

Gestion de l'hyperlactation

ABM Clinical Protocol #32 : management of hyperlactation. Helen M. Johnson¹, Anne Eglash², Katrina B. Mitchell³, Kathy Leeper⁴, Christina M. Smillie⁵, Lindsay Moore-Ostby⁶, Nadine Manson⁷, Liliana Simon⁸ and the Academy of Breastfeeding Medicine. *Breastfeed Med* 2020 ; 15(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.

Introduction

L'objectif de ce protocole est de faire le point sur le diagnostic d'hyperlactation et de décrire les recommandations concernant sa gestion. Dans tout ce protocole, la qualité des preuves est établie à partir de l'Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence (1), et le niveau (1-5) est noté entre parenthèses.

L'hyperlactation, également dénommée hypergalactie ou surproduction lactée, est une production excessive de lait maternel par rapport au volume nécessaire pour la croissance d'un enfant en bonne santé selon les standards internationaux. Il n'existe aucune définition précise pour ce terme, et les cas rapportés font état d'une large gamme de volumes lactés excessifs. Un bébé allaité né à terme consomme en moyenne 450 à 1 200 ml/jour (2 – niveau 4), et une production plus élevée que le chiffre le plus haut peut être considérée comme une hyperlactation.

De nombreux facteurs régulent la production lactée (3, 4 – niveau 3 et 4). Cela inclut :

- La quantité de tissu glandulaire dans un sein donné
- La distension alvéolaire à l'intérieur du sein
- Le degré et la fréquence de la vidange du sein
- Des voies neuroendocrines complexes.

De plus, une signalisation complexe via la sérotonine, ainsi que d'autres facteurs bioactifs possibles, peuvent médier certaines des actions autrefois attribuées à une unique substance dénommée « inhibiteur de la lactation par feedback » (5 – niveau 4). Les femmes présentant une hyperlactation pourront expérimenter de multiples complications dans leur allaitement, incluant des douleurs mammaires, des canaux lactifères bouchés et des mastites. Les dyades sont à haut risque de sevrage précoce et/ou de tire-allaitement exclusif en raison des difficultés de mise au sein ou d'un réflexe d'éjection hyperactif. Les signes et symptômes d'hyperlactation chez la mère et l'enfant sont résumés dans la Table 1. En cas de complication médicale et/ou de détresse psychologique, les femmes présentant une hyperlactation devraient recevoir des conseils pour abaisser leur production lactée. Des interventions comportementales, la phytothérapie et la prescription de médicaments ont été utilisées pour traiter l'hyperlactation avec des niveaux variables de succès et de fiabilité des preuves. Dans la mesure où l'impact de chaque intervention peut varier suivant les femmes, déterminer les stratégies optimales de thérapie, comme le dosage et la fréquence, reste difficile.

Diagnostic différentiel

L'hyperlactation peut être auto-induite, iatrogène, ou idiopathique.

- **L'hyperlactation auto-induite** survient lorsqu'une mère stimule ses seins pour obtenir davantage de lait que nécessaire pour son bébé. Cela peut provenir d'une fréquence excessive de sessions d'expression du lait en plus des tétées. La mère peut craindre de ne pas avoir assez de lait dans le futur, souhaiter donner du lait ou ne pas réaliser qu'elle n'a pas besoin de stocker d'importants volumes de lait exprimé avant de reprendre le travail. Les femmes qui tire-allaitent exclusivement peuvent produire davantage de lait que nécessaire pour leur(s)

enfant(s). Une femme peut également induire une production lactée plus abondante que nécessaire pour son (ses) enfant(s) en prenant une plante et/ou un médicament destiné à augmenter la production lactée.

- **L'hyperlactation iatrogène** survient lorsque les professionnels de santé contribuent à la production lactée excessive. Le praticien pourra par exemple recommander à la mère de prendre un galactogène (une substance qui augmente la rapidité de synthèse du lait) sans assurer le suivi étroit nécessaire ni fournir d'information sur l'arrêt de la prise. Outre la prescription de métoprolol et/ou de dompéridone, d'autres médicaments tels que la metformine peuvent accélérer la synthèse du lait (6 – niveau 4). Les professionnels de santé peuvent également recommander l'expression du lait en plus des mises au sein. Si cela peut être approprié dans certaines circonstances, cela peut également induire une surproduction lactée si cette stratégie n'est pas étroitement contrôlée.
- **L'hyperlactation idiopathique** est un terme réservé aux mères qui doivent gérer une production lactée élevée dont l'étiologie n'est pas claire. Des épisodes d'engorgement sont normaux pendant les premières semaines d'allaitement chez les mères en bonne santé, mais par la suite, la production s'adapte à la demande de l'enfant. Toutefois, si l'engorgement et l'hyperproduction persistent, l'hyperlactation idiopathique est un diagnostic à envisager.

