

Protocole clinique # 26

Douleur persistante pendant l'allaitement

ABM clinical protocol #26 : Persistent pain with breastfeeding. Breastfeed Med 2016 ; 11(2) : 46-53.

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 susceptibles d'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. Ces recommandations ne sont pas conçues pour être adaptées à toutes les situations, mais pour apporter un cadre pour l'information des médecins en matière d'allaitement.

Objectif

Fournir des recommandations scientifiquement fondées pour le diagnostic, l'évaluation et la gestion des problèmes de mamelons ou de seins douloureux persistants chez les mères allaitantes.

Définitions

Chez les mères allaitantes, il pourra être difficile de distinguer une douleur pathologique et un inconfort couramment ressenti pendant les premières semaines d'allaitement. Dans ce protocole, nous définirons la douleur persistante comme une douleur associée à l'allaitement, et persistant pendant plus de 2 semaines. Nous ne prendrons pas en compte les mastites aiguës ou récurrentes, qui sont l'objet du protocole #4 de l'ABM, révisé en mars 2014 (1).

Contexte

La douleur et l'inconfort liés à l'allaitement sont courants pendant les premières semaines post-partum (2 –II-2 ; Le niveau de preuve pour chaque recommandation (I, II-1, II-2, II-3 et III), tel que défini par les recommandations de la US Preventive Task Force, (3) est noté entre parenthèses). Dans la mesure où c'est une cause fréquente de sevrage précoce (4), la dyade mère-enfant devrait être évaluée par un spécialiste en lactation. Après cette période de démarrage, le niveau de douleur baisse généralement, mais jusqu'à une femme sur cinq fait état d'une douleur persistante à 2 mois post-partum (5). Si un inconfort initial au début des tétées peut être considéré comme physiologique, une douleur suffisamment importante pour amener la mère à sevrer prématurément ne devrait pas l'être. Dans une étude sur 1 323 mères qui ont arrêté d'allaiter pendant le 1er mois post-partum, 29,3 % citaient la douleur, et 36,8 % faisaient état de mamelons douloureux, crevassés ou qui saignaient comme raison importante du sevrage (6). Plusieurs auteurs ont constaté une relation entre la douleur associée à l'allaitement et la dépression du post-partum (7, 8 – II-2, III).

Ces études suggèrent que la douleur liée à l'allaitement est corrélée à un niveau significatif de stress ; en conséquence, l'existence de troubles de l'humeur devrait également être recherchée chez les mères souffrant de douleur persistante, et ces mères devraient être suivies de près pendant le traitement éventuellement nécessaire et jusqu'à résolution du problème. Identifier à temps et gérer correctement les problèmes douloureux persistants en rapport avec l'allaitement est crucial pour permettre aux mères d'atteindre leurs objectifs en matière d'alimentation infantile.

Bien que la littérature sur les problèmes persistants de mamelons et/ou de seins douloureux soit limitée et que le diagnostic différentiel soit extensif, diverses étiologies et stratégies de traitement existent, la plupart d'entre elles se fondant sur l'opinion d'experts. La nature hautement individuelle de la relation d'allaitement combinée à la complexité du sein lactant, incluant son anatomie, sa physiologie et son microbiome dynamique, augmente les difficultés pour le clinicien.

Historique et examen

L'évaluation d'un problème de douleur persistante commence par un recueil de l'historique et par un examen clinique soigneux de la mère et de l'enfant, en portant particulièrement attention à :

- **L'historique de l'allaitement**
 - Les antécédents d'allaitement/de problèmes/de douleurs
 - La sensibilité des mamelons/des seins avant la grossesse
 - La production lactée (engorgement en cours, production lactée importante ou faible)
 - Les pratiques d'allaitement (fréquence et durée des tétées, un ou les deux seins à chaque tétée)
 - L'expression du lait, la fréquence, expression manuelle et/ou type de tire-lait
 - Le point de vue de la mère sur l'allaitement, et ses objectifs en matière d'allaitement
- **L'historique de la douleur**
 - Moment du démarrage
 - Lésions précoces des mamelons (abrasions, crevasses, saignement)
 - Contexte (au début de la tétée, pendant la tétée, entre les tétées, pendant l'expression du lait)
 - Localisation (mamelons et/ou sein, superficielle ou profonde)
 - Durée (moments de survenue, intermittente ou constante)
 - Caractéristiques (brûlure, démangeaisons, en coups de couteau, élancements, douleur sourde, endolorissement)
 - Sévérité sur une échelle de 0 à 10
 - Signes associés (modifications cutanées, changements de couleur du mamelon, changement d'apparence ou de taille du mamelon après la tétée, fièvre)
 - Facteurs améliorant ou exacerbant la douleur (froid, chaleur, toucher, pression)
 - Traitements déjà entrepris (analgésiques incluant les AINS et/ou des narcotiques, antibiotiques, antifongiques, stéroïdes, plantes, lubrifiants, suppléments divers)
- **L'historique maternel**
 - Complications pendant la grossesse, le travail et la naissance (problèmes médicaux, interventions)
 - Problèmes médicaux (en particulier syndrome de Raynaud, sensibilité au froid, migraines, dermatite, eczéma, syndromes douloureux chroniques, candidose, antécédents familiaux d'ankyloglossie)
 - Antécédents de chirurgie mammaire et leur raison
 - Médicaments utilisés
 - Allergies
 - Dépression, anxiété
 - Antécédents d'herpès ou de zona au niveau des mamelons ou des seins
 - Antécédents d'infection mammaire récente
- **L'historique infantile**
 - Traumatisme pendant la naissance ou anomalies constatées à l'examen
 - Âge gestationnel à la naissance et âge actuel
 - Poids de naissance, prise de poids, et santé générale
 - Comportement au sein (le repousse, se crispe sur le sein, le mord, touse, respiration rapide, somnolence)
 - Bébé agité au sein
 - Troubles digestifs (reflux, sang dans les selles, selles glaireuses)
 - Problèmes/syndromes médicaux
 - Diagnostic antérieur d'ankyloglossie, freinotomie
 - Médicaments

