

UNIVERSITÉ D'ANGERS  
UFR MÉDECINE  
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES RENÉ ROUCHY

Diplôme d'État de Sage-femme

**Évaluation de la prise en charge de la  
congestion mammaire  
chez les femmes qui n'allaitent pas.**

Étude prospective au CHU d'Angers.

Camille GUINEHEUX

Année 2013

Sous la direction de : Dr Marie-Bénédicte MERCIER

## ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné(e) Camille Guineheux, 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 :

Cet engagement de non plagiat doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers, mémoires.

Je remercie,

Dr Marie-Bénédicte MERCIER, médecin hospitalier, qui m'a accompagnée dans l'élaboration de ce Mémoire,

Mme Brigitte GOICHON, enseignante sage-femme, pour ses conseils,

les sages-femmes, étudiants sages-femmes, externes et internes qui ont participé à la diffusion de mes questionnaires,

toutes les patientes ayant accepté de participer à cette étude,

ma famille et mes amis qui m'ont soutenue pendant mes études.

# SOMMAIRE

<b>Abréviations.....</b>	<b>6</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>7</b>
<b>Généralités.....</b>	<b>8</b>
I - Choix du type d'allaitement.....	8
1 - Un peu d'histoire.....	8
2 - Taux d'allaitements artificiel et maternel.....	9
3 - Choisir d'allaiter ou non.....	10
4 - Contre-indications à l'allaitement maternel.....	12
II - Physiologie de la lactation.....	12
1 - Anatomie du sein.....	12
2 - Différentes phases de la lactation.....	13
3 - Congestion mammaire en cas d'allaitement maternel.....	15
4 - Complications.....	16
III - Accompagnement d'une patiente qui n'allait pas.....	17
1 - Médicaments inhibiteurs de la lactation.....	17
2 - Alternatives.....	24
IV - Recommandations et pratiques.....	29
1 - Recommandations des autorités de santé.....	29
2 - Pratiques.....	31
<b>Matériel et méthode.....</b>	<b>34</b>
I - Matériel.....	34
1 - Population étudiée.....	34
2 - Constitution de l'échantillon.....	34
II - Méthode.....	35
1 - Mise en place de l'étude.....	35
2 - Paramètres étudiés.....	35
3 - Exploitation des données.....	36

<b>Résultats.....</b>	<b>37</b>
I - Étude de l'échantillon.....	37
1 - Renseignements généraux.....	37
2 - Tétée d'accueil.....	40
3 - Prise en charge de la congestion mammaire.....	41
4 - Signes cliniques de congestion mammaire.....	43
5 - Satisfaction à la sortie de la maternité.....	44
6 - Déroulement au retour à domicile.....	45
II - Comparaison des variables de l'étude.....	51
1 - Particularités du groupe re-contacté.....	51
2 - Évolution selon traitement préventif reçu.....	52
3 - Date de début du traitement.....	54
4 - Évolution selon le critère de choix du type d'allaitement.....	56
5 - Évolution selon les antécédents d'allaitement.....	57
6 - Évolution en cas de tétée d'accueil.....	59
7 - Efficacité des alternatives aux traitements préventifs.....	61
8 - Efficacité du traitement curatif reçu.....	62
9 - Satisfaction des patientes.....	64
III - Comparaison des trois périodes de l'étude.....	66
 <b>Analyse et discussion.....</b>	 <b>68</b>
I - Critique de l'étude.....	68
II - Rappel des résultats.....	70
III - Reprise des hypothèses.....	77
IV - Quel accompagnement proposer ?.....	79
 <b>Conclusion.....</b>	 <b>82</b>
 <b>Bibliographie.....</b>	 <b>83</b>
 <b>Annexes.....</b>	 <b>87</b>

# ABRÉVIATIONS

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

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**CH** : Centre Hospitalier

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CNGOF** : Collège National des Gynécologues - Obstétriciens Français

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HTA** : Hypertension artérielle

**IDM** : Infarctus du Myocarde

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**IMG** : Interruption Médicale de Grossesse

**MFIU** : Mort foetale in utero

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**SA** : Semaines d'aménorrhée

**VIH** : Virus de l'Immuno-déficience Humaine

# INTRODUCTION

Aujourd'hui, en France, près d'une femme sur deux n'allait pas son enfant, que ce soit par choix ou par obligation. La congestion mammaire, appelée aussi "montée de lait", est un phénomène physiologique très attendu lors d'un allaitement, mais il devient alors gênant voire douloureux pour la femme non allaitante.

Depuis de nombreuses années, des techniques médicamenteuses sont donc testées et mises en place afin d'inhiber cette lactation non souhaitée. Cependant, ces thérapeutiques sont loin d'être d'une totale innocuité, elles sont de plus en plus controversées car des effets indésirables rares mais graves peuvent être observés. C'est suite à deux cas d'accidents vasculaires graves liés à ces thérapeutiques que la maternité du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a revu ses protocoles de prise en charge de la lactation non souhaitée dans le post-partum immédiat.

Dans un contexte général de remise en question à propos de cette prise en charge, nous avons souhaité faire le point sur la pratique hospitalière et son efficacité concernant l'accompagnement de la congestion mammaire chez les femmes qui n'allaitent pas au CHU d'Angers.

Après quelques rappels sur les questions de la physiologie de la lactation, du choix de l'allaitement artificiel et des différentes méthodes d'inhibition de la lactation, nous avons exposé la méthodologie de notre étude et ses résultats. Enfin, nous avons interprété ces résultats afin de proposer des pistes de réflexion et des solutions d'amélioration.

# GÉNÉRALITÉS

## I - Choix du type d'allaitement

### 1 - Un peu d'histoire

#### Les nourrices

Depuis longtemps déjà en Occident, l'allaitement du nouveau-né par sa mère n'est pas systématique. Dans l'Antiquité, les femmes les plus aisées étaient nombreuses à confier leur enfant à une nourrice afin d'être plus disponibles aux travaux ménagers et aux devoirs conjugaux. Au Moyen-Age et jusqu'à l'ère industrielle, il était coutumier pour les femmes nobles de confier leur enfant à une nourrice de famille bourgeoise qui confiait le sien à une nourrice plus pauvre. Ce système de « délégations nourricières » permettait, d'une part, aux femmes aisées d'être dispensées d'allaiter et, d'autre part, aux nourrices de recevoir quelques sous. Éloigner l'enfant permettait aussi de ne pas trop s'y attacher et de le rendre plus « robuste » [1].

#### L'entrée en scène du lait artificiel

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, face à un grand nombre d'abandons d'enfants, les hôpitaux publics usent des services de nourrices recrutées parmi les classes sociales les plus pauvres et soumises à des règles de vie strictes. Ainsi, pour pallier cette demande croissante, la recherche médicale va travailler à l'étude, la complémentation et l'utilisation du lait de vache comme substitut du lait de mère. Enfin, à partir de 1864, la pasteurisation permettra de sécuriser ce mode d'alimentation. L'allaitement artificiel devient alors une science enseignée aux personnels hospitaliers [1].

#### Évolution des modes et des mœurs

En 1865, M. Liebig invente le premier lait artificiel pour enfant, il sera ensuite suivi par M. Nestlé puis par d'autres nombreux fabricants. L'avènement du lait en poudre s'est rapidement accompagné d'une pression commerciale, les industries s'efforçant à se surpasser les unes les



autres en terme de qualité du lait produit. Elles mettent à la portée de toutes la possibilité de conquérir leur liberté en se délivrant des contraintes de l'allaitement. Les mouvements féministes initiés dans les années 1960-1970 expriment la volonté des femmes à devenir l'égale de l'homme dans leur vie professionnelle, familiale et sexuelle, à devenir des « femmes modernes ». Se délester des affectations traditionnelles de la mère est donc devenu une preuve d'épanouissement [2;3].

Parallèlement, depuis 1970, la recherche médicale publie de multiples études au sujet du type d'allaitement, que ce soit pour vanter les mérites du lait maternel ou du lait artificiel. Dans les années 1980, des groupes, comme celui de *La Leche League*, viennent mettre en avant les bienfaits de l'allaitement maternel, tant pour la santé que pour la relation mère-enfant [1].

Cependant, une trentaine d'années après les mouvances féministes, les valeurs associées à la féminité ont encore évolué. Les femmes souhaitent vivre pleinement leur maternité, non pas comme un asservissement mais plutôt comme source d'épanouissement. L'importance de la relation mère-enfant est remise en avant et le rôle de mère n'est plus considéré comme incompatible avec la vie sociale et professionnelle. La « femme moderne » a donc maintenant pour tâche de savoir équilibrer ses différentes vies sans renoncer à l'une d'entre-elles [3].

À l'heure actuelle, les politiques de santé en France et dans le monde ont tendance à encourager l'allaitement maternel, car plus économique et meilleur pour la santé de la mère et de l'enfant. Cependant, tout en informant sur les bienfaits de l'allaitement et en l'encourageant, il est un devoir pour les professionnels de santé d'accompagner toutes les femmes qui ne souhaitent ou ne peuvent allaiter sans les stigmatiser ni les culpabiliser [3].

## **2 - Taux d'allaitements artificiel et maternel**

En France, le taux d'allaitement maternel initié à la sortie de maternité est le plus bas d'Europe. En Belgique, en Espagne et au Royaume-Uni, les moyennes nationales sont d'environ 70% d'allaitement maternel. Les pays nordiques (Allemagne, Danemark, Islande, Lituanie, Suède, Norvège) sont ceux comptant le plus fort pourcentage (plus de 90%) d'allaitement maternel, ce taux atteignant 99% en Norvège [4].

Cependant, selon les enquêtes nationales périnatales effectuées de 1995 à 2010, le taux d'allaitement maternel en France a fortement augmenté, passant de 40% en 1995 à 60% en 2010. Le taux d'allaitement artificiel en 2010 était de 31% (48% en 1995), le reste étant des allaitements mixtes [5].

De plus, le taux d'allaitement n'est pas identique selon les régions françaises, Paris (68% d'allaitement maternel), le Sud (58%) et l'Est (56%) ayant généralement un taux plus fort d'allaitement à l'inverse du Nord (49%) et de l'Ouest (52%) [6]. Selon une enquête de 2001 [7], faite à Angers, 50,6% des accouchées allaitent leur enfant. La région angevine est donc sous les moyennes nationales.

### 3 - Choisir d'allaiter ou non

#### ***3.1 - Aspects culturels, sociologiques et psychologiques***

Pour de nombreuses femmes, la question du type d'allaitement n'est pas un choix, c'est une évidence. Très tôt dans leur jeunesse, avant même d'envisager d'être enceinte, les jeunes filles savent généralement si elles allaiteront ou non, cette conviction étant souvent influencée par le type d'allaitement qu'elles ont elles-mêmes reçu dans leur enfance.

En effet, pour celles qui ne souhaitent pas allaiter, différentes raisons, plus ou moins conscientes, ont concouru à ce choix. Tout d'abord, cette fonction naturelle du corps est souvent vécue comme dégradante et bestiale. La femme qui n'allait pas reste donc décente et digne. Aussi, pour certaines, le sein est une partie du corps trop intime pour être exposée au regard des autres, trop érotisée pour devenir nourricière. D'autres évoqueront que l'allaitement demande une disponibilité trop grande. Enfin, pour d'autres, voir leur corps se déformer, leurs seins se gonfler, est vécu avec crainte et dégoût.

Pour certaines, allaiter ou non n'est pas une évidence, il y a nécessité de faire un choix, et donc d'engager une réflexion sur le sujet, confrontées à la nécessité de choisir entre ce qu'elles pensent être « mieux pour leur enfant » et les réticences qu'elles éprouvent à « donner leur corps » à quelqu'un d'autre que leur compagnon. Leurs représentations de la féminité, de leur corps, de leurs seins, sont remises en question.

Pour la femme française du XXI<sup>ème</sup> siècle, allaiter nécessite une réconciliation entre le corps, l'affect et l'intellect. Cet acte charnel, émotionnel, réclame une harmonie entre ces trois éléments [3].

#### ***3.2 - Facteurs d'influence***

De manière générale, on remarque que très peu de patientes d'origine étrangère optent pour l'allaitement artificiel. Au contraire, les femmes jeunes et les fumeuses se tourneraient plus vers ce type d'allaitement [7].

On remarque aussi que les femmes sont fortement influencées par le type d'allaitement dont elles-mêmes ont bénéficié. Selon l'étude faite à Angers en 2001 [7], 69% des femmes qui avaient été allaitées ont choisi l'allaitement maternel, tandis que 72% des femmes qui avaient été nourries au biberon choisissent l'allaitement artificiel pour leur enfant.

Il semblerait que le conjoint ne soit que peu consulté (14% des cas) [7]. Cependant, il peut tout de même avoir une forte influence sur le choix du type d'allaitement, soit par peur d'être dépossédé du sein, vu comme un objet érotique, soit par souhait de participer lui aussi à l'alimentation de son enfant, soit par idée négative et déformée de l'allaitement, venant de son histoire ou de celles qu'il a entendues. De même, les mères, sœurs, tantes, amies, peuvent orienter la femme en lui induisant une image négative de l'allaitement.

En 2007, une thèse faite à Angers concernant le choix du type d'allaitement avait retrouvé certains facteurs prédictifs. Les femmes mariées ou en concubinage optent plus souvent pour l'allaitement maternel, de même, les femmes issues des catégories professionnelles des professions intermédiaires et des cadres et professions intellectuelles supérieures étaient un facteur favorisant le choix de l'allaitement maternel. À l'inverse, le fait de n'avoir pas fait d'études supérieures est un facteur favorisant pour le choix de l'allaitement artificiel [8].

### ***3.3 - Critères de choix***

Alors que l'allaitement maternel est choisi pour la qualité du lait et la qualité de la relation mère-enfant, l'allaitement artificiel serait choisi 'par défaut' par celles qui l'estiment trop contraignant. En tête des critères de choix d'allaitement artificiel, on retrouve : la facilité à s'absenter, la facilité à reprendre son travail, la facilité à reprendre une contraception. Viennent ensuite la participation de la famille, la poursuite du tabac ou d'un traitement. Plus rarement, les femmes interrogées expriment une mauvaise expérience de l'allaitement maternel, ou encore un choix effectué par pudeur [7].

Les informations négatives émanant des soignants concernant l'allaitement maternel ou négligeant ses apports bénéfiques auraient une forte influence négative sur le taux d'allaitement maternel. Parallèlement, les conseils et informations reçues ont un impact positif sur le choix de l'allaitement maternel [7;9].

#### 4 - Contre-indications à l'allaitement maternel

Dans certains cas, l'allaitement artificiel n'est pas choisi mais il est contraint. En effet, certaines situations de santé ne permettent pas ou rendent dangereux un allaitement maternel. Ces situations restent cependant des exceptions :

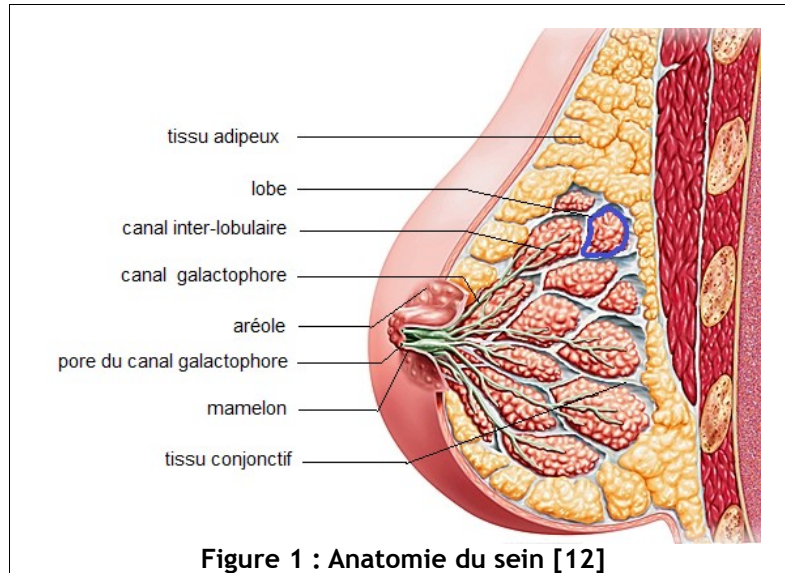
- infection maternelle au VIH,
- galactosémie chez le nouveau-né,
- traitement maternel indispensable et incompatible avec l'allaitement, le risque pour l'enfant étant à réévaluer au cas par cas,
- pathologie cardio-vasculaire ou respiratoire sévère [10].

D'autre part, malgré les nouvelles connaissances et précautions concernant l'anatomie du sein, les antécédents de chirurgie mammaire rendent parfois l'allaitement difficile voire impossible.

## II - Physiologie de la lactation

### 1 - Anatomie du sein

Le sein est composé d'une glande exocrine (la glande mammaire), de tissu adipeux ainsi que de tissu conjonctif. La glande mammaire est un réseau de canaux organisé en lobules. Les lobules sont regroupés en lobes. L'acinus (ou alvéole) est l'unité fonctionnelle de cette glande. Les cellules de l'acinus sont les cellules sécrétoires de la glande mammaire. Des cellules myoépithéliales sont présentes autour de l'alvéole. Leur contraction provoquera l'éjection du contenu de la lumière. L'acinus est drainé par un canal intra-lobulaire. Les canaux intra-lobulaires d'un même lobule se regroupent en canal inter-lobulaire. De même, les canaux inter-lobulaires se regroupent pour former un canal galactophore. Les canaux galactophores sont environ au nombre de vingt et ils viennent s'aboucher au niveau du mamelon [11].



## 2 - Différentes phases de la lactation

### **2.1 - Développement de la glande mammaire**

#### Développement pré-natal

La glande mammaire débute sa construction dès la période anténatale. A partir de la quatrième semaine de la vie fœtale, des cellules épithéliales viennent constituer les crêtes mammaires, qui se réduiront rapidement aux seuls bourgeons mammaires. Le mésenchyme subit l'invasion des cellules épithéliales qui prolifèrent en cordons. Les cellules centrales des cordons desquament de manière à faire apparaître une cavité et à transformer ces cordons en canaux à environ 32 semaines d'aménorrhée (SA) [13].

#### Puberté

À la puberté, suite à une période de croissance linéaire vis-à-vis des autres organes, la glande mammaire féminine commence une phase de développement intense. Le tissu glandulaire reprend sa croissance : les canaux s'allongent et se divisent puis donnent naissance aux bourgeons alvéolaires et forment des lobules. Les seins augmentent donc de volume, tandis que l'aréole rosit et s'élargit. Cependant, les canaux se développent dans le tissu adipeux : s'il est absent, la glande mammaire ne peut se développer [13].

### Lors du cycle menstruel

Lors de chaque cycle menstruel, les hormones sexuelles influent sur le développement des glandes mammaires. Les canaux croissent sous l'action des œstrogènes et se divisent sous l'action de la progestérone. Pendant la phase lutéale du cycle, les sécrétions hormonales conduisent à un léger œdème lobulaire, qui disparaît en fin de cycle [13].

## **2.2 - Grossesse**

Lors de la grossesse, la glande mammaire s'apprête à fournir le lait nécessaire à l'alimentation du futur nourrisson.

### Mammogénèse

Pendant les deux premiers trimestres de la grossesse, le parenchyme glandulaire se développe par multiplication cellulaire. Les tubules s'agrandissent et se multiplient. Les acini se forment. Le tissu adipeux disparaît, seul un peu de tissu conjonctif sépare les différentes structures de la glande. Au troisième trimestre, l'activité mitotique s'estompe et la glande mammaire débute une phase de lactogénèse [13].

### Lactogénèse

Au troisième trimestre de la grossesse, les cellules épithéliales se différencient afin de se préparer à leur fonction sécrétoire. Le produit de cette sécrétion s'accumule donc dans la lumière des acini mais est réabsorbé. La progestérone a un rôle inhibiteur de la sécrétion de lait en freinant la production de prolactine [14].

## **2.3 - Physiologie du post-partum**

Dans le post-partum immédiat, du colostrum est produit en petite quantité. Il est en majorité constitué de protéines dont des immunoglobulines. Il répond ainsi aux premiers besoins de défenses immunitaires et de nutrition du nourrisson.

La chute du taux des hormones de la grossesse, et en particulier de la progestérone, lève l'inhibition de la prolactine qui vient stimuler la lactation et modifier la sécrétion lactée. Progressivement, le lait devient blanc et s'enrichit en glucides et en lipides. C'est durant cette période de transition que l'on observe une congestion mammaire importante [14].

## **2.4 - Évolution de la production de lait**

Au cours de l'allaitement maternel, la composition du lait maternel sera légèrement modifiée, de jour en jour, s'adaptant ainsi aux besoins de l'enfant. La production de lait est auto-entretenu et stimulée grâce aux tétées successives.

De même, au cours d'une même tétée, la composition du lait change et s'enrichit en graisses progressivement. L'alimentation maternelle peut aussi influencer sur la composition du lait et sur son goût [10].

## **2.5 - Contrôle hormonal**

La levée de l'inhibition de la sécrétion de la prolactine suite à l'accouchement entraîne une hausse de la prolactinémie. Au niveau de la glande mammaire, cette hormone stimule la biosynthèse des protéines, glucides et lipides du lait. La stimulation du mamelon provoque des signaux neurologiques augmentant, au niveau hypothalamo-hypophysaire, la sécrétion de prolactine et d'ocytocine. L'ocytocine a une action sur les cellules myo-épithéliales de la glande mammaire provoquant ainsi l'éjection du lait [15;16].

### **➤ La prolactine**

La prolactine est une hormone peptidique ante-hypophysaire synthétisée par les cellules lactotropes. La dopamine, synthétisée au niveau de l'hypothalamus, est l'inhibiteur essentiel de la sécrétion de prolactine. Sa fixation sur les récepteurs dopaminergiques des cellules lactotropes entraîne des modifications cellulaires qui freinent la synthèse de la prolactine. La somatostatine et la GnRH (Gonadotrophin releasing hormon) seraient aussi des inhibiteurs de la prolactine. Au contraire, la TRH (thyrotropin releasing hormon), produite par l'hypothalamus et responsable de la production hormonale de la thyroïde, est un inducteur de la sécrétion de prolactine. La sérotonine et l'angiotensine II auraient aussi un rôle stimulateur de cette sécrétion [16].