Si l'hyperprolactinémie a été suggérée comme cause possible d'hyperlactation, il n'existe aucune preuve d'une corrélation entre le taux de prolactine et la rapidité de synthèse du lait (7, 8 – niveau 3 et 4). En fait, on a rapporté une production lactée insuffisante chez des mères ayant des antécédents de prolactinome (9 – niveau 4). Il n'existe aucun consensus concernant la rapidité après la naissance avec laquelle le diagnostic d'hyperlactation peut être fait. On peut distinguer l'hyperlactation de l'engorgement du démarrage de l'allaitement sur l'absence d'un œdème interstitiel et la persistance de la symptomatologie après 1-2 semaines post-partum (10 – niveau 4). Les cas modérés d'hyperlactation pourront ne jamais être réellement diagnostiqués dans la mesure où ils pourront se résoudre spontanément au bout de quelques mois, lorsque le niveau de prolactine baisse et que la régulation de la synthèse du lait passe du stade essentiellement hormonal au stade du contrôle local (7, 11 – niveau 3).

Gestion

Principes généraux

Des tests de laboratoire ou une imagerie pituitaire ne sont pas recommandés dans le cadre de l'hyperlactation. Un algorithme de suggestions pour la gestion de l'hyperlactation est présenté Figure 1. En l'absence de données sur la sécurité relative des diverses interventions, nous recommandons de mettre en œuvre des stratégies à faible risque et à faible coût avant d'envisager la prise de divers produits et médicaments susceptibles d'avoir des effets secondaires (niveau 5). Plus spécifiquement, nous faisons les recommandations suivantes :

- Interventions comportementales et conseils préventifs afin de prévenir et de traiter une hyperlactation auto-induite ou iatrogène.
- En cas d'hyperlactation idiopathique, le traitement de première intention devrait être le « block feeding » (à savoir donner plusieurs fois de suite le même sein pendant une période de temps donnée) un suivi étroit par un expert en matière d'allaitement, comme décrit plus bas.
- En cas d'hyperlactation idiopathique persistante qui ne répond pas correctement au « Block feeding », la prise de plantes et/ou de médicaments pourra être envisagée. La sélection d'un traitement de seconde intention devrait être individualisée en fonction des caractéristiques de la dyade, telles que le nombre de semaines écoulées depuis la naissance, les effets secondaires potentiels des médicaments, leurs interactions potentielles, les préférences de la patiente et ses convictions culturelles.

Table 1. Signes et symptômes qui peuvent être associés à une hyperlactation chez la dyade allaitante

<i>Signes et symptômes maternels</i>	<i>Signes et symptômes infantiles</i>
Augmentation excessive de volume des seins pendant la grossesse (> 2 tailles)	Prise de poids excessive
Engorgement persistant ou fréquent	Difficultés à obtenir et à maintenir une bonne prise en bouche du sein
Douleurs mammaires et/ou mamelonnaires	Agitation au sein
Importantes fuites de lait	Suffocation, toux ou lâchage du sein pendant les tétées
Canaux lactifères bouchés à répétition	Refus du sein
Ampoules sur les mamelons	Le bébé serre les dents sur le mamelon/l'aréole
Vasospasme	Tétées courtes
	Symptômes gastro-intestinaux (par exemple régurgitations, gaz, reflux ou selles vertes explosives)

- Les agonistes de la dopamine devraient être réservés aux cas les plus réfractaires d'hyperlactation idiopathique, en raison des risques potentiellement sérieux de ces produits et de la possibilité d'un arrêt complet de la lactation.

En attendant que la production lactée soit normalisée, la mère peut essayer de mettre son bébé au sein en position de Biological Nurturing afin de diminuer le flot de lait reçu par le bébé et de maintenir une relation directe et positive d'allaitement. Pour maximiser le taux de lipides reçus par le bébé, en particulier s'il y a un problème clinique de déséquilibre entre le lait de début et le lait de fin de tétée, la mère peut masser doucement ses seins (12 – niveau 3) avant les tétées, et préférer l'expression manuelle plutôt que l'expression avec un tire-lait (12 – niveau 2) si elle doit tirer son lait. Il n'existe aucune donnée permettant de conseiller l'utilisation de feuilles de choux ou le bandage des seins en cas d'hyperlactation.

