

Université d'Angers

Unité de formation et de recherche de médecine

Ecole de sages-femmes d'Angers René ROUCHY

DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME

Evaluation de la montée de lait chez les femmes non allaitantes qui n'ont pas reçu de traitement inhibiteur de la lactation

Etude prospective réalisée pendant 3 mois au CHU d'Angers

DURAND Pauline

Avril 2014

Sous la direction de : Dr Marie-Bénédicte MERCIER



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné(e) Pauline DURAND, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

*Je tiens tout d'abord à remercier Marie-Bénédicte MERCIER,
Médecin hospitalier, pour son aide et sa disponibilité*

*Merci également à Pauline Jeanneteau,
de m'avoir guidée au cours de l'étude.*

*Je remercie également ma famille, Camille,
Andréa, Mathilde et Flore pour leur soutien.*

*Merci à Camélia, Noémie, Sarah, Marion et Dina
Pour tous ces bons moments partagés au cours de ces années.*

Sommaire

Abréviation **6**

Introduction **7**

Généralités

1. Epidémiologie de l'allaitement.....	9
2. Physiologie de l'allaitement	10
2.1 Développement de la glande mammaire au cours de la vie	10
2.2 Différentes phases de la lactogenèse	11
3. Traitements inhibiteurs de la lactation	13
3.1 La bromocriptine	13
3.2 La dihydroergocryptine	14
3.3 La Cabergoline	14
3.4 Le Lisuride	15
4. Histoire des pratiques des prescriptions des inhibiteurs de la lactation.....	15
5. Méthodes non médicamenteuses	16
5.1 L'homéopathie.....	16
5.2 Acupuncture	17
5.3 Phytothérapie.....	17
5.4 Autres moyens locaux	17

Matériel et méthode

1. Matériel	19
1.1 Type d'étude.....	19
1.2 Site de l'étude.....	19
1.3 Durée de l'étude	19
1.4 La population étudiée	19
2. Méthode.....	20
2.1 Recueil de données.....	20
2.2 Variables recueillies	21
2.3 Analyse statistique.....	21

Résultats

1. Effectif et caractéristiques de la population étudiée	22
1.1 Diagramme d'inclusion	22
1.2 Description des caractéristiques générales de la population	23

1.3 Description des caractéristiques obstétricales de la population.....	24
1.4 Les raisons de l'allaitement artificiel	24
1.5 Tétée d'accueil	25
2. Signes cliniques et prise en charge de l'inhibition de la lactation entre J0 et J3	25
2.1 Signes cliniques à J3.....	25
2.2 Intensité des différents symptômes entre J0 et J3.....	26
2.3 Prise en charge de la congestion à J3	27
3. Evaluation et prise en charge de la congestion mammaire au rappel à J15 et J21	30
3.1 Signes cliniques à J15.....	30
3.2 Intensité des différents symptômes entre J4 et J15/J21	30
3.3 Les différentes prises en charge de la congestion mammaire entre J4 et J15/J21	33
3.4 Prévalence des symptômes entre J0 et J21	35
4. Succès de l'inhibition de la lactation.....	35
4.1 A J3	36
4.2 A J15	37
5. Satisfaction des patientes concernant de la prise en charge de l'inhibition de la lactation	37
6. Comparaisons des différents succès de l'inhibition avec les variables de la population.....	39
6.1 Comparaison à J3	39
6.2 Comparaison à J15	41
7. Comparaison de la satisfaction	42

Discussion

1. Les limites de l'étude	44
1.1 Echantillon.....	44
1.2 Méthode.....	44
1.3 Recueil de données.....	45
2. Rappel des résultats	45
2.1 Caractéristiques de la population de l'échantillon.....	45
2.2 Succès de l'inhibition	46
2.3 Inhibition grâce au port du soutien-gorge	47
2.4 Homéopathie	48
2.5 Satisfaction	48
2.5 Fin de la montée de lait	49
4. Ce que l'on peut proposer	50

4.1 Informations	50
4.2 Pratiques	50
Conclusion.....	51
Bibliographie	52
Annexes.....	54

ABREVIATIONS

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ATCD : Antécédents

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Contre-indication

CNGOF : Collège National des Gynécologues – Obstétriciens Français

e.t : écart type

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

m : moyenne

MFIU : Mort foetale in utero

n : nombre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA+J : Semaines d'aménorrhée + Jours

VIH : Virus de l'Immuno-déficience Humaine

INTRODUCTION

Le nombre d'allaitement artificiel est relativement important depuis de nombreuses années en France. L'inhibition de la lactation a connu de nombreuses évolutions depuis le début l'apparition du lait artificiel.

Dans les années 1930 les femmes comptaient sur des méthodes telles que les plantes, les restrictions hydriques ou d'autres moyens mécaniques. Puis sont apparus sur le marché pharmaceutique les traitements inhibiteurs de la lactation, plus efficaces que les méthodes utilisées autrefois. Cependant, après quelques années d'utilisation massive des traitements, de nombreux effets indésirables graves ont été recensés, ce qui a remis en cause le lien bénéfice risque de ces médicaments.

Rappelons que la montée de lait, même non désirée dans le cas de l'allaitement artificiel, reste un phénomène physiologique et son inhibition ne doit en aucun cas devenir dangereuse. C'est donc pour cela que récemment les recommandations nationales ont été revues et l'absence thérapeutique dans l'inhibition de la montée de lait est d'actualité. Ces nouvelles prises en charge sont le point de départ de notre travail.

En effet l'objectif de cette étude était de décrire l'intensité et la survenue des différents symptômes au cours de la lactation en cas d'absence de prise en charge médicamenteuse. Cette étude a également permis d'évaluer la satisfaction des patientes concernant ces nouvelles prises en charge.

Après quelques rappels sur la physiologie et l'inhibition de la lactation, nous expliquerons le déroulement de l'étude ainsi que ses résultats. Nous comparerons nos résultats aux différentes études afin de proposer des améliorations.

Généralités

1. Epidémiologie de l'allaitement

Alors que l'OMS recommande (1), depuis mai 2001 un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois l'allaitement reste un choix personnel. Actuellement il y a environ 56% d'allaitement maternel en France, soit 44% d'allaitement artificiel (2). D'après les derniers chiffres (3), dans la région des Pays de Loire il y a 45% d'allaitement artificiel, ce qui correspond globalement au reste de la France. Ce n'est pourtant pas le cas partout en France, on remarque une inégalité du taux d'allaitement maternel entre les régions, avec 68% d'allaitement à Paris contre 49% dans le Nord par exemple (4).

Cependant la France reste très mauvaise en termes d'allaitement maternel par rapport aux autres pays d'Europe tels que le Danemark, la Suède, la Hongrie et la Suisse qui atteignent facilement en moyenne 90% d'allaitement maternel.

Bien que le choix soit personnel on observe que, grâce à plusieurs études, des facteurs sociaux économiques influencent le type d'allaitement choisi (6). Les patientes de plus de 35 ans choisissent d'avantage l'allaitement maternel, tandis que les patientes âgées de moins de 25 ans s'orientent de préférence vers l'allaitement artificiel. L'origine géographique joue également un rôle dans le choix de l'allaitement, les femmes d'origine africaine par exemple allaitent dans plus de 85% des cas. Chez les fumeuses 74% des allaitements sont artificiels. L'importance du nombre de diplômes est significative car pour 70% des cadres supérieurs l'allaitement maternel sera une évidence, contre 45% chez les femmes ayant un BEP. D'autres critères tels que le mode d'accouchement, les congés maternités ou même leur propre mode d'allaitement sont des facteurs du choix de l'allaitement.

Chacune des jeunes mamans trouve dans son allaitement des avantages et des inconvénients. La liste des raisons énoncées par les femmes en faveur de l'allaitement artificiel (5) :

- Pour être plus disponible.
- Faire participer l'entourage à la croissance du bébé.
- Pour pouvoir continuer à fumer.
- Reprendre une contraception de leur choix.

Ces patientes redoutent les principaux inconvénients qui surviennent lors de l'allaitement maternel : la fatigue, les atteintes mammaires, les horaires des tétées à la demande... Qu'il s'agisse d'un allaitement maternel ou artificiel, il y a rarement de regret du choix du mode d'allaitement de la part des patientes.

Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, le choix du mode d'allaitement est un choix qui est libre et personnel. Il y a malheureusement certaines situations qui empêchent la patiente de donner le sein. Rares sont ces contre indications à l'allaitement maternel (7) :

- Infection par le VIH
- Traitement maternel indispensable pour la mère avec un passage important dans le lait et nocif pour l'enfant, malgré de faibles posologies
- La galactosémie chez le nouveau né

2. Physiologie de l'allaitement

2.1 Développement de la glande mammaire au cours de la vie

Les premières ébauches de la glande mammaire apparaissent chez le fœtus en dehors de toute influence hormonale (8). Les glandes mammaires sont visibles très tôt chez l'embryon, à partir de la quatrième semaine de gestation. Dans un premier temps elles forment un épaississement longitudinal, la crête mammaire, puis deux bourgeons symétriques apparaissent le long de cette ligne, les bourgeons mammaires primitifs. Vers la sixième semaine la crête mammaire disparaît et seuls les bourgeons pectoraux persistent, c'est la fin de la phase embryonnaire. Au début du troisième mois débute donc la phase fœtale, marquée par l'augmentation de volume des glandes mammaires, qui s'invaginent dans le tissu conjonctif. Entre le quatrième et sixième mois se forment les différentes structures anatomiques : les canaux galactophores, les lobules et les acini. C'est au huitième mois qu'on observe la structure définitive du sein, les mamelons se forment et les acinis se creusent (9).

De la naissance à la puberté, les glandes mammaires rudimentaires sont au repos. C'est suite à la variation du taux d'hormones, que la glande mammaire prolifère, le tissu adipeux augmente de volume, le mamelon et la l'aréole se pigmentent. Lors de l'adolescence, l'influence de l'œstradiol et la progestérone permettent d'aboutir à une glande mammaire mature. Les acinis sont entourés de tissu conjonctif, cela forme les lobules, ces derniers sont drainés par les canaux galactophores intra-lobulaires. Plusieurs lobules forment un lobe, il y en a une vingtaine par glande mammaire, ce qui correspond aux orifices du mamelon.

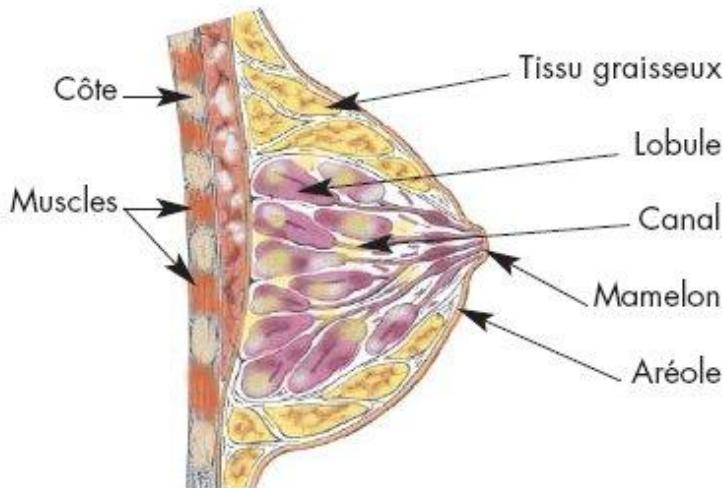


Schéma de la structure du sein à l'âge adulte(10)

La grossesse permet à la glande mammaire d'atteindre son plein développement avec la mise en place du tissu sécrétoire proprement dit. Le sein augmente de volume et on peut voir se dessiner un réseau veineux en sous-cutané. Les canaux galactophores s'allongent et se ramifient pendant la première partie de la grossesse, il s'agit de la mammogénèse. Ce n'est que pendant les trois derniers mois de grossesse que la différenciation, structurale et fonctionnelle, de la cellule épithéliale permet d'obtenir la libération des éléments constitutifs du lait dans la lumière alvéolaire. C'est la lactogenèse.

2.2 Différentes phases de la lactogenèse

La lactogenèse débute donc à la fin de la grossesse et continue plus ou moins longtemps dans le post-partum s'il y a allaitement ou non. Elle est séparée en deux étapes, la lactogénèse de stade 1 ou phase colostrale et la lactogenèse de stade II ou phase lactée (11).

Lors de la fin de la grossesse, la sécrétion de lait est inhibée grâce à la double inhibition de la prolactine, au niveau hypophysaire et au niveau mammaire par la progestérone. La progestérone agit également au niveau des jonctions intercellulaires en les rendant très perméables afin que le colostrum s'enrichisse en éléments provenant du sang maternel. Après la naissance, et suite à la chute de la progestérone, une petite quantité de colostrum est secrétée, les jonctions intercellulaires se ferment et la phase lactée peut débuter. L'aspect du lait maternel va changer et le volume va proportionnellement augmenter par rapport à la stimulation lors de l'allaitement.

Mécanismes de contrôle

Deux axes interviennent dans la régulation et le contrôle de la lactation : l'axe endocrine, avec la prolactine et l'ocytocine, et l'axe autocrine. (9)

La prolactine, qui est fabriquée par les cellules de l'antéhypophyse, va permettre la fabrication des principaux constituants du lait maternel. C'est la stimulation mécanique de la région aréolo-mammellaire qui provoque sa sécrétion. L'hypothalamus secrète une neuro-hormone responsable de l'inhibition de la sécrétion de la prolactine, la dopamine. A l'inverse, la sérotonine et la TRH sont deux hormones stimulant la sécrétion de prolactine.

L'ocytocine a principalement un rôle dans l'éjection du lait. Synthétisée dans l'hypothalamus, elle est stockée dans la post hypophyse. Sa libération est sous l'influence de la stimulation du complexe aréolo-mammellaire, tout comme la prolactine. Dans la régulation de la sécrétion de l'ocytocine intervient également l'état émotionnel de la maman, comme par exemple un état de stress entraînera une chute voire une disparition de l'ocytocine dans le sang maternel.

Les complications de la montée de lait

Lors d'un allaitement artificiel, la stimulation de l'aréole et du mamelon, n'est pas effectué et on peut donc observer un engorgement mammaire ou d'autres complications au niveau de la poitrine qui arrivent plus rarement. Il ne faut cependant pas confondre avec la congestion mammaire physiologique qui se produit 2 ou 3 jours après l'accouchement.

L'engorgement mammaire se produit quand les seins sont trop remplis, ils deviennent durs, rouges et douloureux. Il dure environ 48 heures. La principale thérapeutique est donc de faire sortir le lait du sein afin de soulager les douleurs. Pour cela il est possible de prendre des douches chaudes afin de faire couler le lait passivement, ou bien appliquer un traitement local tel que « Osmogel », un pansement antiphlogistique.

La mastite, est une pathologie inflammatoire du sein, qui survient entre cinq à dix jours après l'accouchement. Elle est principalement due à une stase laiteuse, causée par une mauvaise évacuation du lait (12). On l'appelle aussi lymphagite. Le sein devient rouge et très douloureux, en général un seul sein est atteint. Une fièvre peut en être associée.

La galactophorite est une infection qui fait suite à une lymphangite mal traitée. Elle s'installe progressivement, est accompagnée d'une fièvre et l'ensemble du sein infecté est tendu. L'infection se développe dans le lait qui n'est pas évacué, on l'appelle aussi mastite infectieuse. Il est donc important de bien la traiter par des antibiotiques adaptés, et en cas d'allaitement maternel il faut tirer puis jeter son lait le temps de l'infection. Une

galactophorite mal traitée peut aboutir à un abcès du sein, plus grave mais très rare de nos jours. (13)

3. Traitements inhibiteurs de la lactation

Les complications décrites au-dessus arrivent pour la plupart du temps lors des allaitements maternels, suite à une production importante de lait. Chez les femmes non allaitantes, comme il n'y a pas de stimulation aréolo-mammellaire et donc pas de vidange du sein, pour éviter une stase laiteuse, il existe différents médicaments qui permettent l'inhibition de la lactation. Nous allons voir que ces médicaments, longtemps utilisés de façon systématique, sont certes efficaces mais exposent à de nombreux effets indésirables graves. Depuis quelques années, ces effets indésirables ont été recensés en France, et les recommandations depuis juillet 2013 ont nettement changé.(14)

3.1 La bromocriptine (15)

Elle est commercialisée sous le nom de Parlodel® et de Bromokin®, des dérivés de l'ergot de seigle. Vendus par boîte de trente comprimés de 2,5 mg chacun, la posologie est la suivante : un demi-comprimé le premier jour, un comprimé le deuxième jour, puis 2 comprimés par jour pendant les 14 jours suivants.

