TENSION MAMMAIRE ET PRÉVENTION DE L'ENGORGEMENT

1- DESCRIPTION

Le terme de « **montée de lait** » est souvent interprété par les mères comme le moment à partir duquel elles commencent à avoir du lait dans les seins. Il peut renforcer l'idée que le colostrum des deux premiers jours ne suffit pas à leur nouveau-né. Il a donc été jugé pertinent d'utiliser ici d'autres termes pour décrire cette situation.

On réserve le terme d'**engorgement** à une situation pathologique, où la mère a une forte douleur et l'enfant ne peut prendre le sein, et le terme de **tension mammaire** à la situation physiologique, observée par les mères entre le 2e et le 3e jour de vie de l'enfant.

	Tension mammaire	Engorgement
Sensation de seins chauds	OUI	OUI
Sensation de seins tendus	OUI	tension très importante
Douleur	NON	OUI
Placard rouge	NON	OUI, éventuellement
Le lait coule facilement	OUI	NON
Le bébé arrive à prendre le sein	OUI	NON

Tableau 1 : les signes cliniques permettant de différencier la tension mammaire physiologique de l'engorgement.

Physiologiquement, un nouveau-né efficace qui a eu 8 à 12 tétées par 24 H depuis la naissance, est habituellement assez compétent pour gérer la tension normale des seins et continuer à téter. Néanmoins, il se peut que l'enfant ait des difficultés à téter au moment où les seins sont plus tendus, s'il n'a pas pu s'exercer suffisamment sur le sein plus souple des premiers jours. Dans ces cas-là, la tension mammaire est retardée, elle peut se compliquer d'un engorgement et celui-ci peut entrainer des difficultés dans la prise du sein, majorant à son tour l'engorgement.

2- L'AUGMENTATION DE LA LACTATION PENDANT LES PREMIERS JOURS

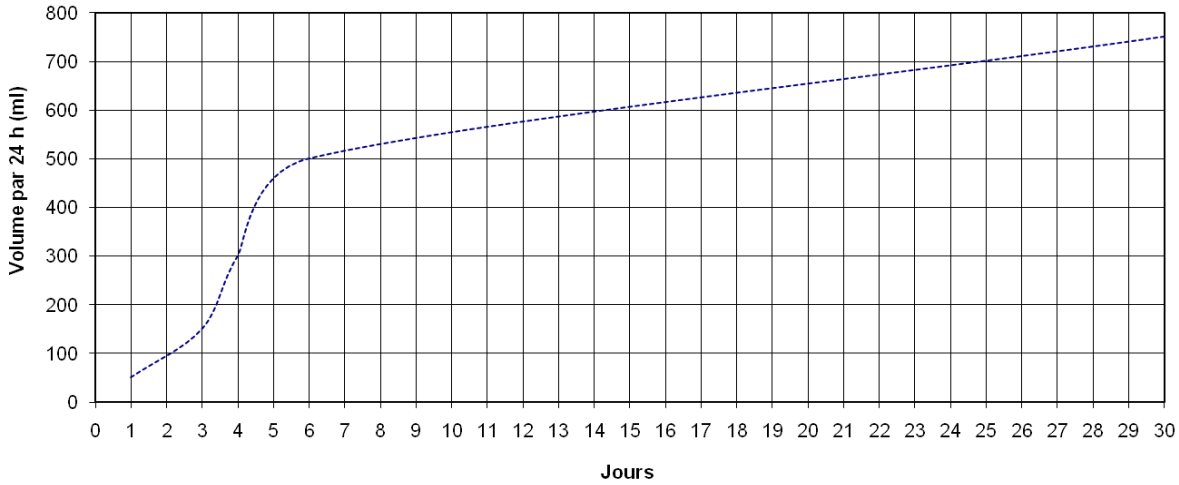

Figure 1 : Augmentation de la sécrétion lactée (volume produit par 24 H) pendant le 1er mois de vie de l'enfant.

L'augmentation de la sécrétion lactée est déclenchée par la chute de la progestérone et des œstrogènes associée à la délivrance[1]. Physiologiquement, elle s'exprime par la tension mammaire autour du 2e ou du 3e jour et la quantité produite par les seins sur 24 H augmente fortement de façon continue pendant les 5 premiers jours de vie : elle est comprise entre 50 et 100 ml le 1er jour et entre 400 et 600 ml le 5e jour.

