



le courrier du spécialiste

lettre

DU GYNÉCOLOGUE®

TRIBUNE

Tests de diagnostic rapide du SARS-Cov-2 :
se dirige-t-on vers un nouveau fiasco ?

Pr Robert Cohen (Paris) et al.



ÉDITO & DOSSIER

Les clés de l'allaitement

Coordination :
Dr Brigitte Raccah-Tebeka
et Pr Geneviève Plu-Bureau (Paris)

EN COÉDITION AVEC



EDIMARK

Société éditrice : EDIMARK SAS

CPPAP : 0324 T 81439 - ISSN : 0759-1594

PÉRIODIQUE DE FORMATION
EN LANGUE FRANÇAISE

Bimestriel
Prix du numéro : 44 €

N° 429
Nov.-déc. 2020

Toute l'actualité
de votre spécialité sur
www.edimark.tv

edimark



L'abonnement,
un engagement fort dans la vie
de votre discipline page 36

→ www.edimark.fr

Revue indexée dans la base internationale ICMJE

DÉSÉQUILIBRE DE LA FLORE VAGINALE
IRRITATIONS, DÉMANGEAISONS, MALODEURS, PERTES

INNOVATION

Physioflor

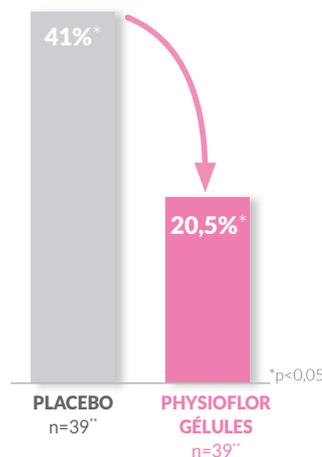


1^{ER} PROBIOTIQUE VAGINAL 100% *L.Crispatus*¹

- Soulage rapidement l'inconfort vaginal et les désagréments intimes
- Restaure et stabilise la flore vaginale
- Limite les récurrences d'infections vulvo-vaginales

UNE EFFICACITÉ CLINIQUEMENT DÉMONTRÉE²

Étude de supériorité sur les récurrences de vaginoses bactériennes



**79,5% DES FEMMES
NE PRÉSENTENT
PAS DE RÉCIDIVE**
dans le groupe PHYSIOFLOR gélules
vs 59% dans le groupe placebo³

% de patientes ayant récidivé pendant la période de traitement (4 mois)⁴
**patientes analysables pour l'objectif principal

Boîte de 7 gélules



Boîte de 2 comprimés LP

VOIE VAGINALE. NE PAS AVALER

1 SEMAINE = 1 CURE
à renouveler 3 cycles consécutifs si besoin

L'ÉQUILIBRE, NATURELLEMENT.

(1) Commercialisé en France. (2) Efficacy and safety of vaginally administered lyophilized Lactobacillus crispatus IP 174178 in the prevention of bacterial vaginosis recurrence. Bohbot JM et al. J Gynecol Obstet Hum Reprod. vol.47, Issue 2, Feb 2018, Pages 81-87 (3) Cliniquement confirmée. score de Nugent ≥ 7. (4) Analyse en FAS (Full Analysis Set). Dispositifs médicaux de classe IIa. CE 0537. Fabriqués et distribués par les Laboratoires IPRAD PHARMA. Lire attentivement la notice.

Laboratoires
IPRAD

Éditeur : Edimark SAS
Siège social : 44, rue de Prony, CS 10107, 75017 Paris
Société détenue à 100% par la SAS PHILI@MEDICAL ÉDITIONS
Représentant légal et Directeur des publications :
Claudie Damour-Terrasson

Président et Directeur de la publication :
Claudie Damour-Terrasson

Rédacteur en chef : Pr Philippe Descamps (Angers)

Rédacteur en chef adjoint : Dr Brigitte Raccach-Tebeke (Paris)

Comité de rédaction
A. Bongain - T. Harvey - G. Legendre - É. Raimond

Conseillers scientifiques
M. Cosson - P. Collinet - R. Frydman - B. Letombe

Comité scientifique international
P. Laberge (Québec) - J. Donnez (Bruxelles)
R. Lambotte (Liège) - P. de Grandi (Lausanne) - K. Morais (Brésil)

Comité scientifique
P. Bouchard - G. Bréart - R. Frydman - G. Levy - B. Wainer

Comité de lecture
F.X. Aubriot - B. Carbone - C. Chapron - L. Cravello
F. Golfier - F. Lécuru - A. Lesur - P. Panel - G. Plu-Bureau
B. Rabischong - L. Sentilhes - C. Vayssière

Fondateur : Alexandre Blondeau

Rédaction - Infographie - Média
Directeur des rédactions : Magali Pelleau
Secrétaire général de rédaction : Laurence Ménardais
Premiers secrétaires de rédaction :
Anne-Claire Blanchet, Fleur-Élodie Buffet, Virginie Condamine
Rédacteurs-réviseurs : Sylvie Duverger, Philippe-André Lorin,
Isabelle Mora
Premier rédacteur graphiste : Dino Perrone
Chef de service Infographie : Hélène Burczynski
Rédacteurs graphistes : Stéphanie Dairain, Thibault Menguy,
Romain Meynier
Infographiste : Claire Thibouméry
Dessinateur d'exécution : David Véas
Dessinateur de création : Maud Prunier
Infographiste multimédia : Christelle Ochin
Webmaster : Mouna Issaadi-Allem

Commercial
Directeur des opérations : Béatrice Malka-Tisserand
Directeur du développement commercial :
Sophia Huleux-Netchevitch
Directeur commercial : Chantal Géribi
Directeur d'unité : Jennifer Lévy-Benkemoun

Régie publicitaire et annonces professionnelles
Valérie Glatin - Tél. : 01 46 67 62 77

Abonnements
Responsable/responsable adjoint :
Badia Mansouri/Florence Lebreton
Tél. : 01 46 67 62 74/87 - Fax : 01 46 67 63 09



Tél. : 01 46 67 63 00
E-mail : contacts@edimark.fr
Site Internet : www.edimark.fr

© mai 1983 - EDIMARK SAS
Imprimé en France - Axiom Graphic SAS
95830 Cormeilles-en-Vexin
Dépôt légal : à parution.



Adhérent au SPEPS
Revue indexée dans la base ICMJE

© Illustrations : tdr (couverture) et droits réservés.

ÉDITORIAL 4

L'allaitement maternel : informer et accompagner

Breastfeeding: to inform and support
B. Raccach-Tebeke, G. Plu-Bureau

TRIBUNE 6

Tests de diagnostic rapide du SARS-CoV-2 : se dirige-t-on vers un nouveau fiasco ?

Rapid diagnostic tests for SARS-CoV-2: are we heading for another fiasco?
R. Cohen, R. Toutiou, C. Batard, F. Trémolières

DOSSIER 10

Les clés de l'allaitement

Coordination : Dr Brigitte Raccach-Tebeke
et Pr Geneviève Plu-Bureau (Paris)

Épidémiologie de l'allaitement maternel en France | 10

Breastfeeding initiation and duration in France
C. Didierjean-Jouveau

Diagnostic et prise en charge des complications inflammatoires ou infectieuses de l'allaitement maternel | 14

Diagnosis and management of inflammatory and infectious disease during breastfeeding
V. Rigourd, L. Benoit, J.Y. Seror

Médicaments et allaitement maternel | 20

Drugs and breastfeeding
C. Vauzelle, D. Beghin, C. Pecriaux, E. Elefant

Quelles contraceptions proposer en cas d'allaitement ? | 24

Contraception and breastfeeding
B. Raccach-Tebeke, G. Plu-Bureau

Allaitement : le droit de choisir ! | 30

Breastfeeding: the right to choose!
D. Schouhmann Antonio

Tabagisme et allaitement maternel : comment dépasser les dogmes ? | 32

Smoking and breastfeeding: how to overcome dogmas?
A.C. Delaunay

FICHES PRATIQUES 37

■ Accompagner les femmes qui allaitent au sevrage

D. Perrot

■ Informer et guider les femmes dans leur projet d'allaitement

D. Perrot

GRIO 42

Dialogue os, muscle et graisse au cours du vieillissement

J. Paccou

L'abonnement,
un engagement fort dans la vie
de votre discipline **page 36**

Les articles publiés dans *La Lettre du Gynécologue* le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs. Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Un guide "Regards croisés sur l'importance des apports en oméga-3 pendant la grossesse et l'allaitement" (12 pages) est routé avec ce numéro.

L'allaitement maternel : informer et accompagner

Breastfeeding: to inform and support



**Dr Brigitte
Raccach-Tebeka**



Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Robert-Debré, AP-HP, Paris.

Un nouveau dossier sur l'allaitement dans *La Lettre du Gynécologue* ! Voilà de quoi mettre un peu de légèreté dans cette effroyable crise sanitaire où un tout petit virus a mis le monde à genoux.

Ainsi, nous proposons aux gynécologues, aux sages-femmes et aux médecins généralistes une vision pluridisciplinaire de l'allaitement maternel. Les consultations de ces professionnels de la santé, contrairement à bon nombre de leurs confrères, n'ont jamais cessé car la vie continue heureusement... les couples font des enfants, les femmes enceintes consultent, elles accouchent dans nos maternités et des bébés voient le jour réclamant les meilleurs soins possibles.

Dans un précédent dossier de *La Lettre du Gynécologue* sur l'allaitement maternel, publié il y a déjà 5 ans (n° 399, novembre-décembre 2015), les nombreux bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé de l'enfant avaient été largement détaillés (https://www.edimark.fr/lettre-gynecologue/n_399_12-2015).



**Pr Geneviève
Plu-Bureau**



Unité de gynécologie médicale, hôpital Cochin-Port-Royal, AP-HP ; université Paris-Descartes, Paris.

Nous avons demandé aux auteurs de ce numéro un exercice différent afin de répondre le plus concrètement possible aux nombreuses questions et aux diverses difficultés que peuvent rencontrer les femmes et leur praticien. L'allaitement maternel est, en effet, un acte simple, naturel, instinctif presque animal, mais des obstacles le transforment parfois en véritable parcours du combattant dans lequel la jeune mère peut être rapidement tentée de rendre les armes. Le rôle du praticien est d'encourager, de faciliter, d'aider à résoudre les difficultés ou les complications lorsqu'elles se présentent chez les femmes qui souhaitent s'engager dans cette démarche. Mais il convient également de ne pas culpabiliser les femmes qui ne désirent pas allaiter après les avoir clairement informées.

Claude Didierjean-Jouveau nous dresse, tout d'abord, un tableau de la pratique de l'allaitement en France en 2020, selon les régions et le niveau socioculturel, et établit un parallèle avec d'autres pays.

Deborah Perrot nous délivre en détail, à l'aide d'images, tous les secrets pratiques de la bonne mise en place de l'allaitement, ainsi que les moyens simples mais rigoureux pour réussir le sevrage lorsqu'il est envisagé.

Jean-Yves Seror et son équipe nous font part de leur grande expertise novatrice dans le diagnostic et la prise en charge des complications infectieuses et inflammatoires du sein survenant au cours de l'allaitement. Ils nous proposent une alternative au traitement chirurgical dans certains cas précis.

Élisabeth Elefant et son équipe partagent leur expérience unique, et tellement utile, de la gestion des prises médicamenteuses chez les femmes qui allaitent. Elles nous indiquent les types de risques selon la molécule envisagée et la conduite à tenir spécifique selon la situation.

Déborah Schouhmann Antonio aborde une vision plus “psychologique” de l’allaitement, avec ses impacts majeurs sur la qualité des relations mère-enfant. Elle évoque également pour nous, avec nuance, le vécu des femmes devenues mères dans leur choix d’allaiter ou non.

Anne-Cécile Delaunay bouscule les idées reçues concernant le tabagisme en post-partum en proposant des conseils extrêmement pratiques pour en limiter l’impact chez le nouveau-né en cas d’allaitement, lorsque le sevrage semble compliqué.

Enfin, nous vous proposons une mise au point sur la contraception chez les femmes allaitant, qui doit tenir compte des particularités de cette période du post-partum, et notamment du risque thromboembolique. S’y ajoutent d’importantes spécificités pour ne pas nuire à la qualité de l’allaitement ni, surtout, à la santé du nouveau-né.

B. Raccach-Tebeka et G. Plu-Bureau déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

L’allaitement, c’est la vie, et si ce dossier peut contribuer modestement à faire renaître une lueur d’espoir dans ce chaos planétaire, alors nous aurons un peu rempli notre contrat.

AVIS AUX LECTEURS

Les revues Edimark sont publiées en toute indépendance et sous l’unique et entière responsabilité du directeur de la publication et du rédacteur en chef. Le comité de rédaction est composé d’une dizaine de praticiens (chercheurs, hospitaliers, universitaires et libéraux), installés partout en France, qui représentent, dans leur diversité (lieu et mode d’exercice, domaine de prédilection, âge, etc.), la pluralité de la discipline. L’équipe se réunit 2 ou 3 fois par an pour débattre des sujets et des auteurs à publier.

La qualité des textes est garantie par la sollicitation systématique d’une relecture scientifique en double aveugle, l’implication d’un service de rédaction/révision in situ et la validation des épreuves par les auteurs et les rédacteurs en chef.

Notre publication répond aux critères d’exigence de la presse :

- accréditation par la CPPAP (Commission paritaire des publications et agences de presse) réservée aux revues sur abonnements,
- adhésion au SPEPS (Syndicat de la presse et de l’édition des professions de santé),
- indexation dans la base de données internationale ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors), partenariat avec le GRIO (Groupe de recherche et d’information sur les ostéoporoses)
- déclaration publique de liens d’intérêts demandée à nos auteurs,
- identification claire et transparente des espaces publicitaires et des publi-rédactionnels en marge des articles scientifiques.

Tests de diagnostic rapide du SARS-CoV-2 : se dirige-t-on vers un nouveau fiasco ?

Rapid diagnostic tests for SARS-CoV-2: are we heading for another fiasco?



Pr Robert Cohen



Pédiatre, infectiologue, GRC Gemini, CHI de Créteil, GPIP, AFPA et ACTIV.

Dr Robert Touitou

Médecin généraliste, ACTIV.

Dr Christophe Batard

Pédiatre, ACTIV.

Dr François Trémolières

Interniste et infectiologue, hôpital François-Quesnay, Mantes-la-Jolie.

Après une phase de silence des administrations, une agitation brownienne s'est installée en France quant à l'intérêt des tests de diagnostic rapide du SARS-CoV-2 (TROD-SC-2). Comparativement aux tests RT-PCR, les TROD sont moins sensibles sur la durée, mais ils permettent d'identifier rapidement et précisément les personnes susceptibles de transmettre l'infection. Le meilleur test n'est pas nécessairement celui qui permet le plus de diagnostics d'infections à SARS-CoV-2.

Les TROD-SC-2 sont fondés sur la même technologie antigénique que celle utilisée depuis 40 ans pour les tests de diagnostic rapide de grossesse, d'angine ou de grippe, les antigènes ciblés étant ceux spécifiques du SARS-CoV-2. L'association de recherche en pathologie infectieuse communautaire a été, depuis la fin des années 1980, promotrice de l'installation des tests de diagnostic rapide du streptocoque du groupe A en France [1-3], puis de ceux de la grippe ainsi que d'autres tests de diagnostic rapide [4].

Depuis le mois de juillet, plusieurs articles américains plaident pour leur large utilisation, leurs auteurs considérant qu'ils pourraient constituer un tournant dans l'évolution de la pandémie, presque au même titre que les vaccins [5, 6]. Aux États-Unis, la Food and Drug Administration a publié en septembre 2020 une évaluation rigoureuse et favorable de ces tests [7]. Le groupe de recherche en infectiologie pédiatrique communautaire a commencé des études cliniques dès le mois de septembre 2020.

Ce n'est qu'à la mi-octobre 2020 que la Haute Autorité de santé (HAS) s'est prononcée favorablement sur l'utilisation de ces tests, sous certaines conditions [8]. Elle s'est, à juste titre, prononcée pour l'utilisation préférentielle de ces tests chez des patients symptomatiques et lors des premiers jours de la maladie. Pourquoi cette proposition est-elle pour l'instant la plus raisonnable ?

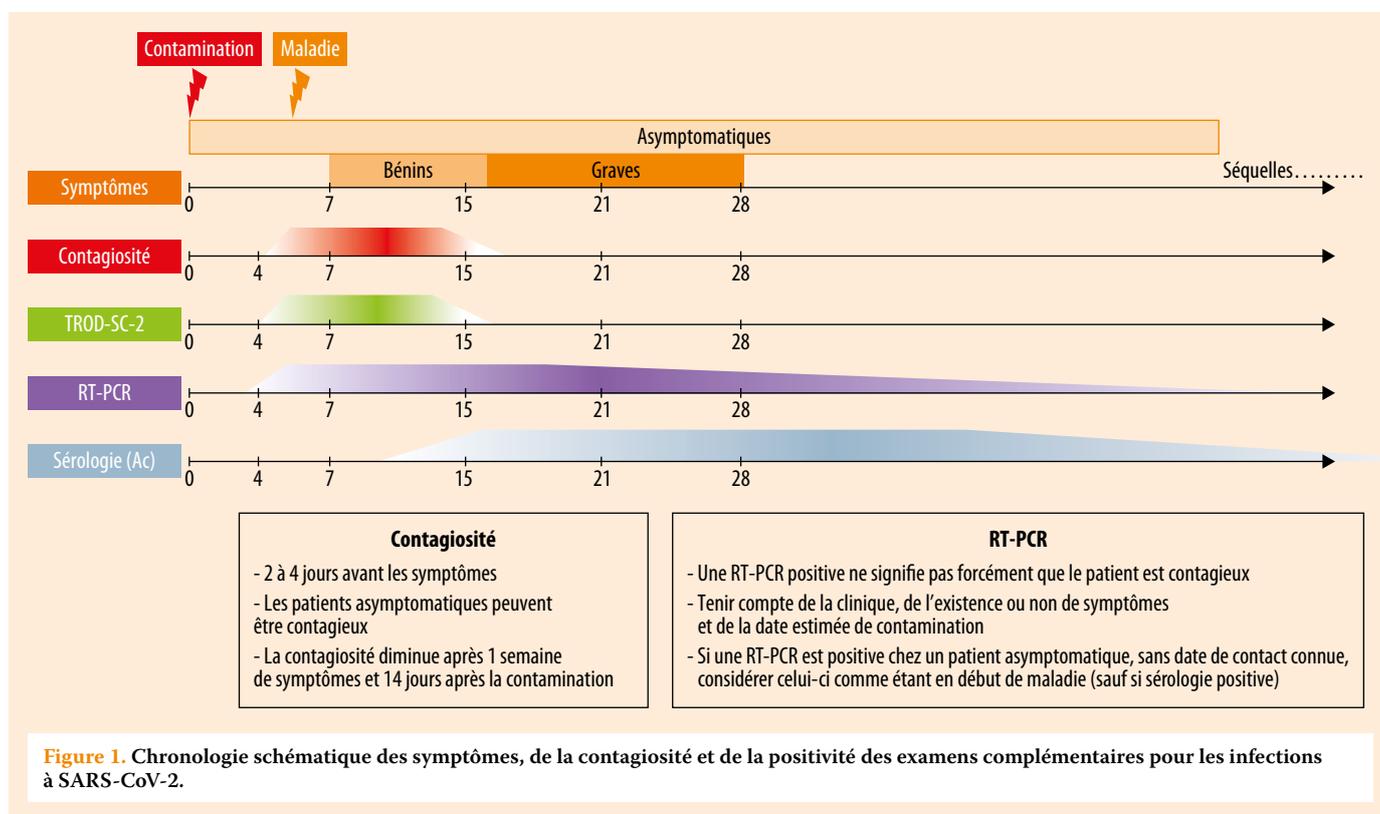
Parce que la sensibilité des tests antigéniques est bien meilleure lorsque la charge virale est élevée, ce qui est le cas lors des premiers jours des symptômes.

De plus, contrairement à la RT-PCR, la fenêtre de positivité de ces tests est brève : 7 à 10 jours (*figure 1*). Enfin, cette technique ne comportant aucune amplification, la qualité du prélèvement rhinopharyngé est essentielle, exigeant une technique encore plus rigoureuse que pour la RT-PCR. Au début du mois d'août, nous avons proposé un algorithme prenant en compte les performances de ces tests (*figure 2*).

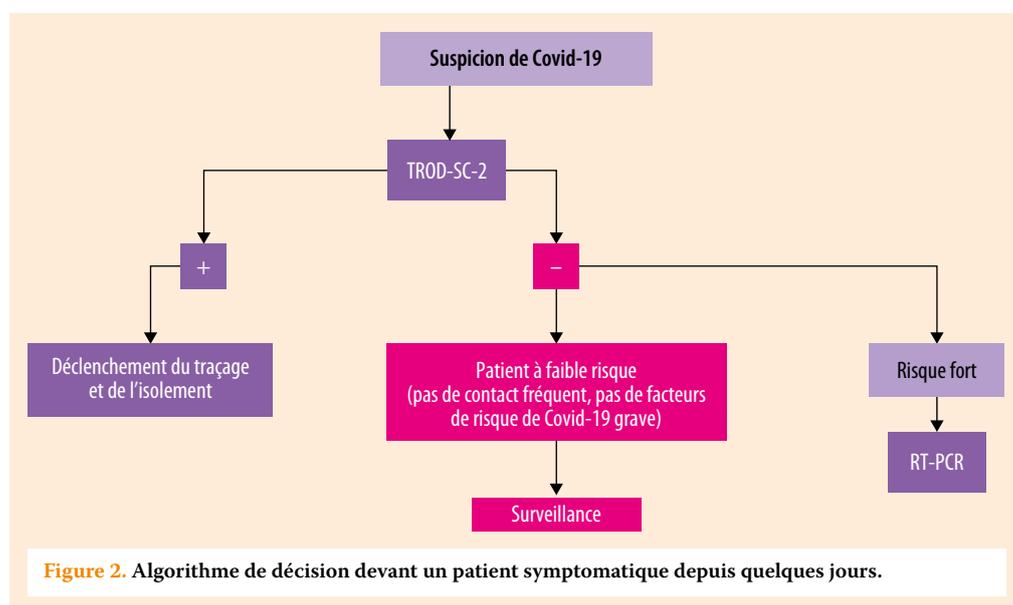
Dans un premier temps, l'ARS Île-de-France a demandé aux médecins de n'utiliser ces tests qu'au cas où ils ne pourraient obtenir un résultat de PCR en moins de 48 heures [9]. Comment peut-on imaginer, avec la surcharge de travail actuelle, que les médecins puissent accéder à ce type de renseignement pour chaque malade ?

