



HAL
open science

Évaluation d'une stratégie alternative à l'inhibition médicamenteuse de la lactation : étude sur la prévalence du choix, la symptomatologie clinique, la tolérance et la satisfaction maternelle

Solène Demangeon

► To cite this version:

Solène Demangeon. Évaluation d'une stratégie alternative à l'inhibition médicamenteuse de la lactation : étude sur la prévalence du choix, la symptomatologie clinique, la tolérance et la satisfaction maternelle. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00854855

HAL Id: dumas-00854855

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00854855>

Submitted on 28 Aug 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Évaluation d'une stratégie alternative à l'inhibition
médicamenteuse de la lactation :**
Étude sur la prévalence du choix, la symptomatologie
clinique, la tolérance et la satisfaction maternelle.

Mémoire soutenu le 17 Mai 2013

Par Solène DEMANGEON

Née le 1^{er} Juin 1989

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme.

2013

Je remercie les membres du jury :

Mme le Pr Pascale HOFFMANN, PU.PH en gynécologie obstétrique au CHU de Grenoble, Présidente du jury ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'École de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

Mme le Dr Anne Laure COSTON, Assistante chef de clinique au CHU de Grenoble ;

Mme Anne DECHAUD, Sage-femme au CHU de Grenoble ;

Mme Laurence COMBET BLANC, Sage-femme cadre enseignante à l'école de sage-femme de Grenoble, guidante de ce mémoire ;

Je remercie plus particulièrement,

Mr Frédéric DUPRE, sage-femme à la clinique Mutualiste des Eaux claires, directeur de ce mémoire ;

Pour son enthousiasme et sa disponibilité mais aussi pour son aide, ces connaissances et ces précieux conseils qu'il m'a apportés tout au long de ce travail.

Mme Laurence COMBET BLANC, Sage-femme cadre enseignante à l'école de sage-femme de Grenoble, guidante de ce mémoire ;

Pour ces encouragements, son écoute et son aide dans la réalisation et la construction de ce mémoire. Mais aussi pour la formation et l'accompagnement de notre promotion ces quatre dernières années.

Toute l'équipe de la clinique mutualiste des Eaux Claires ;

Pour avoir grandement participé à mon recueil de données et pour avoir rendu possible la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également,

Ma famille et Christ ;

Pour leur soutien et leur patience pendant ces études.

Mes camarades de promotion ;

Pour tous ces bons moments partagés.

Table des matières

ABREVIATIONS.....	1
INTRODUCTION :	2
Objectifs :	5
MATERIEL ET METHODE	6
1. MATERIEL	6
1.1. Type d'étude :	6
1.2. Site de l'étude :	6
1.3. Durée de l'étude :	6
1.4. Population :	6
2. METHODE :	7
2.1. Recueil de données :	7
2.2. Variables recueillies	8
2.3. Critère de jugement:	8
2.4. Analyse statistique :	10
RESULTATS.....	12
1. Effectifs et caractéristiques de la population étudiée :	12
1.1. <i>Diagramme d'inclusion.</i>	12
1.2. Description de la population : <i>caractéristiques générales et obstétricales</i>	14
2. Objectif principal : Prévalence du choix.....	15
3. Objectifs secondaires : clinique, tolérance et satisfaction.....	16
3.1. Symptomatologie clinique selon les deux stratégies :	16
3.2. Tolérance :	21
3.3. Satisfaction maternelle des deux stratégies :	24
DISCUSSION	27
1. Limite de l'étude	27
1.1. Effectifs :	27
1.2. Satisfaction.....	27
2. Difficultés rencontrées	28
2.1. Méthode:	28
2.2. Evaluation lors de la première semaine après l'accouchement.....	29

2.3. Evaluation à deux ou trois semaines après l'accouchement.....	29
3. Que dit la littérature ?.....	29
3.1. Etude de la prévalence du choix.	29
3.2. Symptomatologie clinique et Tolérance	30
3.3. Satisfaction.....	32
4. Dans la pratique	33
4.1. Sujet d'actualité et prise de conscience	33
4.2. Investissement des professionnels et information.	34
4.3. Ce qu'on pourrait envisager	35
CONCLUSION	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	37
ANNEXES.....	39

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CI : Contre-indication

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

IMC : Indice de Masse Corporelle

EVN : Échelle Verbale Numérique

EVS : Échelle Verbale Simple

ATCD : Antécédents

m : moyenne

e.t : écart type

n : nombre

eiq : espace interquartile

SA+J : Semaines d'aménorrhée + Jours

INTRODUCTION :

En 2012, le taux d'allaitement maternel en France à la maternité était d'environ 69% ^[1]. Un tiers des femmes, pour des raisons personnelles ou médicales, décident de ne pas allaiter au sein.

La lactation humaine est une fonction physiologique et la lactogénèse de stade II ou « montée laiteuse » est un phénomène clinique qui s'exprime dans les jours qui suivent l'accouchement. Elle est due à un réflexe neuro-hormonal.

La synthèse et l'éjection de lait sont régulées par un contrôle endocrine via respectivement la prolactine et l'ocytocine. La succion entraîne une stimulation du complexe aréolo-mammaire, qui lui-même entraîne une action du complexe hypothalamo-hypophysaire. La stimulation précoce et répétée de l'aréole et du mamelon entraîne une augmentation des taux circulants de prolactine, ainsi que le développement de ses récepteurs. Puis la glande va devenir progressivement autonome. Le volume de lait produit est également sous contrôle local autocrine. La fabrication du lait par les lactocytes va dépendre de la quantité de lait qu'ils contiennent. Quand un lactocyte est rempli, les cellules membranaires qui délimitent son contour sont aplaties et distendues. Cet aspect des cellules va entraîner une diminution de la synthèse du lait pouvant aller jusqu'à l'arrêt total de la production dans le cas où le sein ne serait pas vidangé. Ainsi, en l'absence d'allaitement maternel et de stimulations appropriées du mamelon et de l'aréole, la sécrétion lactée diminue jusqu'à s'interrompre d'elle-même en une à deux semaines après l'accouchement.

Les résultats d'essais cliniques comprenant un groupe témoin recevant un placebo montre que la non-présentation du nouveau-né au sein et l'absence de stimulation des mamelons suffisent à inhiber la sécrétion de lait chez 60 à 70 % des femmes ^{[2] [3]}.

Les signes de lactation sont variables en fréquence et en intensité (tension, douleurs, écoulements lactés, rougeur) et il peut survenir parfois un engorgement physiologique entraînant des douleurs se compliquant rarement d'une mastite ou d'un abcès du sein ^[4].

Les femmes qui n'allaitent pas, doivent pouvoir bénéficier d'une méthode d'inhibition de la lactation sans danger.

Afin de palier à l'inconfort des tensions ou douleurs des seins, aux écoulements lactés qui s'expriment de façon transitoire et variable chez les femmes qui n'allaitent pas, certains

dérivés de l'ergot de seigle (bromocriptine (Parodel®), Cabergoline (Dostinex®), Dihydroergocryptine (Vasobral®)) sont aujourd'hui utilisés quotidiennement dans la pratique hospitalière pour inhiber la lactation. Ces dérivés de l'ergot de seigle sont des inhibiteurs centraux de la sécrétion de la prolactine. La bromocriptine est souvent prescrite en première intention (89 %). L'alternative principale est la dihydroergocryptine (39 %), puis la cabergoline (24 %) ^[5]. Mais ces deux dernières molécules ne possèdent pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette indication. Plusieurs études ^{[6] [7] [8] [9] [10] [11]} témoignent de la responsabilité des dérivés de l'ergot de seigle dans la survenue de nombreux effets indésirables, dont certains graves, pas toujours bien connus par les professionnels de santé ^[4] ^[12]. Le Centre Régional de Pharmacovigilance de Lyon a étudié les déclarations d'effets indésirables des dérivés de l'ergot de seigle utilisés dans l'indication « inhibition de la lactation » entre 1993 et 2008. Sur les 197 notifications d'effets indésirables concernant la bromocriptine, on observait, dans 39% des cas, un effet indésirable grave, avec notamment 2 décès. Les risques sont neurologiques (accidents vasculaires cérébraux, angiopathie cérébrale), cardiovasculaires (infarctus du myocarde), ou encore psychiatriques (crises comitiales, psychoses). Un mésusage est trouvé dans 45 cas, avec notamment des prescriptions en présence de facteurs de risques connus comme le tabac, l'obésité.... Mais les complications graves apparaissaient également en dehors de facteurs de risques ^{[13] [14]}. Des effets indésirables moins graves mais pouvant être invalidants sont fréquemment observés chez les patientes traitées (nausées, vomissements, vertiges, céphalées, palpitations...) ^{[14] [15] [16]}.

