

GUIDE PRATIQUE EN ALLAITEMENT POUR LES MÉDECINS



JEAN-CLAUDE MERCIER, PÉDIATRE
CÉCILE FORTIN, CONSULTANTE EN LACTATION
MARIE-JOSÉE SANTÈRE, INFIRMIÈRE CLINICIENNE
ET CONSULTANTE EN LACTATION



Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Mme Sylvie Bélanger
Centre de documentation
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000, poste 217

Télécopieur : 418 666-2776

Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût : 20,00 \$ + 1,00 \$ (TPS) = 21,00 \$

Payable à l'avance par chèque à l'ordre de ASSS de la Capitale-Nationale-DRSP

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-89496-414-9 (version imprimée)

978-2-89496-415-6 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

La référence de ce document est permise, en autant que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

MERCIER, Jean-Claude, Cécile FORTIN et Marie-Josée SANTERRE. *Guide pratique en allaitement pour les médecins*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2010, 68 p.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Auteurs :

Jean-Claude Mercier, pédiatre, médecin-conseil,
Direction régionale de santé publique (DRSP) de la Capitale-Nationale

Cécile Fortin, consultante en lactation, spécialiste en activités cliniques,
DRSP de la Capitale-Nationale

Marie-Josée Santerre, infirmière clinicienne, consultante en lactation,
spécialiste en activités cliniques, DRSP de la Capitale-Nationale

Équipe de coordination de la rédaction :

Manon Méthot, consultante en lactation, DRSP de la Capitale-Nationale

Monik St-Pierre, nutritionniste, répondante régionale en allaitement,
agente de planification, de programmation et de recherche,
DRSP de la Capitale-Nationale

Collaborateurs :

Suzanne Dionne, médecin, CLSC Saint-Joseph,
Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Haute-Yamaska

Martin Lalinec-Michaud, médecin, Unité de médecine familiale
Haute-Ville, CSSS de la Vieille-Capitale

Myriam Tremblay, médecin, Unité de médecine familiale
Saint-François d'Assise, CSSS de la Vieille-Capitale

Lucie Péloquin, médecin, et son équipe, Unité de médecine familiale
Maizerets, CSSS de Québec-Nord

Brigitte Martin, pharmacienne, responsable du centre IMAGE
(Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse),
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Introduction.....	5
Soutenir une femme qui allaite	7
Problèmes chez la femme qui allaite	8
Douleur aux mamelons	8
Gerçure ou crevasse sans infection	8
Crevasse avec surinfection bactérienne.....	10
Eczéma et dermatite de contact	12
Vasospasme.....	14
Infection fongique (candidose)	16
Douleur aux seins	18
Candidose dans le sein	18
Canal lactifère obstrué.....	20
Mastite.....	22
Abcès	24
Production de lait insuffisante	26
Maintenir la production de lait sans mise au sein	30
Maladies maternelles	32
Médications maternelles.....	34
Problèmes chez l'enfant allaité.....	36
Gain pondéral lent secondaire à une carence en apports... ..	36
Ankyloglossie.....	40
Maladies chez l'enfant	42
Bibliographie.....	44
Ressources en allaitement.....	49
Ressources pour les professionnels.....	49
Médicaments et allaitement.....	49
Allaitement et contre-indications	49
Academy of Breastfeeding Medicine.....	49
American Academy of Pediatrics – Policy Statement	50

Courbes de croissances de l'Organisation mondiale de la santé (2006).....	50
Feuillet de D' Jack Newman	50
Vers qui diriger les mères	
Ressources de 1 ^{re} ligne.....	50
Infirmière du CLSC.....	50
Organismes communautaires en allaitement.....	51
Cliniques communautaires en allaitement.....	51
Ressources spécialisées	
Ressources de 2 ^e et de 3 ^e lignes.....	52
Cliniques spécialisées en allaitement.....	52
Consultantes en lactation IBCLC en pratique privée.....	52
Suggestions et commentaires.....	53
Notes	54
Photos.....	58



Les bénéfices de l'allaitement sont nombreux tant pour la mère que pour le bébé. De nombreuses études ont démontré que l'allaitement maternel réduit l'incidence de plusieurs maladies ou en diminue la gravité.

Santé Canada, United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les associations canadiennes et américaines de pédiatrie et plusieurs autres associations recommandent l'allaitement exclusif jusqu'à six mois. À cet âge, les aliments complémentaires sont introduits graduellement dans l'alimentation de l'enfant et l'allaitement peut se poursuivre jusqu'à deux ans et plus, soit aussi longtemps que la mère et le bébé le désirent. Lorsqu'on parle d'allaitement exclusif, le bébé est nourri avec le lait de la mère seulement. Il ne reçoit aucun autre aliment ni boisson, pas même de l'eau (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux; le lait maternel exprimé est également accepté).

Ce guide s'adresse aux médecins travaillant en clinique médicale avec ou sans rendez-vous. Son but est de les soutenir lorsqu'une mère les consulte pour un problème d'allaitement.

Les fiches-conseils aideront le médecin à trouver rapidement l'information nécessaire à la résolution de plusieurs problèmes d'allaitement. Des photos illustrant certains des problèmes sont présentées à la fin du guide.

Depuis 2004, les trois auteurs ont développé une expertise de pointe en matière d'allaitement en agissant à titre de cliniciens au sein d'une clinique d'allaitement de deuxième et de troisième lignes. Ils offrent également des sessions de formation médicale en allaitement depuis plusieurs années.

Les informations contenues dans cet outil s'appuient sur la littérature scientifique et l'expérience clinique des auteurs. Il s'agit d'un aide-mémoire qui ne se substitue en rien au jugement clinique du médecin. De plus, les approches et interventions proposées ne représentent pas la seule ni la meilleure façon de traiter un problème d'allaitement, mais constituent des pistes de solution pouvant aider le praticien dans plusieurs situations.

Les recommandations sont conformes aux normes actuelles. Les doses de médicaments peuvent varier et doivent être validées auprès de sources reconnues avant d'être appliquées. Plusieurs médecins collaborateurs ont contribué à la correction et à la validation des informations. Les traitements pharmacologiques proposés dans ce guide ont été vérifiés par le centre IMAGE du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

Soutenir une femme qui allaite :

Lorsque l'allaitement est difficile, la mère vit une période intense et a besoin d'un soutien particulier. Certaines d'entre elles éprouvent du regret ou de la tristesse à l'idée d'abandonner l'allaitement. Voici quelques pistes d'intervention :

- Soutenir la mère dans la réalisation de ses objectifs en tenant compte de ses valeurs, de ses croyances, de sa culture et de ses limites.
- Proposer des choix qui la rejoignent et avec lesquels elle est à l'aise, même si ces derniers ne sont pas en concordance avec les convictions du clinicien, tout en assurant la sécurité de l'enfant.
- Valoriser l'expérience vécue sans faire surgir, d'aucune façon, de sentiment de culpabilité. Valoriser l'effort accompli peu importe l'issue.

Au moment de l'intervention :

- Préconiser trois priorités, dans l'ordre, en relation avec l'alimentation de l'enfant :
 - Alimenter adéquatement l'enfant;
 - Favoriser le lait maternel le plus possible;
 - Nourrir l'enfant au sein lorsque possible.
- Établir l'intervention selon les données scientifiques, lorsque disponibles.
- Considérer le lait humain comme la norme dans l'alimentation du nourrisson et le meilleur aliment qui soit.
- Favoriser une approche sans médication, lorsque possible.
- Favoriser l'intervention la plus simple possible.
- Fournir toute l'information nécessaire afin que la mère puisse prendre des décisions éclairées.

Douleur aux mamelons

Gerçure ou crevasse sans infection (cf. photos 1-2, p. 58)

La blessure au mamelon causée par une mauvaise prise du sein se compare à la plaie de pression. Lorsque la prise du sein est inadéquate, le mamelon se trouve comprimé entre les gencives ou entre la langue et le palais dur, ce qui entraîne un cisaillement ou une ischémie.

La gerçure est une irritation superficielle de la peau. Lorsque l'intégrité de la peau est compromise ou qu'il y a perte de substance, on parle de crevasse ou d'ulcère de pression. Ces blessures sont une porte ouverte à l'infection.

Signes et symptômes :

- Apparaît généralement dans les premiers jours de l'allaitement.
- Douleur : maximale en début de tétée; légère à modérée entre les tétées; augmentée par la friction.
- Plaie superficielle à profonde.
- Absence d'écoulement purulent, d'œdème et de rougeur.

Causes :

- Trauma mécanique secondaire à une mauvaise prise du sein.
- Irritation secondaire à une utilisation inadéquate du tire-lait, d'un tire-lait de mauvaise qualité ou de la tétérèle.
- Enfant retiré du sein sans bris de succion ou de façon incorrecte.
- Frein de langue court chez l'enfant.
- Élasticité de la peau réduite (engorgement, mamelons invaginés ou plats).
- Morsure (rare).

Diagnostiques différentiels :

- Candidose au mamelon.
- Vasospasme.
- Eczéma, psoriasis et dermatite de contact.

À noter : • Une crevasse qui persiste plus d'une semaine peut être infectée.
• Plusieurs de ces problèmes peuvent coexister.



Traitements non médicaux :

- Améliorer la prise du sein de façon à ce que le bébé prenne une plus grande partie de l'aréole.
- Proposer de diminuer ou cesser les mises au sein du côté affecté pendant 24 à 48 heures lorsque la tétée est trop douloureuse. Il est important de maintenir la production de lait avec un tire-lait de qualité ou l'expression manuelle si la mère a une technique efficace.
- S'assurer de l'utilisation adéquate d'un tire-lait de qualité (si la mère utilise un tire-lait).