L'Assurance maladie a précisé les modes de rémunération des professionnels de santé qui utiliseraient les TROD.

Ce mode de rémunération, peut-être trop favorable, pourrait entraîner une surutilisation. En outre, alors qu'il paraissait logique que les médecins (notamment



généralistes, pédiatres et urgentistes) soient la clé de voûte du déploiement de ces tests, puisque ceux-ci s'adressent préférentiellement à des patients symptomatiques, d'autres professionnels de santé ont été autorisés à les réaliser. Cela risque d'avoir un effet péjoratif sur la stratégie escomptée. En effet, enseigner le prélèvement rhinopharyngé aux professionnels de santé non coutumiers de la technique est envisageable, mais encore faut-il que ces professionnels puissent intégrer les résultats obtenus à la chronologie de l'infection et au tableau clinique (date de contamination éventuelle, symptômes présentés, etc.), c'est-à-dire qu'ils soient à même d'évaluer la probabilité prétest et les conséquences cliniques du résultat. Former en quelques heures



1. Cohen R et al. Intérêt d'un test de diagnostic rapide du streptocoque du groupe A pour le traitement des angines. *Med Mal Infect* 1988;18:518-20.
2. Cohen JF et al. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;7:CD010502.
3. Cohen R et al. Diagnostic accuracy of clinical symptoms and rapid diagnostic test in group A streptococcal perianal infections in children. *Clin Infect Dis* 2015;60:267-70.
4. De La Rocque F et al. Impact des tests de diagnostic rapide de la grippe dans la prise en charge des enfants en période d'épidémie en pédiatrie de ville. *Arch Pédiatr* 2009;16:288-93.
5. Wu KJ. 'It's kitchen sink time': fast, less-accurate Coronavirus tests may be good enough. *New York Times*, August 6, 2020.
6. Tromberg BJ et al. Rapid scaling up of Covid-19 diagnostic testing in the United States - The NIH RADx Initiative. *N Engl J Med* 2020;383:1071-7.
7. Mackay MJ et al. The COVID-19 XPRIZE and the need for scalable, fast, and wide spread testing. *Nat Biotechnol* 2020;38:1021-4.
8. HAS. Covid-19 : la HAS positionne les tests antigéniques dans trois situations, Communiqué de presse, 9 octobre 2020. www.has-sante.fr/jcms/p_3212125/fr/covid-19-la-has-positionne-les-tests-antigeniques-dans-trois-situations
9. ARS Ile-de-France. Stratégie régionale d'utilisation des tests antigéniques de détection du virus SARS-CoV-2, 2 novembre 2020. www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-11/Reprise-epidemie-Doctrine-Tests-antigeniques-89.pdf
10. Claereboudt L. Retards de livraison ou rétention des pharmaciens ? Les médecins ne voient pas arriver les tests antigéniques, *egora.fr*, 13 novembre 2020. www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/62207-retards-de-livraison-ou-retention-despharmaciens-les-medecins
11. Tom MR, Mina MJ. To interpret the SARS-CoV-2 test, consider the cycle threshold value. *Clin Infect Dis* 2020;ciaa619.
12. Pekosz A et al. Antigen-based testing but not real-time PCR correlates with SARS-CoV-2 virus culture. *MedRxiv* 2020. doi:10.1101/2020.10.02.20205708.
13. Mina MJ et al. Rethinking Covid-19 test sensitivity - A strategy for containment. *N Engl J Med* 2020. doi:10.1056/NEJMp2025631.

des professionnels de santé non médecins au diagnostic semble une gageure bien difficile. Cette situation, dans laquelle les pharmaciens sont à la fois fournisseurs de tests aux médecins et utilisateurs contre rémunération, entraîne également des difficultés d'approvisionnement pour les médecins. Il apparaît en effet que certains pharmaciens préservent leur stock de TROD pour leur propre usage.

Nous sommes loin d'être opposés à l'implication des pharmaciens ou des infirmiers dans le dépistage, en particulier dans les régions où le nombre de médecins est insuffisant, mais nous désapprouvons les conditions dans lesquelles cela se déroule aujourd'hui : tentes devant les pharmacies en pleine ville, promotion de la gratuité du test sans ordonnance (comme pour les PCR en septembre-octobre), test réalisé chez des patients asymptomatiques sans notion de contagion [10].

Il est à redouter que le mésusage de ces tests (non-respect volontaire ou non des indications, mauvaise qualité du prélèvement, mauvais "timing" du prélèvement, par exemple au-delà de J4 chez les patients symptomatiques) et l'absence d'explications claires aux patients sur leurs avantages et leurs limites fassent que cette stratégie de dépistage soit une nouvelle fois excessivement coûteuse et inefficace, voire discrédite l'utilisation des TROD dans les mois à venir, favorisant de nouveaux cycles confinement-déconfinement jusqu'à l'arrivée d'un vaccin et/ou d'un traitement.

Pourtant, ces tests de dépistage rapide du SARS-CoV-2 ont des qualités indéniables : rapidité des résultats (moins de 20 min), simplicité, pas de plateau technique, excellente spécificité, bonne sensibilité pendant la période de contagiosité, coût inférieur. Certes, comparativement aux RT-PCR, les TROD sont moins sensibles sur la durée, mais le meilleur test n'est pas nécessairement celui qui permet le plus de diagnostics d'infections à SARS-CoV-2, mais celui qui identifie rapidement et précisément les personnes susceptibles de transmettre l'infection [11-16]. Le fiasco que nous avons connu avec les PCR en septembre 2020 ne doit pas se renouveler. Utilisés à bon escient, les TROD peuvent être un élément clé dans le dépistage, le traçage et l'isolement des personnes infectées. Il est indispensable de prendre des mesures claires et rigoureuses, et de définir les indications des TROD et le juste rôle de chacun des acteurs de santé.

Ce n'est qu'à ce prix que la sortie du second confinement, qui approche, pourra être réussie.

À notre sens, ces TROD ont 3 indications :

- le diagnostic des patients lors des premiers jours des symptômes (en incluant les plus de 65 ans et les personnes fragiles, avec contrôle PCR en cas de négativité pour eux seuls). Cela est, et restera, l'indication principale. Si le test est positif, cela permet au médecin de déclencher le processus d'isolement et de traçage, et, s'il est négatif, d'envisager d'autres diagnostics, les symptômes dus à la Covid ressemblant largement à ceux induits par d'autres pathogènes ;
- avant la participation à un événement potentiellement contaminant, ils peuvent permettre de déterminer le niveau (fort ou faible) du risque de contamination. Les TROD-SC-2 sont utilisés aujourd'hui dans de nombreux pays avant de prendre l'avion. On pourrait étendre dès aujourd'hui cette pratique aux voyages prolongés en train. Lorsque la circulation du virus SARS-CoV-2 diminuera à un niveau où l'épidémie pourra être contrôlée, il faudra également envisager la réalisation de ces tests avant les réunions professionnelles ou festives ;
- le dépistage de masse est la troisième indication possible. Mieux que la PCR, qui reste positive bien au-delà de la période de contagiosité, le TROD-SC-2 peut permettre à un moment T de repérer les sujets potentiellement contagieux.

14. Manabe Y et al. The need for more and better testing for COVID-19. *JAMA* 2020. doi : 10.1001/jama.2020.21694.

15. Sheridan C. Coronavirus testing finally gathers speed», *Nature Biotechnology*, November 5, 2020. doi: 10.1038/d41587-020-00021-z. Online ahead of print.

16. Cohen R et al. Les tests de diagnostic rapide du SARS-CoV-2 : quelle stratégie ? *Méd Enf* 2020;40:196-9.

Remerciements à G. Monguillot.

R. Cohen, R. Touitou, C. Batard, F. Trémolières déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cette tribune.

On peut envisager ce dépistage dans les entreprises, les universités, les lycées, voire en population générale, à 2 conditions cependant : une organisation rigoureuse dans le temps et dans l'espace, et la répétition du dépistage dans un délai rapide afin de repérer les patients en phase d'incubation (*figure 1, p. 7*).

Enfin, il faut dès maintenant envisager l'utilisation de ces TROD dans la population générale et non uniquement pour les professionnels de santé. Nous avons aujourd'hui la certitude que les lieux clos, a fortiori mal ventilés, où les masques ne peuvent être portés sont des lieux préférentiels de contamination.

Va-t-on se résoudre à laisser fermés tous ces lieux durant de longs mois, avec les conséquences économiques, sociales et culturelles qui en découlent ? Va-t-on se résoudre à empêcher les mariages et tous les événements familiaux tels qu'ils se déroulaient antérieurement ? Ne peut-on imaginer de dépister pour les rendre à nouveau possibles ? Nous pensons qu'il faut engager rapidement une réflexion approfondie sur toutes ces mesures... Certes, cela ne sera pas simple, mais rien n'est simple dans cette pandémie, et il faut avancer.



À NE PAS MANQUER

VOTRE ÉDITEUR EDIMARK MET GRACIEUSEMENT À VOTRE DISPOSITION LE LIVRE BLANC

LE PRATICIEN CONNECTÉ

ARTICLES, INTERVIEWS D'EXPERTS, CONSEILS, PODCASTS ET INFOGRAPHIES

Comment y voir clair dans l'actualité incessante de la santé digitale ? Quels sont les apports concrets du numérique pour le praticien dans son exercice au quotidien ? Quelles sont les recommandations sur le plan juridique ? Grâce au livre blanc *Le Praticien connecté*, et au dossier dédié en ligne, l'e-santé n'aura plus de secrets pour vous !



Retrouvez l'espace dédié "Le Praticien connecté"

→ edimark.fr/praticien-connecte

ET TÉLÉCHARGEZ GRATUITEMENT LE LIVRE BLANC



Sous l'égide du groupe Edimark



Avec le soutien institutionnel de l'UNIM



Épidémiologie de l'allaitement maternel en France

Breastfeeding initiation and duration in France

C. Didierjean-Jouveau*



Parler d'épidémiologie de l'allaitement en France, c'est constater à la fois une spécificité (le taux et la durée d'allaitement y sont toujours parmi les plus bas au monde) et une ressemblance (les répartitions sociale et géographique de l'allaitement en France sont assez semblables à ce qu'elles sont dans les autres pays industrialisés).

Un taux de démarrage bas

Les chiffres français de l'allaitement sont tirés de plusieurs sources : le dépouillement des certificats de santé du 8^e jour (CS8), les enquêtes périnatales et les 2 enquêtes ELFE et EPIPAGE.

En ce qui concerne les CS8, le dernier chiffre fourni par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) concerne l'année 2016, et il est de 68,1 % au démarrage¹.

La dernière enquête périnatale, qui date de 2016 également, donne un chiffre un peu inférieur (et distingue allaitement exclusif et allaitement mixte, ce que ne font pas les CS8) : "La fréquence de l'allaitement maternel exclusif durant le séjour à la maternité a diminué de manière importante entre 2010 et 2016, de 60,3 à 52,2 % ; de plus, l'allaitement maternel à la maternité, qu'il soit exclusif ou mixte, a légèrement diminué, de 68,4 % en 2010 à 66,7 % en 2016."

Dans l'enquête EPIFANE, qui a porté sur 3 500 nourrissons nés entre le 16 janvier et le 5 avril 2012, plus des deux tiers des nourrissons (69,1 %) étaient allaités à la maternité (60,0 % de façon exclusive). Dans l'enquête ELFE, qui porte sur plus de 18 000 nourrissons nés tout au long de l'année 2011, plus des deux tiers des nourrissons (70,5 %) recevaient du lait maternel à la maternité (59,0 % de façon exclusive, 11,5 % en association avec des préparations pour nourrissons).

On constate donc que, même si les chiffres varient légèrement d'une source à l'autre, on tourne toujours autour d'un taux de démarrage un peu inférieur à 70 %. Rappelons, à titre de comparaison, que le taux à la naissance est de 88,0 % au Luxembourg, de 96,9 % en Lettonie, de 95,5 % en Suisse, de 98,6 % au Portugal².

Cela dit, on revient de loin. En 1995, le taux français était de 45,6 %. Depuis cette date, il a lentement mais régulièrement augmenté : 48,8 % en 1997, 50,0 % en 1999, 52,3 % en 2000, 54,5 % en 2001, 56,0 % en 2002, 60,0 % en 2004, 68,0 % en 2008, 67,9 % en 2010.

Comme on le voit, et pour une raison inconnue, il n'a pas progressé depuis 2010 (il a même légèrement régressé entre-temps : 66,0 % en 2013). À moins que les chiffres à venir, pour les années postérieures à 2016, ne viennent le démentir, c'est comme si, en France, un plafond empêchait le taux d'allaitement de dépasser les 70 %.

Une répartition géographique inégale

En regardant les chiffres département par département, on s'aperçoit que la progression s'observe dans presque tous les départements. Quelques exemples : entre 1998 et 2016, le taux passe de 41,2 à 62,0 % dans l'Aude, de 37,7 à 64,9 % dans l'Aveyron, de 49,4 à 71,4 % en Haute-Garonne, de 36,5 à 58,8 % dans la Marne. Certains départements connaissent, à la suite de campagnes de promotion, des hausses spectaculaires. C'est par exemple le cas du Morbihan, où le taux d'allaitement à 8 jours est passé de 27,0 % en 1997 à 46,7 % en 2001 (59,0 % en 2016).

Cependant, ce qui frappe, ce sont les différences d'un département à l'autre, d'une région à l'autre. En simplifiant, on peut dire qu'on allaite plus à

* La Lettre du Sénologue 2020; 89:9-11.

* Animatrice de La Leche League France, rédactrice en chef de la revue Allaiter aujourd'hui; auteure de plusieurs ouvrages sur l'allaitement.

¹ DREES, https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt68-sources_et_methodes.pdf, p. 114-6.

² En Europe, seules l'Irlande et Chypre font moins bien que la France. V. European perinatal health report, https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf, 2010, p. 106.

Résumé

L'allaitement en France se caractérise par un taux de démarrage bas, inégal selon les régions, et une durée bien en dessous des recommandations nationales et internationales. Comme dans la plupart des pays industrialisés, ce sont les femmes diplômées et des catégories socioprofessionnelles moyennes ou supérieures qui allaitent le plus et le plus longtemps.

Mots-clés

Allaitement
Épidémiologie
France
Initiation
Durée

L'Est qu'à l'Ouest et plus au Sud qu'au Nord. C'est ainsi que le taux est de 77,3 % dans le Haut-Rhin contre 52,1 % dans la Manche, de 75,0 % dans les Alpes Maritimes contre 44,6 % dans le Pas-de-Calais.

Il est intéressant de souligner que cette répartition géographique inégale ne date pas d'hier. À la fin du XIX^e siècle, on notait déjà un taux d'allaitement plus faible dans le Nord et l'Ouest. L'allaitement artificiel en Normandie semble une pratique ancienne : sur 9 611 enfants nés en 1865 dans le Calvados, un tiers étaient nourris au biberon. De même, l'allaitement artificiel dans les grandes villes industrielles du Nord était une pratique bien connue des contemporains. À Lille, en 1877, seulement 50 % des mères allaitaient [1].

Aujourd'hui, on allaite plus dans les zones urbaines que dans les campagnes. C'est ainsi qu'en 2016, les taux de démarrage étaient de 80,3 % à Paris, 84,6 % en Seine-Saint-Denis, 82,7 % dans le Val-de-Marne et 80,5 % dans le Val-d'Oise, soit nettement supérieurs à la moyenne nationale.

Combien de temps allaite-t-on ?

Depuis que les certificats de santé du 9^e et du 24^e mois comportent une question sur l'allaitement et sa durée, on devrait avoir des chiffres pour la durée de l'allaitement. Longtemps, la DREES ne les a pas exploités, tellement ils étaient mal renseignés et peu collectés. Elle a commencé à le faire en 2002 pour les CS9.

En 2002, d'après les CS9, il y avait encore 46,0 % de bébés allaités à 4 semaines (56,0 % à la naissance) et 36,8 % à 8 semaines.

En 2011, les chiffres étaient les suivants : 9,0 % des enfants étaient allaités moins de 6 semaines, 14,4 % de 6 semaines à 3 mois, 15,8 % de 3 à 6 mois, 9,1 % de 6 à 9 mois, 4,0 % de 9 à 12 mois et 6,9 % plus de 12 mois.

L'enquête EPIFANE a elle aussi fourni des chiffres : "Parmi les 3 365 enfants inclus dans les analyses, 2 806 ont été suivis jusqu'à 12 mois. À 3 mois, 39 % des enfants étaient encore allaités : 10 % de façon exclusive, 11 % de façon prédominante et 18 % recevant aussi des préparations pour nourrissons (PN) du

commerce. À 6 mois, seul 1 enfant sur 4 était encore allaité et plus de la moitié d'entre eux consommaient des PN en complément. À 1 an, seuls 9 % des enfants recevaient encore du lait maternel."³

Rappelons que les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé sont d'allaiter exclusivement pendant 6 mois, puis d'introduire des aliments complémentaires de qualité tout en poursuivant l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà, que le Programme national nutrition santé fait les mêmes recommandations⁴ et qu'en Norvège, 80 % des bébés sont toujours allaités à 6 mois et 46 % à 12 mois (National Board of Health Statistics).

"Une pratique socialement différenciée"

Je reprends ici le titre d'un article de la chercheuse de l'INRA S. Gojard [2] qui, en 1997, avait fait une enquête dans le Val-de-Marne montrant que l'allaitement n'est pas également répandu dans toutes les catégories sociales.

Ces différences selon la catégorie socioprofessionnelle se retrouvent dans presque toutes les études sur le sujet, que ce soit en France ou dans les autres pays industrialisés [3-5].

D'autres facteurs influencent l'initiation et la durée de l'allaitement, comme l'âge de la mère, son niveau d'études, le fait d'être née hors de France métropolitaine, le fait d'être fumeuse.

L'analyse des CS8 de 2013⁵ montre que "l'allaitement est plus fréquent parmi les femmes de 30 ans ou plus, diplômées et de catégorie socioprofessionnelle supérieure. Les femmes qui fument allaitent moins souvent, tandis que celles qui ont accouché à domicile ou dans une maternité de type 3 et celles qui ont suivi des séances de préparation à l'accouchement le pratiquent davantage. Les femmes qui allaitent le plus longtemps sont souvent âgées de 30 ans ou plus, sont cadres ou inactives, avec plusieurs enfants au foyer".

³ Durée de l'allaitement maternel en France (EPIFANE 2012-2013), http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html, 2014.

⁴ Allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère, <https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SyntheseAllaitement.pdf>, 2005.

⁵ DRESS, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf>

Summary

Breastfeeding in France is characterized by a low initiation rate, uneven across regions, and a duration much lower than national and international recommendations. As in most industrialized countries, graduate women who are of medium or higher socio-professional category breastfeed the most and the longest.

Keywords

*Breastfeeding
Epidemiology
France
Initiation
Duration*

L'enquête EPIFANE le confirme : les femmes allaitent davantage si elles ont un niveau d'études supérieur, si elles sont plus âgées, mariées, si elles n'ont pas fumé pendant la grossesse, ont suivi des cours de préparation à l'accouchement, ont eu un contact peau à peau avec leur bébé dans l'heure suivant l'accouchement, et surtout si leur conjoint a une perception positive de la femme qui allaite.

Quant à l'enquête ELFE, elle constate que "la durée totale d'allaitement était plus courte chez les mères âgées de moins de 30 ans, vivant seules, ayant un faible niveau d'études ou ayant repris le travail moins de 10 semaines après l'accouchement. En revanche, l'allaitement était plus long chez les mères cadres (par rapport aux mères employées), en congé parental (par rapport à celles qui avaient un emploi) ainsi que chez celles ayant suivi des séances de préparation à la naissance".⁶

Une autre étude faite sur la cohorte ELFE [6] conclut que les femmes qui avaient elles-mêmes été nourries au sein étaient plus susceptibles de démarrer et de poursuivre un allaitement. Avoir allaité le ou les enfants précédents augmentait également la probabilité de démarrer un allaitement et la durée de ce dernier.

Je voudrais, pour conclure, dire un mot de cet apparent paradoxe : ce sont les femmes les plus diplômées et les plus aisées qui allaitent le plus et le plus longtemps, alors qu'on pourrait penser que ce ne sont pas elles qui en ont le plus besoin économiquement.

L'explication qui vient d'abord est qu'elles ont un meilleur accès à l'information (sur les avantages de l'allaitement pour la santé et pour la relation) et au soutien (notamment par les associations d'aide à l'allaitement).