L'examen devrait inclure les points suivants

- **Chez la mère**
 - Apparence générale (pâleur, anémie, épuisement)
 - Evaluation des mamelons (intégrité cutanée, sensibilité, écoulement purulent, présence ou absence d'un rash, coloration, présence de lésions)
 - Examen des seins (masses, douleur à la pression légère ou profonde)
 - Sensibilité au toucher léger ou appuyé du sein, de l'aréole et des mamelons
 - Expression du lait (évaluation de la douleur pendant l'expression)
 - Évaluation de l'état d'humeur de la mère à l'aide d'une échelle adéquate, telle que l'échelle d'évaluation de la dépression d'Edimbourg

- **Chez l'enfant**
 - Symétrie de la position de la tête et des traits du visage (incluant l'angle des mâchoires et la position des yeux/oreilles)
 - Anatomie orale (présence ou absence d'un frein lingual, constatation d'une candidose, anomalie du palais, fente sous-muqueuse)
 - Voies aériennes (rechercher une congestion nasale)
 - Amplitude des mouvements de la tête et du cou
 - Tonus musculaire de l'enfant
 - Autres comportements de l'enfant pouvant être le signe d'un problème neurologique sous-jacent, comme un nystagmus
- **Une tétée devrait être observée pendant la consultation, pour évaluation de :**
 - La position de la mère
 - La position de l'enfant et son comportement au sein
 - La prise du sein (bouche grande ouverte avec lèvres retroussées)
 - La dynamique de la succion et sa structure, succion nutritive ou non nutritive, endormissement
 - La taille et la couleur du mamelon après la tétée
- **Si la mère tire son lait, le clinicien devrait observer directement une séance d'expression du lait pour évaluation de :**
 - La technique d'expression manuelle
 - L'adaptation des tétérèlles
 - La dynamique du tire-lait, incluant la dépression et la fréquence des cycles du tire-lait utilisé par la mère
 - La présence de lésions en rapport avec l'utilisation du tire-lait
- **Des examens de laboratoire**, tels que la culture bactériologique de prélèvements sur les mamelons et de lait (Table 2) peuvent être envisagés en fonction de l'historique et de l'examen physique, et en particulier en cas de :
 - Mastite aiguë ou mastite qui ne guérit pas sous antibiotiques
 - Persistance de crevasses, de fissures ou d'écoulements au niveau des mamelons
 - Erythème ou rash suggérant une infection virale ou fongique
 - Douleurs mammaires ne correspondant pas au résultat de l'examen (celui-ci est normal, mais les seins ou les mamelons sont très douloureux)

Diagnostic différentiel

Les causes potentielles de douleur persistante des seins et des mamelons sont nombreuses, elles peuvent coexister ou survenir séquentiellement. Elles incluent :

- Les lésions des mamelons
- Les dermatoses
- Les infections
- Le vasospasme/syndrome de Raynaud
- Une allodynie ou une douleur fonctionnelle

La Table 1 liste les symptômes et la gestion des différents diagnostics décrits ci-dessous.

Lésions des mamelons

Les altérations cutanées augmentent le risque de douleur et d'infection. L'allaitement ou l'utilisation d'un tire-lait pour exprimer le lait peuvent induire une réponse inflammatoire au niveau de la peau des mamelons, qui pourra à son tour induire un érythème, un œdème, des crevasses et/ou des ampoules.

1. Prise du sein anormale/dynamique anormale de la succion

- Position au sein suboptimale. Souvent citée comme la cause la plus fréquente des mamelons douloureux, une position suboptimale de l'enfant pendant la tétée peut être à l'origine d'une succion superficielle et d'une compression anormale du mamelon entre la langue et le palais (9-11 – II-2, III, III)
- Prise du sein/succion désorganisée ou dysfonctionnelle. La capacité du bébé à prendre correctement le sein et à téter est dépendante, entre autres facteurs, de son âge gestationnel, de son anatomie orale et mandibulaire, de son tonus musculaire, et d'un reflux ou d'anomalies congénitales, mais également de facteurs maternels tels que le flot de lait, la taille du mamelon ou du sein, et de l'existence d'un engorgement. Les enfants prématurés, qui ont un faible tonus oral, ou qui présentent un reflux ou une aspiration

ou une anomalie congénitale ont un risque de succion désorganisée (12 – III). L'évaluation de l'enfant sur le plan de la coordination de la succion et de la déglutition pourrait être indiquée.