Traitements médicaux :

- Utiliser un onguent antibactérien s'il y a perte de substance pour prévenir la surinfection.
- Appliquer l'onguent avec parcimonie sur le mamelon après chaque tétée. Utiliser jusqu'à soulagement et espacer graduellement sur 1 à 2 semaines. Ne pas laver ou essuyer avant la tétée.
- Soulager la douleur avec un anti-inflammatoire non stéroïdien au besoin (l'ibuprofène et le naproxène en courte durée sont compatibles avec l'allaitement).
- Considérer une frénotomie au besoin.

À noter : • Appliquer une crème ou un onguent n'élimine pas la cause ni le problème.

• Appliquer un corps gras non toxique pour le bébé (ex. : lanoline purifiée) est davantage une mesure de confort temporaire.

Non recommandé :

- Vitamine E sur les mamelons.
- Pommade de composition inconnue ou potentiellement toxique pour le bébé.

Orientation vers une autre ressource :

- Ressources en allaitement pour améliorer la prise du sein. Plus le bébé est jeune, plus il est facile d'améliorer la prise du sein (cf. Vers qui diriger les mères, page 50 et Ressources spécialisées en allaitement, page 52).
- Médecin ou dentiste qui pratique des frénotomies, le cas échéant.

Douleur aux mamelons

Crevasse avec surinfection bactérienne (cf. photos 3-4, p. 59)

Lorsqu'une crevasse persiste plus d'une semaine, il n'est pas rare qu'elle s'infecte et guérisse moins vite. Elle peut aussi s'élargir, allant parfois jusqu'à l'ulcère de pression.

Avec un traitement approprié, la douleur diminue rapidement, mais la plaie peut être longue à guérir complètement.

Signes et symptômes :

- Douleur aiguë : maximale en début de tétée; modérée pendant le reste de la tétée.
- Apparaît généralement après la première semaine de l'allaitement.
- Plaie superficielle à profonde avec perte de substance.
- Plaie qui adhère aux compresses d'allaitement.
- Présence d'écoulement purulent, d'œdème et de rougeur.

Cause :

- Complication de la gerçure ou crevasse non guérie.

Diagnostics différentiels :

- Candidose au mamelon.
- Vasospasme.
- Eczéma, psoriasis et dermatite de contact.

À noter : plusieurs de ces problèmes peuvent coexister.

Traitements non médicaux :

- Améliorer la prise du sein de façon à ce que le bébé prenne une plus grande partie de l'aréole.
- Lorsque la tétée est trop douloureuse, proposer de diminuer ou cesser les mises au sein pendant 24 à 48 heures. Il est important de maintenir la production de lait avec un tire-lait de qualité ou l'expression manuelle si la mère a une technique efficace.

Traitements médicaux :

- Appliquer de la mupirocine (disponible sans ordonnance auprès du pharmacien) ou de l'acide fusidique.
- Utiliser une pommade magistrale (recette du Dr J. Newman), si suspicion de causes multiples de douleur :



Total ± 30 g

- Onguent de mupirocine 2 % (15 g);
- Onguent de valérate de bétaméthasone 0,1 % (15 g) ou un équivalent;
- Miconazole en poudre pour obtenir une concentration de 2 %.

- Appliquer l'un ou l'autre des onguents sur l'aréole et le mamelon avec parcimonie après chaque tétée. Utiliser jusqu'à soulagement et espacer graduellement sur 1 à 2 semaines. Ne pas laver ou essuyer avant la tétée.
- Recourir à une antibiothérapie antistaphylococcique *per os*, si plaie profonde ou perte de substance importante persistant plus de 7 à 10 jours.
- Soulager la douleur avec un anti-inflammatoire non stéroïdien au besoin (l'ibuprofène et le naproxène en courte durée sont compatibles avec l'allaitement).

À noter : les onguents semblent plus efficaces que les crèmes, car ils réduisent la formation de croûtes pouvant bloquer l'écoulement du lait.

Non recommandé :

- Appliquer une pommade de composition inconnue ou potentiellement toxique pour le bébé.

Orientation vers une autre ressource :

- Ressources en allaitement pour améliorer la prise du sein. Plus le bébé est jeune, plus il est facile d'améliorer la prise du sein (cf. Vers qui diriger les mères, page 50 et Ressources spécialisées en allaitement, page 52).
- Organismes communautaires pour du soutien en allaitement et des conseils sur l'expression du lait et, au besoin, l'achat ou la location d'un tire-lait de qualité (cf. Organismes communautaires en allaitement, page 51).

Douleur aux mamelons

Eczéma et dermatite de contact (cf. photos 5-6, p. 60)

Il est difficile de distinguer l'eczéma d'une dermatite de contact, mais le traitement est le même. C'est une cause de douleur facilement traitable.

Tout problème dermatologique peut affecter le sein, surtout en période de lactation, à cause de la très grande vascularisation associée à la production du lait.

Signes et symptômes :

- Prurit rare.
- Douleur pendant ou après la tétée, parfois de type brûlure.
- Érythème au mamelon impliquant ou non l'aréole.
- Sécheresse et souvent fine desquamation.
- Suintement possible en cas de réaction importante.
- Zone pouvant excéder la partie de l'aréole qui entre en contact avec la bouche de l'enfant.
- Signes très légers parfois.

Causes :

- Dermatite de contact à la salive de l'enfant dont le pH change en vieillissant.
- Dermatite de contact aux compresses d'allaitement ou autre.
- Humidité excessive.
- Savon.
- Réaction à un produit appliqué sur le sein (crème antifongique, antibiotique, lanoline).
- Eczéma.

Diagnostiques différentiels :

- Candidose au mamelon (apparence plus luisante de la peau).
- Toute dermatite systémique qui pourrait toucher le sein, comme le psoriasis.

Traitements non médicaux :

- Éviter l'humidité excessive.
- Éliminer les facteurs aggravants qui sont en contact avec le sein s'il y a lieu.
- Cesser les produits et crèmes appliqués sur les mamelons et les seins.

Traitements médicaux :

- Appliquer un onguent de cortisone de puissance faible à modérée :
 - Appliquer initialement après chaque tétée pour confirmer la réponse clinique;
 - Par la suite, fréquence et durée selon évolution;
 - Ne pas l'enlever avant la tétée.
- Associer un antifongique en alternance si suspicion de candidose :
 - Appliquer du miconazole ou du clotrimazole sur le mamelon et l'aréole;
 - Ne l'enlever avant la tétée.

Orientation vers une autre ressource :

- Dermatologue ou médecin en clinique spécialisée en allaitement (cf. Cliniques spécialisées en allaitement, page 52).

Douleur aux mamelons

Vasospasme (cf. photos 9-12, p. 62-63)

Le vasospasme ou syndrome de Raynaud du mamelon est assez fréquent. Il est une cause peu connue de douleur au mamelon.

Un traitement n'est pas nécessaire à moins de douleur significative pour la mère. Il n'est presque jamais associé à d'autres problèmes vasculaires.

Signes et symptômes :

- Mamelon complètement normal entre les vasospasmes en l'absence d'un problème concomitant.
- Aucune douleur ressentie entre les épisodes de vasospasme sauf si autre problème concomitant.
- Blanchissement (rarement bleuissement) du mamelon. La décoloration est variable en intensité et en durée. Elle peut se voir sur une petite région ou sur toute la surface du mamelon.
- Brûlure ou pincement ressenti au mamelon ou à l'intérieur du sein au moment de la décoloration.
- Douleur variable en durée et en intensité, de faible jusqu'à très intense (peut irradier dans le dos).
- Commence habituellement dans les minutes suivant la fin de la tétée.
- Peut être bref (moins de 1 minute) et survenir par intermittence jusqu'à la tétée suivante.
- Survient souvent lorsque le mamelon est exposé au froid ou à l'air, par exemple lorsque le bébé se retire du sein, que la mère sort de la douche ou qu'elle a froid.

Causes :

- Idiopathique.
- Souvent secondaire à une autre source de douleur comme une mauvaise prise du sein ou une candidose.

Diagnostiques différentiels :

- Candidose au mamelon ou au sein.
- Eczéma.
- Gerçures ou crevasses.
- Mauvaise prise du sein.

Traitements non médicaux :

- Améliorer la prise du sein de façon à ce que le bébé prenne une plus grande partie de l'aréole.
- Appliquer de la chaleur sèche localement pendant quelques minutes.
- Éviter le froid ambiant, bien se couvrir au besoin.
- Éviter la caféine, la nicotine et les autres vasoconstricteurs.

Traitements médicaux :

- Traiter seulement si la douleur est significative.
- Essayer d'abord la vitamine B6. Malgré l'absence d'étude, selon des témoignages elle semble efficace pour certaines femmes et comporte peu d'effets secondaires outre de rares bouffées de chaleur (flush). La dose est de 150 à 200 mg i.d. pendant 4 jours, puis 25-50 mg i.d x 2 semaines. Parfois la dose forte est efficace et non celle de 25-50 mg ; garder alors la plus petite dose efficace. Si récidive, répéter le traitement au besoin. Cesser si inefficace après 2 semaines.
- Si la B6 est inefficace ou si la douleur est très importante, utiliser la nifédipine longue action 30 mg i.d. x 2 semaines. Si inefficace après 5 jours, la dose peut être augmentée à 60 mg i.d. x 2 semaines. Si récidive, répéter le traitement au besoin.
- Traiter la surinfection fongique le cas échéant.

