

EDN

en **fiches** et en **schémas**

Collection dirigée par **Jean Lemoine**

ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE, NUTRITION

- **Le programme en fiches synthétiques**
- **Une fiche par item**
- **Avec schémas, iconographies et tableaux**



Louise Sibille

33 – Allaitement

RANG	INTITULÉ
A	Connaître les bénéfices de l'allaitement maternel
B	Connaître la prévalence et les facteurs influençant l'allaitement
A	Savoir expliquer les modalités pratiques de l'allaitement
A	Connaître les complications de l'allaitement
B	Connaître les mécanismes et les facteurs favorisant les complications de l'allaitement
B	Allaitement et médicaments, infections et toxiques

Généralités et bénéfices de l'allaitement maternel

- **2 grandes fonctions pour l'enfant : nutritive et immunologique**
 - **Composition et quantité variables :**
 - **Composition générale :** eau et oligoéléments, teneur élevée en lactose, basse en caséine, mais riche en protéines solubles (α - lactoglobulines) ou essentielles (lisozyme, Ig, lactoferrine), acides gras essentiels (acide linoléique et α -linoléique), triglycérides à chaîne longue
 - **Premiers allaitements :** colostrum, substance riche en IgA, glycoprotéines, ologosaccharides, cellules immunitaires et pauvres en graisse
 - Modification à partir du 15^e jour en lait de transition, de + en + riche en graisses
 - Éléments non nutritifs ayant un rôle immunologique : immunoglobulines, lizozyms et éléments cellulaires
- Tous ces éléments confèrent au nouveau-né (NN) une immunité passive contre certaines infections.
- Lait = substance spécifique d'espèce = **lait maternel différent du lait de vache**, notamment en raison de sa teneur et sa composition en protéines
 - + pauvre en caséines, d'où sa couleur translucide
 - + riche en protéines non nutritives (lactoferrine, Ig et lizozyms)
 - + adapté à la protection d'un nouveau-né dont le SI est + immature que celui des autres mammifères
 - Moins riche en vit D, source de rachitisme, d'où l'intérêt d'une supplémentation systématique
 - **Laits maternisés :** obtenus par transformation du lait de vache, qui n'est pas directement assimilable pour un nouveau-né

BÉNÉFICES CHEZ LA MÈRE	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la fréquence de la dépression du PP • Diminution du K du sein (4,3 % pour chaque année d'allaitement, encore + marqué chez les patientes BRCA1) • Diminution du K de l'ovaire • Diminution de l'obésité • Diminution du DT2 • Diminution du risque de dyslipidémie, d'HTA et maladies CV, qui persisterait après la ménopause
BÉNÉFICES CHEZ L'ENFANT	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution des allergies et de l'asthme, baisse de l'eczéma • Diminution des infections pédiatriques (ORL ++) • Diminution des leucémies pédiatriques • Amélioration de l'intelligence, diminution du risque de malocclusion dentaire et la probable réduction du risque d'obésité et de diabète • Favorise le lien mère/enfant

Contre-indications à l'allaitement

- Galactosémie congénitale
- Séropositivité VIH (dans les pays industrialisés)
- Tuberculose évolutive
- Psychose
- Prise de médicaments toxiques

