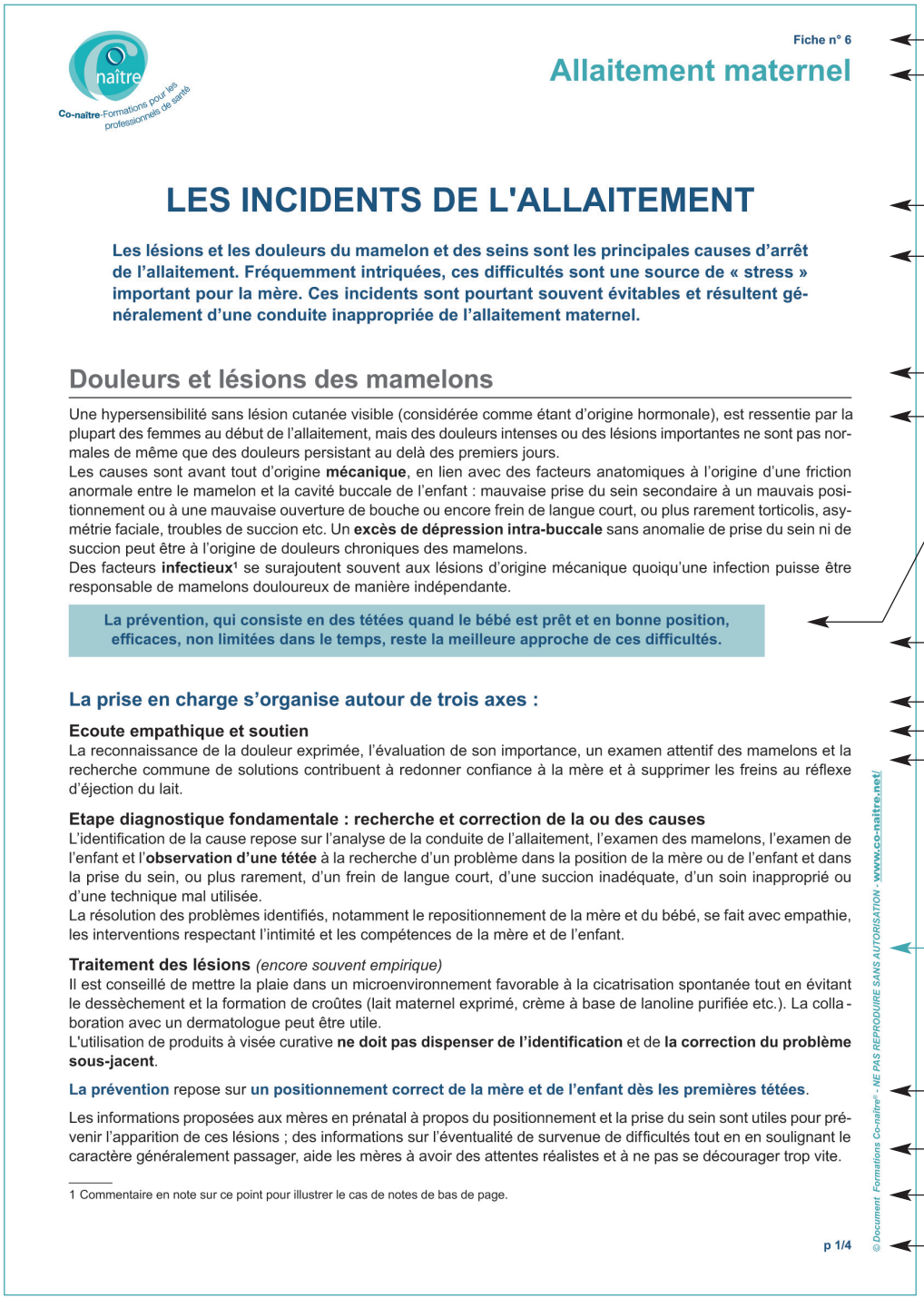
Nous avons essayé de présenter les différents cas de figure possibles (tableau, figure avec légende, encadré, illustration insérée dans le texte, bibliographie, etc.) en regroupant faussement des éléments de diverses fiches dans une même pseudo-fiche.