## **3 - Congestion mammaire en cas d'allaitement maternel**

La congestion mammaire, apparaissant environ trois jours après l'accouchement, peut être un moment un peu plus difficile pour l'allaitement maternel. En effet, les seins deviennent durs et tendus, le nouveau-né peut alors avoir des difficultés à saisir l'aréole. Cependant, la mise au sein est indispensable et doit être répétée régulièrement afin d'aider les seins à se vider. Il ne faut pas hésiter à effectuer des massages et des vidanges manuelles des seins pour éviter un engorgement. L'application de chaleur ou de froid peut aider à l'assouplissement du sein. En quelques jours, la tension mammaire va s'atténuer et le lait sécrété sera alors dit "mature" [17].

## 4 - Complications

### Engorgement

Un engorgement peut faire suite à la congestion mammaire par stase du volume de lait produit. Les seins présentent un gonflement important et deviennent très douloureux. La mise au sein devient alors très difficile. L'engorgement est un phénomène courant pouvant durer 24 à 48h. De même que pour la congestion physiologique, il faut aider le sein à se vider en pratiquant des massages, en répétant les tétées et en appliquant des sources de chaleur. Des antiphlogistiques (type OSMOGEL®) ou une administration de 2 unités de SYNTOCINON® (ocytocine), pour favoriser l'éjection du lait, peuvent également être prescrits [18].

### Lymphangite

La lymphangite, ou mastite, peut suivre un engorgement mal traité. Une lésion érythémateuse apparaît sur le sein et une fièvre plus ou moins élevée peut s'installer brutalement, parfois accompagnée de frissons. Cette inflammation très douloureuse sera traitée de la même manière par vidange des seins. Des antalgiques et des anti-inflammatoires sont aussi souvent nécessaires. L'allaitement peut être poursuivi car le lait n'est pas infecté [18].

### Mastite infectieuse

La mastite infectieuse (ou galactophorite) est une complication possible qui débute progressivement, une fièvre modérée s'installe et il y a émission d'un lait purulent. L'ensemble du sein est douloureux. D'emblée, une antibiothérapie (active sur le staphylocoque et compatible avec l'allaitement) doit être débutée. Un prélèvement bactériologique du lait infecté permettra l'élaboration d'un antibiogramme et l'adaptation du traitement. L'allaitement doit être interrompu sur le sein infecté. La mise au sein peut être poursuivie sur le sein contro-latéral en veillant à garder une bonne hygiène [18;19].

### Abcès mammaire

Une mastite peut se compliquer en abcès du sein si elle est incorrectement traitée. La fièvre s'élève et le sein douloureux contient un noyau dur très sensible à la palpation. Une échographie mammaire peut aider au diagnostic. L'allaitement doit être arrêté sur ce sein mais il peut être poursuivi sur le sein contro-latéral. Le traitement sera chirurgical par évacuation de l'abcès, associé à une antibiothérapie. Suite au traitement, l'allaitement peut être repris [18].



### III - Accompagnement d'une patiente qui n'allait pas

En cas d'allaitement artificiel, la congestion mammaire physiologique ne pourra être soulagée et accompagnée par une répétition des tétées. Elle peut donc devenir très gênante voire douloureuse. C'est pour cela que des médicaments inhibant la lactation sont souvent prescrits dans le post-partum immédiat. Des méthodes locales et des antalgiques peuvent aussi suffire pour réduire l'intensité de la congestion mammaire.

La congestion mammaire apparaissant vers le troisième jour après l'accouchement et la durée du séjour en maternité se raccourcissant, les patientes retournent à domicile avec une montée de lait débutante voire pas encore amorcée. Si les soignants n'ont pas suffisamment anticipé les questionnements et désagréments qui surviennent, la patiente peut se retrouver démunie à domicile et s'orienter vers un professionnel libéral (médecin, sage-femme). La question de l'inhibition de la lactation est donc à envisager en collaboration entre ces professionnels et les maternités.

#### 1 - Médicaments inhibiteurs de la lactation

Les médicaments inhibant la lactation sont presque tous de la même famille. Ce sont des dérivés de l'ergot de seigle. Celui-ci est un champignon, parasite des épis de seigle, qui possède six sortes d'alcaloïdes (notamment l'ergotamine et l'ergocryptine) de structure voisine mais aux effets divers. L'ergot de seigle est une drogue puissante mais c'est en identifiant et séparant ses constituants que les pharmacologues ont pu établir une grande liste de thérapeutiques dérivées de l'ergot de seigle [20].

Certains de ces médicaments sont utilisés hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), ils ne sont pas indiqués pour l'inhibition de la lactation. La loi nous dit que :

*" Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée [...] sous réserve que [...] le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament [...]."*

*Article L. 5121-12-1 extrait du Code de la santé publique. [21]*

### **1.1 - Bromocriptine - PARLODEL® [22]**

Ce médicament a l'AMM pour l'inhibition de la lactation. Il est commercialisé sous la forme de comprimés sécables, sous le nom commercial PARLODEL® et est vendu par boîtes de 20. Chaque comprimé est composé de 2,5mg de bromocriptine. Le schéma thérapeutique est le suivant : 1/2 cp (comprimé) le premier jour, 1 cp le deuxième jour, puis 2 cp par jour en deux prises, pendant 14 jours. Pour améliorer la tolérance digestive, l'administration du médicament doit toujours se faire au milieu des repas. Le coût de ce médicament est de 0,42€ par jour (une boîte de 20 cp : 4,17€), remboursé à 65%. **Le coût global du traitement inhibiteur de la lactation revient donc à 5,42 €, à raison de 2 comprimés par jour pendant 14 jours [19].**

#### Principe actif et mode d'action

La bromocriptine est un inhibiteur de la prolactine, un agoniste dopaminergique. Elle freine la sécrétion de la prolactine en agissant directement au niveau du système hypothalamo-hypophysaire et réduit donc la prolactinémie.

#### Indications

La bromocriptine est indiquée dans la prévention ou l'inhibition de la lactation physiologique pour raison médicale dans le post-partum immédiat (ablactation) ou tardif (sevrage).

#### Précautions d'emploi

Il faut surveiller la tension artérielle. La survenue d'une hypertension, de céphalées persistantes ou de tout autre signe neurologique impose l'arrêt du traitement.

#### Contre-indications et interactions médicamenteuses

Il est contre-indiqué d'utiliser ce traitement dans les cas suivants :

- hypersensibilité aux dérivés de l'ergot de seigle
- toxémie gravidique, HTA (hypertension artérielle)
- insuffisance coronaire, facteurs de risque vasculaire ou artériopathie périphérique
- troubles psychiques sévères, antécédents psychiatriques
- interactions médicamenteuses : neuroleptiques, phénylpropanolamine, autres alcaloïdes de l'ergot de seigle, macrolides, sympathomimétiques

## Effets indésirables

Des effets indésirables sont fréquents : céphalées, sensations de vertiges, assoupissement, congestion nasale, nausée, constipation, vomissements. D'autres effets indésirables sont plus rares mais aussi plus graves : troubles psychotiques (rare : 1/10 000 à 1/1000), péricardite constrictive (rare), valvulopathie cardiaque (très rare : moins de 1/10 000), douleur abdominale, fibrose rétro-péritonéale (rare). La plupart des effets indésirables graves ont été observés chez des patients présentant des contre-indications au traitement.

## Pharmacovigilance

L'utilisation de la bromocriptine, qui est très courante en France, fait aujourd'hui sujet de débat. De nombreux cas d'effets indésirables graves (épisode psychotique, angiopathie cérébrale, infarctus du myocarde...) dus à la prise de bromocriptine ont été répertoriés [23;24;25;26;27].

Déjà, en 1993, une enquête de pharmacovigilance s'était intéressée aux cas d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), d'infarctus du myocarde (IDM) et d'hypertension artérielle (HTA) en lien avec la prise de bromocriptine dans le post-partum. Les contre-indications et précautions d'emploi se sont alors étoffées [28].

En mars 2012, la Commission Nationale de Pharmacovigilance est revenue à nouveau sur les effets indésirables de ce médicament. Le CRPV de Lyon a retrouvé au niveau national, sur la période allant de 1994 à 2010, 105 cas d'effets indésirables graves dont 2 décès. Ces 105 cas sont pour la plupart des complications vasculaires. Dans 45,5% des effets indésirables non graves, l'utilisation n'a pas été conforme aux recommandations (non respect du schéma thérapeutique, absence de prise en compte des facteurs de risque), ce taux passe à 63,8% pour les effets indésirables graves. Parmi ces cas graves on retrouve : 17 cas d'AVC, 11 cas d'IDM, 10 angiopathie cérébrale du postpartum et 17 cas d'HTA. La Commission Nationale de Pharmacovigilance en conclut donc que la bromocriptine est à l'origine d'effets indésirables graves, (vasculaires, neurologiques et psychiatriques) et que les mésusages sont encore très fréquents dans les cas d'effets indésirables. Il lui apparaît donc important de mieux cerner les pratiques professionnelles dans l'inhibition de la lactation et d'évaluer la tolérance des alternatives à la bromocriptine. Suite à ce constat, il a été décidé en mars 2012 que l'indication de la bromocriptine dans le sevrage tardif de l'allaitement serait supprimée et que le rapport bénéfice-risque de la bromocriptine dans l'ablactation serait à réévaluer [28].

## **1.2 - Dihydroergocryptine - VASOBRAL® [22]**

Ce médicament, utilisé dans plusieurs services hospitaliers pour inhiber la lactation, **ne détient pas l'AMM dans cette indication**. Il se présente sous deux formes :

- ◆ les comprimés sécables, en boîtes de 30 ou de 60, composés chacun de 4mg de dihydroergocryptine A mésilate et de 40mg de caféine. Dans son indication première, la dihydroergocryptine doit être utilisée selon le schéma suivant : ½ à 1 comprimé, deux fois par jour. Le coût du traitement revient donc à 0,71€ par jour et n'est pas remboursé.
- ◆ la solution buvable, en flacon de 50ml, dont chaque dose de 2ml est composée de 2mg de dihydroergocryptine A mésilate et de 20mg de caféine. Deux doses sont donc équivalentes à un comprimé. L'administration se fait par 2 à 4ml de solution, deux fois par jour. Le coût du traitement revient à 0,79€ par jour et n'est pas remboursé.

Il est conseillé d'éviter la prise à distance des repas et de tenir compte de la présence d'alcool dans la solution buvable.

Le coût global du traitement inhibiteur de la lactation revient donc à 16,53 € à raison de 12 ml/jour de solution buvable pendant 14 jours [19].

### Principe actif et mode d'action

La dihydroergocryptine est un vasodilatateur périphérique et la caféine accroît son absorption.

### Indication

Ce médicament est indiqué dans le traitement d'appoint symptomatique du déficit neurologique et cognitif du sujet âgé et le traitement d'appoint du syndrome de Raynaud.

### Contre-indications et interactions médicamenteuses

Le VASOBRAL® est contre-indiqué dans les cas d'hypersensibilité à l'un des constituants ou d'interactions médicamenteuses (liées à la présence d'alcool dans la solution buvable).

### Effets indésirables

Il y a possibilité de nausées, surtout en cas de prise à jeun. Pour la solution buvable, la survenance de céphalées, troubles digestifs et diarrhée est possible. Des vomissements peuvent être observés en cas de surdosage.

### **1.3 - Cabergoline - DOSTINEX® [22]**

Ce médicament ne détient pas l'AMM dans l'indication d'inhibition de la lactation physiologique. La cabergoline est commercialisée sous le nom de DOSTINEX® sous forme de comprimés par boîtes de 8 unités. Chaque comprimé est composé de 0,5mg de cabergoline. Dans son indication classique, le schéma thérapeutique est le suivant : 0,5mg à 1mg par semaine. Le coût global du traitement inhibiteur de la lactation revient à 8,07 € à raison de 2 comprimés de 0,5mg en une prise [19].

#### Principe actif et mode d'action

La cabergoline est un inhibiteur de la prolactine, un agoniste dopaminergique doté d'une activité inhibitrice prolongée. Elle freine la sécrétion de la prolactine en agissant directement au niveau du système hypothalamo-hypophysaire sur les récepteurs D<sub>2</sub>-dopaminergiques et réduit donc la prolactinémie.

La cabergoline est indiquée dans les cas d'hyper-prolactinémie idiopathique ou liée à la présence d'un adénome hypophysaire.

#### Contre-indications et interactions médicamenteuses

Dans son indication primaire, la cabergoline ne doit pas être utilisée en présence de signes de valvulopathie cardiaque (pour un traitement à long terme) ni en association avec des neuroleptiques, des macrolides (association déconseillée) ou de la phénylpropanolamine.

Certains cas représentent des contre-indications relatives d'utilisation de la cabergoline :

- fibrose, valvulopathie cardiaque, épanchement pleural, insuffisance hépatique sévère, affection vasculaire oblitérante, syndrome de Raynaud
- antécédents psychiatriques
- en association avec sympathomimétiques, alcaloïdes de l'ergot de seigle, consommation d'alcool

Une surveillance de la tension artérielle est recommandée face aux risques d'hypotension orthostatique.

#### Effets indésirables

Des effets indésirables sont fréquents : nausées et vomissements, céphalées, étourdissement, vertiges, douleur abdominale et constipation, asthénie, somnolence.

#### **1.4 - Lisuride - AROLAC® [22]**

Le lisuride est le second traitement à avoir l'AMM pour l'inhibition de la lactation. Il est commercialisé sous le nom AROLAC® sous forme de comprimés par boîtes de 20 unités. Chaque comprimé est composé de 0,2mg de lisuride. Le schéma thérapeutique est le suivant : 1 cp le premier soir, puis 2 cp par jour en deux prises, jusqu'à 4 jours après l'arrêt de la sécrétion de lait. Pour améliorer la tolérance digestive, l'administration du médicament doit toujours se faire au cours des repas. Il est recommandé de surveiller la tension artérielle au début du traitement.

Le coût de ce médicament est de 0,65€ par jour, remboursé à 65%. **Le coût global du traitement inhibiteur de la lactation revient donc à 9,10€ à raison de 2 comprimés par jour pendant 14 jours [19].**

##### Principe actif et mode d'action

Le lisuride est un agoniste dopaminergique qui freine la sécrétion de lait par action sur le système hypothalamo-hypophysaire, c'est un inhibiteur de la prolactine.

##### Indications

L'utilisation du lisuride est indiquée pour l'inhibition de la lactation physiologique et pour l'hyperprolactinémie.

##### Contre-indications et interactions médicamenteuses

- toxémie gravidique, HTA
- insuffisance coronaire, facteurs de risque vasculaire, artériopathie périphérique
- interactions : neuroleptiques, phénylpropanolamine, érythromycine
- troubles psychiques sévères, antécédents psychiatriques

##### Effets indésirables

Des effets indésirables sont fréquents : céphalées, somnolence, nausée, vomissements, confusion, hallucinations. D'autres effets indésirables sont plus rares mais aussi plus graves : troubles psychotiques, péricardite (très rare), douleur abdominale, fibrose pleuro-pulmonaire (rare), infarctus du myocarde, HTA, convulsions.

### ***1.5 - Efficacité et tolérance des inhibiteurs de la lactation***

L'efficacité à court terme des dérivés de l'ergot de seigle dans l'inhibition de la lactation n'est plus à prouver. La bromocriptine, notamment, réduit significativement les symptômes de la congestion mammaire [29].

La cabergoline, peu utilisée en France dans cette indication, semblerait avoir un meilleur rapport bénéfice-risque que la bromocriptine. En effet, pour une même efficacité, la cabergoline est mieux tolérée (on observe moins d'effets indésirables) mais elle est aussi plus coûteuse. La prise de cabergoline semblerait aussi éviter l'effet rebond (reprise de la lactation à l'arrêt du traitement) qui existe avec la bromocriptine [30;31;32].

En 1991, une étude européenne menée par Rolland s'est intéressée à comparer l'efficacité et la sécurité du traitement par cabergoline vs bromocriptine. Cette étude randomisée, en double aveugle, a été menée auprès de 272 patientes. Les critères d'efficacité (symptômes et prolactinémie) et de tolérance (effets indésirables) ont été recherchés. Il en résulte que la cabergoline s'est révélée aussi efficace que la bromocriptine mais qu'elle avait aussi l'avantage de présenter moins d'effets indésirables et moins d'effet rebond [31].

En 2011, B. Galouzeau de Villepin a réalisé une étude prospective auprès de 99 patientes des hôpitaux Necker et Port-Royal. L'objectif était de comparer le rapport bénéfice-risque de la cabergoline et de la bromocriptine à court, moyen et long terme. Les résultats ont montré une meilleure tolérance et meilleure efficacité de la cabergoline [32].

Le lisuride, de moins en moins utilisé, serait moins efficace que la bromocriptine, mais entraîne aussi moins de reprise de la lactation à l'arrêt du traitement [33].

La dihydroergocryptine serait aussi efficace que la bromocriptine mais peu d'études s'y sont intéressées [34].

## 2 - Alternatives

### 2.1 - *Homéopathie*

#### Principe général de l'homéopathie

Le concept du traitement homéopathique, initié par Samuel Hahnemann en 1796, a pour principe de base de soigner par les substances qui provoqueraient ces symptômes chez un sujet sain. L'homéopathe analyse l'ensemble des symptômes d'une personne et non seulement ceux de sa maladie, le traitement prescrit sera donc adapté à chaque patient. Enfin, l'homéopathie repose sur « l'infinitésimalité », les souches sont diluées de nombreuses fois et « dynamisées » pour être actives. Cette médecine rentre en compétition avec les connaissances scientifiques modernes car son principe d'action n'a jamais pu être prouvé [35].

Les sages-femmes peuvent maintenant prescrire des médicaments homéopathiques depuis octobre 2011<sup>1</sup>.

#### Dans le cas de la congestion mammaire

Il n'existe pas de traitement homéopathique pour inhiber la lactation, cependant, certaines souches peuvent soulager les symptômes de la congestion mammaire.

Les remèdes APIS MELLIFICA 9CH et BRYONIA 9CH sont les plus utilisés en raison de leurs vertus antalgiques et anti-inflammatoires. Les remèdes RICINUS, qui freine la sécrétion lactée, PULSATILLA, qui corrige l'engorgement douloureux des seins, et LAC CANINUM, pour l'hyperlactation et le gonflement des seins, peuvent aussi être utilisés pour inhiber la lactation [35;36;37].

#### Efficacité

En 2000, les praticiens du CHU de Toulouse ont étudié l'efficacité d'un traitement par homéopathie contre les douleurs de la montée laiteuse non souhaitée. L'étude a porté sur 71 femmes et s'est déroulée en double aveugle contre placebo. Les souches utilisées, APIS MELLIFICA 9CH et BRYONIA ALBA 9CH, ont amélioré de manière significative la douleur (critère principal étudié), la tension mammaire et les écoulements de lait [37].

---

1 Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires



En 2012, un mémoire d'étudiante sage-femme a retranscrit les résultats de son étude comparant la bromocriptine à l'homéopathie pour l'inhibition de la lactation. Malgré un faible échantillon, les résultats étaient en faveur d'une meilleure efficacité de la part de la bromocriptine mais aussi d'un plus grand nombre d'effets indésirables avec ce traitement [38].

## **2.2 - Acupuncture**

### Principe général de l'acupuncture

L'acupuncture est une médecine chinoise remontant au II<sup>ème</sup> siècle avant JC. Elle apparaîtra plus clairement au monde occidental dans les années 1970. Cette médecine repose sur la conception chinoise de l'équilibre du corps permis par la circulation du Qi à travers quatorze méridiens. L'obstruction d'un de ces méridiens entraîne une maladie et la piqûre adéquate sur ce méridien permettra le rétablissement de l'harmonie du corps [39].

### Dans le cas de la congestion mammaire

Les deux points les plus intéressants pour l'inhibition de la lactation sont VB 37 (pointe de la malléole externe près du bord antérieur du péroné) et VB 41 (en avant du point de jonction du 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> métatarsiens) pour assécher les liquides organiques et diminuer la sécrétion lactée. Les points E 36 et VB 21 peuvent aussi être utiles. Une séance par jour doit être réalisée [36].

### Efficacité

Nous disposons de très peu de données concernant l'efficacité de l'acupuncture dans l'inhibition de la lactation. Une étude de 2007 avait montré une amélioration des symptômes de la congestion mammaire dans les jours suivant un traitement par acupuncture mais les résultats n'étaient pas significatifs [35].

## **2.3 - Médicaments non spécifiques**

### Oestrogènes et progestérone

Ces anciennes thérapeutiques en vue d'inhiber la lactation ont été utilisées pour masquer la chute des hormones circulantes après l'accouchement et donc inhiber la sécrétion de prolactine. Les risques d'accidents thrombo-emboliques et l'efficacité modérée de ces hormones dans cette indication ont conduit à l'arrêt de leur utilisation [29;35;40].

### Ocytocine

L'efficacité du traitement par ocytocine n'a pas été prouvée dans l'inhibition de la lactation. Son action sur les cellules myo-épithéliales de la glande mammaire lui donnerait une utilité dans le traitement d'un engorgement par éjection du lait contenu dans les acini. Une étude de 1964 (Winter) ne retrouvait pas d'amélioration significative des symptômes avec une administration d'ocytocine en spray nasal [29;36;40;41].

### Anti-inflammatoires et antiphlogistiques

L'association d'anti-inflammatoires non stéroïdiens oraux et d'antiphlogistiques (type OSMOGEL®, contenant aussi de la lidocaïne) en application locale permettent de soulager la congestion mammaire voire de l'éviter [32;36].

### Diurétiques

L'utilisation de diurétiques a été envisagée, la relative déshydratation diminuerait la production de lait. Cependant, aucune preuve ni de l'efficacité ni de l'innocuité de cette classe de médicament n'a été apportée [36].

## ***2.4 - "Petits moyens" curatifs et préventifs***

Il existe quelques moyens curatifs et préventifs simples pour soulager et réduire une congestion mammaire. Ces moyens sont utilisés comme alternative aux traitements inhibiteurs de la lactation. Nonobstant une efficacité à court terme difficile à évaluer, ils sont souvent jugés plus efficaces à long terme et sont donc utilisés en première intention dans de nombreux pays [23;24;25;29;42].

### Éviter les stimulations

Les mouvements de succion du mamelon induisant un réflexe lactotrope, ne pas présenter l'enfant au sein et éviter sa stimulation limitera la sécrétion de prolactine, et donc la sécrétion de lait [43].

### Restriction hydrique

Il était auparavant recommandé de limiter les apports hydriques, ou plutôt de réduire cet apport en buvant « à sa soif » et pas plus, soit environ 1000ml à 1500ml par jour. De nos jours, il apparaît qu'une restriction trop importante serait plutôt délétère [32].