B

Prévalence et facteurs influençant l'allaitement

- **Prévalence dans le post-partum**
 - À la maternité : allaitement entrepris dans 69,1 % des cas, avec 59,7 % d'allaitement exclusif, et 9,3 % d'allaitement partiel
 - À 3 mois : 39 % des enfants sont encore allaités
 - À 12 mois : 9 % sont encore allaités
- **France** = un des pays avec le taux de prévalence de l'allaitement le + bas dans le groupe des pays industrialisés, MAIS la fréquence et la durée d'allaitement ont doublé en F ces 20 dernières années
- **Recommandations** : 4 à 6 mois d'allaitement
- **Facteurs favorisant un arrêt prématuré** :
 - **Facteurs liés à la mère** : mère jeune, célibataire, faible statut socio-éco, mère récemment immigrée, déménagement proche de l'accouchement, primi, première expérience de l'allaitement, expérience passée négative, ambivalence ou non-désir d'allaiter, décision tardive, manque de connaissance, perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise, manque de confiance, dépression postnatale, difficultés d'allaitement, utilisation précoce d'une tétine, tabagisme, obésité, exercice d'une profession
 - **Facteurs liés au bébé et à son état de santé** : perte de poids > 10 %, faible prise de poids, problèmes de succion
 - **Facteurs liés à l'entourage** : absence de soutien de la part du partenaire, perception négative de la part du père
 - **Facteurs liés à l'organisation des soins en maternité** : mise au sein différée, premier peau-à-peau retardé, allaitement à horaires fixes, recours aux compléments de lait artificiel en maternité, méconnaissance et manque de soutien des professionnels
 - **Facteurs liés aux politiques de santé** : congé de maternité court, et peu rémunéré

Conseils pour l'allaitement

- Mise au sein immédiate, si possible en salle de travail, le colostrum étant très riche en Ig et cette première tétée favorisant la montée laiteuse
- Allaitement souple (horaires libres), à la demande (enfants à l'éveil), qui se juge sur le regard et le comportement de l'enfant, plus que sur la courbe de poids ; en général une tétée toutes les 2-3 heures au début, puis espacement progressif guidé par le nouveau-né
- Installation confortable pendant les tétées : la bouche du nouveau-né doit prendre largement l'aréole et non seulement le mamelon ; donner les 2 seins à chaque tétée
- Hygiène de vie : boissons abondantes, alimentation variée et riche en prot et en calcium, proscription du tabac/de l'OH/des excitants, lavage quotidien des seins à l'eau et au savon, protection des mamelons avec une compresse sèche pour éviter la macération

Complications de l'allaitement

ENGORGEMENT

- Stase de lait entraînant une augmentation de la pression intra-alvéolaire avec œdème et inflammation, le tout empêchant l'écoulement du lait, et une tétée de qualité
- **Clinique** : sein gonflé, tendu, douloureux, brillant avec œdème voire rougeur diffuse, peu/pas de fièvre
- **Diagnostic** uniquement clinique, aucun EC
- **Cause** :
 - **Mauvaise technique d'allaitement** (initiation retardée de l'allaitement à la naissance, mauvaise prise du sein avec mauvaise extraction du lait par tétée inefficace, limitation arbitraire de la fréquence ou durée des tétées, complément, canal lactifère bouché)
 - **Obstruction d'un canal lactifère** : petit bouchon blanc, voire marron ou verdâtre, avec engorgement correspondant au secteur du canal bouché ; amélioration en positionnant le NN sur la zone induée pendant la tète, et éviction de tout obstacle à l'écoulement du lait
- **Prévention** : tétées fréquentes et efficaces, sans limitation de leur nombre ou de leur durée et accompagnent de la femme qui allaite ; le seul ttt efficace est l'extraction du lait, par tétées, massage ou tire-lait ; AINS / antalgique peuvent aider à diminuer l'œdème

Attention : savoir différencier la congestion mammaire, aussi appelée « montée de lait » de l'engorgement mammaire : elle correspond à la seconde phase de lactogénèse avec élévation du débit sanguin, essentiellement couplée à une forte augmentation du volume produit ; à ce stade, la situation se normalisera à condition d'avoir des tétées fréquentes et efficaces

CREVASSES

- Rupture de la barrière cutanée
- Clinique : mamelon douloureux, sans signes cutanés, puis apparition d'un érythème, irritation et apparition des fissures et érosions
- Douleur parfois très intense, à impérativement prendre en compte en cas de persistance > 1 semaine d'allaitement
- Saignements possibles
- Peuvent être une porte d'entrée infection (Staph, candidose) avec risque de mastite
- Sont également responsable d'une baisse de la lactation par mauvaise stimulation du sein par l'enfant
- **Cause principale** : friction anormale entre le mamelon et la bouche du bébé, favorisée par des mauvaises prises du sein par l'enfant, plus rarement par des troubles de la succion ou un frein de langue trop court