Il faut uniformiser la présentation, par exemple :

- *ne pas abuser des ":" qui ne servent à rien ; ici ils sont justifiés après "*tour de trois axes"*, inutiles après* "Ecoute empathique et soutien" *;*
- *un titre pour la fiche, un chapeau et trois niveaux de sous-titres, c'est suffisant. Pour le reste on joue avec des énumérations éventuelles, des paragraphes séparés par un espace pour être distingués, et ça doit suffire... trop de subdivisions finissent par gêner la lecture ;*
- *garder autant que possible l'alignement régulier à gauche, éviter les retraits dans les énumération, les encadrés : plus on est régulier, plus la lisibilité est bonne.*



Co-naître - Formations pour les professionnels de santé

Fiche n° 6

Allaitement maternel

LES INCIDENTS DE L'ALLAITEMENT

Les lésions et les douleurs du mamelon et des seins sont les principales causes d'arrêt de l'allaitement. Fréquemment intriquées, ces difficultés sont une source de « stress » important pour la mère. Ces incidents sont pourtant souvent évitables et résultent généralement d'une conduite inappropriée de l'allaitement maternel.

Douleurs et lésions des mamelons

Une hypersensibilité sans lésion cutanée visible (considérée comme étant d'origine hormonale), est ressentie par la plupart des femmes au début de l'allaitement, mais des douleurs intenses ou des lésions importantes ne sont pas normales de même que des douleurs persistant au delà des premiers jours.
Les causes sont avant tout d'origine **mécanique**, en lien avec des facteurs anatomiques à l'origine d'une friction anormale entre le mamelon et la cavité buccale de l'enfant : mauvaise prise du sein secondaire à un mauvais positionnement ou à une mauvaise ouverture de bouche ou encore frein de langue court, ou plus rarement torticolis, asymétrie faciale, troubles de succion etc. Un **excès de dépression intra-buccale** sans anomalie de prise du sein ni de succion peut être à l'origine de douleurs chroniques des mamelons.
Des facteurs **infectieux**[1] se surajoutent souvent aux lésions d'origine mécanique quoiqu'une infection puisse être responsable de mamelons douloureux de manière indépendante.

La prévention, qui consiste en des tétées quand le bébé est prêt et en bonne position, efficaces, non limitées dans le temps, reste la meilleure approche de ces difficultés.

La prise en charge s'organise autour de trois axes :

Ecoute empathique et soutien
La reconnaissance de la douleur exprimée, l'évaluation de son importance, un examen attentif des mamelons et la recherche commune de solutions contribuent à redonner confiance à la mère et à supprimer les freins au réflexe d'éjection du lait.

Etape diagnostique fondamentale : recherche et correction de la ou des causes
L'identification de la cause repose sur l'analyse de la conduite de l'allaitement, l'examen des mamelons, l'examen de l'enfant et l'**observation d'une tétée** à la recherche d'un problème dans la position de la mère ou de l'enfant et dans la prise du sein, ou plus rarement, d'un frein de langue court, d'une succion inadéquate, d'un soin inapproprié ou d'une technique mal utilisée.
La résolution des problèmes identifiés, notamment le repositionnement de la mère et du bébé, se fait avec empathie, les interventions respectant l'intimité et les compétences de la mère et de l'enfant.

Traitement des lésions *(encore souvent empirique)*
Il est conseillé de mettre la plaie dans un microenvironnement favorable à la cicatrisation spontanée tout en évitant le dessèchement et la formation de croûtes (lait maternel exprimé, crème à base de lanoline purifiée etc.). La collaboration avec un dermatologue peut être utile.
L'utilisation de produits à visée curative **ne doit pas dispenser de l'identification** et de **la correction du problème sous-jacent**.

La prévention repose sur **un positionnement correct de la mère et de l'enfant dès les premières tétées**.

Les informations proposées aux mères en prénatal à propos du positionnement et la prise du sein sont utiles pour prévenir l'apparition de ces lésions ; des informations sur l'éventualité de survenue de difficultés tout en en soulignant le caractère généralement passager, aide les mères à avoir des attentes réalistes et à ne pas se décourager trop vite.