## Phytothérapie

De nombreuses plantes sont réputées pour inhiber la sécrétion de lait (la sauge, le persil, le chou, la menthe poivrée, le cerfeuil, la pervenche) mais leur efficacité reste difficile à démontrer. Ces plantes peuvent être utilisées en infusion ou être directement appliquées sur les seins. Par exemple, les fleurs de jasmin appliquées en cataplasme sur les seins pendant cinq jours seraient aussi efficaces qu'un traitement par bromocriptine [29;36].

## Contention des seins

Le port d'un soutien-gorge adapté nuit et jour, soutenant correctement la poitrine, dès le lendemain de l'accouchement, limite la congestion mammaire en limitant la rétention d'eau dans la poitrine et s'opposant donc à la lactogénèse. La contention des seins suffirait pour inhiber la lactation pour 60 à 70% des femmes. Cette méthode locale est notamment mise en avant dans les pays nord-américains. Le bandage des seins n'est plus recommandé car jugé plus douloureux et peu efficace [36;43].

## Cataplasme d'argile

Des cataplasmes d'argile peuvent être utilisés mais leur efficacité n'a pu être démontrée [32].

## Application de chaleur, de fraîcheur

Pendant la congestion mammaire, la douleur ressentie peut être réduite temporairement par l'application de froid qui réduit l'inflammation. Aussi, l'application de chaud (douche chaude) soulage la douleur en permettant la vidange du sein sans le stimuler [44].

## Massage, vidange

Il peut être utile de soulager les seins en les massant et en les vidant. Cependant, cette méthode doit être utilisée avec modération pour ne pas stimuler la lactation. Une étude de faible puissance avait remarqué une amélioration des symptômes chez des femmes qui pratiquaient une vidange des seins [45].

En 2010, N. Christophe-Ligonnière a comparé l'efficacité de deux méthodes de prise en charge différentes au près de 77 patientes au total. Un groupe de patientes a été traité par un médicament inhibant la lactation (bromocriptine, dihydroergocryptine ou cabergoline) et un autre groupe de patientes n'a pas reçu de traitement inhibiteur et l'utilisation de moyens locaux a été encouragée. Les résultats montrent que l'utilisation de traitements médicamenteux est efficace mais que les effets indésirables sont plus nombreux et que la satisfaction des patientes n'est pas diminuée dans le groupe sans traitement [46].

L'absence de traitement inhibiteur et l'utilisation de méthodes locales ne dévaluerait pas la satisfaction des patientes si elles sont accompagnées d'explications et d'informations suffisantes [46].

## IV - Recommandations et pratiques

### 1 - Recommandations des autorités de santé

#### **1.1 - Organisation Mondiale de la Santé**

L'OMS recommande, de manière générale, l'alimentation du nourrisson par l'allaitement maternel. Si jamais une mère n'allait pas, il est préconisé d'utiliser des moyens locaux pour soulager les symptômes de la congestion mammaire mais l'utilisation de médicaments inhibiteurs de la lactation n'est pas recommandée [42].

**Extrait de : Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles. 2009.[42]**

- Expliquer à la mère qui n'allait pas du tout comment résorber un engorgement
  - Il peut y avoir une gêne au niveau des seins pendant un certain temps.
  - Éviter de les stimuler.
  - Les soutenir avec un soutien-gorge ou un linge bien ajusté. Ne pas les enserrer, cela risquerait d'augmenter la gêne.
  - Appliquer une compresse. La chaleur fait du bien à certaines mères, d'autres préfèrent une compresse froide, qui fait diminuer le gonflement.
  - Apprendre à la mère à exprimer suffisamment de lait pour réduire la gêne. Elle peut le faire plusieurs fois par jour, lorsque ses seins sont trop pleins. Ce n'est pas nécessaire si cela l'incommoder. La quantité exprimée sera inférieure à celle que l'enfant absorberait et ne stimulera pas une production accrue de lait.
  - Soulager la douleur. Pour ce faire, on peut utiliser un analgésique tel que de l'ibuprofène ou du paracétamol. Certaines femmes recourent à des produits végétaux, comme les tisanes à base d'herbes ou de plantes, et apposent, par exemple, directement sur le sein des feuilles de chou cru pour faire diminuer la douleur et le gonflement.
  - Recommander à la mère de consulter si ses seins deviennent douloureux, s'ils sont tuméfiés ou rouges, si elle se sent malade ou si elle a de la fièvre (température >38°C).

**Les traitements pharmaceutiques destinés à réduire la sécrétion de lait ne sont pas recommandés. Les méthodes énoncées ci dessus sont jugées plus efficaces à long terme.**

## 1.2 - Collège National des Gynécologues-Obstétriciens français

Selon le protocole d'inhibition de la lactation [19] paru en 2007 et repris en 2012 :

	<b>Bromocriptine PARLODEL®</b> cp 2,5mg <sup>1</sup>	<b>Lisuride DOPERGINE®</b> cp 0,2mg	<b>Lisuride AROLAC®</b> cp 0,2mg	<b>Dihydroergocryptine VASOBRAL®</b> pipette 2mg	<b>Cabergoline DOSTINEX®</b> cp 0,5mg
Protocole inhibition de la lactation	½ cp le 1 <sup>er</sup> jour 1cp le 2 <sup>ème</sup> jour 1cp x2 par jour ensuite	½ cp le matin, ½ cp le midi, 1 cp le soir	1cp x2 par jour à débiter dans les 24h	2 pipettes x3 par jour au moment des repas	2 cp en une seule prise
Durée	14 jours	14 jours	14 jours	14 jours	-
Protocole arrêt de la montée laiteuse	<i>idem</i>	-	1 cp le 1 <sup>er</sup> jour 1 cp x2 par jour Arrêt 4 jours après l'arrêt de la sécrétion Maxi. 14 jours	-	-
Protocole si réapparition des signes après arrêt	1 semaine aux mêmes doses	-	1 semaine aux mêmes doses	-	-
Contre-Indications	Hypersensibilité aux alcaloïdes de l'ergot de seigle HTA gravidique HTA Insuffisance coronarienne Neuroleptiques dont anti-émétiques	Hypersensibilité aux alcaloïdes de l'ergot de seigle HTA gravidique Insuffisance coronarienne		Hypersensibilité au produit	Association aux neuroleptiques
Déconseillé	Troubles psychiatriques ou antécédents Facteurs de risque cardio-vasculaires (tabac, cholestérol, diabète)	Troubles psychiatriques ou antécédents Facteurs de risque cardio-vasculaires (tabac, cholestérol, diabète) Artériopathie périphérique			Association aux alcaloïdes de l'ergot de seigle

<sup>1</sup>cp : comprimé

En conclusion du protocole, le CNGOF recommande :

- l'utilisation en première intention du PARLODEL®
- l'utilisation, si intolérance, pathologie vasculaire ou à risque vasculaire, du VASOBRAL®
- l'utilisation du DOSTINEX® en cas de MFIU ou d'IMG après 17 SA

## 2 - Pratiques

### 2.1 - *Pratiques dans le monde*

Seuls les pays très médicalisés proposent parfois des méthodes d'inhibition de la lactation. Dans les autres pays, la quasi-totalité des femmes allaitent leurs enfants et, si jamais ce n'est pas le cas, la congestion mammaire est accompagnée par des moyens locaux simples.

Au Royaume-Uni, la cabergoline et la bromocriptine sont utilisées mais rarement. Les méthodes non médicamenteuses sont préconisées en première intention car elles sont jugées moins risquées et plus efficaces à long terme [47].

Aux États-Unis, la bromocriptine a perdu son indication pour l'inhibition de la lactation par la *Food and Drug Administration* en 1994. Les méthodes non médicamenteuses sont préconisées en première intention [23;48;49].

En Australie, les méthodes non médicamenteuses sont utilisées en première intention. La cabergoline est parfois utilisée, en particulier dans les cas de décès périnatal [50].

Au Canada, les praticiens s'alignent sur les recommandations des États-Unis et utilisent les méthodes non médicamenteuses en première intention, et notamment le port d'un soutien-gorge adapté [51].

Cependant, rappelons que dans tous ces pays le taux d'allaitement artificiel est bien plus bas qu'en France.

### 2.2 - *Pratiques en France*

Publiée en 2012, une étude réalisée en 2009 s'est intéressée aux pratiques de prescription des dérivés de l'ergot de seigle en France. Elle révèle que les établissements de santé proposent en première intention un traitement inhibiteur pour 95%, de l'homéopathie pour 3% et les méthodes locales pour 1,6%. Ensuite, l'homéopathie peut être proposée en seconde intention dans 18,9% des cas, et les méthodes locales sont utilisées en complément d'un autre traitement dans 15,5% des cas [48].

Selon cette même étude, l'utilisation de la bromocriptine est la plus courante (89%). Pour seulement 4,9% des cas elle n'est jamais proposée. On note que le rapport efficacité/tolérance est jugé moyen dans la moitié des cas. La dihydroergocryptine est utilisée plutôt en deuxième intention (39,4%) ou alors n'est pas proposée par l'établissement (41,6%). Seulement 7,1% des établissements l'utilisent en première intention. De même, le rapport efficacité/tolérance est moyen. Seuls 3,3% des réponses montrent la cabergoline utilisée en

première intention (9% des CHU). Elle est prescrite en seconde intention dans 24% des cas. Cette molécule affiche un rapport efficacité/tolérance qui est jugé bon dans 81% des cas. Le principal frein à son utilisation plus courante semble être son coût élevé [48].

En octobre 2012, une prospection auprès de 23 CHU nous a montré que onze établissements (parmi ceux contactés) utilisaient la bromocriptine de manière systématique (Annexe 4). Six hôpitaux utilisaient en première intention de la cabergoline. Treize CHU prescrivaient parfois de l'homéopathie mais un seul l'utilisait en première intention. Sur l'ensemble des CHU contactés, un seul pratiquait l'acupuncture.

### ***2.3 - Pratiques au CHU d'Angers***

Jusqu'en août 2012, la maternité du CHU d'Angers proposait en première intention et de manière systématique le traitement par bromocriptine. Pour les patientes présentant des contre-indications, le traitement par dihydroergocryptine était alors utilisé. Le traitement par homéopathie était utilisé ponctuellement selon les désirs des patientes et selon le personnel soignant. La cabergoline était utilisée de manière systématique uniquement chez les patientes dans la situation d'une IMG ou d'une MFIU.

Suite à deux effets indésirables graves survenus à la fin août 2012, le protocole de prise en charge a été revu et il a été décidé que l'utilisation de la bromocriptine serait totalement interrompue. En effet, le premier cas est un infarctus du myocarde inférieur associé à une anoxie cérébrale. Le second est un accident vasculaire cérébral hémorragique. Dans les deux cas, le sujet était sous traitement par bromocriptine et ne présentait pas de contre-indication à ce médicament. Les patientes ne présentaient pas de facteurs de risques à ces accidents vasculaires.

Suite à ce changement de protocole, à partir du début de septembre 2012, le Service de Suites de couches a proposé à ses patientes la dihydroergocryptine en première intention. Le retrait des lots du VASOBRAL® le 12 octobre 2012, pour cause d'instabilité de la solution, a mis fin à l'utilisation des traitements inhibiteurs (Annexe 3).

Ainsi, du 12 octobre au 27 novembre 2012, les soignants ont donc accompagné et soulagé les symptômes de la congestion mammaire par des techniques locales et des antalgiques de premier niveau. L'homéopathie était utilisée aussi de manière ponctuelle.

À partir du 28 novembre 2012, il a été décidé que la cabergoline serait désormais utilisée en première intention et que les patientes présentant des contre-indications seraient traitées par des "petits moyens". Le traitement consiste en la prise unique de deux comprimés de 0,5mg de cabergoline dans les 24 heures suivant la naissance. Par précaution, la cabergoline étant un dérivé de l'ergot de seigle, en collaboration avec la pharmacie et le Centre de Pharmacovigilance du CHU d'Angers, une liste de contre-indications a été établie. Ainsi, les



patientes fumeuses ou présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires, une hypertension artérielle, une toxémie gravidique, des antécédents dépressifs ou de troubles psychiques, une hyper-cholestérolémie, un diabète ou l'utilisation de neuroleptiques, anti-émétiques ou macrolides, n'ont pas été traitées par DOSTINEX®.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons effectué une étude prospective entre le 18 septembre 2012 et le 4 janvier 2013, soit sur 16 semaines, au CHU d'Angers afin d'évaluer la prise en charge de la congestion mammaire chez les femmes qui n'allaitaient pas en prenant en compte l'efficacité des méthodes préventives et curatives utilisées ainsi que la satisfaction des patientes. Nous avons envisagé l'étude avec les hypothèses suivantes :

- La "tétée d'accueil" peut stimuler la lactation et l'apparition d'une congestion mammaire.
- Une part non négligeable de patientes ne présenteront pas de douleur durant la congestion mammaire malgré l'absence de prévention médicamenteuse.
- Il existe des alternatives simples aux médicaments pour éviter ou soulager la congestion mammaire.
- Une montée de lait peut être jugée acceptable par les patientes.

## I - Matériel

### 1 - Population étudiée

L'étude s'est intéressée aux femmes accouchant au CHU d'Angers après 37 SA d'un enfant vivant (naissance unique) nourri par allaitement artificiel.

### 2 - Constitution de l'échantillon

#### Critères d'inclusion

L'échantillon a été constitué à partir de toutes les femmes accouchant au CHU d'Angers et ne souhaitant pas ou ne pouvant pas allaiter.

### Critères d'exclusion

- les grossesses multiples
- les accouchements avant 37 SA
- les MFIU
- les allaitements artificiels dus à un échec d'allaitement maternel en suites de couches
- les allaitements mixtes

## **II - Méthode**

### **1 - Mise en place de l'étude**

Le recrutement des sujets de l'étude a été effectué dans le service des Suites de Couches où un questionnaire (Annexe 1) a été déposé par l'enquêtrice dans chacun des dossiers obstétricaux des patientes répondant aux critères en vu d'être rempli durant l'examen de sortie de maternité par le soignant avec la patiente. Une feuille d'information a été remise à chacune des patientes répondant à l'étude. Ce questionnaire cherchait aussi à recueillir le consentement de la patiente pour être rappelée dans le mois suivant son accouchement.

Les données complémentaires nécessaires ont été collectées par la consultation du dossier médical.

Les patientes ayant accepté d'être rappelées ont répondu à un questionnaire téléphonique environ trois semaines après leur accouchement (Annexe 2).

### **2 - Paramètres étudiés**

#### ***2.1 - Concernant la patiente***

- Âge, IMC, origine géographique, profession de la patiente, profession de son conjoint
- Date et type d'accouchement : césarienne ou accouchement par voie basse
- Date de sortie du service de Suites de couches
- Antécédent d'allaitement artificiel et traitement reçu

- Antécédent d'allaitement maternel et durée
- Tétée d'accueil
- Motif de l'allaitement artificiel

## ***2.2 - Concernant la prise en charge de la congestion mammaire***

- Traitement préventif reçu : choix d'abstention proposé, type de traitement, date de début, durée, arrêt, date d'arrêt, motif d'arrêt
- Méthodes locales préventives utilisées
- Méthodes curatives utilisées, efficacité

## ***2.3 - Critères d'efficacité et de qualité de prise en charge***

- Signes de congestion mammaire ressentis (écoulement de lait, tension mammaire, douleur) : date de début, durée, évaluation numérique de la douleur
- Consultation médicale (dont le motif de venue est la congestion mammaire) suite au retour à domicile : date, soignant, diagnostic
- Satisfaction à la sortie de la maternité
- Satisfaction concernant les explications et informations reçues
- Satisfaction concernant la prise en charge proposée au sujet de la congestion mammaire, trois semaines après l'accouchement

## **3 - Exploitation des données**

La réalisation du masque de saisie, de la saisie informatique et de l'analyse des données ont été effectués en intégralité à partir du logiciel OpenOffice Calc. Les analyses statistiques ont été réalisées à partir du logiciel en ligne OpenEpi. Nous avons considéré comme statistiquement significative la valeur de "p" inférieur à 0,05. Les résultats non significatifs sont notés par « NS ».

# RÉSULTATS

## I - Étude de l'échantillon

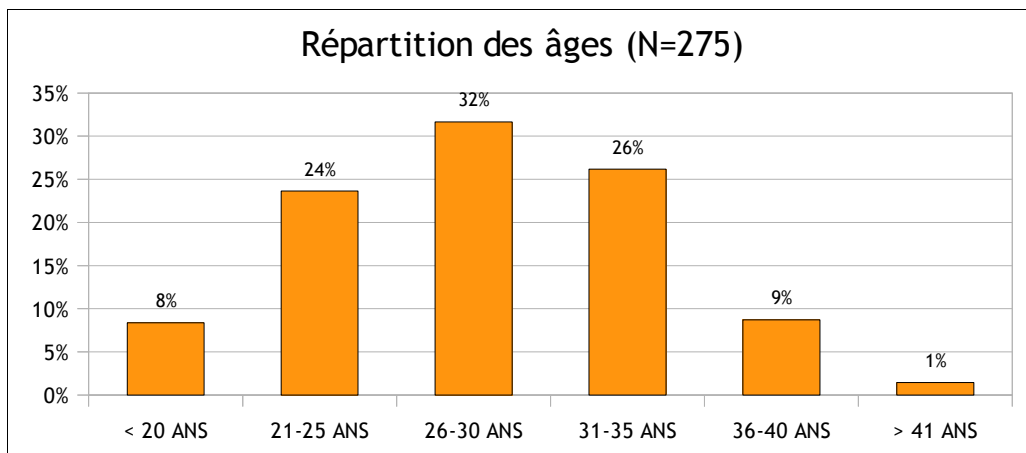
En seize semaines, 434 questionnaires ont été déposés en vue d'être remplis, dans des dossiers de patientes qui n'allaitent pas et rentrant dans les critères de l'étude, et 275 ont été retrouvés remplis, soit un taux de réponse de 63%.

La suite des résultats se base sur cette population de 275 accouchées.

### 1 - Renseignements généraux

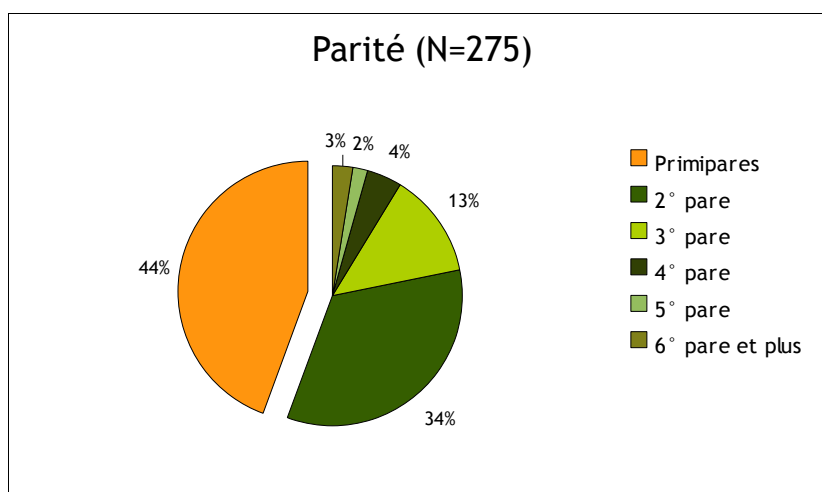
#### 1.1 - Age

La moyenne d'âge des patientes ayant répondu à l'enquête est de 28,2 ans [ $\pm$  5,53], allant de 16 ans à 44 ans et selon la répartition suivante :



## 1.2 - Parité

L'échantillon est constitué à 44% de primipares (N=122) et à 56% de multipares (N=153), selon la répartition suivante :

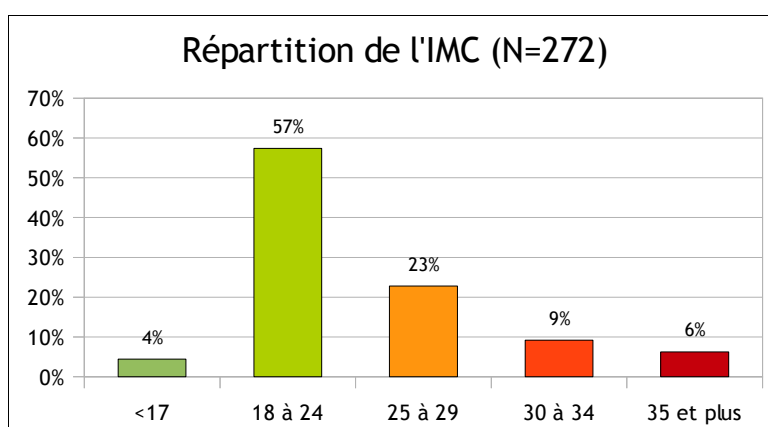


## 1.3 - Origine géographique

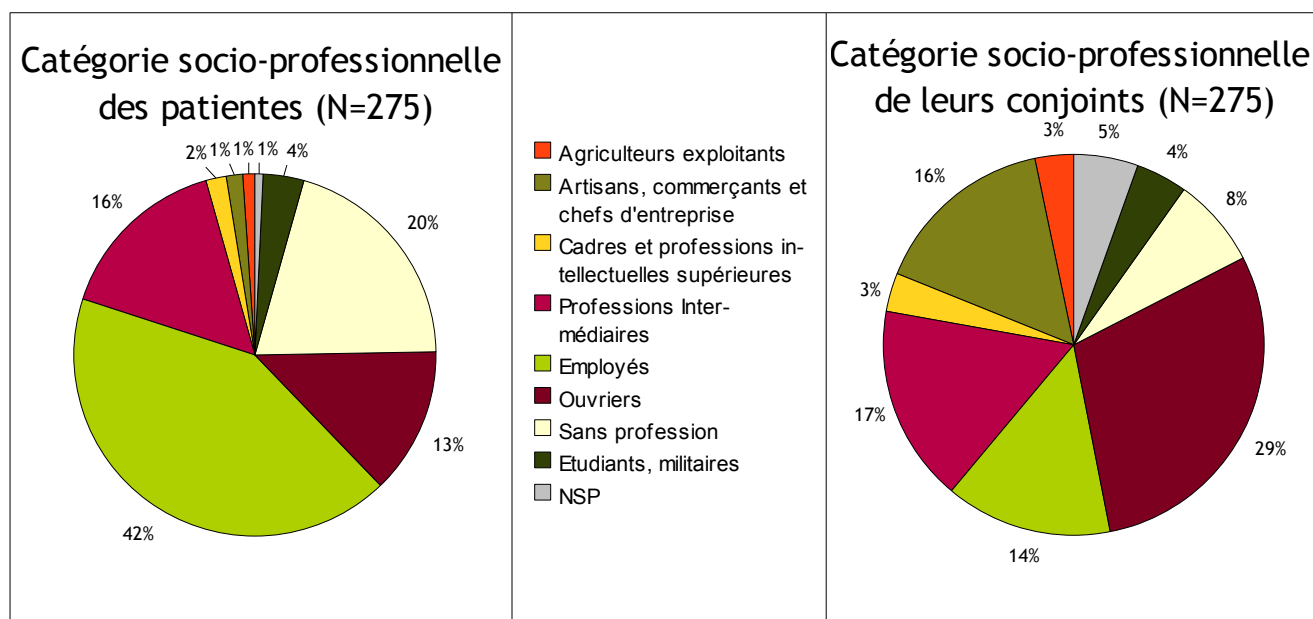
96% des patientes dont l'origine géographique a été renseignée (N=255) dans le dossier viennent de France métropolitaine (N=246), les autres étant originaires des DOM-TOM (N=3), d'Afrique sub-saharienne (N=5) et d'Amérique du Sud (N=1). Dans 7% des cas (N=20), l'origine géographique n'était pas renseignée et n'a pu être connue.

