

Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine
Protocole clinique numéro 20
Engorgement

ABM Clinical Protocol #20 : Engorgement.

Comité des Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeed Med 2009 ; 4(2) : 111-3.

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants pouvant avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants, et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins individuels du patient.

Objectif

L'objectif de ce protocole est d'évaluer les données existantes sur la prévention, le diagnostic et la gestion de l'engorgement mammaire, afin de promouvoir la réussite de l'allaitement. L'impact des médicaments sur l'engorgement mammaire et la suppression de la lactation sera également passé en revue.

Contexte

L'engorgement a été défini comme étant « la tuméfaction et la distension des seins, survenant habituellement pendant les premiers jours de la lactation, causée par la dilatation vasculaire ainsi que par le démarrage de la production lactée » (1). Ce concept, mis en avant par Newton et Newton (2) en 1951 suggère que la distension alvéolaire causée par le lait provoque ensuite la compression des canaux lactifères environnants, qui à son tour induira secondairement une compression vasculaire et lymphatique. Un certain degré de distension est considéré comme normal et rassurant pendant le second stade de la lactogénèse, tant par la mère que par le professionnel de santé.

Les symptômes d'engorgement surviennent le plus souvent entre J3 et J5 ; plus des 2/3 des femmes ressentent une sensibilité douloureuse à J5, mais certaines jusqu'à aussi tard que J9-J10 (3,4). Les 2/3 des femmes expérimenteront au moins une symptomatologie modérée (5, 6). Une durée totale plus longue de tétées pendant les premières 48 heures est associée à un engorgement moins important (7).

Une difficulté pour évaluer l'incidence et les options de traitement pour ce problème est l'existence d'un continuum entre la distension physiologique et attendue des seins jusqu'à l'engorgement dont la symptomatologie est sévère. De plus, une gestion optimale de l'allaitement et un soutien adapté dans certains cas pourrait réduire la fréquence d'une symptomatologie significative par rapport à ce qui sera observé dans un environnement moins favorable.

Évaluation de l'engorgement

Outils

Il n'existe aucun outil standardisé fiable d'évaluation de l'engorgement. Diverses méthodes cotant l'engorgement de façon subjective ont été utilisées, comme la description visuelle, la taille de soutien-gorge, les score d'induration ou de tension, mais aucune ne s'est avérée cliniquement utile (2, 6, 8, 9).

Facteurs prédictifs

La relation entre la parité et l'engorgement reste obscure faute de recherches suffisantes. Le démarrage de la production lactée survient plus tôt chez les multipares par rapport aux primipares, mais l'engorgement n'a pas été évalué de ce point de vue (10).

Les femmes qui ont accouché par césarienne voient classiquement survenir le pic d'engorgement 24 à 48 heures plus tard que celles qui ont accouché par voie basse (7). Ces femmes commencent à allaiter également significativement plus tard que les femmes ayant accouché par voie basse. Ces constatations sont compatibles avec les autres études qui ont constaté que l'accouchement par césarienne pourrait être corrélé à un taux plus élevé de démarrage plus tardif de la lactation (10).

Il n'est pas exceptionnel, pour les femmes qui ont subi une chirurgie mammaire, de présenter un engorgement (11). L'impact de la durée du travail, d'un accouchement prématuré, des options analgésiques et de l'administration de perfusion reste obscur (12-14).

Différencier l'engorgement des autres causes de tuméfaction

La mastite. L'engorgement peut s'accompagner d'une légère augmentation de la température centrale chez la mère, mais une fièvre élevée, surtout si elle s'accompagne d'un érythème du sein et de symptômes systémiques tels que des myalgies, suggère le diagnostic de mastite. Typiquement, la mastite touche seulement un sein, avec une plaque d'érythème localisé. L'engorgement est généralement bilatéral, diffus, et il ne s'accompagne pas d'un érythème du sein (1).

