

# Cas cliniques ... cas cliniques

## Allaitement après une chirurgie infantile

Breastfeeding after surgery. H Mischke. N Beg 2003 ; 20(6) : 213.

Ce petit garçon avait un testicule non descendu à la naissance. Dans la mesure où il existait une chance de descente spontanée, le pédiatre a conseillé d'attendre que l'enfant ait 12 mois avant d'envisager une chirurgie de correction. A cet âge, le testicule n'était toujours pas descendu, et l'opération a été recommandée aux parents. L'enfant avait 14 mois au moment de la chirurgie, et il était toujours allaité.

La mère l'a réveillé très tôt le matin de la chirurgie pour pouvoir l'allaiter. Le chirurgien lui avait dit que l'alimentation devait être cessée 6 heures avant la chirurgie, mais que l'enfant pouvait recevoir du lait maternel jusqu'à 4 heures, et des liquides clairs jusqu'à 3 heures avant la chirurgie. Les parents ont pu

rester avec leur enfant pendant son anesthésie, puis après la chirurgie. On les avait avertis que leur petit garçon resterait hospitalisé jusqu'à ce qu'il s'avère capable de tolérer les boissons, et qu'il ait mouillé au moins une couche.

Dès que leur petit garçon a été ramené après son opération, sa mère l'a pris dans ses bras et a tenté de le mettre au sein. L'enfant a tété sans problème avant de se rendormir dans les bras de sa mère. Quelques heures plus tard, les parents ont pu retourner chez eux avec leur enfant. Ce dernier a passé l'essentiel du reste de la journée à dormir et à téter. Le lendemain matin, il était parfaitement remis de l'opération.

## Allaitement d'un enfant né presque à terme

Breastfeeding the near term infant. E Boies. Breastfeed Update 2004 ; 4(1) : 1-3.

Les mères des enfants nés presque à terme, à savoir 3 à 5 semaines avant la date prévue pour le terme, ont souvent des problèmes spécifiques d'allaitement. L'auteur, médecin, présente le cas d'un tel bébé. La mère, primipare, a présenté une hypertension, et une césarienne a été effectuée 4 semaines avant le terme. Le bébé pesait 3300 g à la naissance, et il a été rapidement transféré en néonatalogie pour des difficultés respiratoires. Il a été mis sous perfusion et sous oxygène, il a reçu des antibiotiques, et une photothérapie a été mise en œuvre.

L'alimentation a été débutée au biberon, avec du colostrum tiré par la mère et du lait industriel. Une première tentative de mise au sein a eu lieu 24 heures après la naissance, mais l'allaitement n'a pu débuter réellement qu'à J3, lorsque le bébé a été ramené en maternité. Une consultante en lactation est venue voir la mère à J3 pour l'aider à mettre son bébé au sein. Le bébé était régulièrement mis au sein, recevait des suppléments (lait maternel ou lait industriel) par le biais d'un DAL posé sur le sein, et la mère tirait son lait après chaque tétée. La mère est sortie de maternité avec son bébé à J5, avec pour consigne de le mettre au sein toutes les 3 heures avec le DAL, et de continuer à tirer son lait. Le bébé pesait alors 3115 g.

L'auteur a vu le bébé à J7 pour une visite de suivi. Il pesait 3124 g, était en bonne santé, bien éveillé, avec un ictère modéré. Il tétait toutes les 3 heures environ, pendant une dizaine de minutes, puis s'endormait. La mère lui donnait alors 30 à 40 ml de lait maternel au doigt (la mère trouvait le DAL trop difficile à utiliser). Le bébé semblait incapable de téter efficacement au sein pendant 20 à 30 mn. L'auteur a conseillé à la mère de continuer à le mettre au sein pendant environ 10 mn à chaque

tétée, et de lui donner ensuite au doigt autant de lait maternel exprimé que le bébé acceptait d'en avaler. Elle a revu la mère et le bébé 2 fois par semaine jusqu'à 4 semaines post-partum. Au fil des jours, le bébé est devenu plus vigoureux, a pris de plus en plus de lait au sein et de moins en moins au doigt. A 4 semaines, il était exclusivement nourri au sein et sa croissance était bonne.