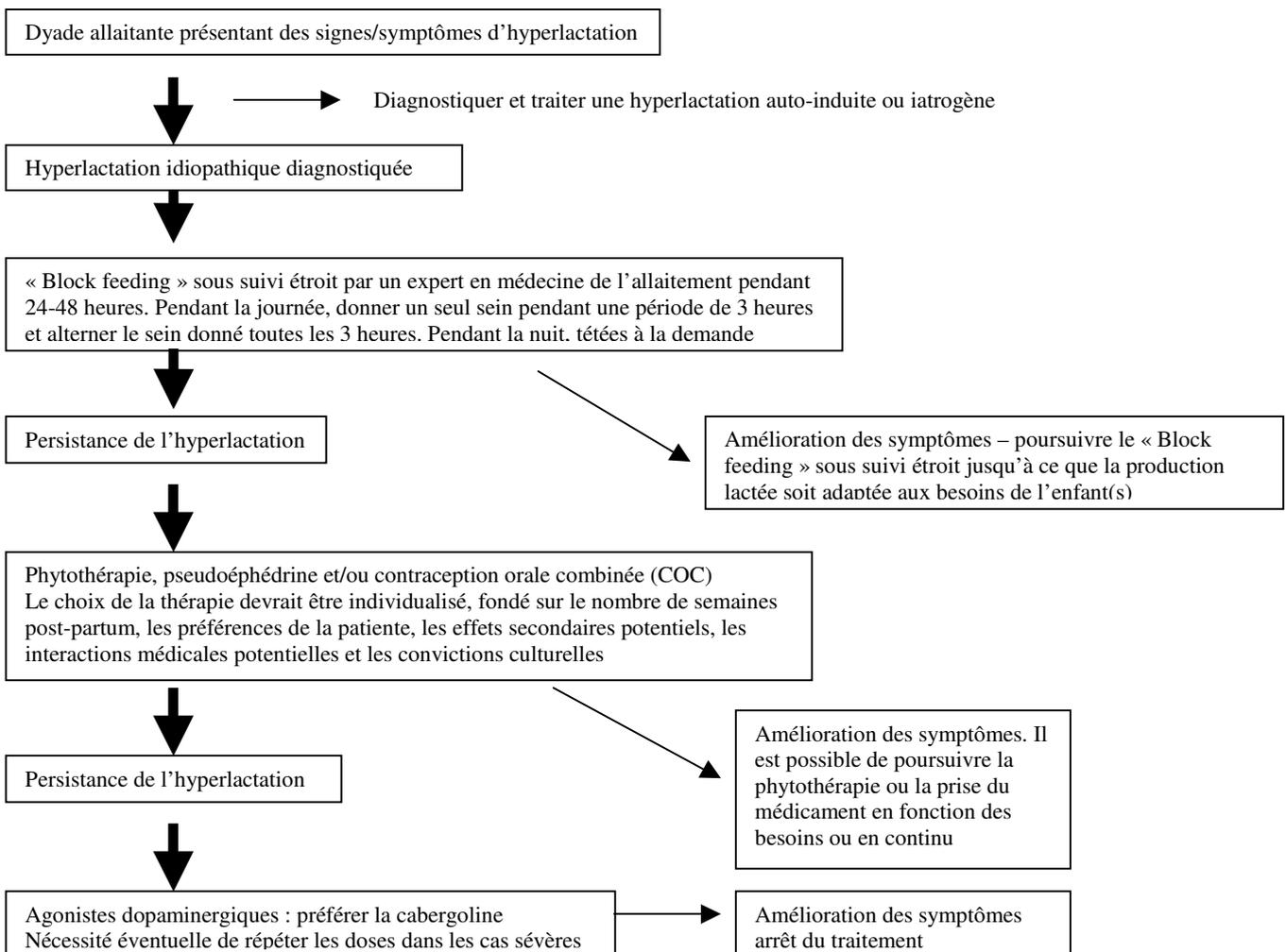
Interventions comportementales

Prévention de l'hyperlactation auto-induite ou iatrogène.

