

# Cas cliniques ... cas cliniques

## Allaitement par une mère qui tire son lait

Mme Frédérique Veaux. Infirmière, Consultante en Lactation IBCLC, Chinon (37)

Noé est né le 13 décembre 2006, avec un poids de 3900 g. Il est admis en néonatalogie le 17 décembre pour suspicion de convulsions (mais il s'avèrera par la suite que l'enfant est en parfaite santé). Suite à cette hospitalisation, la mère commence à tirer son lait avec un tire-lait électrique Medela à double pompage, et constate immédiatement une importante différence entre les deux seins : le sein droit donne beaucoup moins de lait que le sein gauche.

De retour à la maison, Noé tète 5 à 6 fois par jour pendant 20 à 30 mn. Sa maman dit qu'il « s'amuse » au sein, mais qu'il reste calme. Il prend ensuite un biberon de lait maternel exprimé de 120 à 150 ml. Le 10 janvier, Noé pèse 4500 g. La maman me contacte car son sein droit ne produit plus du tout de lait, ce qui l'inquiète. Par ailleurs, elle n'a pas de crevasses, ni aucun problème au niveau des mamelons ou des seins. Le 16 janvier, la mère m'informe que le sein droit produit à nouveau environ 60 ml à chacune des 5 séances quotidiennes d'expression, alors que

l'autre donne environ 160 ml. Les besoins nutritionnels de Noé sont couverts.

Le 22 janvier, je rappelle la mère pour avoir un suivi. Noé pèse environ 5 kg. La mère continue à gérer son allaitement de la même façon : une mise au sein, suivie du don d'un biberon de lait maternel exprimé. Pendant la conversation, j'apprends que Noé présente une rétrognatie, et une langue courte (cela a été dit à la mère pendant le séjour de son bébé en néonatalogie). Je lui propose de passer la voir, mais elle décline mon offre, car elle se sent débordée (elle a 3 autres enfants, qu'elle a tous allaités sans soucis pendant plusieurs mois). Je lui explique la possibilité d'utiliser un DAL (dispositif d'aide à la lactation), mais elle ne souhaite pas le faire pour le moment. Je valorise le fait que son bébé est nourri avec son lait, et que si Noé continue à prendre le sein régulièrement, il pourrait devenir plus efficace en grandissant, et arriver alors à prendre une plus grande partie de sa ration quotidienne directement au sein.

## Herpès dans le dermatome T4 et grève de la tétée

Herpes zoster in the T4 dermatome : a possible cause of breastfeeding strike.

LJ Mathers, RA Mathers, DR Brotherton. *J Hum Lact* 2007 ; 23(1) : 70-1.

La grève de la tétée est le refus brutal du sein par un bébé qui tétait auparavant sans problème. Il existe très peu de données sur les causes de ce problème, et sur les moyens de le résoudre. Diverses causes ont été rapportées par observation empirique ; causes infantiles : poussée dentaire, infection respiratoire haute, otite ; causes maternelles : anxiété, mastite, modification de la production lactée, réponse violente à une morsure de l'enfant, parfum ou savon dont l'odeur dérouté l'enfant... Les auteurs présentent un cas de grève de la tétée corrélé à la survenue d'une poussée d'herpès au niveau du sein gauche.

Cette primipare de 30 ans allaitait sans problème son enfant de 9 mois (5 à 6 tétées par jour, l'enfant étant par ailleurs diversifié) quand elle a remarqué la survenue d'une sensation d'irritation au niveau du sein gauche, sur une ligne allant du mamelon vers l'aisselle, sensation qu'elle a attribué au frottement du soutien-gorge porté pendant sa séance de gymnastique aérobique effectuée la veille. Aucune lésion cutanée n'était visible à ce moment. Environ 24 heures plus tard, son bébé a brutalement commencé à refuser le sein gauche, alors qu'il continuait à téter normalement le sein droit. Ce comportement a persisté les jours suivants, mais l'enfant acceptait de prendre le lait exprimé par la mère à partir de ce sein. Au bout de 5 jours, pendant lesquels la sensation d'irritation persistait, la mère a cons-

taté une éruption vésiculeuse sur le côté externe de son sein gauche. La mère n'avait aucun antécédent particulier, et aucun autre symptôme clinique. Elle est allée consulter son médecin. Ce dernier a diagnostiqué une poussée d'herpès hémicirculaire gauche intéressant le dermatome T4, qui s'étendait jusqu'au mamelon. Il a prescrit à la mère de l'aciclovir et de la prednisone. La mère a décidé de sevrer son bébé, et a commencé à lui donner un lait industriel. L'herpès de la mère a guéri sans problème, et l'enfant n'a présenté aucun signe de contamination.