L'utilisation de la bromocriptine comme inhibiteur de la lactation dans le post-partum immédiat, a été controversée ces trente dernières années dans le monde et notamment aux USA où elle a fini par être retirée du marché. Son utilisation a également été stoppée dans un certain nombre d'autres pays (Canada, Corée du Sud) mais persiste ailleurs (France, Australie, Royaume-Uni, Suisse) bien que contestée par des organisations de consommateurs. En France, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a placé la Bromocriptine sous surveillance renforcée en 2012 en attente d'une réévaluation de la balance Bénéfice/Risque dans son indication « inhibition de la lactation » ^{[17] [18]}.

Si La cabergoline, hors AMM dans l'inhibition de la lactation, semble présenter moins d'effets secondaires et la prise unique la rend plus pratique ^[19], cette molécule reste cependant un dérivé de l'ergot de seigle, d'action centrale qui pourrait également présenter des

inconvénients cardio ou cérébraux vasculaires. La Dihydroergocryptine également hors AMM, a été retirée dans sa forme hospitalière en 2012 et faisait d'ailleurs l'objet de déclaration en pharmacovigilance ^[18].

La maternité de la clinique Mutualiste des Eaux Claires de Grenoble propose depuis le mois de juin 2012, une stratégie concernant l'inhibition de la lactation prenant en compte cette problématique. (*Annexe I*)

Lorsqu'une femme ne désire pas allaiter au sein, deux approches s'offrent à elle :

- Soit la prise d'inhibiteur de la lactation en l'absence de contre indication (CI) (Bromocriptine, Cabergoline...),
- Soit une alternative à ces traitements médicamenteux par un traitement d'abord préventif (soutien gorge adapté, absence de stimulation des mamelons...) puis si besoin, d'un traitement symptomatique (allopathie (paracétamol et/ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)), homéopathie (Apis mellifica, Bryonia), glace en application locale, acupuncture, phytothérapie...).

Une information écrite sous la forme d'une plaquette explicative et orale est donnée par les sages-femmes à la patiente en salle d'accouchement, l'informant ainsi des différentes stratégies de prise en charge (médicamenteuse ou non) ainsi que du rapport bénéfice/risque de ces deux options. En revanche s'il existe une contre-indication chez la patiente au traitement inhibiteur de la lactation, la patiente n'a pas le choix et la stratégie alternative est directement adoptée.

Nous avons donc cherché à évaluer dans cette étude, la faisabilité du choix donné aux patientes pour cette nouvelle stratégie mis en place à la Clinique Mutualiste des Eaux Claires en mesurant la prévalence, la symptomatologie clinique, la tolérance et la satisfaction.

Objectifs :

L'objectif principal de cette étude était d'estimer la prévalence du choix des patientes pour une des différentes stratégies proposées (« alternative » ou médicamenteuse) dans les situations de non-allaitement maternel du post partum immédiat après une information éclairée (écrite et orale).

Les objectifs secondaires étaient de décrire les signes cliniques et les complications dus à une montée de lait non désirée dans les deux groupes ainsi que d'évaluer la tolérance (inconfort) et la satisfaction maternelle concernant la méthode choisie.

Hypothèses :

1. Les signes cliniques et/ou complications d'une montée de lait non désirée avec une méthode alternative sont plus importants qu'avec une méthode médicamenteuse mais restent cependant modérés en intensité et en durée.
2. La satisfaction des patientes ayant opté pour une méthode alternative n'est pas inférieure à celle des patientes ayant choisi une méthode médicamenteuse.

MATERIEL ET METHODE

1. MATERIEL

1.1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective, mono centrique, de type exposé/non exposé :

- Le groupe « exposé » correspondait au groupe de femmes n'allaitant pas leur enfant au sein et ayant choisi une méthode alternative symptomatique sans traitement inhibiteur de la lactation.
- Le groupe « non exposé » correspondait au groupe ayant choisi une méthode médicamenteuse par dérivés de l'ergot de seigle (Bromocriptine (Parodel®), Cabergoline (Dostinex®)). Le médicament était au choix du professionnel de santé prescripteur selon le protocole, les contre-indications existantes et les habitudes du professionnel.

1.2. Site de l'étude :

Elle a été réalisée à la clinique Mutualiste des Eaux Claires de Grenoble, maternité de niveau I du secteur 4 de l'Isère.

En 2012, cette maternité a comptabilisé 1843 accouchements et le taux d'allaitement artificiel a été de 14,21% pour 85,78% d'allaitement maternel.

1.3. Durée de l'étude :

Cette étude s'est déroulée sur une période de 4 mois, du mois de novembre 2012 au mois de février 2013.

1.4. Population :

Toutes les patientes ayant accouché à la clinique Mutualiste des Eaux Claires de Grenoble entre le 1^{er} Novembre 2012 et le 28 Février 2013, qui ne souhaitaient pas allaiter au sein, pour des raisons personnelles ou médicales, à condition que le choix d'un allaitement artificiel soit pris au plus tard au moment de l'accouchement, ont été incluses dans cette étude.

Les critères d'exclusions ont été les suivants :

- Mauvaise compréhension du français (oral/écrit).
- Mort fœtale in utero, interruption médicale de grossesse.
- Don de colostrum (première tétée au sein en salle de naissance).

- Absence de choix entre les deux stratégies proposées.

2. METHODE :

2.1. Recueil de données :

Le recueil de données s'est déroulé en deux temps.

Tout d'abord, en salle d'accouchement puis durant le séjour en suite de couche. Une plaquette explicative (*Annexe II*) complétée d'une information orale par les sages-femmes a été remise aux patientes ne souhaitant pas allaiter au sein, juste après l'accouchement. Celle-ci les informait des différentes stratégies de prise en charge proposées (médicamenteuse ou alternative) ainsi que du rapport bénéfice/risque de ces deux options.

L'explication de l'étude ainsi qu'un consentement à y participer ont été joints à la plaquette (*Annexe III*).

Suite au choix de la patiente, les sages-femmes mettaient un questionnaire, mentionnant la stratégie choisie, dans le dossier. Il permettait d'évaluer chaque jour du séjour (J1 à J6) les signes cliniques, l'inconfort, et les traitements reçus en suite de couche (*Annexe IV*). Une fois par semaine (le dimanche), nous récupérions les consentements signés des patientes acceptant participer à l'étude, ainsi que le questionnaire rempli chaque matin par les sages-femmes.

Puis dans un deuxième temps, grâce un entretien téléphonique entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour, nous avons pu évaluer les signes cliniques et l'inconfort encore présents le jour de l'appel, mais également la satisfaction maternelle concernant le protocole en place et la méthode choisie.

Le choix de la stratégie a été recueilli grâce au questionnaire placé dans le dossier et rempli par les sages-femmes. En cas d'oubli d'inclusion dans l'étude d'une patiente éligible, le choix de la stratégie était recherché dans le dossier médical. Les informations concernant les patientes et l'accouchement ont été recueillies grâce au dossier médical.

2.2. Variables recueillies

Les variables que nous avons recueillies sont :

- Le nom, le prénom, le numéro de téléphone afin de recontacter les patientes. Ces données ont ensuite été détruites afin de conserver l'anonymat des patientes.
- La stratégie choisie par la patiente (alternative ou médicamenteuse)
- Les caractéristiques maternelles :
 - l'âge, en année ;
 - la taille en cm et le poids en kg afin de calculer l'indice de masse corporelle (IMC) (poids/taille²) ;
 - l'environnement socio-économique :
 - la catégorie socioprofessionnelle : artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; cadres et professions intellectuelles supérieures ; professions intermédiaires ; employés ; sans profession.
 - Le statut marital : en couple, isolée.
 - la parité : primipare ou multipare ;
 - le nombre d'allaitements artificiels et maternels qui précèdent.
- les caractéristiques de l'accouchement
 - âge gestationnel, en semaines d'aménorrhée plus 0 à 6 jours;
 - mode d'accouchement : voie basse, césarienne avant le travail, césarienne en cours de travail;
 - déclenchement artificiel du travail.

2.3. Critère de jugement:

Le critère de jugement principal était le pourcentage de patientes ayant choisi la méthode alternative et le pourcentage de patientes ayant choisi la méthode médicamenteuse.

Les critères de jugements secondaires étaient :

- ✓ la présence ou non de **signes cliniques** de montée de lait.
- **La tension mammaire** grâce à une EVN (échelle verbale numérique) non validée consistant à demander à la patiente de donner une note allant de 0 à 10 à la tension mammaire ressentie. La note 0 correspondait à « pas de tension mammaire » tandis que la note 10 à « tension mammaire insupportable ».