La bromocriptine est un agoniste dopaminergique. Elle freine la sécrétion de prolactine au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Elle agit sur les cellules lactophores de l'antéhypophyse, en inhibant la synthèse de prolactine, ainsi que sur les neurones dopaminergiques de l'hypothalamus en favorisant la sécrétion de dopamine. De plus la bromocriptine a également un rôle d'antagoniste de la sérotonine. Elle possède L'AMM pour l'inhibition de la lactation

Pour suivre ce traitement, il ne faut pas présenter une de ces nombreuses contre-indications :

- Hypersensibilité à la bromocriptine ou à d'autres dérivés de l'ergot de seigle.
- Hypertension du post-partum
- Toxémie gravidique
- Insuffisance coronaire et autres troubles cardiovasculaires
- Patients ayant des troubles psychiques sévères et/ou des antécédents psychiatriques.
- Pas d'association possible avec les neuroleptiques

Malgré le fait qu'il possède l'AMM, que la liste des contre-indications soit exhaustive, quelques effets indésirables peuvent survenir plus ou moins rarement. On observe :

- Fréquent : céphalées, sensation vertigineuse, assoupissement, congestion nasale, nausée, constipation, vomissements.
- Rare : Troubles psychotiques, douleurs abdominales, fibroses rétropéritonéales, épanchement pleural, péricardite constrictive.

3.2 La dihydroergocryptine (15)

La Dihydroergocryptine est un vasodilatateur périphérique, associée à la caféine elle accroît la circulation sanguine dans les capillaires. Elle ne possède pas l'AMM dans l'inhibition de la lactation mais possède tout de même la capacité d'inhiber la libération de prolactine.

Vasobral®, la forme commerciale de la dihydroergocryptine, existe dans deux formes pharmaceutiques : en solution buvable ou bien en comprimés sécables.

Les comprimés sécables sont vendus par boîte de 30 ou de 60 comprimés et chacun est composé de 4mg de dihydroergocryptine A mésilate, associée à 40mg de caféine. Afin d'inhiber la lactation il est nécessaire de prendre ½ à 1 comprimé deux fois par jour, pendant 14 jours. Le Vasobral® en solution buvable est présenté en flacon de 50ml avec une mesurette de 2ml qui correspond à 40 gouttes soit 2mg de dihydroergocryptine et 20mg de caféine. La posologie est la suivante : 1 à 2 mesurettes deux fois par jours, pendant 14 jours.

Ce traitement est habituellement prescrit lorsque la bromocriptine est contre-indiquée chez les patientes. Il présente en effet nettement moins de contre-indications qui sont : l'hypersensibilité à l'un des constituants, les interactions médicamenteuses et valvulopathies cardiaques. Les effets indésirables sont principalement les nausées, surtout lors des prises du traitement à jeun. De plus la solution buvable, à cause de ses composants tels que le glycérol, peut engendrer des céphalées, des troubles digestifs et des diarrhées.

3.3 La Cabergoline (15)

La cabergoline est un agoniste dopaminergique, comme la bromocriptine. Cependant la cabergoline ne détient pas l'AMM dans l'inhibition de la lactation en post-partum. C'est un dérivé de l'ergot de seigle, qui a une puissante capacité d'inhibition de la prolactine. La cabergoline agit directement sur les récepteurs dopaminergiques D2 des cellules lactotropes de l'hypophyse et inhibe donc la sécrétion de prolactine.

La cabergoline est commercialisée sous le nom de Dostinex® et est vendue par boîte de 8 comprimés de 0,5mg chacun. Son schéma thérapeutique est relativement simple : deux comprimés à prendre en une prise unique dans les 24 heures suivant l'accouchement.

Les contre-indications sont nombreuses :

- Hypersensibilité connue à la cabergoline ou à un des ses composants
- Valvulopathie cardiaque, fibroses, épanchement pleural
- Antécédents psychiatriques
- En association avec des neuroleptiques, des phénylpropanolamines, des macrolides, des dérivés de l'ergot de seigle et des sympathomimétiques.

Ses effets indésirables sont communs à tous les agonistes dopaminergiques, et sont donc comparables à ceux de la bromocriptine.

3.4 Le Lisuride (15)

IL s'agit d'un agoniste dopaminergique, comme la bromocriptine et la cabergoline. C'est le second inhibiteur de la lactation, avec la bromocriptine, à avoir l'AMM. L'Arolac ®, son nom commercial, se présente sous forme de comprimés de 0,2mg, au nombre de vingt par boîte. Il faut prendre deux comprimés par jour pendant 14 jours afin de couper efficacement la montée de lait.

Tout comme les autres inhibiteurs, l'administration du lisuride fait face à plusieurs contre-indications.

- L'allergie aux dérivés de l'ergot seigle,
- l'hypertension survenue pendant la grossesse
- la toxémie gravidique
- l'insuffisance coronarienne
- Antécédents psychiatriques
- l'association avec les neuroleptiques

L'Arolac® est un agoniste dopaminergique, ses effets indésirables seront donc les mêmes que ceux de la bromocriptine listés plus haut.

4. Histoire des pratiques des prescriptions des inhibiteurs de la lactation

Depuis Juillet 2013 l'ANSM a publié un compte-rendu, conjointement avec le CGNOF et le CNSF, par rapport à l'utilisation de la bromocriptine et de la cabergoline(16). En effet, ce communiqué a, depuis l'été 2013, invité les soignants des différentes maternités de France à changer leur habitudes de prescription. Pour essayer de comprendre pourquoi récemment des études ont été menées sur les effets indésirables de la bromocriptine, revenons sur l'histoire de l'utilisation de cette molécule.

L'utilisation de la bromocriptine en France est apparue en 1978, et en 1972 dans de nombreux autres pays (17) Très vite beaucoup utilisée, des effets indésirables graves vont être recensés aux états unis de 1983 à 1988 : des accidents vasculaires cérébraux et neurologiques et 13 décès. C'est donc 5 ans plus tard que la FDA va officiellement annoncer le retrait de la mention « inhibiteur de la lactation » à la bromocriptine. Il en est de même en 1995 pour la Corée du sud et le Canada. Pour la France, c'est en 1993 que la bromocriptine obtient l'AMM pour l'inhibition de la lactation, malgré une étude dévoilée en 1994 qui indique 24 accidents iatrogènes en quatre ans. Seule la posologie sera légèrement diminuée pour essayer d'éviter les effets indésirables graves.

Grâce à son efficacité (18) pour couper la montée de lait et la satisfaction des patientes, la bromocriptine est en 2010 la prescription de l'inhibition de la lactation de première intention chez 89% des prescripteurs. La cabergoline est prescrite dans 3% des cas en première intention et 24% des cas en seconde intention (19) ;

En 2012 une nouvelle enquête a donc été menée, pour vérifier la persistance des effets indésirables graves observés dans le passé. C'est donc en juillet 2013 que les résultats publiés assurent que le rapport bénéfice/risque suite à la prise de bromocriptine n'est plus favorable pour l'inhibition de la lactation. L'ANSM annonce clairement que la prise d'un traitement pour traiter l'inconfort de la montée de lait n'est pas recommandée. Pour les situations où un traitement est fortement souhaité, le compte-rendu recommande donc le lisuride et la cabergoline, tous les deux agonistes comme la bromocriptine mais avec moins d'effets indésirables recensés.

Au CHU d'Angers, jusqu'en Août 2012, la bromocriptine est prescrite systématiquement et en première intention, en cas de contre-indications, le dihydroergocryptine est prescrit en seconde intention. Lors des MFIU ou des IMG c'est la cabergoline qui est délivrée, il s'agit donc exactement selon les recommandations du CNGOF parues en 2012. Suite aux effets indésirables graves survenus à la fin de l'été 2012 la bromocriptine est supprimée du service des suites de couches et la dihydroergocryptine est arrêtée peu de temps après suite à un arrêt de commercialisation du produit pour instabilité de la solution. Après quelques modifications des protocoles et jusqu'à la parution des nouvelles recommandations de juillet 2013, la cabergoline est donnée en première intention suivant la liste des contre-indications établies par la pharmacie du CHU d'Angers. Ainsi, les patientes répondant à une contre-indication ont recours à des méthodes non médicamenteuses que nous détaillerons plus tard.

Aujourd'hui, aucun traitement inhibiteur, comme ceux décrits précédemment, n'est proposé en systématique chez les patientes ne souhaitant pas allaiter. Même si ces dernières ne présentent aucune contre-indication à ces traitements, il est recommandé d'avoir recours à des pratiques autre que médicamenteuses et de prescrire des antalgiques suivant la clinique et la douleur de la patiente.

5. Méthodes non médicamenteuses

Les dernières recommandations du CGNOF et de l'ANSM recommandent l'abstention d'une thérapeutique médicamenteuse pour inhiber la montée de lait chez la femme en post-partum (16) (20). Il faut donc maintenant leur proposer une alternative différente telle que : l'homéopathie, l'acupuncture et autres méthodes simples.

5.1 L'homéopathie

L'homéopathie est l'une des premières alternatives qui est proposée actuellement dans les différentes maternités et notamment au CHU d'Angers. De nombreuses possibilités de prescription sont possibles en fonction des signes locaux, de la douleur et du moment de la prise par exemple. La dilution utilisée peut avoir différents effets si elle est importante ou non, elle est exprimée en CH (Centésimale Hahnemannienne).

Les plus utilisés sont Apis mellifica, Bryonia, ricinusn, pulstatillia et lac caninum pour soulager les femmes non allaitantes dans le post-partum. Il existe différentes formes de prises de traitement homéopathique : sirop, crème, granules, suppositoires. Lorsqu'il s'agit de granules il est recommandé de les prendre à distance des repas et de les laisser lentement fondre sous la langue.

Peu d'études ont été faites à ce jour pour évaluer l'homéopathie dans l'inhibition de la lactation. Celles effectuées sur des petits effectifs montrent que les douleurs sont nettement moins importantes à deux jours de l'accouchement avec un traitement homéopathique plutôt qu'avec un placebo (21).

L'homéopathie permet une approche thérapeutique non toxique. De nos jours cet avantage est largement apprécié des patientes (22). L'homéopathie n'agit pas sur la cause de la montée de lait, mais soulage davantage les douleurs que les placebos.

5.2 Acupuncture

L'acupuncture est une pratique chinoise ancestrale, qui remonte à environ cinq siècles avant JC. Elle repose sur l'idée de la circulation d'un flux dans le corps humain. Cette technique assez peu utilisée encore en France, doit être proposée à des patientes qui adhèrent à cette technique. Elle consiste à piquer des aiguilles sur des méridiens, points particuliers du corps humain correspondant à certains organes.

Actuellement, très peu d'études permettent d'évaluer l'efficacité de l'acupuncture dans la diminution de la douleur dans le post-partum (23) Une étude est actuellement menée au CHU d'Angers en suite de couche, pour évaluer l'efficacité de l'acupuncture pour l'inhibition de la lactation.

5.3 Phytothérapie

La phytothérapie correspond à ce que l'on appelle couramment « les méthodes de grands-mères ». Certaines plantes auraient la propriété d'inhiber la lactation, qu'elles soient bues en tisane ou bien appliquées directement sur la peau des seins.(24) Le persil, le chou, les fleurs de jasmin, la menthe, la sauge et le cerfeuil peuvent prévenir ou soulager des douleurs lorsque la patiente est encore hospitalisée en suites de couches. Cependant cette pratique, peu scientifique et difficilement quantifiable, reste floue quant à son efficacité.

5.4 Autres moyens locaux

L'application de froid sur les seins est une alternative facilement praticable et permet de soulager rapidement la douleur tout le temps de l'application. La douche chaude au niveau de la poitrine permet également, lors de congestion mammaire, de faire couler le lait qui est en surplus sans stimuler ce qui permet de vider un peu le sein et de soulager la douleur. Il y a quelques années, chez les femmes qui n'allaitaient pas, un bandage compressif était proposé mais cette méthode se révèle être inconfortable et douloureuse (24).

L’alternative au bandage compressif de la poitrine est le port régulier et précoce de soutien-gorge dès le post-partum immédiat. En effet, suite aux recommandations de CNGOF, vues précédemment, il a fallu proposer une méthode simple et probablement efficace. Le port du soutien-gorge 24/24h permet de limiter la rétention d’eau dans la poitrine et donc la lactogenèse.

MATERIEL ET METHODES

Le but de notre étude, menée au sein du CHU d'Angers, était principalement d'évaluer l'intensité des signes cliniques provoqués par la survenue d'une montée de lait, chez les patientes ne désirant pas allaiter. De plus, grâce à cette étude on aura pu évaluer la satisfaction de ces patientes sur la nouvelle prise en charge de l'inhibition de la lactation. Pour guider notre étude nous avons supposé et cherché à confirmer les hypothèses suivantes :

Hypothèses :

- Le port du soutien-gorge nuit et jour diminue le risque de congestion mammaire.
- L'homéopathie pour l'inhibition de la lactation est une alternative efficace.
- Malgré l'absence de traitement inhibiteur les patientes tolèrent bien une montée de lait.
- Il n'y a pas plus de cas de complications (abcès, mastites...) avec ou sans traitement inhibiteur de la lactation.

1. Matériel

1.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective et mono centrique.

1.2 Site de l'étude

Elle a exclusivement été réalisée au CHU d'Angers, maternité de niveau III. En 2013, cette maternité a comptabilisé 4059 accouchements.

1.3 Durée de l'étude

Cette étude s'est déroulée sur une période de 3 mois, du 7 Octobre 2014 au 7 janvier 2014.

1.4 La population étudiée

Les patientes ayant accouché au CHU d'Angers entre le lundi 7 Octobre 2013 et le mardi 7 Janvier 2014, qui ne désiraient pas allaiter au sein, pour différentes raisons, ont été incluses dans cette étude. Cette étude a été proposée à toutes ces patientes ne présentant pas de critères d'exclusion.

Les critères d'exclusions ont été :

- Prise d'un inhibiteur de la lactation autre que l'homéopathie. (Dostinex®)

- Un début d'allaitement maternel.
- Les Morts foetales in utero, les interruptions médicales de grossesses.
- Mauvaise compréhension du français.
- Les patientes mineures.

2. Méthode

2.1 Recueil de données

Le recueil de données s'est déroulé en trois temps.

Le premier temps s'est déroulé en suites de couches avec la proposition de la participation à l'étude. En effet, à J2 ou J3 lors de leur hospitalisation, on proposait aux patientes, qui répondaient aux critères d'inclusion de participer à l'étude, tout en leur expliquant le but et le déroulement de l'étude. Les patientes pouvaient alors accepter ou refuser de rentrer dans l'étude.

Dans ce même temps, après l'accord de participation à l'étude de la patiente, il fallait :

- Faire signer à la patiente un formulaire de consentement de participation à l'étude.
- Poser les questions du questionnaire de J3 (cf annexe).
- Prendre la mesure du tour de poitrine et leur poids.
- Remise du calendrier allant de J0 à J21 (cf annexe) pour qu'elles puissent pendant les trois semaines suivantes décrire quotidiennement leurs symptômes : écoulement de lait, douleurs et tensions mammaires.
- Leur donner une lettre expliquant le but et les différentes étapes de l'étude (cf annexe).

Le deuxième temps consiste au rappel téléphonique à J15. Lors de cet entretien téléphonique, la patiente :

- Décrivait le tableau remis lors de l'inclusion de l'étude en suites de couche et qu'elle avait rempli quotidiennement afin d'évaluer les signes cliniques et l'inconfort depuis J0.
- Notait sa satisfaction concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation.
- Répondait à nos questions du questionnaire de J15 (cf annexe), concernant les traitements pris et le port du soutien-gorge.

Le troisième temps consiste en un rappel téléphonique à J21. Cet entretien téléphonique était très semblable à celui de J15. On réévaluait les signes cliniques et l'inconfort depuis J15, et on redemandait également la satisfaction sur la prise en charge de l'inhibition de la lactation : tout comme à J15, les traitements pris et la fréquence du port du soutien-gorge.

2.2 Variables recueillies

→ Concernant la patiente

- Nom, prénom, âge, origine géographique, numéro de téléphone.
- Parité, antécédent de tabac, poids avant et après grossesse, tour de poitrine et taille de bonnet avant la grossesse, au 9eme mois et à J3.
- Terme de l'accouchement, voie d'accouchement : césarienne ou voie basse.
- Motif de l'allaitement artificiel.
- Tétée d'accueil.

→ Concernant la prise en charge de la congestion mammaire

- Temps du port de soutien-gorge (de J0 à J21)
- Traitements reçus : homéopathie, antalgiques, AINS ou autres méthodes.
- Evaluation de l'inconfort du soutien-gorge.

→ Critères d'efficacité et de qualité de prise en charge

- Signes cliniques de congestion mammaire de J0 à J21 : écoulement de lait, douleurs mammaires et seins tendus.
- Complications mammaires.
- Consultation chez médecin en urgence après sortie de la maternité.
- Satisfaction de la prise en charge de l'inhibition de la lactation à J15 et J21.