- Ankyloglossie (frein de la langue), constaté chez 0,02-10,7 % des nouveau-nés, induit une restriction des mouvements de la langue (projection) au-delà de la gencive inférieure (13), en raison d'un frein lingual anormalement court ou épais. Les mouvements insuffisants de la langue pourront induire des difficultés à prendre le sein suffisamment loin en bouche, et cela est fréquemment associé à un problème de mamelons douloureux chez la mère (14, 15 – II-3, I). Des facteurs tels que le degré de remplissage des seins, le flot de lait, la taille et l'élasticité des mamelons, la forme et la hauteur du palais de l'enfant, affectent l'impact de l'ankyloglossie sur les mamelons de la mère. Tous les enfants présentant une ankyloglossie ne sont pas à l'origine d'un problème pour la dyade d'allaitement.
- Le bébé mord, ou serre les gencives sur le sein. Cela peut induire des lésions des mamelons et des douleurs mammaires. Les causes qui peuvent provoquer ce comportement incluent les fractures de la clavicule, le torticolis congénital, les traumatismes de la tête, du cou ou du visage, l'asymétrie mandibulaire (16), la défense ou l'aversion orale (par exemple lorsqu'on a forcé l'enfant à prendre le sein ou une tétine), un réflexe tonique de morsure, une congestion nasale, la réponse à un réflexe d'éjection fort, ou une poussée dentaire (III).

2. Traumatismes en rapport avec un tire-lait

En raison de l'utilisation très large des tire-lait dans de nombreux pays, et des variations dans le niveau d'instruction, d'information et de soutien des utilisatrices, les tire-lait peuvent être une cause significative de problèmes potentiels. Dans une étude menée aux États-Unis, 14,6 % des 1 844 mères incluses ont rapporté des lésions en rapport avec l'utilisation d'un tire-lait (17 – II-2). Les lésions peuvent être la conséquence directe d'une utilisation incorrecte du tire-lait ou de son dysfonctionnement, ou une exacerbation d'une lésion ou d'une pathologie préexistante au niveau des mamelons. Observer la mère pendant qu'elle utilise le tire-lait pourra permettre de clarifier la ou les causes du traumatisme (taille inadaptée de la tétarelle, réglage excessif de la dépression, ou durée prolongée d'expression).

Dermatoses

Les dermatoses mammaires telles que les problèmes eczématiformes, ou des problèmes moins courants tels que le psoriasis ou la maladie de Paget du sein, peuvent être responsables de douleurs des seins ou des mamelons chez les mères allaitantes. Chacun de ces problèmes peut se compliquer d'une infection secondaire à *Staphylocoque doré*, et induire des complications telles qu'un impétigo, des suintements, des croûtes jaunes et des ampoules (18 – III).

1. Les problèmes eczématiformes

- Ces problèmes peuvent toucher la peau à n'importe quel endroit, mais ils sont plus couramment constatés sur et autour de l'aréole chez la mère allaitante. L'examen de la distribution des irritations et lésions pourra aider à identifier la cause sous-jacente ou le facteur déclencheur. Les éruptions eczématiformes varient considérablement.
- La dermatite atopique (eczéma) survient chez les femmes qui ont des tendances atopiques, et elle peut être déclenchée par des irritants cutanés, ou d'autres facteurs tels que la météo et les changements de température (19).
- La dermatite irritative de contact. Les agents irritants les plus courants sont la friction (bouche de l'enfant), les médicaments, les aliments solides (consommés par l'enfant), les coussinets d'allaitement, les détergents utilisés pour la lessive, les produits desséchants, les adoucissants, les parfums et les crèmes utilisées pour les problèmes de mamelons douloureux (18).
- La dermatite allergique de contact. Les agents les plus souvent en cause sont la lanoline, les antibiotiques (locaux), la camomille, les vitamines A et E, et les parfums (18-20 – III).

2. Le psoriasis

Les poussées peuvent survenir sporadiquement pendant la lactation (habituellement 4-6 semaines après la naissance – 21 – III), ou en réponse à des lésions cutanées (phénomène de Koebner) suite à la prise du sein, à la succion, ou à une morsure.

3. La maladie de Paget du mamelon est plus courante chez les femmes ménopausées (60 à 89 % des cas), mais elle peut être constatée chez des femmes plus jeunes. Ce carcinome intraductal à croissance lente imite un eczéma du mamelon. Un eczéma unilatéral, débutant sur le dessus du mamelon, augmentant progressivement, persistant plus de 3 semaines, ne répondant pas au traitement habituel, éventuellement accompagné d'une masse palpable, doit

amener à suspecter une maladie de Paget (18). Les autres constatations en faveur de ce diagnostic sont une ulcération, un érythème humide, des vésicules, et/ou des érosions granuleuses (22 – II-2). Une biopsie cutanée est nécessaire, et la femme sera référée à un spécialiste pour traitement.

Infections

Bien que de nombreuses études aient essayé d'identifier quels germes peuvent induire des problèmes douloureux persistant des seins/mamelons pendant la lactation (si tant est que cela soit le cas), le rôle des bactéries et des levures reste obscur. Tant le Staphylocoque sp que le Candida peuvent être trouvés sur les mamelons ou dans le lait de femmes qui ne présentent aucun symptôme (23 – II-2). D'autres théories suggèrent la possibilité de caractéristiques de virulence pouvant rendre la détection et l'élimination des germes éventuellement en cause particulièrement difficiles. Cela inclut la création de biofilms constitués d'une seule bactérie (24, 25 – III, III études in vivo/in vitro), d'un mélange de germes tels que le Staphylocoque sp et un Candida (26, 27 – III, III études in vivo/in vitro), ou d'une infection intracellulaire par de petites colonies de variants (28 – III études in vivo/in vitro).