Orientation vers une autre ressource :

- Ressources en allaitement pour améliorer la prise du sein. Plus le bébé est jeune, plus il est facile d'améliorer la prise du sein (cf. Vers qui diriger les mères, page 50 et Ressources spécialisées en allaitement, page 52).

Douleur aux mamelons

Infection fongique (candidose) (cf. photos 7-8, p. 61)

Chez la mère, l'infection à candida au mamelon cause de la douleur. Elle est peu probable dans la première semaine du postpartum. Elle peut survenir n'importe quand après une période d'allaitement sans problème.

Une blessure au mamelon prédispose à l'infection fongique.

Signes et symptômes :

- Érythème sur un ou les deux mamelons pouvant déborder sur l'aréole. Il ne dépasse généralement pas la zone couverte par la bouche du bébé.
- Peau de l'aréole est souvent luisante, avec ou sans fendillement.
- Douleur sous forme de brûlure au mamelon ou à l'aréole pendant toute la tétée; habituellement plus forte à la fin ou après la tétée.
- Bébé parfois asymptomatique (candidose buccale ou fessière).
- Signes parfois minimes sur le mamelon.

Causes :

- Idiopathique dans la plupart des cas.
- Gerçures ou crevasses : une porte d'entrée potentielle pour le candida.
- Prise récente d'antibiotiques.
- Diabète maternel.

Diagnostiques différentiels :

- Mauvaise prise du sein.
- Gerçure ou crevasse non infectée.
- Vasospasme (souvent déclenché ou exacerbé par une candidose).
- Eczéma, psoriasis et dermatite de contact.

Traitements non médicaux :

- Améliorer la prise du sein pour éliminer le trauma mécanique s'il y a lieu.
- Changer les compresses d'allaitement régulièrement pour éviter de garder les mamelons dans l'humidité.
- Désinfecter les tétines et les sucettes de l'enfant en les faisant bouillir 10 minutes au début du traitement. Désinfecter de nouveau après quelques jours.

Traitements médicaux :

- Mère : appliquer du miconazole ou du clotrimazole sur le mamelon et l'aréole après chaque tétée pendant 7 jours minimum ou *Ad* 1 semaine sans lésion ni douleur. Ne pas laver ou essuyer avant la tétée.
- Favoriser l'utilisation du violet de gentiane (cf. Traitements médicaux, page 19) :
 - Si la douleur au mamelon est aiguë;
 - Si il y a une sensation de brûlure à l'intérieur du sein;
 - Si le traitement avec l'antifongique est inefficace après 7 jours.
- Bébé : utiliser le traitement habituel si présence de muguet dans la bouche du bébé.
- Il est parfois nécessaire de traiter simultanément la mère et le bébé même si le bébé n'a pas de symptôme.

Non recommandé :

- Bleu de méthylène (pas d'action antifongique).

Orientation vers une autre ressource :

- Ressources en allaitement pour améliorer la prise du sein. Plus le bébé est jeune, plus il est facile d'améliorer la prise du sein (cf. Vers qui diriger les mères, page 50 et Ressources spécialisées en allaitement, page 52).

Douleur aux seins

Candidose dans le sein

La présence de candidose dans les canaux lactifères ne fait pas l'unanimité chez les experts en allaitement. La culture ne permet pas un diagnostic sûr à cause du grand nombre de faux positifs et de faux négatifs.

La disparition des symptômes à la suite du traitement est souvent la confirmation du diagnostic. La mère n'a pas nécessairement une candidose au mamelon. Il est rare que l'enfant en ait dans la bouche. Les symptômes peuvent survenir de façon graduelle ou s'ajouter à un mal déjà existant. Les symptômes ressemblent à ceux du vasospasme.

Signes et symptômes :

- Condition rare la première semaine du postpartum.
- Dans le premier mois, souvent secondaire à des gerçures ou crevasses.
- Classiquement, survient après une période d'allaitement sans problème.
- Douleur habituellement limitée à un sein dont l'examen est normal.
- Douleur soudaine et inexplicquée pendant ou entre les tétées souvent plus forte à la fin ou après la tétée; sensation de brûlures ou d'aiguilles qui traversent le sein. Elle peut irradier dans le dos vers l'omoplate. Cette douleur peut réveiller la nuit.
- Mamelon et aréole peuvent ne pas présenter de rougeur.
- Douleur aussi ressentie lors de l'expression du lait.

Causes :

- Idiopathique dans la plupart des cas.
- Candidose au mamelon.
- Gerçures ou crevasses actuelles ou récentes : une porte d'entrée potentielle.
- Prise récente d'antibiotiques.
- Diabète maternel.

Diagnostiques différentiels :

- Vasospasme (souvent déclenché ou exacerbé par le candida au mamelon).
- Mastite (rougeur, chaleur, œdème, fièvre).
- Canal obstrué (rougeur, chaleur, œdème).
- Inflammation résiduelle à l'intérieur du sein secondaire à un engorgement ou à une mastite.

Traitements non médicaux :

- Désinfecter les tétines et les sucettes de l'enfant en les faisant bouillir 10 minutes au début du traitement. Désinfecter de nouveau après quelques jours.

Traitements médicaux :

- Traiter la mère et le bébé simultanément même si le bébé n'a pas de symptôme.
- Employer de préférence du violet de gentiane 0,5-1,0 % :
 - Badigeonner la bouche du bébé avant la tétée i.d. x 4 jours. Cesser après 4 jours si aucune amélioration ou résolution complète. Si amélioration partielle, poursuivre le traitement sur le mamelon et l'aréole après la tétée i.d. x 3 jours de plus (total 7 jours);
 - À noter : le risque d'ulcération dans la bouche du bébé augmente avec la durée du traitement.
- Traiter en cas d'échec avec du fluconazole 400 mg au jour 1 suivi de 100 mg b.i.d. pendant un minimum de 14 jours et de 7 jours sans symptôme. L'absence de réponse thérapeutique après 7 à 10 jours doit inciter à reconsidérer le diagnostic.
- Soulager la douleur avec un anti-inflammatoire non stéroïdien au besoin (l'ibuprofène et le naproxène en courte durée sont compatibles avec l'allaitement).

Douleur aux seins

Canal lactifère obstrué (cf. photos 13-14, p. 64)

Lorsque le lait d'un canal lactifère ne parvient plus à s'écouler par le mamelon, on parle d'un canal obstrué. La distension aiguë ou prolongée du canal peut entraîner de l'inflammation qui nuit à son tour à l'écoulement du lait. Le canal obstrué ne s'accompagne pas de symptômes systémiques. Le sein présente une douleur et une zone indurée palpable, mais pas toujours de rougeur.

Signes et symptômes :

- Occurrence habituellement unilatérale.
- Apparition graduelle de douleur, rougeur, chaleur, œdème.
- Élançement dans le sein (zone délimitée).
- Parfois présence d'un point blanc ou d'une ampoule au mamelon.

Causes :

- Stase de lait.
- Tétée sautée ou plus espacée qu'à l'habitude.
- Pression prolongée sur une région du sein, par exemple par le tire-lait mal tenu, un soutien-gorge mal ajusté, etc.
- Occlusion d'un pore du mamelon par une ampoule ou une lésion croûtée.

Diagnostiques différentiels :

- Mastite.
- Vasospasme.
- Candidose dans le sein.

Traitements non médicaux :

- Drainer efficacement le sein en poursuivant l'allaitement des deux côtés. Si possible, diriger le menton ou le nez du bébé vers la région indurée lorsqu'il tète.
- Utiliser un tire-lait de qualité au besoin pour une plus grande efficacité.
- Appliquer de la glace entre les tétées (10-15 min/2 h) pour diminuer l'inflammation.
- Appliquer des compresses chaudes ou prendre un bain chaud avant la tétée ou l'expression de lait.
- Pratiquer un massage doux avant ou pendant la tétée.
- Se reposer et s'hydrater suffisamment.

Traitements médicaux :

- Utiliser un anti-inflammatoire non stéroïdien pour diminuer l'inflammation et soulager la douleur. L'ibuprofène et le naproxène en courte durée sont compatibles avec l'allaitement.
- Ajouter un onguent antibiotique si présence de lésions aux mamelons.
- Informer la mère pour qu'elle surveille des signes de complication : mastite ou abcès.

Non recommandé :

- Cesser l'allaitement pendant l'épisode, car cela augmente les risques de mastite.

Orientation vers une autre ressource :

- Organismes communautaires pour du soutien en allaitement et des conseils sur l'expression du lait et, au besoin, l'achat ou la location d'un tire-lait de qualité (cf. Organismes communautaires en allaitement, page 51).

Douleur aux seins

Mastite (cf. photos 15-16, p. 65)

La mastite est une inflammation du tissu mammaire, avec ou sans infection.

L'inflammation et l'infection peuvent entraîner des changements dans l'apparence et le goût du lait maternel. L'OMS recommande la poursuite de l'allaitement lors d'une mastite.

Si le statut immunitaire de l'enfant est compromis (rare) ou s'il présente des symptômes d'infection (très rare), un traitement antibiotique peut être indiqué pour l'enfant.