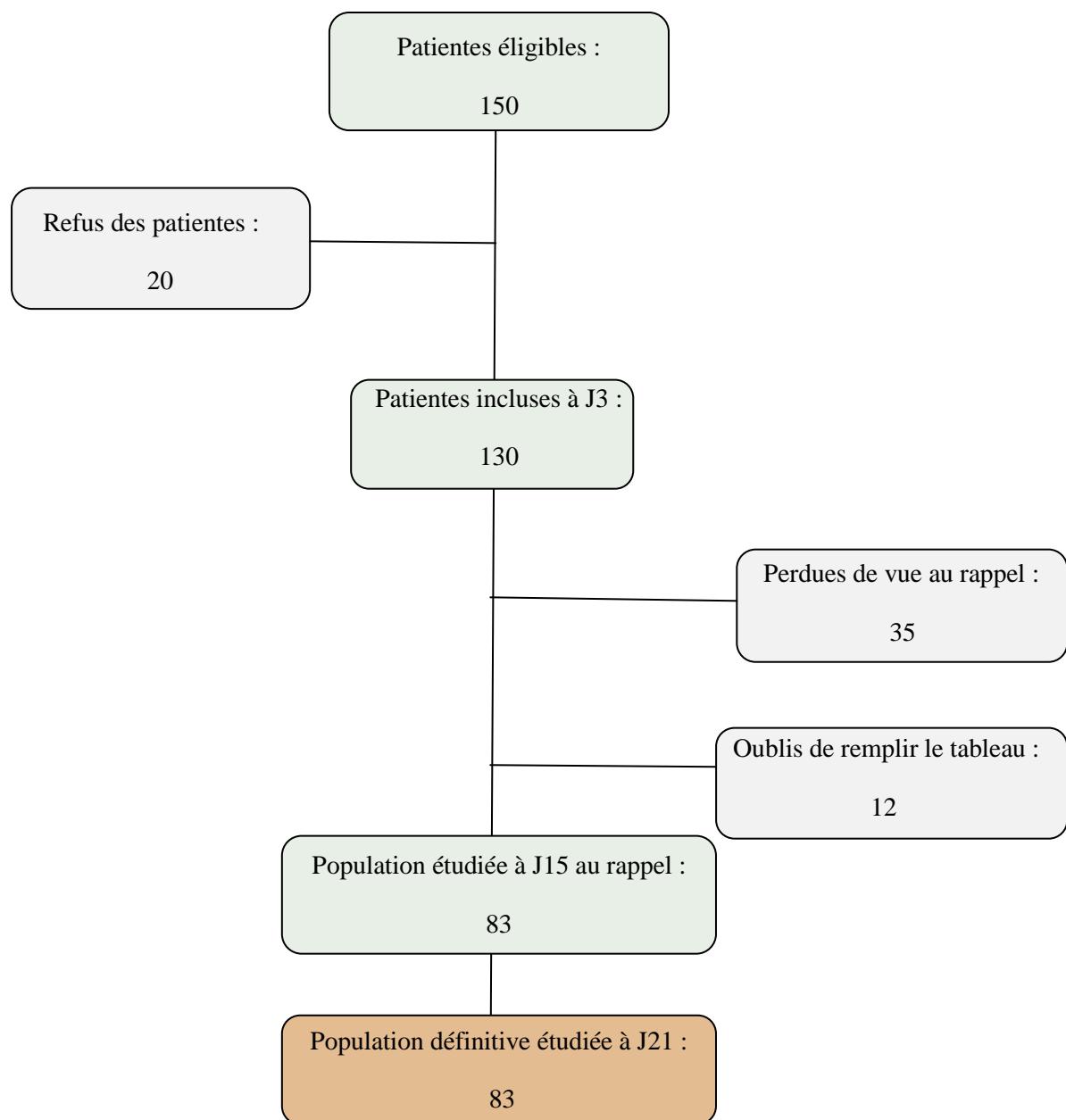
2.3 Analyse statistique

Les données recueillies ont été anonymisées. Le masque de saisie, la saisie informatique ainsi que l'analyse des données, telles que les tableaux et les graphiques, ont été faits sur le logiciel Microsoft office Excel 2007. L'analyse statistique des effectifs des différents échantillons a été faite avec le test du Chi2, et la correction de Yates lorsqu'il y avait seulement 4 cases dans le tableau. Le test du Chi2 a été fait sur le Biosta TGV, logiciel de statistiques en ligne. C'est le test t, fait sur le logiciel en ligne Openepi, qui a permis d'analyser les moyennes des valeurs quantitatives. Le seuil de signification statistique de « p » est défini à $p < 0,05$.

RESULTATS

1. Effectif et caractéristiques de la population étudiée

1.1 Diagramme d'inclusion



A l'origine de l'étude il y avait 150 patientes qui répondaient aux critères d'inclusions. 20 patientes ont refusé de participer à l'étude suite à l'explication. On avait donc 130 patientes, soit 86,7% des patientes éligibles, à l'inclusion à J3. Suite au rappel à J15, seulement 95 patientes ont répondu au téléphone, soit 73%. Or sur 95, 12 patientes n'avaient pas rempli quotidiennement le tableau ou ne pouvaient pas répondre aux questions. Au final, les données de 83 patientes ont été exploitées dans l'étude à J21, soit 63,8 % de l'échantillon de J3.

1.2 Description des caractéristiques générales de la population

Tableau Ia. Caractéristiques générales

	Effectif n = 130	Pourcentage %
Age maternel		
Moyenne (années)	28,8 ± 4,7	
Extrêmes	20 - 45	
Entre 20 et 25	44	33,8
Entre 25 et 30	50	38,5
Entre 30 et 35	27	20,8
Plus de 35	9	7
IMC		
Moyenne	26,9 ± 4,7	
Extrêmes	19,2 - 40,5	
Entre 18 et 24	48	37
Entre 25 et 29	59	45,4
Entre 30 et 35	16	12,3
35 et plus	7	5,4
Antécédents tabac	51	39,2
Parité		
Primipares	55	42,3
Multipares	75	57,7

Toutes les patientes qui ont été incluses à l'étude lors de J3 étaient d'origine française.

1.3 Description des caractéristiques obstétricales de la population

Tableau Ib. Caractéristiques obstétricales

	Effectif n = 130	Pourcentage %
Nombre d'enfants		
Grossesses simples	125	96
Grossesses gémellaires	5	4
Voie d'accouchement		
Voie basse	111	85,4
Césarienne	19	14,6
Terme d'accouchement		
Moyenne	39,6 5($\pm 1,4$)	
< 37 SA	6	4,6
Entre 37 et 39SA	23	17,7
Entre 39 et 41SA	78	60
> 41SA	23	17,7

1.4 Les raisons de l'allaitement artificiel

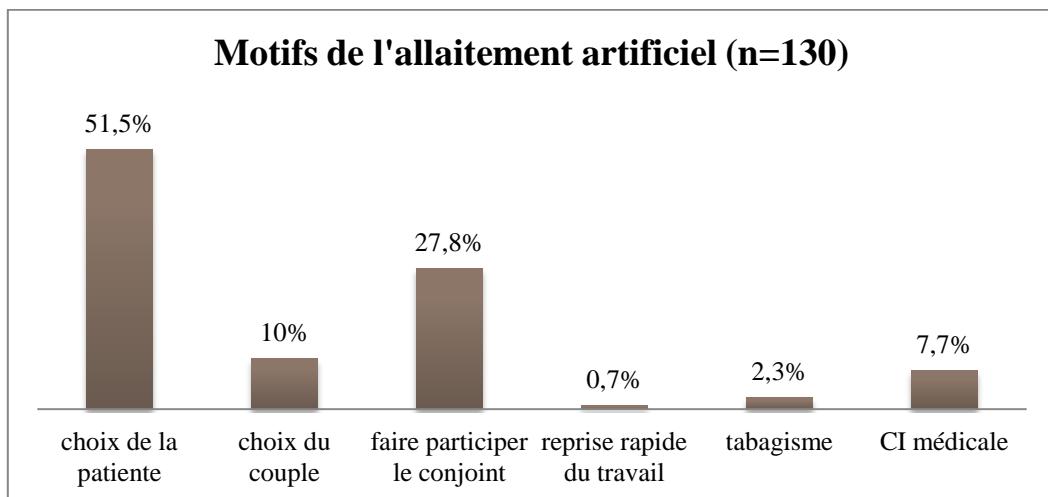


Figure 1 : Répartition en pourcentage des différents motifs d'allaitement artificiel

Dans plus de la moitié des cas (51%) l'allaitement artificiel était le choix de la patiente. Elles ont été 28% à choisir l'allaitement artificiel pour faire participer le conjoint. Dans 10% des cas il s'agit d'un choix du couple. Les contre-indications médicales, le tabac ou la reprise rapide du travail étaient moins souvent invoqués.

1.5 Tétée d'accueil

15 patientes, sur les 130 recrutées à J3, ont fait une tétée d'accueil, soit 11,5%.

2. Signes cliniques et prise en charge de l'inhibition de la lactation entre J0 et J3

2.1 Signes cliniques à J3

Lors du rappel téléphonique à J15 et grâce au tableau rempli quotidiennement par la patiente, on a pu évaluer l'importance des signes cliniques à J3. Au troisième jour après l'accouchement la majorité des patientes avaient les seins tendus (67,50%). La tension pouvait être au minimum une gêne ressentie au palpé de la poitrine, ou au maximum la tension était invalidante pour la vie quotidienne. A J3, 48,20% des patientes ressentaient une douleur soit très supportable soit mal tolérée nécessitant une prise de médicaments antalgiques. 31,30% des patientes avaient un écoulement de lait. Seulement 20 patientes, soit 24,10%, n'avaient ressenti ni tension, ni douleur et n'avaient observé aucun écoulement de lait à J3.

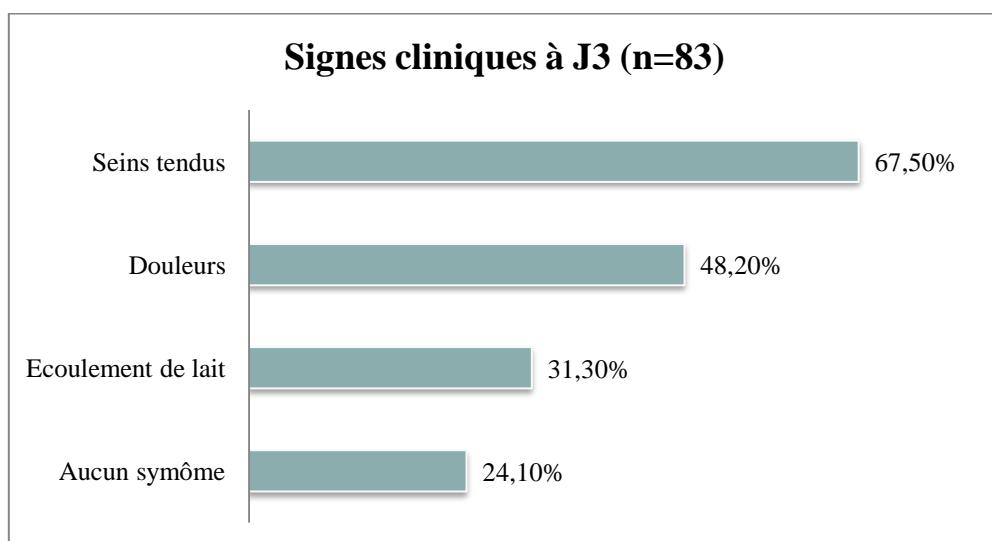


Figure 3 : Symptômes ressentis par la patiente à J3

2.2 Intensité des différents symptômes entre J0 et J3

Les différents symptômes étudiés sont les suivants : l'écoulement de lait, les douleurs mammaires et la tension mammaire.

2.2.1 Ecoulement de lait de J0 à J3

Nous n'avons observé aucun écoulement de lait dans 68,7% des cas. Quelques gouttes pendant 3 jours ou moins de 3 jours, soit un faible écoulement de lait, a été observé chez 12% des patientes. 14 patientes ont estimé avoir un écoulement moyen, soit 16,8% de l'échantillon. L'écoulement moyen était défini par quelques gouttes pendant plus de 3 jours ou écoulement important pendant 3 jours ou moins. Seulement 2 patientes ont eu un écoulement important depuis l'accouchement, 2% de la population.

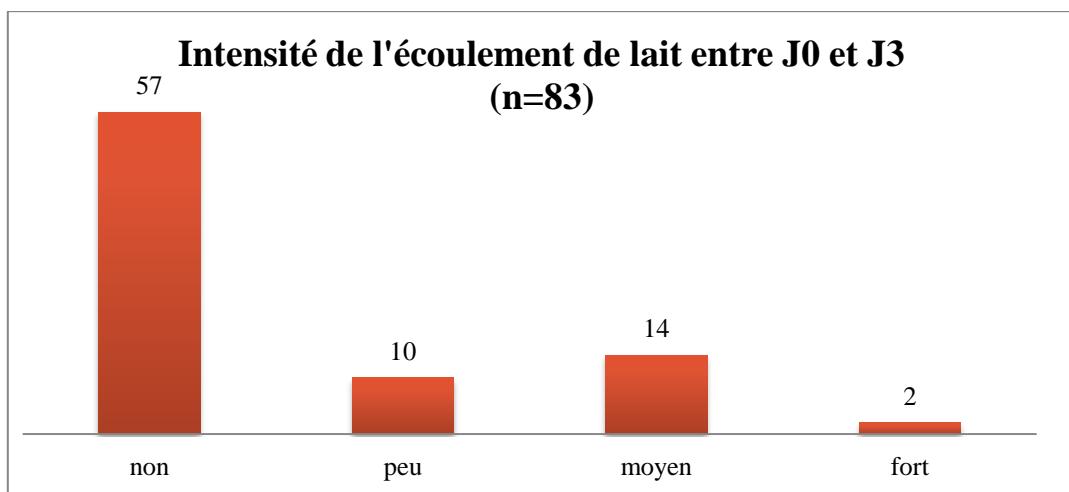


Figure 4a : Répartition des patientes en fonction de l'intensité de l'écoulement de lait entre J0 et J3

2.2.2 Douleurs mammaires

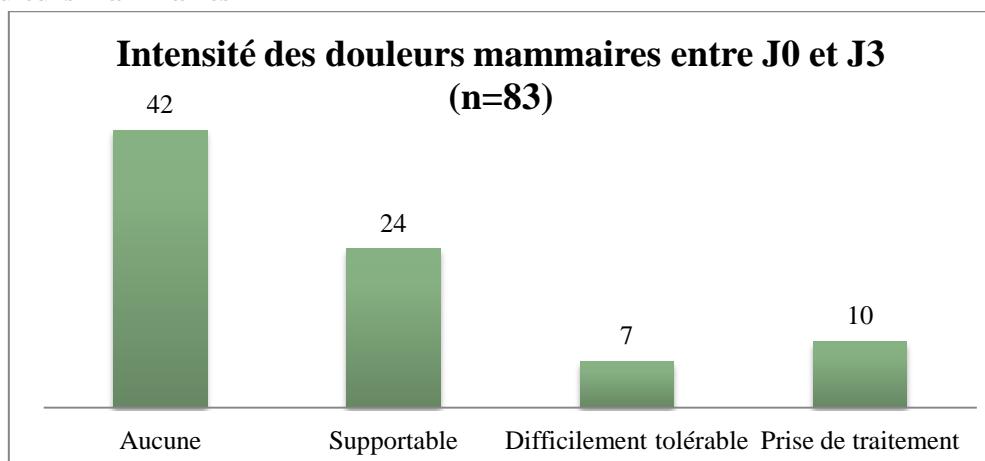


Figure 4b : Répartition des patientes en fonction de l'intensité des douleurs entre J0 et J3

2.2.3 Tensions mammaires

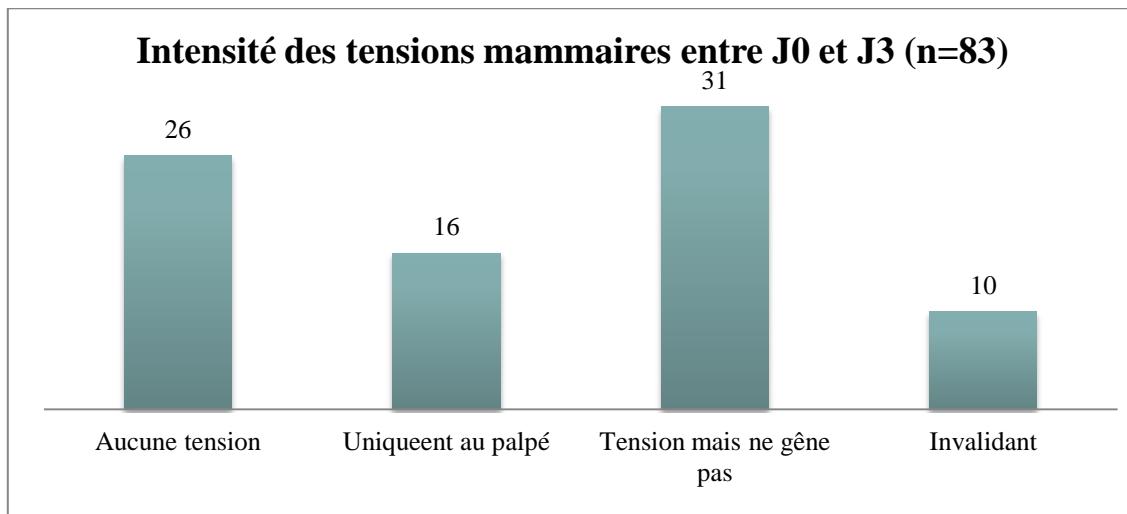


Figure 4c : Répartition des patientes en fonction de l'importance des tensions mammaires entre J0 et J3

2.3 Prise en charge de la congestion à J3

2.3.1 Le port du soutien gorge

En suites de couches, le port du soutien-gorge jour et nuit leur était conseillé afin de limiter la montée de lait. Les patientes portant le soutien-gorge jour et nuit représentaient 41,5% des patientes, 50,7% des patientes ne le portaient que le jour et 7,7% des patientes ne l'avaient pas porté depuis le jour de l'accouchement.