1 Commentaire en note sur ce point pour illustrer le cas de notes de bas de page.

p 1/4

© Document Formations Co-naître® - NE PAS REPRODUIRE SANS AUTORISATION - www.co-naitre.net/

N°PageFiche
FamilleFiche
TitreFiche
Chapeau
Sous-titre01
Texte courant (styles caractères roman, bold, ital, etc.)
Encadré : aligné à gauche, fond bleu-vert light, taille selon l'importance du texte.
Si cet encadré était placé sous le chapeau, par exemple (en fait sa vraie position dans la "vraie" fiche), on l'aurait placé centré, sous le chapeau, de la même largeur que la justification de ce dernier.
Texte relief *(dans encadré)*
Sous-titre02
Sous-titre03
Texte courant
Arial bold italic corps 6 bleu vert medium fer à gauche
Texte courant + espace
(ici styles caractères courant + variante relief)
Texte courant + espace
TexteNoteBasPage
N°PageFiche

Pour les tableaux, structure simple et uniforme. Juste une petite touche de couleur avec un fond vert-bleu light pour souligner les têtes de colonnes (si les rubriques importantes étaient sur la première colonne, en tête des rangées, on appliquerait alors le même principe pour souligner ces têtes de rangées).
*Polices de caractères identiques à celles utilisées dans le texte courant (*Arial corps 10 pt *et ses déclinaisons si besoin).*

Engorgement

Tension très douloureuse des deux seins contemporaine de la montée de lait, l'engorgement peut rendre la prise du sein difficile, gêner l'écoulement du lait et s'associer à des signes généraux (fièvre, frissons).
D'un point de vue physiopathologique l'engorgement est la conséquence d'une exagération en proportions variables, des deux phénomènes qui caractérisent la montée de lait : augmentation plus ou moins rapide de la production de lait avec distension alvéolaire en cas de stase lactée d'une part et congestion vasculaire et lymphatique à l'origine d'un œdème interstitiel d'autre part. En l'absence de prise en charge efficace, ces phénomènes peuvent s'auto-aggraver et évoluer vers une involution mammaire avec baisse voire arrêt de la lactation.
L'engorgement peut affecter le sein et/ou l'aréole et les éventuelles glandes mammaires accessoires, en particulier celles qui sont situées dans les aisselles.

AFFSA octobre 2005	Conser-vation	ABM mars 2004, révisé 2010 enfant sain	Conservation
A température ambiante	4 h	A température ambiante (16 à 29°)	3 h à 4 h optimal
		Sac isotherme avec pack glacé (max 15°C)	24 h
Réfrigérateur < 4° (pas dans la porte)	48 h	Réfrigérateur 2 à 4° (pas dans la porte)	72 h optimal 5 à 8 jours selon conditions de recueil
Congélateur (-18°)	4 mois	Combiné réfrig.-congélateur (-18°)	3 mois (opt.)
		Congélateur séparé (-20°)	6 mois (opt.)
Conservation après décongélation : - au réfrigérateur - à température ambiante	 24 h 1 h	Conservation après décongélation : - au réfrigérateur	24 h
Pour la décongélation et le réchauffage : Placer au moins 6 h avant consommation le biberon dans le réfrigérateur Pas de réchauffage au micro-ondes Réchauffage rapide au bain-marie hors du feu (40 à 42°) ou chauffe-biberon *(voir notice fabricant)*		**Pour la décongélation et le réchauffage :** Placer le biberon de lait la nuit précédant la consommation dans le réfrigérateur ou le réchauffer sous l'eau chaude du robinet ou dans un récipient *(micro-ondes interdit)* Tourner le biberon pour homogénéiser la phase graisseuse avec le reste du lait sans l'agiter	
Après réchauffage Sans réchauffage, à température ambiante *(recommandations identiques pour le lait maternel et les préparations pour nourrissons)*	1/2 h 1 h	Le lait restant dans le biberon après un repas peut être conservé Ne pas recongeler du lait réchauffé même tiédi	1 à 2 h

La prise en charge s'organise autour de trois axes :

La recherche des facteurs favorisants
en essayant de **distinguer** ceux qui favorisent **la stase lactée** (mauvais transfert de lait : succion inefficace, tétées espacées, inhibition du réflexe d'éjection) et ceux qui favorisent **l'œdème interstitiel** (rétention hydrique en cas de toxémie, excès d'apports hydriques par voie IV, utilisation d'ocytocine) car leur prise en charge est différente.

La prise en charge de la patiente
- Soutien empathique visant à restaurer la confiance de la mère et à supprimer les freins au réflexe d'éjection.
- Calmer la douleur et l'inconfort local : applications froides entre les tétées et/ou anti-inflammatoires par voie générale pour diminuer l'œdème interstitiel.