MASTITE

- Inflammation du sein +/- infection
 - **Lymphangite** assimilable à la mastite **inflammatoire**
 - **Galactophorite** assimilable à une mastite **infectieuse**, évoquée en cas de pus dans le lait (= Signe de Budin)
 - Apparaît le + souvent autour de la 2^e semaine du PP avec dans 95 % des cas, une fièvre > 38,5° et des frissons, d'apparition brutale, associés à une douleur dans le sein
 - **Clinique** : sein présentant une zone inflammatoire rouge et indurée, avec parfois un nœud lymphatique associé
- Attention** : les signes cliniques ne permettent pas de différencier mastite infectieuse ou non
- **Étiologie** : stase du lait
 - En cas de mastites récurrentes, rechercher une mastite mal traitée initialement, la persistance d'une mauvaise technique d'allaitement, une possible asso avec une infection cutanée, ou + rarement une cause entraînant un faible drainage d'une partie du sein (anomalie d'un canal, tumeur)
 - **Intérêt de traiter par antibiothérapie PO toute crevasse surinfectée par *S. aureus*, pour prévenir une mastite**
 - **Diag essentiellement clinique** : examens bio inutiles et non spécifiques ; prélèvement bactériologique de lait toutefois recommandé avec interprétation prudente : germe > 10⁶ / ml en faveur d'une mastite à *S. aureus* ou Streptocoque B, mais la présence de plusieurs germes en faveur d'une souillure
 - Échographie nécessaire en cas de doute avec un abcès ou en cas de situation atypique / traînante
 - **Prévention** : bonne acquisition de la pratique de l'allaitement afin d'éviter toute stase du lait, lavage des mains et traitement des crevasses surinfectées

ABCÈS

- Collection de pus, bien limitée dans le sein
- **Clinique**: sein parfois chaud avec signes d'inflammation, ou froid sans signe d'inflammation
- Complication de la mastite, touchant environ 1 % des femmes qui allaitent
- Apparaît autour de la 6^e semaine, mais peut survenir à tout moment de la lactation et au cours du sevrage
- **Tableau clinique**: souvent sévère avec rougeur, douleur, chaleur et œdème; fièvre + modérée voire absente
- **Différence avec la mastite**: perception d'une masse fluctuante avec changement de coloration de la peau qui prend une teinte rouge-violacée; nécrose cutanée possible
- Début souvent insidieux avec douleurs chroniques et évolution à bas bruit; tableau d'engorgement mammaire possible avec une induration localisée +/- douloureuse
- **En cas de doute**: écho et bio (état infectieux avec hyperleucocytose, CRP augmentée)
- **Prévention**: éviter la stase du lait et agir vite en cas d'engorgement, de canal bouché ou de mamelon douloureux

INSUFFISANCE

- Principale cause d'interruption de l'allaitement
- Favorisée par la séparation mère/enfant ou par des ATCD chir des seins

Médicaments, toxiques et infections

Médicaments

- 90 % des femmes prennent au moins 1 médicament durant la 1^{re} semaine post-partum (PP)
- Les femmes qui prennent un ttt méd dans le PP sont + sujettes à une mauvaise observance de leur ttt, ou à un arrêt précoce de l'allaitement en raison des craintes d'effets néfastes du ttt sur le NN
- Interruption de l'allaitement en cas de prise médicamenteuse généralement non fondée sur de réelles preuves (données scientifiques non dispo, données issues d'expérimentations animales)
- Notions essentielles à prendre en compte concernant l'allaitement et les médicaments: quantité de médicament excrété dans le lait et risque de survenue d'EI
- Aucun examen d'imagerie (hors médecine nucléaire) ne justifie l'interruption de l'allaitement