## 1.4 - Indice de masse corporelle

Les patientes de l'échantillon (N=272) présentaient un IMC moyen à 24,3 [ $\pm$ 5,67].



### 1.5 - Catégorie socio-professionnelle<sup>2</sup>

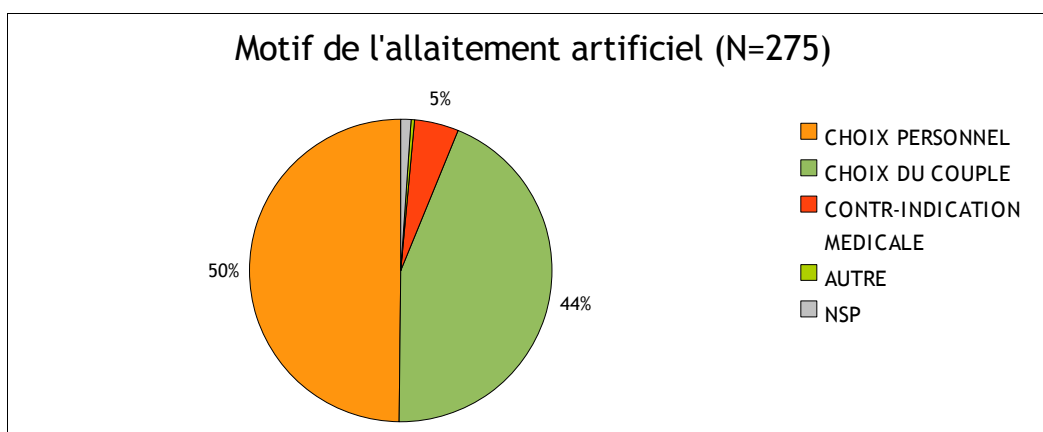


### 1.6 - Mode d'accouchement

L'accouchement s'est fait par voie basse pour 77% des patientes (N=221) et par césarienne pour 23% des patientes (N=61).

### 1.7 - Motif de l'allaitement artificiel

Concernant le motif de l'allaitement artificiel, la moitié des patientes ont invoqué un choix personnel (N=137), 44% ont invoqué un choix du couple (N=121) et 5% avaient une contre-indication médicale à l'allaitement (N=13). Les 1% restants sont constitués d'un autre motif (N=1), la patiente a précisé qu'il s'agissait du choix du père, et de 3 patientes n'ayant pas répondu.



<sup>2</sup> Selon la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles (PCS) de l'INSEE

## 1.8 - Antécédent d'allaitement

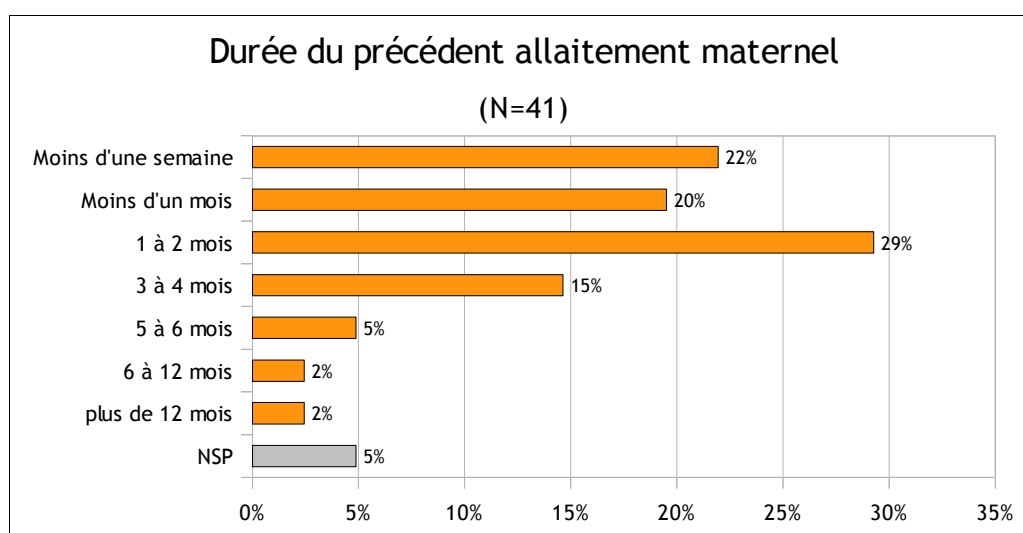
Sur les 153 multipares, 73% avaient déjà choisi l'allaitement artificiel pour leur(s) premier(s) enfant(s) et 27% avaient allaité leur(s) premier(s) enfant(s). Dans les cas où il y a eu deux types d'allaitement pour différents enfants, seul le type d'allaitement du dernier né a été pris en compte.

### Antécédent d'allaitement artificiel

Chez les patientes ayant un antécédent d'allaitement artificiel (N=111), 92% avaient reçu un traitement médicamenteux d'inhibition de la lactation, 4% n'en ont pas reçu et 4% n'ont pas répondu.

### Antécédent d'allaitement maternel

Chez les patientes ayant un antécédent d'allaitement maternel (N=41), la durée de l'allaitement des premiers enfants a été demandée.



## 2 - Tétée d'accueil

Dans notre échantillon, 19% des patientes ont fait une « tétée d'accueil » en salle de naissance (N=52), 80% n'en ont pas fait (N=220) et 1% n'ont pas répondu (N=3).



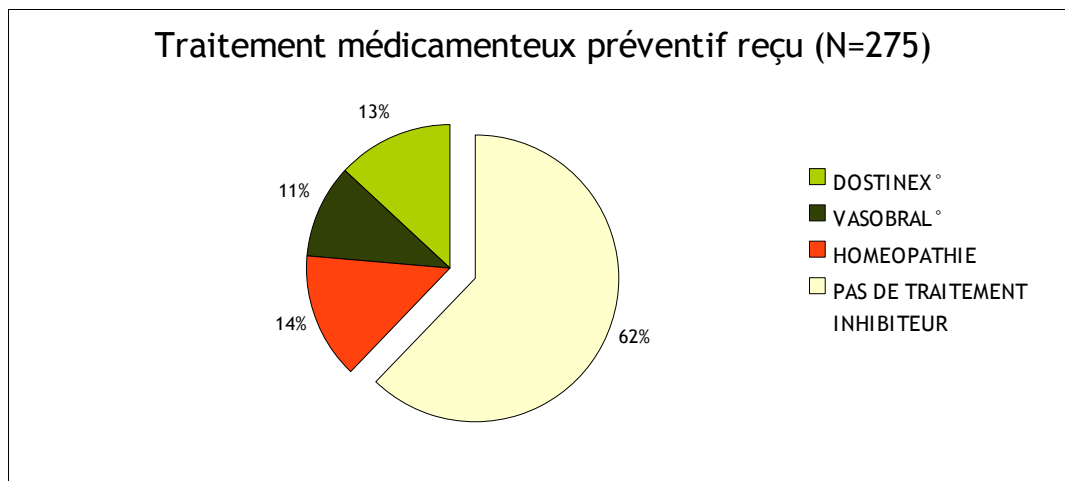
### 3 - Prise en charge de la congestion mammaire

#### 3.1 - *Prise en charge préventive*

##### Choix du traitement préventif

Sur les 104 patientes ayant reçu un traitement inhibiteur préventif, 72% disent avoir eu le choix de prendre ou non un traitement mais 14% disent ne pas avoir eu cette possibilité. 13% n'ont pas répondu.

##### Traitements médicamenteux préventifs utilisés



##### Schéma thérapeutique utilisé :

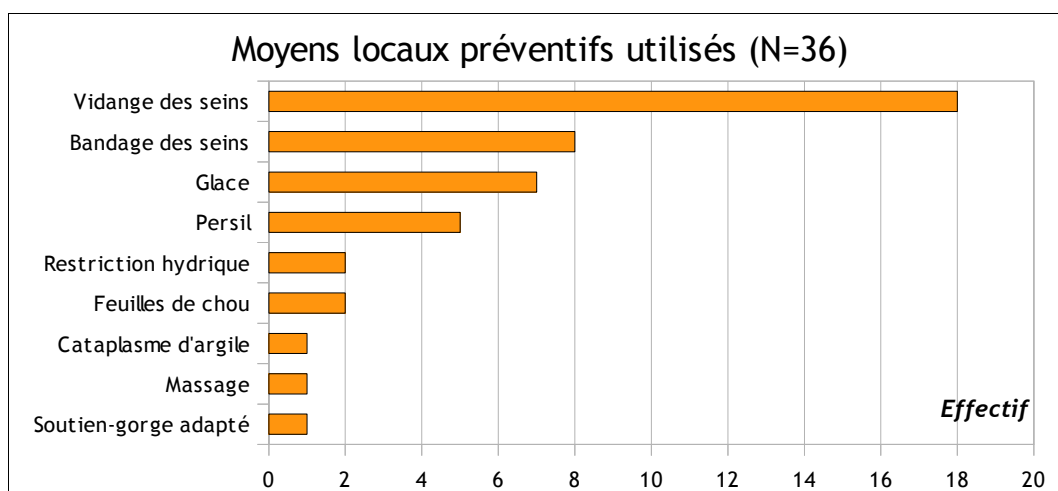
- VASOBRAL®, solution buvable : 2 pipettes matin, midi et soir, pendant 21 jours
- DOSTINEX® : 2 comprimés en une prise, dans les premières 24h suivant la naissance
- HOMEOPATHIE : absence de schéma thérapeutique uniforme. L'homéopathie n'était pas nécessairement prescrite par les soignants du service mais avait pu être apportée par la patiente elle-même en prévision du post-partum.

##### Cabergoline

Concernant les patientes ayant reçu de la cabergoline (N=36), il est à noter que 30,6% d'entre elles (N=11), pour des raisons non spécifiées, ont reçu leur traitement plus de 24h après la naissance.

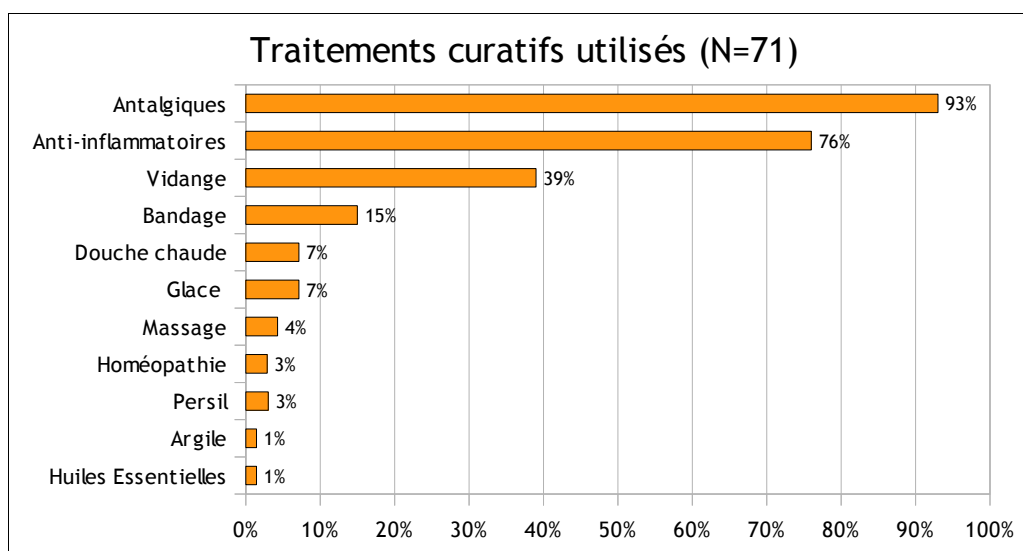
## Moyens locaux préventifs

Dans l'ensemble de l'échantillon, 13% des patientes (N=36) ont utilisé un ou plusieurs moyens locaux préventifs à la maternité.



### **3.2 - Prise en charge curative**

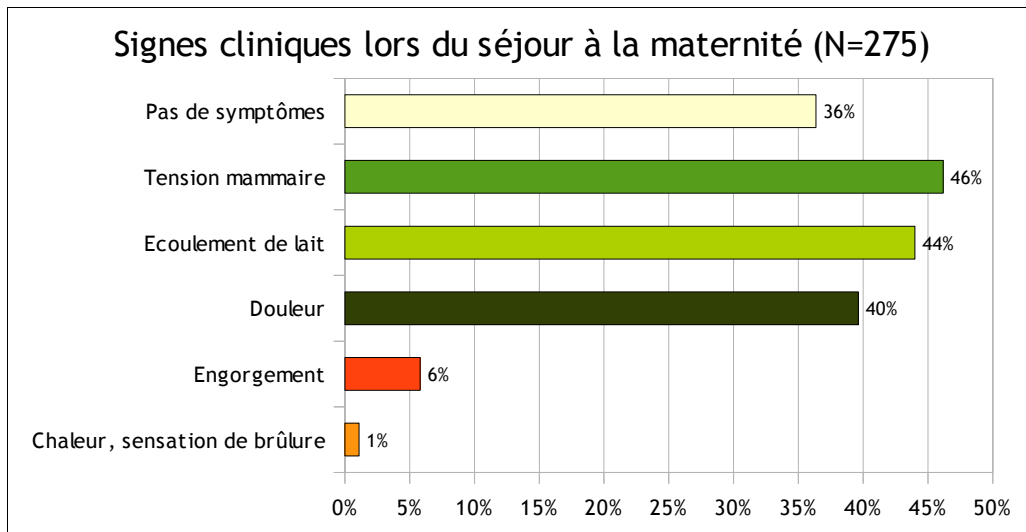
Parmi les patientes qui ont ressenti des signes de congestion mammaire durant le séjour à la maternité (N=175), 59% (N=104) n'ont rien fait mais 41% (N=71) ont eu recours à un ou plusieurs moyens (médicamenteux ou locaux) pour soulager ou arrêter les symptômes. Ces moyens ont été proposés par les soignants ou ont été à l'initiative de la patiente elle-même.



La prise de médicaments curatifs (antalgiques, anti-inflammatoires) se faisait de manière discontinue voire ponctuelle, selon les symptômes ressentis. On ne peut pas parler de "traitement anti-inflammatoire" poursuivi sur plusieurs jours.

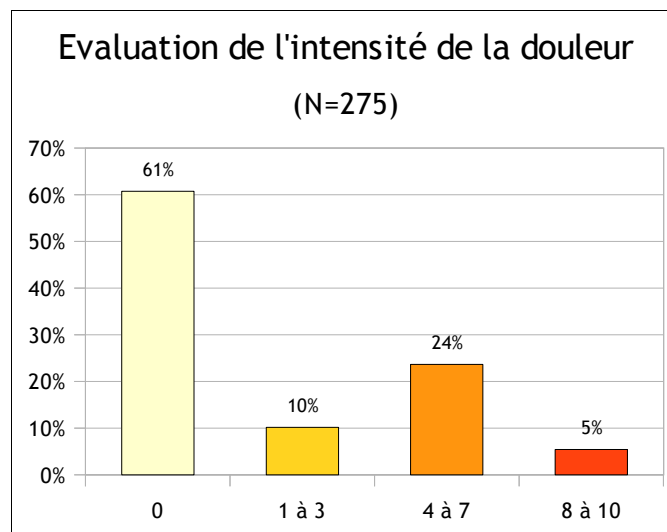
#### 4 - Signes cliniques de congestion mammaire

Toutes prises en charge confondues, durant le séjour en maternité, 36% de l'ensemble de l'échantillon n'ont pas présenté de congestion mammaire. Pour les autres, on retrouve les signes suivants : une tension mammaire (46% des cas), des écoulements de lait (44%) et une douleur (40%). Un engorgement (6%) ou des sensations de chaleur, de brûlures au niveau des seins (1%) ont aussi parfois été décrits.



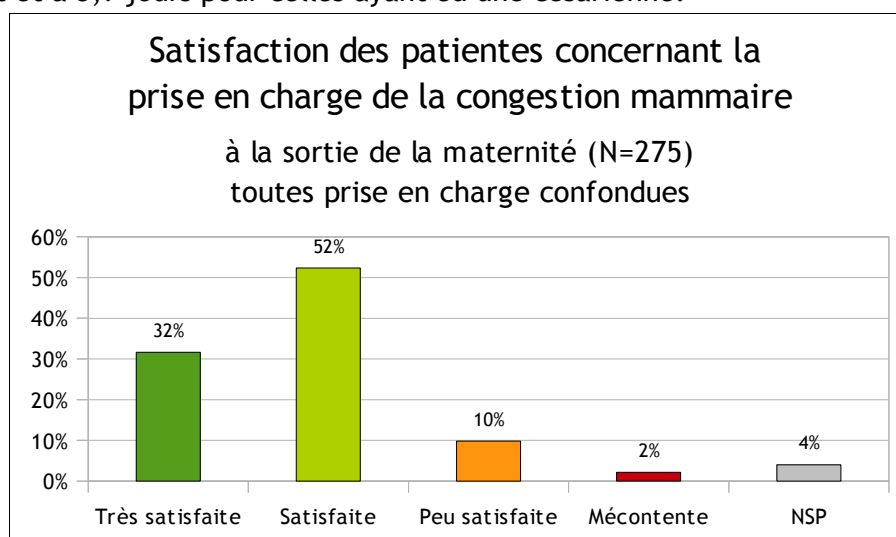
#### Évaluation de la douleur

Nous avons demandé aux patientes de coter leur douleur mammaire de 0 à 10 (0= aucune douleur ; 10= douleur maximale envisageable). Toutes prises en charge confondues, l'évaluation moyenne de la douleur au cours du séjour en maternité est de 2,63 selon la répartition suivante :



## 5 - Satisfaction à la sortie de la maternité

En moyenne, le retour à domicile s'est fait à 4,3 jours après l'accouchement. Pour les femmes ayant accouché par voie basse, la sortie se fait en moyenne à 3,9 jours après l'accouchement et à 5,9 jours pour celles ayant eu une césarienne.



Pour 73% des patientes, leur degré de satisfaction n'a pas été justifié sur le questionnaire. Dans les cas où les patientes étaient "très satisfaites" ou "satisfaites", les raisons invoquées étaient les suivantes :

- bonnes explications, informations, réponse aux questions, conseils et accompagnement (N=21)
- bonne écoute de l'équipe soignante, disponibilité, relation soignant-patient de qualité (N=10)
- absence de congestion mammaire, traitement efficace (N=6)
- respect, de la part des soignants, du choix de ne pas allaiter (N=4)

Dans les cas où les patientes étaient "peu satisfaites" ou "mécontentes", les raisons invoquées étaient les suivantes :

- peu d'informations (N=5), peu d'informations sur les alternatives aux traitements médicamenteux (N=3)
- absence de traitement médicamenteux proposé (N=6)
- congestion mammaire très douloureuse (N=3), vivre la congestion mammaire aggrave la fatigue et/ou le moral dans le post-partum (N=2)
- la patiente a du réclamer, manque d'informations spontanées (N=2), peu de prévention en ante-natal (N=3), la patiente s'est sentie démunie et a du s'en occuper seule (N=1)

## 6 - Déroulement au retour à domicile

82% des patientes ont accepté d'être rappelées (N=225) mais nous n'avons pu re-contacter que 60% (N=165) de l'ensemble de l'échantillon. Le questionnaire téléphonique s'est déroulé entre 14 et 33 jours après l'accouchement et en moyenne à 20,9 jours après l'accouchement.

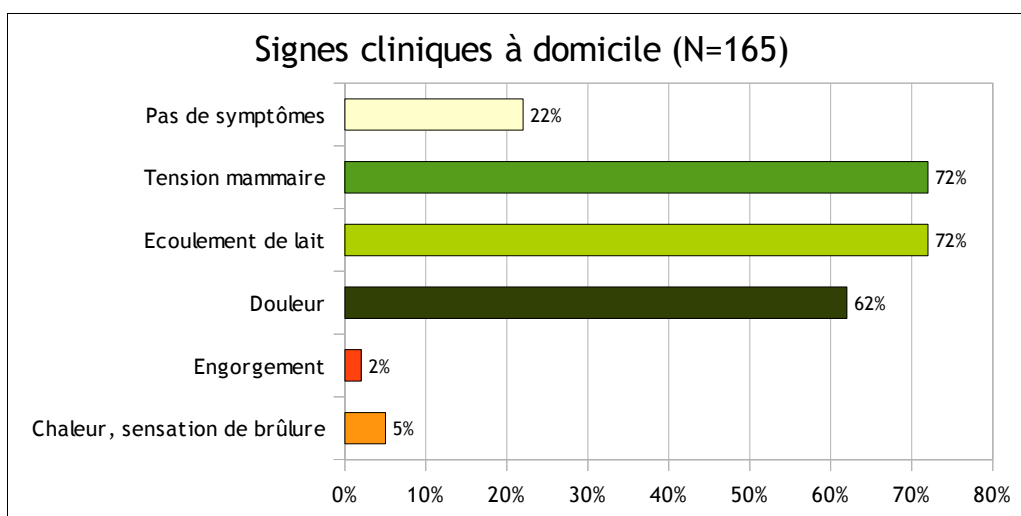
### 6.1 - *Poursuite du traitement préventif*

Dans le cas du traitement par VASOBRAL® (N=29), la poursuite du traitement à domicile à été étudiée. On remarque que dans 45% des cas (N=13), le traitement n'a pas été poursuivi jusqu'au bout. Cet arrêt a été motivé par :

- retrait des lots de VASOBRAL® le 12/10/12 (N=4)
- traitement contraignant et difficultés d'observance, oubli (N=3)
- pas de signes de montée laiteuse (N=2)
- effets indésirables : nausées (N=1)
- traitement inefficace, écoulements de lait (N=1)
- sans justification connue (N=2)

### 6.2 - *Signes cliniques*

Les signes cliniques observés durant le post-partum pour les patientes re-contactées à trois semaines, toutes prises en charge confondues, ont été répertoriés dans le diagramme ci-dessous.