Signes et symptômes :

- Symptômes systémiques : asthénie, malaises, myalgies, frissons, fièvre. Peuvent précéder la douleur au sein.
- Douleur, rougeur, œdème ou induration.
- Habituellement unilatérale mais parfois bilatérale.
- Coagulât de lait ou présence de mucus dans le lait.
- Augmentation de la teneur en sodium secondaire à l'inflammation qui donne un goût salé au lait.
- Lait de coloration verdâtre ou orangée (rare).
- Cellulite (habituellement associée à une crevasse surinfectée).

Causes :

- Surinfection de gerçures ou de crevasses.
- Complication d'une stase de lait prolongée : tétée sautée ou plus espacée qu'à l'habitude, engorgement, canal obstrué (présence d'une bosse depuis 12 à 48 heures) ou arrêt brusque de l'allaitement.
- Idiopathique.

Diagnostiques différentiels :

- Canal obstrué.
- Autres maladies fébriles (grippe, endométrite, ...).

Traitements non médicaux :

- Vider le sein affecté : le plus important.
- Poursuivre l'allaitement des deux côtés. Si possible, diriger le menton ou le nez du bébé vers la région indurée lorsqu'il tète.

- Si la mise au sein est trop douloureuse ou que le sein n'est pas suffisamment vidé, utiliser un tire-lait de qualité.
- Appliquer de la glace entre les tétées (10-15 min/2 h) pour diminuer l'inflammation et pour le confort de la mère.
- Se reposer et s'hydrater suffisamment.
- Appliquer une compresse chaude avant la tétée ou avant d'exprimer le lait.

Traitements médicaux :

- Si les traitements non médicaux n'apportent pas d'amélioration dans les 12 ou 24 heures ou si la mère est septique.
- Antibiothérapie antistaphylococcique *per os* pendant 10 à 14 jours (Tx < 10 jours associé à une récurrence) :
 - Cloxacilline 500 mg q.i.d., ou céfalexine 500 mg t.i.d. ou q.i.d., ou clindamycine 300 mg q.i.d.
- Antibiothérapie intraveineuse si *per os* non efficace ou dégradation importante de l'état général.
- Anti-inflammatoire non stéroïdien pour diminuer la douleur et l'inflammation qui nuit souvent à l'écoulement du lait (l'ibuprofène et le naproxène en courte durée sont compatibles avec l'allaitement).
- Ajout d'un onguent de mupirocine ou d'acide fusidique localement après chaque tétée si présence de lésions aux mamelons. Utiliser jusqu'à soulagement et espacer graduellement sur 1 à 2 semaines. Ne pas laver ou essuyer avant la tétée.
- Antibiothérapie prophylactique en cas de rechute. Une évaluation globale de l'allaitement s'impose alors.

Non recommandé :

- Cesser l'allaitement.

Orientation vers une autre ressource :

- Organismes communautaires pour du soutien en allaitement et des conseils sur l'expression du lait et, au besoin, l'achat ou la location d'un tire-lait de qualité (cf. Organismes communautaires en allaitement, page 51).
- Clinique spécialisée en allaitement si récidive.

Douleur aux seins

Abcès (cf. photos 17-18, p. 66)

L'abcès est une accumulation localisée de pus dans une partie du sein. Généralement, il s'agit d'une complication d'une mastite.

L'OMS recommande la poursuite de l'allaitement en cas d'abcès au sein. Si le statut immunitaire de l'enfant est compromis (rare) ou s'il présente des symptômes d'infection (très rare), un traitement antibiotique peut être indiqué pour l'enfant.

Signes et symptômes :

- État général souvent bon.
- Fièvre et asthénie rares.
- Apparence variable selon le degré de mûrissement de l'abcès.
- Masse bien délimitée avec douleur variable à la palpation.
- Rougeur variable parfois accompagnée d'une zone centrale souvent plus pâle.

Cause :

- Complication non fréquente d'une mastite non traitée ou ne répondant pas à l'antibiothérapie.

Diagnostics différentiels :

- Canal obstrué.
- Galactocèle (kyste de lait).
- Kyste.
- Néoplasie.

Traitements non médicaux :

- Poursuivre l'allaitement du côté non affecté.
- Du côté affecté, laisser le bébé continuer à prendre le sein si le site de ponction ou de l'incision n'est pas sur l'aréole. Une gaze peut être placée sur le site pendant la tétée pour éviter que le bébé n'entre en contact avec le pus.

- Si le bébé ne prend pas le sein, drainer adéquatement le sein affecté avec un tire-lait de qualité ou l'expression manuelle si la mère a une technique efficace.

Traitements médicaux :

- Échographie souvent nécessaire pour confirmer le diagnostic.
- Antibiothérapie antistaphylococcique pendant 10 à 14 jours.
- Ponction à l'aiguille souvent suffisante et préférable au drainage chirurgical. Peut être répétée 2 à 3 fois. Peut être faite par le médecin de famille qui a des habiletés en chirurgie mineure ou par le radiologiste lors de l'échographie.
- Drainage chirurgical en dernier recours. Une incision perpendiculaire à l'aréole est préférable pour éviter que le bébé ne tire sur les lèvres de la plaie lors de la tétée. Cela diminue aussi le risque de sectionner les canaux lactifères. La mère doit être avisée qu'un suivi quotidien sera nécessaire au CLSC ou en consultation externe pour changer la mèche.

Non recommandé :

- Cesser l'allaitement.

Orientation vers une autre ressource :

- Chirurgien ou radiologiste pour ponction sous échographie, selon les ressources du milieu.
- Clinique des maladies du sein.
- Clinique spécialisée en allaitement (cf. page 52).

Production de lait insuffisante (cf. photos 21-22, p. 68)

La production de lait peut être insuffisante dès les débuts de l'allaitement ou diminuer insidieusement après quelques semaines.

Les interventions seront ciblées en fonction de l'état général de l'enfant, de la réversibilité de la situation et du désir de la mère.

Signes et symptômes :

- Absence de montée laiteuse ou montée laiteuse timide.
- Baisse de production quantifiable chez une mère qui exprime son lait de façon régulière (ex. : prématuré).
- Gain pondéral limite ou insuffisant chez l'enfant (cf. Gain pondéral lent secondaire à une carence en apports, page 36).
- Nécessité de recourir à des suppléments de façon quotidienne.

Causes :

- Fréquence insuffisante de stimulation du sein par la tétée ou le tire-lait.
- Sein vidé de façon insuffisante :
 - Mauvaise prise;
 - Tétée inefficace (ex. : frein de langue court, tonus diminué, prématuré);
 - Secondaire à un canal obstrué, à une mastite ou à un engorgement important;
 - Utilisation d'un tire-lait de mauvaise qualité ou d'efficacité insuffisante pour la situation.
- Prise de contraceptifs oraux, surtout de types combinés mais parfois aussi observé avec des progestatifs seuls.
- Pseudoéphédrine (diminution possible après une dose seulement).
- Insuffisance glandulaire primaire ou secondaire à une chirurgie.

- Hypothyroïdie non contrôlée.
- Rétention placentaire.
- Alcool et nicotine à haute dose.
- Agonistes dopaminergiques.
- Utilisation régulière de préparation commerciale.
- Utilisation excessive de la sucette.
- Nouvelle grossesse.

Diagnostiques différentiels :

- Coliques.
- Croissance lente mais régulière chez un petit bébé satisfait au sein avec un développement psychomoteur normal.
- Réflexe d'éjection puissant avec pleurs associés.

Traitements non médicaux :

- Peser le bébé nu sur une balance précise.
- Augmenter la stimulation du sein :
 - Suggérer à la mère de consulter le guide *Mieux vivre avec notre enfant* à la section « Bébé ne boit pas assez de lait »;
 - Améliorer la prise du sein au besoin (cf. photo 22, page 68);
 - Utiliser la compression du sein;
 - Changer le bébé de sein lorsqu'il déglutit moins souvent. Donner 2 ou 3 fois chaque sein sans augmenter la durée totale de la tétée;
 - Augmenter le nombre de tétées par 24 heures si possible;
 - Si supplémentation, favoriser le dispositif d'aide à la lactation (cf. photo 21, page 68);
 - Utiliser un tire-lait de qualité quelques fois par jour si possible;
 - Diminuer l'utilisation de la sucette.

Production de lait insuffisante (suite)

Traitements médicaux :

- Évaluer et, le cas échéant, traiter les causes citées plus haut.
- Au besoin, utiliser de la dompéridone après s'être assuré d'une stimulation adéquate du sein :
 - Si production légèrement sous-optimale : 10 mg 2 co. b.i.d. ou 1 co. q.i.d x 3 à 4 semaines minimum;
 - Si production nettement sous-optimale : 10 mg 2 co. b.i.d. x 4 jours puis, si bien toléré, augmenter à 2 co. q.i.d. ou 3 co. t.i.d. x 3 à 4 semaines minimum;
 - Après 4 semaines, diminuer graduellement la dose de 10 mg par jour tous les 5 à 7 jours pour trouver la plus petite dose efficace. Certaines femmes devront continuer à en prendre pendant toute la durée de l'allaitement;
 - Effets secondaires dose dépendants : céphalée, bouche sèche.

- Contre-indications à la dompéridone :
 - Arythmie cardiaque (actuelle ou antécédents personnel ou familial) car peut allonger le Q-T surtout à dose de plus de 120 mg par jour;
 - Tumeur hypophysaire;
 - Médicaments qui interagissent avec la dompéridone (kétocoazole et antidépresseurs IMAO);
 - Médicaments qui allongent le QT : Consulter un pharmacien pour connaître les médicaments qui posent ce risque en cas de doute.
- Essayer du fenugrec et du chardon béni : dose identique de 3 caps t.i.d. Pas d'études contrôlées ni de standard de préparation. Efficace pour certaines femmes d'après des témoignages.
- Envisager un autre moyen de contraception si arrêt des contraceptifs oraux.