Toxiques

■ Tabac

- La nicotine passe dans le lait maternel dans des quantités significatives → tabagisme déconseillé mais ne constituant pas une CI
- Encourager l'utilisation de substituts nicotiniques
- En l'absence de sevrage, recommander un intervalle de 2 heures entre tabac et mise au sein
- Associé à une moindre production de lait et à une augmentation d'arrêt précoce de l'allaitement + effets néfastes sur l'enfant → éviter la conso d'OH pendant l'allaitement
- En cas de conso modérée et ponctuelle, respecter un délai > 2 heures avant la mise au sein

■ Drogues

- Arrêt indispensable pour autoriser l'allaitement
- MAIS bénéfiques > inconvénients, même en cas de conso de drogues: l'allaitement est donc possible si la mère le souhaite

- Les conso peuvent perturber l'allaitement, ou modifier le comportement du bébé (sommolence excessive, ou au contraire agitation)
- Information et accompagnement de la mère
- Peut aider les femmes à diminuer voire arrêter leur consommation :
- De plus, le cocooning associé à l'allaitement maternel réduit les symptômes de sevrage chez l'enfant

Infections

- **Maladies contre-indiquants l'allaitement maternel**
 - **VIH**: risque de transmission prouvé d'où la CI dans les pays où l'alimentation par préparation pour nourrissons est réalisable dans de bonnes conditions
 - **HTLV1 et 2**: risque de transmission prouvée, variable selon la durée d'allaitement et selon la réponse immunitaire de la mère ; la congélation détruit le virus
- **Maladies nécessitant une suspension temporaire de l'allaitement**
 - **Varicelle-zona**:
 - › **Varicelle** potentiellement dangereuse pour le NN si la mère contracte la maladie dans les 5 jours avant la naissance jusqu'à 2 jours après: isoler la mère de l'enfant le temps de la contagion, càd 7 à 10 jours, avec surveillance étroite de l'enfant car la mère était contagieuse avant l'apparition de l'éruption ; le lait sera tiré et peut être donné à l'enfant, la transmission se faisant par contact direct et non via le lait
 - › **Zona**: respect strict des règles d'hygiène puisque la encore la contamination se fait par contact direct; en dehors de lésions aux seins, le lait est tiré puis donné à l'enfant
 - **Tuberculose**: NN de mère atteinte de tuberculose pulmonaire active isolée jusqu'à ce que l'infection ne soit pas contagieuse ; en cas d'allaitement prolongé, doser le médicament dans le lait, le plasma et les urines de l'enfant
- **Maladies ne contre-indiquant par l'allaitement maternel**
 - **Infections courantes**: contamination manu- ou aéroportée et non pas lactée aucun intérêt à la suspension de l'allaitement, d'autant que cela privera l'enfant des bienfaits immunitaires du lait maternel ; respect des mesures d'hygiène afin d'éviter la transmission des infections
 - **Herpès**:
 - › Transmission par contact direct, et allaitement non CI, même en cas de primo-infection
 - › Précautions drastiques à prendre pour éviter le contact direct
 - › En cas de lésions sur un sein : tirage du lait et le donner à l'enfant, tandis que l'allaitement est possible sur le sein indemne
 - **CMV**: passage dans le lait prouvé, donc contamination de l'enfant possible, mais sans risque pour un enfant né à terme MAIS précaution à prendre en cas de grande prématurité ; la congélation diminue la charge virale, et la pasteurisation la supprime.
 - **Hépatite B**:
 - › Les enfants allaités bénéficient du même protocole de séro-vaccination que les enfants non-allaités, avec injection précoce dans les 12 heures suivant la naissance d'Ig et vaccination à 3 injections (0,1 et 6 mois).
 - › Contamination materno-fœtale essentiellement par voie vaginale MAIS virus parfois retrouvé dans le lait ; vaccination efficace à 95 %, et l'allaitement maternel n'augmente pas le risque de contamination
 - › Est donc recommandé dès la naissance sans restriction, surtout en cas de forte contagiosité (Ag HBs, Ag HBE et ADN viral)