La santé de la mère avant et après l'accouchement peut avoir un impact sur l'allaitement. Dans ce cas, l'hypertension maternelle a disparu après l'accouchement, et la mère s'est bien remise de la césarienne. L'état de l'enfant a un impact important. Ici, même si le bébé n'était pas en bonne santé à la naissance, son état clinique s'est rapidement amélioré, et les mises au sein ont pu débuter dès J3. Mais même si ce bébé pesait à peu près le poids d'un bébé né à terme, il n'avait visiblement pas la maturité neurologique d'un bébé né à terme sur le plan de la coordination motrice nécessaire à une succion efficace ; un poids « élevé » n'est pas un gage de maturité neurologique, et il faudra donc s'attendre à des problèmes et suivre étroitement la situation. Enfin, le suivi dont bénéficiera la mère aura un impact important lui aussi. Il nécessite une bonne coordination entre les professionnels de santé qui auront suivi l'enfant avant son retour au domicile, et ceux qui seront amenés à le suivre ensuite. Il est particulièrement important que la mère soit vue dans les 48 heures qui suivent le retour au domicile pour évaluer la situation et ajuster la pratique d'allaitement si nécessaire. Dans ce cas, le suivi régulier par une personne compétente en matière d'allaitement a permis à la mère de réussir son allaitement, et d'éviter à son enfant tous les risques liés à un suivi insuffisant (hypoglycémie, déshydratation, fièvre...).

# Manifestations d'allergies, et non troubles de la relation mère-enfant

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

Après une grossesse un peu trop active qui a amené Madame X à rester alitée pendant les derniers mois, Louis est né en septembre 2003, en parfaite santé malgré ses trois semaines d'avance : 3,3 kg et 50 cm. Mme X. a souhaité allaiter. Elle-même n'a été allaitée que trois semaines.

Mme X vient d'une famille d'allergiques (pollens, acariens, insectes... avec de l'eczéma), elle a elle-même fait des conjonctivites à répétition et de l'urticaire à cause des acariens. Son conjoint n'a apparemment aucune allergie. Tous deux ont décidé que Mme X prendrait, à la suite de son congé maternité, des mois de congé sans solde de façon à ce que Louis bénéficie de six mois d'allaitement exclusif. L'allaitement en lui-même s'est mis en route sans difficultés particulières si ce n'est des petites crevasses vite guéries. Par contre, Louis a commencé à pleurer énormément dès la maternité (surtout la journée), à régurgiter, à présenter par moment des selles vertes. Il dormait très peu, environ 8 heures sur 24 heures.

Quand son enfant a eu deux semaines, Mme X a téléphoné à une animatrice LLL pour lui demander conseil. Cette dernière lui ayant indiqué l'article du Dr Jack Newman sur les coliques du bébé allaité, Mme X a décidé de supprimer tous les aliments contenant des protéines de lait de vache mais sans voir pour autant d'amélioration très nette dans l'état de son bébé. Très peu de temps après, elle a participé à une réunion LLL. Grâce au partage d'expériences entre les mamans, elle s'est rendue compte qu'elle avait par ailleurs une candidose mammaire. Cette candidose s'est estompée grâce au traitement prescrit par un généraliste en lien avec LLL (amphotéricine B puis miconazole).

Louis pleurait toujours beaucoup. A un mois, un reflux gastro-oesophagien a été diagnostiqué par le pédiatre qui lui a donné un traitement (dompéridone, alginate de sodium et diméticone). Les régurgitations ont peu diminué, et Louis pleurait encore de longues heures pendant la journée. Divers examens ont alors été réalisés pour éliminer une sténose du pylore (échographie) ou une oesophagite (fibroscopie), sans aucun résultat. Le pédiatre a alors suggéré à la maman de se détendre et de consulter un psychiatre si aucune amélioration ne survenait. Il parlait alors d'une inadéquation dans la relation mère-enfant.

Quand Louis a eu deux mois, Mme X a présenté des douleurs dans le bas ventre qui l'ont amenée à consulter un chirurgien. L'échographie a montré une appendicite qu'il a été décidé d'opérer le lendemain. Mme X avait en fait une péritonite qui a nécessité un traitement antibiotique et antalgique avec des morphiniques. Elle a tiré son lait pendant son hospitalisation pour entretenir sa lactation.