C'est la première fois que l'on rapporte un cas de grève de la tétée lié à la survenue des signes annonciateurs d'une poussée d'herpès. Ce cas soulève des questions intéressantes : est-il possible que la proximité d'un herpès intéressant la zone mammaire s'accompagne d'une modification de la texture de la peau, de son odeur, ou du goût du lait ? Le fait que ce bébé acceptait de prendre au biberon le lait tiré de ce sein permet de penser que le refus du sein n'était pas lié à une modification du goût du lait. Savoir qu'il se produit une modification physique ou biochimique au niveau de la peau pourrait être utilisé pour des tests de diagnostic précoce. Il sera également utile, en cas de grève de la tétée, de questionner la mère au sujet d'une éventuelle modification de la sensibilité cutanée mammaire pouvant faire suspecter la survenue prochaine d'une poussée d'herpès.

# Microcalcifications mammaires chez une mère allaitante

Véronique Bonizio. Animatrice LLL, Voiron (38)

Chez cette femme de 42 ans, qui a 4 enfants et qui totalisait plus de 12 années d'allaitement, une mammographie a été vivement recommandée par la gynécologue, suite au décès par cancer du sein d'une tante du côté paternel. La gynécologue estimait que le risque de cancer du sein chez sa patiente était important. Cette mammographie a constaté la présence, au niveau du quadrant supéro-interne du sein droit, d'un foyer superficiel de microcalcifications arrondies, régulières, au nombre d'environ une quinzaine, sans image de suropacité sous-jacente. L'échographie pratiquée ensuite n'a pas retrouvé de nodule, ni de foyer d'atténuation, et aucune autre anomalie n'était décelable. Un suivi 4 à 6 mois plus tard a été recommandé. Une nouvelle mammographie a été effectuée 4 mois plus tard, et n'a pas constaté de modification significative. Une macrobiopsie mammaire a cependant été planifiée pour « éliminer les doutes ». Or, cette mère allaitait toujours son enfant de 2 ans 1/2, et elle ne souhaitait pas suspendre l'allaitement.

La mère a mis son enfant au sein environ 15 mn avant la biopsie. Le prélèvement a été indolore, mais il a dû être écourté (1 tour, soit 6 prélèvements, au lieu des 2 tours prévus au départ) en raison d'une hémorragie. Après arrêt de l'hémorragie, un pansement compressif a été effectué, laissant libre l'aréole du sein droit, ainsi que l'autre sein, afin de permettre la poursuite de l'allaitement. Quelques instants plus tard, l'hémorragie a repris, et la mère a dû retourner en salle d'examen. Un nouveau pansement compressif a été posé, recouvrant cette fois totalement le sein droit, et que la mère devait garder pendant 24 heures. Au bout de quelques heures, la mère a pu rentrer chez elle avec une prescription d'antalgiques.

Son enfant a voulu têter, mais il a fait une grosse colère en constatant qu'il n'avait pas accès au sein droit (qu'il préférait) ; il s'est calmé lorsque la mère lui a expliqué qu'elle avait « un gros bobo » à ce sein. Lorsque le pansement compressif a été enlevé au bout de 24 heures, la mère avait le sein très engorgé. Son enfant a refusé de le prendre en voyant que sa mère avait toujours un pansement au niveau de la biopsie, il avait peur de lui faire mal. Elle a essayé de tirer son lait au tire-lait, mais l'expression était très douloureuse et ramenait du sang. Elle a

donc exprimé son lait manuellement, en arrêtant dès que le lait était teinté de sang. Pendant une semaine, elle a allaité son enfant uniquement avec le sein gauche, et tiré manuellement son lait du côté droit. Le sein restait très douloureux, dur et chaud dans la zone de la biopsie, et la mère devait prendre 3 fois par jour 2 comprimés d'ibuprofène et 2 comprimés de paracétamol-dextropropoxyphène, en alternance ; elle a même été aux urgences pour vérifier qu'il n'y avait pas d'infection. Elle prenait également de l'arnica 30CH 1 fois/jour (traitement débuté la veille de la biopsie). En revanche, elle n'a pas présenté d'hématome ni de fistule.