Mais l'enquête faite par l'anthropologue et médecin de santé publique B. Tillard [7], dans un quartier défavorisé de Lille, montre que les raisons du non-allaitement dans ces milieux sont plus profondes : pour les femmes qu'elle a rencontrées, la "gratuité" du lait maternel n'est pas un argument pour allaiter, bien au contraire. Perçu comme un "mode d'alimentation incertain" (notamment en raison du manque de tradition familiale), l'allaitement empêche aussi de "préparer l'événement" par "l'achat d'objets appropriés : pas de biberon, pas de stérilisateur, pas de chauffe-biberon..." N'entrant pas "dans la dimension consumériste de la grossesse", l'allaitement est mal perçu par ces familles qui souhaitent "le mieux" pour leurs petits, même au prix de sacrifices financiers. Une politique de promotion de l'allaitement maternel, si elle devait voir le jour en France, devrait prendre en compte tous ces paramètres. ■

C. Didierjean-Jouveau déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec l'article.

⁶ *Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française ELFE, 2011, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01203828/document>, 2015.*

Références bibliographiques

1. Rollet C. Allaitement, mise en nourrice et mortalité infantile en France à la fin du XIX^e siècle. *Population* 1978;6.
2. Gojard S. L'allaitement : une pratique socialement différenciée. *Recherches et prévisions* 1998;53:23-34.
3. Branger B et al. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatr* 1998;5(5):489-96.
4. Crost M et Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. *Arch Pédiatr* 1998;5(12):1316-26.
5. Scott JA. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding Review* 1999;7(1):5-16.
6. Wagner S et al. Breastfeeding initiation and duration in France: the importance of intergenerational and previous maternal breastfeeding experiences. *Midwifery* 2019;69:67-75.
7. Tillard B. Ce qu'il en coûte de nourrir. In: Bonnet D (dir). *Allaitements en marge*. Paris: L'Harmattan, 2002.



Toute l'équipe Edimark vous souhaite
une très bonne fin d'année.

Heureux de vous avoir accompagnés en 2020,
nous vous remercions chaleureusement de votre fidélité.

Et nous vous donnons rendez-vous dans nos pages début 2021.

Prenez soin de vous
et de vos proches !

Le laboratoire Theramex
dédié à la santé des femmes est heureux de vous annoncer
la remise à disposition de



COLPOTROPHINE[®] CRÈME 1 POUR CENT

Promestriène



Traitement symptomatique de l'atrophie vulvo-vaginale liée
à une déficience en estrogènes chez la femme post-ménopausée.

Pour une information complète, se reporter au RCP de Colpotrophine[®] Crème
disponible sur la base de données publique des médicaments
(<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>)



Diagnostic et prise en charge des complications inflammatoires ou infectieuses de l'allaitement maternel

Diagnosis and management of inflammatory and infectious disease during breastfeeding

V. Rigourd¹, L. Benoit², J.Y. Seror³



V. Rigourd

L'allaitement maternel (AM) constitue la référence pour l'alimentation du nourrisson pendant les premiers mois après l'accouchement ; il a des bienfaits à court, moyen et long termes incontestables pour la santé du bébé et de la mère, sans compter l'impact économique et écologique. En France, la prévalence de l'AM dans les maternités, qui était déjà basse par rapport à nos voisins européens, a encore baissé en 2016. Elle est passée de 60,3 à 52,2 %, et seules 19 % des patientes allaitent encore au bout de 6 mois, dont 3 % exclusivement. Parmi les causes d'un sevrage précoce, le facteur prédominant est l'impression d'une lactation insuffisante (citée par 51,3 % des femmes), suivie par des pathologies du sein (36,6 %), puis par des problèmes liés à la mise au sein (34,2 %) [1]. Plusieurs pathologies du sein peuvent compliquer l'AM : 4 % des femmes développent une mastite et 1 % un abcès [2]. Nous allons dans cet article :

- définir les moyens d'optimiser le diagnostic précoce ;
- évaluer les indications et les modalités de la prise en charge ;
- discuter des arguments motivant la poursuite de l'AM ;
- aborder les moyens d'éviter une récurrence des principales pathologies inflammatoires ou infectieuses du sein lactant : crevasses, mastites et abcès.

ou de l'aréole, qui peuvent saigner et sont toujours très douloureuses. Elles sont favorisées par un début tardif de l'allaitement, une insuffisance des tétées, une mauvaise position du bébé au sein et, surtout, du sein en bouche.

Prise en charge

Aucune crevasse ne doit être négligée, car, non traitées, elles peuvent se surinfecter et devenir le nid d'une mastite ou d'un abcès, voire, exceptionnellement, infecter le bébé [3]. L'élément primordial du traitement des crevasses est de corriger la position du sein en bouche [4].

Pour favoriser la cicatrisation, selon la sévérité de la crevasse, il est conseillé d'appliquer, après les tétées, une crème protectrice à base de lanoline purifiée mélangée avec du lait maternel [5], puis, rapidement, si cela ne guérit pas, une formule pharmaceutique à base de miel stérile et d'acide hyaluronique, mélangée avec du lait. Même en cas de douleur, il est important de ne pas interrompre la mise au sein. Pour atténuer cette douleur, l'utilisation transitoire de bouts de seins est possible, et l'utilisation d'un tire-lait pendant 24 à 48 h est parfois nécessaire. La prescription d'antalgiques, comme le paracétamol, peut soulager la mère.

Crevasses

Diagnostic

Les crevasses se caractérisent par des lésions plus ou moins profondes de la surface cutanée du mamelon

Prévention

Pour prévenir l'apparition des crevasses, un certain nombre de mesures doivent être mises en place :

- examiner la mobilité de la langue du bébé ;

© La Lettre du Sénologue 2020; 89:13-8.

¹ Pédiatre, lactarium régional d'Île-de-France, hôpital universitaire Necker-Enfants malades, AP-HP, Paris.

² Gynécologue obstétricien, service de gynécologie-obstétrique, hôpital universitaire Necker-Enfants malades, AP-HP, Paris.

³ Radiologue sénologue, centre d'imagerie médicale Duroc, Paris.

Points forts⁺⁺

- » En cas de crevasses, il est primordial de corriger la position du sein en bouche.
- » En cas de mastite, l'antibiothérapie n'est pas automatique, mais la mastite doit être réévaluée toutes les 24 h pour réajuster le traitement.
- » En cas d'abcès, la poursuite de l'allaitement du côté atteint diminue l'inflammation en permettant une bonne vidange du sein et améliore la guérison.
- » L'indication d'une ponction échoguidée d'un abcès, en complément du traitement médical, nécessite un avis spécialisé. Plusieurs ponctions peuvent être nécessaires jusqu'à la guérison, et la taille initiale d'un abcès ne doit pas faire renoncer à la ponction échoguidée. Toutefois, les lésions les plus volumineuses, et surtout celles prises en charge tardivement, sont celles dont la ponction est vouée à l'échec.
- » Une mastite comme un abcès peuvent être pris en charge avec des traitements compatibles avec la poursuite de l'allaitement.

Mots-clés

Crevasse
Mastite
Absès
Allaitement
Ponction échoguidée

- choisir avec la mère les positions d'allaitement les plus adaptées pour elle et son bébé et les varier ;
 - vérifier et corriger la position du sein en bouche ;
 - limiter l'utilisation des coussinets d'allaitement ou les changer fréquemment ;
 - appliquer quelques gouttes de colostrum sur le mamelon et l'aréole après chaque tétée, dès les premiers jours.
- Tout dispositif d'aide à l'allaitement utilisé en cas de crevasse (bouts de sein, téterelles, coquilles, cupules, coquillages, coussinets) doit être régulièrement lavé, voire décontaminé [3].

Mastites

Diagnostic

La mastite est une inflammation du sein résultant d'une stase lactée, qui peut s'accompagner ou non d'une infection. Le risque est l'évolution vers l'abcès en cas de défaut ou de retard de prise en charge [6]. La mastite se traduit par un aspect

inflammatoire, avec rougeur, douleur et chaleur localisées, le plus souvent au quadrant supéro-externe. Des signes généraux – fièvre, symptômes pseudogrippaux – sont parfois associés. Le lait peut changer légèrement d'aspect et de goût du fait du remodelage de la glande mammaire et de l'augmentation de la concentration de sodium et de facteurs anti-inflammatoires dans le lait [7]. La trace laissée par le lait lorsqu'une goutte est déposée sur une compresse, anciennement appelée signe de Budin, n'est pas une contre-indication à la mise au sein. Les cultures de lait en cas de mastite ne sont pas significativement différentes de celles du sein lactant sain et sont donc totalement inutiles [2].

Prise en charge

Il convient d'encourager la poursuite de l'allaitement, qui ne fait courir aucun risque au bébé né à terme et en bonne santé. En effet, l'arrêt brutal de l'allaitement s'accompagne d'un risque élevé de sur-

Highlights

- » In case of nipple cracks, the most important element is to correct the position of the breast in the mouth.
- » In case of mastitis, antibiotics are not automatic, but mastitis must be re-evaluated every 24 hours to readjust the treatment.
- » In case of abscess, continuation of breastfeeding on the affected side reduces inflammation by allowing good emptying of the breast and improves healing.
- » The indication for an ultrasound-guided needle aspiration of an abscess in addition to medical treatment requires specialist advice. Several punctures may be necessary until healing and the initial size of the abscess should not be an obstacle to ultrasound-guided puncture. However, the largest lesions and especially those that are treated late are those where puncture is likely to fail.
- » Mastitis, as well as abscess, can be managed with treatments compatible with continuation of breastfeeding.

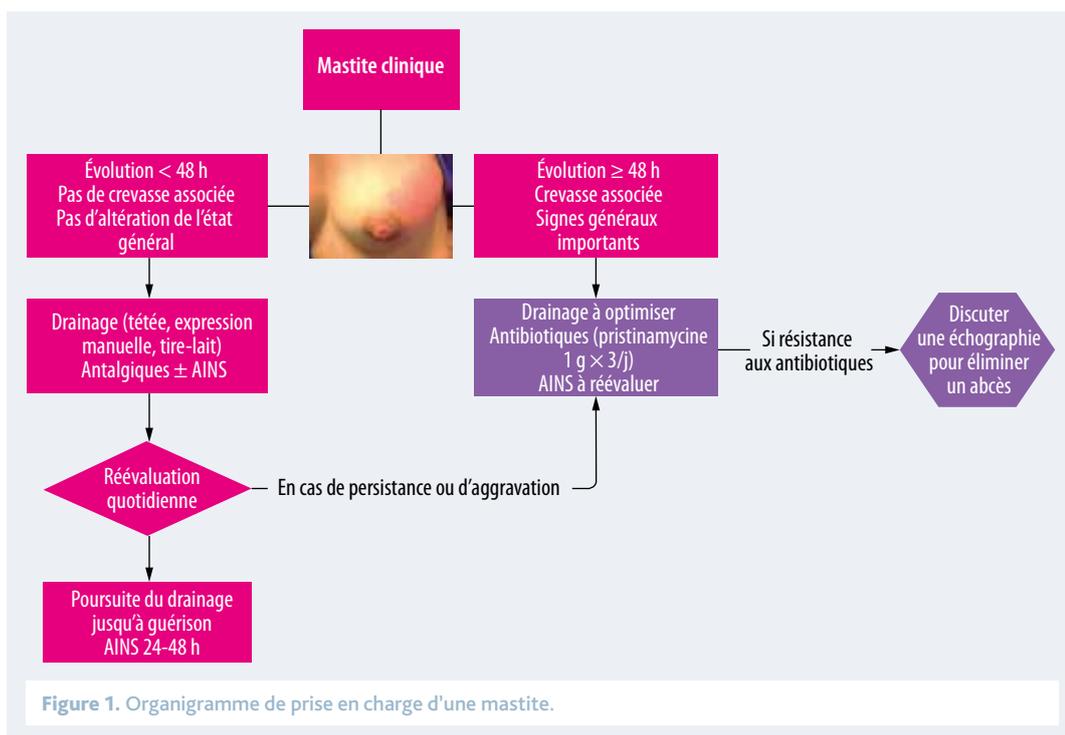


Figure 1. Organigramme de prise en charge d'une mastite.

Keywords

Nipple crack
Mastitis
Breast abscess
Breastfeeding
Ultrasound-guided needle aspiration

venue d'un abcès [8]. La prise en charge est urgente et repose sur les points suivants :

- éviter les points de compression (soutien-gorge trop serré, pression des doigts) ;
- optimiser le drainage par les tétées, l'expression manuelle ou à l'aide d'un tire-lait ;

➤ prescrire un anti-inflammatoire non stéroïdien et un antalgique de type paracétamol [9].

L'évolution doit être réévaluée quotidiennement, une antibiothérapie par pristinamycine pouvant être indiquée en cas d'évolution clinique défavorable ou de signes de gravité : surinfection d'une crevasse, tableau sévère avec fièvre élevée et persistante, tableau non résolutif en 48 h malgré une bonne vidange du sein [10]. Un organigramme de prise en charge est proposé dans la *figure 1, p. 15*.

Prévention

La cause doit être prise en charge pour éviter la récurrence :

- correction d'une mauvaise position d'allaitement ;
- soin des crevasses ;
- changement de rythme des tétées ;
- optimisation du drainage du sein tout en évitant la surproduction.

Abcès

Diagnostic

L'abcès du sein lactant est une pathologie rare, dont la survenue est estimée à 0,1-0,4 % [2]. Il s'agit d'une collection de pus, bien délimitée dans le sein. Il peut être chaud, avec signe d'inflammation, ou, plus rarement, froid, sans signe d'inflammation, et donc plus difficilement identifiable. Le diagnostic est clinique et se fait par la palpation d'une masse inflammatoire, fluctuante, circonscrite, douloureuse au niveau mammaire associée à de la fièvre. Les formes rétroaréolaires sont plus difficiles à diagnostiquer, et la fièvre est absente dans 30 % des cas. L'échographie mammaire ne doit pas être systématique lors de la prise en charge d'une mastite. Elle devient nécessaire en cas de suspicion clinique d'abcès ou en cas de mastite n'évoluant pas favorablement sous traitement antibiotique. Si le diagnostic doit être confirmé par une échographie mammaire et axillaire, celle-ci doit être réalisée par un échographiste expérimenté. Le diagnostic, parfois difficile pour le clinicien, est posé par excès dans 18 % des cas, mais sans autre conséquence qu'une échographie blanche, dont on connaît l'innocuité. Le manque de formation des professionnels à l'échographie du sein lactant peut en revanche faire passer à côté du diagnostic d'abcès et retarder la prise en charge [11].

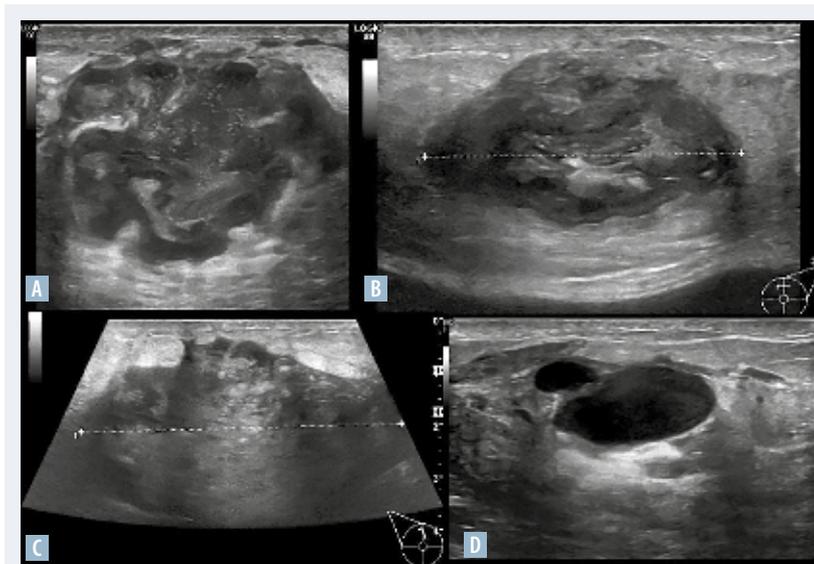


Figure 2. Aspect échographique variable des abcès du sein lactant. **A, B.** Aspect typique hétérogène avec paroi épaisse. **C.** Aspect pseudotissulaire avec composante liquidienne peu marquée. **D.** Aspect pseudokystique.

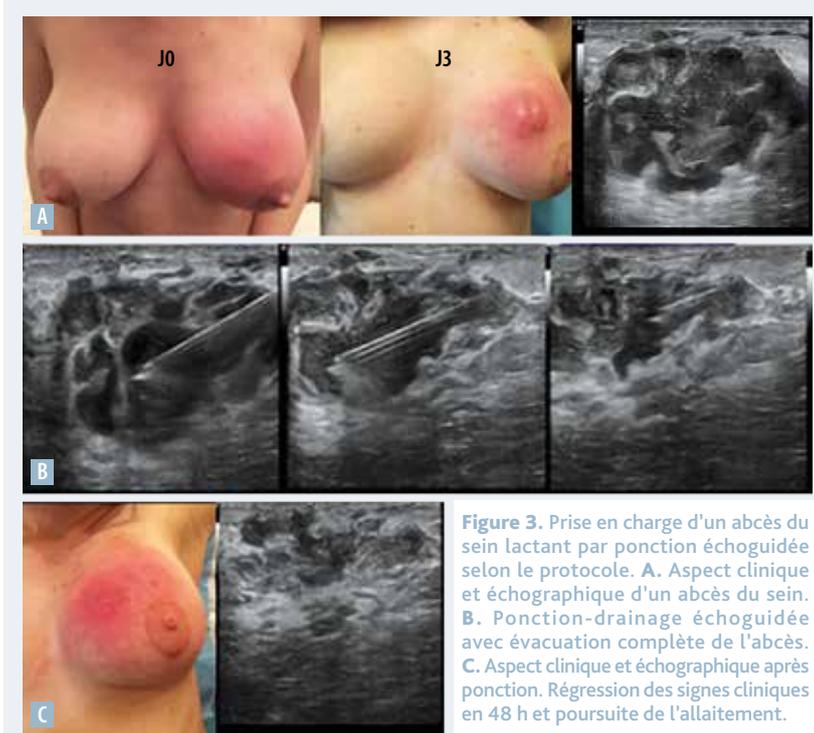


Figure 3. Prise en charge d'un abcès du sein lactant par ponction échoguidée selon le protocole. **A.** Aspect clinique et échographique d'un abcès du sein. **B.** Ponction-drainage échoguidée avec évacuation complète de l'abcès. **C.** Aspect clinique et échographique après ponction. Régression des signes cliniques en 48 h et poursuite de l'allaitement.

L'abcès apparaît typiquement comme une masse d'échostructure mixte, hétérogène, avec une paroi épaisse irrégulière associée à des adénopathies axillaires. Certains abcès ont un aspect trompeur, avec peu de composante liquidienne pseudosolide ou, à l'inverse, pseudokystique (*figure 2*). La taille varie entre 30 et 100 mm. Il convient de rechercher systématiquement d'autres localisations d'abcès, homolatérales ou controlatérales.

Prise en charge

La prise en charge des abcès repose sur le trépied : traitement médical, drainage et poursuite de l'allaitement.

La technique chirurgicale classiquement recommandée n'est pas sans inconvénient. Réalisée sous anesthésie générale, elle impose le plus souvent une hospitalisation et la séparation de la mère et du nourrisson. Le matériel de drainage mis en place (lame) empêche souvent la mise au sein et est associé à un risque de contamination de l'enfant via la zone de drainage. Si ce point n'est encore pas complètement admis, nous ne pouvons que suggérer la poursuite de l'allaitement. Si la zone de drainage est en revanche trop proche de l'aréole, le lait pourra être tiré et jeté jusqu'à cohésion des berges. Le lait qui s'écoule éventuellement par la zone de drainage participe à la cicatrisation grâce aux facteurs biologiques qu'il contient (résolvines, protectines, marésines, lipoxines) [12]. À plus long terme, un résultat inesthétique est souvent noté par les patientes.

L'alternative au drainage chirurgical est la ponction échoguidée (*figure 3*). Elle doit être réalisée par un échographiste sénologue formé selon le protocole de ponction décrit dans le *tableau* [13]. Le liquide de ponction est analysé en bactériologie sur milieu de Chapman, avec dénombrement et identification des germes et réalisation d'un antibiogramme. Les patientes doivent être réévaluées cliniquement à H24 et H48, et un contrôle échographique devrait être programmé entre J4 et J5. Ce geste de ponction-drainage échoguidée peut être répété [9] (*figure 4*) ; l'orientation vers la chirurgie s'impose en cas de non-résolution de l'abcès après 4 à 5 ponctions maximum ou en cas d'aggravation sous traitement [14]. Il existe cependant des stades évolutifs importants à reconnaître, qui ne permettront pas le drainage échoguidé de l'abcès (stade trop précoce, non collecté ou, au contraire, trop tardif avec un contenu presque solide, très échogène). Un abcès

Tableau. Protocole des ponctions échoguidées.