Durant la séparation de Louis d'avec sa mère hospitalisée, l'enfant a reçu des mains de son père des biberons de lait hypoallergénique que sa mère avait eu le temps d'aller acheter juste avant d'être hospitalisée, et le comportement de l'enfant a été radicalement amélioré : il s'est endormi immédiatement sans pleurer, et n'a pas présenté de coliques douloureuses comme

c'était le cas tous les après-midi. Un biberon de lait maternel que sa mère a tiré durant son séjour à la clinique a induit une réapparition immédiate de la symptomatologie douloureuse.

Mme X, très motivée pour poursuivre la relation d'allaitement malgré les avis opposés de son entourage médical et familial, était décidée à trouver ce à quoi son enfant pouvait réagir dans sa propre alimentation. Elle a choisi de remettre son bébé au sein en rentrant chez elle, en se disant que si vraiment l'enfant avait trop mal, elle l'allaiterait le matin car cela se passait à peu près bien mais aviserait pour les après-midi. Louis est à nouveau devenu grognon, et 48 heures après son retour il a présenté un eczéma sur le visage et les bras. Une dermatologue consultée a nié qu'un eczéma chez un bébé puisse être lié à une allergie alimentaire, disant que l'eczéma était un trouble « normal » qui passerait tout seul en quelques mois ou années.

Mme X a alors décidé de supprimer les principaux allergènes de son alimentation : lait de vache - soja - arachide - oeufs - poisson - fruits à coques - blé. Au bout d'une dizaine de jours, comme Louis allait mieux, elle a commencé à réintroduire progressivement les aliments (sauf le lait de vache). Elle a ainsi découvert que son fils réagissait au blé. En supprimant de ses repas pain, pâtes, etc., les pleurs et les selles vertes se sont beaucoup atténués. Quant aux régurgitations et à l'eczéma, ils ont diminué sans disparaître totalement. La pédiatre allergologue rencontrée a été très perplexe quand Mme X lui a fait part de ses observations, mais elle a quand même demandé un dosage des IgE pour différents allergènes : blé, blanc d'œuf, poisson, lait de vache, arachide. Curieusement, les résultats sont revenus négatifs pour tout, sauf pour le blanc d'œuf... Ce qui a laissé la maman perplexe.

Sur les conseils de cette pédiatre allergologue, Mme X a tenté une dernière fois de réintroduire le blé dans son alimentation. Ce fut une catastrophe. Louis passa des journées entières à pleurer en se tortillant, à se réveiller en hurlant au bout d'une demi-heure ou trois quarts d'heure de sieste. Une allergologue spécialisée dans les allergies alimentaires confirma l'allergie à l'œuf par des tests cutanés. Elle eut du mal à interpréter le test du blé, et demanda donc à Mme X de continuer son éviction en se fiant aux signes cliniques. Quant au lait de vache, il semblait directement en lien avec l'eczéma sur la foi des signes cliniques.

Louis fut donc exclusivement allaité jusqu'à 5 mois et demi, sa maman ne consommant ni lait, ni blé, ni œuf (ni volaille, car l'allergie à la volaille est croisée avec celle de l'œuf). Mme X a ensuite totalement sevré Louis sur les 15 jours qui suivirent, le régime d'éviction alimentaire suivi depuis de longues semaines lui pesant trop. L'allergologue décida alors d'introduire un par un les aliments dans un ordre précis et en respectant 10 jours d'écart entre chaque introduction pour vérifier que Louis n'avait pas de réactions négatives. Les aliments ont été introduits dans l'ordre suivant : lait de châtaigne (à la place des hydrolysats de protéines qui donnaient des diarrhées à Louis), carotte, pomme de terre, pomme, poire, haricot, courgette, poireau, aubergine,

chou... A 11 mois, Louis a pu commencer à manger du jambon. Il a 13 mois au moment de la rédaction de cet article, et les parents continuent une introduction progressive. Le programme des mois qui viennent est le suivant : petits suisses pour enfant de plus de 4 mois, bœuf, pain et veau. Il aura alors 15 mois et si

tout va bien il pourra commencer la banane. Ce programme peut paraître fastidieux et contraignant, mais la maman nous dit : « Il permet à Louis de grandir normalement, d'avoir un eczéma minime et d'être aujourd'hui en pleine forme. »

## Induction d'une lactation dans des circonstances difficiles : 2 cas

Relactation under extreme circumstances.  
Veronika Scherbaum. Shared experiences in infant and young child feeding in emergencies.  
Emergency Nutrition Network, July 2003.

