bien que des troubles neurologiques mineurs soient possibles.

Le lait humain contient des hormones thyroïdiennes, mais à un taux qui ne permet pas de compenser une hypothyroïdie congénitale chez l'enfant allaité. Une hypothyroïdie non traitée chez la femme induit une infertilité, ou un risque élevé de fausse couche si une grossesse survient. La survenue d'une hypothyroïdie pendant l'allaitement induit souvent une baisse de la sécrétion lactée. En cas de découverte d'une hypothyroïdie chez une femme enceinte ou allaitante, un bilan thyroïdien devrait être pratiqué chez le bébé.

## Tentative médicamenteuse de suicide chez une mère allaitante

Marie Courdent, animatrice LLL, puéricultrice, consultante en lactation IBCLC,  
Formatrice LLL France Formation. Lille (59).

Une jeune femme a voulu montrer combien la séparation d'avec son mari, père de ses trois enfants (3 ans, 18 mois et 4 mois) lui était insupportable en faisant une tentative de suicide. Elle avait consulté son médecin traitant pour avoir un traitement contre la dépression mais comme elle allaitait, il lui a répondu qu'il ne pouvait rien lui donner. Quelque temps après, elle avait consulté un autre médecin qui ne la connaissait pas, à qui elle avait raconté ses difficultés, il ne lui avait pas demandé si elle allaitait son dernier-né, et lui avait prescrit de la fluoxétine (Prozac®) et de l'alprazolam (Zanac®). Un lundi soir, vers 20 h 30, elle est passée à l'acte et a avalé 14 gélules à 20 mg de fluoxétine et 30 comprimés à 0,25 mg d'alprazolam. Très vite elle a appelé au secours et a été hospitalisée. Elle a eu un lavage d'estomac vers 23 h et a reçu du charbon. A son admission dans un CH de la métropole lilloise, elle n'a pas dit qu'elle allaitait exclusivement son petit garçon (et personne ne lui a posé de questions à ce sujet). Elle ne l'a mentionné que le lendemain. Aucune investigation n'a été faite au niveau sanguin et lacté. Elle a reçu comme consigne de suspendre son allaitement 4 à 5 jours. Rentrée chez elle, elle a appelé le Centre Anti-Poison de Lille qui lui a recommandé « une suspension de l'allaitement de 15 jours ». Décontenancée par ces réponses contradictoires, elle a appelé le mardi soir une animatrice LLL.

Les personnes ressources au sein de LLL avaient beaucoup d'incertitudes : quel avait été le passage sanguin ? quel avait été l'effet du lavage d'estomac ? L'alprazolam a une demi-vie de 12 à 15 h. Une élimination quasi complète demande 5 demi-vies, soit 75 h. Une suspension de 3 jours était donc largement suffisante pour cette molécule. En revanche, la fluoxétine a une demi vie de 2 à 3 jours, et surtout elle a un métabolite actif dont la demi-vie est de 360 h. Pour envisager avec sécurité une reprise de l'allaitement, il fallait connaître le taux sanguin maternel, et si possible lacté, de la fluoxétine et de la norfluoxétine. Le centre de toxicologie du CHR de Lille était susceptible de faire ces examens, mais il n'en a absolument pas l'habitude dans ce contexte. Il a proposé d'abord des dosages urinaires.

Avoir une ordonnance avec la bonne demande (produit actif et métabolite) et faire parvenir les prélèvements sanguin et lacté

au bon laboratoire a pris beaucoup de temps, et avec le jeudi de l'Ascension les prélèvements ne sont arrivés au CHR que 4 jours après la prise médicamenteuse. Pendant ce temps, le bébé recevait des biberons de lait industriel, commençait à pleurer de plus en plus, et la mère tirait son lait pour entretenir sa lactation. Pendant ces journées, j'ai eu de très nombreux contacts avec les spécialistes du Centre de Pharmacovigilance de Lyon qui ont fait preuve d'un accueil chaleureux, très compétent, mais également respectueux de la mère qui a pu les joindre elle-même. Leur souci était de pouvoir autoriser, en toute sécurité et aussi vite que possible, un retour au sein de peur que l'enfant ne veuille plus téter. Un des spécialistes a été choqué que les analyses ne soient pas considérées comme « urgentes » à Lille, puisqu'il n'y aurait pas de résultat avant la semaine suivante. Le médecin lyonnais, après avoir repris toutes les données, a proposé, le vendredi, que le bébé ait un repas sur deux au sein, tout en surveillant l'enfant pour d'éventuels effets indésirables : coliques, irritabilité, pleurs. Il a recontacté la mère 2 jours plus tard pour s'assurer que l'enfant allait bien.

Les résultats, uniquement sanguins, n'ont été connus que 9 jours après la prise médicamenteuse. Les taux sanguins étaient de 41 µg/l pour la fluoxétine, et de 47 µg/l pour la norfluoxétine. Une publication fait état d'une patiente qui prenait une dose de 20 mg par jour, et dont les taux plasmatiques étaient de 100,5 µg/l pour la fluoxétine, et de 194,5 µg/l pour la norfluoxétine (soit des taux nettement plus élevés que chez cette mère), avec un rapport lait/plasma pour ces 2 molécules de respectivement 0,286 et 0,21 (Isenberg KE. J Clin Psychiatry 1990 ; 51 : 169). Après avis du CPV de Lyon, la mère a repris un allaitement exclusif comme elle le souhaitait. 6 mois plus tard, l'enfant était toujours allaité.

Rencontrer des professionnels de santé qui ont un tel souci de la poursuite des allaitements, en sécurité, est très réconfortant et je veux les en remercier. Le Centre de Pharmacovigilance de Lyon avait envisagé d'analyser des échantillons de lait pour faire des recherches, car il n'y a pas de publication sur la prise massive de fluoxétine, mais cela ne s'est pas concrétisé.