Orientation vers une autre ressource :

- Ressources en allaitement pour des conseils sur le tire-lait et la gestion de l'allaitement (ex. : prise du sein, compression, dispositif d'aide à la lactation) (cf. Vers qui diriger les mères, page 50 et Ressources spécialisées en allaitement, page 52).
- Suggérer à la mère de consulter le guide *Mieux vivre avec notre enfant* à la section « Bébé ne boit pas assez de lait ».

Maintenir la production de lait sans mise au sein

Il arrive que le bébé ne prenne pas le sein pour diverses raisons. La mère doit alors maintenir sa production en exprimant son lait quelques jours, quelques semaines ou quelques mois.

Certaines femmes ont plus de facilité à maintenir leur production de lait avec un tire-lait de qualité. D'autres ont une production plus fragile. Peu de femmes réussissent à maintenir longtemps leur production de lait avec l'expression manuelle. La façon de faire influence aussi les résultats.

Le choix du tire-lait :

Le rapport qualité-prix varie beaucoup d'une marque à l'autre. Certains tire-lait sont inefficaces en plus de blesser le sein. Se référer aux organismes communautaires en allaitement ou à l'infirmière du CLSC pour l'achat ou la location d'un tire-lait de qualité.

- Usage occasionnel ou à court terme (moins d'une semaine) :
 - Un tire-lait manuel de qualité peut convenir.
- Usage régulier ou prolongé :
 - Premier choix : un tire-lait électrique de calibre hospitalier à expression **double** simultanée;
 - Deuxième choix : un tire-lait électrique de calibre hospitalier à expression **simple**.

Technique :

- Généralement, la mère devra exprimer son lait autant de fois que son bébé boit ou autant de fois que nécessaire pour obtenir une quantité de lait équivalente aux besoins du bébé.
- En exprimant 6 à 8 fois par jour pendant environ 15 minutes par sein, la majorité des mères maintiennent une bonne production de lait.
- Lorsque l'écoulement du lait semble long à venir, un massage du sein (technique illustrée dans le guide *Mieux vivre avec notre enfant*) avant de débiter ou des compresses chaudes semblent aider.

Traitements non médicaux :

- Si la production diminue, essayer d'abord d'augmenter le nombre de séances d'expression.

Traitements médicaux :

- Le dompéridone peut être utile s'il y a peu d'amélioration après quelques jours (cf. Production de lait insuffisante, page 26).

Orientation vers une autre ressource :

- Organismes communautaires pour du soutien en allaitement et des conseils sur l'expression du lait et, au besoin, l'achat ou la location d'un tire-lait de qualité (cf. Organismes communautaires en allaitement, page 51).
- Suggérer à la mère de consulter le guide *Mieux vivre avec notre enfant* à la section « L'expression du lait ».

Maladies maternelles

Toute interruption de l'allaitement, même temporaire, peut avoir des effets négatifs, allant jusqu'au sevrage. Les risques que le bébé refuse le sein ou que la production de lait baisse augmentent avec la durée de l'interruption de l'allaitement.

La majorité des maladies maternelles n'ont pas d'effet néfaste chez l'enfant, donc peu de maladies maternelles demandent l'arrêt temporaire ou permanent de l'allaitement. Toutefois, l'état général de la mère peut affecter sa capacité à donner le sein ou à exprimer son lait.

Il est nécessaire de se poser les questions suivantes :

1. La mère est-elle capable de donner le sein ou d'exprimer son lait?

Peu de pathologies ou de conditions affectent la capacité à donner le sein au bébé. Plusieurs femmes préfèrent continuer l'allaitement. Le médecin ne doit pas s'y opposer à moins de contre-indication médicale.

2. La production de lait est-elle diminuée?

La baisse de la stimulation du sein diminue généralement plus la production de lait que la maladie elle-même. Cet effet est souvent temporaire. Une déshydratation importante (10 %) peut entraîner une diminution temporaire de la production. Certains médicaments, comme la pseudoéphédrine, peuvent diminuer de façon importante la production de lait.

3. Le lait est-il dangereux pour le bébé?

Généralement non. Lors d'une infection, les risques de transmission sont habituellement plus importants par le contact que par le lait. Par son lait, la mère transmet des anticorps spécifiques à sa maladie. Si une médication est nécessaire, s'assurer de sa compatibilité avec l'allaitement (cf. Médicaments et allaitement, page 49). La mastite et l'abcès n'affectent pas la qualité du lait. Il existe quelques rares contre-indications à l'allaitement. Le Center for Disease Control and Prevention (CDC) en tient une liste à jour : <http://www.cdc.gov/breastfeeding/disease/index.htm>.

Traitements non médicaux :

- Selon son état général, la mère pourra donner le sein à son enfant. Au besoin, l'aidant naturel pourra lui amener l'enfant, qu'elle allaitera au lit. Si la mère est trop fatiguée, elle peut donner une tétée sur deux, sur trois ou selon sa capacité.
- Si la mise au sein est impossible, il est important d'exprimer du lait, tant pour éviter l'inconfort de l'engorgement ou la mastite que pour protéger la production de lait. Il faut exprimer le lait aussi efficacement que possible (cf. Maintenir la production de lait sans mise au sein, page 30) en fonction de l'état général de la mère. Exprimer le lait au moins deux fois par jour évitera trop d'engorgement et l'involution complète de la glande. Cela augmentera les chances de reprendre l'allaitement lorsque l'état de la mère sera meilleur. Même aux soins intensifs, avec la collaboration de l'infirmière, il est possible d'exprimer du lait sans aucune participation de la mère.
- Si la mère est hospitalisée, favoriser la proximité de l'enfant, en hospitalisant la mère à la maternité par exemple. La cohabitation pendant une partie ou la totalité du séjour peut être possible avec l'aide d'une personne extérieure pour les soins à l'enfant.
- Lorsque la mère peut reprendre l'allaitement et qu'il y a baisse de production (cf. Production de lait insuffisante, page 26).

Orientation vers une autre ressource :

- Organismes communautaires pour du soutien en allaitement et des conseils sur l'expression du lait et, au besoin, l'achat ou la location d'un tire-lait de qualité (cf. Organismes communautaires en allaitement, page 51).
- Clinique spécialisée en allaitement (cf. page 52) :
 - Si suspicion de contre-indication à l'allaitement;
 - Pour récupérer la production lactée au besoin.

Médications maternelles

La majorité des médicaments sont compatibles avec l'allaitement. Toutefois, la plupart passent dans le lait et peuvent avoir des effets (souvent minimes) sur l'enfant. La quantité de médicament se retrouvant dans le lait maternel ne dépasse pas généralement 1 à 2 % de la dose de la mère. Toute interruption de l'allaitement, même temporaire, peut avoir des effets négatifs, allant jusqu'au sevrage. Les risques que le bébé refuse le sein ou que la production de lait baisse augmentent avec la durée de l'interruption de l'allaitement.

Démarche

L'allaitement comporte de nombreux avantages démontrés pour la santé de l'enfant qu'il faut considérer au regard des risques potentiels de la médication.

Il est nécessaire de se poser les questions suivantes :

1. La médication est-elle vraiment nécessaire?
2. La médication affectera-t-elle l'enfant allaité? Si oui, est-il possible de reporter le début du traitement? (ex. : donner du Propylthiouracil® en attendant un traitement à l'iode radioactif).
3. La médication affectera-t-elle la production du lait? Exemples : anovulants, pseudoéphédrine.
4. Quels sont les risques de sevrage si l'allaitement est interrompu temporairement?

Traitements médicaux :

- Opter pour un médicament compatible : presque toutes les classes de médicaments comportent des produits bien étudiés et sécuritaires pendant l'allaitement.
- Éviter si possible les nouvelles molécules dont les effets sur l'enfant allaité ne sont pas connus.
- Privilégier les traitements de courte durée.
- Expliquer les signes à surveiller chez l'enfant.
- Discuter des risques potentiels avec la mère et tenir compte de son opinion.

Sources d'informations fiables :

- TOXNET : documentation complète gratuite en ligne. Le meilleur site : <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>
- IMAGe (CHU Sainte-Justine) :
téléphone : 514 345-2333
télécopie : 514 345-4972
- Motherisk (Toronto) :
téléphone : 416 813-6780
télécopie : 416 813-7562
<http://www.motherisk.org/prof/breastfeeding.jsp>
- Dr Hale, Medications and Mother's Milk :
versions : imprimée, pour ordinateur de poche et en ligne <http://neonatal.ttuhs.c.edu/lact/>
- Centre d'information sur les médicaments (CHUQ) :
téléphone : 418 654-2200

Orientation vers une autre ressource :

- Organismes communautaires pour du soutien en allaitement et des conseils sur l'expression du lait et, au besoin, l'achat ou la location d'un tire-lait de qualité (cf. Organismes communautaires en allaitement, page 51).

Gain pondéral lent secondaire à une carence en apports

L'utilisation des courbes de l'OMS permet une évaluation adéquate de la croissance de l'enfant allaité. Une carence en apports est la cause la plus fréquente d'un gain pondéral lent. Chez l'enfant allaité, elle peut être secondaire à : une succion peu efficace, une production lactée basse ou une combinaison des deux. Quelle que soit la cause, le traitement implique dans l'ordre trois principes : alimenter adéquatement l'enfant, favoriser le lait maternel le plus possible et nourrir l'enfant au sein lorsque possible.