© Document Formations Co-naître® - NE PAS REPRODUIRE SANS AUTORISATION - www.co-naitre.net/

N°PageFiche
Sous-titre01
Texte courant (styles caractères roman, bold, ital, etc.)
Tableau : grilles trait épaisseur 0,5 pt noir. Fond tête de colonnes bleu-vert light. Si possible sur toute la justification, sinon même principe que les encadrés : alignement à gauche.
Tête tableau
Texte tableau
Sous-titre02
Sous-titre03
Texte courant énumération
N°PageFiche

Pour les illustrations le principe général est toujours le même : alignement à gauche. Mais il faut aussi tenir compte du contexte, de l'importance de l'image, etc.

Ici par exemple les deux illustrations s'insèrent dans l'énumération, elles sont donc alignées avec le texte de l'énumération (en vérité elles proviennent d'une autre fiche et ne sont là que pour servir le propos).

Ici le choix de placer l'image alignée à droite et de repousser le texte d'autant est le plus judicieux (celle illustration provient elle aussi d'une autre fiche).

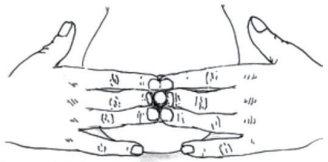
← N°PageFiche

Permettre par tous les moyens possibles l'écoulement du lait et la préservation de la lactation

← Sous-titre03

← Texte courant énumération

- Tétées fréquentes en bonne position si le bébé arrive à prendre le sein et tète efficacement.
- **La contrepression aréolaire** en refoulant temporairement l'œdème aréolaire, diminue la tension de l'aréole et facilite la prise du sein et le réflexe d'éjection.



Drawn by Kyle Cotterman

Drawn by Kyle Cotterman

- Le tire-lait manuel ou électrique n'aggrave pas la situation en faisant produire encore plus de lait si son utilisation a pour but d'assouplir le sein sans chercher à le vider ; cependant en cas d'œdème interstitiel prédominant son usage peut être contreproductif surtout si le niveau de dépression est élevé.
- L'application de chaleur, pas logique dans ce contexte d'œdème, n'est pas interdite si elle apporte un soulagement à la mère en facilitant l'écoulement de lait.

← Texte courant + espace et recours à la typo du **texte en relief**

La restriction des apports hydriques et les bandages compressifs sont inutiles et aggravent l'inconfort de la mère.

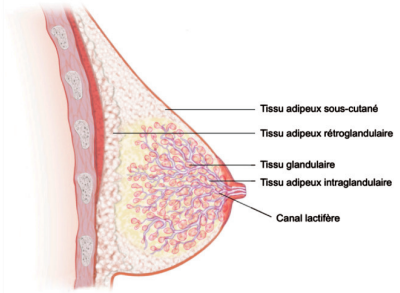
← Texte courant + espace

A distance du démarrage de l'allaitement, l'engorgement est surtout la conséquence d'une **stase lactée** : tétées espacées ou restreintes, mauvais transfert de lait, obstruction d'un canal, production de lait anormalement abondante etc. L'engorgement peut être localisé à un canal ou un lobe ou être généralisé. En cas de prise en charge inefficace, l'engorgement risque d'évoluer vers une mastite. Le traitement vise avant tout à assurer un drainage efficace du sein et à comprendre la cause de cet engorgement par l'analyse de la pratique de l'allaitement.

Mastite *(anciennement lymphangite)*

← **Sous-titre01** (entre parenthèses, recours à la typo du **texte courant** dans sa variante *italique*)

Inflammation du sein qui peut **éventuellement** évoluer vers une infection, la mastite n'est pas synonyme d'infection. Les signes cliniques sont habituellement unilatéraux, allant de la simple inflammation localisée d'un segment du sein avec rougeur, douleur et augmentation de la chaleur locale à un aspect beaucoup plus sévère de cellulite avec peau d'orange. Ces signes locaux peuvent précéder ou s'associer à des signes généraux (fièvre ou symptômes pseudo-grippaux). Cette affection qui touche environ 10 % des femmes pendant l'allaitement est douloureuse, contraignante et source de complications (abcès, baisse de la lactation, sevrage précoce).