- **La douleur mammaire** grâce à une EVN validée ^[20] permettant à la patiente de donner une note de 0 à 10 à la douleur mammaire ressentie .La note 0 était définie par « douleur absente » et la note 10 par « douleur maximale imaginable ».
- **L'écoulement de lait** grâce à une EVS (échelle verbale simple) non validée allant de 0 à 3 (0 : écoulement absent ; 1 : écoulement présent mais seulement quelques gouttes ; 2 : écoulement modéré ; 3 : écoulement abondant.).
- **L'inflammation mammaire** (coté par la sage-femme) grâce à une EVS non validée allant de 0 à 2 évaluant la présence d'une rougeur mammaire. (0 : pas de rougeur ; 1 : rougeur localisée ; 2 rougeur étendue (supérieure à 5cm)).

✓ La présence de **complications pathologiques** d'une montée laiteuse non désirée.

Pour cela nous avons évalué une fois par jour pendant le séjour et lors du rappel entre le 14^{ème} et 21^{ème} jour, la température corporelle maternelle. Nous avons défini par hyperthermie une température corporelle supérieure à 38°C.

Nous avons également recherché la présence de mastite ou d'abcès du sein qui sont les deux principales complications d'une montée de lait.

Était considérée comme mastite, une réaction inflammatoire secondaire à une stase lactée, souvent unilatérale. Le sein est rouge sur une zone étendue, tendu et douloureux. Il y a une hyperthermie maternelle pouvant aller jusqu'à 39-40 °C.

Était considéré comme abcès du sein, un amas de pus se formant dans le tissu conjonctivo-graisseux, dans les régions les moins irriguées par le système lymphatique. Il peut faire suite à une mastite insuffisamment traitée. C'est une complication très rare. On observe une tuméfaction fluctuante palpable douloureuse. Le sein est rouge, tendu, extrêmement douloureux. Cet abcès s'accompagne d'une fièvre, d'une altération de l'état général et parfois d'adénopathies satellites.

Afin de poser le diagnostic de ces deux pathologies, nous avons, lors du rappel téléphonique, demandé aux patientes si elles avaient eu une hyperthermie, des complications mammaires, besoin de consulter un médecin, une sage-femme ou d'être ré-hospitalisée depuis leur sortie de la maternité.

✓ **Les traitements reçus en suite de couche.**

✓ **L'inconfort.**

Nous avons évalué l'inconfort une fois par jour pendant le séjour et lors du rappel entre le 14^{ème} et 21^{ème} jour. Il a été mesuré grâce à une EVN non validée consistant à demander à la patiente de donner une note allant de 0 à 10 sur la gêne ressentie au repos mais aussi lors des activités quotidiennes et soins de l'enfant. La note 0 était définie par « pas de gêne » et la note 10 par « gêne insupportable empêchant toutes activités ».

✓ **La satisfaction.**

Nous avons choisi d'évaluer la satisfaction lors du rappel téléphonique.

La satisfaction maternelle a été jugée sur trois axes comportant chacun deux questions.

Un axe concernant l'information et la possibilité du choix d'une stratégie, un axe concernant le vécu de la stratégie choisie et un axe concernant la prise en charge (annexe III).

Quatre des six questions ont été évaluées grâce à une EVN allant de 0 à 10. La note 0 était définie par « pas du tout satisfaite » et la note 10 par « tout à fait satisfaite ». Chacune de ces questions est donc notée sur 10.

Les deux autres questions ont été évaluées par une EVS. Ces questions ont été notées sur 8 points, 0 point pour le qualificatif de satisfaction le plus faible et 8, pour le plus fort (pour la question concernant la possibilité de pouvoir choisir une stratégie, 8 : tout à fait satisfait ; 6 : satisfait ; 4 : moyennement satisfait ; 2 : peu satisfait ; 0 : pas du tout satisfait et pour la question de recommandation de la stratégie choisie 8 : oui tout à fait ; 6 : oui peut-être ; 4 : ne sait pas ; 2 : non peut-être pas ; 0 : non pas du tout).

Suite aux réponses apportées à chaque question, nous avons calculé un score global de satisfaction sur 56 points ramené à 100 points par une règle de proportionnalité.

2.4. Analyse statistique :

Les données recueillies ont été anonymisées.

L'analyse statistique des données comprend une partie descriptive et une partie analytique. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne, et l'écart type, ainsi que par la médiane et l'espace interquartile en cas d'écart à la normalité.

Nous avons comparé les caractéristiques à l'inclusion entre les deux groupes en utilisant le test t de Student pour les variables quantitatives continues, remplacé si nécessaire par le test de Mann-Whitney en cas de variables quantitatives continues non paramétriques.

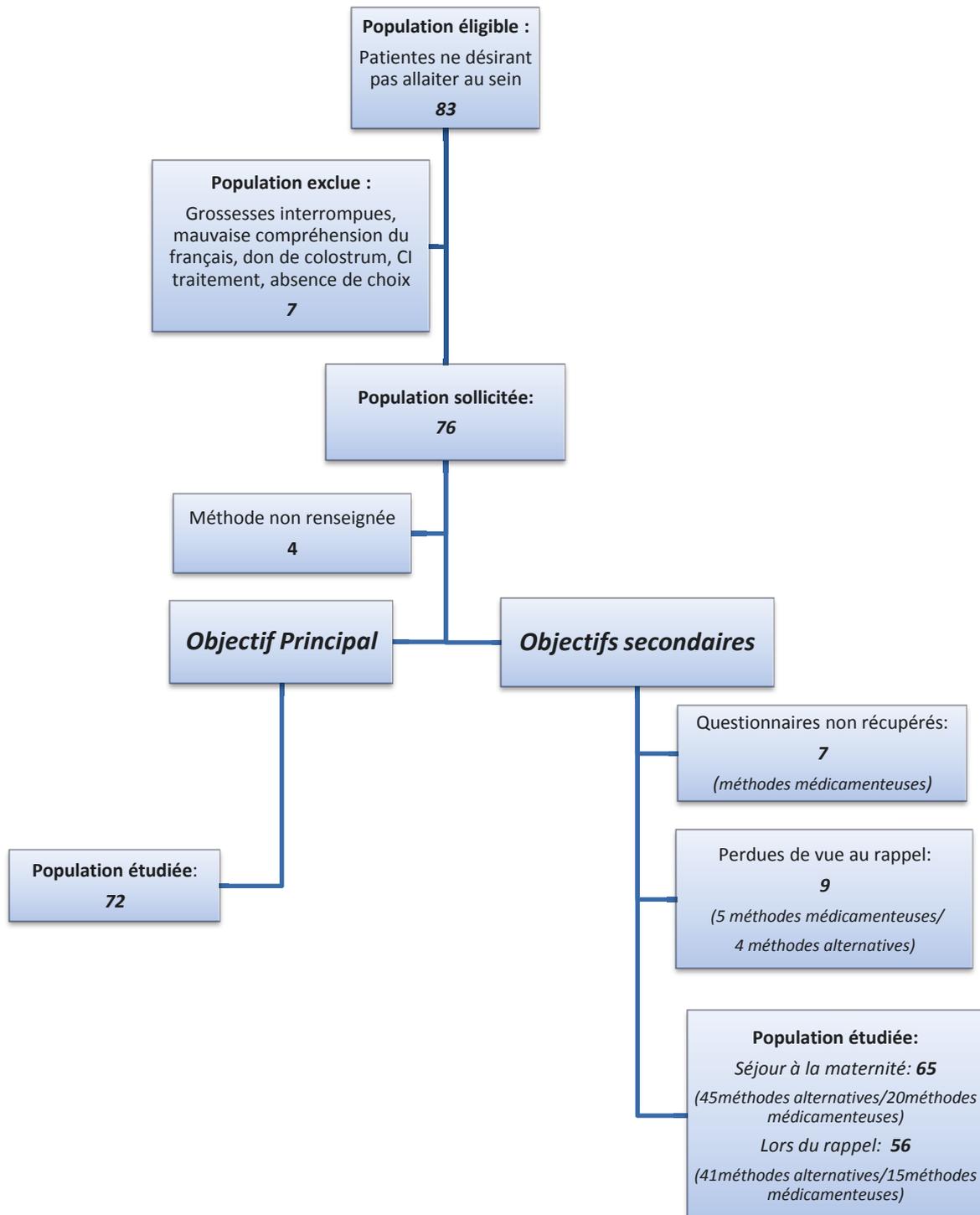
Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi², remplacé si nécessaire par la probabilité exacte de Fisher en cas d'effectif théorique attendu inférieur à cinq.