La mère a eu les résultats 8 jours après la biopsie : « Microcalcifications associées à des lésions de métaplasie cylindrique, observées sur une des 6 coupes analysées. Aucun élément suspect de malignité. » La mammographie de contrôle a constaté la persistance d'une ou deux calcifications au niveau du foyer prélevé, aucune anomalie n'étant décelable. 11 jours après l'intervention, la gynécologue qui suivait la mère a ôté les stérilisations qui recouvraient l'incision. Celle-ci était bien cicatrisée. La mère était enchantée de pouvoir reprendre l'allaitement de ce côté, mais son enfant n'a pas voulu le prendre, car il avait toujours peur de lui faire mal. Il a fallu ruser pour le lui faire accepter. La mère a essayé de le mettre à ce sein pendant qu'il dormait sans insister, et a continué à tirer son lait manuellement. Peu à peu l'enfant a recommencé à le prendre, mais il recrachait le lait. En exprimant son lait, la mère a constaté que le lait qui sortait du canal correspondant à la zone biopsiée était épais, et strié de marron. Elle a décidé de le goûter, et le lait était effectivement très salé. Pendant plusieurs jours, la mère a continué à tirer son lait manuellement, et à masser la zone concernée pour bien la drainer. Progressivement, les choses sont rentrées dans l'ordre, et l'allaitement s'est poursuivi tout à fait normalement.

Cette période a été très difficile à vivre pour cette mère, en particulier sur le plan émotionnel. Elle est heureuse d'avoir réussi à la traverser, avec l'aide de médecins qui ont fait preuve d'une grande écoute afin qu'elle puisse poursuivre son allaitement, et des animatrices locales de LLL.



## Allaitement Maternel – Formation

Un organisme de formation en allaitement au service des professionnels de santé.

### Nous vous proposons :

- des formations complètes et modulables
- des journées de suivi
- des congrès, des conférences à thèmes
- un accompagnement pour l'obtention du label IHAB (Initiative Hôpitaux Amis des Bébés)

**Vous souhaitez actualiser vos connaissances, élaborer un projet de service ou tout simplement obtenir plus d'informations ...**

Contactez-nous : ✉ **AM-F** - 87, rue de Paris - 92110 Clichy - ☎ 01 47 37 41 46 - 📧 [secretariat-formation@lllfrance.org](mailto:secretariat-formation@lllfrance.org)  
[www.lllfrance.org/allaitement-maternel-formation.htm](http://www.lllfrance.org/allaitement-maternel-formation.htm)

Organisme de Formation Continue n° 11 78 011 46 78

Un département de La Leche League France



## Perte de poids importante suite à une insuffisance pituitaire

Failure to thrive while breastfeeding. V Livingstone. *Breastfeed Med* 2006; 1(2): 108-11.

Cette mère de 34 ans s'est présentée à J7 dans une consultation de lactation dirigée par une infirmière pour un problème de prise de poids insuffisante. C'était le second enfant de cette femme, la grossesse avait été parfaitement normale, et elle avait accouché par voie basse à 42 semaines d'aménorrhée. La seconde partie du travail a été longue, avec déchirure périnéale de stade 2, atonie utérine et hémorragie en post-partum précoce (perte sanguine estimée à 1500 ml), la mère ayant reçu de l'oxytocine en IV. Elle est sortie de maternité au bout de 48 heures. Le bébé pesait 4018 g à la naissance, et 3708 g à la sortie de maternité. Il dormait beaucoup, ne réclamait pas, avait des urines régulières, mais n'avait pas eu de selles pendant les 24 heures précédant la consultation.