La gigantomastie. C'est un phénomène diffus, bilatéral, qui survient très rarement, et n'est pas typique du post-partum. L'incidence rapportée est d'environ 1/100 000, mais certains estiment que ce problème est plus fréquent, et avancent une prévalence allant jusqu'à 1/8000. Elle se manifeste par une augmentation bilatérale, bénigne et progressive mais massive, du volume des seins, à un point tel qu'elle peut induire une nécrose tissulaire, qui pourra à son tour induire une infection et une septicémie. Les constatations histologiques suggèrent une hypertrophie lobulaire marquée, et une prolifération ductale. L'étiologie de ce problème reste obscure, bien que des modifications hormonales soient probablement impliquées (15-18).

Prévention et traitement

Prévention

De nombreuses recherches ont été effectuées sur les traitements médicaux destinés à supprimer la lactation, mais il existe peu de recherches sur les stratégies de prévention et de traitement de l'engorgement mammaire chez les femmes allaitantes. Le don d'informations aux mères sur les positions de mise au sein et sur une bonne prise du sein par le bébé, ou sur la préparation des mamelons en période prénatale, n'ont pas eu d'impact significatif sur l'incidence de l'engorgement (19, 20). Toutefois, certaines pratiques d'allaitement se sont avérées spécifiquement associées à un moindre risque d'engorgement, comme le fait de vider un sein à chaque tétée, et d'alterner le sein proposé en premier (21). Il existe des données limitées permettant de penser que des massages des seins après les tétées pendant les 4 premiers jours post-partum pourraient réduire l'importance de l'engorgement (20). On dit couramment que des tétées fréquentes et efficaces peuvent prévenir l'engorgement, mais aucune étude sur le sujet n'a été effectuée.

Traitement

Une gestion correcte de l'engorgement est importante pour la réussite à long terme de l'allaitement (23, 24). Bien que l'engorgement soit temporairement inconfortable pour la mère, sa survenue semble corrélée à un risque plus faible de sevrage précoce. D'un autre côté, le fait de ne pas arriver à résoudre efficacement un engorgement symptomatique prolongé pourrait avoir par ailleurs un impact négatif sur la poursuite d'une production lactée adéquate.

Diverses thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques se sont vues attribuer une efficacité dans le traitement de l'engorgement. Une méta-analyse des études randomisées et « quasi-randomisées » contrôlées évaluant l'efficacité des traitements de l'engorgement a été publiée par Snowden et al (25) en 2001. Cette analyse a

identifié 8 études incluant au total 424 femmes. Les thérapies qui se sont avérées plus efficaces qu'un placebo pour réduire la symptomatologie sont les suivantes :

La Serrapeptase (Danzen®, Takeda Chemical Industries, Ltd, Osaka, Japon), une enzyme anti-inflammatoire, à la posologie de 10 mg 3 fois par jour, a été comparée à un placebo 3 fois par jour pendant 3 jours (26). Dans le groupe Danzen, une amélioration franche était rapportée chez 23% des femmes, contre 3% dans le groupe placebo.

Globalement, 86% des femmes du groupe traité ont fait état d'une amélioration modérée à franche par rapport à 60% dans le groupe placebo. Toutefois, même si les résultats suggèrent qu'un traitement anti-inflammatoire puisse être bénéfique, cette étude présente une limitation importante : peu de femmes allaitaient leur enfant.

Une thérapie enzymatique faisant appel à des tablettes gastro-résistantes d'un complexe de protéase constitué de 20 000 unités de bromélaïne et de 2500 unités de trypsine cristallisée, un autre agent anti-inflammatoire, a été testée (27). Les femmes qui présentaient une induration ou une tuméfaction mammaire douloureuse à J3-J5 ont reçu ce complexe ou un placebo (environ 5 fois par jour) pendant 3 jours, pour un total de 16 tablettes. Le complexe de protéases s'est avéré efficace chez 83% des femmes, contre 33% de celles qui recevaient le placebo. L'assouplissement par contre-pression utilise une pression douce pour assouplir la zone aréolaire qui entoure le mamelon sur un diamètre de 2,5 à 5 cm. L'objectif est de déplacer temporairement l'induration vers l'arrière du sein et en profondeur. Supprimer l'œdème au niveau de l'aréole permet au bébé de mieux prendre le sein pendant la période d'engorgement (28). Le fondement physiologique de cette technique est la présence d'une résistance plus importante dans le tissu sous-aréolaire pendant un engorgement.