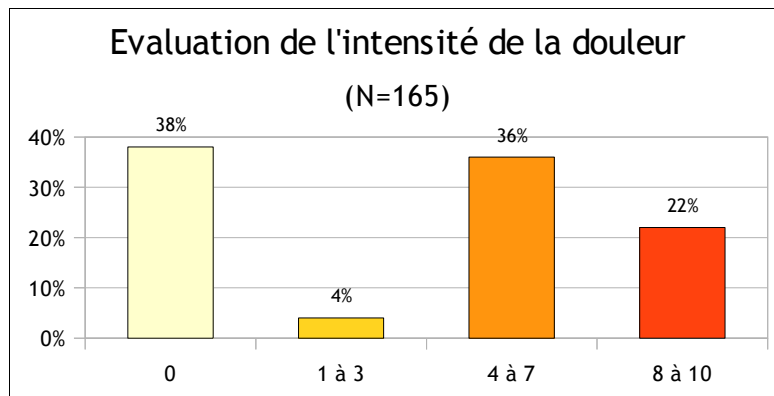


### Apparition d'une congestion mammaire

Sur l'ensemble des patientes sans traitement et suivies dans le post-partum (N=95), 3,2% n'ont eu aucun symptômes, 81% ont eu des signes de congestion mammaire dès le séjour en maternité et la congestion n'a débuté qu'après la sortie pour 15,8%.

### Évaluation de la douleur

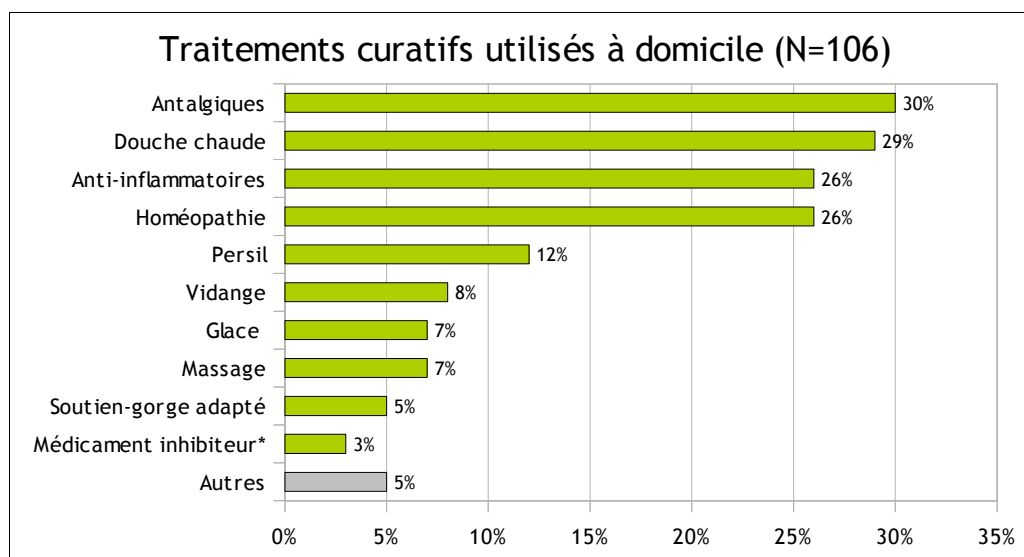
L'évaluation numérique de la douleur a été à nouveau demandée pour évaluer l'intensité maximale de la douleur de la congestion mammaire.



### 6.3 - Traitements et moyens locaux curatifs

Parmi les patientes ayant ressenti des signes de congestion mammaire (N=129), 18% n'ont pas utilisé de traitements ni effectué aucun "petit moyen" pour soulager ces signes.

Cependant, face aux désagréments de la congestion mammaire, 82% (N=106) ont eu recours à des moyens médicamenteux ou locaux pour soulager leurs symptômes.



\* Médicament inhibiteur prescrit par le médecin traitant : 4 patientes ont bénéficié d'une prescription de médicament inhibiteur [PARLODEL (1), BROMOKIN (1), deuxième dose de DOSTINEX (1), NSP (1)] lors d'une consultation chez leur médecin traitant au sujet de la congestion mammaire.

Les autres traitements curatifs utilisés dans des cas isolés sont : le bandage des seins (1 patiente); l'application d'OSMOGEL (1), de pommade anti-inflammatoire (1), de pommade à l'ARNICA (1); l'application de feuilles de choux (1) et l'utilisation d'huile essentielle de menthe poivrée (1).

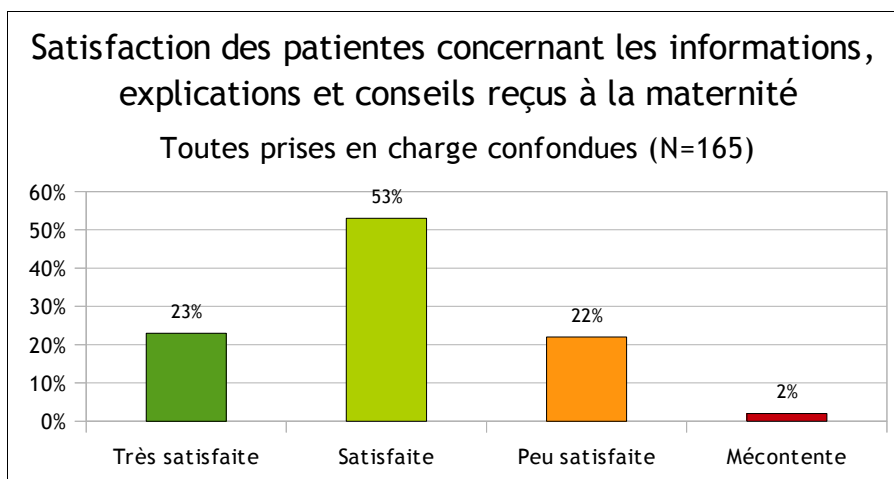
### 6.4 - Consultations médicales

Au retour à domicile, 12% des patientes de l'échantillon ont consulté un soignant concernant la congestion mammaire (N=20). La moitié ont consulté une sage-femme libérale (N=10), les autres ont consulté leur médecin traitant (N=9) et une patiente a appelé le SAMU pour avoir des conseils. 60% d'entre elles n'avaient pas reçu de traitement inhibiteur (N=12), 3 patientes utilisaient de la dihydroergocryptine, 4 femmes utilisaient de l'homéopathie, et une patiente avait eu un traitement par cabergoline.

Lors de ces consultations, un engorgement mammaire a été diagnostiqué chez 3 patientes, n'ayant pas reçu de traitement inhibiteur (N=2) ou utilisant de la dihydroergocryptine (N=1).

### **6.5 - Satisfaction concernant les conseils reçus à la maternité**

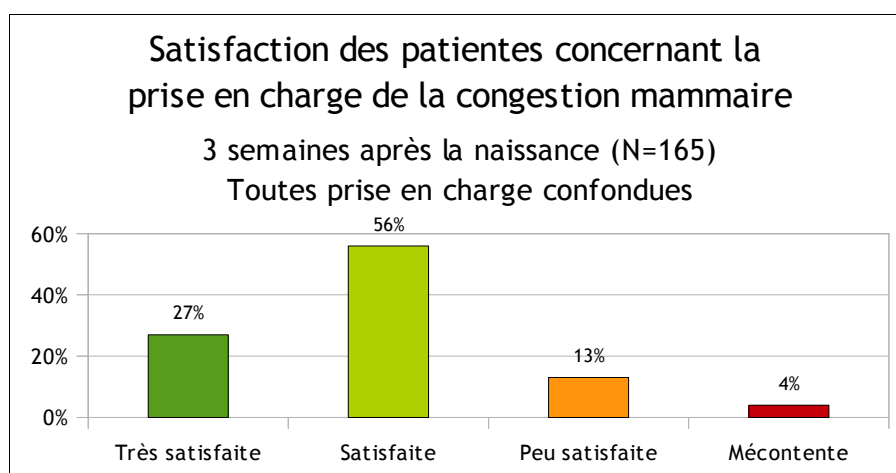
La satisfaction des patientes concernant les conseils et explications reçues à la maternité en vue d'accompagner la congestion mammaire a été évaluée.





## 6.6 - Satisfaction à trois semaines de la naissance

La satisfaction globale de la patiente concernant l'accompagnement de la congestion mammaire a été à nouveau demandée.



Dans 79% des cas, le degré de satisfaction n'a pas été justifié par la patiente. Les remarques des patientes ont été les suivantes :

### Concernant les informations, l'écoute :

- la patiente n'avait pas de questions à la maternité mais s'est retrouvée démunie chez elle, on ne l'a pas suffisamment informée (N=3), peu d'explications (N=2), informations trop rapides (N=1)
- la patiente s'est sentie mal accompagnée du fait de son choix d'allaitement artificiel (N=1)

### Concernant les traitements :

- la patiente aurait préféré avoir un traitement inhibiteur plutôt que de ne rien avoir (N=4), aucun traitement inhibiteur n'a été proposé (N=3), absence d'alternative au traitement retiré du marché (N=1), absence de méthode alternative efficace (N=1)
- la patiente n'a pas été prévenue à la maternité du non remboursement du VASOBRAL® (N=1), n'a pas été informée de la possibilité de symptômes de congestion mammaire malgré la prise bien suivie de dihydroergocryptine (N=1)
- la patiente souhaitait avoir plus d'explications concernant l'utilité et les risques du traitement (N=2)
- l'homéopathie ne lui a pas été proposée (N=1)
- effet indésirable du DOSTINEX® : affecte le moral (N=1)

**Concernant la prise en charge en amont et la communication inter-professionnelle :**

- nécessité d'informer les patientes en amont de cette congestion mammaire à gérer afin qu'elles puissent anticiper (N=5)
- la sage-femme libérale n'était pas au courant des nouvelles pratiques hospitalières (N=1)

**Concernant le vécu de la congestion mammaire :**

- congestion mammaire difficile à gérer avec la fatigue (N=1), affecte le moral (N=1)
- congestion mammaire en cours à la sortie de la maternité et peu d'accompagnement (N=1)

## II - Comparaison des variables de l'étude

### 1 - Particularités du groupe re-contacté

Tableau 1 : Rappel réussi selon la profession de la patiente

	<i>Rappel réussi</i> Effectif (%) N = 165	<i>Rappel échoué</i> Effectif (%) N = 60	<i>Rappel refusé</i> Effectif (%) N = 50	p
Agriculteurs exploitants	3 (1,8)	0	0	NS
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4 (2,4)	0	0	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3 (1,8)	1 (1,7)	1 (2,0)	
Professions intermédiaires	31 (18,8)	9 (15,0)	3 (6,0)	
Employés	74 (44,8)	25 (41,7)	17 (34,0)	
Ouvriers	20 (12)	10 (16,7)	6 (12,0)	
Sans profession	26 (15,8)	10 (16,7)	20 (40,0)	
Étudiant, militaire	4 (2,4)	3 (5,0)	3 (6,0)	
NSP	0	2 (3,3)	0	

Tableau 2 : Rappel réussi selon satisfaction à la sortie de maternité

	<i>Rappel réussi</i> Effectif (%) N = 165	<i>Rappel échoué</i> Effectif (%) N = 60	<i>Rappel refusé</i> Effectif (%) N = 50	p
Très satisfaite	56 (33,9)	24 (40,0)	7 (14,0)	NS
Satisfaite	86 (52,1)	25 (41,7)	33 (66,0)	
Peu satisfaite	15 (9,1)	6 (10,0)	6 (12,0)	
Mécontente	5 (3,0)	0	1 (2,0)	
NSP	3 (1,8)	5 (8,3)	3 (6,0)	

## 2 - Évolution selon traitement préventif reçu

Les critères d'efficacité (signes de congestion mammaire, EVA, satisfaction) des traitements préventifs visant à inhiber la lactation ont été évalués durant le séjour à la maternité pour l'ensemble des patientes (N=275) et sur les trois semaines suivant la naissance pour le groupe des patientes rappelées (N=165). Les tableaux n° 3 et n° 4 regroupent ces données.

**Tableau 3 : Efficacité des traitements médicamenteux préventifs reçus, à court terme**

	<i>Dihydroergocryptine</i>	<i>Cabergoline</i>	<i>Homéopathie</i>	<i>Sans</i>	
	<i>Effectif (%)</i>	<i>Effectif (%)</i>	<i>Effectif (%)</i>	<i>Effectif (%)</i>	<i>p</i>
<i>En maternité</i>	<i>N = 29</i>	<i>N = 36</i>	<i>N = 39</i>	<i>N = 171</i>	
Absence de congestion mammaire à la maternité	19 (65,5)	25 (69,4)	8 (20,5)	48 (28,1)	<0,01
Écoulement de lait	8 (27,6)	7 (19,4)	23 (59,0)	82 (48,0)	<0,01
Tension mammaire	3 (10,3)	7 (19,4)	27 (69,2)	90 (52,6)	<0,01
Douleur mammaire	4 (13,8)	5 (13,9)	18 (46,2)	82 (48,0)	<0,01
EVA de 0 à 3	28 (96,6)	32 (88,9)	27 (69,2)	106 (62,0)	
EVA de 4 à 7	0	2 (5,6)	10 (25,6)	53 (31,0)	NS
EVA de 8 à 10	1 (3,4)	1 (2,8)	1 (2,6)	12 (7,0)	
<i>Satisfaction</i>					
Très satisfaite	16 (55,2)	19 (52,8)	6 (15,4)	46 (26,9)	
Satisfaite	11 (37,9)	12 (33,3)	23 (59,0)	98 (57,3)	
Peu satisfaite	1 (3,4)	1 (2,8)	9 (23,1)	16 (9,4)	NS
Mécontente	1 (3,4)	1 (2,8)	1 (2,6)	3 (1,8)	

**Tableau 4 : Efficacité des traitements médicamenteux préventifs reçus, à moyen terme, dans le groupe rappelé**

	<i>Dihydroergocryptine</i> Effectif (%)	<i>Cabergoline</i> Effectif (%)	<i>Homéopathie</i> Effectif (%)	<i>Sans</i> Effectif (%)	<i>p</i>
<i>Sur l'ensemble du post-partum</i>	<i>N = 23</i>	<i>N = 21</i>	<i>N = 26</i>	<i>N = 95</i>	
Absence de congestion mammaire	7 (30,4)	12 (57,1)	1 (3,8)	3 (3,2)	NS
Écoulement de lait	15 (65,2)	7 (33,3)	21 (80,8)	86 (90,5)	<0,01
Tension mammaire	10 (43,5)	6 (28,6)	25 (96,2)	90 (94,7)	NS
Douleur mammaire	12 (52,2)	4 (19,0)	20 (76,9)	84 (88,4)	<0,01
EVA de 0 à 3	14 (60,9)	18 (85,7)	8 (30,8)	16 (16,8)	
EVA de 4 à 7	3 (13,0)	2 (9,5)	13 (50,0)	48 (50,5)	<0,01
EVA de 8 à 10	6 (26,1)	1 (4,8)	5 (19,2)	31 (32,6)	
<i>Durée des symptômes</i>					
1 à 4 jours	8 (34,8)	6 (28,6)	9 (34,6)	37 (38,9)	
5 à 8 jours	2 (8,7)	2 (9,5)	8 (30,8)	27 (28,4)	NS
9 jours ou plus	6 (26,1)	1 (4,8)	7 (26,9)	27 (28,4)	
<i>Satisfaction à 3 semaines</i>					
Très satisfaite	9 (39,1)	14 (66,7)	1 (3,8)	21 (22,1)	
Satisfaite	12 (52,2)	6 (28,6)	17 (65,4)	57 (60,0)	
Peu satisfaite	2 (8,7)	1 (4,8)	6 (23,1)	13 (13,7)	NS
Mécontente	0	0	2 (7,7)	4 (4,2)	
Consultation	3 (13,0)	1 (4,8)	4 (15,4)	12 (12,6)	NS

### 3 - Date de début du traitement

L'efficacité du traitement a été évaluée selon le jour de d'instauration de celui-ci.

**Tableau 5 : Efficacité du traitement par cabergoline selon le jour de prise du traitement**

	<i>Prise dans les 24h suite à l'accouchement</i>	<i>Prise plus de 24h après l'accouchement</i>	<i>P</i>
	<i>Effectif (%)</i>	<i>Effectif (%)</i>	
<i>En maternité</i>	<i>N = 24</i>	<i>N = 11</i>	
Absence de congestion mammaire à la maternité	18 (75,0)	6 (54,5)	NS
Écoulement de lait	3 (12,5)	4 (36,4)	
Tension mammaire	4 (16,7)	3 (27,3)	
Douleur mammaire	2 (8,3)	3 (27,3)	
<i>Satisfaction</i>			
Très satisfaite	16 (66,7)	3 (27,2)	NS
Satisfaite	6 (25,0)	6 (54,5)	
Peu satisfaite	0	1 (9,1)	
Mécontente	0	1 (9,1)	

**Tableau 6 : Efficacité de l'homéopathie selon le jour d'instauration du traitement**

	<i>Prise dans les 24h suite à l'accouchement</i>	<i>Prise plus de 24h après l'accouchement</i>	<i>P</i>
	<i>Effectif (%)</i>	<i>Effectif (%)</i>	
<i>En maternité</i>	<i>N = 21</i>	<i>N = 16</i>	
Absence de congestion mammaire à la maternité	8 (38,1)	0	0,01
Écoulement de lait	8 (38,1)	13 (81,3)	<0,01
Tension mammaire	13 (61,9)	12 (75,0)	NS
Douleur mammaire	8 (38,1)	10 (62,5)	NS
<i>Satisfaction</i>			
Très satisfaite	3 (14,3)	3 (18,8)	NS
Satisfaite	14 (66,7)	8 (50,0)	
Peu satisfaite	3 (14,3)	5 (31,3)	
Mécontente	1 (4,8)	0	

**Tableau 7 : Efficacité de la dihydroergocryptine selon le jour d'instauration du traitement**

	<i>Prise dans les 24h suite à l'accouchement</i>	<i>Prise plus de 24h après l'accouchement</i>	<i>P</i>
<i>En maternité</i>	<i>Effectif (%)</i> <i>N = 17</i>	<i>Effectif (%)</i> <i>N = 12</i>	
Absence de congestion mammaire à la maternité	11 (64,7)	8 (66,7)	NS
Écoulement de lait	5 (29,4)	3 (25,0)	
Tension mammaire	2 (11,8)	1 (8,3)	
Douleur mammaire	1 (5,9)	3 (25,0)	
<i>Satisfaction</i>			
Très satisfaite	8 (47,1)	8 (66,7)	
Satisfaite	8 (47,1)	3 (25,0)	
Peu satisfaite	0	1 (8,3)	
Mécontente	1 (5,9)	0	

#### 4 - Évolution selon le critère de choix du type d'allaitement

L'évolution clinique spontanée de la congestion mammaire a été évaluée selon l'origine du choix de ne pas allaiter.

**Tableau 8 : Évolution selon le critère de choix du type d'allaitement, sans traitement préventif, dans le groupe rappelé**

	<i>Choix personnel</i> <i>Effectif (%)</i>	<i>Choix du couple</i> <i>Effectif (%)</i>	<i>Raison médicale</i> <i>Effectif (%)</i>	<i>p</i>
<i>Sur l'ensemble du post-partum</i>	<i>N = 46</i>	<i>N = 45</i>	<i>N = 3</i>	
Absence de congestion mammaire	1 (2,2)	2 (4,4)	0	NS
Écoulement de lait	41 (89,1)	41 (91,1)	3 (100)	NS
Tension mammaire	45 (97,8)	41 (91,1)	3 (100)	NS
Douleur mammaire	41 (89,1)	40 (88,9)	2 (66,7)	NS
EVA de 0 à 3	8 (17,4)	7 (15,6)	1 (33,3)	
EVA de 4 à 7	25 (54,3)	21 (46,7)	1 (33,3)	NS
EVA de 8 à 10	13 (28,3)	17 (37,8)	1 (33,3)	
<i>Durée des symptômes</i>				
1 à 4 jours	16 (34,8)	19 (42,2)	1 (33,3)	
5 à 8 jours	13 (28,3)	14 (31,1)	0	
9 jours ou plus	16 (34,8)	9 (20,0)	2 (66,7)	NS
<i>Satisfaction à 3 semaines</i>				
Très satisfaite	8 (17,4)	12 (26,7)	1 (33,3)	
Satisfaite	27 (58,7)	28 (63,2)	1 (33,3)	
Peu satisfaite	9 (19,6)	3 (6,7)	1 (33,3)	NS
Mécontente	2 (4,4)	2 (4,4)	0	



## 5 - Évolution selon les antécédents d'allaitement

Pour les multipares qui n'ont pas reçu de traitement inhibant la lactation, le critère de l'antécédent d'allaitement maternel ou artificiel a été croisé avec les signes de congestion mammaire, l'évaluation de la douleur, la durée des signes et la satisfaction des patientes.

**Tableau 9 : Évolution selon l'antécédent d'allaitement, sans traitement préventif, dans le groupe rappelé**

ANTECEDENT	Allaitement maternel	Allaitement artificiel	p
	Effectif (%)	Effectif (%)	
	N = 14	N = 43	
Absence de congestion mammaire	0	1 (2,3)	NS
Tension mammaire	14 (100)	41 (95,3)	NS
Écoulement de lait	13 (92,9)	38 (88,4)	NS
Douleur	13 (92,9)	40 (93,0)	NS
EVA de 0 à 3	2 (14,3)	4 (9,3)	NS
EVA de 4 à 7	7 (50,0)	20 (46,5)	
EVA de 8 à 10	5 (35,7)	19 (44,2)	
Durée de la congestion mammaire			
1 à 4 jours	4 (28,6)	19 (44,2)	NS
5 à 8 jours	8 (57,1)	10 (23,3)	
9 jours ou plus	2 (14,3)	13 (30,2)	
Satisfaction à 3 semaines			
Très satisfaite	3 (21,4)	9 (20,9)	NS
Satisfaite	8 (57,1)	25 (58,1)	
Peu satisfaite	2 (14,3)	8 (13,3)	
Mécontente	1 (7,1)	1 (2,3)	

Les patientes ayant déjà vécu un allaitement artificiel antérieurement avaient, pour la plupart, reçu un traitement inhibant la congestion mammaire (bromocriptine, dihydroergocryptine). Au cours de l'étude, elles ont été nombreuses à ne pas avoir pu en bénéficier à nouveau. Le tableau ci-dessous évalue leur satisfaction à la sortie de la maternité selon la prise en charge reçue cette fois ci.