La mère avait allaité pendant 11 mois son premier enfant. Ses seins avaient augmenté de 2 tailles pendant la grossesse. La première tétée est survenue dans l'heure qui a suivi la naissance, et le bébé a été mis au sein toutes les 1 à 3 heures pendant 50 à 60 mn à chaque fois, la mère changeant de sein lorsqu'il dormait trop. La mère n'avait pas eu de montée de lait, ne ressentait pas de réflexe d'éjection, et ne voyait pas de colostrum couler. Le bébé était mince, mais tonique et éveillé. Son poids était de 3498 g, pour une taille de 51 cm. L'examen clinique était parfaitement normal, il ne présentait pas de signes de déshydratation, et il était apyrétique. L'examen buccal était parfaitement normal : mâchoires bien alignées, pas de frein, bonne extension de la langue, succion vigoureuse. La mère était pâle et fatiguée, avec une tension à 10,8 / 6,5. L'examen des seins était normal, mais ils semblaient « vides ». Une tentative d'expression manuelle n'a permis d'obtenir que quelques gouttes de lait.

Le bébé a été pesé, puis mis au sein. Sa tête était mal soutenue, et il ne prenait pas le sein suffisamment loin en bouche. La mise au sein a été corrigée, et le bébé a semblé téter efficacement, et ce aux deux seins. Au bout de 20 mn de tétée, l'enfant a été repesé, et il n'avait pris que 14 g. La mère a tenté d'exprimer du lait pendant 5 mn à partir de chaque sein, sans rien obtenir.

Le tableau est donc celui d'un enfant qui, à J7, est à 13% en dessous de son poids de naissance, en raison d'un apport insuffisant de lait maternel, la cause la plus vraisemblable, au vu des données ci-dessus, étant l'absence de survenue du stade II de la lactogénèse. Le premier diagnostic à envisager devant une femme qui a eu une hémorragie importante est un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire, du type syndrome de Sheehan. Le premier objectif était d'augmenter les apports de l'enfant. On lui a immédiatement donné 110 ml de lait industriel au biberon, qu'il a bu facilement. La mère souhaitant continuer à allaiter, on lui a recommandé de veiller à une technique d'allaitement optimale, de mettre son bébé au sein à la demande pendant 5 à 7 mn de chaque côté, afin d'encourager une succion nutritive. La mère devait ensuite stimuler ses seins avec un tire-lait pendant 15 à 20 mn en changeant de côté toutes les quelques minutes. On a montré au père comment donner du lait industriel à son bébé après chaque mise au sein, en quantité illimitée (pour une absorption d'environ 200 ml/kg/jour à prévoir), les parents

devant consulter en urgence si leur bébé avait des difficultés à tolérer cet apport. Un rendez-vous en urgence a été pris pour effectuer chez la mère et le bébé les prélèvements nécessaires pour un bilan biologique, et un nouveau rendez-vous a été fixé pour le lendemain.

24 heures plus tard, l'enfant pesait 3596 g. Il était plus éveillé, et il tétait vigoureusement. Il avait reçu 110 à 120 ml de lait industriel après chaque tétée, et il avait eu 2 selles pendant les dernières 24 heures. La mère n'avait obtenu que quelques gouttes de lait. Son taux d'hémoglobine était de 7,3 g/dl, son taux de prolactine après une tétée était de 10 µg/l, soit très inférieur à la normale (> 100 µg/l). La natrémie de l'enfant était de 151 mmol/l (normale : 135-145 mmol/l), les autres paramètres sanguins et urinaires étant normaux. Ces résultats confirmaient le diagnostic : perte de poids avec déshydratation hypernatrémique chez l'enfant, insuffisance pituitaire chez la mère probablement induite par l'importante hémorragie du post-partum. Le pronostic concernant la capacité de cette femme à allaiter exclusivement était mauvais, et on a conseillé à la mère d'avoir des objectifs réalistes. Elle pouvait allaiter partiellement, l'enfant recevant par ailleurs du lait industriel. La mère a décidé de donner ces compléments au biberon. On lui a prescrit une supplémentation en fer. On ne lui a pas conseillé de tirer son lait ni de prendre un galactogène, en raison de la cause de l'hypoprolactinémie. On lui a recommandé de consulter pour le suivi de son problème pituitaire.