Pour éviter la survenue d'une hyperlactation auto-induite ou iatrogène, nous recommandons de donner aux mères allaitantes et à leur famille les conseils suivants :

- Individualiser les recommandations concernant la fréquence et la durée des tétées au sein et des séances d'expression du lait plutôt que faire des recommandations prescriptives.
- Eviter la prise inutile de galactogènes, incluant les aliments traditionnels pouvant en contenir (tisanes, sauce au curry rehaussée de fenugrec, soupe de moringa) (6, 14, 15 – niveau 4 et 1).
- Idée fautive selon laquelle un enfant en bonne santé et à terme consommera un volume qui continuera à augmenter significativement passé les 6 premières semaines post-partum.
- Attentes culturelles sur les normes concernant l'alimentation infantile et les habitudes de sommeil.
- Quantités appropriées de lait à stocker en cas d'urgence et/ou de reprise du travail, en fonction des besoins spécifique de la dyade.

Fig 1. Algorithme pour le diagnostic et la gestion de l'hyperlactation idiopathique



- Difficultés rencontrées auparavant dans l'allaitement, impliquant la peur / l'anxiété maternelle d'une production lactée plus basse que souhaité par la mère.
- Interprétation incorrecte des signaux et pleurs de l'enfant comme un signe de production lactée insuffisante.

Le « Block feeding »

La majorité des cas d'hyperlactation auto-induite ou iatrogène devraient se résoudre en limitant les stimuli externes comme une expression excessive du lait et/ou la prise de galactogènes. Les dyades qui continuent à présenter des signes et symptômes d'hyperlactation pourront bénéficier comme gestion de première ligne de l'instauration du « Block feeding ». Les tétées ou les séances d'expression du lait à partir d'un seul sein, toujours le même, pendant une période spécifique de temps, peuvent limiter l'hyperproduction lactée en mettant en jeu les mécanismes régulateurs autocrines locaux. La littérature décrit plusieurs variantes de cette technique (16, 17 – niveau 4). Nous recommandons les mises au sein ou l'expression du lait à partir d'un seul sein pendant une période de 3 heures, après laquelle on changera de sein, en alternant toutes les 3 heures (niveau 5). Le « Block feeding » devrait être pratiqué pendant la journée (par exemple entre 9 et 18 heures), les tétées se faisant à la demande et à partir des 2 seins pendant la nuit (18 – niveau 4). Si le sein controlatéral s'engorge de façon inconfortable, la mère peut exprimer de petites quantités de lait pour améliorer son confort. Si cette méthode est efficace pour une dyade donnée, le « Block feeding » devrait induire une amélioration clinique dans les 24 à 48 heures.

En raison des risques de canaux lactifères bouchés, de mastite, de faible prise de poids, du manque de coopération de l'enfant avec les cycles de tétées ou d'une baisse trop importante de la production lactée, la période de « Block feeding » devrait être suivie de près par un praticien expert en matière de suivi de l'allaitement. En raison des variations dans les réponses au « Block feeding », le praticien pourra modifier la gestion chez une dyade individuelle et suivre la dyade pendant toute la durée du « Block feeding » (19 – niveau 4). Un suivi étroit sur une base régulière, quotidienne ou hebdomadaire, aidera à s'assurer que la croissance de l'enfant est normale et à limiter les complications maternelles. Le « Block feeding » devrait être arrêté en cas de baisse de la production qui devient inférieure aux besoins de l'enfant.

Phytothérapie

La menthe poivrée, la sauge, les fleurs de jasmin et le gattilier ont couramment été utilisés pour réduire la production lactée (Table 2).

- Aucune donnée n'a été publiée sur l'utilisation de la menthe poivrée dans le traitement de l'hyperlactation (20, niveau 4). Il existe des données anecdotiques en faveur de la prise orale et de l'application topique sur les seins, mais elle peut être à l'origine d'une toxicité pour l'enfant (par exemple apnée, faiblesse musculaire) (18 – niveau 4).
- Il n'existe aucune étude scientifique sur l'impact de la sauge sur la production lactée (21 – niveau 4). Si une dose de sauge est prise, il est recommandé de suivre l'impact sur la production lactée pendant 8-12 heures avant de répéter la prise (18 – niveau 4).
- Les fleurs de jasmin appliquées sur les seins et remplacées toutes les 24 heures pendant 5 jours se sont avérées, dans une étude ancienne, aussi efficaces pour la suppression de la lactation que la prise de bromocriptine à la dose de 2,5 mg 3 fois par jour (22 – niveau 2).
- Le gattilier a une activité phyto-œstrogénique et phyto-progestative, et il est traditionnellement utilisé pour le traitement de problèmes gynécologiques. L'impact du gattilier (*Vitex agnus castus*) sur la synthèse du lait est controversé (23 – niveau 1) et certains recommandent de l'éviter pendant la lactation en raison de l'absence de données sur sa sécurité (24 – niveau 1).
- Il existe d'autres plantes moins couramment utilisées, mais qui peuvent l'être de façon plus régionale, comme le basilic, le cumin ou le persil (15 – niveau 4).