La prise en charge vise avant tout à :

← Sous-titre02

Optimiser le drainage du sein

← Sous-titre03

Poursuite de l'allaitement avec des tétées sans restriction de durée ni de fréquence surtout du coté atteint, éventuellement complétées ou remplacées (en cas de tétées très douloureuses ou inefficaces) par l'extraction efficace de lait à l'aide d'un tire-lait manuel ou électrique.

Soutenir la mère

Repos, aide à la maison, analgésiques éventuellement anti-inflammatoires, réassurance sur la qualité du lait qui n'est pas dangereux pour un nourrisson en bonne santé et encouragements à poursuivre l'allaitement, puisque c'est la principale mesure thérapeutique.

← N°PageFiche

© Document Formations Co-naître® - NE PAS REPRODUIRE SANS AUTORISATION - www.co-naitre.net/

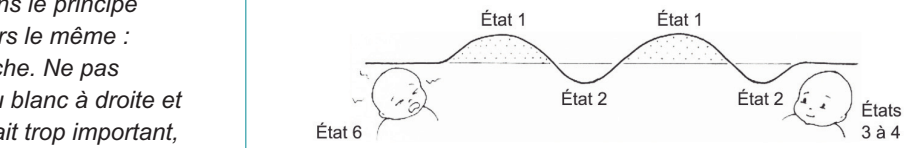
Pour les illustrations le principe général est toujours le même : alignement à gauche. Ne pas craindre d'avoir du blanc à droite et si ce blanc devenait trop important, disgracieux, choisir la solution de la page 3 par exemple.

Le principe général est de jouer sur les contrastes.

Contrastes suffisant des titres et sous-titres pour une vision claire des rubriques en diagonale.

Contraste entre les informations principales, le corps du texte, et les renseignements accessoires (numérotation des fiches, des pages, tittre famille de fiche, qui sont alignées à droite et en couleur).

Contraste aussi entre ce même corps principal du texte, et ce qui concerne la bibliographie : séparation nette par les filets bleus (y compris filet supérieur), typographie différenciée avec le choix d'une typo à empattements.



▲ *Exemple d'enchaînements des différents états de vigilance du nouveau-né*

Discuter l'indication éventuelle d'une antibiothérapie
Si les symptômes sont graves d'emblée ou s'ils ne s'améliorent pas en 12 à 24 heures malgré un écoulement efficace du lait ou s'il existe des lésions du mamelon, compléter le drainage efficace du sein par une antibiothérapie à visée anti-staphylococcique ; la majorité des antibiotiques est compatible avec la poursuite de l'allaitement.

Rechercher des facteurs favorisants
en évaluant la conduite pratique de l'allaitement : tétées restreintes ou espacées, succion inefficace, sevrage rapide, hyperproduction de lait, lésions des mamelons, canal lactifère bouché, stress ou fatigue maternels.

Les mères doivent être prévenues de la possibilité de survenue d'une mastite et des moyens à mettre en œuvre pour la prévenir et la traiter.

BIBLIOGRAPHIE

1. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris: ANAES; 2002. www.has-sante.fr
2. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Favoriser l'allaitement maternel. Processus – évaluation. Paris : HAS 2006. www.has-sante.fr
3. INTERNATIONAL LACTATION CONSULTATION ASSOCIATION. Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding. Raleigh (NC): ILCA; 2005.
4. RENFREW MJ, WOOLDRIDGE MW, MCGILL HR. Enabling women to breastfeed. A review of practices which promote or inhibit breastfeeding with evidence-based guidance for practice. London: The Stationery Office; 2000.
5. WILSON-CLAY B, HOOVER K.: The Breastfeeding Atlas 3rd edition. Lactnews press 2005.
6. CADWELL K, TURNER-MAFFEI C, BLAIR A, BRIMDYR K, MAJA MCINERNEY Z. Pain reduction and treatment of sore nipples in nursing mothers. J Perinat Educ. 2004; 13:29-35.
7. MCCLELLAN H, GEDDES D, KENT J, GARBIN C, MITOULAS L, HARTMANN P. Infants of mothers with persistent nipple pain exert strong sucking vacuums. Acta Paediatr. 2008; 97:1205-9
8. SNOWDEN HM, RENFREW MJ, WOOLRIDGE MW. Treatment for breast engorgement during lactation. The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software; 2002.
9. COTTERMAN KJ. Reverse pressure softening: a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. J Hum Lact. 2004; 20:227-37.
10. MILLER V., RIORDAN J. Treating postpartum breast edema with areolar compression. J Hum Lact 2004; 20:223-6.
11. BETZOLD CM. Update on the Recognition and Management of Lactational Breast Inflammation J Midwifery Womens Health 2007; 52:595–605.
12. FETHERSTON C. Mastitis in lactating women: physiology or pathology? Breastfeed Rev 2001; 9:5-12.
13. OMS X. Mastite. Causes et prise en charge. Genève: WHO; 2000.
14. THE ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE. ABM protocols. Clinical protocols Number 4 revision 2008. Breastfeed Med 2008; 3:177-80 http://www.bfmed.org/ace-files/mastitisprotocol4.pdf