36 – Contraception

RANG	INTITULÉ
A	Connaître les différentes modalités de contraceptions existantes
A	Connaître les différents types de contraceptions hormonales œstroprogestatives, leur voie d'administration et leur classification
A	Connaître les différents types de contraceptions hormonales progestatives et leurs voies d'administration
A	Connaître les différents types de contraception d'urgence
B	Connaître les mécanismes d'action de la contraception œstroprogestative, progestative, d'urgence et intra-utérine
A	Connaître les contraceptions barrières
A	Connaître les contre-indications de la contraception œstroprogestative, progestative et intra-utérine
B	Connaître les critères de choix en 1 ^{re} intention de la contraception œstroprogestative
B	Connaître les éléments à explorer lors de l'entretien et de l'examen clinique avant la prescription d'une contraception hormonale et intra-utérine
A	Connaître la tolérance et les effets indésirables des différents contraceptifs hormonaux
B	Connaître les examens complémentaires recommandés à l'initiation d'une contraception œstroprogestative
B	Savoir prescrire les différentes contraceptions disponibles, y compris la contraception d'urgence
A	Connaître les niveaux d'efficacité des différentes stratégies contraceptives et des contraceptions d'urgence
B	Connaître et savoir expliciter à la patiente la conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule
B	Être capable d'expliquer à la patiente les avantages et inconvénients des différentes contraceptions
A	Connaître les interactions potentielles médicamenteuses
B	Connaître les éléments de suivi d'une contraception hormonale ou intra-utérine
B	Savoir prescrire une contraception chez les femmes à risque vasculaire
B	Connaître les modalités de prescription chez la jeune femme mineure
A	Connaître les différents modes de stérilisation féminine et masculine et l'existence d'une législation

Introduction

- But: empêcher la survenue d'une grossesse non désirée pendant une période donnée
- **4 conditions essentielles**: efficacité, acceptabilité, réversibilité et absence de danger
- Chaque méthode présente toutefois ses avantages et ses inconvénients
- Efficacité mesurée par l'**indice de Pearls** (rapport du nombre de grossesses accidentelles pour 100 femmes après 12 mois d'utilisation)
- **Différents types de contraceptions**: hormonales vs non hormonales

Indications

- Maîtrise de la fertilité afin d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée
- Existence de bénéfices non contraceptifs (préservatif et protection des IST)
- Peuvent être prescrites en cas de pathologies fonctionnelles ou organiques gynéco et mammaires, ou de pathologies nécessitant une aménorrhée thérapeutique (troubles de l'hémostase.)