Prescription de médicaments

La pseudoéphédrine est un décongestionnant en vente libre qui abaisse la production lactée, bien que son mécanisme d'action reste inconnu. Aljazaf et al ont constaté que la prise d'une dose unique de 60 mg abaissait de 24 % la production lactée (25 – niveau 2). Nous recommandons de débiter par la prise d'une dose de 30 mg et d'observer la mère et l'enfant pendant 8-12 heures à la recherche d'un effet secondaire (Table 3). Si aucun effet secondaire ni aucune baisse de la lactation n'est constaté, augmenter la dose à 60 mg (5). Les mères peuvent continuer d'en prendre à cette posologie toutes les 12 heures si nécessaire. La dyade doit être suivie de près ; la plupart des mères auront besoin d'en prendre au coup par coup, uniquement en cas de besoin, pour ne pas risquer

Table 2. Plantes couramment utilisées pour la gestion de l'hyperlactation

<i>Plante</i>	<i>Posologie/administration</i>	<i>Effets secondaires potentiels</i>
Huile de menthe poivrée	Pas de consensus	Brûlures d'estomac, nausées, vomissements
Sauge	1-3 g de feuilles sèches dans une tasse d'eau chaude, ou une dose d'extrait de sauge selon les recommandations du fabricant	Nausées, vomissements, vertiges, wheezing, agitation, hypoglycémie, convulsions
Jasmin	Pas de consensus	Réactions allergiques
Gattilier	Pas de consensus	Nausées, céphalées, troubles gastro-intestinaux, irrégularités menstruelles, acné, prurit, exanthème

une baisse trop importante de la production lactée, mais quelques-unes auront besoin d'en prendre plus régulièrement.

L'œstrogène peut abaisser significativement la production lactée chez certaines femmes (26 – niveau 1), en particulier en post-partum précoce et si les doses sont élevées (27 – niveau 4). L'OMS déconseille la prise d'une contraception hormonale contenant un œstrogène chez les mères allaitantes pendant les 6 premières semaines après la naissance, et recommande la prudence en cas d'utilisation avant 6 mois post-partum (28 – niveau 4). Pour traiter l'hyperlactation, nous recommandons de prescrire une contraception orale combinée (COC) qui contient 20-35 µg d'œstradiol, pas avant 6 semaines post-partum (niveau 5). La production lactée peut baisser significativement dans les 7 jours à un point tel que la prise d'une COC devra être arrêtée pour prévenir une baisse plus importante (18 – niveau 4). Pour certaines mères, la poursuite de la COC permet le maintien de la production lactée à un niveau raisonnable. Un suivi étroit est essentiel en raison des variations individuelles dans les réponses des femmes.

Si l'hyperlactation persiste en dépit de toutes les autres

Table 3. Médicaments couramment prescrits pour la gestion de l'hyperlactation

<i>Médicament</i>	<i>Posologie/administration</i>	<i>Effets secondaires potentiels</i>
Pseudoéphédrine	30-60 mg 1 à 2 fois par jour	Agitation, insomnie, irritabilité, hypertension, tachycardie, arythmie
Œstrogène	Contraception orale combinée apportant 20-35 µg d'œstradiol	Thrombo-embolies veineuses, embolies pulmonaires,
Cabergoline	0,25-0,5 mg tous les 3-5 jours en fonction de la situation	céphalées, nausées, dépression, vertiges, somnolence ou nervosité
Bromocriptine	2,5 mg par jour pendant 3 jours	AVC, convulsions, sévère hypertension, infarctus du myocarde, psychose