**Tableau 10 : Satisfaction selon la prise en charge du précédent allaitement artificiel**

<u>Antécédent</u>	<u>Antécédent de traitement préventif reçu</u>		<i>p</i>
<i>Actuellement</i>	<i>Traitement préventif reçu</i>	<i>Sans</i>	
	<i>Effectif (%)</i>	<i>Effectif (%)</i>	
	<i>N = 35</i>	<i>N = 64</i>	
Très satisfaite	18 (51,4)	17 (26,6)	NS
Satisfaite	10 (28,6)	34 (53,1)	
Peu satisfaite	4 (11,4)	11 (17,2)	
Mécontente	3 (8,6)	2 (3,1)	

Les patientes n'ayant pas reçu de traitement inhibiteur cette fois-ci ni auparavant (N=4) ont été toutes "satisfaites".

## 6 - Évolution en cas de tétée d'accueil

Une "tétée d'accueil", précoce, en salle de naissance, est couramment proposée ou demandée suite à l'accouchement. Le tableau n°11 regroupe les signes cliniques de congestion mammaire lors du séjour en maternité chez les patientes sans traitement inhibiteur en comparant le groupe de patientes ayant fait une "tétée d'accueil" et celui n'en ayant pas fait. Le tableau n°12 regroupe les mêmes informations mais évalue ces critères sur les trois semaines suivant la naissance.

**Tableau 11 : Évolution selon le critère de « tétée d'accueil », sans traitement préventif, à court terme**

	<i>Tétée d'accueil</i>	<i>Pas de tétée d'accueil</i>	
	<i>Effectif (%)</i>	<i>Effectif (%)</i>	<i>p</i>
<i>En maternité</i>	<i>N = 27</i>	<i>N = 142</i>	
Absence de congestion mammaire	6 (22,2)	41 (28,9)	NS
Tension mammaire	14 (51,9)	75 (52,8)	NS
Écoulement de lait	13 (48,1)	68 (47,9)	NS
Douleur	13 (48,1)	68 (47,9)	NS
EVA de 0 à 3	15 (55,6)	89 (62,7)	
EVA de 4 à 7	11 (40,7)	42 (29,6)	NS
EVA de 8 à 10	1 (3,7)	11 (7,7)	

Le jour moyen d'apparition des signes est semblable entre les deux groupes soit 2,8 jours après l'accouchement.

**Tableau 12 : Évolution selon le critère de « tétée d'accueil », sans traitement préventif, dans le groupe rappelé**

	<i>Tétée d'accueil</i> <i>Effectif (%)</i>	<i>Pas de tétée d'accueil</i> <i>Effectif (%)</i>	<i>p</i>
<i>Sur l'ensemble du post-partum</i>	<i>N = 18</i>	<i>N = 77</i>	
Absence de congestion mammaire	0	3 (3,9)	NS
Tension mammaire	17 (94,4)	69 (89,6)	NS
Écoulement de lait	18 (100)	72 (93,5)	NS
Douleur	17 (94,4)	67 (87)	NS
EVA de 0 à 3	2 (11,1)	14 (18,2)	
EVA de 4 à 7	11 (61,1)	37 (48,1)	NS
EVA de 8 à 10	5 (27,8)	26 (33,8)	
<i>Durée de la congestion mammaire</i>			
1 à 4 jours	5 (27,8)	29 (37,7)	
5 à 8 jours	8 (44,4)	20 (26)	NS
9 jours ou plus	5 (27,8)	21 (27,3)	

## 7 - Efficacité des alternatives aux traitements préventifs

Le tableau n°13 compare l'évolution des symptômes chez les patientes qui ont essayé de prévenir la congestion mammaire par vidange des seins et chez celles qui n'ont effectué aucune prévention (ni médicamenteuse ni autre).

**Tableau 13 : Évolution selon la méthode préventive non médicamenteuse utilisée**

	<i>Vidange</i> <i>Effectif (%)</i>	<i>Sans</i> <i>Effectif (%)</i>	<i>p</i>
<i>En maternité</i>	<i>N = 18</i>	<i>N = 149</i>	
Absence de congestion mammaire	1 (5,6)	46 (30,9)	0,02
Tension mammaire	12 (66,7)	74 (49,7)	NS
Écoulement de lait	15 (83,3)	66 (44,3)	<0,01
Douleur	14 (77,8)	67 (45,0)	<0,01
EVA de 0 à 3	6 (33,3)	97 (65,1)	
EVA de 4 à 7	9 (50,0)	43 (28,9)	NS
EVA de 8 à 10	3 (16,7)	9 (6,0)	

Les autres méthodes ont été utilisées chez moins de 4% de l'échantillon et n'ont donc pas pu montrer des résultats significatifs.

## 8 - Efficacité du traitement curatif reçu

Les tableaux ci-dessous évaluent l'efficacité des moyens curatifs utilisés chez les patientes rappelées (selon le soulagement et la durée des symptômes). Tous ces traitements et moyens curatifs (hormis l'homéopathie et le soutien des seins) ont été utilisés de manière ponctuelle.

**Tableau 14 : Efficacité des principaux moyens curatifs**

	Antalgiques	Anti-inflammatoires	Douche chaude	Homéopathie	Persil	P
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	
	N=39	N=34	N=36	N=34	N=16	
Soulagement des symptômes						
Bien soulagée	25 (64,1)	23 (67,6)	26 (72,2)	22 (64,7)	12 (75,0)	NS
Peu soulagée	11 (28,2)	8 (23,5)	7 (19,4)	8 (23,5)	3 (18,8)	
Inefficace	3 (7,7)	3 (8,8)	3 (8,3)	4 (11,8)	1 (6,2)	
Durée de la congestion mammaire						
1 à 4 jours	13 (33,3)	10 (29,4)	17 (47,2)	11 (32,4)	6 (37,5)	NS
5 à 8 jours	11 (28,2)	13 (38,2)	9 (25,0)	12 (35,3)	4 (25,0)	
9 jours ou plus	15 (38,5)	11 (32,4)	10 (27,8)	11 (32,4)	6 (37,5)	

À titre de comparaison, chez les patientes n'ayant utilisé aucun moyen curatifs (N=22), la durée des symptômes de congestion mammaire a été de 1 à 4 jours pour 50% d'entre elles, de 5 à 8 jours pour 23% et de plus de 9 jours pour 27%.

**Tableau 15 : Efficacité des autres moyens curatifs**

	<i>Vidange</i>	<i>Glace, froid</i>	<i>Massage</i>	<i>Soutien-gorge adapté ou bandage</i>	<i>p</i>
	<i>Effectif (%)</i> <i>N=11</i>	<i>Effectif (%)</i> <i>N=11</i>	<i>Effectif (%)</i> <i>N=9</i>	<i>Effectif (%)</i> <i>N=9</i>	
<i>Soulagement des symptômes</i>					
Bien soulagée	8 (72,7)	7 (63,6)	9 (100,0)	8 (88,9)	NS
Peu soulagée	1 (9,1)	2 (18,2)	0	1 (11,1)	
Inefficace	1 (9,1)	2 (18,2)	0	0	
<i>Durée de la congestion mammaire</i>					
1 à 4 jours	2 (18,2)	4 (36,4)	7 (77,8)	1 (11,1)	NS
5 à 8 jours	3 (27,3)	5 (45,5)	1 (11,1)	6 (66,7)	
9 jours ou plus	6 (54,5)	2 (18,2)	1 (11,1)	2 (22,2)	

## 9 - Satisfaction des patientes

Les tableaux ci-dessous évaluent la satisfaction concernant la prise en charge de la congestion mammaire à la sortie de la maternité selon l'âge et selon la catégorie socio-professionnelle de la patiente, toutes prises en charge confondues.

**Tableau 16 : Satisfaction selon l'âge des patientes**

	< 20 ans Effectif (%) N = 21	21 - 25 ans Effectif (%) N = 63	26 - 30 ans Effectif (%) N = 85	31 - 35 ans Effectif (%) N = 69	36 - 40 ans Effectif (%) N = 22	> 41 ans Effectif (%) N = 4	p
<i>Satisfaction à la sortie de la maternité</i>							
Très satisfaite	7 (33,3)	24 (38,1)	26 (30,6)	22 (31,9)	6 (27,3)	2 (50,0)	NS
Satisfaite	13 (61,9)	34 (54,0)	44 (51,8)	36 (52,2)	15 (68,2)	2 (50,0)	
Peu satisfaite	1 (4,8)	4 (6,3)	14 (16,5)	7 (10,1)	1 (4,5)	0	
Mécontente	0	1 (1,6)	1 (1,2)	4 (5,8)	0	0	

**Tableau 17 : Satisfaction à la sortie de la maternité selon la catégorie socio-professionnelle des patientes**

	4. Professions intermédiaires Effectif (%) N = 41	5. Employés Effectif (%) N = 113	6. Ouvriers Effectif (%) N = 35	7. Sans profession Effectif (%) N = 53	8. Étudiants, militaires Effectif (%) N = 9	p
Très satisfaite	13 (31,7)	40 (35,4)	15 (42,9)	13 (24,5)	3 (33,3)	NS
Satisfaite	19 (46,3)	58 (51,3)	15 (42,9)	38 (71,7)	5 (55,6)	
Peu satisfaite	8 (19,5)	12 (10,6)	5 (14,3)	1 (1,9)	1 (11,1)	
Mécontente	1 (2,4)	3 (2,7)	0	1 (1,9)	0	

Les catégories professionnelles suivantes, peu représentées, n'ont pas été intégrées dans le tableau ci-dessus :

- Agriculteurs exploitants : "Très satisfaite" (N=1), "Satisfaite" (N=2)
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise : "Très satisfaite" (N=1), "Satisfaite" (N=2), "Mécontente" (N=1)
- Cadres et professions intellectuelles supérieures : "Très satisfaite" (N=1), "Satisfaite" (N=3)



Dans le groupe des patientes rappelées, la satisfaction des patientes a été évaluée selon qu'elles se soient senties suffisamment informées et conseillées à la maternité concernant la congestion mammaire, toutes prises en charge confondues.

**Tableau 18 : Satisfaction selon la satisfaction des informations reçues à la maternité, toutes prises en charges confondues, dans le groupe rappelé**

	<i>Très satisfaite des informations reçues</i> Effectif (%) <i>N = 28</i>	<i>Satisfaite des informations reçues</i> Effectif (%) <i>N = 65</i>	<i>Peu satisfaite des informations reçues</i> Effectif (%) <i>N = 28</i>	<i>Mécontente des informations reçues</i> Effectif (%) <i>N = 2</i>	<i>p</i>
<i>Satisfaction à 3 semaines</i>					
Très satisfaite	22 (78,6)	7 (10,8)	1 (3,6)	0	NS
Satisfaite	4 (14,3)	52 (80,0)	13 (46,4)	0	
Peu satisfaite	2 (7,1)	6 (9,2)	11 (39,3)	1 (50,0)	
Mécontente	0	0	3 (10,7)	1 (50,0)	

### **III - Comparaison des trois périodes de l'étude**

Suite à divers changements de protocoles survenus pendant l'étude, la cohorte peut être séparée en trois groupes de patientes, selon les différentes périodes liées à ces pratiques différentes, qui sont les suivantes :

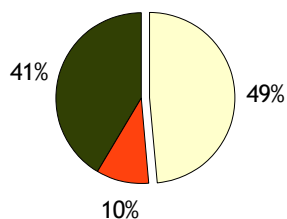
- À partir de début septembre 2012, le personnel soignant proposait aux patientes la dihydroergocryptine ou l'abstention thérapeutique.
- Suite au retrait des lots de VASOBRAL<sup>®</sup>, du 12 octobre au 27 novembre 2012, les patientes ont pu accompagner et soulager les symptômes de leur congestion mammaire par des techniques locales et des antalgiques de premier niveau. L'homéopathie était utilisée aussi de manière ponctuelle.
- À partir du 28 novembre 2012, la cabergoline a été utilisée en première intention pour les patientes ne présentant pas de contre-indication (absolue ou relative).

Nous avons alors pu établir, pour chaque période, le traitement ayant reçu un traitement préventif, leur satisfaction à la sortie de la maternité et leur satisfaction trois semaines après la naissance.

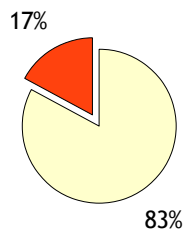
### Traitement médicamenteux préventif reçu

■ VASOBRAL® ■ HOMEOPATHIE ■ DOSTINEX® ■ PAS DE TRAITEMENT INHIBITEUR

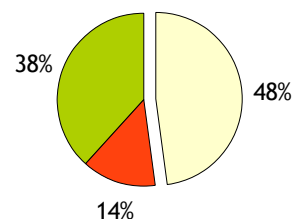
Sur la période du 18 sept. au 11 oct. (N=70)



Sur la période du 12 oct. au 27 nov. (N=111)

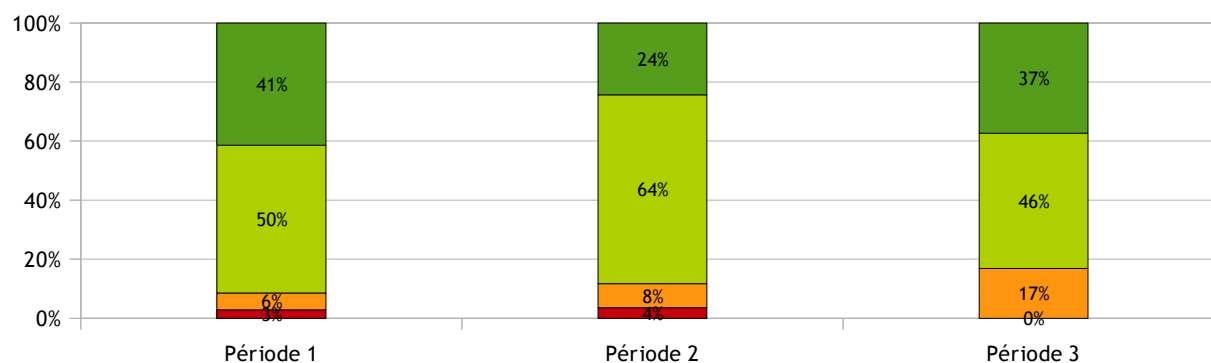


Sur la période du 28 nov. au 4 janv. (N=94)



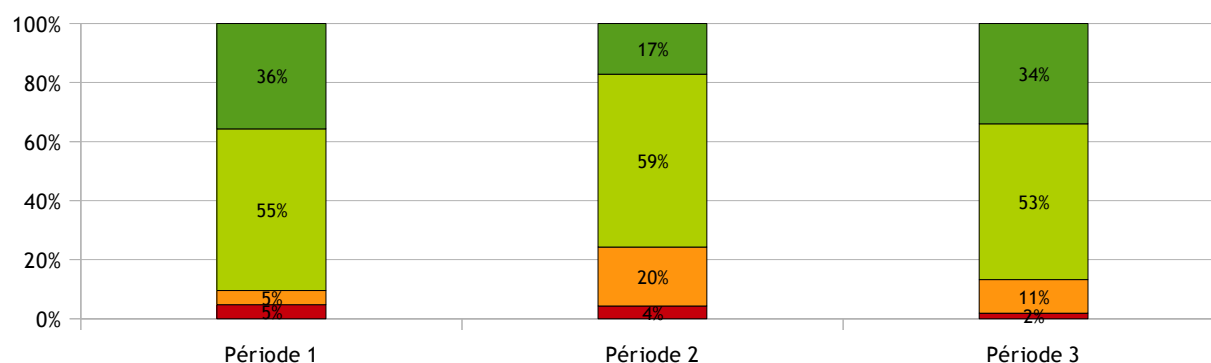
### Satisfaction à la sortie de la maternité selon les périodes

■ Mécontente ■ Peu satisfaite ■ Satisfaite ■ Très satisfaite



### Satisfaction trois semaines après la naissance selon les périodes

■ Mécontente ■ Peu satisfaite ■ Satisfaite ■ Très satisfaite



# ANALYSE ET DISCUSSION

## I - Critique de l'étude

Nous avons souhaité, à travers cette étude, évaluer la qualité de la prise en charge de la congestion mammaire chez les femmes qui n'allaitent pas. Nous voulions évaluer la satisfaction des patientes selon la prise en charge dont elles ont bénéficié ainsi que l'efficacité de cette prise en charge face aux symptômes cliniques de la congestion mammaire physiologique.

### Points positifs de l'étude

Nous pouvons souligner que notre étude a l'avantage d'avoir été effectuée auprès d'un nombre global de patientes relativement important. De plus, le recrutement des sujets ayant englobé l'ensemble des patientes n'allaitant pas sur une période de 16 semaines, nous pouvons estimer que l'échantillon est représentatif de la population des femmes qui n'allaitent pas au CHU d'Angers. Enfin, il s'agit d'une étude prospective, qui a donc eu l'avantage de répertorier des informations précises pour des critères qui n'auraient pas été renseignés dans une étude rétrospective.

### Points négatifs de l'étude

Cependant, les changements de protocoles de prise en charge au cours de l'étude ont entraîné la formation de divers sous-groupes de faibles effectifs dans l'échantillon. Aussi, la réponse à l'enquête étant laissée aux soins du professionnel de santé effectuant l'examen de sortie de maternité, le taux de questionnaires non remplis est important du fait des oublis ou du manque de temps. Nous pouvons aussi noter que cette étude n'évalue pas les effets indésirables des traitements utilisés.

De plus, l'étude n'a pu évaluer de manière complète le déroulement au retour à domicile du fait de la perte de 40% de l'échantillon par refus ou échec de rappel téléphonique. Les sous-groupes ont donc été nettement réduits et les résultats sont donc moins fiables.

L'évaluation des critères cliniques (intensité, durée, évaluation de la douleur) étant laissée à l'appréciation de la patiente, leur analyse est donc relativement subjective et induit un biais d'évaluation. Aussi, le rappel téléphonique consistait à interroger la patiente de manière rétrospective, certains critères ont donc pu être majorés ou minorés par le biais de mémoire.

Enfin, concernant la prise d'antalgiques et/ou d'anti-inflammatoires pour soulager les symptômes, nous n'avons pas intégré dans le questionnaire la possibilité de prise de ces traitements à une autre visée (douleur de cicatrice, ...) qui aurait pu avoir une influence sur les signes cliniques de congestion mammaire.

## II - Rappel des résultats

### Caractéristiques de la population

L'échantillon est constitué à 82% de patientes âgées de 21 à 35 ans, et à 44% de primipares. Ce taux de primiparité est comparable aux données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 (43,4% de primiparité) [5].

Les patientes sont presque toutes (96%) originaires de France métropolitaine, ce qui n'est pas représentatif de la population des femmes accouchant au CHU d'Angers. À titre de comparaison, l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 comptait 13,4% de patientes étrangères. Les patientes originaires d'autres pays ou des DOM-TOM semblent donc préférentiellement s'orienter vers un allaitement maternel ou mixte [5].

Plus de la moitié des patientes (57%) présentent un indice de masse corporelle normal mais nous remarquons tout de même que 15% de notre population présente une obésité. Ce taux est plus important que la moyenne nationale en 2010 (9,9%) [5].

Les catégories socio-professionnelles les plus représentées pour les patientes sont la catégorie des employés (42%) et les personnes sans profession (20%). Viennent ensuite les professions intermédiaires (16%) et la catégorie des ouvriers (13%). Pour les conjoints, la catégorie des ouvriers est la plus représentée (29%); viennent ensuite les professions intermédiaires (17%) et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (16%).

Dans l'échantillon, le taux de naissance par césarienne est de 23% comparable au taux national de 21% en 2010 [5].

Concernant le motif de l'allaitement artificiel, 94% des patientes invoquent un choix (personnel ou de couple) et 5% n'allaitent pas pour raison médicale. Dans près de la moitié des cas, le choix du type d'allaitement a été discuté en couple. Cependant, nous ne savons pas si la patiente souhaitait personnellement allaiter et qu'elle a revu son choix sur la demande de son conjoint. Le motif de choix n'a montré aucune influence sur l'intensité de la congestion mammaire.

### Antécédent d'allaitement

Parmi les multipares, 73% avaient déjà choisi l'allaitement artificiel pour la naissance précédente. Chez celles qui avaient auparavant allaité, il est vraisemblable qu'un bon nombre d'entre elles ont vécu cet allaitement comme un échec et ont arrêté précocement. On remarque en effet que 42% d'entre elles ont allaité moins d'un mois, et que seulement 24% allaitaient encore à 3 mois. Chez celles qui avaient déjà choisi l'allaitement artificiel pour leurs autres enfants, 92% d'entre elles avaient auparavant reçu un traitement inhibant la lactation.

Nous n'avons pas retrouvé de différences dans l'évolution naturelle de la congestion mammaire entre les femmes qui avaient auparavant allaité et les autres.

Pour les patientes qui avaient auparavant reçu un traitement inhibant la lactation, on remarque que leur insatisfaction (20%) est plus grande (qu'elles aient ou non reçu un traitement inhibiteur cette fois-ci) par rapport au reste de l'échantillon (taux d'insatisfaction moyen de 12%).

Près de une femme sur cinq (19%) a choisi de faire une première mise au sein précoce en salle de naissance. Nous ne savons pas si cette « tétée d'accueil » a été demandée par la patiente ou proposée par les soignants. **La suite de nos résultats n'a montré aucune influence de cette mise au sein sur l'évolution clinique de la congestion mammaire.**

### Évolution sans traitement inhibiteur

En maternité, sans traitement inhibant la lactation, 28,1% des patientes n'ont pas eu de symptômes de congestion mammaire. Une grande partie des patientes a ressenti des écoulements de lait (48%), une tension mammaire (52,6%) ou des douleurs (48%). L'évaluation numérique de la douleur n'a pas dépassé 3 pour 62% des patientes. **Près de 85% des patientes étaient tout de même satisfaites de la prise en charge à la sortie de la maternité.**

Suite au rappel à domicile, seulement 3,2% des patientes n'ont ressenti aucun signes de montée de lait. Pour les autres, dans 50% des cas, l'évaluation de la douleur se situait entre 4 et 7. Les symptômes de congestion mammaire ont duré en moyenne 7,4 jours [ $\pm$  4 jours].