1. Infection bactérienne

- Infections bactériennes superficielles dans un contexte de lésions cutanées. Les infections secondaires suite à une lésion cutanée, en particulier autour du complexe aréolo-mamelonnaire, sont fréquentes. L'impétigo et la cellulite peuvent survenir isolément ou en concomitance avec une dermatite sous-jacente (18).
- Une dysbiose bactérienne ou une infection des canaux lactifères. Une croissance bactérienne anormalement importante, combinée à la formation d'un biofilm bactérien (éventuellement en conjonction avec un Candida sp), peut induire une infection localisée des canaux lactifères et une inflammation de l'épithélium (III). Une douleur relativement constante, sourde, profonde, à type d'endolorissement au niveau des deux seins est caractéristique de ce type d'inflammation, ainsi que la sensibilité douloureuse à la palpation lors de l'examen des seins (29 – II-3). Le flux de lait et l'éjection induisent une augmentation de la pression, ainsi que des élancements douloureux pendant le réflexe d'éjection et les tétées. Des canaux lactifères bouchés récurrents, des engorgements, une production lactée surabondante et des crevasses et fissures des mamelons peuvent également être associés à ce problème (30- III).

Les facteurs dont on estime qu'ils prédisposent la femme à la survenue de dysbiose et d'infection ductale sont :

- Les antécédents de problèmes similaires pendant un allaitement précédent (29)
- Des antécédents de mastite aiguë
- Des crevasses ou des lésions sur les mamelons
- Un traitement récent par antifongiques et/ou antibiotiques

L'utilisation judicieuse d'antibiotiques est encouragée en fonction du bilan initial qui devrait inclure (29 – Table 2) les points suivants :

- Culture bactériologique de prélèvements de lait et d'écouvillonnages des mamelons
- Culture bactériologique d'écouvillonnages au niveau des crevasses/fissures lorsqu'elles existent

2. Infection à Candida

La relation de cause à effet entre le Candida et les problèmes de mamelons/seins douloureux reste controversée. Le lait humain n'inhibe pas la croissance du Candida dans des cultures de levures (31 – II-2). Certains auteurs n'ont pas constaté de corrélation entre les symptômes cliniques et l'identification d'un Candida sp (32, 33 – II-2, II-2), tandis que d'autres en ont constaté une (34, 35 – II-2, II-2), dont une étude utilisant la PCR (23 – II-2). Les facteurs dont on estime qu'ils prédisposent une femme aux infections à Candida incluent :

- Une prédisposition personnelle aux infections à Candida
- La présence d'un muguet chez le nourrisson, ou d'un rash fongique au niveau du siège
- L'utilisation récente d'antibiotiques chez la mère ou l'enfant

3 Infection virale

- Herpès simplex. Une infection à herpès simplex, existant avant l'allaitement chez la mère ou acquise à partir de l'enfant allaité, peut contaminer les seins ou les mamelons. Des lésions d'herpès sur les seins ou les mamelons peuvent induire une transmission néonatale liée à l'allaitement, ce qui pourra être un risque significatif de morbidité et de mortalité pour l'enfant (36 – III). La mise en culture d'écouvillonnages des lésions est optimale pour confirmer le diagnostic. La mère ne devrait pas allaiter avec le sein touché, et le lait exprimé de ce côté devrait être jeté jusqu'à la guérison des lésions (19, 37 – III).
- Zona. Une poussée de zona peut survenir dans un dermatome impliquant le sein. L'éruption démarre souvent près de la colonne vertébrale ou dans le dos, et s'étend le long du dermatome vers l'avant et vers le sein.

L'exposition de l'enfant non immunisé aux lésions pourra induire chez lui une varicelle. La plupart du temps, un zona sera traité de la même façon qu'un herpès, et la mère ne devrait pas allaiter ou donner à son bébé du lait exprimé à partir du sein touché jusqu'à disparition des lésions (19). On pourra donner à l'enfant des immunoglobulines spécifiques du virus de l'herpès si nécessaire.

Vasospasme

Typiquement, le vasospasme induit des modifications de couleur au niveau du mamelon, qui blanchit ou devient violacé, ce qui s'accompagne d'une douleur aiguë à type d'élançements ou de brûlure (38, 39 – II-3, II-3). Les femmes pourront faire état de douleurs après les tétées, ou lorsqu'elles sortent d'une douche chaude, ou lorsqu'elles sont exposées à une température basse (rayon surgelés d'un supermarché). Les symptômes peuvent être unilatéraux ou bilatéraux, avec un contexte de traumatismes du mamelon passé ou présent. Certaines mères font état d'antécédents de problèmes de mains et pieds froids, nécessitant le port de chaussettes pour dormir, ou de gants même par temps doux ; on peut également avoir diagnostiqué chez elles un syndrome de Raynaud. Les antécédents de pathologies du tissu conjonctif (polyarthrite rhumatoïde par exemple) ou de syndrome de Raynaud sont un facteur de risque de vasospasme des mamelons.

Allodynie / douleur fonctionnelle

L'allodynie est une sensation de douleur en réponse à un stimulus tel qu'un effleurement, qui ne devrait normalement pas être douloureux. Une allodynie au niveau des seins peut être isolée, ou survenir dans le contexte d'autres problèmes douloureux, tels qu'un syndrome de l'intestin irritable, une fibromyalgie, une cystite interstitielle, des migraines, des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, ou des douleurs pendant les rapports sexuels. Il est important de noter soigneusement l'historique de tous les autres problèmes douloureux pour mieux choisir le traitement.

Dans la littérature sur les douleurs chroniques, ce type de problèmes douloureux est lié au catastrophisme (40), à une baisse de l'acceptation psychologique (41), à la dépression et à l'anxiété, et ces facteurs psychologiques sont eux-mêmes associés à une baisse de la réponse au traitement (42 – II-2). Cette littérature suggère que les mères qui présentent une allodynie mammaire, particulièrement dans un contexte d'autres problèmes douloureux chroniques, pourront bénéficier d'une thérapie psychologique destinée à traiter la douleur chronique, au vu des résultats des études sur d'autres problèmes douloureux chroniques (43 – I).