On définit l'hémorragie du post-partum comme étant une perte de sang de plus de 500 ml survenant dans les 12 heures qui suivent la naissance. Une telle hémorragie est souvent sous-évaluée, la perte sanguine réelle pouvant être 2 fois plus élevée que la perte supposée. Le syndrome de Sheehan est une pathologie rare, mais il devrait être suspecté devant toute hypotension brutale survenant en post-partum précoce. L'hypophyse est particulièrement sensible à l'ischémie pendant la grossesse et l'accouchement, en raison de son augmentation de taille pendant la grossesse. Certaines femmes peuvent récupérer tout ou partie du fonctionnement hypophysaire, mais pas d'autres, sans que l'on sache pour quelle raison. Livingstone avait déjà constaté une forte corrélation entre la survenue d'une hémorragie en post-partum et un échec de l'allaitement (1995). Ce cas illustre l'intérêt d'une collaboration entre les divers professionnels de santé qui suivent les mères. Les obstétriciens devraient alerter les pédiatres en cas de complications survenues pendant l'accouchement, lorsqu'elles sont susceptibles d'interférer avec l'allaitement (hémorragie importante, rétention placentaire...). L'absence de la montée de lait, une perte de poids importante, devraient alerter l'équipe soignante, et faire suspecter un problème au niveau de la production lactée. Les enfants ayant perdu plus de 7% de leur poids de naissance au moment de leur sortie de maternité devraient être revus dans les 48 heures, et ceux qui ont perdu plus de 10% de leur poids de naissance devraient faire l'objet d'un bilan clinique et biologique afin de rechercher une déshydratation hypernatrémique, qui sera corrigée au plus vite.

# Grossesse et allaitement chez une femme souffrant de colite ulcéreuse

Ulcerative colitis, pregnancy, prenatal expression and breastfeeding. C Barlow. *Breastfeed Rev* 2006 ; 14(3) : 17-19.

Une colite ulcéreuse a été diagnostiquée chez l'auteur alors qu'elle avait 28 ans. Au début, un traitement anti-inflammatoire simple suffisait à faire disparaître les symptômes, mais au fil des années la maladie s'est aggravée pour toucher la majeure partie du colon, et un traitement plus agressif et continu est devenu nécessaire.

Elle a profité d'une période de relative rémission pour mettre en route une grossesse. Cette dernière a aggravé nettement la maladie, amenant à une première hospitalisation à 10 semaines de grossesse pour mise sous perfusion de cortisone. D'autres hospitalisations ont été nécessaires pendant la grossesse, la colite s'avérant plus ou moins impossible à contrôler. Les maladies inflammatoires chroniques maternelles ont un impact négatif sur la croissance fœtale, et sa grossesse était donc suivie de très près. A 30 semaines de grossesse, le bébé souffrait d'un retard de croissance intra-utérin, et il existait un oligohydramnios ; un accouchement prématuré était à prévoir.

L'auteur a donc décidé de commencer à se préparer à un post-partum difficile, avec un bébé qui serait probablement trop faible pour téter efficacement. Elle a décidé de commencer à tirer son colostrum afin qu'il puisse en recevoir à la place de lait industriel après la naissance. Avec l'accord de l'obstétricien qui

la suivait, elle a donc commencé à exprimer du colostrum à partir de 30-31 semaines de grossesse, pendant quelques minutes tous les jours. Au bout d'une semaine, elle arrivait à en obtenir quelques ml tous les jours, qu'elle stockait au congélateur dans des seringues stériles. A 34 semaines, elle obtenait 5 à 10 ml tous les jours.

Son bébé est né à 36 semaines, par césarienne, avec un poids de 2260 g. L'auteur a continué à exprimer du colostrum après la naissance, et le bébé était nourri de colostrum conservé et de colostrum frais, donné par sonde. Il n'a pas été nécessaire de lui donner du lait industriel, ses besoins étant couverts par le colostrum tiré en période prénatale, puis après la naissance.

Après la naissance, l'auteur a été traitée par divers produits, séparément ou en association (corticoïdes, cyclosporine, mésalazine...). Le bébé n'a présenté aucun effet secondaire, et il a été allaité jusqu'à 17 mois. L'auteur a toutefois préféré suspendre l'allaitement pendant les 10 jours du traitement par cyclosporine. L'enfant a actuellement 3 ans, et il est toujours resté en dessous du 3ème percentile pour sa croissance. Son développement est par ailleurs parfaitement normal. L'auteur a eu par la suite une colectomie totale, qui a été un succès : elle ne prend plus aucun traitement, et elle est à nouveau enceinte.