Snowden et al (25) ont conclu que les traitements suivants ne présentaient pas de bénéfices significatifs par rapport à un placebo : cataplasmes de feuilles de chou, extrait de chou, ocytocine, applications glacées, et ultrasons.

Il est possible que certains traitements peuvent limiter l'inconfort sans résoudre l'engorgement.

Il faut également noter que certains des traitements cités ci-dessus pourront ne pas être disponibles dans certains pays.

Autres possibilités

La phytothérapie. L'utilisation de certaines plantes pour le traitement de l'engorgement mammaire et de la production lactée surabondante a été décrite, mais il n'existe aucune donnée scientifique sur leur efficacité. L'expression manuelle ou avec un tire-lait. Si le bébé ne peut pas téter efficacement, des mesures doivent être prises pour aider la mère à tirer son lait manuellement ou avec un tire-lait, soit pendant quelques minutes afin d'assouplir le complexe aréolo-mamelonnaire et de le rendre plus facile à comprimer par le bébé, soit pour exprimer le lait des seins. Dans ce dernier cas, le lait pourra ensuite être donné au bébé à la tasse, et la mère sera encouragée à mettre son bébé au sein plus souvent avant qu'un engorgement sévère survienne à nouveau. Toutes les nouvelles mères devraient recevoir des informations sur la technique de l'expression manuelle du lait. Toutes les mères allaitantes devraient recevoir des informations préparatoires sur la survenue de l'engorgement avant leur sortie de maternité. Dans de nombreux pays où les femmes séjournent plus longtemps en maternité, l'engorgement pourra survenir pendant ce séjour. Toutefois, de nombreuses femmes rentrent chez elles avant le pic d'engorgement. Les mères doivent être conseillées sur les traitements symptomatiques de la douleur. Le paracétamol et l'ibuprofène sont tous les deux des options sûres chez les mères allaitantes aux doses normales d'utilisation. Par ailleurs, les mères devraient recevoir des informations sur les moyens de trouver une aide efficace pour leur allaitement. Les professionnels de santé qui voient la mère ou le bébé après la sortie de maternité devraient systématiquement s'enquérir sur le degré de distension et d'engorgement mammaire.

Recommandations pour les futures recherches

Actuellement, il n'existe pas de recherches adéquates tant sur le processus physiologique de l'engorgement que sur les techniques efficaces de prévention et de traitement. Il serait nécessaire de mettre au point un système uniforme d'évaluation de la sévérité de l'engorgement, afin de permettre une standardisation des mesures, et la comparaison des résultats entre les études. Lorsqu'une technique objective et non-invasive d'évaluation de l'engorgement mammaire au lit de la patiente aura été mis au point, des études cliniques évaluant les corrélations entre la mesure objective de l'engorgement et les divers traitements, la durée de l'allaitement et les complications pourront être menées. Connaître les interventions pendant l'accouchement et les caractéristiques personnelles prédisposant à la survenue d'un engorgement significatif serait utile pour identifier les patientes à risque d'engorgement, et celles qui tireront avantage de conseils et d'un suivi plus étroit. Les approches non pharmacologiques de gestion de l'engorgement devraient être étudiées. Des études contrôlées en double aveugle placebo contre médicament dont

l'innocuité pendant l'allaitement est connue sur la symptomatologie de l'engorgement mammaire devraient être une priorité.