Autres étiologies

1. *Canaux lactifères bouchés récurrents*. Les problèmes de canaux lactifères bouchés sont très courants chez les mères allaitantes, et ils peuvent induire des douleurs persistantes. Réduire une production lactée surabondante est particulièrement important pour limiter la prévalence de ce problème. Tirer le lait plutôt que mettre l'enfant au sein augmente le risque de blocage des canaux lactifères en raison d'un drainage insuffisant des seins. En cas d'érythème associé, il sera nécessaire de rechercher une infection, et un abcès devra être recherché si les symptômes persistent pendant plus de 3 jours.

2. *Production lactée surabondante*. La femme présentant une production lactée surabondante pourra souffrir de douleurs persistantes au niveau des mamelons et des seins. Typiquement, la mère se plaindra de douleurs mammaires vives, de douleurs sourdes ou de sensibilité anormale des seins lorsque ces derniers sont pleins. Ce problème est assez fréquent pendant les premières semaines post-partum, période pendant laquelle le corps s'adapte aux besoins alimentaires de l'enfant. Il est préférable de limiter l'expression du lait dans la mesure où elle peut contribuer à entretenir la surproduction lactée.

Table 1. Nature, symptômes et gestion des problèmes persistants de mamelons/seins douloureux

Nature	Symptômes / signes cliniques	Gestion
Ankyloglossie chez l'enfant	Lésions persistantes des mamelons, et restriction des mouvements de la langue de l'enfant suite à un frein lingual serré	Freinotomie / freinectomie aux ciseaux ou au laser par un professionnel de santé compétent (44-46 – I, II-2, I)
Traumatisme en rapport avec l'utilisation d'un tire-lait	Lésions / meurtrissures des mamelons ou des tissus mous	Observer une séance d'expression du lait Ajuster le niveau de dépression ou la taille de la tétée
Problèmes eczématiformes	Erythème cutané Aigu : ampoules, érosions, suintements, et formation de croûtes Chronique : éruption sèche à des stades variés, lichénification de certaines zones. Les lésions peuvent être prurigineuses, douloureuses, ou même induire une sensation de brûlure (18, 20).	Réduire les facteurs déclencheurs identifiés Appliquer un émollient Appliquer une pommade contenant un stéroïde faible ou moyen 2 fois par jour pendant 2 semaines (immédiatement après une tétée pour maximiser le contact avec le sein avant la tétée suivante – 20) Utiliser des antihistaminiques de seconde génération en cas de prurit (20) Envisager un traitement court (moins de 3 semaines) par prednisone ou prednisolone par voie orale dans les cas résistants (20, 47).
Psoriasis	Plaques érythémateuses, à contours nettement définis, avec une fine couche de squames argentées	Appliquer un émollient (20, 48 – I) Appliquer une pommade contenant un stéroïde faible ou moyen 2 fois par jour pendant 2 semaines (immédiatement après une tétée) comme traitement de première intention (20, 48). Eviter l'utilisation prolongée de stéroïdes locaux, afin de prévenir l'amincissement de l'épithélium du mamelon et un retard de la cicatrisation. L'application locale de crèmes ou gels à la vitamine D et la photothérapie (UVB) ne présentent pas de risque (20, 48). Les immunomodulateurs ne devraient pas être utilisés sur les mamelons en raison d'un risque d'absorption orale par le bébé (47)
Infections bactériennes superficielles associées à des lésions cutanées	Crevasse ou fissures persistantes Suintements, lésions croûteuses, en particulier en conjonction avec d'autres problèmes cutanés Cellulite	Application locale de mupirocine ou de bacitracine Antibiotiques par voie orale, comme une céphalosporine ou une pénicilline résistante à la pénicillinase (18, 49 – I)
Dysbiose bactérienne	Douleur profonde et sourde au niveau des deux seins, ± sensation de brûlure Douleur pendant et après les tétées Sensibilité mammaire (en particulier au niveau des quadrants inférieurs – 29)	Envisager la prise d'antibiotiques oraux tels que céphalosporine, amoxicilline/clavulanate, dicloxacilline ou érythromycine pendant 2 à 6 semaines (20, 29). Il existe des données indirectes permettant de penser que des probiotiques sur les seins pourraient aider à restaurer la flore mammaire normale (50, 51).
Infection à Candida	Mamelon/aréole rose vif Aspect brillant du mamelon, ou desquamation Douleur ressentie disproportionnée par rapport aux observations cliniques Sensation de brûlure au niveau des mamelons, douleurs irradiant à l'intérieur du sein (20, 23)	Application d'un antifongique azolé (le miconazole et le clotrimazole inhibent aussi la croissance du <i>Staphylocoque</i> sp) sur les mamelons (20) Solution de nystatine ou gel oral au miconazole pour la bouche de l'enfant (20) On peut utiliser du violet de gentiane (solution aqueuse à moins de 0,5 %), appliqué quotidiennement pendant au maximum 7 jours. Une utilisation plus longue et une concentration plus élevée peuvent induire des ulcérations et une nécrose cutanée (20, 52) La prise orale de fluconazole (1 ^{ère} prise de 200 mg, puis 100 mg/jour pendant 7 à 10 jours) pourra être envisagée en cas de résistance aux autres traitements. Avant de prescrire du fluconazole, interroger la mère sur les autres traitements éventuellement pris à la recherche de possibles interactions médicamenteuses.