Le seuil de signification statistique retenu a été fixé à 0,05. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Statview.

RESULTATS

1. Effectifs et caractéristiques de la population étudiée :

1.1. Diagramme d'inclusion.



Entre le 1^{er} novembre 2012 et le 28 février 2013, 83 patientes ayant accouché à la clinique mutualiste des Eaux Claires de Grenoble ne souhaitent pas allaiter au sein pour des

raisons personnelles ou médicales. Quatre d'entre elles n'ont pas eu le choix de la stratégie adoptée (CI médicale au traitement par dérivé de l'ergot de seigle). Trois autres ont pratiqué le don de colostrum. Ces sept patientes ont donc été exclues de l'étude. Ainsi, 76 patientes ont été incluses pour participer à l'étude.

↳ Dans l'étude de la **prévalence du choix** (objectif principal), 72 de ces 76 patientes ont pu être étudiées. En effet, pour quatre patientes, la méthode choisie n'avait pas été mentionnée dans le dossier médical. L'échantillon étudié représente ainsi 94,73% des incluses.

↳ Dans l'étude de la **symptomatologie clinique et de l'inconfort** (objectifs secondaires), sept patientes ayant choisi une méthode médicamenteuse n'ont pas été incluses dans l'étude lors du séjour à la maternité par oubli et non distribution du questionnaire. L'échantillon d'analyse portait donc sur 65 patientes réparties en deux groupes. Le groupe « exposé » / « alternative » correspondant aux patientes ayant choisi une méthode alternative comportait 45 patientes. Le groupe « non exposé » / « médicamenteux » correspondant aux patientes ayant choisi une méthode médicamenteuse comportait 20 patientes. Soit un ratio exposé/non exposé de 2,25. L'échantillon étudié représente ainsi 85,52% des incluses.

Neuf patientes (cinq méthodes médicamenteuses et quatre méthodes alternatives) ont été perdues de vue lors du rappel téléphonique. La population étudiée pour **l'évaluation de la satisfaction** est donc de 56 (41 méthodes alternatives contre 15 méthodes médicamenteuses). L'échantillon étudié représente ainsi 73,68% des incluses.

1.2. Description de la population : caractéristiques générales et obstétricales

Tableau Ia : Caractéristiques générales de la population étudiée.				
	Population générale N=65	Population « alternative » N=45	Population « médicamenteuse » N=20	p
Age, m (e.t) en années	31.0 (5.3)	31.1 (5.3)	30.7 (5.6)	p=0.77
IMC, m (e.t) en kg/cm ²	22.9 (4.8)	23.4 (25.4)	21.6 (2.5)	P=0.14
Catégorie socioprofessionnelle, n (%)				
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1 (1.5%)	1 (2.1%)	0 (0%)	p>0.99
Cadres et professions intellectuelles supérieures	18 (27.7%)	12 (26.7%)	6 (30%)	p=0.78
Professions intermédiaires	16 (24.6%)	12 (26.7%)	4 (20%)	p=0.76
Employés	26 (40%)	17 (37.8%)	9 (45%)	p=0.58
Sans activité	4 (6.2%)	3 (6.7%)	1 (5%)	p>0.99
Statut marital, n (%)				
En couple	62 (95.4%)	42 (93.3%)	20 (100%)	p=0.55
Isolée	3 (4.6%)	3 (6.7%)	0 (0%)	
<i>m</i> : moyenne e.t : écart type <i>n</i> : nombre				

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant l'âge maternel, l'indice de masse corporelle, la catégorie socioprofessionnelle et le statut marital entre les deux groupes de patientes. (Tableau Ia)

Tableau Ib : Caractéristiques obstétricales.				
	Population générale N=65	Population « alternative » N= 45	Population « médicamenteuse » N=20	p
Parité, n (%)				
Primipare	33 (50.8%)	25 (56%)	8 (40%)	P=0.25
Multipare	32 (49.2%)	20 (44%)	12 (60%)	
Antécédent d'allaitement, n (%)				
Artificiel ≥1	24 (36.9%)	13 (28.9%)	9 (45%)	p=0.37
Maternel ≥1	10 (15.4%)	7 (15.6%)	3 (15%)	p>0.99
Aucun	33 (50.7%)	25 (55.5%)	8 (40,0%)	
Age gestationnel, m (e.t) en SA +J	39SA+4J (1SA+2J)	39SA+4 J (1SA+2J)	40SA (1SA+1J)	p=0.18
Déclenchement du travail, n (%)	9 (13.8%)	8 (17.8%)	1 (5%)	p=0.25
Mode d'accouchement, n (%)				
Voie basse	51 (78.5%)	35 (77.8%)	16 (80%)	p=0.84
Césarienne avant le travail	4 (6.2%)	2 (4.4%)	2 (10%)	p=0.58
Césarienne en cours de travail	10 (15.4%)	8 (17.8%)	2 (10%)	p=0.71
Déclenchement du travail, n (%)	9 (13.8%)	8 (17.8%)	1 (5%)	p=0.25
SA+J : Semaines d'aménorrhée + Jours				

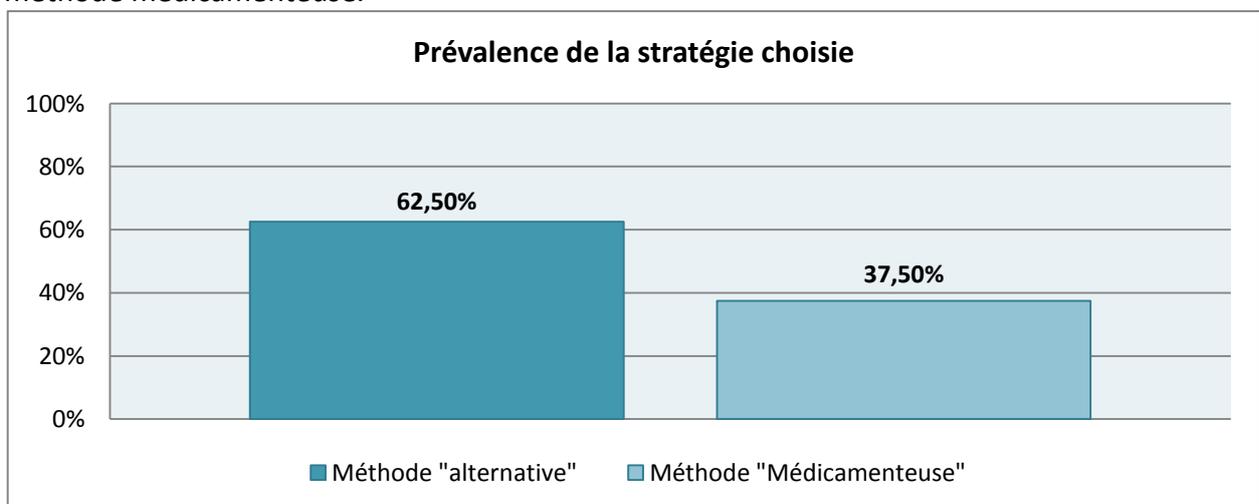
Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la parité, l'âge gestationnel, le mode d'accouchement, le nombre de déclenchement et les antécédents maternels d'allaitement artificiel et maternel entre les deux groupes de patientes. (Tableau IIb)

2. Objectif principal : Prévalence du choix.

Cette étude a mis en évidence, qu'après une information éclairée sur les bénéfices, les risques et les effets indésirables potentiels des deux stratégies proposées, les femmes de notre échantillon (n= 72) préféraient à 62,5% (n=45) contre 37,5% (n=27) s'orienter vers une méthode alternative avec prise en charge symptomatique que vers une méthode inhibitrice médicamenteuse. (Annexe V : Tableau II et Figure I)

La cabergoline a été prescrite chez 65% (n= 13) des patientes bénéficiant d'une méthode médicamenteuse. La bromocriptine a été prescrite chez 35% (n= 7) des patientes.

Figure I : Prévalence du choix des patientes envers une méthode alternative ou envers une méthode médicamenteuse.