Références

1. Lawrence RA, Lawrence RM. Management of the mother-infant nursing couple. In: *Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional*, 6th ed. Elsevier Mosby, Philadelphia, 2005, pp. 278–281, 1115.
2. Newton M, Newton N. Postpartum engorgement of the breast. *Am J Obstet Gynecol* 1951;61:664–667.
3. Brooten DA, Brown LP, Hollingsworth AO, et al. A comparison of four treatments to prevent and control breast pain and engorgement in nonnursing mothers. *Nurs Res* 1983;32:225–229.
4. Swift K, Janke J. Breast binding is it all that it's wrapped up to be? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32:332–339.
5. Spitz AM, Lee NC, Peterson HB. Treatment for lactation suppression: Little progress in one hundred years. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1485–1490.
6. Hill PD, Humenick SS. The occurrence of breast engorgement. *J Hum Lact* 1994;10:79–86.
7. Moon JL, Humenick SS. Breast engorgement: Contributing variables and variables amenable to nursing intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1989;18:309–315.
8. Humenick SS, Hill PD, Anderson MA. Breast engorgement: Patterns and selected outcomes. *J Hum Lact* 1994;10:87–93.
9. Neifert M, DeMarzo S, Seacat J, et al. The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth* 1990;17:31–38.
10. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, et al. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003;112:607–619.
11. Brzozowski D, Niessen M, Evans B, et al. Breast-feeding after inferior pedicle reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:530–534.
12. Lurie S, Rotmensch N, Glezerman M. Breast engorgement and galactorrhea during magnesium sulfate treatment for preterm labor. *Am J Perinatol* 2002;19:239–240.
13. Shalev J, Frankel Y, Eshkol A, et al. Breast engorgement and galactorrhea after preventing premature contractions with ritodrine. *Gynecol Obstet Invest* 1984;17:190–193.
14. Hardwick-Smith S, Mastrobattista JM, Nader S. Breast engorgement and lactation associated with thyroid-releasing hormone administration. *Obstet Gynecol* 1998;92:717.
15. Antevski BM, Smilevski Da, Stojovski MZ, et al. Extreme gigantomastia in pregnancy: Case report and review of literature. *Arch Gynecol Obstet* 2007;275:149–153.
16. Swelstad MR, Swelstad BB, Rao VK, et al. Management of gestation gigantomastia. *Plast Reconstr Surg* 2006;118:840–848.
17. Vidaeff AC, Ross PJ, Livingston CK, et al. Gigantomastia complicating mirror syndrome in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003;101:1139–1142.
18. Beischer NA, Hueston JH, Pepperell RJ. Massive hypertrophy of the breasts in pregnancy: Report of 3 cases and review of the literature, 'never think you have seen everything'. *Obstet Gynecol Surv* 1989;44:234–243.
19. de Oliveira L, Giugliani ERJ, do Esp^orito Santo LC, et al. Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems. *J Hum Lact* 2006;22:315–321.
20. Storr G. Prevention of nipple tenderness and breast engorgement in the postpartal period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988;17:203–209.
21. Evans K, Evans R, Simmer K. Effect of the method of breast feeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic. *Acta Paediatr* 1995;84:849–852.
22. Ferris CD. Hand-held instrument for evaluation of breast engorgement. *Biomed Sci Instrum* 1996;32:299–304.
23. Stamp GE, Casanova HT. A breastfeeding study in a rural population in South Australia. *Rural Remote Health* 2006;495:1–8.
24. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact* 2003;19:145–156.
25. Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD000046.
26. Kee WH, Tan SL, Lee V, et al. The treatment of breast engorgement with Serrapeptase (Danzen): A randomized double-blind controlled study. *Singapore Med J* 1989;30:48–54.
27. Murata T, Hanzawa M, Nomura Y. The clinical effects of "protease complex" on postpartum breast engorgement. *J Jpn Obstet Gynecol Soc* 1965;12:139–147.

28. Cotterman KJ. Reverse pressure softening: A simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. *J Hum Lact* 2004;20:227–237.

29. Hand expression of breastmilk. <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/HandExpression.html> (accessed October 16, 2008).

Auteur

Pam Berens, M.D., FABM

Comité des protocoles

Maya Bunik, M.D., FABM

Caroline J. Chantry, M.D., FABM, Co-Chairperson

Cynthia R. Howard, M.D., MPH, FABM, Co-Chairperson

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM, Co-Chairperson

Larry Noble, M.D., Translations Chair

Nancy G. Powers, M.D., FABM