		Ne pas utiliser le fluconazole en cas de prise de dompéridone ou d'érythromycine en raison du risque de prolongation de l'intervalle QT.
Herpès simplex	Petites vésicules très douloureuses, groupées en bouquets, sur une base érythémateuse Petit ulcère isolé (20, 53) Adénopathie axillaire	Un antiviral oral tel que l'aciclovir ou le valaciclovir sera utilisé aux doses recommandées pour le traitement d'une première poussée d'herpès ou d'un herpès récurrent. Veiller à éviter tout contact entre les lésions et le bébé. Eviter de mettre l'enfant au sein touché, ou de lui donner le lait exprimé à partir du sein touché jusqu'à guérison des lésions, pour prévenir un herpès néonatal.
Zona	Éruption douloureuse de vésicules dans un dermatome	Un antiviral oral tel que l'aciclovir ou le valaciclovir sera utilisé aux doses recommandées pour le traitement d'une première poussée d'herpès ou d'un herpès récurrent. Eviter de mettre l'enfant au sein touché, ou de lui donner le lait exprimé à partir du sein touché jusqu'à guérison des lésions, pour prévenir un herpès néonatal.
Vasospasme	Douleur lancinante ou sensation de brûlure dans les seins, avec modification de couleur des mamelons (rouge ou violet) 38, 39	Appliquer des compresses chaudes ou des coussinets chauffant après les tétées, ou en cas de douleur. Éviter l'exposition au froid des seins et des mamelons. Prescrire de la nifédipine (30-60 mg – 10-20 mg 3 fois par jour) pendant 2 semaines si la douleur persiste (54 – I). Une plus longue durée de traitement pourra être nécessaire chez certaines femmes.
Allodynie / douleur fonctionnelle	Douleur même au toucher léger Le frottement des vêtements sur le mamelon induit une douleur intense, ou le fait de sécher les seins avec une serviette. Antécédents d'autres problèmes douloureux	Prise régulière d'un anti-inflammatoire non stéroïdien sur la journée En l'absence de résultat, prise de propranolol, 20 mg 2 fois par jour pour commencer (55 – traitement utilisé pour la dysfonction de l'ATM) Les antidépresseurs pourront également être efficaces (voir le protocole #18 de l'ABM sur les antidépresseurs chez la mère allaitante) Envisager la recherche de zones gâchettes, et d'un traitement par massages (56)
Canaux bouchés récurrents	Impression de « cordon » douloureux localisé, habituellement de quelques centimètres, habituellement réversible avec l'expression	Chaleur, pression au niveau de la zone touchée et expression du lait apportent habituellement un soulagement.
Surproduction lactée	Seins engorgés, écoulements de lait	Arrêter toute surstimulation mammaire, ne pas tirer le lait entre les tétées. Le faire uniquement à la place d'une tétée, ou avant le coucher si les seins sont engorgés. Proposer un seul sein à l'enfant pendant une période donnée (habituellement 3 heures) est une stratégie recommandée par de nombreuses consultantes en lactation, mais elle reste controversée, et les données fiables restent limitées. L'autre sein n'est pas stimulé, ce qui induit une baisse de la production lactée par feedback (57). Des médicaments tels que la pseudoéphédrine (58) et l'extrait de sauge ont été utilisés pour abaisser la production lactée, ainsi qu'une pilule contraceptive contenant un œstrogène.

Les données concernant la gestion des problèmes douloureux persistants associés à l'allaitement sont limitées, et largement fondées sur l'avis d'experts. Les recommandations faites ci-dessus sont donc fondées sur des preuves de niveau III, sauf indication contraire. ATM : articulation temporo-mandibulaire.

Table 2. Méthodes de culture (mamelons, seins, lait – III)**Méthodes de culture (59)**

Pour toutes les cultures, s'assurer que la personne qui fait les prélèvements a les mains propres, utilise des gants, et que le prélèvement est correctement étiqueté (sein droit ou gauche), et transporté dans des conditions adéquates.

Écouvillonnage des mamelons (peau intacte)

Humidifier l'écouvillon en le trempant dans le milieu de culture contenu dans le tube de recueil
Le passer en zigzag sur l'aréole (toucher 10 zones différentes – éviter de toucher la peau du sein)
Le remettre dans le tube de recueil
Étiqueter le tube : nom du patient, sein droit ou gauche
Répéter sur l'autre sein

Fissure ou plaie ouverte du mamelon/aréole

Plaie sèche : humidifier l'écouvillon avec le milieu de culture
Rouler l'écouvillon au niveau de la plaie pendant 5 secondes
Placer l'écouvillon dans le tube

Culture du lait

Demander à la patiente si elle préfère exprimer son lait elle-même ou que le soignant le fasse pour elle
Nettoyer le mamelon
Mettre une serviette sur les genoux de la patiente
Avant le début de l'expression, faire couler du sérum physiologique stérile sur le mamelon
Sécher le mamelon avec une gaze stérile
Nettoyer les mamelons avec une lingette alcoolisée, et laisser sécher
Enlever les gants et se laver les mains
Remettre des gants propres
Mettre la main en C autour du sein, le bout des doigts étant à environ 2,5 cm derrière le mamelon
Pousser vers la poitrine, puis rouler les doigts vers le mamelon pour exprimer du lait sans toucher directement le mamelon
Laisser tomber les premières gouttes sur la serviette
Exprimer 5-10 ml de lait dans un récipient stérile qui ne touche pas le mamelon
Répéter pour exprimer du lait à partir de l'autre sein

Recommandations pour les futures recherches

Il existe toujours d'importantes controverses sur la gestion des problèmes persistants de douleurs mammaires.