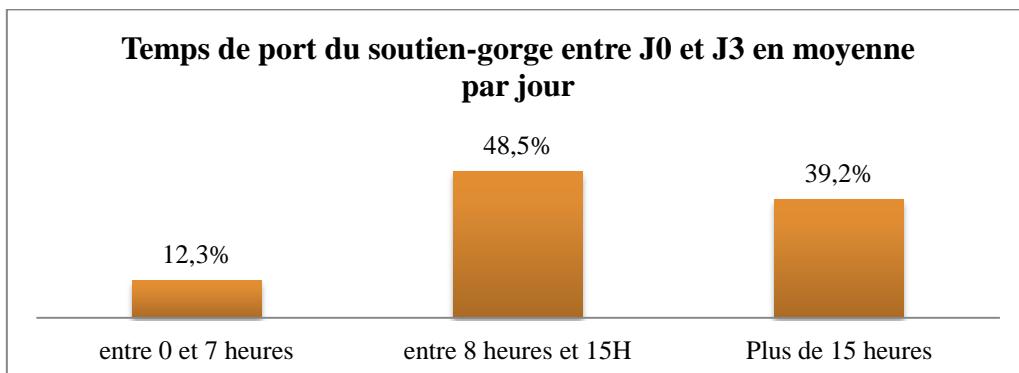


Figure 5 : Histogramme représentant (en pourcentage) la répartition de la population en fonction de la moyenne du port du soutien-gorge en heure par jour de J0 à J3.

49% des patientes portaient leur soutien gorge entre 8 et 15h par jour, 12% entre 0 et 7 heures et 39% le portaient plus de 15 heures. La moyenne en heure du port de soutien-gorge entre l'accouchement et J3 est de **14,8 (± 8)**.

2.3.2 Les thérapeutiques alternatives

Suite à l'absence de traitement médicamenteux pour inhiber la lactation, les patientes avaient recours à des thérapeutiques alternatives telles que l'homéopathie, ou bien des méthodes dites « de grand-mère ». Certaines commençaient ces différentes méthodes avant les premiers symptômes et d'autres après l'apparition de la douleur ou des tensions mammaires.

Lors de l'inclusion en suites de couches à J3 (n=130) nous avons demandé les différentes thérapeutiques utilisées depuis le jour de l'accouchement.

A J3, 81 patientes (62,3%) avaient commencé un traitement homéopathique dans le but de limiter les effets indésirables de la montée de lait. Ce traitement était principalement prescrit en suites de couche par les sages femmes du service, et dans certains cas par les sages femmes libérales lors de la préparation à l'accouchement.

Le traitement homéopathique prescrit en suites de couches au CHU d'Angers est le suivant :

- En prévention : Ricinus Communis 30CH, une dose trois fois par jour.
Prolactinum 30CH, une dose en prise unique.
- Si les seins sont congestionnés : Apis 15CH 5 granules 3 fois par jour pendant 10jours.
- Si les seins sont douloureux : Bryonia 9CH 5 granules 3 fois par jour pendant 10 jours.

41 patientes (31,5%) avaient décidé de ne rien prendre ni en préventif ni en curatif. 1 patiente avait pris du paracétamol pour des douleurs dues à la montée de lait et 3 ont pris des AINS. Seulement 3 parmi les 130 ont pratiqué d'autres méthodes telle que la douche chaude ou l'utilisation d'huiles essentielles.

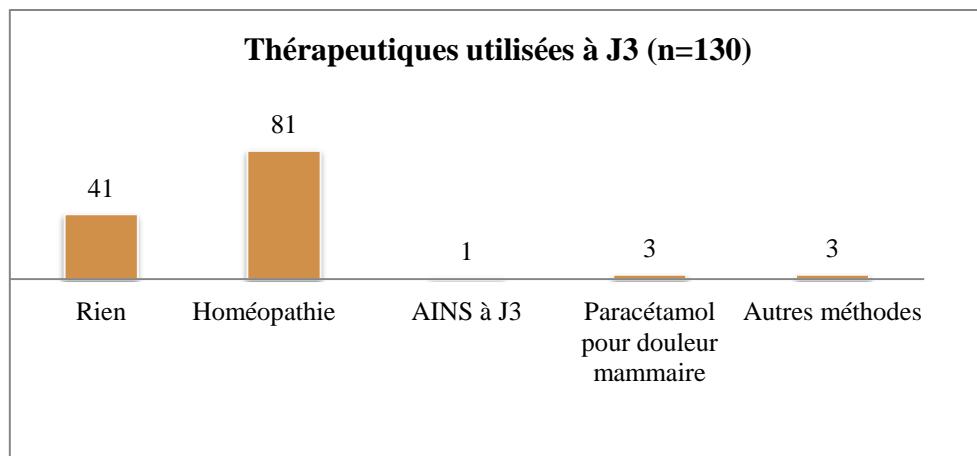


Figure 6 : Répartition de la population en fonction du traitement pris entre J0 et J3

Il est conseillé de commencer le traitement homéopathique pour soulager les symptômes de la montée de lait le plus tôt possible. La moitié des patientes avaient commencé leurs traitements homéopathiques entre 24h et 36h après l'accouchement. 19 patientes (23,4%) l'avaient commencé le jour de l'accouchement. Le reste des patientes avait débuté leur traitement entre J2 et J4, soit 28,4%.

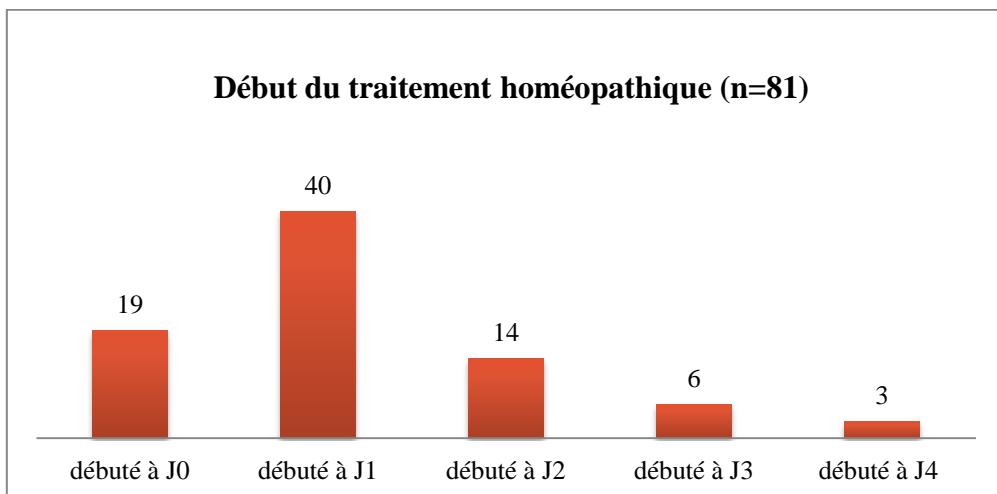


Figure 7 : Répartition de la population sous traitement homéopathique en fonction de la date du début du traitement

3. Evaluation et prise en charge de la congestion mammaire au rappel à J15 et J21

3.1 Signes cliniques à J15

Au rappel téléphonique à J15 nous avons demandé aux patientes de nous décrire les différents symptômes qu'elles présentaient ce jour. Tout comme à J3, qu'il s'agisse des tensions, des douleurs ou des écoulements de lait, l'intensité est plus ou moins importante suivant les patientes.

A J15, 51 patientes (61,40%) ne présentaient ni douleurs, ni tension mammaire et ne constataient aucun écoulement de lait. Seulement 7 patientes se plaignaient encore à J15 de douleurs qu'elles jugeaient toutes supportables. Un écoulement de lait était encore présent à J15 chez 17 patientes, cet écoulement ne s'étant pas arrêté depuis plus de trois jours. Les tensions mammaires sont les signes cliniques qui étaient les plus fréquents à J15, 21,70% des patientes rappelées à J15 sentaient encore leur poitrine tendue juste au palpé.

Aucune patiente (n=83) n'a présenté de complications mammaires telles que : mastites, abcès...

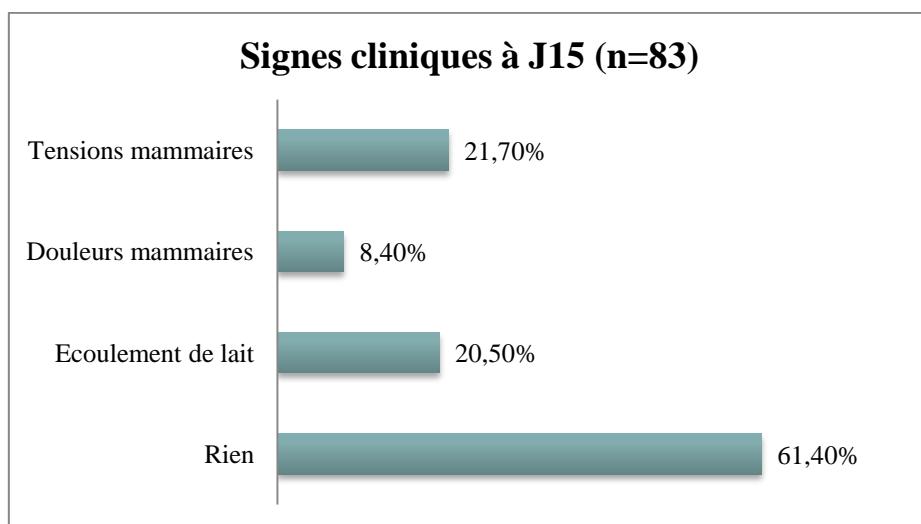


Figure 7 : Pourcentage des signes cliniques présent à J15 dans la population

3.2 Intensité des différents symptômes entre J4 et J15/J21

Nous avons demandé aux patientes de décrire précisément leurs symptômes depuis l'accouchement jusqu'au rappel téléphonique de J15 et de J21 afin d'évaluer de manière la plus fiable possible leur intensité. Nous avons donc pu comparer sur deux périodes les désagréments causés par la montée de lait : entre J4 et le rappel de J15, et entre J15 et le rappel de J21.

3.2.1 Ecoulement de lait

Entre J4 et J15 on observe que seulement 13 patientes, soit 15,6% des patientes recontactées à J15, n'avaient jamais eu d'écoulement de lait entre le J4 jour et J15. 20 patientes à J15 ont présenté au maximum un faible écoulement de lait pour la même période. C'est l'écoulement d'intensité moyenne le plus cité par les patientes à J15 (43,4%) représentant un écoulement de quelques gouttes pendant plus de 3 jours ou écoulement important pendant 3 jours ou moins. Entre J4 et J15 16,8% des patientes ont eu un écoulement spontané important.

La répartition de l'effectif pour la période entre J15 et J21 est moins homogène suivant les différentes classes par rapport à la période J4/J15. En effet, on observe que 77,1% des patientes n'ont eu aucun écoulement de lait entre l'appel téléphonique de J15 et J21, soit une large majorité. 11 patientes (13,2%) avaient présenté un écoulement moyen.

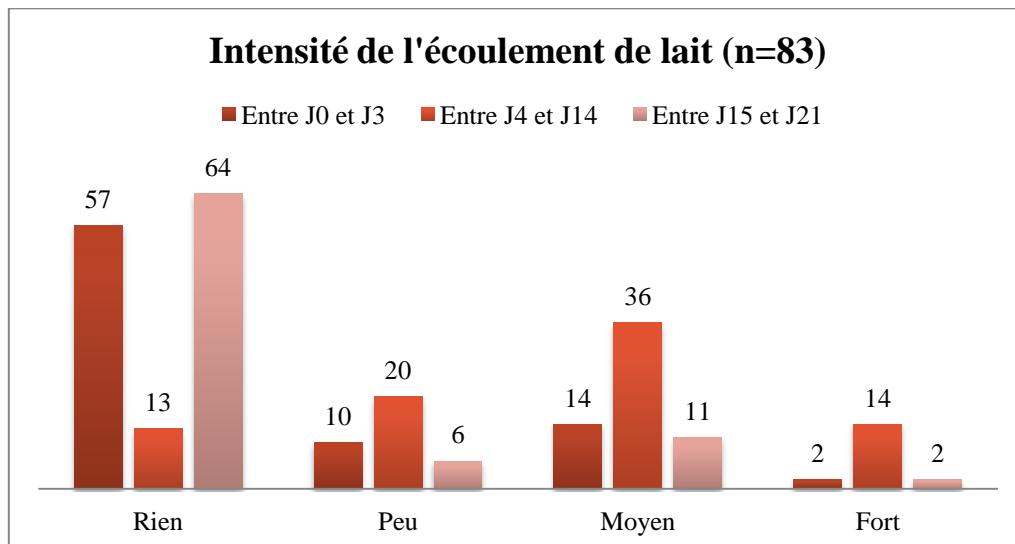


Figure 8 : Histogramme comparant l'intensité de l'écoulement de lait sur les trois périodes

3.2.2 Douleurs mammaires

Entre J4 et J15 les effectifs des différents groupes sont répartis de façon homogène entre des douleurs supportables, difficilement tolérables ou des douleurs nécessitant un traitement antalgique.

Les douleurs ont été jugées au maximum comme supportables par 36,1% des patientes entre J4 et J15. 24,1% des patientes ont eu des douleurs difficilement tolérables mais sans avoir eu besoin de traitement antalgique, contrairement à 31,3% qui ont pris un traitement tel que du paracétamol ou des anti-inflammatoires pour soulager ces douleurs.

Entre J15 et J21 la majorité de l'effectif de la population étudiée (91,5%) n'a plus ressenti aucune douleur. Concernant le reste des patientes, elles ont toutes présenté des douleurs au maximum supportables. Aucune patiente n'a dû prendre de traitement pour soulager les douleurs entre J15 et J21.

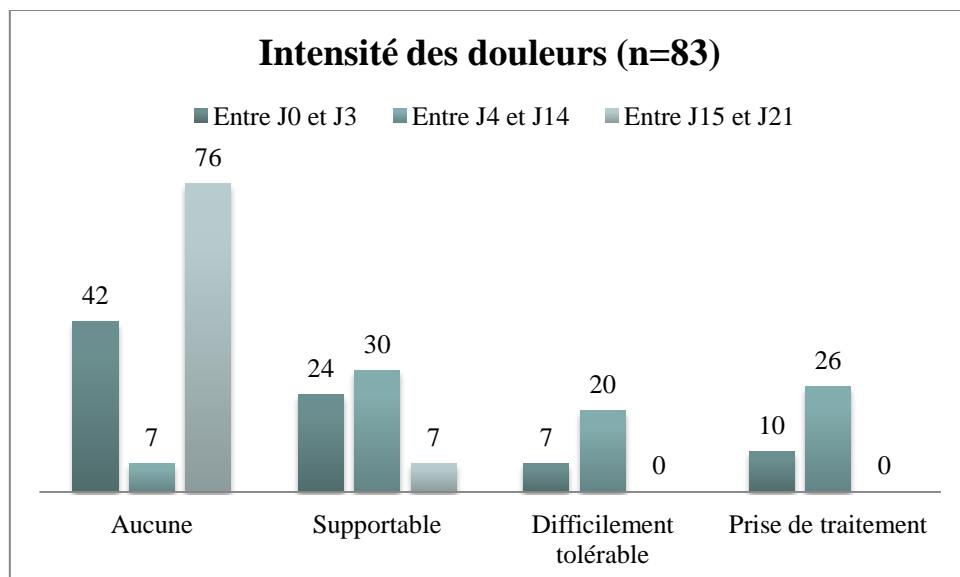


Figure 9 : Histogramme comparant l'intensité des douleurs mammaires sur les trois périodes

3.2.3 Tensions mammaires

Toutes les patientes rappelées à J15, avaient présenté une tension mammaire entre J4 et J15. L'effectif est donc réparti entre trois groupes : une tension ressentie uniquement lors du palpé, une tension permanente mais qui ne gène pas et une tension invalidante pour les gestes de la vie quotidienne.

19,2% des patientes ont ressenti des tensions au niveau de la poitrine lors du palpé entre J4 et J15, 47% ont présenté, durant cette même période, une tension permanente mais non invalidante. 33,7% s'étaient plaintes lors du rappel à J15 de tension invalidante au quotidien, malgré le port du soutien-gorge.

La répartition de l'effectif est nettement différente pour la période entre J15 et J21. En effet à l'inverse 65 patientes (78,3%) n'ont eu aucune tension mammaire, et 16 patientes (19,2%) ressentaient des tensions au palpé. Seulement deux patientes ressentaient une tension permanente non invalidante, et aucune des patientes ne se plaignait de tensions très fortes.