Confirmation échographique du diagnostic par un opérateur entraîné et recherche d'autres abcès homolatéraux ou controlatéraux
Antibioprophylaxie : pristinamycine 1 g × 3/j (toutes les 8 h)
Antalgiques : paracétamol 1 g × 4/j ± ibuprofène 200-400 mg × 3/j
Anesthésie locale :
– Désinfection cutanée de la zone à la chlorhexidine ; éviter la povidone iodée
– Anesthésie à la xylocaïne
– Point d'entrée le plus éloigné possible du mamelon
Technique :
– Guidage échographique
– Aiguille 13 gauges
– Ponction parallèle au plan profond
– Macrobiopsie à l'aiguille 14 gauges sous aspiration en cas de difficultés de drainage
– Prélèvement bactériologique
– Lavage de la cavité au sérum physiologique en cas de cloisons
– Nettoyage de la peau en fin d'examen
– Pansement suture adhésive et compresse stérile à retirer le soir
Compte rendu de type échographie envoyé à la patiente et au référent allaitement
Surveillance :
– Reprise immédiate de l'allaitement et/ou utilisation d'un tire-lait
– Réévaluation clinique à H24
– Contrôle échographique à J2-3 puis J7-8



Figure 4. Prise en charge d'un abcès du sein lactant par plusieurs ponctions échoguidées. A. Aspect clinique et échographique d'un abcès du sein. B. À J4 de la ponction, aspect clinique en amélioration, persistance d'une collection sensible. C. Deuxième ponction échoguidée.

très hétérogène et compact après l'échec de la biopsie avec aspiration peut nécessiter un drainage sous aspiration par le vide, par macrobiopsie. L'échographie peut aussi révéler une pathologie maligne, et il est important d'y penser, car le cancer du sein est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez la femme allaitante et la deuxième cause de décès dans le post-partum.

Un traitement médical compatible avec l'AM [15] est toujours associé et comporte un antibiotique (pristinamycine 1 g × 3/j toutes les 8 h) au moment du diagnostic clinique d'abcès, un antalgique et, éventuellement, un anti-inflammatoire (paracétamol 1 g × 4/j, associé ou non à de l'ibuprofène 200-400 mg × 3/j) [14]. Du fait de sa très bonne diffusion tissulaire, de sa bonne absorption orale, de la très bonne sensibilité de *Staphylococcus aureus* et de sa disponibilité per os, la pristinamycine est l'antibiotique de première intention.

Il faut promouvoir la poursuite de l'allaitement avec une optimisation du drainage par :

- un meilleur positionnement au sein et du sein en bouche ;
- une variation des positions ;
- une augmentation de la fréquence des tétées en

les accompagnant d'un massage pour augmenter le transfert de lait ;

- l'utilisation d'un tire-lait en cas de tétée inefficace.

En effet, après ponction, la poursuite de l'AM permet de diminuer l'inflammation en favorisant la bonne vidange du sein, accélère la guérison de l'abcès et prévient la survenue d'abcès satellites [12]. Un organigramme de prise en charge des abcès du sein lactant est proposé sur la *figure 5*.

Prévention

Anticiper et prévenir doit être la règle, notamment dans les situations à risque de survenue d'un abcès que sont la rupture du rythme des tétées, le sevrage et la mastite, qui ressort comme le facteur de risque principal puisqu'elle est retrouvée dans 91 % des cas dans la littérature [13]. 3 à 11 % des femmes présentant une mastite ont, en effet, un risque de développer un abcès, selon plusieurs travaux [6]. En cas de mastite, il est donc primordial d'adresser la patiente à un professionnel spécialiste de l'allaitement (sage-femme, médecin ou consultant en lactation).

Focus sur le devenir de l'allaitement après un abcès

Dans la littérature, peu d'études décrivent le suivi et le devenir de l'AM après la prise en charge d'un abcès. En cas de chirurgie, l'arrêt de l'allaitement est le plus souvent indiqué pour les différentes raisons déjà évoquées. Au contraire, la prise en charge non chirurgicale autorise la poursuite de l'AM sur les 2 seins, avec un meilleur pronostic que la chirurgie. Afin d'évaluer le devenir de l'allaitement après le traitement d'un abcès du sein lactant par ponction échoguidée, nous avons mené une étude rétrospective monocentrique descriptive sur 28 patientes adressées pour abcès du sein au centre d'imagerie et de radiologie Duroc à Paris entre octobre 2018 et janvier 2019, dont voici les principaux résultats. 60 % des patientes avaient interrompu l'AM à la découverte de l'abcès pour le ou les motifs suivants :

- recommandation du personnel médical ;
- choix personnel ;
- douleur lors des tétées ;
- prise d'antibiotiques ;
- peur ;
- sensation d'insuffisance de la lactation.

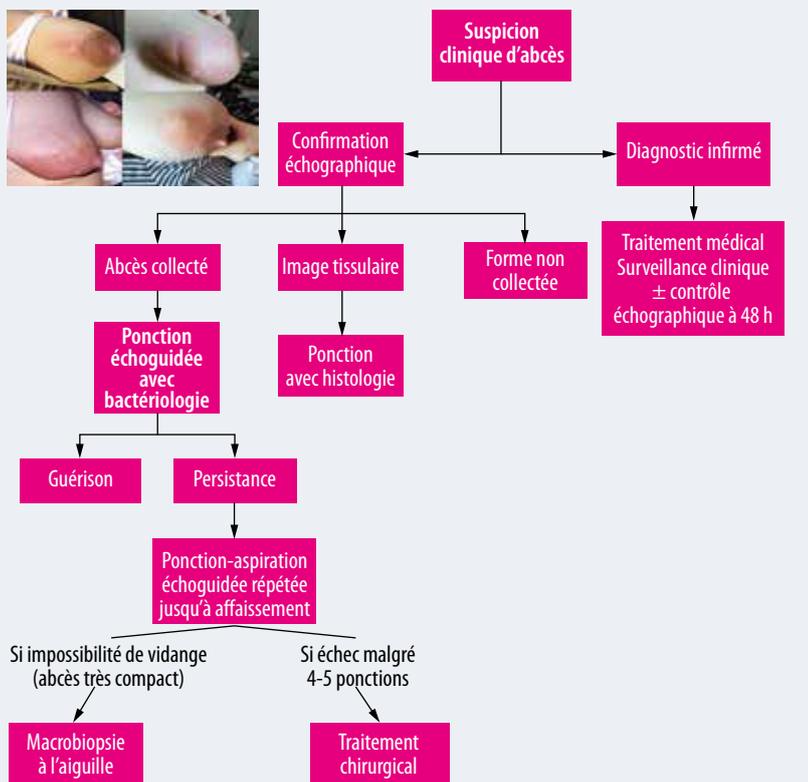


Figure 5. Organigramme de prise en charge d'un abcès du sein lactant.

Ces raisons mettent en lumière le manque de formation des professionnels de la santé, qui conduit à un manque d'information des femmes concernant la poursuite possible de l'allaitement, un manque de réassurance, d'explications sur la résolution de l'abcès et de soutien global du projet d'allaitement. Cette interruption est pourtant une véritable perte de chances pour ces patientes, à la fois pour leur projet d'allaitement et pour la guérison de l'abcès.

Pour 70 % des patientes, ce sevrage a été temporaire, et l'AM a été repris au cours de la prise en charge par ponction (sur un seul sein pour 5 % des patientes). Les motifs les plus fréquents d'interruption de l'AM après prise en charge d'un abcès par ponction échoguidée étaient :

- la nécessité d'une reprise chirurgicale ;
- la peur d'une récurrence ;
- une baisse de la lactation ;
- la reprise du travail ;
- un choix personnel.

La majorité des patientes (64 %) n'a pas connu de nouvelles complications après la résolution de l'abcès. Cependant, une reprise chirurgicale a été nécessaire pour 20 % d'entre elles, impliquant une hospitalisation de courte durée sans le nouveau-né et l'arrêt définitif de l'AM.

95 % des patientes se sont déclarées satisfaites de leur prise en charge. La moitié des patientes ont vu leur projet d'allaitement modifié par la survenue de l'abcès, et la prise en charge de celui-ci a modifié le projet dans 60 % des cas.

Sur le long terme, nous avons constaté que les patientes ont allaité davantage que la population

française, malgré les difficultés liées à l'abcès, puisque dans notre population 80 % allaitaient encore au 1^{er} mois du bébé, contre 54 % pour la population française, 55 % allaitaient au 4^e mois contre 34 % et 40 % allaitaient encore au 6^e mois contre 25 % [4].

Ces résultats sont très encourageants et montrent que la prise en charge par ponction échoguidée n'est pas un frein à la poursuite de l'AM, bien au contraire, ce qui valide le développement de cette pratique. Ils témoignent également de l'efficacité de la prise en charge multidisciplinaire en réseau. Cette étude pilote est porteuse d'espoir et promeut l'AM : elle montre, en effet, qu'une fois cette pathologie douloureuse et handicapante surmontée, un allaitement harmonieux peut lui succéder et perdurer, si tel est le souhait des patientes.

Conclusion

50 % des mères rencontrent des difficultés d'allaitement. La poursuite de l'allaitement est conditionnée par la prévention des principales complications de l'AM (crevasse, engorgement, mastite), mais surtout par une meilleure prise en charge de ces dernières. Les modalités de prévention de la mastite sont relativement bien codifiées maintenant que des facteurs de causalité sont mieux connus et devraient permettre une diminution de l'incidence des abcès. La poursuite de l'allaitement en cas d'abcès est conditionnée par la précocité de son diagnostic et de son traitement, et par la prise en charge par un professionnel de l'allaitement. ■

V. Rigourd, L. Benoit et J.Y. Seror déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec l'article.

Références bibliographiques

1. Chantry AA et al. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44(10):1071-9.
2. Kvist LJ, Rydstroem H. Factors related to breast abscess after delivery: a population-based study. *BJOG* 2005;112(8):1070-4.
3. Fertitta L et al. Neonatal staphylococcal scalded skin syndrome in a breastfed neonate. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34(1):e36-e38.
4. Kent JC et al. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(10):12247-63.
5. Niazi A et al. A systematic review on prevention and treatment of nipple pain and fissure: are they curable? *J Pharmacopuncture* 2018;21(3):139-50.
6. Fernández L et al. Risk factors predicting infectious lactational mastitis: decision tree approach versus logistic regression analysis. *Matern Child Health J* 2016;20(9):1895-903.
7. Yoshida M et al. Taste of milk from inflamed breasts of breastfeeding mothers with mastitis evaluated using a taste sensor. *Breastfeed Med* 2014;9(2):92-7.
8. Cusack L, Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess – diagnosis and management in general practice. *Aust Fam Physician* 2011;40(12):976-9.
9. Debord MP et al. Abcès du sein lactant : et si on ne les opérât plus ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2016;45(3):307-14.
10. Jackson KT, Dennis CL. Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Matern Child Nutr* 2017;13(3):e12357.
11. Jari I et al. Breast infections: diagnosis with ultrasound and mammography. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi* 2015;119(2):419-24.
12. Arnardottir H et al. Human milk proresolving mediators stimulate resolution of acute inflammation. *Mucosal Immunol* 2016;9(3):757-66.
13. Elagili F et al. Aspiration of breast abscess under ultrasound guidance: outcome obtained and factors affecting success. *Asian J Surg* 2007;30(1):40-4.
14. Singh G et al. Management of breast abscess by repeated aspiration and antibiotics. *J Med Soc* 2012;26(3):189-91.
15. Rigourd V et al. Rapid and sensitive analysis of polymorphisms from breastmilk shows that ibuprofen is safe during certain stages of breastfeeding. *Acta Paediatr* 2015;104(9):e420-1.

Médicaments et allaitement maternel

Drugs and breastfeeding

C. Vauzelle*, D. Beghin*, C. Pecriaux*, E. Elefant*



C. Vauzelle

Sans conteste, le soutien à l'allaitement maternel est un objectif dont l'importance n'est plus à démontrer, mais cette démarche peut être entravée par des contingences maternelles de plusieurs types, comme la nécessité de prescrire des médicaments à la mère qui allaite. La question se pose alors du risque éventuel que représente ce traitement pour l'enfant allaité, risque dont l'appréciation est souvent complexe. En effet, les données sur le passage des médicaments dans le lait et sur les conséquences chez les enfants allaités sont peu nombreuses, de qualité variable, et pas toujours applicables aux conditions usuelles d'utilisation des médicaments. Il est donc souvent nécessaire de faire des extrapolations ou des estimations pour pouvoir trouver une solution thérapeutique satisfaisante (rapport bénéfice/risque favorable) à la fois pour la mère et pour l'enfant.

La démarche commence donc par une évaluation des risques en plusieurs étapes.

Évaluation du risque pour l'enfant allaité

Cette évaluation est le fruit de la synthèse de plusieurs paramètres.

Présence du médicament dans le lait

La quantité de médicament retrouvée dans le lait est proportionnelle à la posologie maternelle quotidienne. Si la mère prend un traitement oral dont l'absorption est faible (ex. : le flubendazole), ou s'il s'agit d'une administration locale (collyres, etc.), la quantité de médicament dans le lait sera limitée.

Les caractéristiques pharmacologiques de chaque médicament peuvent intervenir. Par exemple,

les grosses molécules, comme les héparines, l'insuline et l'interféron α , ne passent pas dans le lait, en raison de leur poids moléculaire élevé.

Par ailleurs, plus la tétée est proche du pic de concentration du médicament dans le lait, plus la quantité ingérée augmente (ex. : le métronidazole, en monodose).

Quantité de médicament ingérée et devenir du médicament chez l'enfant

La quantité journalière de médicament reçue par l'enfant allaité est calculée à partir de la concentration mesurée dans le lait et d'un volume "standard" de lait ingéré par l'enfant de 150 mL/kg/j.

Elle est exprimée en pourcentage de la dose maternelle rapportée au poids (en milligrammes par kilogramme), ou parfois en pourcentage de la dose néonatale ou pédiatrique, quand celle-ci existe.

Cette dose, dite "relative", reçue par l'enfant est généralement considérée comme importante si elle est supérieure à 10 % de la dose maternelle, faible si elle est inférieure à 10 % et très faible en deçà de 3 %.

L'enfant reçoit le médicament présent dans le lait par voie orale. S'il s'agit d'un médicament qui n'est pas absorbé par voie digestive (ex. : les aminosides), il n'y a pas lieu d'en attendre un effet.

Si les capacités d'élimination de l'enfant sont diminuées (prématurité, pathologie hépatique ou rénale, etc.), son exposition systémique peut augmenter (en raison du risque d'accumulation).

Le dosage plasmatique du médicament chez les enfants allaités est le paramètre le plus pertinent pour évaluer le risque. Ces concentrations plasmatiques peuvent être comparées à celles de la mère ou à celles des enfants traités directement

© La Lettre du Sénologue 2020; 89:20-2.

* Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT), hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, Paris.

Points forts⁺⁺

- » Contrairement à une idée très répandue, un médicament utilisable en cours de grossesse n'est pas toujours sans risque au cours de l'allaitement (ex. : la clindamycine).
- » À l'inverse, certains médicaments à risque pendant la grossesse ne posent pas de problème pendant l'allaitement (ex. : ibuprofène, warfarine).
- » Pour un même médicament, l'allaitement sera possible pour certains enfants et pas pour d'autres.
- » L'exposition de l'enfant peut être très variable d'un médicament à l'autre au sein d'une même classe (ex. : les bêtabloquants).
- » Si 2 médicaments pris séparément sont compatibles avec l'allaitement, leur prise concomitante est possible chez une femme qui allaite.

(s'il existe des valeurs de référence ou des dosages maternels).

Autres paramètres pris en compte

D'autres éléments sont pris en compte dans l'évaluation des risques d'un traitement pris au cours de l'allaitement :

- Existe-t-il des publications sur des cas d'enfants allaités par des mères traitées, et présentent-ils des effets attribués au traitement maternel ? À défaut de publications, existe-t-il un recul d'utilisation du médicament chez des femmes qui allaitent (comme, par exemple, pour la pristinamycine) ?
- Le médicament est-il aussi utilisé en pédiatrie pour traiter les nouveau-nés et les nourrissons (ex. : le phloroglucinol) ?
- Quel est le profil de toxicité et de tolérance de la molécule ? Par exemple, la néphrotoxicité d'un médicament incitera à la prudence en cas de prématurité.

Si la cinétique du médicament dans le lait est connue, on se basera sur cette durée pour reprendre l'allaitement (ex. : morphine, attendre 4 h après la dernière prise).

À défaut, nous préconisons d'attendre 2 demi-vies d'élimination plasmatique maternelle, durée au bout de laquelle 75 % du médicament est éliminé du plasma maternel (ex. : produits de contraste iodés hydrosolubles, attendre 4 h après l'injection pour redonner le sein). Cependant, pour les molécules à haut risque toxique (ex. : le méthotrexate), il est préférable d'attendre l'élimination complète du médicament du plasma maternel, c'est-à-dire 5 à 7 demi-vies.

Encadré. Combien de temps, après la fin du traitement, pour remettre l'enfant au sein ? Les préconisations du CRAT.

Types de risques et conduites à tenir

Au terme de l'analyse de toutes les données disponibles pour une molécule, 3 types de situations se dégagent.

Si un risque pour l'enfant allaité est documenté ou est susceptible de survenir

Dans ce contexte, on fera le choix, soit de changer de traitement, soit de ne pas allaiter.

Il s'agit de situations pour lesquelles, par exemple :

- un effet indésirable sévère a été rapporté chez des enfants allaités (ex. : une cyanose et une TSH élevée avec le lithium) ;
- les concentrations plasmatiques chez des enfants allaités sont préoccupantes (ex. : les enfants allaités par une mère sous éthosuximide ont 75 % des concentrations plasmatiques maternelles) ;
- le profil de tolérance du médicament expose l'enfant à un risque d'effets indésirables sévères (ex. : une chimiothérapie anticancéreuse) ;
- la quantité de médicament reçue par l'enfant est importante, supérieure à 10 % de la dose maternelle (ex. : chez des enfants allaités dont la mère était sous aténolol ou acébutolol, cette quantité atteignait 24 et 35 %, respectivement, ce qui a entraîné une bradycardie et une cyanose).

Si un risque pour l'enfant allaité est peu probable

En fonction de l'ensemble des données disponibles, l'utilisation sera qualifiée de "possible" ou d'"envisageable" pendant l'allaitement pour une ou plusieurs des raisons suivantes :

- les concentrations plasmatiques chez les enfants allaités sont indétectables ou très faibles par rapport aux concentrations thérapeutiques (ex. : sertraline, paroxétine) ;
- la quantité reçue par l'enfant via le lait est faible ou très faible (ex. : zopiclone, zolpidem) ;
- aucun effet indésirable sévère n'est retenu chez des enfants allaités (ex. : ofloxacine, ciprofloxacine) ;
- le profil pharmacologique de la molécule n'est pas inquiétant, et il est largement utilisé en pédiatrie (ex. : atovaquone + proguanil).

Cependant, dans certaines circonstances, on pourra être amené à reconsidérer la possibilité d'allaiter malgré des données a priori rassurantes :

Mots-clés

Allaitement

Lactation

Lait

Médicaments

Highlights

» *Contrary to widespread belief, a drug that is safe during pregnancy is not always safe during breastfeeding (e.g., clindamycin).*

» *On the other hand, some drugs that are unsafe during pregnancy are safe while breastfeeding (e.g., ibuprofen, warfarin).*

» *For the same medication, breastfeeding will be possible for some children and not for others.*

» *Child's exposure is highly variable from one drug to another within the same class (e.g., beta-blockers).*

» *If 2 drugs taken separately are compatible with breastfeeding, they may be taken together by a breastfeeding woman.*

Keywords

Breastfeeding

Lactation

Milk

Drugs

Tableau. Antalgiques non opiacés et anti-inflammatoires non stéroïdiens pouvant être utilisés au cours de l'allaitement.

Médicament	Paracétamol	Ibuprofène	Kétoprofène	Diclofénac	Flurbiprofène	Célécoxib	Aspirine ≥ 500 mg/j
Conduite à tenir	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible en prise ponctuelle
Dose relative reçue par l'enfant	Jusqu'à 4 % de la dose pédiatrique en mg/kg/j	Moins de 1 % de la dose pédiatrique usuelle en mg/kg/j	Moins de 1 % de la dose maternelle (en mg/kg)	Moins de 1 % de la dose maternelle (en mg/kg)	Moins de 1 % de la dose maternelle (en mg/kg)	0,3 % de la dose maternelle (en mg/kg)	Par tétée, l'enfant reçoit 2 à 14 % d'une dose pédiatrique de 10 mg/kg/prise
Nombre d'enfants allaités	~ 40 enfants Usage très large	~ 20 enfants Usage très large	Pas d'effet	Pas d'effet	Pas d'effet	Célécoxib indétectable dans le plasma chez 2 enfants allaités	~ 50 enfants Pas d'effet
Effets en lien avec le traitement	Pas d'effet notable	Pas d'effet				Pas d'effet	

- enfant prématuré (immaturité des capacités d'élimination) ;
- altération de la fonction hépatique ou rénale de l'enfant, ou pathologie particulière (ex. : déficit en G6PD) ;
- administration de certains médicaments directement à l'enfant allaité (risque de surdosage ou d'interaction avec les médicaments présents dans le lait) ;
- posologie maternelle élevée ;
- polythérapie maternelle ;
- durée prolongée du traitement.

Si l'évaluation du risque est difficile : la décision sera appréciée cas par cas

Pour un grand nombre de médicaments, l'appréciation du risque est complexe (données insuffisantes, contradictoires, etc.). Les décisions se prennent alors cas par cas, sur la base de nombreux critères individuels. Il peut s'agir de médicaments pour lesquels il y a autant de données en faveur qu'en défaveur de l'allaitement maternel (ex. : la lamotrigine). Dans d'autres situations, faute de données très solides, on pourra être amené à "ouvrir" ou à "fermer" l'allaitement avec le même médicament en fonction des circonstances individuelles maternelles et néonatales particulières, et différentes d'un cas à l'autre (âge de l'enfant, nombre de tétées par jour, durée du traitement, etc.).