- Davantage d'études sont nécessaires sur l'évaluation et la gestion de presque toutes les causes potentielles, incluant les infections, les douleurs neuropathiques, la technologie des tire-lait (tels que le choix d'une taille adaptée pour les tételles), et sur la gestion des ankyloglossies labiales et linguales antérieures et postérieures.
- Nous manquons de protocoles standardisés sur la douleur mammaire pour comparer les études portant sur leur sévérité et leur gestion.
- Le rôle de la sensibilité centrale à la douleur et des troubles de l'humeur dans les problèmes douloureux en rapport avec l'allaitement nécessitent également d'autres études. Ces études devraient évaluer avec précision l'humeur maternelle, le catastrophisme, et les comorbidités en rapport avec une dysautonomie chez les femmes présentant des douleurs chroniques en rapport avec l'allaitement.
- Il n'y a toujours pas de consensus parmi les spécialistes en lactation sur le fait que des douleurs profondes et lancinantes peuvent être attribuées à une infection à *Candida*, à une dysbiose concernant la flore normalement présente dans le lait maternel, ou à une étiologie non infectieuse.
- Le traitement d'une production lactée surabondante par la mise au sein de l'enfant à un seul sein pendant un temps variable (habituellement quelques heures) pour abaisser la production nécessite également d'autres études.
- D'autres études sont nécessaires pour mieux connaître les causes de douleurs mammaires persistantes, et comprendre les interactions complexes inhérentes à l'allaitement/la lactation, incluant la création de biofilms.

Références

1. Amir LH. ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. *Breastfeed Med* 2014;9:239–243.
2. Division of Nutrition Physical Activity and Obesity. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Infant Feeding Practices Survey II: Results. Centers for Disease Control and Prevention. 2009. Available at www.cdc.gov/ifps/results/ch2/table-2-37.htm (accessed November 11, 2015).

3. US Department of Health and Human Services. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force, 2nd edition. Washington (DC): US Preventive Services Task Force. 1996. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/ (accessed January 4, 2016).
4. Odom E, Li R, Scanlon K, et al. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e726–e732.
5. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, et al. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeed Med* 2014;9:56–62.
6. Li R, Fein SB, Chen J, et al. Why mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* 2008;122 (Suppl 2):S69–S76.
7. Amir LH, Dennerstein L, Garland SM, et al. Psychological aspects of nipple pain in lactating women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996;17:53–58.
8. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, et al. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol* 2011;118:214–221.
9. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, et al. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Rev* 2003;11:5–10.
10. Morland-Schultz K, Hill P. Prevention of and therapies for nipple pain: A systematic review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:428–437.
11. Woolridge MW. Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 1986; 2:172–176.
12. Lau C, Smith EO, Schanler RJ. Coordination of suckswallow and swallow respiration in preterm infants. *Acta Paediatr* 2003;92:721–727.
13. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: Achieving a balance. *Arch Dis Child* 2015;100:489–494.
14. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: Assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002;110:e63.
15. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, et al. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: Methodologic review. *Can Fam Physician* 2007;53:1027–1033.
16. Wall V, Glass R. Mandibular asymmetry and breastfeeding problems: Experience from 11 cases. *J Hum Lact* 2006;22: 328–334.
17. Qi Y, Zhang Y, Fein S, et al. Maternal and breast pump factors associated with breast pump problems and injuries. *J Hum Lact* 2014;30:62–72.
18. Barankin B, Gross MS. Nipple and areolar eczema in the breastfeeding woman. *J Cutan Med Surg* 2004;8:126–130.
19. Schalock P, Hsu J, Arndt K. *Lippincott's Primary Care Dermatology*. Philadelphia: Wolter Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2010, pp. 29, 146–147, 174–175, 232–236.
20. Barrett ME, Heller MM, Fullerton Stone H, et al. Dermatoses of the breast in lactation. *Dermatol Ther* 2013;26: 331–336.
21. Mervic L. Management of moderate to severe plaque psoriasis in pregnancy and lactation in the era of biologics. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat* 2014;23:27–31.
22. Kollmorgen DR, Varanasi JS, Edge SB, Carson WE, 3rd. Paget's disease of the breast: A 33-year experience. *J Am Coll Surg* 1998;187:171–177.
23. Amir LH, Donath SM, Garland SM, et al. Does Candida and/or Staphylococcus play a role in nipple and breast pain in lactation? A cohort study in Melbourne, Australia. *BMJ Open* 2013;3:e002351.
24. von Eiff C, Proctor RA, Peters G. Coagulase-negative staphylococci. Pathogens have major role in nosocomial infections. *Postgrad Med* 2001;110:63–64, 69–70, 73–66.
25. Melchior MB, Vaarkamp H, Fink-Gremmels J. Biofilms: A role in recurrent mastitis infections? *Vet J* 2006;171:398–407.
26. Harriott MM, Noverr MC. *Candida albicans* and *Staphylococcus aureus* form polymicrobial biofilms: Effects on antimicrobial resistance. *Antimicrob Agents Chemother* 2009;53:3914–3922.
27. Adam B, Baillie GS, Douglas LJ. Mixed species biofilms of *Candida albicans* and *Staphylococcus epidermidis*. *J Med Microbiol* 2002;51:344–349.
28. Proctor RA, von Eiff C, Kahl BC, et al. Small colony variants: A pathogenic form of bacteria that facilitates persistent and recurrent infections. *Nat Rev Microbiol* 2006;4:295–305.
29. Eglash A, Plane MB, Mundt M. History, physical and laboratory findings, and clinical outcomes of lactating women treated with antibiotics for chronic breast and/or nipple pain. *J Hum Lact* 2006;22:429–433.
30. Delgado S, Arroyo R, Jimenez E, et al. Mastitis infecciosas durante la lactancia: Un problema infravalorado. *Acta Pediatr Esp* 2009;67:77–84.
31. Hale TW, Bateman TL, Finkelman MA, et al. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeed Med* 2009;4:57–61.
32. Graves S, Wright W, Harman R, et al. Painful nipples in nursing mothers: Fungal or staphylococcal? *Aust Fam Physician* 2003;32:570–571.
33. Hale T, Bateman T, Finkelman M, et al. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeed Med* 2009;4:57–61.
34. Andrews JI, Fleener D, Messer S, et al. The yeast connection: Is *Candida* linked to breastfeeding associated pain? *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:e421–e424.
35. Francis-Morrill J, Heinig MJ, Pappagianis D, et al. Diagnostic value of signs and symptoms of mammary candidosis among lactating women. *J Hum Lact* 2004;20:288–295.
36. Parra J, Cneude F, Huin N, et al. Mammary herpes: A little known mode of neonatal herpes contamination. *J Perinatol* 2013;33:736–737.
37. Jaiyeoba O, Amaya MI, Soper DE, et al. Preventing neonatal transmission of herpes simplex virus. *Clin Obstet Gynecol* 2012;55:510–520.