Si les seins sont insuffisamment stimulés les 2 premiers jours,
- **l'augmentation de la production de lait est retardée et limitée,**
- **la tension mammaire résulte principalement de l'œdème.**

Ceci peut expliquer pourquoi, quand le démarrage de l'allaitement n'est pas optimal[2], certaines mères expriment très peu de lait alors que leurs seins sont très tendus.

3- Les conséquences possibles de l'engorgement

Les risques pour l'enfant

La difficulté à prendre le sein entraîne plusieurs risques pour l'enfant :
- agitation et pleurs
- perte de poids excessive
- aggravation de l'ictère

Les risques pour les seins

L'œdème exerce une pression mécanique sur les lactocytes, cellules sécrétrices du lait dans la glande mammaire.

Cette pression :
- diminue l'efficacité de l'action de la prolactine dans la glande mammaire,
- diminue le débit sanguin irrigant la glande. En particulier, l'ocytocine n'arrive plus suffisamment aux lactocytes : la mère peut avoir des difficultés pour exprimer son lait (réflexe d'éjection partiellement ou totalement inhibé). Ce phénomène est renforcé par la douleur de la mère.

Si la pression perdure, il y a un risque de mort cellulaire des lactocytes et de diminution irréversible de la capacité de la glande mammaire à produire du lait pour l'allaitement en cours.

Le vécu maternel

Compte-tenu de la douleur intense, certaines mères décrivent parfois l'engorgement comme un véritable traumatisme, dans une période où elles sont en pleine adaptation à leur nouveau-né. Un engorgement sévère peut amener à sevrer brutalement. Cette expérience peut les décourager par la suite d'envisager l'allaitement pour un nouvel enfant.

---

[1] Ceci explique pourquoi, en l'absence de tout traitement inhibiteur de la prolactine, les mères qui n'allaitent pas expérimentent une tension mammaire importante au cours de la première semaine de vie de l'enfant.
[2] Par démarrage optimal de l'allaitement, on entend des tétées fréquentes et efficaces dès les premières heures de vie.

4- LA PRÉVENTION DE L'ENGORGEMENT

Elle repose sur des tétées efficaces et suffisamment nombreuses dès les premières heures de vie.

Ceci implique d'accompagner la mère pour :
- repérer les signes d'éveil indiquant que l'enfant est prêt à téter, au besoin avec l'aide du peau à peau,
- s'installer confortablement pour proposer le sein à l'enfant,
- préserver son sommeil et celui de l'enfant (limiter les visites, par exemple)
- garder le bébé en proximité,
- éviter les biberons et sucettes.

L'observation régulière de la tétée (cf. Fiche 6) permet de suivre l'évolution de l'ajustement entre la mère et l'enfant et d'intervenir précocement en cas de douleur maternelle ou de difficulté de l'apprentissage de l'enfant.

5- FACTEURS PRÉDISPOSANT À UN RETARD À LA TENSION MAMMAIRE

Risques liés à la mère

- primiparité
- diabète insulino-dépendant
- obésité

Risques liés à la naissance

- césarienne
- prématurité
- hémorragie de la délivrance
- rétention placentaire

Risques liés au démarrage de l'allaitement

- si la mère a limité la durée des tétées,
- si l'enfant a beaucoup dormi pendant le 1er jour, voire le 2e jour,
- si l'enfant est peu efficace (problème de succion transitoire ou pas).

On a constaté cliniquement que la **perfusion de liquides pendant l'accouchement** était un facteur de risque de l'engorgement, en particulier de l'œdème aréolaire qui peut gêner la prise du sein dès la naissance.

Situation exceptionnelle
Très rarement, certaines mères, y compris des primipares, ont une tension mammaire dès le 1er jour de vie de leur enfant. Même avec un bébé très efficace qui tète fréquemment, ces femmes pourront expérimenter une tension très importante pendant plusieurs jours, qui se rétablit après chaque tétée. Si l'enfant a une difficulté temporaire pour prendre le sein, la situation peut évoluer très vite vers l'engorgement. Ces femmes ont besoin d'aide pour soulager cet inconfort, et d'accompagnement pour la suite car, habituellement, elles sont sujettes à l'hyperlactation.