Le mari de l'auteur, médecin, a été envoyé en Ethiopie pour son travail, et s'y est installé avec sa femme et leur fils. L'auteur travaillait comme consultante en nutrition, dans le cadre de l'amélioration des traitements utilisés chez des enfants souffrant de malnutrition sévère. Elle était en Ethiopie depuis près de 3 ans lorsqu'elle a été hospitalisée en raison d'une hépatite A sévère, dans l'hôpital où travaillait son mari. Pendant son séjour à l'hôpital, une jeune fille de 16 ans s'y est présentée, et a accouché dans la journée. Lorsqu'on lui a donné son bébé, elle l'a repoussé et a refusé de le mettre au sein. Le lendemain, un membre de l'équipe soignante a vu partir cette jeune fille, sans son bébé. L'hôpital a été fouillé sans qu'on puisse trouver où cette jeune mère avait dissimulé l'enfant.

C'est seulement 3 jours plus tard que le bébé a été retrouvé, tout à fait par hasard, dans le cimetière attenant à l'hôpital, sous un monticule de terre recouvert de branchages, d'où une de ses mains dépassait. Il était toujours vivant. Le personnel de l'hôpital étant en sous-effectif et surchargé de travail en raison d'une épidémie de méningite, le mari de l'auteur a décidé de confier ce bébé à sa femme. L'auteur a donc commencé à nourrir le bébé avec du lait de vache dilué et sucré, car aucun lait industriel pour nourrisson n'était disponible à l'hôpital. Pour calmer le bébé, en particulier la nuit, elle a aussi commencé à le mettre au sein. Elle a rapidement constaté que ses seins augmentaient de volume, et a donc poursuivi les mises au sein parallèlement au don de lait de vache dilué et sucré, donné à la cuillère. L'auteur avait déjà entendu parler de femmes allaitant le bébé d'une autre femme pour diverses raisons. Au bout d'une semaine, elle allaitait exclusivement ce bébé. En tant que nutritionniste, elle était particulièrement heureuse de pouvoir allaiter ce bébé plutôt que de devoir le nourrir avec du lait de vache.

L'auteur et son mari ont déposé une demande d'adoption du bébé. Cela leur a été refusé dans la mesure où il leur était impossible de prouver que ses parents étaient décédés. Par ailleurs, ils devaient quitter l'Ethiopie quelques mois plus tard. L'auteur a donc cherché et trouvé une femme qui acceptait d'élever le bébé après leur départ. Elle a sevré progressivement l'enfant sur 2 mois, ce dernier passant de plus en plus de temps avec la femme qui allait devenir sa nouvelle mère. Après son départ d'Ethiopie, elle est restée en contact avec la mère adoptive. L'enfant souffre de paralysie partielle et de troubles cognitifs, séquelles de son début de vie très difficile, mais va globalement bien par ailleurs.

Relactation in difficult circumstances : rising to challenge. Barbara Krumme. Shared experiences in infant and young child feeding in emergencies.  
Emergency Nutrition Network, July 2003.

L'auteur travaillait en Ouganda. En raison des guerres et des famines, le système de santé de ce pays était totalement détruit, et les décès maternels étaient fréquents. Dans ce contexte, il est courant de voir des femmes allaiter l'enfant de leur fille décédée.

On a amené un jour en consultation, dans le dispensaire où elle travaillait, un bébé dont la mère était décédée. L'enfant souffrait de malnutrition majeure et de déshydratation. Il semblait avoir environ 2 mois, mais il était difficile de lui donner un âge en raison de son état clinique. Il était nourri avec du lait de vache dilué et de la bouillie de maïs, et souffrait de diarrhée. L'auteur a demandé à une autre mère allaitante d'allaiter cet enfant en plus du sien. Il n'a pas été facile de la convaincre : il était inenvisageable pour cette mère d'allaiter un enfant qui n'était pas de sa famille ni de son entourage proche ; elle a accepté uniquement parce qu'on lui a promis que cela serait temporaire, et qu'elle recevrait également des suppléments alimentaires. Le jour suivant, la jeune tante du bébé s'est présentée à la consultation. Elle n'avait pas encore d'enfants elle-même, mais elle a commencé à mettre au sein le bébé de sa sœur décédée.