En pratique

Les données et les conduites à tenir au cours de l'allaitement pour les médicaments les plus couramment utilisés chez les femmes en âge d'avoir des enfants sont indiquées dans des fiches régulièrement mises à jour, disponibles sur le site internet du Centre de référence sur les agents tératogènes (www.lecrat.fr).

À titre d'exemple, les données pour les antalgiques non opioïdes et les anti-inflammatoires non stéroïdiens qui peuvent être utilisés au cours de l'allaitement sont présentées dans le **tableau**.

Conclusion

La prise d'un traitement n'implique certainement pas que l'allaitement doive systématiquement être suspendu. Pour chaque situation, l'analyse de l'ensemble des données disponibles permet d'établir une conduite à tenir qui prend en compte des données générales et les conditions spécifiques de chaque couple mère-enfant.

Dans la majorité des cas, des solutions satisfaisantes pour chacun peuvent ainsi être trouvées malgré des données disponibles souvent parcelaires. D'où l'importance d'être averti de l'allaitement maternel ou du projet d'allaitement lors d'une prescription, et de disposer de sources d'informations pertinentes. ■

Pour en savoir plus...

L'exhaustivité de la bibliographie ne pouvant figurer ici, voici quelques sources documentaires sur les médicaments et l'allaitement, dans lesquelles le détail peut être retrouvé.

• Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT). www.lecrat.fr. Lien bibliographique consultable pour chaque médicament en haut à droite de chaque fiche.

• Drugs and lactation database (LactMed). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>

• Hale TW. *Hale's medications & mothers' milk 2019*. New York: Springer Publishing Company; 2018.

• Schaefer C et al. *Drugs during pregnancy and lactation*, 3rd ed. San Diego: Academic Press; 2014.

C. Vauzelle, D. Beghin, C. Pecriaux et E. Elefant déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Nouveau

Nouvelle pilule progestative SEULE



Sans
œstrogène

À base de
drospirénone 4 mg

Schéma continu
= 24/4

CONTRACEPTION ORALE

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament sur le site internet <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Médicament soumis à prescription médicale. Liste I. Non remboursé Sécurité Sociale.

Exeltis Santé, 7 rue Victor Hugo, 92310 Sèvres, France. N° Visa 20/01/68971188/PM/002. FR-SLI-0120-009

Vigilance-Information médicale : medical.france@exeltis.com

 **Exeltis**

Quelles contraceptions proposer en cas d'allaitement ?

Contraception and breastfeeding

B. Raccach-Tebeka*, G. Plu-Bureau**



B. Raccach-Tebeka



G. Plu-Bureau

La contraception du post-partum représente un enjeu majeur pour éviter les grossesses rapprochées non désirées, source d'une plus grande morbidité. Elle impose beaucoup de rigueur dans le choix de la méthode à privilégier pour chaque femme afin d'en améliorer l'observance. Par ailleurs, dans ce contexte particulier, l'allaitement ajoute des contraintes spécifiques pour s'assurer que la contraception n'altère pas la santé de l'enfant et la qualité du lait.

Pourquoi la contraception est-elle nécessaire chez une femme qui allaite ?

Les chiffres d'IVG, dans le post-partum immédiat et un peu plus à distance, témoignent de l'impérative nécessité de la mise en place d'une contraception efficace après un accouchement [1]. En effet, les femmes pensent souvent, à tort, qu'elles ne sont pas fertiles durant la période du post-partum, et encore moins lorsqu'elles allaitent.

Quand reprend la fonction ovarienne ?

En l'absence d'allaitement maternel, les données ne montrent pas d'ovulation avant le 25^e jour du post-partum, et le retour de couches se situe en moyenne entre les 45^e et 69^e jours du post-partum. Chez les femmes qui allaitent, ces estimations sont plus difficiles, du fait de la très grande variabilité des types d'allaitement en termes de durée, de fréquence et surtout de son caractère exclusif ou non. Ainsi, dans les rares études publiées concernant l'allaitement, l'ovulation la plus précoce a été observée le 35^e jour après l'accouchement [2]. Cependant, la Méthode de l'allaitement maternel et de l'amé-

norrhée (MAMA) constitue un cadre absolument à part. Elle consiste en un allaitement exclusif avec un minimum de 10 tétées par jour, d'au moins 10 minutes, régulièrement espacées sur les 24 heures du jour et de la nuit ; cet allaitement s'accompagne d'une aménorrhée. Limitée à une durée de 6 mois, son efficacité contraceptive, estimée à 98 %, repose sur l'action inhibitrice de la prolactine sur la fonction gonadotrope. Cependant, si l'un des critères précités n'est pas respecté, la reprise de la fonction ovarienne peut survenir n'importe quand et justifier alors le recours à une contraception efficace. De même, s'il y a moins de 2 tétées par nuit, si la durée totale des tétées est de moins de 90 minutes par jour, si le recours à un supplément du lait maternel est nécessaire, ainsi que chez les femmes dont l'IMC excède 25 kg/m², la réactivation de l'axe gonadotrope est plus précoce.

Dans tous les cas, une ovulation peut précéder le retour de couches ; ce dernier est donc un très mauvais candidat pour l'identification de la reprise de l'activité ovarienne.

Quand redémarre la sexualité ?

La reprise de la sexualité au cours du post-partum est également extrêmement variable selon les couples. L'allaitement maternel apparaît associé à des perturbations de la vie sexuelle, avec un décalage de la reprise de la sexualité en relation avec une plus grande fréquence des troubles de la libido et des dyspareunies orificielles liées aux modifications hormonales [3]. Globalement, 10 % des couples reprennent les rapports sexuels dès la 2^e ou la 3^e semaine après l'accouchement ; 32 % et 57 % entre la 4^e et la 6^e semaine, et 90 % ont repris à 8 mois [4]. Le rôle retardateur des manœuvres externes, épisiotomie et autres sutures périnéales, sur la reprise de la

© La Lettre du Sénologue 2020 ; 89:23-7.

* Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Robert-Debré, AP-HP, Paris.

** Unité de gynécologie médicale, hôpital Cochin-Port-Royal, AP-HP ; université Paris-Descartes, Paris.

Résumé

Les femmes qui allaitent négligent plus volontiers la contraception, se pensant, à tort, infertiles. Or, l'anovulation existe dans le cas d'un allaitement exclusif strict rentrant dans le cadre précis de la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). En France, ce type d'allaitement est très minoritaire, et les conseils contraceptifs devraient être rigoureusement identiques chez les femmes qui allaitent et chez celles qui n'allaitent pas. La contraception estroprogestative est contre-indiquée du fait du risque thromboembolique de cette période, contrairement à la contraception progestative. Les données actuelles concernant l'impact de cette dernière sur les critères de qualité de l'allaitement et sur la santé de l'enfant sont extrêmement rassurantes. Les contraceptifs dits de longue durée d'action (LARC) peuvent avoir un intérêt majeur lorsqu'une autre grossesse n'est pas immédiatement envisagée.

Mots-clés

Contraception

Allaitement

Post-partum

Grossesse

sexualité est bien documenté [5]. Quoi qu'il en soit, la reprise des rapports sexuels n'est jamais prévisible et impose une certaine anticipation.

Quelles contraceptions peut-on utiliser durant le post-partum ?

Pourquoi les contraceptions estroprogestatives sont-elles toutes contre-indiquées durant le post-partum ?

La période du post-partum, du fait des modifications de la coagulation induites pour éviter une hémorragie au moment de l'accouchement, est associée à un risque très augmenté d'événements vasculaires. Ce risque, principalement veineux, est majeur les 6 premières semaines, et persiste chez certaines femmes jusqu'à la 12^e semaine [6]. Commencer une contraception estroprogestative juste après l'accouchement est formellement contre-indiqué. En effet, il est évidemment dangereux d'ajouter un autre facteur de risque vasculaire durant cette période. Il est bien démontré que la contraception estroprogestative augmente le risque vasculaire quelles que soient la voie d'administration et la molécule estrogénique utilisées [7]. Ainsi, toutes les contraceptions estroprogestatives augmentent le risque de maladie veineuse thromboembolique, et sont donc toujours contre-indiquées durant le post-partum, que les femmes allaitent ou pas.

Pourquoi toutes les contraceptions progestatives sont-elles autorisées (en dehors de la voie injectable) immédiatement après un accouchement ?

Les contraceptions progestatives (pilule progestative, implant et DIU au lévonorgestrel) ne modifient pas les paramètres de la coagulation ni le risque vasculaire [8, 9]. Elles sont, de ce fait, utilisables immédiatement après un accouchement. Seul un événement thromboembolique survenant pendant ou immédiatement après la grossesse peut imposer un délai dans sa mise en place. La contraception

progestative par injection est, quant à elle, contre-indiquée durant la période du post-partum, en raison du risque augmenté de thrombose veineuse.

Ainsi, toutes les contraceptions progestatives, en dehors de la contraception intramusculaire, sont autorisées durant le post-partum.

Que penser des méthodes barrières durant le post-partum ?

Les préservatifs masculins représentent une bonne solution contraceptive après un accouchement. Les préservatifs féminins le sont tout autant en théorie, mais, en pratique, ils sont beaucoup moins simples d'emploi, en particulier après un accouchement par voie basse. De même, l'utilisation des capes et diaphragmes est limitée par les variations anatomiques liées à un accouchement par voie basse.

Le préservatif – essentiellement le préservatif masculin – est une bonne alternative contraceptive au cours du post-partum immédiat.

Pourquoi les méthodes dites naturelles sont-elles à éviter après l'accouchement ?

Les modifications anatomiques et morphologiques après un accouchement altèrent profondément les repères physiologiques habituels utilisés pour ce type de contraception, dont l'efficacité est déjà très limitée dans la population générale.

Quand commencer la contraception après un accouchement ?

Une contraception efficace doit être mise en place à J21 au plus tard. Cependant, de plus en plus d'auteurs évoquent l'intérêt de commencer la contraception dès la sortie de la maternité afin d'éviter les oublis ou les décalages dans l'instauration. L'introduction de la contraception avant la sortie de la maternité serait associée à une diminution du risque de grossesse non désirée dans les 2 ans [10].

Summary

Breastfeeding women are more likely to neglect contraception, mistakenly thinking they are not able to be pregnant. However, the anovulation exists only in the case of strictly exclusive breastfeeding with the Method of Breastfeeding and Amenorrhea (MAMA). In France, this type of breastfeeding is a minority, and contraceptive advice for breastfeeding women should be identical to that given to women who do not breastfeed. Combined contraceptives are associated with thromboembolic events in the postpartum period, which limits its prescription. Progestin-only contraception is not associated with vascular risk, but it is legitimate to validate that there is neither impact on the quality of breastfeeding nor negative effect to the child; the current data is extremely reassuring on these points. Long-acting reversible contraception (LARC) can be of major interest, when another pregnancy is not immediately considered.

Keywords

Contraception

Breastfeeding

Postpartum

Pregnancy

Quelles contraceptions proposer en cas d'allaitement ?

Quand commencer la première plaquette de pilule ?

La pilule progestative peut ainsi être prise dès la sortie de la maternité ou, au plus tard, à J21. Une instauration ultérieure impose d'y associer une contraception de type barrière pendant les 7 premiers jours.

Quand poser un implant contraceptif ?

La date d'insertion de l'implant contraceptif a fait l'objet de plusieurs études. Une insertion de l'implant précoce ne semble pas augmenter les effets indésirables, en particulier les saignements, comparativement à une insertion différée. Le taux de retrait évalué en 2014 n'était pas différent selon le moment de l'insertion (dans les 96 premières heures après l'accouchement, après 6 à 12 semaines ou après 12 semaines, respectivement) [11].

L'AMM de l'implant contraceptif spécifie qu'il peut être inséré dès J21. Une insertion après J28 doit être assortie d'une contraception non hormonale durant 7 jours.

Quand insérer un DIU ?

La date d'insertion des DIU a fait l'objet de plusieurs essais. L'habitude est de proposer cette pose de DIU de façon différée, le plus souvent lors de la consultation postnatale (entre 6 et 8 semaines après l'accouchement). Cependant, une insertion précoce, avant la sortie de la maternité, a été évaluée dans de nombreux essais randomisés. Mais 2 points importants doivent être soulignés :

➤ Le risque d'expulsion est majoré par une insertion précoce. Une méta-analyse récente [12] estimait ainsi ce risque à 5,32 (IC₉₅ : 2,68-10,53) en cas d'insertion précoce comparativement à une insertion différée.

➤ Le risque de perforation est majoré chez les femmes allaitantes, même à distance de l'accouchement. L'incidence pour 1000 insertions était de 4,5 cas (IC₉₅ : 3,0-6,4) en cas d'allaitement et de 0,6 cas (IC₉₅ : 0,4-0,9) chez les femmes qui n'allaitaient pas [13].

Le risque infectieux, analysé dans une revue Cochrane, apparaît identique que le DIU soit inséré précocement ou plus tardivement [14].

Il convient de noter que l'AMM des DIU au lévonorgestrel précise qu'ils ne peuvent être insérés qu'après involution complète de l'utérus, au plus tôt

6 semaines après l'accouchement. La fiche technique des DIU au cuivre indique que l'insertion est possible dans les 48 heures qui suivent l'accouchement.

Quelles sont les spécificités de la contraception en cas d'allaitement ?

Quand instaurer la contraception ?

Compte tenu de toutes les données exposées plus haut et de la faible proportion, en France, de femmes qui allaitent selon les critères de la MAMA, l'allaitement ne modifie pas la date de mise en place d'une contraception efficace, soit J21 après l'accouchement.

La contraception altère-t-elle la qualité de l'allaitement ?

Une revue Cochrane publiée en 2015 analyse l'influence de la contraception sur les paramètres de l'allaitement [15]. Les auteurs ont pu identifier 11 essais randomisés portant sur 1 482 femmes, qui examinaient les effets des contraceptions combinées orales, des contraceptions microprogestatives orales, de l'implant à l'étonogestrel et du DIU au lévonorgestrel (DIU-LNG), comparativement à une autre méthode ou à un placebo. 8 essais évaluaient l'impact de la contraception sur la durée de l'allaitement. Une étude suggérait que la contraception combinée avait un effet négatif sur la durée de l'allaitement versus placebo. Concernant les autres types de contraception, aucune modification significative de la durée de l'allaitement n'était mise en évidence.

L'évaluation du volume et de la composition du lait maternel était analysée dans 6 essais de cette même méta-analyse. Un essai ancien rapportait une diminution du volume de lait chez les utilisatrices de COP versus placebo, alors qu'un autre essai ne trouvait aucune différence. Un autre essai, publié il y a une trentaine d'années et portant sur 171 femmes, montrait, après 9, 16 et 24 semaines d'utilisation, une diminution du volume moyen de lait chez les femmes utilisant une COP versus une micropilule progestative. Globalement, le volume de lait diminuait dans les 2 groupes après le début de la contraception. Deux autres essais ne retrouvaient pas de différence comparativement

à un placebo chez les utilisatrices de micropilules progestatives.

Ainsi, les contraceptions estroprogestatives ne sont pas recommandées dans les 6 premiers mois de l'allaitement. Les contraceptions progestatives (en dehors de l'acétate de médroxyprogestérone injectable) sont autorisées chez les femmes qui allaitent dès l'accouchement.

La contraception hormonale a-t-elle un impact sur la santé de l'enfant ?

◆ Passage des stéroïdes dans le lait maternel

Les stéroïdes sexuels contenus dans les contraceptions hormonales passent dans le lait maternel. Des études anciennes apportent des renseignements sur les quantités d'hormones retrouvées dans le lait lors de l'utilisation de contraceptions hormonales. En cas d'utilisation des COP, les taux retrouvés dans le lait maternel sont faibles : de 0,03 à 1 % de la dose ingérée par la mère pour l'éthinylestradiol et de 0,1 % pour les progestatifs (pour une revue, voir B. Raccah-Tebeka et G. Plu-Bureau [8]). Après ingestion orale de 30 à 250 µg de lévonorgestrel, le pic d'hormones dans le lait maternel varie de "indélectable" à 1,05 µg/L. Concernant la contraception orale, il est important de noter que la posologie de lévonorgestrel de la contraception microprogestative est de 0,03 mg, alors qu'elle est 5 fois plus importante dans les associations estroprogestatives de 2^e génération. Lors de l'utilisation d'un DIU au lévonorgestrel, le passage dans le lait

maternel est de l'ordre de 0,1 %, avec un pic hormonal autour de 0,046 µg/L. Après insertion de l'implant contenant de l'étonogestrel, les concentrations de ce dernier progestatif dans le lait de la mère étaient de 177,7 pg/mL le 1^{er} mois et diminuaient progressivement à 153,1 puis 131,4 pg/mL les 2^e et 4^e mois. L'ingestion par l'enfant calculée était de 19,86 ng/kg/j, 15,08 ng/kg/j et 10,45 ng/kg/j respectivement le 1^{er} mois puis aux 2^e et 4^e mois.

◆ Impact sur la santé de l'enfant

Il est essentiel de connaître les impacts éventuels d'une contraception hormonale sur la santé de l'enfant.

Dans la revue Cochrane publiée par L.M. Lopez en 2015, parmi 7 essais portant sur la croissance de l'enfant, 6 ne trouvaient pas de différence entre les micropilules progestatives et un placebo, entre les COP et les pilules progestatives, ni entre les 2 types de DIU. Un seul essai trouvait un gain de poids supérieur, entre la 6^e et la 12^e semaine, chez les enfants allaités dont la mère utilisait un implant contenant de l'étonogestrel (moyenne de gain pondéral : 426 g ; IC₉₅ : 59-793).

En 2016, une revue systématique ne retrouvait aucun impact négatif des contraceptions progestatives sur l'allaitement ni sur la croissance et le développement de l'enfant [16]. En revanche, l'impact des COP sur la santé de l'enfant est mal connu, et l'ensemble des sociétés savantes internationales recommande d'en éviter l'utilisation les 6 premiers mois de l'allaitement.

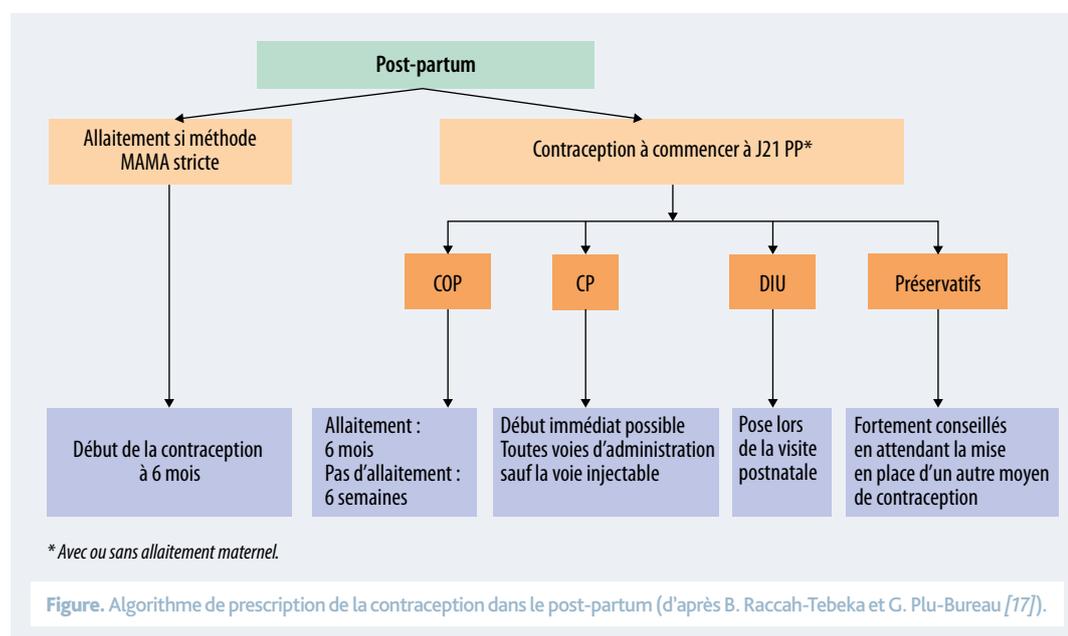


Tableau. Recommandations de diverses sociétés savantes pour l'utilisation de la contraception dans le post-partum.