3. Objectifs secondaires : clinique, tolérance et satisfaction

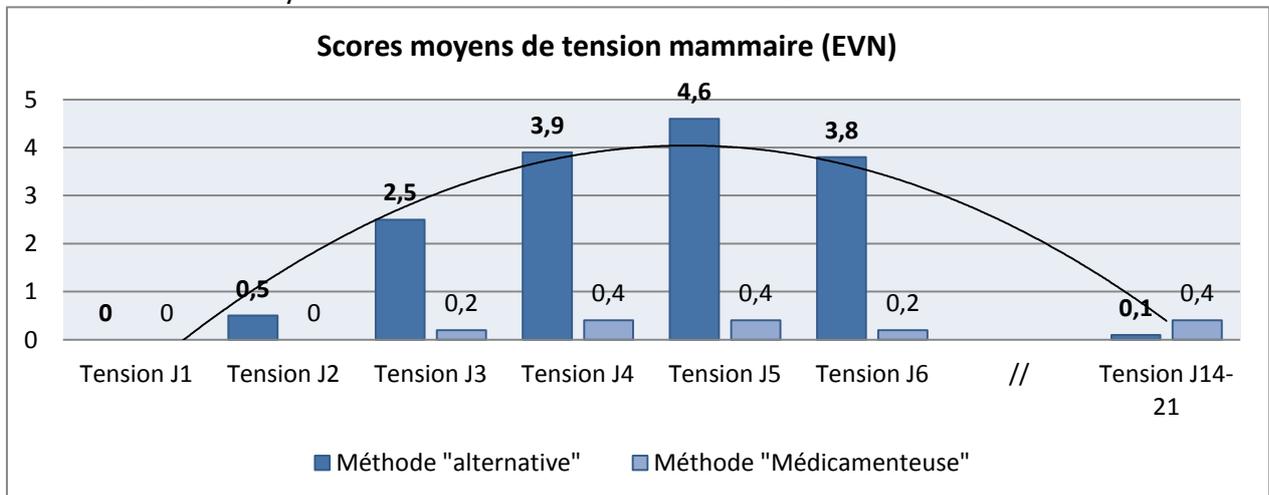
3.1. Symptomatologie clinique selon les deux stratégies :

A. Tension Mammaire (Annexe V : Tableau IIIa).

Avec une évaluation par EVN de 0 à 10, il n'y avait pas de différence statistiquement significative de tension mammaire entre les femmes ayant choisi une méthode alternative et celles ayant choisi une méthode médicamenteuse lors de l'examen du premier jour, du deuxième jour et lors du rappel lors de la 3^{ème} semaine post natale (J14-J21).

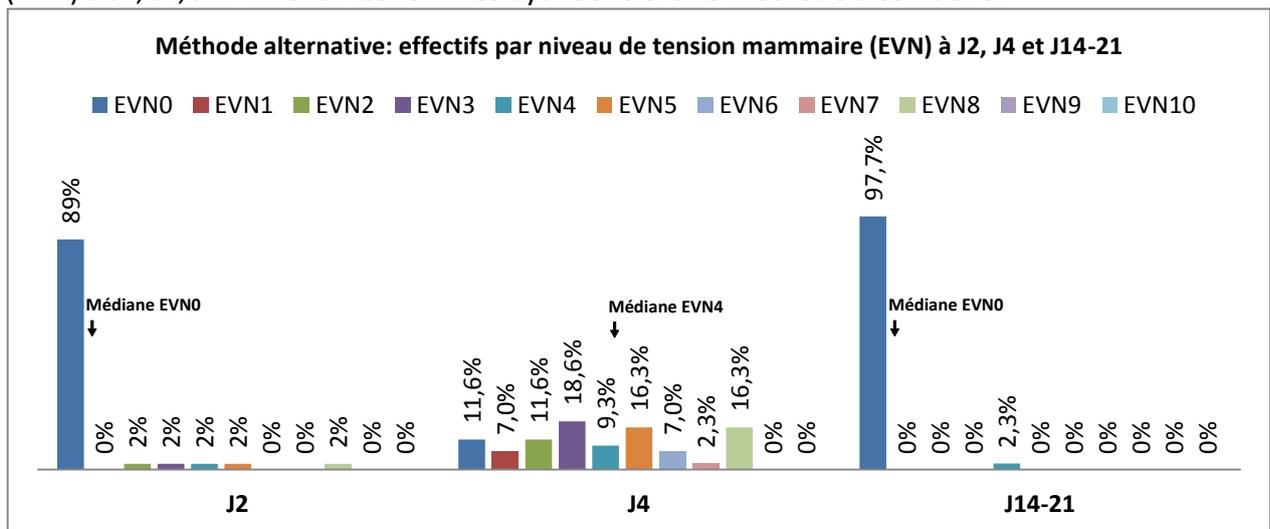
En revanche, nous avons observé une différence statistiquement significative entre les tensions médianes des deux groupes lors de l'examen du **troisième jour** (1/10 (0-5) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse, $p<0.01$), du **quatrième jour** (4/10 (2-5.8) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse $p<0.01$), du **cinquième jour** (5/10 (2-6) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse $p<0.01$), et du **sixième jour** (4/10 (2-6) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse $p<0.01$).

Figure IIa : Scores Moyens de la tension mammaire chez les femmes ayant choisi une méthode alternative et celles ayant choisi une méthode médicamenteuse.



La tension mammaire était plus élevée dans le groupe des patientes ayant choisi une méthode alternative. On a pu voir qu'elle augmentait progressivement du 2^{ème} jusqu'au 5^{ème} jour puis diminuait ensuite, jusqu'à quasiment disparaître deux semaines après l'accouchement. La moyenne de la tension mammaire restait inférieure à 5/10. (Figure IIa)

Figure IIb : Répartition de la population (en %) dans chaque niveau de tension mammaire (EVN) à J2, J4, J14-21 chez les femmes ayant choisi une méthode alternative.



Dans le groupe « méthode alternative »,

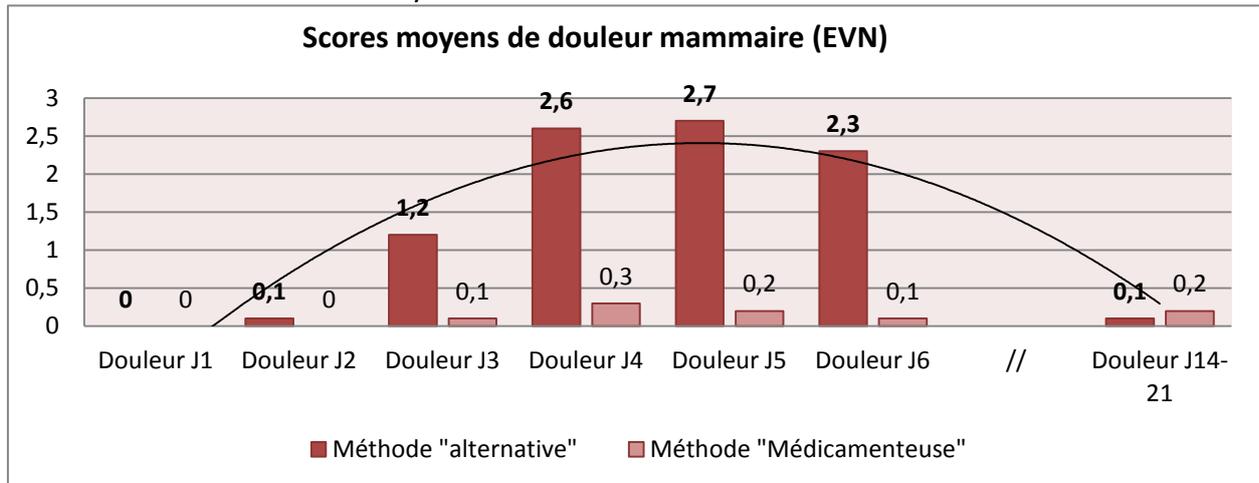
- Au deuxième jour et lors du rappel téléphonique, plus de 75% des femmes avaient une tension mammaire égale à zéro.
- Au quatrième jour, après l'installation de la lactogénèse de stade II, 50% des femmes ont évalué leur tension mammaire comme étant inférieure ou égale à quatre et 25% des patientes l'ont évaluée comme étant supérieure ou égale à six. De plus, nous avons noté une grande variabilité de l'intensité de la tension mammaire, allant de zéro à huit, chez les patientes interrogées. (Annexe V : Tableau IIIa et Figure IIb).

B. Douleur mammaire (Annexe V : Tableau IIIb)

La douleur mammaire médiane (EVN) ne différait pas significativement entre les femmes ayant choisi une méthode alternative et celles ayant choisi une méthode médicamenteuse lors de l'examen du premier jour, du deuxième jour et lors du rappel.