## Antécédents de sévices sexuels et allaitement

Sexual abuse and breastfeeding. J Heads. *J Hum Lact* 2007 ; 23(4) : 313.

L'auteur est consultante en lactation, et travaille dans un grand service de maternité australien (environ 4000 naissances par an). Une mère est venue la consulter pendant la grossesse, et a expliqué qu'elle avait subi des sévices sexuels, qu'elle était terrifiée à l'idée qu'on lui touche les seins, et qu'elle était déterminée à allaiter pour tenter de surmonter sa peur.

Elle a discuté avec la consultante en lactation, et décidé de mettre en œuvre un programme de contact peau à peau avec le bébé dès la naissance, un démarrage graduel de l'allaitement, et l'utilisation d'un bout de sein après la montée de lait. Ce programme a été porté à la connaissance de l'équipe soignante, afin qu'ils sachent qu'une aide « sans les mains » était indispensable pour cette mère.

Elle a accouché d'un petit garçon en bonne santé, et la mère et le bébé ont apprécié le contact peau à peau. La mère a cependant été incapable d'approcher son bébé de ses seins. Elle a

donc commencé à tirer son lait, avec un tire-lait électrique, car elle ne supportait pas de le tirer manuellement tandis qu'elle arrivait à gérer la stimulation du tire-lait. Après la montée de lait, on a tenté une mise au sein du bébé avec un bout de sein, mais c'était émotionnellement trop difficile pour cette mère, qui a donc décidé de continuer à tirer son lait pour le donner au biberon à son bébé.

Le lendemain de la montée de lait, la consultante est revenue la voir. La mère avait un engorgement, mais elle n'arrivait pas à obtenir un réflexe d'éjection. La consultante a commencé à en discuter avec elle, et à tenter de la distraire et de la détendre pendant que la mère essayait à nouveau de tirer son lait. Et la mère s'est soudain mise à insulter le tire-lait, et à crier que cet ustensile n'allait quand même pas l'empêcher de donner son lait à son bébé. Et presque immédiatement son lait s'est mis à couler en abondance... pendant que la mère se mettait à pleurer de joie. Elle a tiré son lait pendant plus de 3 mois.

# Le vasospasme des mamelons

Raynaud's phenomenon of the nipples : an elusive diagnostic.

C Morino, SM Winn. J Hum Lact 2007 ; 23(2) : 191-3.

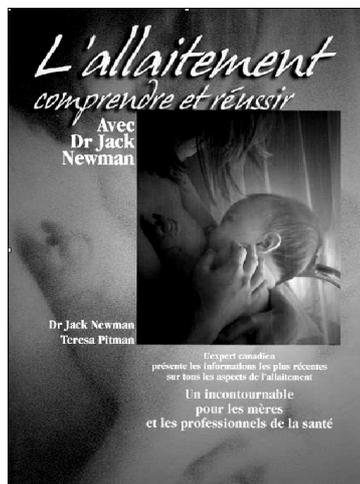
La maladie de Raynaud a été décrite pour la première fois en 1862 par Maurice Raynaud. Elle touche environ 20% des femmes en âge de procréer. C'est un trouble vasculaire qui induit une vasoconstriction anormale des artérioles, le plus souvent au niveau des doigts, et éventuellement des orteils, du nez, des oreilles, ou des mamelons, sous l'influence du froid ou d'un stress émotionnel. Le premier cas publié de vasospasme du mamelon date de 1992. D'autres cas ont été publiés depuis. Les symptômes sont les mêmes chez toutes les mères : douleur intense au niveau des mamelons, débutant essentiellement après la tétée, aggravée par le froid, associée typiquement à une modification triphasique de la coloration des mamelons (il est décoloré, puis bleu, et enfin rouge). La modification de couleur peut être biphasique (le mamelon passant du stade décoloré au stade rouge). La douleur peut également être aggravée par le tabagisme, la prise d'alcool ou de caféine, ou certains médicaments. Les mères qui souffrent de maladie de Raynaud souffrent également souvent de migraines.