Type de contraception	OMS		États-Unis Centers for Disease Control and Prevention		Royaume-Uni		Canada		France Haute Autorité de santé	
Contraception estroprogestative (allaitement)	< 6 sem.	4	< 1 mois	3	< 6 sem.	4	< 6 sem.	Non	< 6 mois	Non
	6 sem.-6 mois	3	1 mois-6 mois	2	6 sem.-6 mois*	3	> 6 sem.	Oui	> 6 mois	Oui
	> 6 mois	2	> 6 mois	2	> 6 mois	1				
Contraception estroprogestative (pas d'allaitement)	< 21 j	3/4	< 21 j	3	< 21 j		3		< 21 j	Non
	21-42 j	2/3	> 21 j	1	> 21 j		1		> 21 j	Oui
	> 42 j	1								
Contraception progestative par voie orale (allaitement)	< 6 sem.	4	< 1 mois	2	1		Oui		< 21 j	Non
	6 sem.-6 mois	3	> 1 mois	1					> 21 j	Oui
	> 6 mois	2								
Contraception progestative par voie orale (pas d'allaitement)	1		1	1	Oui		Oui		< 21 j > 21 j	Non Oui
Implant progestatif (allaitement)	3		< 1 mois > 1 mois	2 1	1		/		< 21 j > 21 j	Non Oui
Implant progestatif (pas d'allaitement)	1	1	1	/	< 21 j > 21 j	Non Oui	/	1	1	1
DIU au lévonorgestrel (allaitement)	< 48 h	3	< 10 min	2	48 h-4 sem.	3	< 6 sem.	Non	< 4 sem.	Non
	48 h-4 sem.	3	10 min-4 sem.	2	> 4 sem.	1	> 6 sem.	Oui	> 4 sem.	Oui
	> 4 sem.	1	> 4 sem.	1						
DIU au lévonorgestrel (pas d'allaitement)	< 48 h	1	< 10 min	2	48 h-4 sem.	3	< 6 sem.	Non	< 4 sem.	Non
	48 h-4 sem.	3	10 min-4 sem.	2	> 4 sem.	1	> 6 sem.	Oui	> 4 sem.	Oui
	> 4 sem.	1	> 4 sem.	1						
DIU au cuivre (avec ou sans allaitement)	< 48 h	1	< 10 min	1	48 h-4 sem.	3	10-15 min	Oui	< 4 sem.	Non
	48 h-4 sem.	3	10 min-4 sem.	2	> 4 sem.	1	4-6 sem.	Oui	> 4 sem.	Oui
	> 4 sem.	1	> 4 sem.	1						

* Si allaitement complet (si allaitement partiel, recommandation : 2).
/ Pas de données.

Définition des recommandations de l'OMS:

1 État où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction.

2 État où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.

3 État où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.

4 État équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode de contraception.

Références bibliographiques

1. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *RFAS* 2011;1:116-47.
2. Cronin TJ. Influence of lactation upon ovulation. *Lancet* 1968;2(7565):422-4.
3. Chantry AA et al. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. *Recommandations pour la pratique clinique. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44(10):1071-9.

 Retrouvez l'intégralité des références bibliographiques sur www.edimark.fr

Importance de l'anticipation en matière de contraception en post-partum : quand prescrire la contraception ?

Quelques études montrent un bénéfice d'une information concernant la contraception dès les consultations prénatales. Répéter les conseils contraceptifs pendant les suites de couches et à la sortie de la maternité semble important.

La femme doit sortir de la maternité avec une ordonnance de contraception microprogestative par voie orale, un implant contraceptif ou un DIU. Il peut être utile de prescrire un test de grossesse, il sera effectué juste avant l'insertion d'un contraceptif de longue durée d'action en l'absence de retour des règles au moment prévu pour la pose.

L'instauration de la contraception dès la maternité, ou juste à la sortie, dans le but d'éviter les oublis de démarrage, peut être proposée, mais elle n'a pas été évaluée dans la littérature. En France, elle est réservée aux femmes qui en font la demande, et elle devrait être

proposée aux accouchées qui risquent d'être perdues de vue. Le choix de la contraception a fait l'objet de recommandations de diverses sociétés savantes, qui sont résumées dans le **tableau** ci-dessus. La **figure** propose un algorithme de prescription de la contraception dans le post-partum en France.

Conclusion

La contraception du post-partum est essentielle pour diminuer le risque de grossesses rapprochées non désirées. L'allaitement modifie finalement peu la stratégie contraceptive. En effet, le moment de l'instauration de la contraception et les méthodes contraceptives sont les mêmes qu'en l'absence d'allaitement. Les contraceptions hormonales progestatives n'ont pas d'effet notable sur la qualité de l'allaitement et la santé de l'enfant, et peuvent donc être utilisées sans restriction après un accouchement, y compris chez les femmes qui allaitent. ■

B. Raccah-Tebeke et G. Plu-Bureau déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Ladyvit[®] Maternité

INNOVATION

• PRÉ-CONCEPTION • GROSSESSE • ALLAITEMENT

Ladyvit[®] contient
des vitamines, minéraux et
oligo-éléments essentiels
pendant la grossesse.

LE SEUL COMPLÉMENT ALIMENTAIRE POUR LA GROSSESSE CONTENANT DE LA LACTOFERRINE :

Favorise l'absorption du Fer
avec une meilleure tolérance digestive.

INNOVATION

l'association Lactoferrine et Ferronyl[®]

Ingrédients	Par capsule	% VNR*
Lactoferrine	50,00 mg	
Fer : Ferronyl [®]	14,00 mg	100 %



RICHE EN OMEGA 3

10 VITAMINES

5 MINÉRAUX ET OLIGO-ÉLÉMENTS

Ladyvit[®] Maternité doit être consommé dans le cadre d'un mode de vie sain et ne doit pas être utilisé comme substitut d'un régime alimentaire varié et équilibré. À l'attention exclusive des professionnels de santé.



Pour plus d'informations
sur Ladyvit[®], aller sur le site
www.ladyvit.fr avec ce QR code

Vigilance information médicale : medical.france@exeltis.com
Exeltis Santé, 15 rue de Vanves, 92100 Boulogne Billancourt, France.



 **Exeltis**
FR-LAD-1120-001

Allaitement : le droit de choisir !

Breastfeeding: the right to choose!

D. Schouhmann Antonio*



*Thérapeute en périnatalité (infertilité et maternité), thérapeute de couple, sexothérapeute, coach de vie, Paris.

L'allaitement est devenu, depuis plusieurs décennies, un vrai sujet de débat. L'allaitement n'est plus seulement un choix pour le bien-être de l'enfant mais il est surtout un débat de société qui va bouleverser notre vision du rôle des femmes. Les professionnels de la santé sont sans cesse interrogés par les futures mères sur ce choix, car les médias, tout comme notre société, portent cette question au centre des débats. Mais pourquoi l'allaitement soulève-t-il autant de questions ? Questions qui n'étaient pas si présentes auparavant. En faisant un choix, les femmes doivent-elles choisir un camp ? Comment les femmes d'aujourd'hui perçoivent-elles les injonctions qui leur sont faites ?

l'allaitement permettrait un meilleur développement cérébral des bébés, augmentant leurs chances d'obtenir un quotient intellectuel plus élevé que la moyenne, voire que les enfants allaités développeraient moins de problèmes comportementaux que ceux nourris au lait de substitution (études américaines et anglaises de 1978 et 2013) [1, 2]. Enfin, l'allaitement augmenterait et faciliterait l'attachement entre la mère et l'enfant, permettant ainsi de créer un lien plus fort.

Ces idées ont été fortement relayées et mises en avant notamment par des associations américaines proallaitement, depuis la fin des années 1950.

La survie des nouveau-nés avant tout !

Pendant de nombreux siècles, l'allaitement était le seul moyen pour la mère de nourrir son enfant. La seule question centrale était plutôt la survie des nouveau-nés, qui, très fréquemment, venaient à mourir jeunes par manque de soins, d'hygiène ou encore à cause d'une nutrition insuffisante. C'est pourquoi les femmes, par instinct de survie pour leurs enfants, pouvaient accepter que d'autres femmes (les nourrices) puissent donner le sein à leurs enfants afin de les maintenir en vie. La question de l'allaitement n'était en rien liée au statut des femmes, mais plutôt un passage indispensable pour la vie. Cette idée de survie se prolonge jusqu'à une époque très récente malgré le développement des biberons au début du XIX^e siècle, qui permet aux femmes de gagner en autonomie, accompagnant ainsi leur émancipation professionnelle.

Il s'ensuit une évolution des mesures d'hygiène, qui vont sécuriser l'alimentation et la santé des enfants tout au long du XX^e siècle. Des études médicales s'intéressent aux bienfaits de l'allaitement, apportant ainsi des éléments rationnels et médicaux pour les familles. L'Organisation mondiale de la santé recommande aux femmes d'allaiter pendant au moins 6 mois. Pourquoi ? Allaiter, c'est donner une alimentation saine, bénéfique et qui offre une protection contre de nombreuses maladies. Il est également noté que

Être une bonne mère ou être une femme libre ?

L'émancipation, ou la libération, des femmes dans les années 1970 va être le point de bascule. Des philosophes ou des écrivains, dès le milieu du XX^e siècle jusqu'à nos jours (S. de Beauvoir [3] ou encore, plus tard, E. Badinter [4], par exemple), vont parler de l'allaitement d'une tout autre manière, en le nommant comme le "mal incarné", comme l'objet de "l'aviissement" des femmes, qui serait un moyen de garder les femmes dans un ancien monde où elles incarneraient juste une mère, sans prendre en compte leurs valeurs intellectuelles !

Depuis cette période s'affrontent donc 2 visions. D'un côté, celle des pro-allaitement qui incitent les femmes à allaiter, aussi longtemps et librement qu'elles le veulent, mettant en avant les aspects physiologiques et émotionnels, portant leurs batailles jusque sur les réseaux sociaux en arborant des photos d'allaitement parfois décriées, et portant la bonne parole le plus souvent possible. De l'autre côté, les "féministes" qui portent la liberté des femmes à tout prix.

Les femmes, hors des débats d'idées, dans leur réalité

Il n'est pas facile pour une femme de devenir mère. Même si les femmes s'interrogent pendant leurs 9 mois de grossesse, elles n'obtiennent pas toutes

Références bibliographiques

1. Dekaban AS. Changes in brain weights during the span of human life: relation of brain weights to body heights and body weights. *Ann Neurol* 1978;4(4):345-56.
2. Deoni SC et al. Breastfeeding and early white matter development: a cross sectional study. *Neuroimage* 2013;82:77-86.
3. De Beauvoir S. *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard, 1949.
4. Badinter E. *Le conflit: La femme et la mère*. Paris: Flammarion Lettres, 2010.

© La Lettre du Sénologue 2020; 89:28-9.

D. Schouhmann Antonio déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec l'article.

Résumé

Allaiter ou ne pas allaiter, telle est la question ! En faisant ce choix, les femmes doivent-elles choisir un camp ? Choisir une vision sociétale ou juste une approche de leur maternité ? Cette question est aujourd'hui centrale et presque incontournable pour les femmes. Mais doivent-elles vraiment choisir ou peuvent-elles encore être libres et ne pas ressentir de pression vis-à-vis de leur position sur l'allaitement et la relation à leur enfant ?

Mots-clés

Allaitement
Droits des femmes
Biberons
Grossesse

les réponses à l'issue de la gestation. Il faut parfois qu'elles essaient plusieurs méthodes d'éducation et différentes techniques pour nourrir leur enfant, afin de savoir si cela leur est adapté et si elles sont en accord avec. De plus, le questionnement qu'engendre la maternité est parfois complexe : quelle mère vais-je être ? Suis-je à la hauteur ? Il peut faire remonter à la surface des histoires familiales personnelles parfois complexes ou douloureuses. Les mères se sentent souvent coupables de leurs choix. Qu'est-ce qui est le meilleur pour mon enfant ? Mais il est important de laisser place à des questions complémentaires qui sont : est-ce le meilleur choix pour moi aussi ? Comment est-ce que je vis ce choix ? Me convient-il vraiment ? Il semble donc, après tout cela, indispensable que les professionnels de la santé puissent donner une

information éclairée et juste, et être à l'écoute des doutes et des craintes des femmes. N'est-il pas vrai que dans la relation mère-enfant, il s'agit de trouver l'équilibre entre le bien-être de l'enfant et le sien ? Ce n'est pas une forme d'égoïsme mais, au contraire, une manière, en se sentant soi-même bien, de pouvoir transmettre cela à son enfant : être à l'aise avec une situation et donc la vivre pleinement. Il nous incombe alors d'entendre les réticences ou les peurs et d'y apporter des réponses pour que les femmes puissent faire un choix en pleine conscience, hors des débats d'idées qui sont le plus souvent politiques plutôt que réellement la préoccupation quotidienne des femmes. Un bon biberon vaut mieux qu'un mauvais allaitement ! Il n'est pas question de choisir un camp, mais il me paraît essentiel d'être en accord avec soi.

Summary

To breastfeed or not to breastfeed, that is the question! In making this choice, should women choose one side? Choose a societal vision or just an approach to motherhood? This question is nowadays central and almost unavoidable for women. But do they really have to choose or can they still be free and feel no pressure regarding their position on breastfeeding and the relationship with their child?

Keywords

Breastfeeding • Women's rights
• Baby bottles • Pregnancy

ADOPTEZ LE JUSTE ÉQUILIBRE

Un apport quotidien optimisé
en **Vitamine D3** associé à du **Calcium**

500 mg | **1000 UI**
CALCIUM | VITAMINE D3


Orocal
CALCIUM CHOLECALCIFÉROL
vitamine D3
500 mg | 1000 UI

Pour des os à toute épreuve



500 mg de calcium
Pour compléter les apports
alimentaires en limitant
le risque de surdosage



**1000 UI
de vitamine D**
Pour optimiser
le statut vitaminique D



**1 comprimé par jour,
facile à prendre**
Pour favoriser l'adhésion
au traitement à long terme

Prévention et traitement de la carence en vitamine D et en calcium.
Apport supplémentaire de calcium et vitamine D, comme adjuvant aux traitements
spécifiques de l'ostéoporose chez les patients à risque de carence en vitamine D et en calcium.

Remboursé par la sécurité sociale à 65 % et agréé aux collectivités. Prix public TTC : 5,28 € (boîte de 30 comprimés) -
Coût de traitement journalier : 0,18 € (hors honoraires de dispensation). Médicament non soumis à prescription médicale.
Résumé des caractéristiques du produit Orocal® Vitamine D3 500 mg / 1000 UI en vigueur.

Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur la base de
données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>) ou en flashant ce QR code.

Arrow Génériques - 26 avenue Tony Garnier - 69007 Lyon
SAS au capital de 36 945 840,47 € - RCS Lyon 433 944 485



Tabagisme et allaitement maternel : comment dépasser les dogmes ?

Pourquoi et comment évoquer le sevrage tabagique dans le cadre de l'allaitement ?

Smoking and breastfeeding: how to overcome dogmas? Why and how to talk about smoking cessation during breastfeeding?

A.C. Delaunay*



Si le sevrage tabagique est fortement recommandé pendant la grossesse et l'allaitement, certaines femmes continuent de fumer et délaissent l'allaitement pour cette raison. Cependant, il reste essentiel pour la santé de l'enfant, même chez les femmes fumeuses. On sait que l'OMS promeut l'allaitement maternel en première intention pour l'alimentation du nourrisson. Depuis les années 2010, celle-ci a lancé un programme global "les 1000 premiers jours" dont le but est d'améliorer la santé des femmes et de leur enfant.

Le concept des 1000 jours comprend les 270 jours de gestation + 365 jours x 2 après la naissance, on parle ici de mécanismes épigénétiques qui commencent dès les premières phases de la vie, c'est-à-dire de l'environnement périconceptionnel, au développement du fœtus et jusqu'aux 2 ans de l'enfant [1]. De nombreuses études, épidémiologiques ou expérimentales, recensées par la SF-DOHaD [2] (Société francophone pour la recherche et l'éducation sur les origines développementales, environnementales et épigénétiques de la santé et des maladies) ont confirmé ce concept et apporté les preuves selon lesquelles les facteurs environnementaux tels que la qualité de l'air, la nourriture ou les relations psychoaffectives que nous entretenons, le niveau d'activité physique et de stress, ou encore le niveau socio-économique dans lequel nous évoluons, peuvent avoir un impact sur la santé jusqu'à se répercuter sur celle de nos futurs enfants, voire petits-enfants. C'est donc en favorisant un environnement sain sur cette période que l'on construit une santé optimale à long terme.

un environnement sain pour la mère comme pour le bébé. Cependant en France, les taux d'allaitement maternel sont inférieurs aux recommandations de l'OMS [3], avec une durée moyenne d'allaitement exclusif de 7 semaines contre 26 semaines préconisées. Et les mères fumeuses allaitent moins encore et moins longtemps [4]. Celles qui allaitent ont recours au sevrage plus rapidement. La consommation tabagique est le premier facteur de risque de sevrage précoce, et serait aussi un facteur de prédiction du choix de l'alimentation au biberon [5]. En 2001, une méta-analyse [6] avait déjà chiffré que la probabilité d'arrêt de l'allaitement avant 3 mois était environ 2 fois plus élevée chez les femmes fumeuses par rapport aux non-fumeuses. L'initiation de l'allaitement et sa durée sont ainsi influencées par le tabagisme de la mère [7], avec un risque de ne pas allaiter qui augmente avec le nombre de cigarettes fumées et une durée d'allaitement aussi dose-dépendante du tabagisme maternel. Il faut noter que le statut tabagique du conjoint influence aussi l'initiation de l'allaitement et son sevrage précoce [8]. Enfin, le profil des mères fumeuses apparaît comme celui d'une population dite vulnérable, des femmes plus jeunes, moins éduquées, de catégories socio-professionnelles basses et semblant manquer de soutien de leur entourage [9].

Constats sur le terrain

Les messages informatifs sur la toxicité du tabac peuvent avoir comme effet indirect de freiner les mères fumeuses à initier l'allaitement. Beaucoup de femmes qui fument n'allaitent pas car elles pensent que c'est nocif pour leur bébé, et l'alimentation au biberon accompagne encore trop souvent le

Épidémiologie

Les politiques de santé recommandent l'allaitement exclusif au sein jusqu'à l'âge de 6 mois et

© Le Courrier des Addictions 2020; 22(1):32-4.

* Diététicienne nutritionniste tabacologue, cabinet libéral, Saint-Chamas, Carry-le-Rouet; intervenante plateforme territoriale d'appui Apport santé.

Résumé

Les actions de santé publique ont pour double objectif de faire reculer le tabagisme et de promouvoir l'allaitement maternel. Or, en tant que professionnels de santé, nous sommes souvent face à des femmes qui font le choix de refumer en post-partum et de ne pas allaiter. Notre rôle ici se révèle primordial car l'allaitement n'est pas contre-indiqué si la femme fume. Il s'agit alors de proposer des solutions concrètes qui visent à réduire les risques du tabagisme chez le nourrisson comme chez la mère.

tabagisme maternel. Les connaissances et perceptions des fumeuses et acteurs de santé vis-à-vis du tabagisme pendant l'allaitement, notamment sur la balance bénéfiques/risques pour les mères comme pour leur enfant, restent incomplètes. Or, on sait que dans la vie d'une femme, la période du post-partum constitue une opportunité pour initier le sevrage tabagique, si celui-ci n'a pas eu lieu pendant la grossesse ou n'était que temporaire [10, 11]. La présence physique du bébé est une raison encourageante à l'arrêt du tabac. L'essentiel étant de soutenir la mère et de la valoriser dans ses capacités à allaiter, tout en l'informant des conséquences du tabagisme et des moyens de réduction de sa consommation et de sevrage tabagique.

Balance bénéfiques/risques pour les nourrissons de mères fumeuses allaitantes

Le tabagisme n'est pas une contre-indication à l'allaitement [12]. Et l'allaitement reste le meilleur choix d'alimentation du nourrisson même si la mère continue de fumer. C'est ce qu'a confirmé en 2001 l'American Academy of Pediatrics, dans une revue intitulée *The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk* [13], en retirant la nicotine de la liste des produits contre-indiquant l'allaitement. Le comité reconnaît alors qu' : "il est possible que tabagisme et allaitement soient moins délétères pour l'enfant que tabagisme et alimentation au lait industriel et espère que l'intérêt porté à l'allaitement par une mère fumeuse serve de base de discussion pour l'inciter au sevrage tabagique".

De plus, la durée de l'allaitement semble déterminante dans la prévention des pathologies infantiles. Plus la durée est courte, plus le risque est élevé. "Il semble que l'effet néfaste du tabagisme sur le nourrisson par expositions active et passive peut être contre-balançé par l'effet fortement protecteur de l'allaitement maternel de longue durée" [14], comme par exemple : une protection longue durée contre les maladies respiratoires [15, 16], une diminution des coliques [17-19], une protection contre le syndrome de mort subite du nourrisson (effet dose) [16, 19],

et une modification possible des performances cognitives [20].

Par conséquent, l'allaitement maternel améliore la survie du nourrisson grâce au passage d'anticorps maternels et à une composition nutritionnelle supérieure et incomparable à celle des préparations pour nourrissons [21].

On peut donc dire que les décisions de continuer à fumer pendant et après la grossesse, et la mesure dans laquelle ces décisions influent sur l'allaitement maternel, peuvent accroître le risque d'apparition de troubles pendant la première année de vie. Les bénéfices de l'allaitement sont bien supérieurs aux inconvénients du tabagisme d'autant plus si la mère est sensibilisée à certaines pratiques destinées à réduire les risques de tabagisme passif chez le nourrisson (cf. *infra*). Même si la priorité des professionnels de santé reste celle de proposer une aide au sevrage tabagique, il convient de proposer aux mères qui ne parviennent pas à arrêter de fumer des solutions pratiques et concrètes pour mener à bien leur allaitement.

Ainsi, afin de limiter l'imprégnation du nourrisson par la nicotine transmise par le lait, le tabagisme actif, et de ne pas exposer l'enfant à la fumée de tabac, le tabagisme passif, l'évaluation de l'usage du tabac et le conseil prodigué sur l'abandon de celui-ci doivent devenir des éléments essentiels constitutifs des soins prénataux, car il n'y a pas de mauvais lait maternel [22].

Comment accompagner les femmes fumeuses dans leur projet d'allaitement ? (*encadré, p. 34*) Sans oublier bien sûr que les conseils d'aide à l'arrêt ou à la réduction du tabac destinés aux fumeurs en général sont valables pour les femmes fumeuses allaitantes.

Quels outils utiliser en pratique courante ?