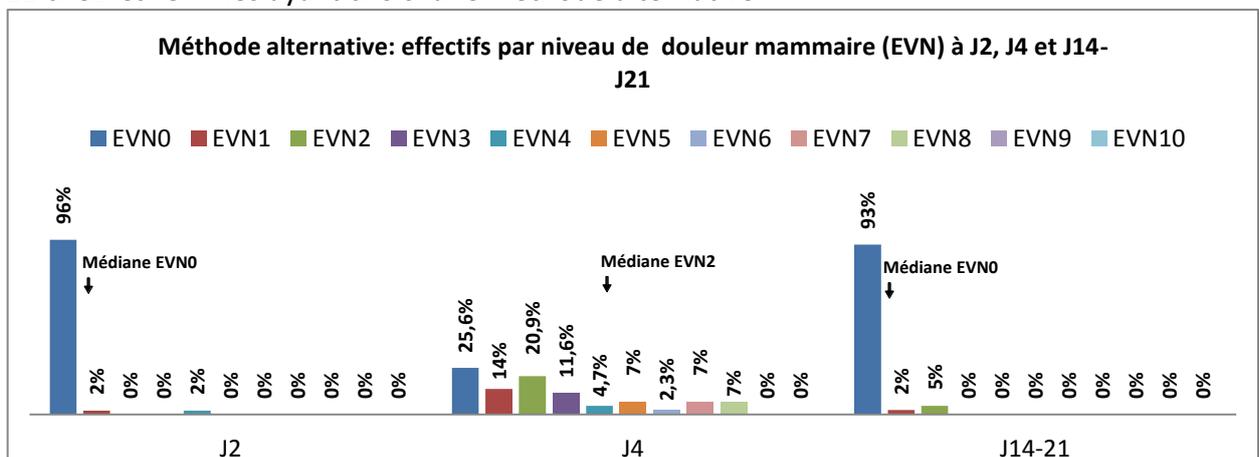
En revanche, nous avons observé une différence statistiquement significative de la douleur médiane entre les deux groupes lors de l'examen du **troisième jour** (0/10 (0-2) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse $p=0.02$), du **quatrième jour** (2/10 (0.3-4) pour la population alternative contre 0 (0-0) pour la population médicamenteuse, $p<0.01$), du **cinquième jour** (2/10 (1-4) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse $p<0.01$), et du **sixième jour** (2/10 (0-4) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse $p<0.01$).

Figure IIIa : Scores moyens de douleur mammaire (EVN) chez les femmes ayant choisi une méthode alternative et celles ayant choisi une méthode médicamenteuse.



Comme pour la tension mammaire, la douleur mammaire ressentie était plus élevée dans le groupe des patientes ayant choisi une méthode alternative. On a pu voir qu'elle augmentait progressivement jusqu'au 5^{ème} jour puis diminuait jusqu'à quasiment disparaître deux semaines après l'accouchement. La moyenne des douleurs mammaires ressenties restait cependant inférieure à 3. (Figure IIIa).

Figure IIIb : Effectif (%) de la population dans chaque niveau de douleur mammaire à J2, J4, J14-21 chez les femmes ayant choisi une méthode alternative.



Dans le groupe « **méthode alternative** », au quatrième jour post natal, lors de l'installation de la lactogénèse de stade II,

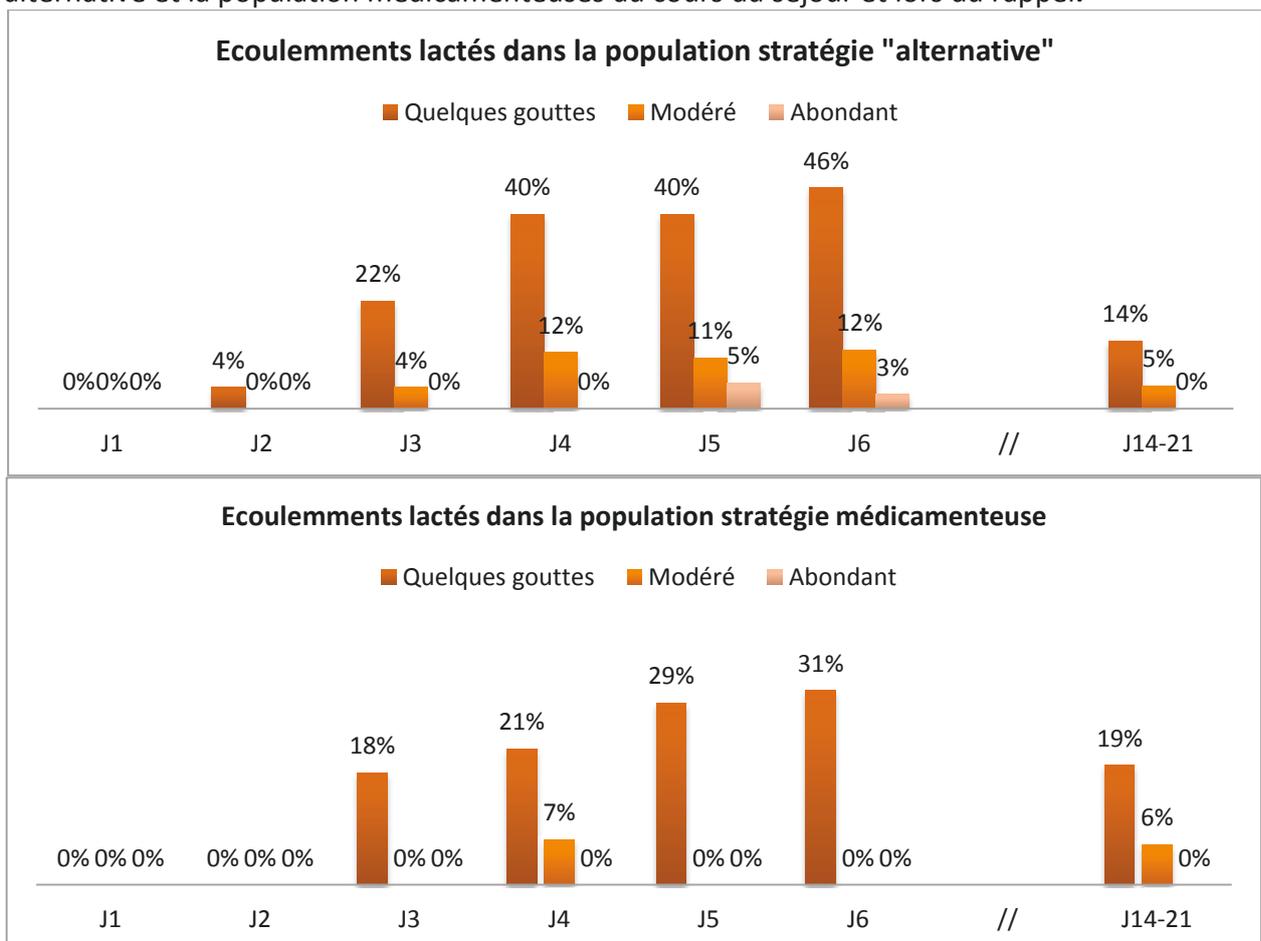
- 50% des femmes ont évalué leur douleur mammaire comme étant inférieure ou égale à deux.
- 25% des patientes l'ont évaluée comme étant supérieure ou égale à quatre.

De plus, nous avons noté une grande variabilité de l'expression de l'intensité de la douleur mammaire ressentie allant de zéro à huit. Lors du rappel téléphonique, seulement 3 patientes (7%) ont décrit une légère douleur mammaire (une patiente l'a évaluée à un et deux l'ont évaluée à deux). Toutes les autres patientes interrogées ne ressentaient plus aucune douleur. (Annexe V : Tableau IIIa et Figure IIIb)

C. Écoulement de lait (Annexe V : Tableau IIIc) :

La comparaison de la présence d'un écoulement de lait entre nos deux groupes de patientes lors du séjour et lors du rappel téléphonique, 14 à 21 jours après l'accouchement, ne montrait pas de différence statistiquement significative.

Figure IV : Effectif de la population présentant un écoulement de lait dans la population alternative et la population médicamenteuses au cours du séjour et lors du rappel.



L'effectif de femmes présentant un écoulement lacté augmentait tout au long du séjour jusqu'au sixième jour. Lors du rappel, il avait diminué mais encore 19 % des patientes du

groupe « méthode alternative » et 25% des patientes du groupe « méthode médicamenteuse » présentaient un écoulement lacté.

Aucun écoulement lacté « abondant » n'a été retrouvé chez les patientes prenant un traitement inhibiteur. (Figure IV)

D. Inflammation mammaire : la rougeur. (Annexe V : Tableau III d)

La présence d'une rougeur mammaire indiquant une inflammation ne différait pas significativement entre les patientes ayant bénéficié d'une méthode alternative et celles ayant bénéficié d'une méthode médicamenteuse.