38. Anderson JE, Held N, Wright K. Raynaud's phenomenon of the nipple: A treatable cause of painful breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113:e360–e364.
39. Barrett ME, Heller MM, Stone HF, et al. Raynaud phenomenon of the nipple in breastfeeding mothers: An underdiagnosed cause of nipple pain. *JAMA Dermatol* 2013;149: 300–306.
40. de Boer MJ, Struys MM, Versteegen GJ. Pain-related catastrophizing in pain patients and people with pain in the general population. *Eur J Pain* 2012;16:1044–1052.
41. de Boer MJ, Steinhagen HE, Versteegen GJ, et al. Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PLoS One* 2014;9:e87445.
42. Bergbom S, Boersma K, Overmeer T, et al. Relationship among pain catastrophizing, depressed mood, and outcomes across physical therapy treatments. *Phys Ther* 2011;91:754–764.
43. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD007407.
44. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: A randomized trial. *Pediatrics* 2011;128: 280–288.
45. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188–e194.
46. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, et al. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: A randomized, prospective study. *J Pediatr Surg* 2006;41:1598–1600.
47. Butler DC, Heller MM, Murase JE. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: Part II. Lactation. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:417.e1–e10.
48. Bae YS, Van Voorhees AS, Hsu S, et al. Review of treatment options for psoriasis in pregnant or lactating women: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:459–477.
49. Livingstone V, Stringer LJ. The treatment of *Staphylococcus aureus* infected sore nipples: A randomized comparative study. *J Hum Lact* 1999;15:241–246.
50. Arroyo R, Martin V, Maldonado A, et al. Treatment of infectious mastitis during lactation: Antibiotics versus oral administration of *Lactobacilli* isolated from breast milk. *Clin Infect Dis* 2010;50:1551–1558.
51. Fernández L, Arroyo R, Espinosa I, et al. Probiotics for human lactational mastitis. *Benef Microbes* 2014;5:169–183.
52. Kayama C, Goto Y, Shimoya S, et al. Effects of gentian violet on refractory discharging ears infected with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Otolaryngol* 2006;35:384–386.
53. Dekio S, Kawasaki Y, Jidoi J. Herpes simplex on nipples inoculated from herpetic gingivostomatitis of a baby. *Clin Exp Dermatol* 1986;11:664–666.
54. Thompson AE, Pope JE. Calcium channel blockers for primary Raynaud's phenomenon: A meta-analysis. *Rheumatology* 2005;44:145–150.
55. Tchivileva IE, Lim PF, Smith SB, et al. Effect of catechol-O-methyltransferase polymorphism on response to propranolol therapy in chronic musculoskeletal pain: A randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover pilot study. *Pharmacogenet Genomics* 2010;20:239–248.
56. Kernerman E, Park E. Severe breast pain resolved with pectoral muscle massage. *J Hum Lact* 2014;30:287–291.
57. van Veldhuizen-Staas CG. Overabundant milk supply: An alternative way to intervene by full drainage and block feeding. *Int Breastfeed J* 2007;2:11.
58. Aljazaf K, Hale TW, Ilett KF, et al. Pseudoephedrine: Effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk. *Br J Clin Pharmacol* 2003;56:18–24.
59. UNC protocol. UNC School of Medicine at Chapel Hill staff. Health Care Professionals:OB Algorithms: Breastfeeding: Culture Collection Protocol. 2014. Available at http://mombaby.org/PDF/culture_protocol.2.0.pdf (accessed November 1, 2014).

Les protocoles de l'ABM expirent cinq ans après leur date de publication. Des révisions fondées sur des données scientifiques sont faites au bout de cinq ans, ou plus rapidement s'il y a des modifications significatives des connaissances.

Comité des protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Wendy Brodribb, MBBS, PhD, FABM, Chairperson

Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson

Nancy Brent, MD

Maya Bunik, MD, MSPH, FABM

Cadey Harrel, MD

Ruth A Lawrence, MD, FABM

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM

Sarah Reece-Stremtan, MD

Casey Rosen-Carole, MD, MPH

Tomoko Seo, MD, FABM

Rose St. Fleur, MD

Michal Young, MD