Le bébé devait téter très souvent, car il se fatiguait très rapidement, et il fallait induire une lactation chez sa tante. 2 à 3 semaines ont été nécessaires avant que la tante du bébé ait suffisamment de lait pour allaiter exclusivement ce bébé. 1 mois après l'arrivée du bébé au dispensaire, la jeune femme est retournée chez elle avec « son » bébé, très fière de l'allaiter. L'auteur l'a revue plus tard avec le reste de sa famille lorsqu'ils ont dû fuir au Zaïre. Le bébé était toujours allaité, il était en bonne santé, et il commençait à consommer des solides. Avec le soutien de cette famille, et malgré des circonstances très difficiles, cette jeune femme se comportait réellement comme la mère de l'enfant.

### Médicaments et Allaitement Compilation des Coins du prescripteur des Dossiers de l'Allaitement

A commander à : F. Railhet, 68 av P.V. Couturier  
93330 NEUILLY SUR MARNE  
Tél : 01 43 08 56 02 – Fax : 01 43 08 50 95  
Courriel : dossiers@illfrance.org

Païement à l'ordre de LLL France : 12,00 € port compris

## Utilisation au long cours d'un bout de sein

Long term nipple shield use. Diane Wiessinger, Consultante en lactation IBCLC, Animatrice LLL, Ithaca (USA). Lactnet, 14 Jan 2005.

Cette mère d'un bébé de 4 mois est venue consulter l'auteur. Elle souhaitait cesser d'utiliser des bouts de sein. Elle les utilisait depuis la naissance, parce que le bébé « tétait mal », et elle avait continué à les utiliser « juste parce qu'elle s'y était habituée ». Diverses tactiques ont été utilisées (contact peau à peau, mettre l'enfant au sein quand il dormait à moitié, position d'allaitement optimale...) sans le moindre succès, le bébé se mettant à pleurer à chaque tentative de mise au sein sans bout de sein.

L'auteur a longuement réfléchi sur ce cas pendant les semaines suivantes. Un bébé habitué au bout de sein refuse de prendre directement le sein car il s'est habitué à la stimulation spécifique donnée par le bout de sein. Et elle s'est demandée s'il ne serait pas possible de le déshabituer des bouts de sein en modifiant la stimulation.

Elle a décidé d'utiliser pour ce faire un ballon en latex d'environ 6 cm (les ballons couramment vendus pour les enfants), qui avait été gonflé et soigneusement lavé, puis dégonflé. Elle a fait un nœud serré pour fermer la partie ouverte, qui a de plus été attaché avec une ficelle. L'autre extrémité a été appliquée sur le mamelon de la mère, de façon à ce que le ballon puisse être maintenu fermement (pour que le bébé ne puisse pas l'aspirer). Et la mère a mis son bébé au sein.



Le bébé semblait dérouté : il avait un contact « artificiel », mais « bizarre », avec ce qui devait lui sembler être un bout de sein complètement mou. Il essayait visiblement de retrouver la sensation dont il avait l'habitude, et ouvrait de plus en plus la bouche pour tenter de saisir une longueur plus importante de « bout de sein », sans résultat. Il grognait, s'énervait, lâchait le sein puis le reprenait, ouvrait de plus en plus la bouche, mais il persistait à essayer, et n'a pas pleuré. Par moments, il acceptait de prendre le sein directement, toujours en s'énervant et en cherchant le bout de sein.

Au bout d'un moment, la mère a décidé d'arrêter pour cette fois, de rentrer chez elle, et d'essayer à nouveau. Elle est repartie avec ses bouts de sein et avec le ballon, mais elle avait l'impression qu'elle n'aurait plus guère besoin de les utiliser. C'est ce qui est arrivé. Les tétées suivantes ont été difficiles, le bébé étant agité, lâchant et reprenant le sein très souvent, mais au bout de quelques jours il s'était parfaitement habitué à prendre le sein directement.

L'auteur conclut que certes, ce dispositif est « hors normes », bien sûr il ne pourrait pas être proposé à toutes les mères, et peut-être que de toute façon ça ne fonctionnera plus jamais avec un autre bébé. Mais elle pense que nous devons nous souvenir que ce qui peut aider une mère n'est pas forcément quelque chose qu'on trouve dans le commerce, et que la solution à un problème peut parfois juste demander un peu d'imagination.