Le soutien à l'allaitement des femmes ayant fait ce choix demande la mise en place d'actions concrètes et concertées à tous niveaux. L'aide à l'allaitement et celle à l'arrêt du tabac se révèlent intimement liées, puisque l'essentiel est de ne pas se décourager, avoir confiance et donner confiance aux

Mots-clés

Allaitement
Tabagisme
Composition nutritionnelle du lait maternel
Métabolites du tabac dans le lait maternel
Exposition au tabac des nourrissons allaités
Nicotine
Vape

Summary

Public health actions have a dual objective: reducing smoking and promoting breastfeeding. Yet, as health care professionals, we are dealing with women who often choose to smoke and opt not to breastfeed in the postpartum period. Our role is therefore significant, because breastfeeding is not contraindicated if women smoke. The goal is to offer actionable solutions aiming at reducing risks of tobacco exposure for both infants and mothers.

Keywords

Breastfeeding
Tobacco smoking
Breast milk nutritive value
Tobacco metabolites in human milk
Tobacco exposure in breastfed infants
Nicotine
Vaping

Références bibliographiques

1. Barker DJ. Maternal nutrition, fetal nutrition, and disease in later life. *Nutrition*. 1997;13:807-13.
2. SF-DOHAD. L'initiative des 1000 jours de l'OMS et l'origine développementale de la santé et des maladies. [Internet]. <http://www.sf-dohad.fr/index.php/publications-en-francais/136-l-initiative-des-1000-jours-de-l-oms>.
3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance. 2016;0958:1-6 [Internet] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf>.
4. Lepage M et al. Lutter contre le tabac et promouvoir l'allaitement au Québec : un défi. *Santé Publique* 2005;17:637-47.
5. Amir L, Donath S. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? *The epidemiological evidence*. *Breastfeed Rev* 2003;11(2):19-29.
6. Horta B et al. Maternal smoking and the risk of early weaning: a meta-analysis. *AM J Public Health* 2001;91:304-7.
7. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. *Acta Endoscopica* 2002;28(2):151-5.
8. Wakefield M et al. Smoking and smoking cessation among men whose partners are pregnant: a qualitative study. *Soc Sci Med* 1998;47:657-64.
9. Logan C et al. Changing societal and lifestyle factors and breastfeeding patterns over time. *Pediatrics* 2016;137(5):e20154473.

 Retrouvez l'intégralité des références bibliographiques sur www.edimark.fr

Anne-Cécile Delaunay est lauréate du prix SFT 2018, meilleur mémoire de tabacologie : Tabagisme et allaitement maternel.

Contact : acdelaunay@yahoo.com ;
facebook : @dietetique.nutrition.tabac

A.C. Delaunay déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

- Privilégier un allaitement long, de 6 mois en exclusif si possible, et le prolonger lors de la diversification alimentaire.
- Atténuer les effets nocifs du tabagisme passif en conseillant à la mère de ne jamais fumer en présence de son enfant.
- Fumer à l'extérieur du logement et de la voiture.
- Fumer après la tétée et espacer de 2 à 3 heures la tétée suivante.
- Privilégier les tétées nocturnes si la maman ne fume pas la nuit.
- Réduire sa consommation de tabac.
- Ne pas faire dormir l'enfant dans le lit des parents.
- Se renseigner sur le statut tabagique du conjoint/père, pour lutter contre le tabagisme passif subi par le bébé comme par la maman si celle-ci est non fumeuse.
- Renforcer la motivation, qui est double : encourager l'allaitement et l'arrêt/réduction du tabac en informant sur les bénéfices de l'allaitement et ceux de l'arrêt du tabac pour toute la famille, utiliser les outils de TCC (thérapies comportementales et cognitives) en première intention.
- Les formes orales de substitution nicotinique peuvent être recommandées, accompagnées d'un soutien psychologique, ce sont des substituts à durée de vie courte à prendre après la tétée, comprimés ou gommes dosés à 1,5 ou 2 mg. La tétée suivante sera à différer de 2 à 3 heures afin de limiter le passage de la nicotine dans le lait. Ils représentent une alternative intéressante, bien utilisés, ils induisent une absorption de nicotine inférieure et évitent l'exposition de l'enfant aux autres toxiques contenus dans la fumée de cigarette, et donc au tabagisme passif.
- Les autres traitements d'aide à l'arrêt du tabac ne sont pas recommandés, excepté la prescription de dispositifs transdermiques ou patchs de nicotine de 16 heures de préférence (ou de les enlever le soir), ce qui permet une pause nocturne.
- Faire des tétées nocturnes lors de l'absence de patch de nicotine.
- Encourager les nouvelles mamans à se rapprocher de groupes de parole, associations de soutien à l'allaitement et à l'arrêt du tabac.
- Proposer des formations pour les professionnels de santé sur l'allaitement et le tabac afin de mieux connaître le statut tabagique des mères, de prodiguer des conseils positifs et constructifs, et l'utilisation des substituts nicotiques en maternité.

Encadré. Synthèse de différentes recommandations [7, 11, 23-27].

femmes. C'est en ce sens que des outils concrets, modernes et adaptés au profil de la population cible sont à développer. Je propose ici un projet d'application pour smartphone, dite app, un outil qui apparaît facile d'accès et d'utilisation. Conçu dans le cadre d'une prévention primaire, pour une santé globale, son but est de déconstruire les croyances et faire place à des connaissances [28], pour accompagner les utilisatrices à faire des choix éclairés. Cette application est aussi une stratégie de recrutement des femmes fumeuses peu motivées à arrêter. Il s'agit d'un outil à visée éducative, un média pour créer du lien, entre acteurs de santé et mamans, mais aussi entre les utilisatrices elles-mêmes, pour ouvrir un questionnement et un dialogue sur leur consommation de tabac et leurs motivations à fumer. Un outil parmi d'autres pour encourager et valoriser les mères fumeuses dans leur projet d'allaitement, les informer et les accompagner, tout en initiant une démarche de sevrage tabagique.

À travers des messages informatifs, positifs et interactifs, on s'appuiera sur le succès de l'allaitement pour renforcer la motivation et la confiance de la maman à l'aide d'un suivi quotidien et la mise en œuvre des techniques de thérapies cognitivocomportementales, avec pour objectifs : une amélioration de la qualité de vie, une meilleure information, une simplicité d'utilisation, un suivi personnalisé et un gain de temps. Même s'il est évident qu'une application à elle seule ne peut répondre à toutes les problématiques de ses utilisateurs, cet outil constitue un premier pas vers l'arrêt du tabac pour les mères fumeuses, et pourrait être recommandé par les professionnels de santé en sortie de maternité.

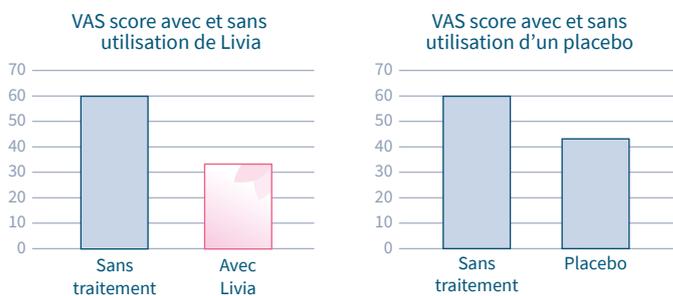
Pour son développement, ce projet nommé "AlBa – Allaitement & Bien naître" a besoin de partenaires et de financements, sans oublier une équipe pluridisciplinaire dans le but d'actualiser la base de données scientifiques de l'application, ceci pour toujours mieux informer les futurs usagers. N'hésitez pas à rejoindre le projet ! ■



Le bouton stop pour vos règles douloureuses

Livia prouve son efficacité via une nouvelle étude clinique !

L'efficacité et l'innocuité du dispositif Livia dans la dysménorrhée primaire ont été démontrées dans un essai prospectif **randomisé**, en **double-aveugle** et **crossover** par un laboratoire indépendant. Cet essai **multicentrique** s'est déroulé sur quatre sites (3 israéliens, 1 américain) de mai à novembre 2017 avec un effectif de 65 femmes* de 18 à 45 ans souffrant de dysménorrhée. Ont été incluses les femmes souffrant, au minimum pendant les trois derniers cycles, d'une dysménorrhée avec un score de douleur sur l'échelle analogique VAS (Visual Analogue Scale) supérieur ou égal à 60. Les différents paramètres pris en considération étaient la douleur sur l'échelle analogique VAS, la qualité de vie par le questionnaire Q-LES-Q-SF, la consommation d'antalgiques et les déclarations d'effets secondaires. Aucune femme n'a rencontré de difficulté technique pour l'utilisation du dispositif ni d'effets secondaires (6 avec placebo, 4 avec Livia). On observe globalement une amélioration du score de qualité de vie. **Le résultat le plus significatif est la diminution de la douleur avec une amélioration de la VAS de 28 points avec Livia contre 17 pour le groupe placebo, ce qui représente une différence statistiquement significative de $p < 0,0001$.**



Cette étude confirme bien l'intérêt et le caractère innovant de Livia dans la prise en charge des dysménorrhées.

Dr Odile Bagot Spécialiste en gynécologie-obstétrique à Strasbourg

Retrouvez l'entièreté des études cliniques sur notre site : www.mylivia.fr

Recevez votre appareil de démonstration et vous aussi, proposez une solution complémentaire à vos patientes.

**Contactez-nous pour recevoir votre Livia :
Livia@distec.be**

* Sont exclues de l'étude les femmes avec une co-pathologie générale et gynécologique.



fiche pratique

Sous la responsabilité de son auteur

D. Perrot*

Accompagner les femmes qui allaitent au sevrage

Le sevrage est un moment chargé de questionnements lorsque, pour diverses raisons (personnelles ou organisationnelles), l'allaitement maternel n'est plus possible.

Quand commencer le sevrage ?

Il n'existe pas de règle absolue. Il est possible de s'y prendre assez tôt (1 mois à l'avance, par exemple). Cependant, il est préférable pour la mère de ne pas se fixer de date butoir pour l'arrêt de l'allaitement, qui pourrait engendrer du stress (à la manière d'une date d'examen). Si cette date est dépassée, cela n'est pas dramatique. Commencer le sevrage 1 ou 2 semaines avant la reprise du travail est tout à fait réalisable. Cela dépend de la nature du travail en question, des objectifs de la patiente, et de ce que le bébé est capable d'accepter.

Tout comme la première mise au sein, le sevrage est un nouvel apprentissage pour l'enfant. L'idée est d'introduire doucement des biberons (de lait artificiel ou de lait maternel, selon le type de sevrage souhaité) dans l'organisation de l'alimentation du nouveau-né allaité au sein. Un certain nombre de bébés refuseront les biberons de lait artificiel pendant une durée indéterminée (variable d'un enfant à l'autre). Il faudra alors ruser un certain temps pour alimenter le bébé tout en évitant ou en diminuant les mises au sein.

Comment procéder ?

Il est possible de supprimer progressivement certaines tétées au sein, ou de garder toutes les tétées tout en diminuant la durée de la mise au sein, ou de combiner les 2 méthodes. Le mieux est de tester, pas à pas, celles qui fonctionnent pour la mère et l'enfant.

Supprimer progressivement les tétées

L'idée est, dans un premier temps, de garder les tétées indispensables et de supprimer progressivement les autres. Ainsi, les tétées de la journée peuvent progressivement être supprimées, en commençant par celle de la fin d'après-midi (les seins sont souvent plus souples à ce moment de la journée), pour garder, au début, celles du soir, du matin et des week-ends. Pour le premier essai, la mère peut essayer d'introduire un seul biberon de lait en poudre sur 24 h. Si le bébé l'accepte, un deuxième biberon de lait artificiel pourra être introduit (au bout de 2 jours, par exemple), et ainsi de suite, pour mettre en place une alimentation exclusive au biberon.

Diminuer la durée de la mise au sein

Avec cette technique, l'idée est de proposer le sein tout en diminuant la durée de la tétée, puis de proposer, à la fin de celle-ci, quelques millilitres de lait artificiel, en très faible quantité au début, pour augmenter ensuite progressivement. Cette méthode consiste à "ne pas offrir, ni refuser" le sein : si le bébé le réclame, la mère peut lui donner, tout en écourtant la tétée. Cette technique peut être pratiquée, par exemple, après 1 an, en expliquant à l'enfant que la tétée va être écourtée (en comptant jusqu'à 30, par exemple).

Quelles alternatives proposer au bébé à la place du sein ?

Les bébés sentent bien la différence de goût, de texture, d'odeur et d'aspect visuel entre le lait maternel et le lait artificiel, entre le mamelon et la tétine. Lorsque l'enfant le refuse, il existe plusieurs alternatives au biberon, et divers moyens de rendre celui-ci plus acceptable.

- Chauffer le lait à 37 °C au bain-marie, pour qu'il soit à température corporelle.
- Privilégier des tétines en caoutchouc plutôt qu'en plastique, de forme longue et étroite à la base, qui stimulent mieux le réflexe de succion que certains biberons qui essaient d'imiter la forme du sein (ils sont souvent moins acceptés par les bébés). Lors de l'allaitement, le mamelon est très étiré, jusqu'au fond de la bouche de l'enfant : c'est pourquoi les tétines longues sont préférables (**figure 1**).
- Revoir la position du bébé au biberon, soit contre la mère (comme au sein), en position assise ou semi-assise, en veillant à le laisser libre de reculer la tête. Le biberon est tenu à l'horizontale. La mère peut essayer de faire des pauses (comme au sein) si le bébé ne le fait pas de lui-même. Un biberon englouti en quelques minutes n'est pas idéal pour sa digestion.

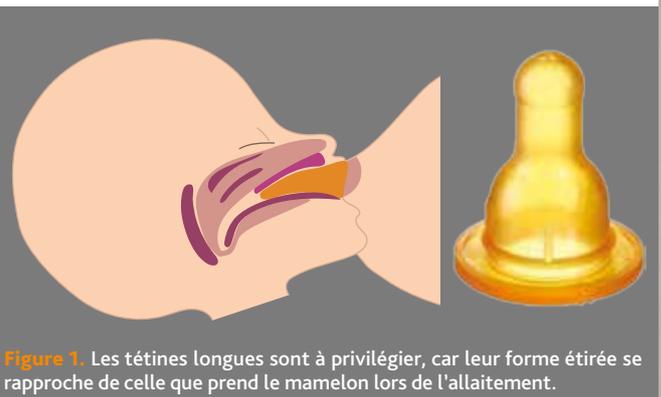


Figure 1. Les tétines longues sont à privilégier, car leur forme étirée se rapproche de celle que prend le mamelon lors de l'allaitement.

➤ Changer de lait. En cas de refus du biberon, la cause peut être le lait. Il faudra alors peut-être en changer le type, à déterminer avec le pédiatre.

➤ Remplacer la tétine par des alternatives. En effet, certains bébés refusent la tétine, peu importe le modèle. D'autres types de contenants peuvent alors être utilisés :

- la cuillère : le lait est donné tout doucement, en petite quantité, directement dans la bouche du bébé ;
- la seringue (**figure 2A**) : un doigt (l'auriculaire, s'il s'agit d'un nouveau-né) est placé dans la bouche du bébé contre son palais. Pendant que le bébé tète, le lait est introduit tout doucement dans sa bouche en poussant sur la seringue ;
- le bol ou la tasse (**figure 2B**) : le lait est versé dans un petit récipient, qui est ensuite placé contre la lèvre inférieure du bébé et légèrement incliné vers le bas de sorte que l'enfant puisse laper le lait (comme un chat). La mère devra veiller à ne pas verser le lait directement dans la bouche du bébé, qui risquerait de faire une fausse route alimentaire ;
- le dispositif d'aide à la lactation (DAL) (**figure 2C**) : une sonde de nutrition est plongée dans un biberon, puis son autre extrémité est placée contre un doigt dans la bouche du bébé qui fera monter le lait dans la sonde grâce à sa succion. L'avantage est que le nourrisson contrôle lui-même le débit du lait. Ce dispositif peut être fait maison à l'aide d'un biberon classique ou d'un bol, et d'une sonde gastrique disponible en pharmacie.



Figure 2. A. Allaitement à l'aide d'une seringue. B. Allaitement à l'aide d'un bol ou d'une tasse. C. Allaitement au doigt, à l'aide d'une sonde.

Ces diverses alternatives peuvent sembler longues et fastidieuses, mais sont d'une grande aide pour la période de transition.

Certains bébés acceptent du jour au lendemain le biberon, comme si un déclic s'était opéré ; ainsi, l'expérience peut être réitérée même après plusieurs échecs.

L'apport laitier peut aussi être proposé sous forme de yaourts (en fonction de l'âge du bébé). Il est également possible pour la mère de gélifier son lait maternel pour le donner, sous une forme plus solide, à la petite cuillère.

- Laisser l'enfant à une personne telle que le conjoint ou une nourrice, pour les premiers biberons, peut aussi encourager le bébé à mieux accepter le lait artificiel qu'en présence de sa mère, étant donné qu'il ne la verra pas et ne sentira pas son odeur.
- Inciter la patiente à communiquer avec son enfant, peu importe son âge, et son conjoint. En exprimant ses difficultés et ses besoins à cette étape parfois difficile, la mère diminue sa charge mentale.
- Encourager la mère au lâcher-prise. Il n'est pas nécessaire qu'une patiente se fixe des objectifs trop précis : les réactions qu'aura le bébé face à cette expérience nouvelle ne sont pas prévisibles. Le mieux est de tester différentes solutions et de voir celles qui sont efficaces.

Comment soulager les seins, qui sont parfois douloureux ?

Il existe plusieurs options pour limiter l'engorgement mammaire lié au sevrage.

- Le chou frisé a des vertus anti-inflammatoires (substance présente dans les nervures). Il est possible de glisser du chou, préalablement écrasé à la main ou à l'aide d'un rouleau à pâtisserie, dans le soutien-gorge, afin de recouvrir entièrement les seins. Au bout d'une vingtaine de minutes, la mère pourra sentir ses seins s'assouplir et la gêne diminuer.
- L'alternance de chaud et de froid aide à décongestionner. L'application de froid sur les seins, entre les tétées, permet de soulager les douleurs éventuelles (une couche de nouveau-né remplie d'eau puis mise au congélateur ou un sachet de petits pois surgelés font très bien l'affaire). La douche chaude est d'une grande aide pour désengorger les seins, associée à un massage aréolaire ou à une expression manuelle du lait (**figures 3 et 4**).

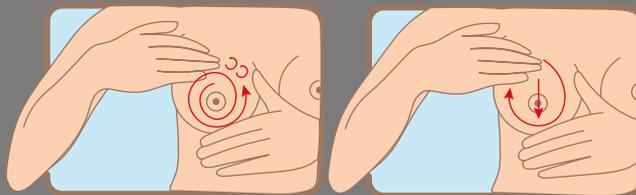


Figure 3. Pour le massage aréolaire, effectuez des mouvements circulaires de l'extérieur vers l'intérieur du sein, vers l'aréole. Avec les mains à plat, avancez progressivement de l'extérieur vers l'aréole, jusqu'au mamelon, tout autour de la circonférence du sein.

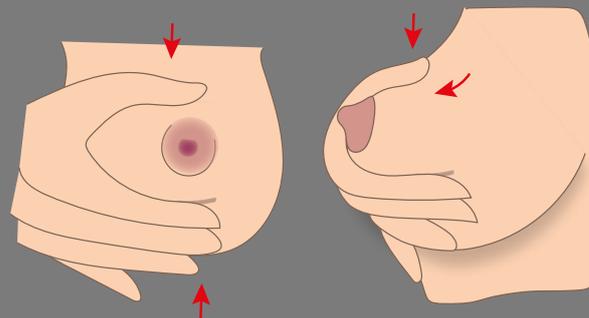


Figure 4. Pour l'expression manuelle du lait, placez votre pouce, l'index et le majeur à 2 ou 3 cm en arrière de l'aréole, en formant la lettre. Pressez doucement, tout en appuyant horizontalement, vers la cage thoracique, en rapprochant légèrement les doigts, sans les déplacer sur la peau, pour que le lait s'écoule.

- L'utilisation d'un tire-lait soulage la tension mammaire, mais doit être pratiquée avec modération, car cette opération stimule la lactation.
- Les infusions de persil et de sauge permettraient de diminuer la lactation. Leurs effets n'ont pas été clairement démontrés ; cependant, en l'absence d'effets néfastes, une mère en difficulté peut essayer cette approche.
- Le bandage des seins n'a, quant à lui, pas d'efficacité démontrée sur l'arrêt de la lactation, et peut être désagréable et douloureux. ■

© La Lettre du Sénologue 2020;89:39-40.

D. Perrot déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cette fiche.

fiche pratique

Sous la responsabilité de son auteur

D. Perrot*

Informer et guider les femmes dans leur projet d'allaitement

Le lait maternel est unique et évolutif pour couvrir tous les besoins nutritionnels du nouveau-né. L'allaitement maternel est recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en raison de ses bénéfices démontrés pour la santé [1, 2]:

- il favorise le développement cognitif et affectif de l'enfant, et diminue le risque de dépression du post-partum;
- il diminue le risque d'infection ORL, digestive et respiratoire chez l'enfant s'il est pratiqué au moins pendant les 3 premiers mois;
- il contribue à réduire le risque allergique chez l'enfant s'il est, pendant les 6 premiers mois, pratiqué exclusivement;
- il diminue le risque d'obésité dans l'enfance et à l'adolescence;
- il aide à une perte de poids plus rapide chez la mère, dans les 6 premiers mois qui suivent l'accouchement;
- il participe à la prévention des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause, et jouerait aussi un rôle dans la prévention de l'ostéoporose après la ménopause.

