



© P. Cuijpers - Fotolia.com

# Lorsque les difficultés se cumulent

**Lors de la mise en place de l'allaitement, les difficultés potentielles sont nombreuses. Certaines se cumulent. Ici, le cas de Mme T, qui a souffert d'un engorgement et dont l'enfant avait un frein de langue trop court.**

## EXPOSÉ

Madame T. est une jeune femme d'origine ivoirienne qui, hors grossesse, pèse 40 kg et mesure 1,60 m. Elle accouche à terme par voie basse et sous péridurale de son premier enfant : une petite fille d'un poids de naissance de 2 945 g. L'enfant est mise en peau à peau et prend le sein seule dans l'heure qui suit sa naissance.

L'allaitement se met en place progressivement, avec des tétées à l'éveil. L'enfant atteint son poids le plus bas de 2 750 g à J2. La « montée de lait » ou deuxième phase de la lactogénèse (LII) est ressentie à J3 et elle est très marquée. La glande mammaire engorgée ne déborde pas la zone du sein chez cette jeune femme très menue, sans extension vers l'aisselle. Les seins sont extrêmement tendus. Le personnel propose une application de glace et une amie venue en visite apporte des feuilles de chou vert-blanc pour en faire des cataplasmes. Face aux seins engorgés, l'interne demande une échographie qui ne montre rien de particulier. La sortie est repoussée à J5 et l'enfant pèse alors 2 870 g.

## SOLUTIONS PROPOSÉES

Chez elle, la mère poursuit les cataplasmes de chou, mais ressent le contre-coup de l'énorme engorgement et sa production de lait baisse énormément. Lors d'une visite à domicile de la puéricultrice de PMI, elle confie que les tétées sont douloureuses, ce dont elle ne s'était jamais plainte. Il n'y a pas de crevasses franches. La petite fille perd du poids à la maison et descend à 2 720 g. L'examen de sa bouche montre un frein de langue qui n'arrive pas jusqu'à la pointe et ne donne pas une langue en forme de cœur ; c'est pourquoi personne ne s'en est réellement inquiété lors du séjour en maternité. Néanmoins, cette forme de frein, dite de type 2, peut expliquer les tétées douloureuses. Contact est pris avec la maternité qui accepte de couper le frein de langue de l'enfant, ce qui est fait à J14. Immédiatement la maman ressent une différence dans la succion de l'enfant et la douleur disparaît. L'enfant tète de mieux en mieux. En parallèle, un tire-lait est mis

en place dès J7 pour stimuler ponctuellement la lactation, mais le lait ne sera pas donné à l'enfant, pour éviter de le lui donner au biberon. Le lait sera versé dans le bain de la petite fille comme le faisait Cléopâtre pour adoucir sa peau !

Très motivée, la maman allaite aux moindres signes d'éveil et propose les deux seins systématiquement en accompagnant les tétées par des mesures de compression des seins. Comme elle l'a vu faire dans son pays d'origine, elle ne compte pas les tétées et n'a pas de notion « d'heure de repas ». Petit à petit, la lactation revient et l'enfant reprend son poids de naissance à J16.

## RÉSULTAT

A 4 mois, l'enfant est toujours exclusivement allaitée. Elle pèse 6 400 g et a plus que doublé son poids de naissance. Avec du recul, il aurait fallu couper le frein de langue dès J1 et drainer les seins avec un tire-lait dès J3, puisque l'enfant ne les vidait pas suffisamment et qu'il n'y avait pas d'œdème prononcé des seins. Les tétées données sans compter à la maison, comme la maman l'avait vu faire en Côte d'Ivoire, ont sauvé son allaitement.

## COMMENTAIRES

Après la naissance, la prolactine va être sécrétée à chaque tétée ou à chaque séance de tire-lait et la production de lait augmente régulièrement. Les mères ressentent une plénitude mammaire appelée « montée de lait », expression populaire qui peut laisser penser qu'avant il n'y avait pas de lait et que l'enfant n'a pas été assez nourri, alors qu'il a reçu le colostrum. C'est la lactogénèse II, qui correspond à une augmentation physiologique du volume de lait, de la circulation sanguine et lymphatique. Ces manifestations sont physiologiques. La plupart des mères la décèlent entre 50 et 72 heures après la naissance, avec des variations allant d'une heure à 148 heures post-partum. Le taux de prolactine induit un climat hormonal favorable à l'établissement d'une lactation abondante, mais il ne fait pas tout. Le moment de la première tétée et leur fréquence, jour et nuit les



premiers jours, sont corrélés positivement avec la quantité de lait produite au cinquième jour. Il faut aussi s'assurer que la prise du sein soit adéquate et que l'enfant arrive à prélever une quantité de lait optimale.

Entre le deuxième et le sixième jour, les seins de la mère deviennent donc plus tendus, plus gros, plus lourds.