## Problème de mamelons douloureux lié à une mise au sein incorrecte

K Cadwell, C Turner-Maffei. Case studies in breastfeeding. Symptoms versus problems. Joan & Miguel. Ed Jones and Barlett 2004 ; 63-70.

A la demande de sa sœur, les auteurs ont été visiter une mère à son domicile. Cette primipare avait accouché très facilement, à terme et par voie basse, après une grossesse parfaitement normale. Son bébé avait 10 jours. Cette mère souffrait de crevasses, et avait décidé d'arrêter d'allaiter car elle ne supportait plus la douleur pendant les tétées. Il est rapidement apparu qu'elle avait décidé d'allaiter essentiellement pour faire plaisir à sa sœur, qui lui avait longuement parlé de tous les avantages de l'allaitement. La première tétée a été très douloureuse, mais on a dit à cette mère que c'était normal, que son bébé prenait correctement le sein, et que la douleur passerait au bout d'une

dizaine de jours, lorsque les seins seraient « endurcis ». Mais elle avait toujours aussi mal au bout de 10 jours, et avait décidé de ne plus mettre son bébé au sein une seule fois. Sa sœur lui avait acheté des pommades pour les mamelons, un tire-lait en lui recommandant de tirer son lait pour le donner au biberon à son bébé, des bouts de sein, tout un matériel destiné à traiter le symptôme (les crevasses) mais pas leur cause.

Les auteurs ont demandé à la mère si elle accepterait de mettre son bébé au sein, juste une ou deux minutes, pour tenter de voir ce qui n'allait pas. Elle a accepté, et s'est installée. Elle

s'est assise, a mis un gros coussin sur ses genoux, et a posé son bébé dessus, couché sur le dos. Lorsqu'elle a découvert ses seins, les auteurs ont constaté la présence de longues crevasses symétriques, faisant la moitié du tour des mamelons. Le bébé a tourné complètement la tête vers le sein, l'a pris et a commencé à téter. La mère a dit que cela lui faisait très mal, et les auteurs lui ont dit qu'elle pouvait enlever son bébé du sein. Le mamelon était déjà déformé par la succion.

Ces quelques secondes de tétée avaient été suffisantes pour constater que le bébé était très mal positionné, et qu'il lui était impossible de prendre le sein correctement. Le coussin sur lequel il était placé (offert par la sœur), qu'elle utilisait depuis la naissance, amenait son bébé trop haut devant ses seins ; la mère le plaçait sur le dos, et il devait tourner complètement la tête sur le côté pour prendre le sein. Les auteurs ont expliqué ces faits à la mère, et lui ont demandé si elle accepterait de remettre son bébé au sein, mais en le positionnant correctement. Il ne leur était pas possible d'affirmer que cela suffirait à résoudre le problème, car il pouvait y avoir d'autres causes surajoutées, mais elles estimaient que cela devrait induire une amélioration franche. La mère a accepté, à condition qu'elle puisse arrêter immédiatement si cela lui faisait toujours aussi mal, et que sa sœur lui promette de cesser de la harceler pour qu'elle allaite.

Les auteurs ont enlevé le gros coussin, et l'ont remplacé par un autre, nettement moins volumineux. Elles ont aidé la mère à placer son bébé complètement face à elle, pour qu'il puisse prendre le sein sans avoir à tourner la tête. Le bébé a pris le sein très facilement. La mère a dit que c'était « inconfortable », mais beaucoup moins douloureux qu'auparavant. Etant donné l'importance des crevasses, on pouvait difficilement espérer une disparition totale et immédiate de la douleur. Le bébé a tété pendant environ 10 mn, en absorbant visiblement du lait, avant de lâcher le sein de lui-même. Le mamelon n'était pas déformé. Les auteurs ont alors demandé à la mère si elle acceptait de mettre seule son bébé à l'autre sein. Elle l'a fait, en le positionnant parfaitement, et le bébé a commencé à téter. La mère s'est alors mise à pleurer en disant qu'elle n'avait quasiment pas mal, et qu'elle n'arrivait pas à croire que le problème puisse être résolu aussi facilement et rapidement.