**Souvent, la tension mammaire et la douleur ne durent que peu de jours et ce sont les écoulements de lait qui perdurent dans le temps.** Cependant, notre étude n'a pas analysé la durée propre de chacun des symptômes. Cette analyse aurait pu définir précisément le nombre de jours où les symptômes sont les plus bruyants et le nombre de jours où les symptômes sont simplement "gênants". **La satisfaction des patientes trois semaines après l'accouchement est stable avec 82% de patientes satisfaites de la prise en charge hospitalière reçue.**

### Traitements inhibiteurs reçus

Parmi les patientes ayant bénéficié d'un traitement en vue d'inhiber la lactation (cabergoline, dihydroergocryptine, homéopathie), 15% ont estimé ne pas avoir eu la possibilité de ne rien prendre. **Cette part de l'échantillon est minoritaire mais elle rappelle le besoin constant d'améliorer l'accompagnement des patientes en restant vigilant à les intégrer au processus de choix thérapeutique et à ne pas faire de prise en charge "systématique".**

Notre échantillon global est constitué de patientes sans aucun traitement (62%), de patientes traitées par prise unique de cabergoline (13%), par dihydroergocryptine pendant 21 jours (11%) et par homéopathie (14%).

Concernant l'efficacité des traitements inhibiteurs reçus, on remarque que la dihydroergocryptine et la cabergoline ont une bonne efficacité pour éviter l'apparition d'une congestion mammaire en réduisant significativement la tension mammaire, les écoulements de lait et la douleur. La satisfaction à la sortie de la maternité est très bonne avec les traitements inhibiteurs, elle est diminuée pour les patientes sans traitement et elle est encore moins bonne chez les patientes traitées par homéopathie. En évaluant l'ensemble du post-partum (3 semaines après la naissances), on observe que la cabergoline est la plus efficace et la plus satisfaisante pour les patientes.

### L'homéopathie

Les résultats de notre étude n'ont pas montré d'efficacité au traitement préventif par homéopathie vs sans traitement. L'évaluation de la douleur est cependant plus faible chez les patientes traitées par homéopathie, mais les résultats ne sont pas significatifs. Aussi, les patientes se disent bien soulagées dans près de 65% des cas par la prise d'homéopathie de manière curative.

**Cependant, la prise en compte du jour du début du traitement nous montre que l'homéopathie prise de manière préventive a une meilleure efficacité si le traitement est débuté précocement.**

Ces résultats peuvent être comparés avec l'étude homéopathie/placebo de Berrebi et l'étude homéopathie/allopathie de Harlory.

En 2001, un travail mené par Berrebi s'est intéressé au traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat. Cette étude évaluant l'efficacité de l'homéopathie vs placebo a révélé une réelle diminution de la douleur



ressentie chez les patientes traitées par APIS MELLIFICA 9CH et BRYONIA 9CH. Les auteurs rappellent que la congestion mammaire n'est pas une maladie et que, par conséquent, l'arrêt de celle-ci doit se faire par des méthodes sans danger [37].

En 2012, A. Harlory a effectué une étude auprès de 49 patientes afin de comparer l'efficacité et les effets indésirables de l'homéopathie vs bromocriptine. Les résultats ont montré une efficacité nettement supérieure de la bromocriptine mais accompagnée d'effets secondaires nombreux [38].

Ainsi, au vu de nos résultats et de ceux de ces deux études, l'homéopathie ne semble pas efficace pour inhiber la lactation mais l'étude de Berrebi montre que son utilisation soulage la douleur de la congestion mammaire [37].

### La dihydroergocryptine

Lors du séjour en maternité, la dihydroergocryptine réduit significativement les symptômes de congestion mammaire mais des écoulements de lait restent encore fréquents (27,6%). La précocité du début du traitement n'influence pas son efficacité. Les patientes se disent satisfaites à la sortie de la maternité.

Cependant, au retour à domicile, 65% des patientes se sont plaintes d'écoulements de lait répétés, 52% de douleurs et 43% de tension mammaire. Aussi, on remarque que une patiente sur trois traitée par dihydroergocryptine a arrêté précocement le traitement (pour une raison autre que le retrait des lots du produit).

Le traitement par dihydroergocryptine ne semble donc pas satisfaisant au vu du taux d'arrêt précoce, de son non remboursement et de la fréquence des symptômes malgré un traitement bien suivi.

### La cabergoline

La cabergoline est, parmi les prises en charge étudiées, la plus efficace pour inhiber la congestion mammaire. Les écoulements de lait, la tension mammaire et les douleurs sont significativement diminuées et le taux d'insatisfaction n'est que de 5%.

La prise unique est un gros avantage vis à vis des traitements sur plusieurs semaines, évitant ainsi les contraintes de prises répétées et le risque d'arrêt du traitement.

**La cabergoline a une efficacité significativement supérieure si elle est prise rapidement après l'accouchement.** En effet, pour les patientes ayant pris le traitement "le premier jour", les symptômes sont rares et la satisfaction est meilleure. Nous adressant aux patientes elles-mêmes, nous n'avons pas souhaité gagner en précision en demandant le nombre d'heures entre leur accouchement et la prise du traitement mais rechercher cette donnée pourrait être intéressant afin d'évaluer quel est le moment d'efficacité optimale de la cabergoline.

**Chez les patientes ayant reçu "dès le premier jour" le traitement par cabergoline, 75% n'ont eu aucun signe de lactation.**

En 1991, une étude européenne menée par Rolland s'est intéressée à comparer l'efficacité et la sécurité du traitement par cabergoline vs bromocriptine. Cette étude randomisée, en double aveugle, a été menée auprès de 272 patientes. Les critères d'efficacité (symptômes et prolactinémie) et de tolérance (effets indésirables) ont été recherchés. Cette étude avait retrouvé un taux comparable à nos résultats avec 78% d'efficacité complète de la cabergoline [31].

Le taux de réussite complète du traitement par cabergoline avait été retrouvé à 85% dans l'étude de Galouzeau de Villepin, en 2011. Dans ce même travail, le taux d'effets indésirables a été étudié et évalué à 38% pour les patientes traitées par cabergoline (notamment : céphalées, insomnies, anxiété) [32].

**Dans notre étude, nous n'avons pas étudié la tolérance de cette molécule mais, utilisée depuis peu au CHU d'Angers, il serait intéressant d'étudier à court et moyen terme les effets indésirables de la cabergoline afin d'évaluer son rapport bénéfice-risque.**

### Autres méthodes

Peu de patientes (13%) ont utilisé des alternatives aux traitements inhibiteurs afin de prévenir la congestion mammaire avant même son apparition. La méthode la plus utilisée était la vidange des seins. Or, l'utilisation de cette méthode montre une aggravation significative des symptômes (écoulements, douleur). **La vidange des seins de manière préventive, utilisée par quelques patientes, est donc à déconseiller car celle-ci stimule plutôt la production de lait.**

Les méthodes locales curatives (pour soulager les symptômes) ont été plus utilisées. Durant le séjour à la maternité, 41% des femmes ayant ressenti des symptômes de congestion mammaire ont utilisé des moyens médicamenteux ou non pour les soulager, notamment la prise ponctuelle d'antalgiques, d'anti-inflammatoires et la vidange des seins.

À domicile, 82% des patientes ayant ressenti des symptômes de congestion mammaire ont utilisé un ou plusieurs moyens médicamenteux ou locaux pour soulager leurs symptômes. La prise ponctuelle d'antalgiques (30%) et/ou d'anti-inflammatoires (26%) a apporté un réel soulagement des symptômes dans plus de 60% des cas. La décongestion des seins sous la douche chaude soulage aussi de manière efficace (72% sont bien soulagées) mais limitée dans le temps. De même 75% des patientes se sont dit bien soulagées par l'utilisation de persil, mais l'effectif est faible.

Ces moyens locaux et médicamenteux simples permettent donc de bien soulager les symptômes dans plus de 60% des cas.

La méthode de vidange des seins soulage les symptômes mais elle semble surtout prolonger la durée de la congestion mammaire. Les autres méthodes ne semblent pas avoir d'effet sur la durée des symptômes.

L'application de froid, le port d'un soutien-gorge adapté nuit et jour et surtout le massage des seins en cas de douleurs apportent un soulagement des symptômes, mais les effectifs sont trop faibles pour avoir des résultats significatifs.

### Retour à domicile

Le groupe de patientes re-contactées, et donc étudié sur l'ensemble du post-partum, n'est pas en tous points semblable à l'échantillon, et donc à la population étudiée. En effet, les femmes sans profession y sont moins représentées que dans l'ensemble de l'échantillon car beaucoup ont refusé d'être rappelées. Au contraire, les patientes appartenant à la catégorie socio-professionnelle des employées sont plus représentées dans le groupe re-contacté que dans l'échantillon.

Aussi, le groupe de patientes ayant refusé d'être rappelées a un taux de satisfaction à la sortie de la maternité plus bas que pour celles ayant accepté d'être re-contactées. Le taux de satisfaction à trois semaines de la naissance risque donc d'être surestimé par rapport au taux réel.

Cependant, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Dans un cas sur trois, les premiers symptômes de la congestion mammaire n'apparaîtront qu'après le retour à domicile.

Une part non négligeable de 12% des patientes re-contactées ont consulté suite à leur retour à domicile. L'utilisation de la cabergoline semble générer moins de consultations mais les résultats ne sont pas significatifs.

### Satisfaction

Le taux de satisfaction des patientes ne diffère pas vraiment selon l'âge. Au contraire, la catégorie socio-professionnelle semble l'influencer : les patientes appartenant à la catégorie des professions intermédiaires semblent plus insatisfaites que les autres, tandis que celles appartenant à la catégorie des ouvrières, et celles sans profession, semblent plus satisfaites. Cependant, les résultats ne sont pas significatifs.

**La satisfaction des patientes est le plus souvent motivée par la qualité et la quantité des informations reçues ainsi que par la qualité de l'écoute de la part du soignant. L'efficacité du traitement inhibiteur est aussi parfois citée. On note que certaines patientes ont fait remarquer qu'elles ont apprécié de ne pas être jugées (ou s'être senties jugées) dans leur choix de ne pas allaiter.**

Malgré un bon nombre de patientes qui se sont dit satisfaites, écoutées et bien conseillées, 24% des patientes (qu'elles aient reçu un traitement inhibiteur ou non) ont tout de même quitté la maternité insatisfaites des informations, conseils et explications qu'elles y ont reçus. Ce taux est très important et l'amélioration de l'accompagnement du soignant semble indispensable.

**L'insatisfaction des patientes a été motivée en premier lieu par le manque d'informations à la maternité et en anté-natal. Venaient ensuite l'absence de traitement médicamenteux proposé et, enfin, la douleur ou la fatigue induite par la congestion mammaire.**

De plus, il est à souligner que le taux de satisfaction globale de la patiente concernant la prise en charge de la congestion mammaire est proportionnel à son taux de satisfaction concernant les informations, conseils et explications reçus à la maternité. L'accompagnement, le soutien du soignant semblent donc primordiaux pour améliorer la qualité de la prise en charge.

### III - Reprise des hypothèses

- **La "tétée d'accueil" peut stimuler la lactation et l'apparition d'une congestion mammaire.**

Cette hypothèse n'a pas été vérifiée. En effet, n'ayant pas retrouvé de données dans la littérature concernant cette mise au sein précoce et non répétée de plus en plus proposée et demandée en salle de naissance, nous nous sommes interrogées quant à sa possible influence négative sur l'évolution clinique de la congestion mammaire due à la stimulation qu'elle engendre.

Cependant, dans notre étude, le critère de "tétée d'accueil" en salle de naissance n'a montré aucune influence sur l'apparition ou non d'une congestion mammaire ni sur ses caractéristiques (durée, délai d'apparition, symptômes).

- **Une part non négligeable de patientes ne présenteront pas de douleur durant la congestion mammaire malgré l'absence de prévention médicamenteuse.**

Parmi les patientes n'ayant reçu aucun traitement préventif contre la congestion mammaire (cabergoline, dihydroergocryptine, homéopathie), durant le séjour à la maternité, 62% évalueront leur douleur nulle ou faible ( $EVA \leq 3$ ). Ensuite, sur l'ensemble du post-partum, elles ne seront plus que 16,8% dans ce cas.

- **Il existe des alternatives simples aux médicaments pour éviter ou soulager la congestion mammaire.**

L'homéopathie ne paraît pas efficace pour prévenir les symptômes de la congestion mammaire. Cependant, près de 65% des patientes ayant utilisé de l'homéopathie après l'apparition des signes se sont dit bien soulagées par ce traitement. De plus, l'utilisation d'antalgiques et/ou d'anti-inflammatoires de manière ponctuelle soulage les symptômes dans plus de 60% des cas.

La méthode de massage sous une douche chaude permet de soulager plus de 72% des personnes. De même, l'utilisation de persil semble soulager 75% des patientes l'ayant utilisé (en tisane ou en cataplasme) mais l'effectif est faible.

Les autres méthodes (vidange, application de froid, massage, port de soutien-gorge adapté) semblent aussi efficaces mais le nombre de patientes les ayant utilisées sont trop faibles pour le déterminer.

➤ **Une montée de lait peut être jugée acceptable par les patientes.**

À la sortie de la maternité, 84% des patientes n'ayant pas reçu de traitement inhibant la lactation se sont dites "satisfaites" ou "très satisfaites" de l'accompagnement de la congestion mammaire.

Toujours sans traitement inhibiteur, suite au rappel téléphonique, malgré un taux de 96,8% de personnes qui ont ressenti un ou plusieurs symptômes de congestion mammaire, 82% des patientes se sont dit "satisfaites" ou "très satisfaites" de la prise en charge dont elles ont bénéficié à la maternité.

#### **IV - Quel accompagnement proposer ?**

Nous avons souhaité étudier la qualité et l'efficacité de la prise en charge en suites de couches de la congestion mammaire des femmes ne souhaitant pas allaiter. Les médicaments inhibiteurs couramment utilisés sont tous des dérivés de l'ergot de seigle, molécule potentiellement à risque. Le rapport bénéfice-risque de ces molécules est donc à questionner.

Au travers de notre étude, nous avons comparé le ressenti des femmes ayant eu un de ces traitements et de celles n'en ayant pas eu. Nous avons retrouvé un taux de satisfaction important malgré l'absence de traitement inhibiteur. Cependant, les taux d'insatisfaction s'élèvent à 18% à trois semaines de la naissance pour les patientes sans traitement inhibiteur, et à 5% pour les patientes ayant reçu de la cabergoline.

Afin d'améliorer cette prise en charge, nous avons mis en avant quelques pistes de réflexion et de travail qui ressortent suite à notre étude.

En effet, pour aider au mieux la patiente à passer ce moment difficile et douloureux, les soignants, et notamment les sages-femmes (hospitalières et libérales), ont un rôle très important de soutien et de conseil. Les sages-femmes sont en première ligne pour accompagner tous les événements physiologiques de la péri-natalité, dont la congestion mammaire. Elles doivent donc rassurer, déculpabiliser et conseiller les patientes pour leur offrir un accompagnement sécurisant de la congestion mammaire physiologique, que la méthode utilisée soit médicamenteuse ou non.

##### **Axer sur la préparation en amont**

Les résultats de notre étude montrent que les femmes sont demandeuses d'informations mais pas seulement à la maternité. Suite aux changements de protocole, nombreuses sont celles qui ont appris, à l'arrivée dans le service de suites de couches, qu'elles n'auraient pas de traitement pour inhiber la montée de lait.

L'information concernant la prévention de la congestion mammaire devrait être donnée avant même la naissance. Au même titre que les conseils pour l'allaitement maternel, des conseils et explications pour gérer au mieux la congestion mammaire sans traitement inhibiteur seraient

fournis pour que les femmes se préparent psychologiquement et matériellement (par exemple : prévoir des coussinets). Ces conseils pourraient être donnés lors des séances de préparation à l'accouchement ou lors des consultations avec la sage-femme. Une bonne communication entre l'hôpital et les professionnels libéraux concernés est indispensable pour harmoniser les pratiques et permettre la diffusion des informations concernant les changements de schémas de prise en charge hospitaliers. Ainsi, par exemple, une patiente pour qui il n'y aurait pas de traitement inhibiteur proposé aura déjà en main quelques clés pour accompagner une éventuelle congestion mammaire et envisagera ce moment de manière plus sereine.

### Donner des informations claires et adaptées

Qu'elles aient reçu ou non un traitement inhibiteur, la satisfaction des patientes concernant l'accompagnement de leur congestion mammaire est nettement influencée par la qualité et la quantité des informations qu'elles ont reçues à la maternité.

Afin d'améliorer la compréhension des patientes et de leur permettre de faire un choix éclairé, il paraîtrait intéressant d'allier une information orale claire et appropriée à un support écrit pédagogique et complet.

Ainsi, afin d'informer aux mieux les patientes, une plaquette d'informations concernant les méthodes alternatives de gestion de la congestion mammaire est en cours d'élaboration au CHU d'Angers (Annexe 5). Ce support permettra d'associer une information écrite aux conseils du soignant. L'objectif est d'exposer de manière claire et concise les différentes manières de soulager les symptômes de la congestion mammaire.

Parallèlement, face à des patientes qui parfois se culpabilisent de ne pas nourrir leur enfant au sein, il convient d'apporter un discours rassurant et non culpabilisant face à leur choix de type d'allaitement. En effet, certaines femmes se sentent parfois jugées du fait de paroles maladroites ou d'une certaine indifférence (ou plutôt ce qui est ressenti comme tel par la patiente) à leurs difficultés à gérer la congestion mammaire.

Enfin, face à des thérapeutiques utilisées hors AMM et dont les risques d'effets indésirables ne sont pas négligeables (dérivés de l'ergot de seigle), il paraît indispensable d'informer les femmes de manière claire et précise des risques possibles de ces traitements, de leur usage hors AMM, et de la possibilité de ne pas utiliser de traitement inhibiteur. Les patientes doivent avoir en leur possession tous les arguments leur permettant de faire un choix éclairé et conforme à leurs souhaits. Comme nous l'avons souligné plus haut, la loi nous oblige à informer le patient d'un usage médicamenteux non conforme à son autorisation de mise sur le marché [21].



### Encourager l'utilisation seule de moyens locaux

La montée de lait n'est pas une maladie et sa prise en charge doit donc se faire sans danger pour la patiente. L'utilisation seule de moyens locaux (port d'un soutien-gorge adapté nuit et jour, douche chaude, massage si besoin), de paracétamol et d'anti-inflammatoires permet de soulager les symptômes et ils disparaîtront en quelques jours. Cette méthode semble la plus sécurisante pour les patientes et, malgré une moins bonne efficacité que les traitements inhibiteurs, leur permet de se sentir moins passives face à leurs symptômes. De plus, la satisfaction des femmes n'est que peu ou pas diminuée si elles sont bien entourées et conseillées par les soignants.

L'utilisation de ces méthodes locales doit être envisagée et discutée avant même l'apparition des signes de congestion mammaire car de nombreuses femmes ne présenteront ces symptômes qu'après leur retour à domicile.

### Travailler en collaboration avec les professionnels libéraux

La durée du séjour à la maternité se raccourcit et, souvent, les premiers symptômes de la congestion mammaire apparaissent au moment du retour à domicile. Les femmes n'ont pas nécessairement eu le temps de poser des questions aux professionnels hospitaliers et risquent de se retrouver démunies pour gérer leur congestion mammaire.

Il importe donc, de la part des soignants, d'anticiper les questions que les patientes pourraient se poser et de prendre le temps de donner des conseils (port d'un soutien-gorge adapté, massage si besoin, antalgiques) au même titre que les autres conseils de sortie. Souvent, la phase la plus difficile à gérer car plus douloureuse ne dure que un ou deux jours, suivis de quelques jours de tension mammaire et de quelques écoulements. Prévenir, rassurer les patientes et les informer des symptômes devant les mener à consulter permettra de limiter les consultations libérales aux cas pathologiques (engorgement, lymphangite, ...).

À domicile, si les symptômes se font plus bruyants, les patientes se tourneront vers des professionnels libéraux. Il paraît donc important que ceux-ci soient consultés pour avoir leur avis sur les pratiques hospitalières concernant l'inhibition de la lactation et constamment informés de leurs modifications. La question de l'inhibition de la lactation est donc à envisager en collaboration entre ces professionnels et les maternités.

# CONCLUSION

La congestion mammaire est un phénomène physiologique du post-partum survenant chez la majorité des femmes. Le recours à des méthodes médicamenteuses dérivées de l'ergot de seigle inhibant la lactation est fréquent dans les services hospitaliers français (bromocriptine, cabergoline, dihydroergocryptine). La bromocriptine fait cependant l'objet d'une surveillance renforcée de la part de l'ANSM face à ses risques d'effets indésirables graves.

Au CHU d'Angers, l'utilisation de la cabergoline est désormais proposée aux patientes ne présentant pas de contre-indications. Notre étude a confirmé sa bonne efficacité mais nous n'avons pas étudié ses effets indésirables.

Cependant, en l'absence de prise de traitement inhibant la lactation, les symptômes de la congestion mammaire régressent en quelques jours et peuvent être soulagés par des méthodes simples et sans danger. Nos résultats ont montré un bon taux de satisfaction des patientes malgré l'absence de traitement inhibiteur.

Ainsi, face à une certaine incertitude quant aux risques des dérivés de l'ergot de seigle, il semble préférable de soulager les désagréments de ce phénomène physiologique par des méthodes curatives sans danger, conformément aux recommandations de l'OMS. Le soutien du soignant et la qualité de l'information qu'il délivre sont indispensables pour améliorer le ressenti des patientes.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Thirion M. Histoire de l'allaitement. In : Frydman R, Szejer M. La Naissance : Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Albin Michel, 2010.
- [2] Koletzko B. Drivers of Innovation in Pediatric Nutrition. Nestlé Nutrition Institute Workshop Series, 2009.
- [3] Guegen C. Sein ou biberon : qu'est-ce qui motive les femmes ? In : Frydman R, Szejer M. La Naissance : Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Albin Michel, 2010.
- [4] Cattaneo A. Breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Springerlink, 2005.
- [5] Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, et al. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Avril 2012 ; 41 : p.151-166.
- [6] Bonet M, Foix L'Hélias L, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. Archives de Pédiatrie. Sept 2008 ; 15 : p.1407-1415.
- [7] Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat J, Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. Archives de Pédiatrie. Janvier 2003 ; 10 : p.19-24.
- [8] Shand-Soltner C. Facteurs prédictifs du choix du type d'allaitement. Thèse de médecine. Université d'Angers, 2007.
- [9] Organisation mondiale de la santé. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Genève, 1999.
- [10] Turck D. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Archives de Pédiatrie. Décembre 2005 ; 12, Supplement 3 : p.S145-S165.
- [11] Jones E, Spencer S. The physiology of lactation. Paediatrics and Child Health. Juin 2007 ; 17 : p.244-248.
- [12] Structure du sein. [Illustration] Encyclopédie Larousse.