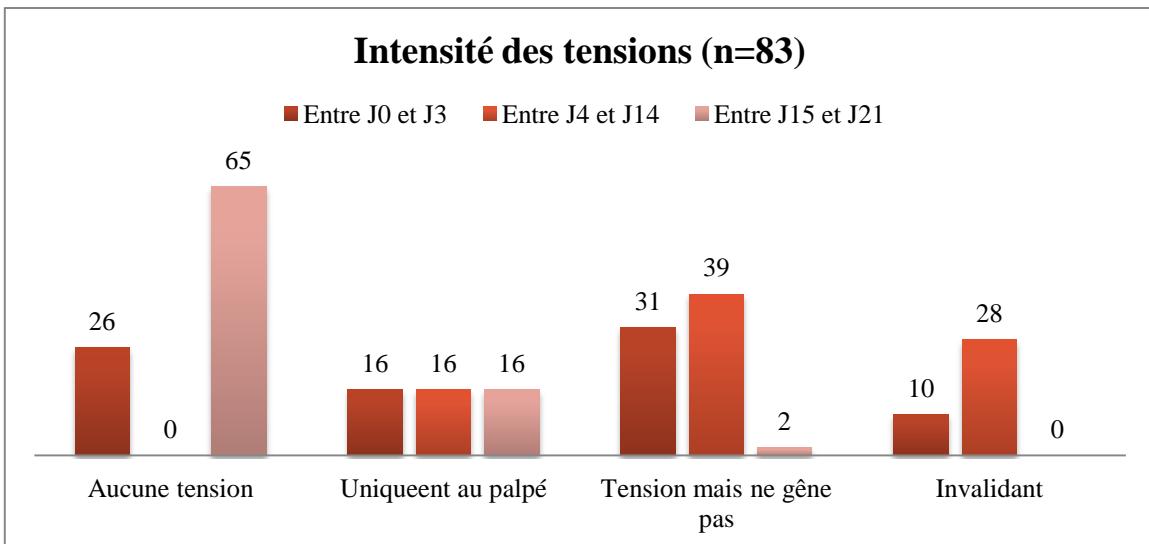


Figure 10 : Histogramme comparant l'intensité des tensions mammaires sur les trois périodes

3.3 Les différentes prises en charge de la congestion mammaire entre J4 et J15/J21

3.3.1 Le port du soutien-gorge

Au rappel téléphonique de J15, nous avions également demandé aux patientes de nous renseigner sur le temps de port du soutien-gorge depuis l'accouchement afin d'évaluer si cela avait une influence sur les différents symptômes.

A J15 33 patientes (39,7%) portaient encore leur soutien-gorge jour et nuit. Le port du soutien-gorge la nuit leur permettait d'être plus confortable pour dormir, pour la majorité d'entre elles. Le reste des patientes portaient leur soutien-gorge dans la journée (60,3%), mais aucune patiente n'avait pas porté son soutien-gorge pendant une journée depuis J3.

Nous avons étudié, comme pour J3, la moyenne en heure du port du soutien-gorge par jour de J4 à J15 chez les 83 patientes ayant répondu au téléphone à J15. Nous avons fait la moyenne chez chaque patiente puis, classé ces différentes moyennes en heure dans trois groupes : Lorsque en moyenne les patientes avaient porté plus de 15 heures leur soutien-gorge dans la journée depuis J4, entre 15h et 7h, et un groupe pour les moyennes inférieures à 7h/j. De plus la moyenne (n=83) du port de soutien-gorge était de 18,2h par jour ($\pm 5,7$) entre J4 et J15.

On observe que toutes les patientes ont porté plus de 7h/j en moyenne leur soutien-gorge entre J4 et J15. La majorité des patientes l'avaient porté plus de 15h par jour (69,90%). En effet, pour soulager la gêne ressentie suite à une montée de lait, les patientes de ce groupe ont porté leur soutien-gorge pendant plusieurs nuit entre J4 et J15, ce qui explique une moyenne élevée.

Moyenne du port de soutien gorge par jour (n=83)

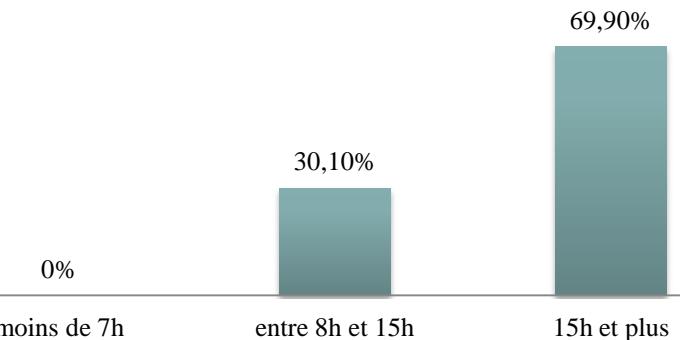


Figure : Histogramme représentant la moyenne du port du soutien-gorge par jour entre J4 et J15

3.3.2 Les thérapeutiques alternatives

Thérapeutiques utilisées entre J4 et J15 (n=83)

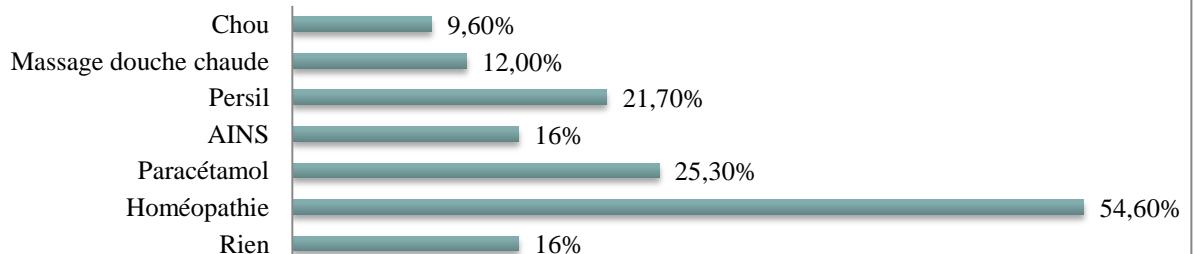


Figure : Barre indiquant la proportion de l'utilisation des différentes alternatives entre J4 et J15

Nous avons demandé aux patientes à J15 les thérapeutiques qu'elles avaient utilisées pour soulager ou prévenir des désagréments de la montée de lait depuis J4. On observe qu'il y a plus de techniques différentes qui ont été citées, et les patientes ont plus eu recours à ces techniques que sur la période de J0/J3.

L'utilisation du chou consistait à mettre quelques feuilles entre la peau de la poitrine et le soutien gorge afin de décongestionner les seins. Le persil était utilisé soit de la même manière que le chou, soit dans l'alimentation quotidienne ou soit en infusion.

Cependant, aucune patiente n'a consulté un médecin en urgence pour des complications mammaires malgré ces thérapeutiques alternatives. Seulement deux patientes ont appelé leur sage-femme libérale pour avoir des conseils en sortant de la maternité pour gérer leur montée de lait.

3.4 Prévalence des symptômes entre J0 et J21

Tableau III : Synthèse de la prévalence des symptômes entre J0 et J21 (n=83)

	Entre J0 et J3	Entre J4 et J14	Entre J0 et J14	Entre J15 et J21
Douleurs				
<i>aucune</i>	50.6%	8.43%	7,23%	91.5%
<i>supportable</i>	29%	36.14%	31,32%	8.5%
<i>difficilement supportable</i>	8.4%	24.10%	30,12%	0
<i>Prise de traitement</i>	12%	31.3%	31,32%	0
Ecoulement de lait				
<i>aucun</i>	68.7%	15.7%	15,66%	77.10%
<i>léger</i>	12%	24.1%	24,10%	7.2%
<i>modéré</i>	16.9%	43.4%	43,37%	13.3%
<i>sévere</i>	2.4%	16.8%	16,87%	2.4%
Tension mammaire				
<i>aucune</i>	31.3%	0	1,20%	78.3%
<i>uniquement au palpé</i>	19.3%	19.30%	13,3%	19.3%
<i>ne gène pas invalidante</i>	37.4%	47%	50,6%	2.4%
	12%	33.70%	34,9%	0

4. Succès de l'inhibition de la lactation

Suites à ces différents résultats nous avons pu évaluer le taux de succès d'inhibition de la lactation chez les patientes. Pour cela nous avons classé les succès de l'inhibition de la lactation en trois groupes : succès complet, succès partiel et échec. Nous avons évalué ces différents taux de succès ou d'échec de l'inhibition à J3 et à J15.

Ces trois groupes sont définis par le tableau ci-dessous, déjà utilisé dans la littérature. En effet, à l'aide du tableau rempli quotidiennement par les patientes, nous avons pu répartir les patientes selon leurs symptômes : absents, légers, modérés ou sévères. Sur la période étudiée nous avons retenu l'intensité la plus forte présentée chez chaque patiente. Ensuite à l'aide d'un code couleur nous avons pu classer l'inhibition de la lactation dans ces trois groupes.

Intensité des symptômes	Ecoulement spontané de lait	Douleur mammaire	Engorgement mammaire
Aucun	Aucun	Aucune	Aucun
Léger	Quelques gouttes pendant 3 jours ou moins de 3 jours	Supportable	Tension mammaire uniquement à la palpation
Modéré	Quelques gouttes pendant plus de 3 jours ou écoulement important pendant 3 jours ou moins	Difficilement tolérable	Tension mammaire ressentie par la patiente et supportable
Sévère	Ecoulement important pendant plus de 3 jours	Prise de traitement antalgique nécessaire	Tension mammaire invalidante dans les activités de la vie quotidienne

Inhibition de la lactation	Succès complet	Succès partiel	Echec
----------------------------	----------------	----------------	-------

4.1 A J3

On a observé à J3 que la moitié de la population étudiée a connu un succès partiel de l'inhibition de la lactation (51,80%) depuis l'accouchement. 22 patientes (26,50%) ont eu un succès complet contre 18 patientes (21,70%) qui ont présenté un échec de l'inhibition de la lactation.

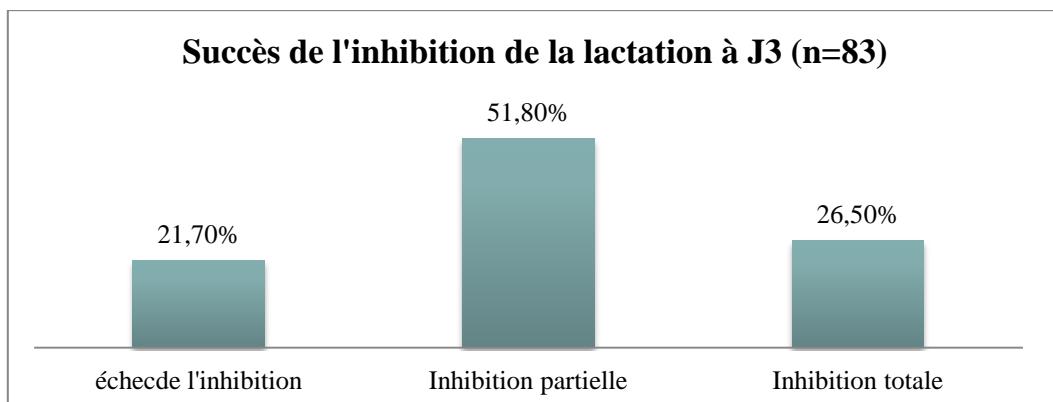


Figure : Représentation des succès de l'inhibition à J3

4.2 A J15

Lorsqu'on a évalué le succès de l'inhibition à J15, comprenant la période de J4 à J15, seulement deux groupes ont été concernés : l'échec de l'inhibition et le succès partiel de l'inhibition de la lactation. En effet, sans traitement inhibiteur, aucune patiente n'a connu un succès total pour l'inhibition de la lactation. La moitié de la population était dans le groupe échec et l'autre moitié dans le groupe succès partiel.

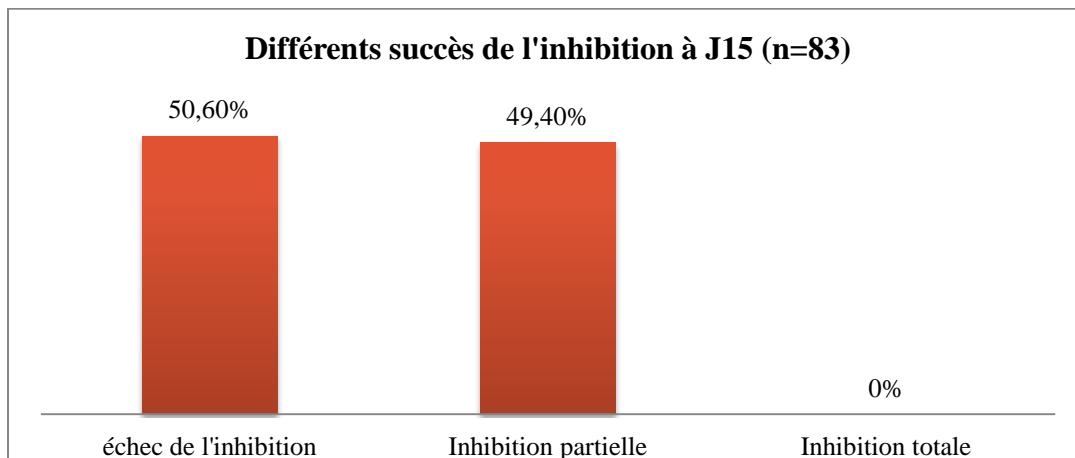


Figure : Représentation des succès de l'inhibition à J3

5. Satisfaction des patientes concernant de la prise en charge de l'inhibition de la lactation

Pour répondre à notre hypothèse et évaluer la satisfaction des patientes concernant la prise en charge, dont l'absence de traitement inhibiteur, nous les avons interrogées au rappel à J15. En effet, au téléphone, nous avons demandé à la patiente de noter sa satisfaction pour la prise en charge de l'inhibition de la lactation de 0 à 10. Nous lui avons expliqué que 0 correspond à je ne suis pas satisfaite du tout et 10 je suis très satisfaite. Nous avons renouvelé cette question au rappel à J21, afin de pouvoir comparer ce critère subjectif.

La moyenne de la satisfaction de la prise en charge de l'inhibition de la lactation à J15 est de 4,5/10. A J21 la moyenne de satisfaction est légèrement supérieure, elle est égale à 5,1/10.

Les arguments en faveur d'une mauvaise satisfaction sont les suivants :

- Pas de réelles explications sur ce qu'elles pouvaient ressentir (douleur, gêne, chaleur..) sans traitement inhibiteur.
- Surprises par des différences importantes avec leur dernier allaitement artificiel où elles avaient eu un traitement inhibiteur de la lactation.
- Pas ou peu de solutions proposées en suites de couches lors de l'apparition des symptômes.
- Survenue des symptômes une fois le retour à domicile.