© Document Formations Co-naître® - NE PAS REPRODUIRE SANS AUTORISATION - www.co-naitre.net/

N°PageFiche

Titre biblio

Texte biblio

N°PageFiche

NOTA

Les couleurs sont le plus proches possible du logo :

bleu foncé
comme texte sous le logo,

bleu-vert medium
(intermédiaire)
comme pictogramme,

bleu-vert light
(clair)
comme pictogramme.

Style	Police	Corps *(pt)*	Couleur	Interli-gnage *(pt)*	Espace avant *(pt)*	Espace après *(pt)*	Marge gauche *(mm)*	Marge droite *(mm)*	Retrait 1ère ligne *(mm)*	Alignement	Césure	Filet(s) ou spécial
N°PageFiche	Arial bold	8	bleu foncé	10	0	0	0	0	0	fer à droite	aucune	–
FamilleFiche	Arial bold	20	bleu medium	24	0	0	0	0	0	fer à droite	aucune	–
TitreFiche	Arial bold tout cap	22	bleu foncé	25	24	6	0	0	0	centré	aucune	–
Chapeau	Arial bold	11	bleu foncé	14	9	0	10	10	0	justifié	oui	–
Texte courant	Arial*	10	noir	12,5	0	0	0	0	0	justifié	oui	–
Texte relief	Arial bold	10	bleu foncé	12,5	0	0	0	0	0	centré	aucune	–
Texte courant + espace	Arial*	10	noir	12,5	6	0	0	0	0	justifié	oui	–
Texte courant énumération	Arial*	10	noir	12,5	1,5	0	4,5	0	-4,5	justifié	oui	–
TexteNote BasPage	Arial	8	noir	10	12	0	2,5	0	-2,5	fer à gauche	aucune	filet partiel 0,5 pt supérieur
Texte tableau	Arial*	10	noir	12	0	0	0	0	0	fer à gauche	aucune	–
Tête tableau	Arial bold	10	noir	12	0	0	0	0	0	centré	aucune**	–
Sous-titre01	Arial bold	17	noir 70%	20	24	8	0	0	0	fer à gauche	aucune	filet noir 0,7 pt infér. sur justif.
Sous-titre02	Arial bold	12,5	bleu foncé	15	12	0	0	0	0	fer à gauche	aucune	–
Sous-titre03	Arial bold	11	noir	14	6	0	0	0	0	fer à gauche	aucune	–
Légende	Arial italique	10	noir	12,5	0	0	0	0	0	fer à gauche	aucune	triangle Zapf 7 pt
Titre biblio	Arial bold tout cap	12,5	bleu foncé	15	36	8	0	0	0	fer à gauche	aucune	filets bleu foncé 0,7 pt infér. et supér. sur justif.
Texte biblio	Time new roman*** ital.	9	noir	11,5	3	0	4,5	0	-4,5	fer à gauche	aucune	–

* Arial et ses déclinaisons en **bold**, *italique* et ***bold italique***, selon les besoins, en essayant de ne pas abuser du bold (trop de bold tue le bold). Par ailleurs nous proposons un style caractère **Arial bold bleu foncé** (voir style **Texte relief**) pour mettre en valeur des notions particulièrement importantes ou des avertissements.

** Aucune césure en principe, mais dans un tableau et surtout parmi les rubriques en tête de colonne, selon la place disponible, il est souvent nécessaire de tolérer une césure (le moins possible).

*** Pour nettement séparer ce qui est bibliographie du texte principal, *police à empattements à dominante italique* (possibilité d'utiliser partiellement du roman si besoin) ici et ici seulement.