Si l'enfant ne tète pas efficacement ou pas assez fréquemment, une stase du lait, un ralentissement de la circulation sanguine ou l'installation d'un œdème interstitiel peuvent survenir. Cela est inconfortable et douloureux, les seins sont durs et l'écoulement du lait est gênant. La mère peut présenter alors un petit fébricule à 38 °C. L'engorgement devient pathologique et peut concerner l'aréole, le sein ou les deux zones, avec un risque de complications :

- tétées difficiles, problème de prise de poids insuffisante ;
- blessures des mamelons quand l'enfant a des difficultés à saisir le sein et à téter efficacement ;
- mastite par mauvais drainage des seins ;
- baisse drastique de la production lactée en réaction à l'extrême tension des seins, par destruction cellulaire.

La première prévention d'un engorgement consiste à proposer des tétées fréquentes – aussi souvent et longtemps que le bébé le souhaite – et efficaces, c'est-à-dire avec transfert de lait, aux deux seins, en bonne position. Proposer le sein environ toutes les deux heures, en laissant le bébé sur le premier sein aussi longtemps qu'il le désire avant qu'il aille au second. Faire du peau à peau permet de repérer les petits signes de faim même si le bébé est somnolent.

Pour traiter un engorgement installé, on associera aussi :

- L'application de glace entre les tétées, pendant une vingtaine de minutes, pour réduire l'inflammation et la douleur (glace pilée, coussinet d'allaitement mouillé, congelé et protégé par un sac plastique ou un gant à usage unique, pack de gel), en protégeant la peau des seins par un tissu. Prendre en compte le contexte culturel, car le froid est « interdit » en post-partum dans les cultures asiatiques.
- Les cataplasmes de feuilles de chou blanc-vert cru appliqués directement sur le sein, mais pas sur le mamelon, pendant une période de 20 min environ, jusqu'au flétrissement. Rincer les feuilles réfrigérées ou à température ambiante. Couper la grosse nervure et écraser la feuille avec un rouleau à pâtisserie ou une bouteille. Poser sur les seins dans le soutien-gorge.
- Des tétées fréquentes, au moins toutes les deux heures, aussi longtemps que le bébé le désire. Le laisser téter aussi longtemps qu'il veut sur le premier sein avant qu'il aille au second. Réveiller le bébé s'il dort trop longtemps.
- Si l'enfant n'assouplit pas les deux seins, la mère pourra faire

de l'expression manuelle ou utiliser ponctuellement un tire-lait moderne, avec une dépression modérée de façon à se sentir confortable. Rassurer la mère en lui expliquant que drainer les seins permet de guérir plus vite l'engorgement en rétablissant une bonne circulation sanguine et lymphatique. Attention à ne pas aggraver un œdème interstitiel.

- La contre-pression aréolaire avant les tétées ou les séances de tire-lait pour assouplir l'aréole et permettre au bébé de prendre le mamelon et l'aréole en bouche [1].
- Aider la mère à se détendre et à stimuler l'écoulement du lait en lui proposant :
  - d'appliquer de la chaleur humide (douche d'eau chaude sur les seins, gant de toilette mouillé chaud) pendant 1 ou 2 minutes et pas plus pour ne pas aggraver l'œdème juste avant la tétée ;
  - de masser doucement, effleurer les seins des côtes vers les mamelons pour stimuler l'écoulement du lait.
- La prise d'anti-inflammatoires.

Si l'aréole est trop tendue pour permettre la prise du sein par le bébé, on peut proposer :

- l'assouplissement de l'aréole par la contre-pression [1] ;
- la position semi-allongée sur le dos pour que la gravité aide l'œdème des seins à descendre dans le corps, avec le bébé tétant à plat ventre sur sa mère dans la position dite de « Biological Nurturing » proposée par Suzanne Colson (voir *Profession Sage-Femme* n° 181 – Décembre 2011/Janvier 2012) ;
- exprimer du lait pour assouplir l'aréole ;
- l'application de coquilles recueil-lait 30 minutes avant l'heure supposée de la tétée dans un soutien-gorge bien ample ;
- l'utilisation ponctuelle d'un bout de sein en silicone, avec un plan de sevrage dès que l'engorgement va mieux.

Des traitements autrefois conseillés n'ont pas montré leur efficacité et ne doivent plus être proposés : restriction hydrique, bandage serré des seins.

**Marie Courdent**, puéricultrice de PMI dans le Nord, formatrice Am-f, consultante en lactation certifiée IBCLC, DIU Lactation humaine Allaitement maternel.

*Elle ne déclare pas de conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou alimentaire.*

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] [www.lilfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-69-Lassouplissement-par-contre-pression.html](http://www.lilfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-69-Lassouplissement-par-contre-pression.html)
- [2] Beaudry M., Chiasson S., Lauzière J. Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste. Presses de l'université du Québec, 2006.
- [3] Nancy Mohrbacher. Breastfeeding Answers made simple : a guide for helping mothers. Hale publishing, 2010.
- [4] Mazurier E., Christol M., Picaud J-C. Allaitement maternel. Précis de pratique clinique. Sauramps médical, 2010.