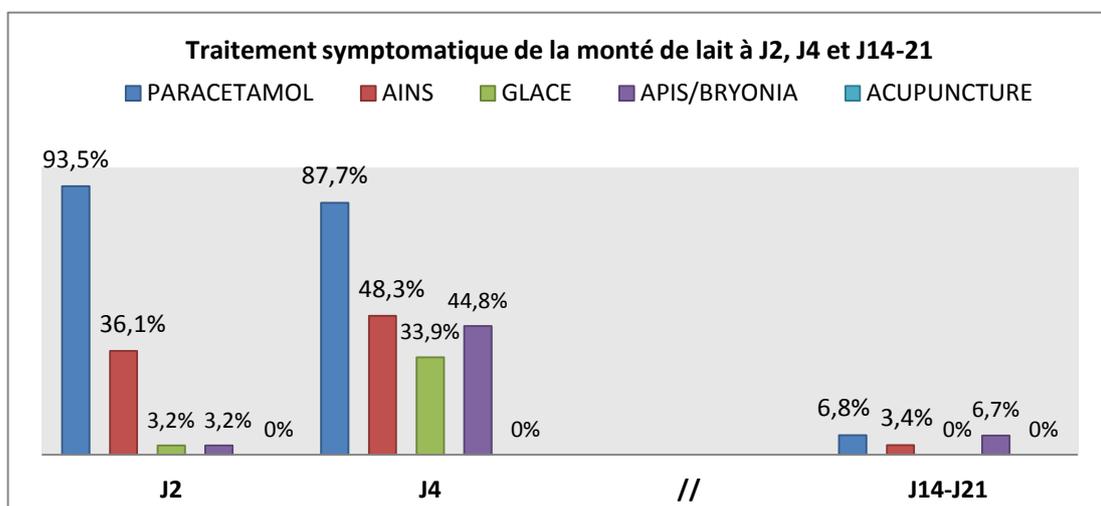
Dans les deux groupes, durant le séjour et lors du rappel téléphonique, aucune femme n'a décrit d'inflammation étendue (>5cm) au niveau mammaire.

Cinq patientes (soit 13,1%) du groupe « méthode alternative » ont décrit une inflammation localisée lors du séjour à la maternité contre zéro dans le groupe population médicamenteuse.

Aucune patiente n'a décrit de rougeur lors du rappel téléphonique.

E. Traitement symptomatique de la montée de lait :

Figure V : Traitement symptomatique de la montée de lait à J2, J4 et J14-21.



Entre J2 et J4 la proportion de patientes prenant un traitement spécifique de l'inflammation mammaire augmente (AINS, glace, homéopathie). A trois semaines, moins de 10% des patientes ont encore un traitement symptomatique. L'acupuncture n'est pas utilisée dans cet échantillon (Figure V)

F. Pathologie mammaire et suivi post natal. (Annexe V : Tableau IIIe)

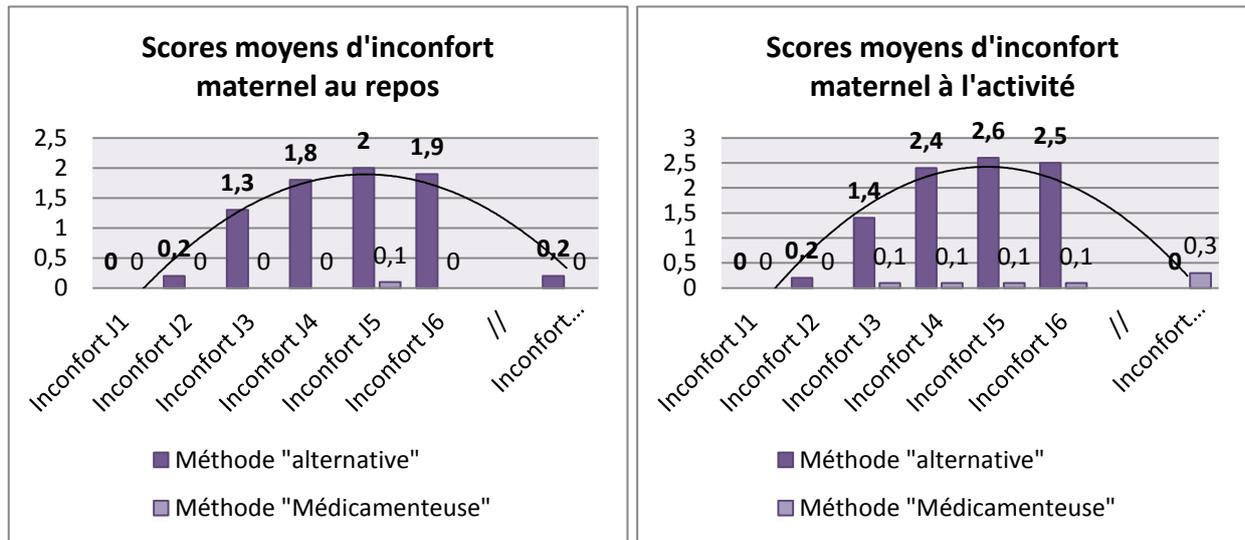
- **Hyperthermie** : Aucune patiente des deux groupes n'a présenté d'hyperthermie durant le séjour ou lors du rappel téléphonique.
- **Mastite, abcès mammaire** : Aucune patiente des deux groupes n'a développé une mastite ou un abcès du sein dans la période allant jusqu'au rappel téléphonique.
- **Suivi post natal** : Quatre patientes (10,8%) ont consulté une sage femme après leur sortie dans le groupe « population alternative » contre 0 (0%) dans le groupe « population médicamenteuses » ($p=0.31$). Les motifs étaient la forte tension mammaire et la douleur. Sur ces quatre patientes, une seule a consulté exclusivement pour cette raison. Les trois autres en ont discuté avec leur sage-femme lors d'un suivi à domicile programmé après la sortie de la maternité. Cette même patiente a également appelé la maternité avant de consulter une sage femme. Les motifs de son appel étaient les mêmes.

3.2. Tolérance :

En ce qui concerne la tolérance (Annexe V : Tableau IVa et IVb), il n'y avait pas de différence statistiquement significative de l'inconfort au repos et de l'inconfort lors des activités quotidiennes (dont soins de l'enfant) entre les patientes deux groupes lors de l'examen du premier jour, du deuxième jour et lors du rappel.