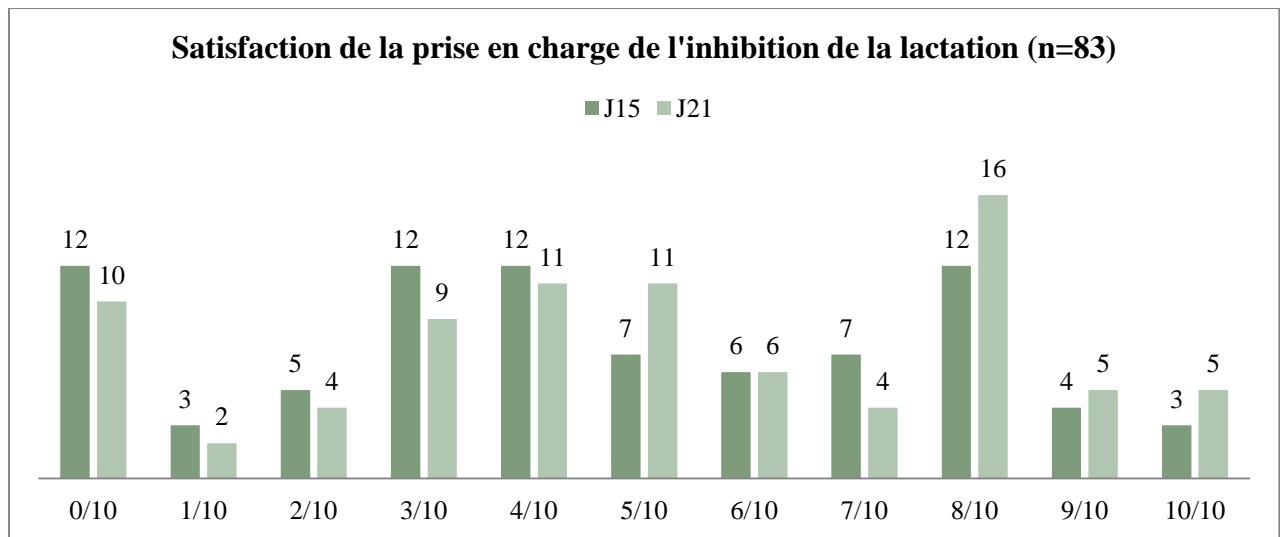


Figure : Histogramme représentant la satisfaction des patientes à J15 et à J21

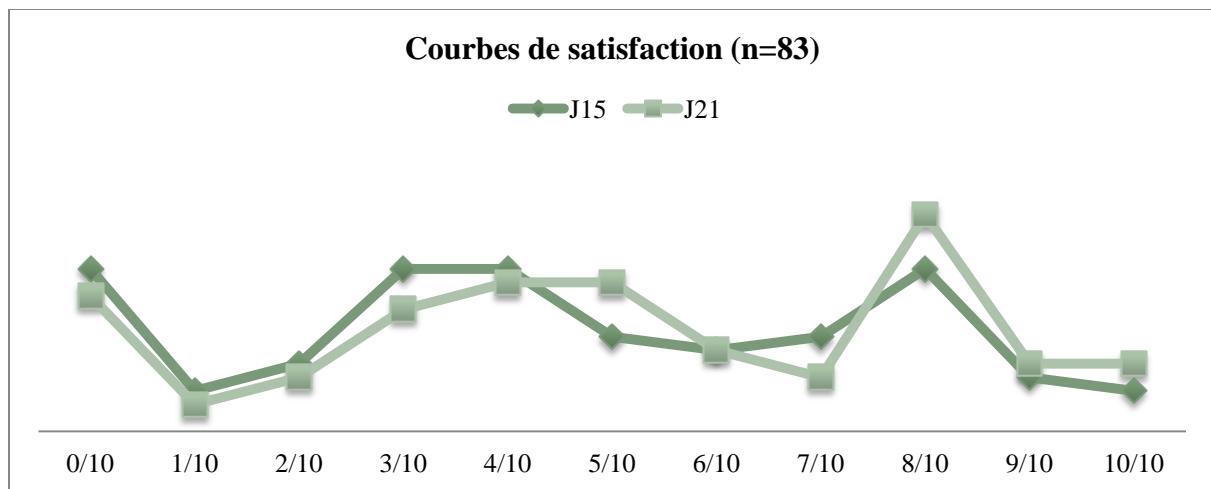


Figure : Courbes des satisfactions de la prise en charge de l'inhibition de la lactation à J15 et J21

On remarque que la courbe de la satisfaction à J15 est au dessus de celle de J21 entre 0/10 et 4/10, ce qui veut dire que les patientes étaient globalement moins contentes à J15 qu'à J21. A l'inverse la courbe de J21 est globalement au dessus de celle de J15 entre 5/10 et 10/10.

6. Comparaisons des différents succès de l'inhibition de la lactation avec les variables de la population

6.1 Comparaison à J3

Tableau IIIa : Inhibition en fonction des caractéristiques générales et obstétricales de la population

	Inhibition complète	Inhibition partielle	Echec inhibition	Total ou Moyenne de l'échantillon	Significativité (p<0,05)
Effectif (n)	22 (26,5%)	43 (51,8%)	18 (21,7%)	83	
Tabagisme					
ATCD de tabac	11 (50%)	16 (37,2%)	8 (44,4%)	35 (42,1%)	NS
Sans ATCD de tabac	11	27	10	48	
IMC à J3	26,3 ($\pm 4,3$)	26,7 ($\pm 4,3$)	26,3 ($\pm 4,2$)	26,4 ($\pm 4,5$)	NS
Parité					
Primipare	12 (54,5%)	21 (48,8%)	7 (38,9%)	40 (48,2%)	NS
Multipare	10	22	11	43	
Terme de l'accouchement	39,9 ($\pm 1,5$)	39,6 ($\pm 1,4$)	39,2 ($\pm 1,4$)	39,64	NS
Voie d'accouchement					
Voie basse	16 (72,7%)	35 (81,4%)	18 (100%)	69 (83,1%)	0,06
Césarienne	6	8	0	14	

Nous avons étudié les différentes classes des succès de l'inhibition de la lactation à J3 en fonction des caractéristiques généraux et obstétricaux de la population. On remarque qu'il n'y a pas de significativité retrouvée parmi les différents critères étudiés. Cependant on remarque qu'il n'y a pas d'échec de l'inhibition de la lactation à J3 lorsque les patientes ont accouché par césarienne. Les patientes césarisées reçoivent systématiquement les premiers jours (C0, C1, C2) des anti-inflammatoires, elles sont souvent plus fatiguées et plus anémiques, ce qui participe probablement à une mise en place de la lactation plus tardive. Dans le groupe où l'inhibition est complète on remarque qu'il y a une majorité de primipares (54,5%), tandis que dans le groupe où il y a eu un échec de l'inhibition il y a une majorité de multipares (61,10%), ce pendant cette analyse n'est pas statistiquement significative.

Tableau IIIb : Inhibition en fonction des différentes prises en charges

	Inhibition complète	Inhibition partielle	Echec inhibition	Total ou Moyenne de l'échantillon	Significativité (p<0,05)
Effectif (n)	22 (26,5%)	43 (51,8%)	18 (21,7%)	83	
Port du soutien-gorge					
<i>uniquement le jour</i>	14 (63,6%)	20 (46,5%)	9 (50%)	43 (51,8%)	NS
<i>jour et nuit</i>	5	20	8	33	
<i>non porté</i>	3	3	1	7	
Moyenne en heure du port du soutien-gorge par 24h					
<i>Moyenne entre 0 et 7 heures</i>	12,25 ($\pm 7,9$)	15,5 (± 8)	15,8 (± 8)	14,7 (± 8)	NS
<i>entre 8 heures et 15H</i>	5	5	2	12	
<i>Plus de 15 heures</i>	8	18	6	32	
<i>Plus de 15 heures</i>	9	20	10	39	
Traitements pris					
<i>Avec homéopathie</i>	15 (18,1%)	23 (27,7%)	7 (8,4%)	45 (54,2%)	NS
<i>Sans homéopathie</i>	7	20	11	38	

Nous avons donc ensuite comparé la fréquence et la durée du port du soutien-gorge avec l'efficacité de l'inhibition de la lactation. Ces différentes analyses statistiques ne sont pas significatives ($p>0,05$). C'est dans le groupe de l'échec de l'inhibition que le soutien-gorge était le plus porté jour et nuit (50% des patientes de groupe), mais on peut se demander si les patientes ne le portaient pas jour et nuit justement pour soulager les douleurs dues à l'échec de l'inhibition.

6.2 Comparaison à J15

Tableau IVa: Inhibition à J15 en fonction des caractéristiques générales et obstétricales de la population

	Inhibition partielle	Echec inhibition	Total	Significativité (p<0,05)
Effectif (n)	41 (49,4%)	42 (50,6%)	83	
Tabagisme				
ATCD de tabac	20 (48,7%)	15(35,7%)	35 (42,1%)	0,3
Sans ATCD de tabac	21	27	48	
Parité				
Primipare	22 (53,6%)	18 (42,8%)	40 (48,2%)	NS
Multipare	19	24	43	
IMC à J3	25,95 ($\pm 4,4$)	27,2 ($\pm 4,3$)	26,4	0,025
Terme de l'accouchement	39,7 ($\pm 1,4$)	39,5 ($\pm 1,4$)	39,64	NS
Voie d'accouchement				
Voie basse	32 (78%)	37 (88%)	69 (83%)	0,35
Césarienne	9	5	14	

A J15 nous avons analysé les groupes de l'inhibition partielle et de l'échec de l'inhibition avec les caractéristiques de la population générale. Seul l'IMC à J3 aurait une influence significative (p<0,05), dans cette population plus l'IMC de la patiente à J3 est important plus l'inhibition de la lactation est réussie. Toutes les autres analyses ne sont pas significatives.

Tableau IVb : Inhibition en fonction différentes prises en charges de l'inhibition

	Inhibition partielle	Echec inhibition	Total	Significativité (p<0,05)
Effectif (n)	41 (49,4%)	42 (50,6%)	83	
Port du soutien-gorge				
<i>uniquement le jour</i>	24 (58,5%)	26 (61,9%)	50 (60,2%)	NS
<i>jour et nuit</i>	17	16	33	
Moyenne en heure du port du soutien-gorge par 24h				
<i>Moyenne</i>	18,4 ($\pm 5,6$)	17,9 ($\pm 5,9$)	18,1 ($\pm 5,7$)	0,36
<i>entre 0 et 7 heures</i>	0	0	0	
<i>entre 8 heures et 15H</i>	11	13	24	
<i>Plus de 15 heures</i>	30 (73,1%)	29 (69%)	59 (71%)	
Traitements pris				
<i>Avec homéopathie</i>	26 (31,3%)	19 (22,9%)	45 (54,2%)	0,14
<i>Sans homéopathie</i>	15	23	38	

En étudiant les différentes prises en charge telles que le port du soutien-gorge ou le traitement homéopathique pris entre J4 et J15, nous n'avons pas retrouvé de significativité dans l'analyse statistique ($p>0,05$). Nous pouvons observer qu'il y a 31,3% du groupe où il y avait une inhibition partielle de la lactation qui avait pris un traitement homéopathique, contre 22,9% du groupe où il y avait un échec de l'inhibition.

7. Comparaison de la satisfaction

Tableau Va : satisfaction des patientes

	Effectif n	Moyenne de la satisfaction J15	Significativité (P<0,05)
Succès de l'inhibition			
<i>partiel</i>	41	5,7 ($\pm 2,9$)	0,001
<i>échec</i>	42	3,4 ($\pm 2,9$)	
Âges			
<i>< 25 ans</i>	29	4,7 ($\pm 2,9$)	
<i>Entre 26 et 34</i>	46	4,7 ($\pm 2,9$)	NS
<i>> 35ans</i>	8	3 (± 3)	
Traitements			
<i>avec homéopathie</i>	45	4,8 ($\pm 2,9$)	NS
<i>sans homéopathie</i>	38	4,2 ($\pm 2,9$)	
Sortie de la maternité			
<i>J3</i>	14	3,7 ($\pm 2,8$)	
<i>J4-J5-J6-J7</i>	69	4,8 ($\pm 2,9$)	NS

Tableau Vb : Satisfaction en fonction des symptômes mammaires

	Satisfaction 0-5	Satisfaction 6-10	significativité (p<0,5)
Douleur J2-J6	51	32	
<i>peu ou pas</i>	13 (25,4%)	20 (62,5%)	0,001
<i>moyennes ou fortes</i>	38 (74,%)	12 (37,5%)	
Ecoulement de lait J2-J6			NS
<i>peu ou pas</i>	21 (41,2%)	17 (53,1%)	
<i>moyen ou fort</i>	30 (58,8%)	15 (46,9%)	
Tensions J2-J6			NS
<i>peu ou pas</i>	7 (13,7%)	7 (21,9%)	
<i>moyennes ou fortes</i>	44 (86,3%)	25 (78,1%)	

DISCUSSION

1. Les limites de l'étude

1.1 Echantillon

Tout d'abord, nous avons rencontré quelques difficultés lors du premier temps, pour l'inclusion des patientes à l'étude. En effet, il y a, au CHU d'Angers, la possibilité, sous certaines conditions, de faire des sorties précoces à J2 ou la possibilité de sortie à J3. Or, lors de notre passage en suites de couches, nous passions voir les patientes à J2 ou J3, il y a donc un certain nombre de patientes qui sont sorties sans que l'on puisse leur proposer de rentrer dans l'étude, ce qui diminue notre effectif principal ($n = 130$).

De plus, pendant les trois mois de notre étude les patientes en suites de couches étaient sollicitées par de nombreuses études, et donc refusaient plus facilement de participer à celle-ci sachant qu'elle durait trois semaines et nécessitait deux appels téléphoniques à J15 et J21.

Malgré un effectif correct de départ ($n=130$), l'effectif final de l'échantillon est diminué de 36% suite à l'absence de réponses à l'appel téléphonique de J15. Le plus faible effectif ($n=83$) à J15 diminue la possibilité de rencontrer des situations rares telles que l'abcès de sein ou la mastite, non rencontrées avec ces 83 patientes. L'absence de significativité des analyses statistiques est également due à ce faible effectif

1.2 Méthode

Au cours des trois mois de l'étude, une plaquette d'informations avec les effets indésirables possibles et les conseils en cas de montée de lait non désirée, a été distribuée aux patientes en suites de couches. Cependant au début de notre étude cette plaquette n'était pas donnée aux patientes (suite à une rupture de stock et un retard à la reproduction) et donc elles n'avaient peut-être pas les mêmes attitudes face à la congestion mammaire que celles qui avaient pu lire la plaquette. De même l'évaluation de la satisfaction est différente chez celles qui ont eu des explications et celles qui n'en n'ont pas eues.

1.3 Recueil de données

L'évaluation de l'intensité des symptômes est totalement subjective pendant les trois semaines de l'étude. Il n'y a jamais de regard ou d'évaluation de la part d'un professionnel médical entre J0 et J3, seule la patiente au téléphone décrit ses symptômes ressentis depuis le jour de l'accouchement. Le point positif est la précision du calendrier rempli tous les jours par la patiente jusqu'à J21.

Au cours de notre étude et après avoir entendu les différents discours des patientes par rapport à la satisfaction, il aurait été intéressant d'inscrire dans notre recueil de données si les patientes avaient fait ou non une préparation à la naissance, afin de voir si la satisfaction concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation aurait été meilleure.

Il y a un biais par rapport à l'indication de la prise d'antalgiques dans le recueil de données. En effet, peu de patientes nous ont indiqué avoir pris du paracétamol de J0 à J3 pour des douleurs mammaires. Cependant, ces dernières en prenaient probablement pour des douleurs périnéales et au niveau de la cicatrice de césarienne par exemple. Ces traitements agissaient probablement sur les douleurs dues à la montée de lait également.

2. Rappel des résultats

2.1 Caractéristiques de la population de l'échantillon

L'échantillon de départ (n=130) avait une moyenne d'âge de 28,8 ans et 59,3% avait entre 25 et 35 ans. Seulement 7% avaient plus de 35 ans ce qui n'est pas représentatif de la population des femmes ayant accouché en France en 2010 (19%). La moyenne de l'IMC de notre échantillon avant la grossesse était de 23,24 avec 23,8% des patientes qui étaient en surpoids ou obésité, représentatif de la population étudiée par l'enquête nationale périnatale en 2010 (27,2%) (25).

La parité de l'échantillon était également représentative de l'enquête nationale périnatale de 2010 avec 42,3% de primipares dans notre échantillon et 43,4% pour les femmes ayant accouché en France en 2010. Le taux de césarienne était de 14,6% pour l'échantillon de notre étude, 17,5 % au CHU d'Angers en 2013 et de 21% pour l'enquête nationale périnatale en 2010. Cette différence du taux de césariennes avec la population générale est probablement due à la fatigue de la césarienne chez les patientes à J3, et donc elles étaient peut-être moins favorables pour participer à l'étude.

L'allaitement artificiel est pour 51,5% des patientes un choix personnel, pour 27,8% l'occasion de faire participer le conjoint au biberon, et pour 10% un choix de couple. Le choix, qu'il soit personnel ou de couple, représente 89,3% des motifs de l'allaitement

artificiel, sensiblement comparable à une étude menée en 2012 au CHU d'Angers avec 94% (26).

2.2 Succès de l'inhibition

Nous avons vu, à l'aide des diagrammes, précédemment que les symptômes cliniques étaient majoritairement présents entre J4 et J14.

L'étude a montré que trois jours après l'accouchement 67,5% des patientes avaient une tension mammaire plus ou moins importante selon les cas. 48,20% ressentaient une douleur et 31% constataient un écoulement de lait. Seulement 24% n'avaient ressenti aucun de ces symptômes. Or, l'étude de Rolland faite en 1991 (27), a comparé avec les mêmes critères cliniques, le succès de l'inhibition avec la prise de traitement inhibiteur tel que : la cabergoline et la bromocriptine. L'évaluation de l'efficacité des deux traitements a été faite, comme pour notre étude, à J3 et à J15. Le tableau permettant d'évaluer le succès total, partiel ou l'échec de l'inhibition de la lactation dans l'étude de Rolland, était similaire à celui que nous avons utilisé.

Avec les traitements inhibiteurs au troisième jour après l'accouchement, l'efficacité totale dans la suppression de la lactation, retrouvée dans cette étude, était de 90% pour la cabergoline et de 83% pour la bromocriptine. Sans traitement inhibiteur, mais avec homéopathie ou non, nous avons trouvé un à J3 26,5% d'inhibition totale, 51,8% d'inhibition partielle et 21,7% d'échec de l'inhibition.

Lors de l'évaluation du taux de l'efficacité de l'inhibition de la lactation à J15, on remarque que sans traitement inhibiteur, toutes les patientes ont eu un des symptômes étudiés. Le taux d'inhibition totale est donc nul lorsqu'il n'y a pas de traitement inhibiteur. Dans l'étude menée en 1991, avec des traitements inhibiteurs, à J15 le taux d'inhibition totale était de 69% ou 78% selon les médicaments utilisés. Cette différence confirme qu'il y a dans presque tous les cas une montée de lait en cas d'absence de traitement médicamenteux.