Signes et symptômes (☒ signes certains, ☐ signes possibles) :

Nouveau-né de moins de 3 semaines :

- ☒ Perte de poids initiale de 10 % et plus ou continue après le cinquième jour de vie.
- ☒ Présence de selles méconiales au jour 5. Il s'agit d'une urgence : déshydratation possible ou pathologie.
- ☒ Non-reprise du poids de naissance à 3 semaines de vie.
- ☐ Bébé somnolent pendant la tétée ou qui ne s'éveille pas spontanément pour boire.
- ☐ Élimination peu fréquente et peu abondante.

Bébé de plus de 3 semaines :

- ☒ Absence de gain de poids sur plus d'une semaine.
- ☒ Écart par rapport à sa courbe de croissance, les courbes de l'OMS sont indispensables (cf. Courbes de croissance de l'OMS, page 50).
- ☐ Élimination peu fréquente et peu abondante.
- ☐ Bébé refuse le sein ou se fâche après avoir tété quelques minutes lorsque le débit de lait diminue.
- ☐ Bébé qui pleure beaucoup ► souvent interprété comme des coliques.
- ☐ Bébé qui dort beaucoup ► souvent interprété comme « un bon bébé ».

Causes :

- Succion inefficace ou mauvaise prise du sein.
- Production lactée insuffisante.
- Tétées insuffisantes en fréquence ou en durée.
- Utilisation excessive de la sucette.

Diagnostics différentiels :

- Mesures inadéquates du poids : erreur de balance, balances différentes, bébé pesé habillé vs nu.
- Croissance lente mais régulière chez un petit bébé satisfait au sein avec un développement psychomoteur normal.
- Problème de santé chez l'enfant (ex. : infection urinaire, fibrose kystique, etc.).

Traitements non médicaux :

- Évaluation complète de tous les paramètres de la tétée (fréquence, durée, efficacité). C'est la démarche la plus importante.

Première étape ► augmenter l'apport de lait maternel au sein :

- Améliorer la prise du sein au besoin;
- Utiliser la compression du sein (Suggérer à la mère de consulter le guide *Mieux vivre avec notre enfant*);
- Changer le bébé de sein lorsqu'il déglutit moins souvent. Donner 2 ou 3 fois chaque sein sans augmenter la durée totale de la tétée;
- Augmenter le nombre de tétées par 24 heures si possible;
- Utiliser un tire-lait de qualité quelques fois par jour si possible;
- Diminuer l'utilisation de la sucette.

Gain pondéral lent secondaire à une carence en apports (suite)

Deuxième étape ► augmenter l'apport à l'aide de suppléments

- Appliquer au besoin seulement, si la première étape ne fonctionne pas, si la production lactée est insuffisante ou si l'état de santé du bébé est inquiétant;
- Utiliser d'abord le lait maternel exprimé si disponible, ensuite la préparation commerciale pour nourrissons si nécessaire. Tout en respectant les limites de la mère, privilégier une technique* qui compromet le moins possible l'allaitement :
 1. Dispositif d'aide à la lactation pendant la tétée (cf. photo 21, page 68),
 2. Dispositif d'aide à la lactation au doigt ou gobelet après la tétée,
 3. Biberon après la tétée.
- Mettre en place des mesures pour augmenter la production lactée (cf. Production de lait insuffisante, page 26).
- S'assurer d'un apport adéquat en lait maternel avant de réduire le supplément de préparation commerciale, surtout si sa quantité est significative.

* Au besoin, la mère pourra obtenir du soutien sur l'utilisation de ces techniques auprès des infirmières, des sage-femmes, des cliniques communautaires en allaitement et des cliniques spécialisées en allaitement.

Traitements médicaux :

- En l'absence de pathologie évidente, l'ajout de calories par l'amélioration de la tétée ou par la supplémentation sera la seule action nécessaire.
- Toute utilisation d'une préparation commerciale pour nourrissons autre que le lait maternel doit être considérée comme une intervention médicale comportant ses bénéfices, mais aussi ses risques.
- Il faut envisager l'utilisation de la dompéridone si la production demeure insuffisante après avoir augmenté la stimulation du sein (cf. Production de lait insuffisante, page 26).
- Un suivi rapproché et fréquent est indispensable.

Non recommandé :

- Espacer les tétées dans l'espoir que le bébé boira mieux s'il a plus faim.
- Supplémenter sans stimuler adéquatement la production lactée.
- Cesser abruptement les suppléments en l'absence d'une production lactée suffisante.

Orientation vers une autre ressource :

- Organismes communautaires pour du soutien en allaitement et des conseils sur l'expression du lait et, au besoin, l'achat ou la location d'un tire-lait de qualité (cf. Organismes communautaires en allaitement, page 51).
- Infirmière du CLSC pour suivi pondéral.
- Clinique spécialisée en allaitement (cf. pages 52) :
 - Pour récupérer la production lactée au besoin;
 - Pour améliorer la prise du sein et la quantité de lait que le bébé boit au sein le cas échéant;
 - Au besoin pour le suivi.

Ankyloglossie (Frein de la langue trop court) (cf. photos 19-20, p. 67)

L'ankyloglossie se définit par une restriction de la mobilité de la langue secondaire à la présence d'une membrane (frenulum) qui lie la base de la langue au plancher de la bouche. La longueur et la largeur du frein ainsi que son élasticité vont influencer la capacité du bébé à bouger sa langue et donc à téter au sein. La forme et l'élasticité du sein de la mère peuvent parfois compenser pour une moins grande mobilité de la langue. Plusieurs bébés n'ont aucun problème même avec un frein de la langue trop court.

Pendant la tétée, la langue doit exécuter un mouvement de vague allant de l'avant vers l'arrière de la bouche tout en couvrant la gencive inférieure. L'enfant avec une ankyloglossie peut être incapable de garder sa langue dans cette position. Il peut alors compenser en se servant de ses gencives par un mouvement de mâchouillement. Ceci peut entraîner de la douleur ou des blessures au mamelon. Cette façon de téter est moins efficace pour obtenir une quantité suffisante de lait au sein. Elle ne pose habituellement pas de problème au biberon.

Bien que la frénotomie (section du frein de la langue) ne fasse pas complètement l'unanimité dans la communauté médicale, de nombreuses études provenant de milieux variés (ORL, dentistes, médecins, consultant(e)s en lactation) ont démontré les avantages qu'elle apporte. La procédure améliore la succion chez l'enfant et diminue significativement la douleur chez la mère.

La frénotomie comporte peu de risques pour l'enfant. Les saignements sont généralement très minimes (quelques gouttes). Aucun cas d'infection n'a été rapporté ni observé en clinique. Même sans analgésie, l'intervention semble peu ou pas douloureuse. Certains bébés ont dormi pendant la procédure. La plupart des auteurs s'entendent pour dire que la frénotomie est une méthode rapide, peu douloureuse et sans risque grave pour libérer la langue lorsqu'un problème d'allaitement est présent.

Cause :

- D'origine héréditaire dans près de 25 % des cas avec une occurrence deux fois plus élevées chez les garçons.

Signes et symptômes :

- Langue en cœur ou avec peu de mobilité.
- Frein sous-lingual apparent ou fibreux.

Signes et symptômes associés :

- Difficulté à s'attacher ou à rester au sein.
- Mamelons douloureux, gercés, crevassés.
- Impression de papier sablé sur le mamelon pendant la tétée.
- Gain pondéral insuffisant.
- Parfois associée à une voûte du palais très prononcée.

Diagnostics différentiels :

- Fente palatine.
- Rétrognathie.
- Douleur au mamelon ou problème d'allaitement lié à une autre cause.

Traitements non médicaux :

- Évaluer si l'ankyloglossie pose un réel problème en observant la tétée.
- Améliorer la prise du sein.
- Augmenter la production lactée le cas échéant (cf. Production de lait insuffisante, page 26).

Traitements médicaux :

- Frénotomie.
- Traiter les mamelons blessés le cas échéant (cf. Gercure ou crevasse, page 8).

Orientation vers une autre ressource :

- Médecin ou dentiste qui pratique des frénotomies.
- Consultante en lactation ou clinique spécialisée en allaitement de 2^e et de 3^e lignes pour évaluation de la succion du bébé.
- Ressources en allaitement pour améliorer la prise du sein. Plus le bébé est jeune, plus il est facile d'améliorer la prise du sein (cf. Vers qui diriger les mères, page 50 et Ressources spécialisées en allaitement, page 52).

Maladies chez l'enfant

La plupart des enfants malades sont capables de téter au sein. Il est normal que l'enfant recherche le réconfort apporté par la tétée et demande le sein très souvent. Les bénéfices immunitaires du lait maternel lui sont particulièrement utiles à ce moment. Toutefois, lorsque son état général est altéré, l'appétit diminue ainsi que sa capacité à téter.

Il est nécessaire de se poser les questions suivantes :

1. Est-ce que l'enfant peut téter au sein?

Il est rare que la capacité d'un enfant à téter soit si faible qu'il ne puisse prendre le sein. Une congestion nasale importante peut temporairement l'empêcher de respirer pendant la tétée. Un problème respiratoire ou cardiaque grave peut exceptionnellement limiter sa capacité à fournir cet effort.