6- Le traitement de l'engorgement

Dans un premier temps, il est important de comprendre les circonstances de survenue et de refaire le point sur le déroulement de l'allaitement. Savoir si le bébé a tété fréquemment jusque-là, permet d'envisager qu'il sera capable de prendre le sein dès que celui-ci aura été assoupli. À l'inverse, si l'enfant a peu tété et/ou si les tétées étaient douloureuses, il sera peut-être nécessaire de drainer le sein par un autre moyen que la tétée (expression du lait).

1- Drainage du sein

Le drainage est le seul moyen validé pour traiter l'engorgement et éviter les complications. Il n'y a pas de risque de « sur-stimulation » de la production quel que soit le moyen de drainage : quand les mères expriment leur lait, les quantités de lait sont en général assez faibles et il s'agit là d'un drainage ponctuel. Pour drainer le sein, le soignant propose par ordre de priorité :

- La tétée, en aidant la mère à trouver une position qui permet une prise du sein optimale (cf. Fiche 15 « Accompagner le démarrage de l'allaitement maternel »)
- L'expression manuelle ; elle est à privilégier si l'enfant ne peut pas téter ou si la tétée ne suffit pas à soulager la tension des seins car elle permet à la mère de rester autonome sans matériel supplémentaire. (cf. fiche 11 « Expression manuelle et tire-lait »)
- L'expression avec un tire-lait (manuel ou électrique) si c'est la préférence de la mère. Le soignant propose une téterelle de taille adaptée (cf. Fiche11 « Expression manuelle et tire-lait »).

Parfois, exprimer un peu de lait avant de proposer le sein au bébé peut aider.

2- L'assouplissement par contre pression aréolaire

Il est utile quand l'enfant a des difficultés pour prendre le sein et s'il existe un œdème de l'aréole, même peu visible.

Elle est à effectuer juste avant la tétée et autant de fois que nécessaire. Elle consiste à repousser l'œdème dans la partie profonde du sein.
La mère exerce une pression digitale douce de l'aréole, en plaçant la pulpe des doigts à la base du mamelon. Pendant environ une minute, la mère augmente la pression des doigts en fonction de sa sensibilité. Cela n'est pas douloureux.

La mère parcourt toute la base du mamelon en changeant la position de ses doigts.

Ensuite, elle refait la même série de pressions en éloignant ses doigts du mamelon pour assouplir toute la partie de l'aréole que l'enfant aura en bouche pendant la tétée.

Si l'aréole est très tendue, on voit le signe du godet à l'endroit où les doigts ont fait pression.

Si la mère a les ongles longs, elle peut le faire comme sur les photos ci-dessous.

3- Moyens pour soulager la mère

La restriction hydrique et le bandage des seins ne sont pas à proposer car inefficaces, douloureux et risqués pour la mère.

Favoriser le bien-être de la mère est important pour déclencher le réflexe d'éjection : éviter les visites au moment du traitement, proposer au papa de masser le dos de sa conjointe, veiller au confort maternel.

Aucun des moyens décrits ci-dessous n'a été validé comme traitement mais, en association avec le drainage des seins, leur efficacité pour soulager est reconnue cliniquement.

a)- On peut avoir recours à des **moyens locaux**
- Application de chaleur avant le drainage : douche ou gant chaud
- Application de froid après le drainage
- Application de feuille de chou vert fraiche ou congelée. La feuille de chou peut être aplatie pour briser les nervures centrales si elles sont grosses. Elle est placée dans le soutien-gorge jusqu'à son flétrissement ou la tétée suivante.

b)- **Les autres moyens**
L'utilisation d'ocytocine est parfois ponctuellement efficace pour déclencher l'éjection du lait, mais le plus souvent inutile si les autres suggestions sont mises en œuvre.
Si besoin, on peut **prescrire** une préparation homéopathique et/ou des médicaments à visée antalgique (paracétamol), voire anti-inflammatoire (ibuprofène, acide acétylsalicylique en prise unique). L'acupuncture, pratiquée par un professionnel formé, est aussi un moyen possible.

Rappelons cependant que le meilleur traitement de l'engorgement est sa prévention.