De plus, le taux d'échec est relativement important lors d'une prise en charge non médicamenteuse, on retrouve globalement la moitié de l'effectif avec une inhibition partielle de la montée de lait et l'autre moitié avec un échec de l'inhibition. Ce qui veut dire qu'une patiente sur deux a ressenti entre J0 et J14 une douleur nécessitant la prise d'un traitement, un écoulement de lait important, ou une tension mammaire invalidante dans la vie quotidienne. Alors que dans l'étude de Rolland, avec l'aide de traitement inhibiteur seulement 7% des patientes ont eu un échec de l'inhibition de la lactation.

Nous avons une nette différence sur l'intensité et la prévalence des symptômes, étudiés de façon identique, entre notre étude et celle de Rolland en 1991. Nous pouvons affirmer qu'à l'aide de traitements inhibiteurs la patiente connaît moins d'inconfort et de désagréments causés par la montée de lait. L'efficacité des traitements inhibiteurs n'a en effet jamais été remise en cause. Les effets indésirables et les effets secondaires sont responsables de ces nouvelles prises en charge face à l'inhibition de la montée de lait.

On retrouve jusqu'à 26,5% d'effets secondaires chez les patientes traitées par bromocriptine dans l'étude de Rolland, ce qui est confirmé par le fabricant qui précise que dans 27% des cas il y a des effets secondaires. 3 effets graves sur 136 patientes traitées ont été recensés dans l'étude en 1991. Nous avons vu précédemment que plusieurs effets graves avaient été recensés aux Etats-Unis et dans d'autres pays. Ces chiffres ne sont pas négligeables, malgré une efficacité pertinente des traitements inhibiteurs.

En plus des effets indésirables, les patientes traitées par cabergoline et bromocriptine peuvent également présenter des effets rebonds jusque dans 24% des cas. Ces effets rebonds se manifestent par une réapparition des signes cliniques mammaires entre J16 et J21. Nous avons vu précédemment dans notre étude que, sans aucun traitement inhibiteur, sur la même période il y a seulement 8% des patientes qui avaient présenté de légères douleurs, 22% des écoulements de lait et 21% des tensions mammaires. Suite à la prise de traitement inhibiteur, le taux d'effets rebonds entre J16 et J21 est supérieur aux signes cliniques chez les patientes n'ayant pas pris de traitement inhibiteur.

Les effets indésirables graves et la survenue d'effets rebonds à l'arrêt du traitement sont des arguments en faveur de l'abstention thérapeutique, car à la fin des trois semaines le taux de succès est identique. L'absence de risque d'effets indésirables graves lors d'une prise en charge avec les méthodes alternatives n'est pas négligeable dans le cadre de l'inhibition de la lactation, un phénomène, rappelons-le physiologique.

2.3 Inhibition grâce au port du soutien-gorge

Notre étude s'est donc portée sur le constat d'une congestion plus ou moins importante chez les patientes non allaitantes, mais également sur la prévalence du port du soutien-gorge et son impact sur les signes cliniques. Nous avons conclu qu'il n'y avait pas de différence significative sur le succès de l'inhibition suivant le temps de port du soutien-gorge.

Nous avons étudié le port d'un soutien-gorge standard et peu adapté aux modifications physiologiques de la femme en fin de grossesse et dans les premiers jours du post-partum, d'où la non significativité de nos résultats. Car en effet, avec le même type d'étude et un soutien-gorge adapté, on retrouve en moyenne l'évaluation de 2,5/4 pour la tension mammaire à J4 (28). 1 correspondant à aucune tension, 2 à léger, 3 à moyen et 4 à sévère dans le tableau que nous avons utilisé précédemment pour classer les succès d'inhibition à la lactation. Sans

soutien-gorge adapté nous retrouvons une moyenne légèrement inférieure = 2,8/4. La différence s'accentue avec le temps, vers J9 la moyenne est de 1,3/4 pour les soutiens-gorge adaptés et 1,8/4 dans notre étude. A J4 il a 2/4 de moyenne pour le score relatif à l'écoulement de lait pour les soutiens-gorge adaptés et pour notre étude également.

Cependant à J9 on remarque que nous avons toujours une moyenne à 2/4 alors qu'elle est descendue à 1/4 pour les soutiens-gorge adaptés. Ces résultats ne sont pas en accord avec l'étude de Kouchenour (29), affirmant que grâce au port du soutien-gorge en permanence et à la non stimulation, dans 60 à 70% du temps il y avait inhibition de la lactation.

Notre hypothèse « Le port du soutien-gorge nuit et jour diminue le risque de congestion mammaire », n'est donc pas confirmée au vu des résultats de notre étude. Cependant, le port continu d'un soutien-gorge plus adapté réduirait la durée des symptômes.

2.4 Homéopathie

Lors du rappel téléphonique à J15, 54% des patientes avaient pris un traitement homéopathique en prophylaxie d'une montée de lait. Les résultats de notre étude n'ont pas montré d'efficacité de la prise en charge de l'inhibition de la lactation par le traitement homéopathique. Cependant nous avons pu constater que le traitement homéopathique n'était pas commencé dans les 24 heures suivant l'accouchement comme recommandé par le réseau sécurité naissance en juillet 2013. Nous n'avons pas retrouvé d'étude comparant traitement homéopathique seulement et absence de traitement pour évaluer l'efficacité de l'homéopathie.

En 2001, l'association AINS/homéopathie et AINS/ placebo a prouvé une efficacité significative de l'homéopathie associée à l'AINS par rapport à l'AINS seul, sur la douleur et la tension mammaire dans les premiers jours suivant l'accouchement (21). La différence de l'efficacité entre allopathie et homéopathie a également été évaluée, montrant une efficacité nettement supérieure pour les traitements inhibiteurs médicamenteux tels que le Parlodel ®(22). Cependant le nombre d'effets indésirables est à l'inverse supérieur lors du traitement médicamenteux.

Notre hypothèse « L'homéopathie pour l'inhibition de la lactation est une alternative efficace », n'est pas confirmée suite à cette étude.

2.5 Satisfaction

La satisfaction des patientes est un critère subjectif qui nous permet d'analyser nos pratiques et de les faire progresser.

La moyenne de la satisfaction concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation quinze jours après l'accouchement est de 4,5/10. Cette moyenne est principalement due à la prévention et l'explication de la montée de lait, jugées insatisfaisantes par les patientes.

Dans l'étude menée en 2013 au CHU d'Angers, ayant choisi ou non un traitement inhibiteur médicamenteux, seulement 17% des patientes étaient peu satisfaites ou mécontentes(26). Cela montre que le choix de prendre ou non un traitement inhibiteur, avec exposition des risques, permet aux patientes d'être plus satisfaites.

Après analyse statistique, on remarque que l'importance des signes cliniques ressentis dans les 15 jours est également corrélée à la satisfaction. En effet, il y a une moyenne significativement supérieure pour les patientes ayant eu un succès partiel de l'inhibition (5,4/10) par rapport à celle ayant eu un échec total (3,7/10). L'évaluation de la satisfaction corrélée aux signes cliniques et à l'inconfort a également été prouvée lors d'une étude comparant traitement inhibiteur médicamenteux et méthodes alternatives. En comparant avec chaque symptôme séparément, on remarque que la douleur est significativement responsable d'une moyenne générale basse (4,5/10), contrairement à ce qui avait été prouvé au CHU de Toulouse en 2008. L'écoulement de lait et les tensions mammaires n'influencent pas les patientes dans leur satisfaction.

Le jour de la sortie influence également la note de la satisfaction. Même si ces chiffres ne sont pas significatifs, nous avons remarqué que les patientes qui étaient sortie à J3, et donc avant l'intensité maximale des symptômes, avaient une satisfaction égale à 3,7/10 contre 4,8/10 pour celles sorties à J4 ou au-delà de J4.

Notre hypothèse : « malgré l'absence de traitement inhibiteur les patientes tolèrent bien une montée de lait» n'est pas confirmée. En effet l'absence d'explication et de prévention expliquerait l'insatisfaction des patientes concernant la prise en charge de la lactation.

2.5 Fin de la montée de lait

Nous pouvons remarquer que la montée de lait se termine, dans la plupart des cas, avant J15, avec l'aide seulement de méthodes alternatives ou homéopathiques. La théorie dit que dans les 7 à 14 jours après l'accouchement il y a diminution de l'évacuation du lait (28), lorsqu'il n'y a pas de stimulation. Cette diminution des symptômes avant J15 confirme donc la théorie.

A la fin de notre étude, au bout de 21 jours, nous pouvons affirmer qu'il n'y a eu aucun cas de complications mammaires, malgré le faible effectif final (n=83). En effet nous n'avons eu aucune consultation aux urgences pour abcès ou mastite une fois le retour à domicile. Ce qui confirme notre hypothèse qui était : « Il n'y a pas plus de cas de complications (abcès, mastites...) avec les méthodes alternatives ». Ce qui rassure sur le fait

qu'une montée de lait reste physiologique et non dangereuse, contrairement aux traitements inhibiteurs.

3. Ce que l'on peut proposer

3.1 Informations

Il est certain que les traitements utilisés ces dernières années sont très efficaces dans l'inhibition de la montée de lait. Mais nous avons pu constater que les effets secondaires et les effets indésirables graves ne sont pas négligeables et ont remis en cause leur utilisation. C'est pourquoi il a fallu, aux équipes soignantes changer de pratiques et trouver une alternative.

L'abstention thérapeutique étant recommandée et mise en place dans toutes les maternités de France depuis quelques mois, il faut maintenant en informer les patientes. Depuis la fin de la prescription de traitements inhibiteurs médicamenteux, une plaquette d'informations a été mise à disposition de l'équipe médicale pour la distribuer aux patientes concernées. En effet, nous venons de comprendre précédemment que le regret principal des patientes était la non-information de ce qui pouvait se passer en cas d'absence thérapeutique. Ces nouvelles recommandations sont récentes, et donc il est important d'expliquer aux patientes pourquoi elles n'ont plus le droit à ces traitements qu'elles ont peut être connus pour les grossesses précédentes.

Il faut également les informer du fait que cette montée de lait peut survenir à la maternité ou bien après la maternité, qu'elles auront probablement des douleurs, que cela va être inconfortable, etc... afin qu'elles soient préparées à mieux vivre cette montée de lait non désirée initialement.

La cohérence des propos au sein-même de l'équipe médicale est primordiale pour conseiller et mettre en place différentes méthodes alternatives pour inhiber la lactation. Les sages-femmes libérales vont également avoir un rôle important lors des séances de préparation à l'accouchement. Dorénavant, il leur faudrait préparer les futures accouchées qui souhaitent donner le biberon à une potentielle montée de lait ainsi qu'à une reconnaissance des symptômes et les mesures à mettre en œuvre pour être soulagées.

3.2 Pratiques

En plus des explications et des informations adaptées aux circonstances, il faut actuellement promouvoir l'utilisation de moyens locaux ou autres méthodes permettant de soulager la douleur. Il est vrai que la montée de lait n'est pas une pathologie mais un

événement physiologique et spontané, mais il est possible d'appliquer des méthodes permettant de soulager la douleur et limiter l'intensité des symptômes.

Afin d'éviter une stimulation des mamelons il est important de conseiller aux patientes de porter leur soutien-gorge dès le jour de l'accouchement et de le porter jour et nuit. Il est important, comme vu précédemment dans notre étude, de porter un soutien-gorge bien adapté et efficace. Il serait intéressant de proposer aux patientes le port d'un soutien-gorge de contention pour diminuer les symptômes en intensité et dans le temps. Attention à ne pas confondre avec le bandage des seins, pratiqué autrefois, mais qui se révèle être plus douloureux et désagréable que l'absence de bandage.

L'homéopathie n'a pas montré d'efficacité dans notre étude, cependant on sait qu'associée à des AINS systématiquement, le résultat est meilleur pour la prise en charge de la douleur. Il serait peut être intéressant de proposer aux patientes souhaitant prendre un traitement homéopathique l'association avec un AINS dans les premiers jours. En effet les AINS sur une durée de quelques jours et en l'absence de CI et en respectant les précautions d'emploi peuvent être utilisés.

Il est également important de soulager la douleur avec un antalgique, tel que le paracétamol par exemple, ou d'autres méthodes comme la glace ou la vidange des seins sous une douche chaude. Cette alternative aux traitements médicamenteux inhibiteurs doit être proposée le plus tôt possible avant que la douleur ne s'installe. Cette prise en charge de la douleur permettra probablement aux patientes d'avoir un meilleur vécu de leur montée de lait.

CONCLUSION

Les pratiques concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation ont fortement évolué ces dernières années. Les accidents survenus à la suite de l'utilisation des traitements inhibiteurs tels que la bromocriptine, sont responsables de plus en plus de l'abstention thérapeutique dans les maternités de France.

L'étude que nous avons réalisée au Chu d'Angers montre qu'il y a une congestion mammaire plus ou moins importante chez toutes les patientes en cas d'absence de traitement inhibiteur de la lactation. Les différents signes cliniques ressentis dans les quinze jours suivant l'accouchement, sont désagréables et surprenants pour ces jeunes mamans non préparées à vivre une montée de lait. Cependant l'absence de complications graves à cette montée lactée est rassurante. La mauvaise satisfaction des patientes nous amène à penser à de nouvelles alternatives pour soulager les patientes et à mieux les informer et les accompagner.

Nous pouvons promouvoir un accompagnement à domicile pour les patientes sortantes à J3. Les sages-femmes, les gynécologues, les médecins généralistes peuvent assurer un suivi et proposer un relai du soin et de l'information une fois le retour à domicile pour satisfaire au mieux les femmes non allaitantes.

Bibliographie

1. OMS | Allaitement maternel [Internet]. [cité 17 mars 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/
2. Epidemiologie de l'allaitement | Autres textes LLL [Internet]. Disponible sur: <http://www.lllfrance.org/Autres-textes-LLL/Epidemiologie-de-l-allaitement-Allaitement-et-contraception.html>
3. A. de la BOURDONNAYE, H. THIERY, B. BRANGER, RSN. Inhibition de la montée laiteuse. 2013.
4. Bonet; Foix L'Hélias; Blondel. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003 [Internet]. 2003 Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com.buadistant.univ-angers.fr/science/article/pii/S0929693X08003072>
5. Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat J., Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. Arch Pédiatrie. janv 2003;10(1):19-24.
6. Gojard S. Persée : Portail de revues en sciences humaines et sociales [Internet]. 1998. Disponible sur: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/caf_1149-1590_1998_num_53_1_1823
7. Recommandations Allaitement.doc - Allaitement_recos.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
8. Dr MC G. Embryologie et développement du sein [Internet]. Disponible sur: <http://www.med.univ-rennes1.fr/cerf/edicerf/immam/rennes/006.html>
9. Physiologie de la lactation. UVMaF; 2011.
10. Dossier > Le sein et ses différents types de cancers [Internet]. Disponible sur: <http://www.futura-sciences.com/magazines/sante/infos/dossiers/d/medecine-cancer-sein-1154/page/2/>
11. Lansac J. Obstétrique. Elsevier Masson S.A.S. 2008. 497 p.
12. Microsoft Word - MASTITE French 21 Jan .doc - WHO_FCH_CAH_00.13_fre.pdf [Internet]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_00.13_fre.pdf
13. Microsoft Word - Poly Gyn-Obst 05 XP.doc - allaitement_complications.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www-ulpmmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/obstetrique/allaitement_complications.pdf
14. DOULEUR EN OBSTETRIQUE - tbpvoea15lzososplf80ye4qiss9ze-org.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/h1/tbpvoea15lzososplf80ye4qiss9ze-org.pdf>
15. Dictionnaire Vidal. 2013.

16. Bromocriptine (Parlodel® et Bromocriptine Zentiva®) : le rapport bénéfice/risque n'est plus favorable dans l'inhibition de la lactation - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Bromocriptine-Parlodel-R-et-Bromocriptine-Zentiva-R-le-rapport-benefice-risque-n-est-plus-favorable-dans-l-inhibition-de-la-lactation-Point-d-information/\(language\)/fre-FR](http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Bromocriptine-Parlodel-R-et-Bromocriptine-Zentiva-R-le-rapport-benefice-risque-n-est-plus-favorable-dans-l-inhibition-de-la-lactation-Point-d-information/(language)/fre-FR)
17. Inhibition de la lactation : fin de la bromocriptine, longue vie à la cabergoline ? - 1-s2.0-S1297958913003834-main.pdf [Internet]. L. Sentilhes; P. Jeanneteau; M-B Mercier; P. Descamps
18. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. In: The Cochrane Collaboration, Oladapo OT, éditeurs. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009. Disponible sur: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/cd005937/fr/index.html
19. Mirkou. Pratiques de prescription des dérivés de l'ergot de seigle dans l'inhibition de la lactation en France [Internet]. 2011 Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com.buadistant.univ-angers.fr/science/article/pii/S0368231511001645>
20. Protocoles en gynécologie obstétrique. Masson. Issy-les'moulineaux; 2007.
21. Berrebi A. traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat. Gynecol Obstet Reprod; 2001.
22. Harlory A. Inhibition de la lactation : allopathie ou homéopathie? 2012. Mémoire Sage-femme
23. STEPHAN_mastite.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.meridiens.org/acuMoxi/dixtrois/STEPHAN_mastite.pdf
24. PrescrireAM.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.rpfc.fr/espacepro/wp-content/pdf/PrescrireAM.pdf>
25. La situation périnatale en France en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale - er775-2.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf>
26. GUINEHEUX C. Évaluation de la prise en charge de la congestion mammaire chez les femmes qui n'allaitent pas. 2012. Mémoire sage-femme
27. Rolland, G Piscitelli, C Ferrari, and A, The Cochrane Collaboration. Single dose cabergoline versus bromocriptine in inhibition of puerperal lactation: randomised, double blind, multicentre study. BMJ volume 32; 1991.
28. Kathy Swift. Breast Binding . . . Is It All That It's Wrapped Up To Be? JOGNN Clin Res. juin 2003;32(3):9.
29. Kouchenour. Lactation suppression. déc 1980;(23):1045-59.