Méthodes

Contraception œstroprogestative

B

<p>MÉCANISME D'ACTION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effet antigonadotrope : <ul style="list-style-type: none"> – Du composé progestatif, qui inhibe le déclenchement du pic de LH – Du composé œstrogénique qui inhibe la sécrétion de FSH et donc la croissance folliculaire cyclique • Modification de la glaire cervicale, épaisse et moins abondante (composé progestatif) • Atrophie / hypertrophie de l'endomètre, rendu moins apte à la nidation (composé progestatif)
<p>COMPOSITION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Œstrogène : éthinulœstradiol ou œstradiol • Progestatif, classé en génération <ol style="list-style-type: none"> 1. Noréthistérone 2. Lévonorgestrel 3. Gestogène, désogestrel, norgestamine • Autres progestatifs non classés : drospirénone, acétate de cyprotérone, diénogest, acétate de normogestrol, acétate de chlormadionen • Équilibre œstroprogestatif fonction de la dose et de la composition des 2 hormones • Plusieurs COP sont dispos en fonction de la séquence d'administration des stéroïdes • Administration d'O et de P à doses différentes : <ul style="list-style-type: none"> – Dose fixe des 2 composés : pilule combiné monophasique – Existence de 2 séquences de dosages (+ fortes poso en 2^e partie de plaquette) : pilule combinée biphasique voire triphasique
<p>VOIES D'ADMINISTRATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PO : pilule • Transdermique : patch • Vaginale : anneau <p>→ Ces 2 dernières permettent une meilleure observance mais comportent les mêmes CI métaboliques et vasculaires que la voie orale</p>
<p>INDICATIONS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contraception utilisée en 1^{re} intention chez la jeune femme sans FR • Prescrire en 1^{re} intention une COP de 2^e génération per os : risque thromboembolique moins élevé que les autres générations / voies d'administration • La COP de 3^e génération peut être prescrite en 1^{re} intention car le risque de TE est le même que pour la 2^e génération
<p>CONTRE-INDICATIONS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oncologiques : tumeurs malignes du sein ou de l'endomètre • Métaboliques : dyslipidémie non équilibrée et/ou non traitée, diabète mal équilibré ou compliqué • Vasculaires : thrombophilie biologique, HTA <u>même traitée et équilibrée</u>, migraine avec aura, tabagisme important, ATCD perso / familiaux d'événements thromboemboliques veineux, affections cardiovasculaires artérielles (IDM, AVC, AOMI), âge > 35-40 ans surtout en cas de FRCV associés • Hépto-biliaire : ATCD de lithiase • Pathologies hormonodépendantes vis-à-vis de la progestérone (méningiomes...) ou des œstrogènes (LES)

EFFETS INDÉSIRABLES	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du risque thromboembolique veineux par modification de l'hémostase induites par les stéroïdes (x3) : moins de risque avec les pilules de 2^e génération • Augmentation du risque artériel, surtout chez les femmes avec FRCV, par différentes actions de la COP : <ul style="list-style-type: none"> – Métabolisme glucidique par diminution de la tolérance au glucose, entraînant un certain degré d'insulinorésistance – Métabolisme lipidique : augmentation des TG, du cholestérol total et du HDL – Apparition d'une HTA (5 % des F) – Tabac : risque majoré chez les fumeuses, proportionnel au nb de cigarettes fumées – Migraine : effet synergique de la COP significatif sur le risque d'AVC • Autres EI : tb du cycle, tb digestifs, mastodynies, céphalées, tb de l'humeur et/ou de la libido, tb cutanés • Discrète augmentation du risque de K du sein et du col, mais contrebalancé par les effets bénéfiques cancérologiques • Risque de lithiase biliaire
EFFETS BÉNÉFIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du risque de K de l'ovaire (30-50 %, durée-dépendante, d'où l'absence de CI à la COP chez les patients BRCA1/2) • Diminution du risque de K de l'endomètre • Diminution du risque de K colorectal • Amélioration des dysménorrhées, ménorragies fonctionnelles, de l'acné et du syndrome prémenstruel

UTILISATION D'UNE COP SELON LES FACTEURS DE RISQUE VASCULAIRES	
ÂGE > 35 ANS	
SURPOIDS & OBÉSITÉ	
TABAGISME ACTIF	
MIGRAINE SIMPLE	
MIGRAINE AVEC AURA	Contre-indication formelle
DT2	Oui en l'absence d'autres FRCV mais en seconde intention (1 ^{er} choix : DIU au cuivre ou contraception microprogestative)
DIABÈTE INSULINODÉPENDANT	Contre-indication si diabète évoluant depuis > 20 ans ou en cas de complications vasculaires
DYSLIPIDÉMIE CONTRÔLÉE	Oui en l'absence d'autres FRCV
DYSLIPIDÉMIE CONTRÔLÉE APPARUE PENDANT L'UTILISATION DE LA COP	Contre-indication relative
DYSLIPIDÉMIE NON CONTRÔLÉE	Contre-indication formelle
HTA	Contre-indication relative