On a déclenché l'accouchement à 39 semaines de gestation chez cette primipare de 24 ans en raison d'un œdème et d'une élévation de la pression diastolique. Elle a accouché par voie basse d'un bébé pesant 3091 g. La mère était fumeuse, mais elle avait arrêté en début de grossesse. Elle avait pris des antibiotiques 2 semaines avant la naissance pour le traitement d'une sinusite. La première évaluation de l'allaitement n'a pas relevé de problème. Mais à J2, la mère a commencé à se plaindre de douleurs des mamelons. Elle a été vue par une consultante en lactation, qui a constaté l'absence de lésions sur les mamelons ; le bébé prenait le sein correctement et tétait efficacement. La mère a revu la consultante en lactation à J4, l'enfant prenait toujours le sein correctement, et prenait du poids. A J17, la mère a téléphoné à la consultante pour un problème de mamelons douloureux, qu'elle disait être causé par une candidose ; son obstétricien lui avait prescrit un traitement local antifongique, et le pédiatre avait prescrit de la mycostatine pour le bébé. La consultante a fourni à la mère des informations détaillées sur la candidose mammaire.

Mais ce traitement s'est avéré totalement inefficace, et la mère commençait à envisager d'arrêter de mettre son bébé au sein, la douleur étant insupportable. Elle a commencé à tirer son lait pour le donner au biberon, car si l'expression du lait était inconfortable, elle était beaucoup moins douloureuse que les mises au sein. A J27, la mère a revu la consultante en lactation, la douleur restant intolérable lorsqu'elle mettait son bébé au sein. A ce stade, la mère nourrissait son bébé essentiellement de lait maternel exprimé. Au moment de cette seconde consultation, la prise de poids continuait à être bonne, l'enfant n'avait pas de muguet, sa succion était correcte et efficace. Pendant la tétée, la douleur était tolérable. Mais lorsque le bébé a lâché le sein, le mamelon s'est décoloré dans les secondes suivantes, puis il est devenu violet au bout d'environ 30 secondes, avant de devenir rouge vif, puis de reprendre une couleur normale au bout de quelques minutes.

L'observation de ces modifications de couleur a amené la consultante en lactation à envisager un vasospasme. L'interrogatoire de la mère a permis de retrouver un syndrome de Raynaud au niveau des doigts, de douleurs des mamelons au froid, et de migraines. La consultante en lactation a suggéré à la mère de minimiser le plus possible l'exposition au froid de ses seins, et de réchauffer ses mamelons immédiatement après la tétée. Elle a transmis à l'obstétricien et au pédiatre ses conclusions concernant le vasospasme des mamelons, en recommandant à la mère de discuter avec un médecin d'un éventuel traitement médical. La mère a tenté de prendre de la vitamine B6, suite aux informations recueillies sur Internet, mais a arrêté au bout d'une semaine, aucune amélioration n'ayant été constatée.

Le fait qu'un diagnostic ait été posé a d'une certaine façon réconforté la mère : ce n'était « ni sa faute, ni celle de son bébé ». Elle a commencé à être plus détendue, et à prendre les choses comme elles venaient. Au suivi à 6 semaines post-partum, la mère allaitait sans douleur, et elle estimait que le stress jouait un rôle majeur dans la survenue chez elle de ce phénomène. Il est intéressant de constater qu'il y a eu une récurrence lorsque la mère a repris son travail, la douleur disparaissant à nouveau au bout de quelques jours.



## L'allaitement comprendre et réussir

Jack Newman est un pédiatre canadien, spécialisé dans le suivi des mères allaitantes. Son livre est maintenant traduit en français, et il est disponible auprès de LLL France.

**A commander auprès de :**  
 Françoise RAILHET  
 68 rue PV Couturier  
 93330 NEUILLY SUR MARNE

ou auprès des groupes locaux de LLL  
**Prix : 33 € port compris**, paiement à l'ordre de LLL France

Il est difficile de savoir quel pourcentage de mères abandonnent l'allaitement en raison de la douleur provoquée par un vasospasme qui n'a pas été diagnostiqué, ou qui a été incorrectement diagnostiqué (et traité) comme une candidose. Aucun traitement médicamenteux n'a été nécessaire dans ce cas, le phénomène semblant essentiellement corrélé au stress émotionnel, et ayant disparu avec la disparition de ce stress. Dans d'autres cas, la mère pourra être soulagée par la prise de nifédipine. En cas de problèmes de mamelons douloureux, il est nécessaire de garder à l'esprit la possibilité d'un vasospasme, et de poser à la mère les questions qui permettront d'en suspecter l'existence.