ANNEXES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Etude de la montée lactée chez les femmes non allaitantes

Promoteur : CHU d'Angers - 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9

Investigateurs coordonnateurs : Pauline DURAND (ESF5), Dr Mercier, Dr Pauline Jeanneteau

Nom du patient :

N° :

Prénom du patient :

Adresse :

Date de naissance : |__|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

Numéro de téléphone :

L'étudiante sage-femme : Pauline DURAND

CHU d'Angers Service : Ecole de sages-femmes d'Angers

Adresse : Ecole de sages-femmes, C.H.U. Angers 4 rue Larrey 49000 Angers Tél : 02.41.35.32.32

M'a proposée de participer à l'étude clinique : Etude de la montée lactée chez les femmes non allaitantes

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présentée l'étude. J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. J'ai compris que les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étudiant(e) sage-femme de l'étude, mandatées par le promoteur ou les représentants des autorités de santé. J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi Informatique et liberté. J'ai été informée de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme de l'étude.

J'accepte de participer à « étude de la montée lactée chez les femmes non allaitantes »

Investigateur		Patient	
Nom, prénom	Durand Pauline	Nom, prénom	
Date		Date	
Signature		Signature	

Annexe II : Lettre d'information destinée à la patiente

Etude de la montée lactée chez les femmes non allaitantes

Pour la réalisation de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme j'ai décidé de faire une étude qui se déroule sur trois mois. Cette étude va chercher à évaluer, chez les femmes qui n'allaitent pas et qui n'ont pris aucun traitement pour inhiber la montée de lait, le ressenti et la gêne pendant les trois semaines qui suivent l'accouchement.

Vous avez accepté de participer à cette étude qui se déroule en différentes étapes. Afin d'être le plus précis possible pour cette étude, qui dure 21 jours, vous devrez remplir tous les jours à partir du jour de votre accouchement un tableau avec cinq questions.

En parallèle de ce tableau il y a trois étapes :

Première étape : Répondre au questionnaire au troisième jour après l'accouchement (J3), ci-joint. Vous remettrez ce questionnaire à la sage-femme avant ou au moment de la sortie.

Deuxième étape : Appel téléphonique au 15ème jour après l'accouchement (J15). Au téléphone vous répondrez à mes questions qui porteront principalement sur votre vécu et vos inconforts depuis l'accouchement.

Troisième étape : Appel téléphonique au 21ème jour après l'accouchement (J21). Les questions seront très similaires à l'entretien téléphonique de J15. Je vous demanderai également de me lire le tableau que vous aurez rempli quotidiennement depuis le jour de votre accouchement.

Si vous avez des questions ou des remarques à faire au cours de votre séjour vous pouvez en parler à la sage-femme du service qui m'en fera part. Si ces interrogations surviennent une fois le retour à domicile vous pouvez me joindre par mail à l'adresse suivante : pdurand49@gmail.com, je répondrai le plus rapidement possible.

Je vous remercie sincèrement d'accepter de participer à l'étude en cours, et reste disponible pour répondre au mieux à vos questions.

Pauline DURAND

étudiante sage-femme 5ème année

Annexe III : Questionnaire de J3 à J21 + tableau pour les symptômes

INHIBITION DE LA LACTATION

Questionnaire J0

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Nationalité : _____

ATCD médicaux :

- diabète : oui non
 - hypertension artérielle : oui non
 - ATCD de maladies thromboemboliques : oui non
 - dépression : oui non
 - autres pathologies psychiatriques : oui non

Si oui en clair :

- tabagisme : oui non

Poids en début de grossesse

Taille du bonnet en début de grossesse :

Taille du tour de poitrine en début de grossesse :

ATCD gynécologiques :

- chirurgie mammaire : oui non

Si oui, unilatéral ou bilatéral

Si oui, indication en clair : réduction mammaire, adénofibrome, cancer, microcalcification, abcès, maladie de Paget

Si oui, technique en clair : tumorectomie, mammectomie, ganglion sentinelle, curage axillaire

- infections mammaires : oui non

Si oui, en clair :

ATCD obstétricaux :

Gestité :

Parité :

ATCD de césariennes :

Si oui, nombre :

Grossesse actuelle :

- HTA, pré-éclampsie : oui non

- diabète gestationnel : oui non

- dernière valeur du taux d'hémoglobine : oui non

- dernière valeur du taux d'hématocrite : oui non

- autres (préciser):

Taille du bonnet au 9ème mois de grossesse :

Taille du tour de poitrine au 9ème mois de grossesse :

Accouchement :

- terme de l'accouchement : __ SA et __ jours

- voie d'accouchement : voie basse césarienne

- extraction instrumentale : oui non

- épisiotomie : oui non

- hémorragie du postpartum : oui non

Si oui, pertes sanguines totales:

- autres complications de l'accouchement : oui non

Si oui, préciser :

Nouveau-né :

- poids de naissance :
- Score d'Apgar < 7 à 5 minutes : oui non
- pH au cordon < 7,00 : oui non
- tétée d'accueil : oui non

Examen clinique à J0 :

- Poids :
- Taille :
- IMC :

Raisons de l'allaitement artificiel :

- choix de la patiente
- choix du couple
- refus du conjoint de l'allaitement maternel (=choix du conjoint)
- souhait de faire participer le conjoint en donnant le biberon
- manque de soutien de la part de l'entourage
- manque d'informations médicales sur l'allaitement maternel
- reprise rapide du travail
- préoccupation d'ordre esthétique
- tabagisme

- contre-indications médicales (préciser) :

- autres (préciser) :

Portez-vous les mêmes soutiens-gorge qu'avant votre grossesse ? oui non

Taille du bonnet en postpartum immédiat :

Taille du tour de poitrine en postpartum immédiat:

Questionnaire à J3

Présence et intensité des symptômes liés à l'absence d'inhibition de la lactation (au vu du calendrier journalier rempli par la patiente) :

Intensité des symptômes	Ecoulement spontané de lait	Douleur mammaire	Engorgement mammaire
Aucun	Aucun	Aucune	Aucun
Léger	Quelques gouttes pendant 3 jours ou moins de 3 jours	Supportable	Tension mammaire uniquement à la palpation
Modéré	Quelques gouttes pendant plus de 3 jours ou écoulement important pendant 3 jours ou moins	Difficilement tolérable	Tension mammaire ressentie par la patiente et supportable
Sévère	Ecoulement important pendant plus de 3 jours	Prise de traitement antalgique nécessaire	Tension mammaire invalidante dans les activités de la vie quotidienne

Inhibition de la lactation	Succès complet	Succès partiel	Echec
----------------------------	----------------	----------------	-------

Recours à un traitement pour la prise en charge d'un de ces symptômes :

- antalgiques :

- anti-inflammatoires :

- dérivés d'ergot de seigle en seconde intention :

- homéopathie :

- autres mesures non médicamenteuses :

Si oui, préciser :

Port d'un soutien-gorge :

- uniquement le jour :

- jour et nuit :

- durée moyenne en heures par jour du port du soutien-gorge dans les 3 derniers jours:

Globalement, à combien évaluez-vous en moyenne l'inconfort que vous avez ressenti, occasionné par votre soutien-gorge, depuis la naissance de votre enfant, sur une échelle de 0 à 10 (0 étant un confort maximal et 10 un inconfort maximal).

Avez-vous remarqué la survenue d'une éruption cutanée en regard de l'aire de votre soutien-gorge depuis la naissance de votre enfant ? Si oui, à combien estimez-vous la gêne occasionnée par cette éruption cutanée sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucune gêne et 10 une gêne maximale).

Avez-vous arrêté définitivement et/ou temporairement (au moins pendant 48h) de porter le soutien-gorge prématurément depuis la naissance de votre enfant ?

Si oui, est-ce en raison (plusieurs réponses possibles)

- d'un inconfort lié au soutien-gorge ?
- d'une douleur liée au soutien-gorge ?
- de la survenue d'une éruption cutanée gênante ?
- de l'absence d'efficacité ressentie
- d'une complication infectieuse
- Autre (en clair) :

Questionnaire à la sortie

Survenue d'une infection mammaire pendant le séjour : oui non

- si oui, préciser le traitement :

Survenue d'une autre complication mammaire pendant le séjour à la maternité : oui non

- si oui, préciser quel type de complication :

- si oui, préciser le traitement :

Durée d'hospitalisation de la patiente :

Hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie :

- si oui, préciser la durée :

- si oui, préciser la raison :

Hospitalisation du nouveau-né en réanimation néonatale :

- si oui, préciser la durée :

- si oui, préciser la raison :

Questionnaire à J15

Présence et intensité des symptômes liés à l'absence d'inhibition de la lactation (en fonction du calendrier journalier rempli par la patiente):

Intensité des symptômes	Ecoulement spontané de lait	Douleur mammaire	Engorgement mammaire
Aucun	Aucun	Aucune	Aucun
Léger	Quelques gouttes pendant 3 jours ou moins de 3 jours	Supportable	Tension mammaire uniquement à la palpation
Modéré	Quelques gouttes pendant plus de 3 jours ou écoulement important pendant 3 jours ou moins	Difficilement tolérable	Tension mammaire ressentie par la patiente et supportable
Sévère	Ecoulement important pendant plus de 3 jours	Prise de traitement antalgique nécessaire	Tension mammaire invalidante dans les activités de la vie quotidienne

Inhibition de la lactation	Succès complet	Succès partiel	Echec
----------------------------	----------------	----------------	-------

Recours à un traitement pour la prise en charge d'un de ces symptômes :

- antalgiques :
- anti-inflammatoires :
- dérivés d'ergot de seigle en seconde intention :
- homéopathie :
- autres mesures non médicamenteuses :

Si oui, préciser :

Port d'un soutien-gorge :

- uniquement le jour : oui non

- jour et nuit : oui non

- durée moyenne en heures par jour du port du soutien-gorge : ___ h/jour entre J4 et J14

Globalement, à combien évaluez-vous en moyenne l'inconfort que vous avez ressenti, occasionné par votre soutien-gorge, depuis la naissance de votre enfant, sur une échelle de 0 à 10 (0 étant un confort maximal et 10 un inconfort maximal).

Avez-vous remarqué la survenue d'une éruption cutanée en regard de l'aire de votre soutien-gorge depuis la naissance de votre enfant ? Si oui, à combien estimatez-vous la gêne occasionnée par cette éruption cutanée sur une échelle de 0 à 10 (0 étant aucune gêne et 10 une gêne maximale).

Avez-vous arrêté définitivement et/ou temporairement (au moins pendant 48h) de porter le soutien-gorge prématurément depuis la naissance de votre enfant ?

Si oui, est-ce en raison (plusieurs réponses possibles)

- d'un inconfort lié au soutien-gorge ?
- d'une douleur liée au soutien-gorge ?
- de la survenue d'une éruption cutanée gênante ?
- de l'absence d'efficacité ressentie ?
- d'une complication infectieuse ?
- autre (en clair) ?

Avez-vous changé vos soutiens-gorge depuis votre accouchement ? oui non

Si oui, préciser la raison :

Degré de satisfaction concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation (0 : je ne suis pas satisfaite du tout et 10 : je suis très satisfaite) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Survenue d'une complication mammaire depuis la sortie de la maternité : la patiente a-t-elle consulté son médecin traitant ou une sage-femme, ou est-elle venue aux urgences pour une complication mammaire ? oui non

- si oui, préciser quel type de complication :

- si oui, préciser le traitement :- si oui, préciser le jour (J5 ?, J7 ?) :

Questionnaire à J21

Présence et intensité des symptômes liés à l'absence d'inhibition de la lactation (en fonction du calendrier journalier rempli par la patiente) :

Intensité des symptômes	Ecoulement spontané de lait	Douleur mammaire	Engorgement mammaire
Aucun	Aucun	Aucune	Aucun
Léger	Quelques gouttes pendant 3 jours ou moins de 3 jours	Supportable	Tension mammaire uniquement à la palpation
Modéré	Quelques gouttes pendant plus de 3 jours ou écoulement important pendant 3 jours ou moins	Difficilement tolérable	Tension mammaire ressentie par la patiente et supportable
Sévère	Ecoulement important pendant plus de 3 jours	Prise de traitement antalgique nécessaire	Tension mammaire invalidante dans les activités de la vie quotidienne

Inhibition de la lactation	Succès complet	Succès partiel	Echec
----------------------------	----------------	----------------	-------

Recours à un traitement pour la prise en charge d'un de ces symptômes :

- antalgiques :
- anti-inflammatoires :
- dérivés d'ergot de seigle en seconde intention :
- homéopathie :
- autres mesures non médicamenteuses :

Si oui, préciser :

Arrêt du port d'un soutien-gorge comme préconisé à J15 ?

Si non : pourquoi :

- Oubli :

- Confort personnel :

- Autre :

Si port d'un soutien-gorge :

- uniquement le jour :

- jour et nuit :

- durée moyenne en heures par jour du port du soutien-gorge : ___ h/jour entre J15 et J21

Avez-vous changé vos soutiens-gorge depuis votre accouchement ? oui non

Si oui, préciser la raison :

Degré de satisfaction concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation (0 : je ne suis pas satisfaite du tout et 10 : je suis très satisfaite):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Survenue d'une complication mammaire depuis la sortie de la maternité : la patiente a-t-elle consulté son médecin traitant ou une sage-femme, ou est-elle venue aux urgences pour une complication mammaire ? oui non

- si oui, préciser quel type de complication :

- si oui, préciser le traitement :

CALENDRIER

Chaque jour, vous devrez remplir ce calendrier afin de répondre au mieux aux questions qui vous seront posées lors des deux entretiens téléphoniques qui auront lieu au 15^{ème} jour et au 21^{ème} jour après votre accouchement.

1/ Avez-vous remarqué aujourd'hui un écoulement spontané de lait ?

- a) Non, aucun
- b) Oui, quelques gouttes pendant 3 jours ou moins de 3 jours
- c) Oui, quelques gouttes pendant plus de 3 jours ou écoulement important pendant 3 jours ou moins
- d) Oui, un écoulement important pendant plus de 3 jours

2/ Avez-vous ressenti aujourd'hui une douleur au niveau de vos seins ?

- a) Non, aucune
- b) Oui, mais supportable
- c) Oui, et difficilement tolérable
- d) Oui, vous obligeant à prendre un traitement contre la douleur

3/ Avez-vous remarqué aujourd'hui que vos seins étaient tendus ?

- a) Non
- b) Uniquement lorsque vous les palpez
- c) Oui, vous sentez que vos seins sont plus tendus, mais c'est supportable
- d) Oui, et cela est invalidant dans les activités de la vie quotidienne

4/ Combien de temps en moyenne avez-vous porté votre soutien-gorge aujourd'hui ? (en heures)

5/ Avez-vous consulté aujourd'hui votre médecin traitant ou votre sage-femme, ou vous êtes-vous présenté aux urgences pour un problème concernant l'inhibition de la lactation ?

	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21
Avez-vous remarqué ce jour un écoulement spontané de lait ?																						
Non, aucun																						
Oui, quelques gouttes pendant 3 jours ou moins de 3 jours.																						
Oui, quelques gouttes pendant plus de 3 jours ou un écoulement important pendant 3 jours ou moins de 3 jours																						
Oui, un écoulement important pendant plus de 3 jours.																						
Avez-vous ressenti ce jour une douleur au niveau de vos seins?																						
Non, aucune																						
Oui, mais supportable																						
Oui, difficilement tolérable.																						
Oui, vous obligeant à prendre un traitement contre la douleur																						

	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19	J20	J21
Avez-vous remarqué ce jour que vos seins étaient tendus ?																						
Non																						
Uniquement lorsque vous les palpez.																						
Oui, vous sentez vos seins plus tendus, mais cela ne vous gêne pas.																						
Oui, et cela est invalidant dans les activités quotidiennes.																						
Temps de port du soutien-gorge aujourd'hui, en heures.																						
Avez-vous consulté ce jour pour un problème au niveau de vos seins ?																						