- [13] Pujol P, Maudelonde T. Physiologie et physiopathologie de la glande mammaire. EMC - Endocrinologie-Nutrition 1997;9(4):1-0 [Article 10-034-E-10].
- [14] Physiologie de la lactation. Université virtuelle de maïeutique. En ligne : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/lactation/site/html/1.html> consulté le 11 décembre 2011
- [15] Ollivier-Bousquet M, Devinoy E. Physiology of lactation : old questions, new approaches. Livestock Production Science. 2005 ; 98 : p.163-173.
- [16] Touraine P, Goffin V. Physiologie de la prolactine. EMC Endocrinologie-Nutrition. Février 2005 ;2 : p.50-76.
- [17] La leche league France. La mise en route de l'allaitement. Les feuillets de la leche league. En ligne : <http://www.lllfrance.org/Feuillets-de-LLL-France/Mise-en-route-de-votre-lactation.html> consulté le 19 décembre 2012.
- [18] Girard I, de Montgolfier I, Fournier-Dalle A-I. L'allaitement maternel et ses complications. Les entretiens de Bichat. 28 septembre 2011.
- [19] CNGOF. Protocoles en Gynécologie - Obstétrique. 2ème édition. Elsevier Masson ; 2012.
- [20] Pelt J-M. La Médecine par les plantes. Fayard; 1981.
- [21] Article L. 5121-12-1. Code de la santé publique.
- [22] Dictionnaire VIDAL. 2012.
- [23] Vanderstichele S, Roumilhac M, Hammou Y, et al. Bromocriptine : danger pour les coronaires. Groupement régional Nord-Picardie-Champagne. Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction 2002 ; 31 : p.305-306.
- [24] Burckard E, Patrigeon R., Felten D, et al. Crises convulsives révélant une angiopathie cérébrale du post-partum par prise de bromocriptine. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 22 ; Janvier 2003 ; p.46-49.
- [25] Mura C. Analyse des connaissances et des pratiques des sages-femmes autour de l'arrêt de la lactation dans le post-partum immédiat. Mémoire sage-femme. Université de Dijon, 2009.
- [26] Misdrahi D, Chalard R, Verdoux H. Épisode maniaque induit par la Bromocriptine en post-partum. Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction 2006 ; 35 : p.79-81.

- [27] Barroso B, Bigou P, Martin K, et al. Angiopathie cérébrale réversible du post-partum imputable à la bromocriptine. *Revue de Neurologie (Paris)* 2004 ; 160 : 12, p.1191-1193
- [28] Commission nationale de pharmacovigilance. Compte rendu de la réunion du mardi 27 mars 2012. En ligne : [www.ansm.fr](http://www.ansm.fr) consulté le 9 janvier 2013.
- [29] Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* ; 2012, Issue 9.
- [30] Webster J. A Comparative Review of the Tolerability Profiles of Dopamine Agonists in the Treatment of Hyperprolactinaemia and Inhibition of Lactation. *Drug Safety* Avril 1996 ; 14 ; Issue 4.
- [31] Single dose cabergoline versus bromocriptine in inhibition of puerperal lactation: randomised, double blind, multicentre study. European Multicentre Study Group for Cabergoline in Lactation Inhibition. *BMJ*. 8 juin 1991; 302 : p.1367-1371.
- [32] Galouzeau de Villepin B. Inhibition de la lactation dans le post-partum : Bromocriptine vs Cabergoline. Étude prospective, comparative réalisée auprès de 99 patientes à Necker et Port-Royal. Mémoire sage-femme. Université Paris Descartes, 2011.
- [33] Van Dam LJ, Rolland R. Lactation-inhibiting and prolactin-lowering effect of lisuride and bromocriptine : A comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Novembre 1981 ;12 : p.323-330.
- [34] Elsener M, Ferrafiat M, De Bruyn M, et al. Inhibition of post-partum physiological milk secretion by caffeine dihydroergocryptine and dihydroergotoxine. *Revue Française de Gynécologie-Obstétrique*. Novembre 1988 ; 83 : p.697-701.
- [35] Pinto R. Conseil en homéopathie (2ème édition). Wolters Kluwer France; 2009.
- [36] Berrebi A, Gassita L, Cohen M, et al. Inhibiteurs de la lactation. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. CNGOF, 1997.
- [37] Berrebi A, Parant O, Ferval F, et al. Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2001 ; 30 : p.353-357.
- [38] Harlory A. Inhibition de la lactation : allopathie ou homéopathie ? Mémoire sage-femme. Metz, Université Henri Poincaré, Nancy I; 2012.
- [39] Qu'est-ce que l'acupuncture ? Association française des sages-femmes acupuncteurs. En ligne : [www.afsfa.org](http://www.afsfa.org) consulté le 8 janvier 2013.

- [40] A method of preventing or ending lactation. The Lancet. 2 juillet 1938 ; 232 : p.30.
- [41] Ylikorkala O, Kauppila A, Kivinen S et al. Treatment of inadequate lactation with oral sulphiride and buccal oxytocin. Obstetrics and gynecology 1984 Janvier ; 63 : p.57-60.
- [42] Organisation mondiale de la santé. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale. Guide de pratiques essentielles ; 2<sup>ème</sup> édition. Genève ; 2009.
- [43] Kochenour NK. Lactation suppression. Clinical Obstetrics and Gynecology 1980 Décembre ; 23 : p.1045-59.
- [44] Mangesi L, Dowswell T. Treatments for breast engorgement during lactation. Cochrane Database of Systematic Reviews ; 2010, Issue 9.
- [45] Meserve Y. Management of postpartum breast engorgement in nonbreastfeeding women by mechanical extraction of milk. Journal of Nurse-Midwifery. Mai 1982 ; 27 : p.3-8.
- [46] Christophe-Ligonnière N. Inhibition de la lactation : utilisation de traitements inhibiteurs ou « petits moyens » ? Mémoire sage-femme. Université de Nantes, 2010.
- [47] Infant feeding. Health evidence bulletins wales. En ligne : <http://hebw.cf.ac.uk/> consulté le 2 janvier 2013.
- [48] Mirkou A, Suchovsky D, Gouraud A, et al. Pratiques de prescription des dérivés de l'ergot de seigle dans l'inhibition de la lactation en France. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Avril 2012 ; 41 : p.167-173.
- [49] Catlin A, Moore DB. Lactation suppression : forgotten aspect of care for the mother of a dying child. Pediatric nursing. Septembre 2003 ; 29 : p.383-384.
- [50] Obstetrics & Gynaecology Clinical Guidelines. Suppression of lactation. En ligne : [http://kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G\\_guidelines/sectionb/index.htm#8](http://kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionb/index.htm#8) consulté le 19 février 2013.
- [51] Programme périnatal de l'Alberta, 2008. En ligne : <http://www.aphp.ca/qualityimprovementpracticeresources.html> consulté le 19 février 2013.

# ANNEXES

**Annexe 1** : Questionnaire proposé à la fin du séjour à la maternité

**Annexe 2** : Questionnaire téléphonique

**Annexe 3** : Retrait de lots de VASOBRAL®

**Annexe 4** : Pratiques dans les CHU (prospection téléphonique en octobre 2012)

**Annexe 5** : Plaquette d'informations en cours d'élaboration pour le CHU d'Angers

## Annexe 1 : Questionnaire proposé à la fin du séjour en maternité

### Questionnaire concernant la prise en charge préventive et curative de la montée de lait chez les femmes qui n'allaitent pas

Étiquette de la patiente

#### Antécédents

- Combien d'enfants aviez-vous avant cette naissance ? .....
- Aviez-vous allaité vos autres enfants ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Si **OUI**, combien de temps pour chacun d'entre eux ?.....
- Si **NON**, vous avait-on donné un médicament pour éviter la montée de lait ?  
1. Oui ☐ 2. Non ☐

#### Pour cette nouvelle naissance

- Avez-vous fait une « tétée d'accueil » ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Votre enfant est nourri au biberon, est-ce :
  - 1. Un choix de votre part ☐ 2. Un choix du couple ☐
  - 3. Une contre-indication médicale à l'allaitement ☐ 4. Autre : .....☐
- Pour éviter une montée de lait, avez-vous pris un traitement ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Si **OUI** : - Avez-vous eu le choix de ne pas prendre de traitement ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Quel traitement avez-vous pris ?
  - 1. PARLODEL ☐ 2. DOSTINEX ☐ 3. VASOBRAL ☐
  - 4. HOMEOPATHIE ☐ 5. ANTI-INFLAMMATOIRES ☐ 6. AUTRE ☐ , lequel ?.....
- Avez-vous débuté ce traitement dès le premier jour ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Avez-vous arrêté de prendre le traitement au cours de votre séjour ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Si **OUI**, quand l'avez-vous arrêté ?..... - Pour quelle raison ?.....
- Pour éviter une montée de lait, avez-vous mis en œuvre un de ces moyens ?
  - 1. Restriction hydrique ☐ 2. Feuilles de chou appliquées sur les seins ☐ 3. Bandage des seins ☐
  - 4. Glace ☐ 5. Vidange des seins ☐ 6. Autre : .....☐
- Avez-vous ressenti un ou plusieurs des signes suivants ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Si **OUI**, le(s)quel(s) ?
  - 1. Tension mammaire ☐ 2. Douleur mammaire ☐ EVA à (0 à 10) : .....
  - 3. Écoulement de lait ☐ 4. Engorgement ☐
  - 5. Autre : .....☐
- Si oui, quel(s) jour(s) ?.....
- Pour soulager ces symptômes, vous a-t-on donné ou avez-vous utilisé :
  - 1. Des anti-douleurs ☐ 2. Le bandage des seins ☐
  - 3. La vidange des seins ☐ 4. Des anti-inflammatoires ☐
  - 5. Du Syntocinon ☐ 6. Autre : .....☐
- Globalement, êtes-vous satisfaite de la prise en charge que l'on vous a proposée à ce sujet ?
  - 1. Très satisfaite ☐ 2. Satisfaite ☐ 3. Peu satisfaite ☐ 4. Mécontente ☐
- Pour quelle(s) raison(s) ?.....

M'autorisez-vous à vous téléphoner dans le mois qui suit pour cette étude ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐

Signature :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Mlle Camille Guineheux



## Annexe 2 : Questionnaire téléphonique

Si a pris un traitement, encore en cours au moment de la sortie :

- Avez-vous arrêté de prendre le traitement ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Si **OUI**, quand l'avez-vous arrêté ?.....- Pour quelle raison ?.....
- Pour éviter une montée de lait, avez-vous mis en œuvre un de ces moyens ?
  - 1. Restriction hydrique ☐ 2. Feuilles de chou appliquées sur les seins ☐ 3. Bandage des seins ☐
  - 4. Glace ☐ 5. Vidange des seins ☐ 6. Autre : .....☐
- Avez-vous ressenti un ou plusieurs des signes suivants ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
  - Si **OUI**, le(s)quel(s) ? 1. Tension mammaire ☐ 2. Douleur mammaire ☐ EVA à (0 à 10) : .....
  - 3. Écoulement de lait ☐ 4. Engorgement ☐ 5. Autre : .....☐
  - Si oui, quel(s) jour(s) ?.....
  - Pour soulager ces symptômes, avez-vous utilisé :
    - 1. Des anti-douleurs ☐ 2. Le bandage des seins ☐ 3. La vidange des seins ☐
    - 4. Des anti-inflammatoires ☐ 5. Autre : .....☐ 6. Rien ☐
  - Avez-vous été soulagée ? 1. Bien soulagée ☐ 2. Peu soulagée ☐ 3. Méthode inefficace ☐
- Avez-vous dû consulter à ce sujet ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
  - Qui ? 1. Médecin traitant ☐ 2. Sage-femme libérale ☐ 3. Gynécologue ☐
  - Combien de fois ? 1. 1 fois ☐ 2. 2 fois ☐ 3. 3 fois ou plus ☐
  - Quel jour(s) ?.....
  - Vous a t-on parlé/diagnostiqué : 1. Engorgement ☐ 2. Lymphangite ☐ 3. Abscess ☐
- Globalement, êtes-vous satisfaite des informations, conseils, explications que vous a fourni le personnel du CHU d'Angers à ce sujet?
  - 1. Très satisfaite ☐ 2. Satisfaite ☐ 3. Peu satisfaite ☐ 4. Mécontente ☐
- Globalement, êtes-vous satisfaite de l'accompagnement, du traitement que vous a proposé le CHU à ce sujet?
  - 1. Très satisfaite ☐ 2. Satisfaite ☐ 3. Peu satisfaite ☐ 4. Mécontente ☐
- Pour quelle(s) raison(s) ?.....

### Annexe 3 : Retrait de lots de VASOBRAL®

Informations extraites du site [ansm.sante.fr](http://ansm.sante.fr)

**Date : 12/10/2012**

**MED 12/A033/B037**

Le laboratoire CHIESI S.A. procède, en accord avec l'ANSM et par mesure de précaution, au rappel des lots de la spécialité VASOBRAL SOLUTION BUvable EN FLACON - CIP 3400931825043 suivants :

G00549 péremption mai 2014  
G00551 péremption juin 2014  
G00552 péremption juin 2014  
G00554 péremption septembre 2014  
G00556 péremption septembre 2014  
G00560 péremption décembre 2014  
G00562 péremption janvier 2015  
G00562A péremption janvier 2015  
G00564 péremption mars 2015  
G00565 péremption mars 2015  
G00567 péremption mars 2015  
G00568 péremption avril 2015.

Ce rappel fait suite à l'observation lors des études de stabilité d'une augmentation d'une impureté en dehors des limites spécifiées.

Le laboratoire CHIESI précise qu'aucun effet indésirable imputable à ce phénomène n'a été rapporté à la date du rappel.

**Annexe 4 : Pratiques dans les CHU**  
**(prospection téléphonique en octobre 2012)**

<b>Bromocriptine en première intention</b>	
PARIS - LARIBOISIERE PARIS - BICETRE BESANCON MARSEILLE	PARLODEL <sup>® 3</sup>
NANTES	PARLODEL <sup>® 4</sup>
<b>Bromocriptine en première intention, homéopathie ou moyens locaux en alternative</b>	
NANCY BORDEAUX PARIS - ARMAND TROUSSEAU	PARLODEL <sup>® 3</sup> HOMEOPATHIE
POITIERS	PARLODEL <sup>® 4</sup> HOMEOPATHIE
CRETEIL	PARLODEL <sup>® 3</sup> MOYENS LOCAUX HOMEOPATHIE
NICE	PARLODEL <sup>® 3</sup> MOYENS LOCAUX
<b>Cabergoline en première intention</b>	
STRASBOURG	DOSTINEX <sup>® 5</sup>
<b>Cabergoline en première intention, homéopathie ou moyens locaux en alternative</b>	
PARIS - NECKER PARIS - ANTOINE BECLERE	DOSTINEX <sup>® 5</sup> HOMEOPATHIE
RENNES	DOSTINEX <sup>® 5</sup> MOYENS LOCAUX
PARIS - BICHAT - CLAUDE BERNARD	DOSTINEX <sup>® 5</sup> PARLODEL <sup>® 3</sup> HOMEOPATHIE

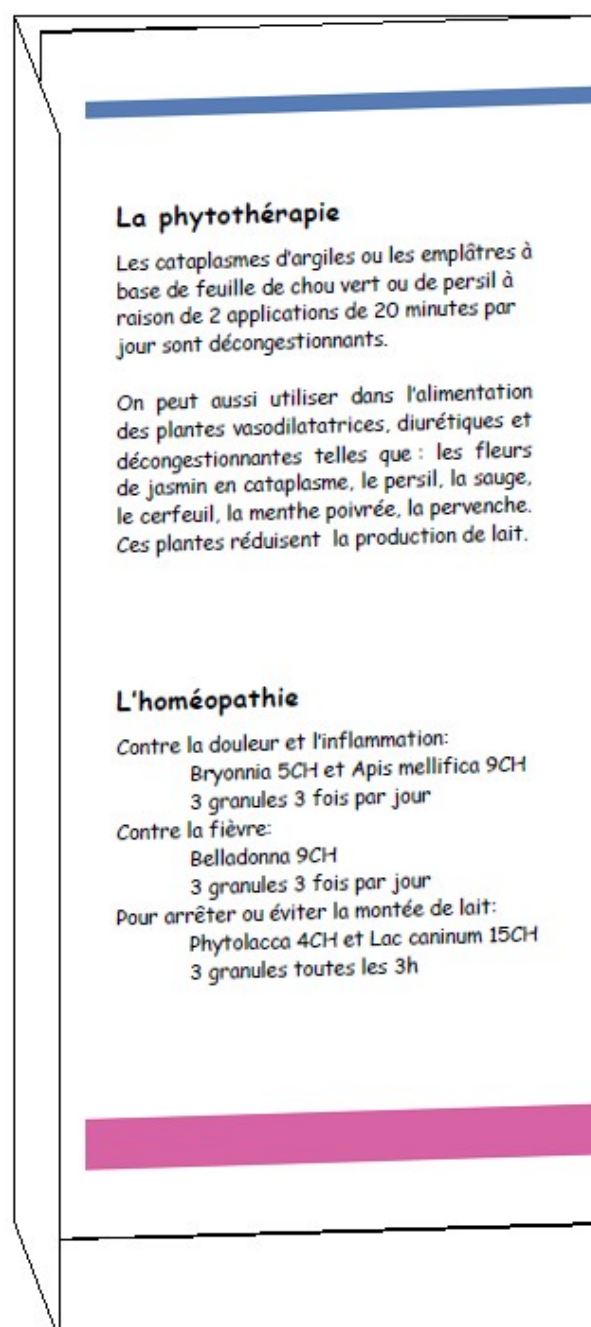
3 sauf si contre-indication, pendant 21 jours

4 sauf si contre-indication, pendant 14 jours

5 sauf si contre-indication, 2 cp en une prise

Homéopathie, acupuncture ou moyens locaux en première intention	
TOULOUSE CLERMONT-FERRAND	MOYENS LOCAUX - HOMEOPATHIE PARLODEL®, peu utilisé, avec consentement signé de la patiente
ROUEN	MOYENS LOCAUX - HOMEOPATHIE
LYON	MOYENS LOCAUX - HOMEOPATHIE PARLODEL®, peu utilisé
DIJON	MOYENS LOCAUX - HOMEOPATHIE PARLODEL®, utilisé rarement, sur demande de la patiente, avec information écrite remise à la patiente
LILLE	MOYENS LOCAUX PARLODEL®, utilisé rarement, avec consentement signé de la patiente
CAEN	MOYENS LOCAUX - ACUPUNCTURE PARLODEL® <sup>3</sup>

## Annexe 5 : Plaquette d'informations



## Reconnaître les symptômes de la montée de lait

Les symptômes (plus ou moins gênants) caractérisant une montée de lait sont :

- la tension des seins,
- la douleur et une sensibilité accrue des seins,
- la congestion mammaire (ou engorgement des seins),
- une légère fièvre possible ( $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ )

La lactation s'interrompt d'elle-même si vous n'allaites pas.

Il est possible que vous n'ayez pas pu bénéficier d'un traitement médicamenteux (en raison de contre-indications) pour diminuer la montée de lait.

### Quelques conseils simples

- Ne pas stimuler les seins et porter un soutien-gorge adapté, confortable, maintenant les seins en évitant toute stimulation.
- Appliquer le froid sous forme de compresse glacée afin de diminuer l'inflammation
- La douche chaude sur les seins permet de vidanger le sein et ainsi de diminuer la congestion et la douleur

## L'automédication

L'utilisation des antalgiques et anti-inflammatoires est possible lors du retour à la maison après avis médical.

Commencer par le paracétamol (Doliprane®, Efferalgan®, Dafalgan®) qui va agir contre la douleur et l'état fébrile. Modalités de prise :

- **1g par prise** (à partir de 50kg)
- **Toutes les 6h**
- Maximum 4 comprimés de 1g /J

Si le paracétamol ne suffit pas il est possible de prendre en plus de l'ibuprofène (Nurofène®, Spedifen®) qui est un anti-inflammatoire ayant une action contre la douleur, la fièvre et la congestion).

Modalités de prise :

- action antalgique, antipyrétique et anti-inflammatoire à **400mg par prise, 3 fois par jour, au milieu des repas**
- Maximum 3 comprimés à 400mg/J ou 6 comprimés à 200mg/J

Si après 48H d'automédication vous n'observez pas d'amélioration, veuillez consulter votre médecin ou votre sage-femme.

# RÉSUMÉ

**Objectif** : Évaluer la prise en charge de la congestion mammaire chez les femmes qui n'allaitent pas au CHU d'Angers.

**Méthode** : Étude prospective au CHU d'Angers du 18 septembre 2012 au 4 janvier 2013 (seize semaines) auprès de 275 patientes n'allaitant pas. Un questionnaire a permis d'évaluer la prise en charge de la congestion mammaire à partir du degré de satisfaction des patientes et des critères d'efficacité clinique de cette prise en charge (tension mammaire, écoulement de lait, douleur). Pour les patientes ayant accepté d'être recontactées, ces critères ont été réévalués à trois semaines de la naissance.

**Résultats** : La cabergoline est très efficace. Cependant, 82% des patientes sans traitement inhibiteur sont satisfaites. Dans un cas sur trois, la congestion mammaire apparaît après le retour à domicile.

**Conclusion** : L'accompagnement des soignants et les informations données jouent un rôle important dans la satisfaction des patientes.

**Mots clés** : LACTATION - CABERGOLINE - POST-PARTUM - INHIBITION LACTATION - DIHYDROERGOCRYPTINE - ALCALOÏDES ERGOT - SATISFACTION - INFORMATION.

# ABSTRACT

**Objective** : To evaluate the management of puerperal lactation in non breastfeeding women at the University Hospital of Angers.

**Method** : Single-center prospective study conducted on 275 non breastfeeding women from September 18<sup>th</sup> 2012 to January 4<sup>th</sup> 2013 (sixteen weeks) at the University Hospital of Angers. Methods of lactation suppression and criteria of effectiveness were investigated by a questionnaire : clinical symptoms (engorgement, milk secretion, breast pain) and patient satisfaction. For patients who agreed to be called, these criteria were reassessed three weeks after birth.

**Results** : Cabergoline is very effective. However, 82% of patients without inhibitor treatment are satisfied. One third of breast congestions appears after hospital discharge.

**Conclusion** : Support from carers and information have an important role in patient satisfaction.

**Key words** : LACTATION - CABERGOLINE - POSTPARTUM PERIOD - LACTATION INHIBITION - DIHYDROERGOCRYPTINE - ERGOT ALKALOIDS - PATIENT SATISFACTION - INFORMATION.