Les auteurs n'ont plus eu de nouvelles de cette mère, et ils ignorent si elle a décidé ou non de poursuivre l'allaitement. Elles étaient toutefois satisfaites d'avoir réussi à lui montrer que l'allaitement pouvait être autre chose qu'une expérience douloureuse.

## Mastite importante

Mme Christine Carcenac, animatrice LLL. Montpensier (63).

Cette femme de 41 ans, mère de 5 enfants, allaitait en continu depuis 6 ans 1/2, avec juste une interruption de 5 mois pendant sa dernière grossesse (elle n'a pas allaité ses 2 premiers enfants). Les 3 enfants allaités ont rapidement cessé de prendre le sein gauche, qui avait subi en 1989 l'ablation d'un canal lactifère en raison d'un écoulement mammaire jugé suspect. Ce sein produit beaucoup moins de lait que le sein droit.

Elle n'avait jamais eu de mastite lors de ses allaitements précédents. Pendant la première année de l'allaitement de son dernier enfant, elle a présenté quelques épisodes de mastites, qui ont été bénins et ont rapidement évolué favorablement. Cela arrivait habituellement lorsque le bébé était enrhumé, car il refusait alors le sein. A l'âge de 12 mois, il a souffert d'une bronchite, alors qu'il consommait encore très peu d'aliments solides. Les tétées ont été plus espacées, et la mère était fatiguée et anxieuse. Au bout de quelques jours, elle a commencé à avoir de la fièvre avec frissons, ainsi qu'une douleur importante au sein droit. Elle a décidé de faire des applications froides, et a veillé à mettre souvent son enfant au sein.

Le lendemain matin, la fièvre à 38°5 persistait, et elle a constaté la présence d'une plaque rouge sur tout le dessus du sein, remontant jusqu'à la clavicule, et se dirigeant vers l'aisselle. Le sein était très douloureux, et la mère avait du mal à se servir de son bras droit. Elle a fait des applications froides et chaudes en alternance, et commencé à prendre un traitement de phytothérapie (Echinacea, Citrobiotic®). Dans l'après-midi, son enfant a refusé de prendre le sein, et la mère a tiré son lait, toutes les 90 mn environ, en se mettant à quatre pattes et en variant la position du tire-lait, dans l'espoir de déboucher les canaux lactifères éventuellement obstrués. Elle a aussi commencé à appliquer des cataplasmes de feuille de chou cru, qui soulageaient la douleur. Le soir, la fièvre était moins élevée, mais la

douleur était toujours importante, et les tentatives de mise au sein étaient très douloureuses. Un liquide ressemblant à du pus commençait à couler d'un canal lactifère. La mère avait des ampoules sur le mamelon.

Le jour suivant, la situation clinique était stationnaire. La mère a poursuivi l'application de cataplasmes de feuille de chou, qu'elle alternait avec des cataplasmes d'argile. Elle a pris de la lécithine de soja (conseillée en cas de canaux lactifères bouchés), et a continué à tirer son lait. Le 3<sup>ème</sup> jour, la taille de la plaque rouge a commencé à diminuer, et a pris l'allure d'une ecchymose (coloration marron/jaune/vert). La douleur était toujours aussi vive, surtout au niveau du mamelon. La mère utilisait toujours régulièrement le tire-lait, mais elle n'obtenait pas de lait, uniquement cet écoulement d'aspect purulent provenant d'un des canaux. L'enfant refusait toujours de prendre le sein, et ne consommait que des solides.

Le 4<sup>ème</sup> jour, le sein avait le même aspect. En revanche, les ampoules avaient séché, et la mère recommençait à obtenir du lait. Le bébé acceptait le sein, mais les tétées étaient très douloureuses, et le mamelon était décoloré après la tétée. Les 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> jours, les choses se sont améliorées progressivement. Le 7<sup>ème</sup> jour, il subsistait une petite induration au-dessus du mamelon, du volume d'une noix. La mère a passé une échographie. Cette dernière n'a retrouvé aucun kyste ou autre formation expansive en regard de la zone tuméfiée, et a conclu à une mastite localisée. Les 2 derniers jours avant guérison, la zone de mastite n'était plus douloureuse, mais elle était prurigineuse.

La mère a eu son retour de couches 9 jours après le début de la mastite. Elle s'est demandée dans quelle mesure les modifications hormonales précédant ce retour de couches n'ont pas joué un rôle dans la survenue de la mastite.