interventions, la prise d'un agoniste dopaminergique tel que **la bromocriptine** ou **la cabergoline** pourra être essayée. La cabergoline a un meilleur profil sur le plan des effets secondaires, ce qui amène à la préférer à la bromocriptine chez les mères allaitantes (29, 30 – niveau 4). La cabergoline a une longue durée d'action, avec une demi-vie de ~ 68 heures (29 – niveau 4). Nous recommandons de débiter avec la prise d'une dose unique de 0,25 mg (niveau 5). Si la mère ne constate aucune baisse de sa production lactée au bout de 72 heures, répéter cette prise. Si une dose faible n'a aucun impact, augmenter la posologie à 0,5 mg 3 à 5 jours plus tard. Si la cabergoline n'est pas disponible, on peut utiliser la bromocriptine à la dose de 0,25 mg 1 fois par jour pendant 3 jours (31 – niveau 2).

Recommandations pour les futures recherches

Dans la mesure où nos connaissances sur les facteurs physiologiques associés au contrôle endocrine et autocrine de la lactation sont largement fondées sur des études sur les bovins ou sur d'autres animaux, il est nécessaire de mener des recherches afin de déterminer si les mêmes mécanismes régulent la production lactée chez les humains. Il est particulièrement nécessaire de mener des études sur la lactation humaine concernant les facteurs à l'origine de l'hyperlactation idiopathique et sur le développement d'une pathologie aussi dramatique que la gigantomastie. Des stratégies ciblées, telles que la régulation à la hausse de médiateurs locaux inhibiteurs, pourraient être identifiées grâce à des recherches translationnelles.

De plus, dans la mesure où les données sur la gestion de l'hyperlactation sont limitées, d'autres études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de diverses stratégies de gestion de l'hyperlactation. Des études prospectives permettraient d'obtenir des données de qualité élevée sur l'impact des thérapies spécifiques sur la production lactée. Les séries de cas de femmes traitées avec un traitement unique permettraient d'améliorer notre compréhension des variations naturelles dans l'amplitude des réponses ainsi que des effets secondaires. Des études de recherche clinique comparant diverses stratégies de traitement fourniraient des données sur leurs efficacités

comparées. De plus, des études observationnelles devraient être menées pour comparer l'impact de diverses posologies d'un unique traitement.

Bibliographie annotée : Pour plus d'informations sur la gestion de l'hyperlactation, merci de voir les données supplémentaires.

Déclaration de conflits d'intérêt : Il n'existe aucun conflit d'intérêt.

Informations sur le financement : Aucun financement n'a été perçu.

Matériel supplémentaire : Données supplémentaires

Références

1. OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Available at www.cebm.net/index.aspx?o=5653 (accessed May 15, 2019).
2. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016.
3. Stull MA, Pai V, Vomachka AJ, et al. Mammary gland homeostasis employs serotonergic regulation of epithelial tight junctions. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2007;104:16708–16713.
4. Collier RJ, Hernandez LL, Horseman ND. Serotonin as a homeostatic regulator of lactation. *Domest Anim Endocrinol* 2012;43:161–170.
5. Weaver SR, Hernandez LL. Autocrine-paracrine regulation of the mammary gland. *J Dairy Sci* 2016;99:842–853.
6. Brodribb W. ABM Clinical Protocol #9: Use of galactogogues in initiating or augmenting maternal milk production, second revision 2018. *Breastfeed Med* 2018;13:307–314. Version française : <https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1046-9-protocole-des-galactogenes-pour-linduction-ou-laugmentation-de-la-secretion-lactee>
7. Stuebe AM, Meltzer-Brody S, Pearson B, et al. Maternal neuroendocrine serum levels in exclusively breastfeeding mothers. *Breastfeed Med* 2015;10:197–202.
8. Saleem M, Martin H, Coates P. Prolactin biology and laboratory measurement: An update on physiology and current analytical issues. *Clin Biochem Rev* 2018;39:3–16.
9. Laws ER, Ezzat S, Asa SL, Rio LM, et al. *Pituitary Disorders, Diagnosis and Treatment*. West Sussex, UK: Wiley Blackwell, 2013, p. 236.
10. Berens P, Brodribb W. ABM Clinical Protocol #20: Engorgement, revised 2016. *Breastfeed Med* 2016;11:159–163. Version française : <https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1605-20-engorgement>
11. Cox DB, Owens RA, Hartmann PE. Blood and milk prolactin and the rate of milk synthesis in women. *Exp Physiol* 1996;81:1007–1020.
12. Foda MI, Kawashima T, Nakamura S, Kobayashi M, Oku T. Composition of milk obtained from unmassaged versus massaged breasts of lactating mothers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;38:484–487.
13. Mangel L, Ovental A, Batscha N, et al. Higher fat content in breastmilk expressed manually: A randomized trial. *Breastfeed Med* 2015;10:352–354.
14. Budzynska K, Gardner ZE, Dugoua JJ, Low Dog T, Gardiner P. Systematic review of breastfeeding and herbs. *Breastfeed Med* 2012;7:489–503.
15. Kabiri M, Kamalinejad M, Sohrabvand F, et al. Management of breast milk oversupply in traditional Persian medicine. *J Evid Based Complementary Altern Med* 2017;22:1044–1050.
16. Livingstone V. Too much of a good thing. Maternal and infant hyperlactation syndromes. *Can Fam Physician* 1996;42:89–99.
17. van Veldhuizen-Staas CG. Overabundant milk supply: An alternative way to intervene by full drainage and block feeding. *Int Breastfeed J* 2007;2:11.
18. Eglash A. Treatment of maternal hypergalactia. *Breastfeed Med* 2014;9:423–425.
19. Smillie CM, Campbell SH, Iwinski S. Hyperlactation: How left-brained 'Rules' for breastfeeding can wreak havoc with a natural process. *Newborn Infant Nurs Rev* 2005;5:49–58.
20. *Drugs and Lactation Database (LactMed)* [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US), 2006. Peppermint. [Updated 2019]. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501851 (accessed June 4, 2019).
21. *Drugs and Lactation Database (LactMed)* [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US), 2006. Sage. [Updated 2018]. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501816 (accessed June 4, 2019).
22. Shrivastav P, George K, Balasubramaniam N, et al. Suppression of puerperal lactation using jasmine flowers (*Jasminum sambac*). *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1988;28:68–71.