La durée d'allaitement minimale recommandée par l'OMS est de 6 mois. Cependant, une plus courte durée n'est pas inutile. Chaque tétée est bénéfique, à la fois pour la mère et l'enfant. L'allaitement n'est pas toujours facile à mettre en place. C'est pourquoi plusieurs conseils peuvent être prodigués en amont, afin de guider les femmes dans leur projet d'allaitement.

N° 1 : Informer tout en laissant le choix

Si une patiente souhaite allaiter, il est important qu'un temps soit accordé aux raisons qui motivent ce désir. L'allaitement est promu par l'ensemble des professionnels de la santé, sans pour autant être imposé. Un échange au sein du couple a aussi toute son importance afin que l'allaitement soit bien vécu par chacun.

N° 2 : Prévenir de la difficulté

L'allaitement n'est pas toujours aisé et prévisible. Il n'est pas toujours possible de le mettre en place durablement, pour des raisons de temps, de santé, d'envie ou d'organisation. Une future mère doit savoir que des difficultés peuvent entraver son allaitement et que si tel est le cas, elle n'est pas nécessairement responsable.

N° 3 : Encourager à la lecture et à l'échange pour anticiper

La grossesse est l'occasion pour la femme enceinte de faire le plein de connaissances pour ne pas arriver perdue le jour de

l'accouchement. Livres sur la grossesse, articles scientifiques, guides de l'allaitement maternel (notamment celui de l'INPES, consultable en ligne [3]), recours aux professionnels de la santé, sites agréés et reconnus (ameli.fr, santé.fr, who.int, etc.), cours de préparation à la naissance (et à l'allaitement) dispensés par les sages-femmes sont de bons moyens d'obtenir des informations précises, claires et fiables sur le sujet.

N° 4 : Favoriser des tétées très fréquentes au début

Cette notion est l'une des plus importantes : plus le bébé tétera souvent, plus la lactation sera stimulée et efficace. Il est conseillé de faire la première mise au sein le plus tôt possible : idéalement dans les 2 h après l'accouchement afin de bien stimuler la lactation. Il est conseillé d'allaiter à la demande du bébé, avec cependant un minimum de 8 tétées par jour.

L'idéal est de ne pas attendre que le nouveau-né pleure pour le mettre au sein, mais de lui donner dès qu'il montre des signes d'éveil, tels que des mouvements de tête (fouissement), des mouvements oculaires, l'ouverture de la bouche, des bruits d'impatience, de l'agitation, la main qui se porte aux lèvres, etc. Tous ces petits signes doivent encourager la mère à mettre l'enfant au sein le plus fréquemment possible (toutes les heures, par exemple).

Lorsqu'un bébé dort beaucoup et cherche peu à téter, sa mère peut le réveiller afin de lui donner le sein au moins toutes les 3-4 h (y compris la nuit). Certains bébés ont tendance à être très endormis dans les premiers jours, ce qui peut rendre les mises au sein compliquées. Dans ce cas, la maman peut exprimer son sein pour faire sortir du lait avant la tétée et inciter ainsi le bébé à ouvrir la bouche et à téter.

Si cela ne suffit pas, le lait exprimé peut être récolté, puis donné au nourrisson à la petite cuillère. Cela lui permet de se nourrir lorsque l'effort de succion est trop important, tout en évitant le recours à des compléments de lait artificiel au biberon. L'expression manuelle du lait permet aussi de stimuler la lactation. C'est pourquoi ce geste peut être fortement conseillé. Il peut être utile notamment après l'accouchement si une patiente est séparée plusieurs heures de son bébé (à la suite d'une césarienne, par exemple).

Durant la montée de lait, vers J2-J3, le nouveau-né risque d'être beaucoup plus demandeur. C'est une période fatigante pour les mères, durant laquelle il faudra les encourager à mettre leur bébé au sein au maximum, ce qui favorisera une bonne production et une bonne éjection du lait. Le piège est d'espacer les tétées durant cette période, ce qui induirait un risque d'engorgement.

Des tétées très rapprochées, dans les 48 h après l'accouchement, diminuent significativement le risque d'engorgement et le ressenti désagréable de tension mammaire lié à la montée de lait.

En cas d'engorgement, la patiente pourra essayer de vider et drainer ses seins au maximum par des massages circulaires autour de l'aréole, associés à une expression du lait. L'eau chaude sous la douche peut également aider à l'expulsion du lait. Le froid appliqué entre les tétées soulage également.

Certains aliments seraient lactogènes et constitueraient une aide pour certaines femmes qui allaitent, tels que le fenugrec, le fenouil, le galéga, le cumin, l'anis vert ou étoilé. Aucune évaluation n'a permis, à ce jour, d'en démontrer significativement l'efficacité. Cependant, en l'absence d'effet délétère, leur utilisation peut être appréciée par certaines mères [4, 5]. Le malt est plus largement reconnu pour son pouvoir lactogène (il stimule l'hypophyse, qui sécrète alors de la prolactine) [6].

Les coquilles d'allaitement ont également tendance à stimuler la lactation. Cependant, leur utilisation est loin d'être obligatoire. Cet objet s'avère utile lorsque l'éjection de lait entre les tétées est importante et que les coussinets placés dans le soutien-gorge ne suffisent pas à absorber le lait excédentaire. Il peut aussi être apprécié des patientes qui souhaitent augmenter ou réactiver leur lactation. Cependant, du fait d'une stimulation importante de la lactation avec les coquilles, le risque d'engorgement augmente si l'enfant ne tète pas assez. Il faudra donc veiller à des mises au sein très fréquentes.

N° 5 : Bien positionner le bébé dès la première mise au sein

Ce conseil est l'un des plus importants. Un allaitement peut être inefficace si la première mise au sein n'est pas optimale. Des blessures au sein, notamment des crevasses (gerçures ou plaies), peuvent décourager la mère d'allaiter.

C'est pourquoi les professionnels de la santé doivent, dans la mesure du possible, accompagner les jeunes accouchées pour la première tétée en salle de naissance ou dans les suites de couches. Une aide à domicile pourra ensuite être proposée (sage-femme, consultante en lactation, puéricultrice, etc.). De multiples positions existent pour allaiter. Elles sont détaillées dans une vidéo d'information pour les patientes, consultable en ligne : https://www.youtube.com/watch?v=pKmJCIY8H_M.

Description d'une bonne position du bébé au sein

Le bébé doit avoir la tête en face du sein et dans l'axe du corps (il ne doit surtout pas tourner la tête pour prendre le sein, ce qui l'empêcherait de déglutir correctement). Son nombril doit être orienté vers sa mère (et non vers le plafond). Sa bouche doit être grande ouverte pour prendre à la fois le mamelon et l'aréole (figure 1).

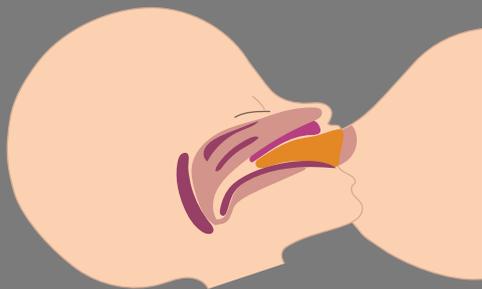


Figure 1. Le bébé doit avoir la tête en face du sein, la bouche grande ouverte.

Si le bébé tète uniquement le mamelon, il ne réussira pas à faire sortir le lait, ce qui risque d'entraîner des pleurs, du stress, et de blesser le mamelon en créant des crevasses (figures 2 et 3).

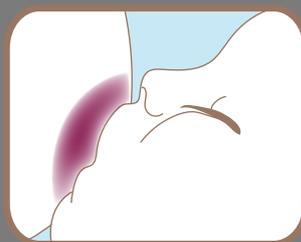


Figure 2. Le bébé tète le mamelon uniquement comme une tétine. Sa bouche et ses gencives sont serrées. Éloigné de l'aréole, il prend "du bout des lèvres".

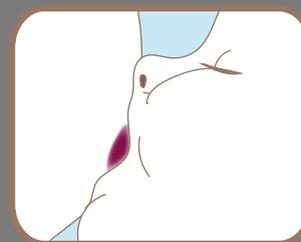


Figure 3. Le bébé tète efficacement le mamelon et l'aréole. Sa bouche est grande ouverte, sa langue est sous l'aréole, le menton collé au sein.

Il convient de rassurer les mamans quant au risque d'étouffement du bébé au sein : ses narines sont écartées sur les côtés, lui permettant de respirer tout en tétant.

De plus, la patiente peut écouter le bruit de la respiration de son enfant pour s'en assurer. Si le bébé semble gêné, le mieux est de le replacer pour dégager sa tête légèrement vers l'arrière. La patiente doit cependant éviter de tirer le sein vers elle pour dégager les narines du bébé, ce qui pourrait entraîner des crevasses.

Le menton du bébé doit être contre le sein. S'il en est trop éloigné, il risque de tirer dessus et de blesser le mamelon (figures 2 et 3). La mère peut maintenir la nuque du bébé pour qu'il soit bien en face du sein, en évitant d'appuyer sur sa tête, ce qui l'empêcherait de bien respirer et l'inciterait à se dégager en arrière par réflexe.

Reconnaître les indicateurs d'une bonne succion

La langue du nouveau-né s'arrondit en gouttière autour du sein. Sa lèvre inférieure est éversée. Ses joues sont bien rondes, ses oreilles peuvent bouger. On voit une plus grande partie de l'aréole au-dessus de la bouche de l'enfant qu'en dessous. Il tète lentement et profondément, avec des temps de pause. On peut l'entendre déglutir le lait au niveau de sa gorge [7].

Ces signes sont intermittents : au début, le bébé fait sortir le lait, puis, au bout de quelques déglutitions, c'est sa succion qui stimule à nouveau la lactation pour produire à nouveau du lait. Ainsi, les bruits de déglutition peuvent s'arrêter le temps que la lactogénèse se refasse. Une tétée peut durer 10 à 45 min selon le contexte.

L'idéal est de laisser le bébé au sein tant que la tétée est nutritive.

Aider une patiente en cas de crevasses

Il faudra hydrater au maximum les mamelons avec des crèmes à base de lanoline. Du miel (de bonne qualité) peut être utilisé en remplacement. Après chaque tétée, la patiente peut prendre l'habitude d'étaler son lait sur son mamelon et son aréole pour bénéficier de ses propriétés cicatrisantes.

Des cataplasmes de lait avec du film alimentaire peuvent aussi être utiles dans le traitement des crevasses. La patiente devra absolument revoir les positions d'allaitement avec un professionnel, car les crevasses sont uniquement dues à un mauvais positionnement du bébé au sein.

N° 6: Inciter au repos

Ce conseil est difficile à faire respecter. Il est en effet difficile pour une femme qui vient d'accoucher de trouver du temps pour se reposer. Cependant, ce conseil est très important, car la fatigue diminue la lactation. Dans la mesure du possible, nous pouvons encourager les femmes à limiter les visites à la maternité.

N° 7: Encourager la confiance en soi

L'allaitement est un processus naturel. Au bout d'un certain temps, les habitudes des jeunes mamans l'emporteront sur leurs incertitudes, et l'allaitement deviendra naturel.

Certains indicateurs constituent des repères solides pour s'assurer de l'allaitement efficace du nourrisson. Ses selles sont au nombre minimum de 3 sur 24 h, d'aspect jaune et granuleux à partir de J3. Ses urines sont fréquentes (5 à 6 couches lourdes sur 24 h). Ses suctions sont nutritives (amples et régulières). Le bébé tète 8 à 12 fois en 24 h. Il s'endort comme rassasié à la fin de la tétée. Il perd du poids après l'accouchement, puis en reprend normalement. Des contractions utérines (tranchées) pendant la tétée, ainsi qu'une sensation de fatigue et de soif, peuvent être ressenties par la mère dans les premiers jours.

N° 8: Inciter la mère à passer du temps avec son enfant

L'idéal est que la mère soit le plus possible au contact de son bébé durant toute la durée de l'allaitement. Il est donc important qu'elle réfléchisse, en amont, à la durée de l'allaitement qu'elle

pourra mettre en place, pour prévoir un maximum de temps avec son bébé. Le temps passé avec l'enfant allaité (par contact peau à peau, lors du portage et des câlins) permet de stimuler la lactation de façon avérée.

N° 9: Éviter les tétines et limiter les biberons au début

L'utilisation de tétines et de biberons de lait artificiel entraîne un risque de baisse de la lactation. Les seins sont alors moins fréquemment stimulés par la succion du bébé, lui-même souvent perturbé dans son apprentissage. Il risque alors de reproduire le même effort de succion au sein qu'au biberon, ce qui peut être inefficace, et peut le conduire à s'impatienter au sein, et inciter la mère à lui redonner un biberon de lait artificiel et, ainsi, basculer dans un cercle vicieux.

Cependant, cela est difficilement généralisable à tous les nouveau-nés. Il existe des cas d'allaitements mixtes qui se passent parfaitement bien.

L'utilisation des bouts de seins en silicone n'est pas recommandée systématiquement. Tout comme la tétine, ils constituent un risque de perturbation dans l'apprentissage de la succion du nouveau-né. De plus, leur utilisation a tendance à diminuer la lactation. Ils peuvent cependant s'avérer très utiles en cas de crevasses ou dans des situations bien précises (le temps que les mamelons blessés ou sensibles cicatrisent, par exemple). ■

© La Lettre du Sénologue 2020;89:35-7.

D. Perrot déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cette fiche.

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé et UNICEF. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. 2003. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42680/9242562211.pdf>
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel: mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
3. Santé publique France. Le guide de l'allaitement maternel. 2018. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/brochure/le-guide-de-l-allaitement-maternel>
4. Goksugur SB, Karatas Z. Breastfeeding and galactagogues agents. *Acta Medica Anatolia* 2014;2(3):113-8.
5. Khan TM et al. Effectiveness of fenugreek as a galactagogue: a network meta-analysis. *Phytother Res* 2018;32(3):402-12.
6. Sawadogo L et al. Mise en évidence d'un facteur stimulant la sécrétion de prolactine et de l'hormone de croissance dans les drèches de brasserie. *Reprod Nutr Dev* 1989;29(2):139-46.
7. OMS. Fiche d'observation d'une tétée. 1993.



Dialogue os, muscle et graisse au cours du vieillissement

J. Paccou

(Département de rhumatologie, CHU de Lille; MABlab ULR 4490, université de Lille)

Modifications de la composition corporelle

Au cours du vieillissement, il y a une perte de la masse osseuse associée à une perte de la masse et de la fonction musculaires [1]. Concomitamment, il y a une modification du tissu adipeux, avec une augmentation de l'adiposité totale, mais surtout une modification de sa répartition associée à une infiltration [2]. Cette redistribution s'effectue dans les viscères (adiposité viscérale) et dans les muscles (infiltration intra- et intermusculaire). Il y a également une accumulation de tissu adipeux dans la moelle osseuse; il s'agit de l'adiposité médullaire, ou moelle jaune [3].

L'obésité ostéosarcopénique: un concept controversé

Les modifications de la composition corporelle au cours du vieillissement peuvent être mesurées grâce à différents outils, comme l'absorptiométrie biphotonique. Celle-ci permet d'évaluer les différents compartiments et d'exploiter des paramètres de la masse grasse, de la masse maigre et du tissu osseux. Certains auteurs utilisent le terme d'obésité ostéosarcopénique pour décrire les situations pathologiques associées à ces modifications de la composition corporelle, mais sa définition et ses critères diagnostiques restent controversés, tout comme la "valeur ajoutée" de la

combinaison de ces pathologies en termes de morbidité (fractures, chutes, qualité de vie, etc.) et de mortalité [4-6].

Dialogue os, muscle et graisse: une réalité?

Pour autant, il existe une augmentation de la prévalence de ces pathologies au cours du vieillissement (obésité, ostéoporose et sarcopénie), avec des facteurs de risque communs (nutrition, activité physique, inflammation, etc.) associés à une cascade de changements à la fois cellulaires, tissulaires et systémiques (inflammation, insulino-résistance, etc.) [7].

Il reste donc à déterminer si ces modifications sont en lien avec un dialogue os, muscle et graisse. Tout d'abord, les ostéoblastes, les adipocytes médullaires et les myocytes ont un progéniteur commun, à savoir la cellule souche mésenchymateuse avec différents facteurs de transcription favorisant, sous l'influence de facteurs externes, telle ou telle voie de différenciation (ostéoblastogenèse, adipogenèse, etc.) [2]. Il y a en particulier le rôle essentiel du facteur de transcription PPAR γ 2 dans le contrôle de la balance ostéoblastogenèse-adipogenèse. Ces différentes cellules communiquent par ailleurs entre elles et peuvent avoir un impact sur les cellules environnantes, notamment dans la moelle osseuse. Il existe vraisemblablement une dérégulation de la différenciation de la cellule souche mésenchymateuse vers tel ou tel type cellulaire [2].

Des tissus endocrines

De plus, l'os, le muscle et le gras sont des tissus endocrines qui permettent un dialogue entre ces différents tissus, mais aussi grâce à une connexion avec d'autres organes et avec le métabolisme énergétique [8]. L'os sécrète des ostéokines (ostéocalcine, sclérostine, etc.), le tissu adipeux, des adipokines (leptine, adiponectine, etc.) et le muscle, des myokines (IL-6, myostatine, irisine, etc.) [9].

L'irisine, entre autres, est une myokine passionnante dont l'étude est en cours [10]. Elle est sécrétée par le muscle au cours de l'activité physique et elle a une action autocrine, paracrine et endocrine sur de nombreux tissus. Elle permet notamment la brunisation des adipocytes blancs, et permet ainsi de moduler l'expression d'UCP1 et de la thermogenèse. Cette myokine a également un impact sur le tissu osseux et le muscle avec une action anabolique tout en inhibant l'ostéoclastogenèse [11].

Conclusion

Les modifications de la composition corporelle au cours du vieillissement sont liées à une cascade d'anomalies métaboliques avec des facteurs communs. Pour autant, il n'y a pas véritablement d'unité fonctionnelle regroupant ces différents tissus. Il y a en revanche des interactions multiples, complexes et qui restent largement méconnues.

J. Paccou déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec l'article.

© La Lettre du Rhumatologue 2020;465:36

Références bibliographiques

1. Cruz-Jentoft AJ et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2019;48(4):601.
2. Ilich JZ et al. Interrelationship among muscle, fat, and bone: connecting the dots on cellular, hormonal, and whole body levels. *Ageing Res Rev* 2014;15:51-60.
3. Paccou J et al. Marrow adiposity and bone: review of clinical implications. *Bone* 2019;118:8-15.
4. Jafari-Nasabian P et al. Aging human body: changes in bone, muscle and body fat with consequent changes in nutrient intake. *J Endocrinol* 2017;234(1):R37-R51.
5. Bauer JM et al. Is there enough evidence for osteosarcopenic obesity as a distinct entity? A critical literature review. *Calcif Tissue Int* 2019;105(2):109-24.
6. Huo YR et al. Comprehensive nutritional status in sarco-osteoporotic older fallers. *J Nutr Health Aging* 2015;19(4):474-80.
7. Kelly OJ et al. Osteosarcopenic obesity: current knowledge, revised identification criteria and treatment principles. *Nutrients* 2019;11(4):747.
8. Kirk B et al. Osteosarcopenia: A case of geroscience. *Aging Med (Milton)* 2019;2(3):147-56.
9. Lee JH, Jun HS. Role of myokines in regulating skeletal muscle mass and function. *Front Physiol* 2019;10:42.
10. Arhire LI et al. Irisin: A hope in understanding and managing obesity and metabolic syndrome. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2019;10:524.
11. Colaianni G et al. Irisin prevents and restores bone loss and muscle atrophy in hind-limb suspended mice. *Sci Rep* 2017;7(1):2811.

KIPOS[®]
CHOLÉCALCIFÉROL

100 000 UI

Capsule molle

NOUVEAU

100 000 UI de vitamine D*
en un clin d'œil

**Traitement et/ou prophylaxie de la carence en vitamine D
chez les adultes et les enfants âgés de plus de 6 ans**

Liste II. Remboursement Sec. Soc. 65%. Agréé Collectivités.

* En capsule molle d'environ 7 mm de diamètre. À avaler avec un peu d'eau.

Pour une information complète, veuillez consulter la base de données publique
des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Laboratoires
IPRAD

Et maintenant, Leeloo en continu...

NOUVEAU

Leeloo® Continu Gé

Lévonorgestrel 100 µg/Ethinylestradiol 20 µg

21

Comprimés
actifs

100 µg LNG/20 µg EE



Comprimés
placebos

CONTRACEPTION ORALE

La décision de prescrire Leeloo® Continu doit être prise en tenant compte des facteurs de risque de la patiente, notamment ses facteurs de risque de thrombo-embolie veineuse (TEV), ainsi que du risque de TEV associé à Leeloo® Continu en comparaison aux autres Contraceptifs Hormonaux Combinés (CHC) (voir rubriques « Contre-indications » et « Mises en garde spéciales et précautions d'emploi »). L'utilisation de tout Contraceptif Hormonal Combiné (CHC) augmente le risque thrombo-embolique veineux par rapport à une non-utilisation (cf. 4.1, 4.3 et 4.4 du RCP Leeloo® Continu). Un document d'aide à la prescription a été élaboré pour vous accompagner lors de vos consultations relatives aux CHC, disponible sur demande auprès du laboratoire via votre visiteur médical, en appelant le service d'information médicale au 0800 100 350, en écrivant à infomed.fr@theramex.com, ou sur le site www.anism.sante.fr

Liste I. Remb. Séc. Soc. : 65 % - Agréé aux Collectivités.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>



 **Theramex**