2. Est-ce qu'il peut recevoir du lait?

Outre quelques rares maladies congénitales (ex. : galactosémie), il n'y a pas de contre-indications chez l'enfant à recevoir du lait maternel. Si l'enfant peut être alimenté, il peut recevoir du lait maternel.

Quelques enfants réagissent à des protéines étrangères qui passent dans le lait maternel. Une diète d'élimination des allergènes les plus courants peut être tentée. Le soutien de ressources spécialisées et d'une nutritionniste sont souhaitables.

3. Quelle est la durée de la condition du bébé?

La durée du problème influence la façon de maintenir la production de lait.

Traitements non médicaux :

- Offrir des tétées plus courtes et plus fréquentes si le bébé ne peut téter très longtemps ou doit boire de petites quantités à la fois (ex. : gastroentérite).
- Offrir quelques tétées par jour si l'enfant est trop fatigué pour toutes les tétées.
- Exprimer le lait maternel et l'offrir au bébé s'il ne peut pas téter au sein (cf. Maintenir la production de lait sans mise au sein, page 30).
- Si baisse de production, augmenter la production (cf. Production de lait insuffisante, page 26).

Traitement médical :

- Si l'enfant est hospitalisé, favoriser la proximité mère-enfant.

Orientation vers une autre ressource :

- Organismes communautaires pour du soutien en allaitement et des conseils sur l'expression du lait et, au besoin, l'achat ou la location d'un tire-lait de qualité (cf. Organismes communautaires en allaitement, page 51).
- Clinique spécialisée en allaitement (cf. page 52) :
 - Aide spécialisée pour soutien en cas de besoins particuliers;
 - Soutien pour récupérer la production lactée au besoin.
- Nutritionniste pour procéder à une diète d'élimination des allergies, le cas échéant.

Gerçure ou crevasse sans infection

CENTUORI, S., et autres. « Nipple Care, Sore Nipples, and Breastfeeding: a Randomized Trial », *Journal of Human Lactation*, 1999, 15(2) : 125-30.

MORLAND-SCHULTZ, K. et P. D. HILL. « Prevention of and Therapies for Nipple Pain: a Systematic Review », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2005, 34(4) : 428-37.

Crevasse avec surinfection bactérienne

LIVINGSTONE, V. et L. J. STRINGER. « The Treatment of Staphylococcus Aureus Infected Sore Nipples: a Randomized Comparative Study », *Journal of Human Lactation*, 1999, 15(3) : 241-6.

Eczéma, psoriasis et dermatite de contact

BARANKIN, B. et M. S. GROSS. « Nipple and Areolar Eczema in the Breastfeeding Woman », *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2004, 8(2) : 126-30. Epub 2004 May 3.

Surinfection fongique (candidose)

WIENER, S. « Diagnosis and Management of Candida of the Nipple and Breast », *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2006, 51(2) : 125-8.

FRANCIS-MORRILL, J., et autres. « Diagnostic Value of Signs and Symptoms of Mammary Candidosis Among Lactating Women », *Journal of Human Lactation*, 2004, 20(3) : 288-95 ; quiz 296-9.

ANDREWS, J. I., et autres. « The Yeast Connection: is Candida Linked to Breastfeeding Associated Pain? » *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197(4) : 424. e1-4.

Vasospasme

ANDERSON, J. E., N. HELD et K. WRIGHT. « Raynaud's Phenomenon of the Nipple: a Treatable Cause of Painful Breastfeeding », *Pediatrics*, 2004, 113(4) : e360-4.

PAGE, S. M. et D. S. MCKENNA. « Vasospasm of the Nipple Presenting as Painful Lactation », *Obstetrics & Gynecology*, 2006, 108(3 Pt 2) : 806-8.

GARRISON, C. P. « Nipple Vasospasms, Raynaud's Syndrome, and Nifedipine », *Journal of Human Lactation*, 2002, 18(4) : 382-5.

MORINO, C. et S. M. WINN. « Raynaud's Phenomenon of the Nipples: an Elusive Diagnosis. », *Journal of Human Lactation*, 2007, 23(2) : 191-3.

Ankyloglossie

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. « ABM Clinical Protocol #11: Guidelines for the Evaluation and Management of Neonatal Ankyloglossia and its Complications in the Breastfeeding Dyad, 2004. <http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx> page consultée le 22 juillet 2009.

AMIR, L.H. JAMES, J.P. BEATTY, J. Review of Tongue-tie Release at a Tertiary Maternity Hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2005 May-Jun;41(5-6) : 243-5.

BALLARD, J.L. C.E. AUER et J.C. KHOURY. « Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad », *Pediatrics*, 2002;110(5) : e63.

COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE, SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. « L'ankyloglossie et l'allaitement », *Paediatrics & Child Health*, 2002;7(4) : 273-4. Réapprouvé en février 2009

CORYLLOS E, Genna C. WATSON et A.C. SALLOUM. « Congenital Tongue-tie and its Impact on Breastfeeding AAP Section on Breastfeeding », *Breastfeeding: Best for Baby and Mother*. Summer 2004. P. 1-6

DOLLBERG, S., et autres. « Immediate Nipple Pain Relief After Frenotomy in Breast-fed Infants with Ankyloglossia: a Randomized, Prospective Study », *Journal of Pediatric Surgery*, 2006,41(9) : 1598-600.

GEDDES, D.T., et autres. « Frenulotomy for Breastfeeding Infants with Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound », *Pediatrics*, 2008,122(1) : e188-94.

GRIFFITHS, D.M. « Do Tongue Ties Affect Breastfeeding? », *Journal of Human Lactation*, 2004,20(4) : 409-14.

HOGAN, M., C. WESTCOTT et M. GRIFFITHS. « Randomized, Controlled Trial of Division of Tongue-tie in Infants with Feeding Problems », *Journal of the Paediatrics and Child Health*, 2005,41(5-6) : 246-50.

KUPIETZKY, A. et E. BOTZER. « Ankyloglossia in the Infant and Young Child: Clinical Suggestions for Diagnosis and Management », *Pediatric Dentistry*, 2005 Jan-Feb;27(1) : 40-6.

LALAKEA, M.L. et A.H. MESSNER. « Ankyloglossia: Does it Matter? », *Pediatric Clinics of North America*, 2003 Apr;50(2) : 381-97.

LORI A. Ricke, MD, « Newborn Tongue-tie: Prevalence and Effect on Breast-Feeding », *JABFP*, January–February 2005 Vol. 18 No. 1.

MESSNER, A.H., et autres. « Ankyloglossia: Incidence and Associated Feeding Difficulties », *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2000,126(1) : 36-9.

RICKE, L.A., N.J. BAKER, DJ. MADLON-KAY et TA. DEFOR. « Newborn Tongue-tie: Prevalence and Effect on Breast-feeding », *Journal of the American Board of Family Practice*, 2005 Jan-Feb;18(1) : 1-7.

SEGAL, L. M., et autres. « Prevalence, Diagnosis, and Treatment of Ankyloglossia: Methodologic Review », *Canadian Family Physician*, 2007, 53(6) : 1027-33.

SRINIVASAN, A., et autres. « Ankyloglossia in Breastfeeding Infants », *The Effect of Frenotomy on Maternal Nipple Pain and Latch. Breastfeeding Medicine*, 2006 Winter;1(4) : 216-24.

WALLACE, H. et S. CLARKE. « Tongue Tie Division in Infants with Breast Feeding Difficulties », *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2006, 70(7) : 1257-61. Epub 2006 Mar 9.

Canal lactifère obstrué, mastite et abcès

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE, et P. BERENS. « ABM Clinical Protocol #20: Engorgement », *Breastfeeding Medicine*, 2009, 4(2) : 111-3.

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. « ABM Clinical Protocol #4: Mastitis. Revision, May 2008 », *Breastfeeding Medicine*, 2008, 3(3) : 177-80.

JAHANFAR, S., C. J. Ng et C. L. TENG. « Antibiotics for Mastitis in Breastfeeding Women », *Cochrane Database Systematic Review*, 2009, 21(1) : CD005458.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. La mastite : cause et prise en charge. (WHO/FCH/CAH/00.13), Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_00.13_fre.pdf

SPENCER, J.P. « Management of Mastitis in Breastfeeding Women », *American Family Physician*, 2008, 78(6) : 727-31.

Candidose dans le sein

Idem surinfection fongique dans douleur au mamelon.

Dompéridone

HOFMEYER, G.J., B. VAN IDDEKINGE et J. A. BLOTT. « Domperidone: Secretion in Breast Milk and Effect on Puerperal Prolactin Levels », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1985, 92 : 141-4.

DA SILVA, O.P., et autres. « Effect of Domperidone on Milk Production in Mothers of Premature Newborns: a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial », *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164 : 17-21.

WAN, E.W., et autres. « Dose-Effect Study of Domperidone as a Galactagogue in Preterm Mothers with Insufficient Milk Supply, and its Transfer into Milk ». *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2008, 66 : 283-9.

PETRAGLIA, F., et autres. « Domperidone in Defective and Insufficient Lactation », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1985, 19 : 281-7.

BROWN, T. E., et autres. « Effect of Parity on Pituitary Prolactin Response to Metoclopramide and Domperidone: Implications for the Enhancement of Lactation » *Journal of the Society for Gynecologic Investigation*, 2000, 7 : 65-9.

LIVINGSTONE, V., L. BLAGA STANCHEVA et J. STRINGER. « The Effect of Withdrawing Domperidone on Formula Supplementation », *Breastfeeding Medicine*, 2007, 2 : 178.

ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE. « ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactagogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Supply », 2004. <http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx> page consultée le 22 juillet 2009.

Maladies maternelles et infantiles; médicaments maternelles

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « Breastfeeding and the Use of Human Milk », *Pediatrics*, 2005, 115 (2) : 496-506.

LAWRENCE, R. A. et R. M. Lawrence. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 6th edition, Philadelphia, Mosby, 2005, 1152 p.

Recommandations sur la durée de l'allaitement

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « Breastfeeding and the Use of Human Milk », *Pediatrics*, 2005, 115(2) : 496-506.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant* (WHA54.2), Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

SANTÉ CANADA. *Durée de l'allaitement maternel exclusif – Recommandation de Santé Canada*, 2004, Ottawa, Santé Canada, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices*, Québec, Le Ministère, 2001.

RESSOURCES POUR LES PROFESSIONNELS**Médicaments et allaitement**

- TOXNET : documentation complète gratuite en ligne.
Le meilleur site : <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>
- IMAGe (CHU Sainte-Justine) :
téléphone : 514 345-2333
télécopie : 514 345-4972
- Motherisk (Toronto) :
téléphone : 416 813-6780
télécopie : 416 813-7562
<http://www.motherisk.org/prof/breastfeeding.jsp>
- D^r Hale, *Medications and Mother's Milk* :
versions : imprimée, pour ordinateur de poche
et en ligne <http://neonatal.ttuhscc.edu/lact/>
- Centre d'information sur les médicaments (CHUQ) :
téléphone : 418 654-2200

Allaitement et contre-indications

- CDC : <http://www.cdc.gov/breastfeeding/disease/index.htm>

Academy of Breastfeeding Medicine

www.bfmed.org

- Association internationale de médecins cliniciens et chercheurs dont la pratique principale est l'allaitement maternel.
- Publication de plusieurs protocoles relatifs à l'allaitement, tous concis et extrêmement bien documentés, accessibles sur le site Web de l'organisme.
- Les médecins membres (ouvert à tous les médecins) bénéficient d'un groupe de discussion en ligne très pertinent ainsi que de l'accès à une revue scientifique, *Breastfeeding Medicine*.

American Academy of Pediatrics – Policy Statement Breastfeeding and the Use of Human Milk

www.aap.org

- Prise de position de l'American Academy of Pediatrics.
- Revue exhaustive des études sur les risques du non-allaitement.
- Recommandations sur les meilleures pratiques à adopter.
- Informations pertinentes et vulgarisées sur les différences entre le lait humain et les préparations commerciales.

Courbes de croissance de l'OMS (2006)

http://www.who.int/childdgrowth/standards/chart_catalogue/en/index.html

- Maintenant recommandées par la Société canadienne de pédiatrie.
- Courbes reflétant la croissance normale des bébés allaités.
- Courbes plus fiables et plus précises que les anciennes courbes du CDC.

Feuillets du Dr Jack Newman

www.mamancherie.ca/fr/info/articles_dr_newman.htm

- Courts articles sur plusieurs problèmes d'allaitement.
- Peuvent être remis à la clientèle.

VERS QUI DIRIGER LES MÈRES (région de la Capitale-Nationale) RESSOURCES DE 1^{RE} LIGNE

Infirmières du CLSC ou sage-femmes*

Lors de la visite de suivi, l'infirmière ou la sage-femme peut entre autres :

- Évaluer et corriger la mise au sein.
- Évaluer l'état de santé du bébé et de la mère (incluant un suivi de poids du bébé).
- Rassurer et soutenir les parents.
- Évaluer la fréquence et la durée des tétées.

* Si le suivi est assuré par une sage-femme.

Organismes communautaires en allaitement

- Rassurer et soutenir les mères par de l'écoute téléphonique ou par des rencontres de groupe.
- Évaluer et corriger la mise au sein (clinique communautaire en allaitement).
- Évaluer la fréquence et la durée des tétées.
- Vente, location et conseils sur les tire-lait et l'expression du lait.

Coordonnées pour le soutien téléphonique et pour la vente et location de tire-lait :

Aidons-Lait (Charlevoix) : 418 665-7278 • aidons-lait@bellnet.ca
 Allaitement Québec : 418 623-0971 • www.allaitementquebec.org
 Chantelait : 418 877-5333 • www.chantelait.org
 Entraide Naturo-Lait : 418 663-2711 • www.entraidenaturolait.com
 Ligue La Leche : 418 866-allaite • www.allaitement.ca
 Mamie-Lait : 418 847-1957 • www.mamielait.com

Cliniques communautaires en allaitement

Consultation individuelle avec une consultante en lactation IBCLC ou une intervenante communautaire expérimentée.

Prise de rendez-vous du lundi au vendredi :

Allaitement Québec : 418 704-3575
 Chantelait : 418 877-5333
 Entraide Naturo-Lait : 418 688-0262
 Mamie-Lait : 418 847-1957

RESSOURCES SPÉCIALISÉES

RESSOURCES DE 2^E ET DE 3^E LIGNES

Cliniques spécialisées en allaitement

La clinique spécialisée en allaitement offre un service de 2^e et de 3^e lignes. La mère pourra voir selon ses besoins une consultante en lactation IBCLC et un médecin. Toute femme allaitante doit être adressée à la clinique d'allaitement par un professionnel de la santé, une consultante en lactation ou une bénévole en allaitement.

- Clinique régionale d'allaitement du CSSS de la Vieille-Capitale.
Les services sont offerts dans les endroits suivants :
 - UMF Saint-François d'Assise
 - UMF Haute-Ville
 - UMF Laurier
 Prise de rendez-vous du lundi au vendredi, de 9 h à 12 h et de 13 h à 17 h
418 521-4030.
- Clinique d'allaitement du CSSS de Portneuf.
Les services sont offerts au CLSC de Pont-Rouge.
Prise de rendez-vous du lundi au vendredi, de 9 h à 12 h et de 13 h à 17 h
418 873-6062.
- Clinique d'allaitement du CSSS de Charlevoix.
Les services sont offerts au bureau d'Aidons-lait à la Malbaie.
Prise de rendez-vous du lundi au vendredi, de 9 h à 12 h et de 13 h à 17 h
418 665-7278.

Consultantes en lactation IBCLC en pratique privée

La consultante en lactation est une professionnelle de la santé spécialisée en allaitement. L'appellation IBCLC (International Board Certified of Lactation Consultant) certifie qu'elle possède les compétences requises pour intervenir dans ce domaine. Elle a l'obligation de se faire recertifier tous les cinq ans, soit en repassant son examen, soit en validant la mise à jour de ses connaissances.

- Liste de consultantes en lactation et de cliniques d'allaitement par région :
<http://www.ibclc.qc.ca/Trouver%20une%20IBCLC.htm>

Nous sommes soucieux de répondre à vos besoins!
Veillez nous faire parvenir vos commentaires pour nous aider à améliorer la prochaine édition du guide.

Personne responsable :

Monik St-Pierre, 418 666-7000, poste 287
monik.st-pierre@ssss.gouv.qc.ca

Coordonnées pour commander le guide :

Mme Sylvie Bélanger
Centre de documentation
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville, Québec (Québec) G1E 7G9

Tél. 418 666-7000, poste 217 • Téléc. 418 666-2776
s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Vous répondez à titre de :

- Médecin
- Intervenant
- Consultante en lactation
- Sage-femme
- Autre



1. Gerçure en voie de guérison



2. Crevasse



3. Crevasse surinfectée



4. Crevasse avec surinfection bactérienne



5. Eczéma



6. Eczéma



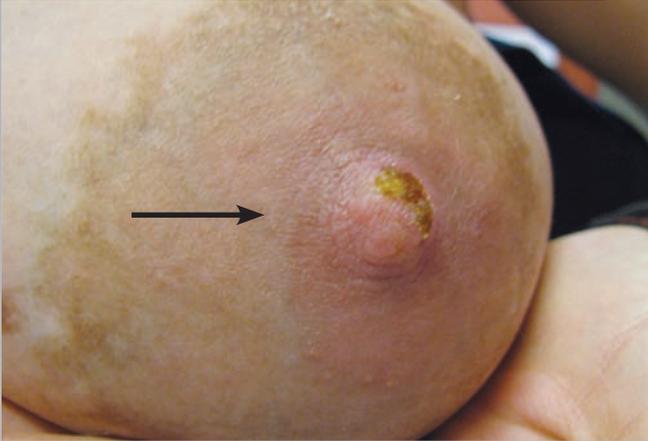
7. Infection fongique (candidose)



8. Crevasse secondaire à une infection fongique (candidose)



9. Mamelon avec gerçure **SANS** vasospasme



10. Mamelon avec gerçure **LORS** du vasospasme



11. Bleuissement du mamelon lors du vasospasme



12. Vasospasme



13. Point blanc/ampoule de lait



14. Canal obstrué avec ampoule de lait



15. Mastite et candidose au mamelon et aréole



16. Mastite (cellulite) et gerçure surinfectée



17. **Abcès** (vue supérieure)



18. **Abcès** (vue latérale)



19. **Frein de langue court**



20. **Frein de langue court**



21. Dispositif d'aide à la lactation



22. Bonne prise du sein



Merci

Un merci tout spécial aux femmes et aux bébés qui ont gentiment accepté d'être photographiés.



**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

2400, avenue D'Estimauville, Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000 • Télécopie : 418 666-2776 • www.dspq.qc.ca