23. Dugoua JJ, Seely D, Perri D, et al. Safety and efficacy of chastetree (*Vitex agnus-castus*) during pregnancy and lactation. *Can J Clin Pharmacol* 2008;15:e74–e79.
24. Daniele C, Thompson Coon J, Pittler MH, et al. *Vitex agnus castus*: A systematic review of adverse events. *Drug Saf* 2005;28:319–332.
25. 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.
26. Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, et al. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:CD003988.
27. Berens P, Labbok M. ABM Clinical Protocol #13: Contraception during breastfeeding, revised 2015. *Breastfeed Med* 2015;10:3–12. Version française : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1050-13-contraception-pendant-lallaitement>
28. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: Executive Summary, 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2015.
29. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US), 2006. Cabergoline. [Updated 2018]. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501327 (accessed June 4, 2019).
30. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US), 2006. Bromocriptine. [Updated 2018]. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501306 (accessed June 4, 2019).
31. Peters F, Geisthovel F, Breckwoldt M. Serum prolactin levels in women with excessive milk production. Normalization by transitory prolactin inhibition. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1985;109:463–466.

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.

Helen M. Johnson, MD, auteur principal
 Anne Eglash, MD, FABM
 Katrina B. Mitchell, MD
 Kathy Leeper, MD, FABM
 Christina M. Smillie, MD, FABM
 Lindsay Moore-Ostby, MD
 Nadine Manson, MD, FABM
 Liliana Simon, MD, FABM

Membres du Comité des Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine :

Michal Young, MD, FABM, Chairperson
 Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson
 Melissa Bartick, MD, MSc, FABM
 Sarah Calhoun, MD
 Megan Elliott-Rudder, MD
 Lori Feldman-Winter, MD, MPH
 Laura Rachael Kair, MD, FABM
 Susan Lappin, MD
 Ilse Larson, MD
 Ruth A. Lawrence, MD, FABM
 Yvonne Lefort, MD, FABM
 Kathleen A. Marinelli, MD, FABM
 Nicole Marshall, MD, MCR
 Katrina Mitchell, MD, FABM
 Catherine Murak, MD
 Eliza Myers, MD
 Sarah Reece-Stremtan, MD
 Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd
 Susan Rothenberg, MD, IBCLC, FABM
 Tricia Schmidt, MD
 Tomoko Seo, MD, FABM
 Natasha Sriraman, MD
 Elizabeth K. Stehel, MD

Nancy Wight, MD

Adora Wonodi, MD

Correspondance : abm@bfmed.org