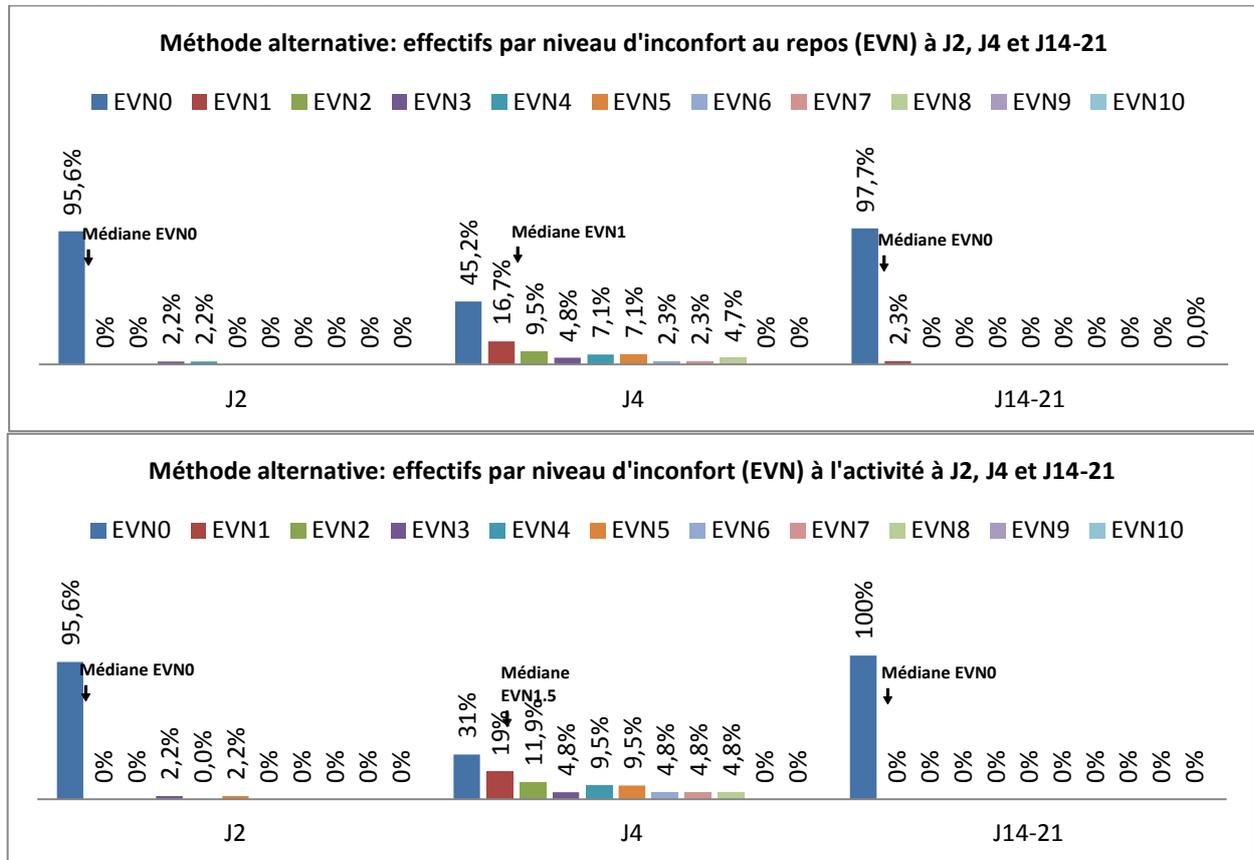
En revanche, nous avons observé une différence statistiquement significative entre les deux groupes lors de l'examen du **troisième jour** (0/10 (0-1.3) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse, $p=0.01$, au repos et 0/10 (0-2.3) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse, $p=0.03$, lors des activités quotidiennes), du **quatrième jour** (1/10 (0-3) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse, $p<0.01$, au repos et 1.5/10 (0-4) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse, $p<0.01$, lors des activités quotidiennes), du **cinquième jour** (2/10 (0-3) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse, $p<0.01$, au repos et 2/10 (0-4.3) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse, $p<0.01$, lors des activités quotidiennes), et du **sixième jour** (1.5/10 (0-2.5) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse, $p<0.01$, au repos et 2/10 (0-5) pour la population alternative contre 0/10 (0-0) pour la population médicamenteuse, $p<0.01$, lors des activités quotidiennes).

Figure VIa : Moyenne des scores d'inconfort au repos et lors des activités quotidiennes (dont soins de l'enfant) chez les femmes ayant choisi une méthode alternative et celles ayant choisi une méthode médicamenteuse.



L'inconfort général ressenti par les patientes était plus élevé dans le groupe ayant choisi une méthode alternative. Nous avons observé qu'il augmentait progressivement jusqu'au cinquième jour pour diminuer ensuite. La moyenne des scores restait cependant inférieure à 2 pour l'inconfort au repos et à 2.6 pour l'inconfort lors des activités quotidiennes. (Figure VIa)

Figure VIb : Effectif (%) de la population dans chaque niveau d'inconfort au repos et lors des activités quotidiennes (dont soin de l'enfant) à J2, J4, J14-21 chez les femmes ayant choisi une méthode alternative.



Lors du rappel téléphonique une seule patiente du groupe « méthode alternative » (soit 2,3%) ressentait encore de l'inconfort au repos (évalué à 1/10) et aucune lors des activités quotidiennes. Pour toutes les autres patientes ayant bénéficié d'une méthode alternative cet inconfort avait complètement disparu. (Figure VIa et VIb)

En étudiant la répartition de la population par niveau d'inconfort, nous avons noté que lors du quatrième jour, il existait une grande variabilité dans l'inconfort ressenti. De plus, 50% des femmes ont évalué l'inconfort ressenti au repos comme étant inférieur ou égal à un et seulement 25 % des patientes l'évaluaient à plus de trois. (Figure VIb et Annexe V : Tableau IVa) Concernant l'inconfort ressenti lors des activités quotidiennes, nous avons noté que 50% des femmes l'ont évalué comme étant inférieur ou égal à un et demi et seulement 25 % des patientes l'évaluaient à plus de quatre. (Figure VIb et Annexe V : Tableau IVb)

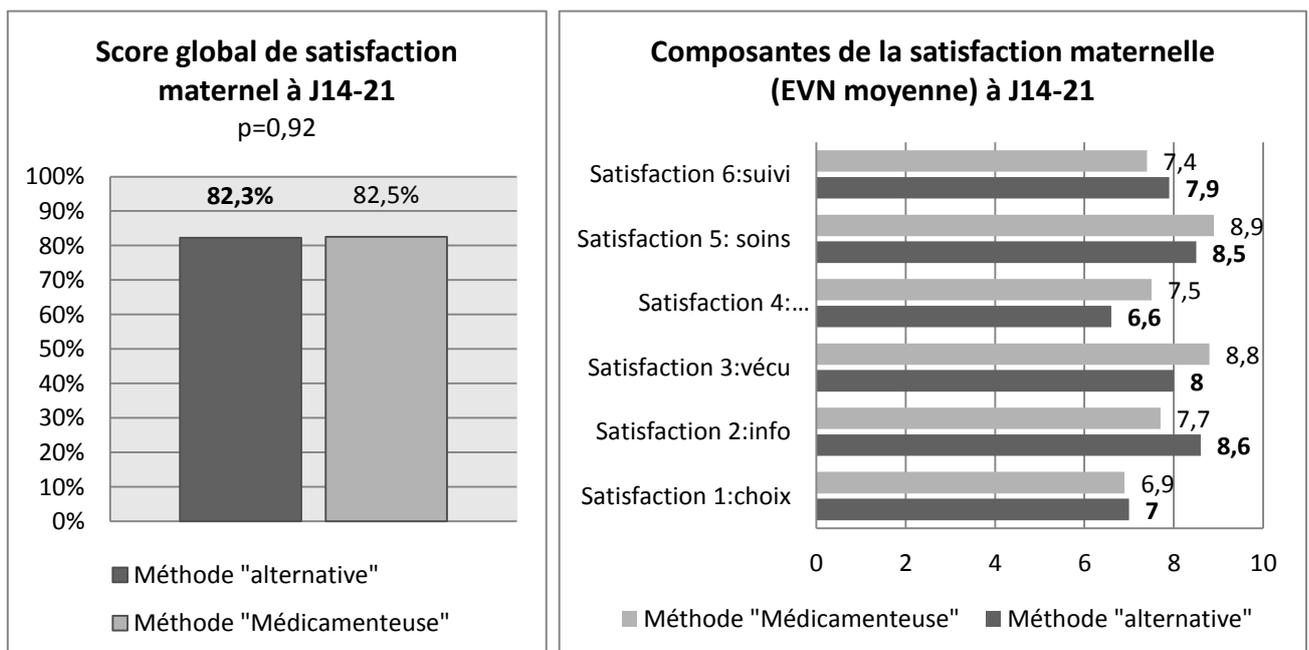
3.3. Satisfaction maternelle des deux stratégies :

- Axe 1 : satisfaction sur le choix et sur l'information.
- Axe 2 : satisfaction du vécu de la stratégie.
- Axe 3 : satisfaction de la prise en charge (soins et suivi).

Le score global de satisfaction est l'agrégation des 3 axes questionnés. Ce score est exprimé sur 100.

Tableau V : Satisfaction maternelle de la stratégie choisie.			
Satisfaction, médiane (eq)	Population « alternative »	Population « médicamenteuse »	
Satisfaction globale (0 à 100)	88 (80-93)	87 (79-93)	p=0.92
Satisfaction 1 : choix	8 (6-8)	7 (6-8)	P=0.44
Satisfaction 2 : info	9 (8-10)	8 (7-9)	P=0.05
Satisfaction 3 : vécu	8 (7-10)	10 (8-10)	p=0.04
Satisfaction 4 : recommandation	8 (6-8)	8 (8-8)	P=0.07
Satisfaction 5 : soins	9 (8-10)	10 (8-10)	p=0.18
Satisfaction 6 : suivi	8 (7-10)	8 (6-9.5)	p=0.55

Figure VII : Moyennes des satisfactions et de la satisfaction globale entre les femmes ayant choisi une méthode alternative et celles ayant choisi une méthode médicamenteuse.



A. Satisfaction globale et acceptabilité du protocole en place

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les patientes ayant bénéficié d'une méthode alternative et celles ayant bénéficié d'une méthode médicamenteuse. (Tableau V). Les moyennes des deux groupes étaient proches (82,5 pour la méthode médicamenteuse et 82,3 pour la méthode alternative). (Figure VII)

Les femmes sont globalement satisfaites du protocole en place peu importe la méthode choisie.

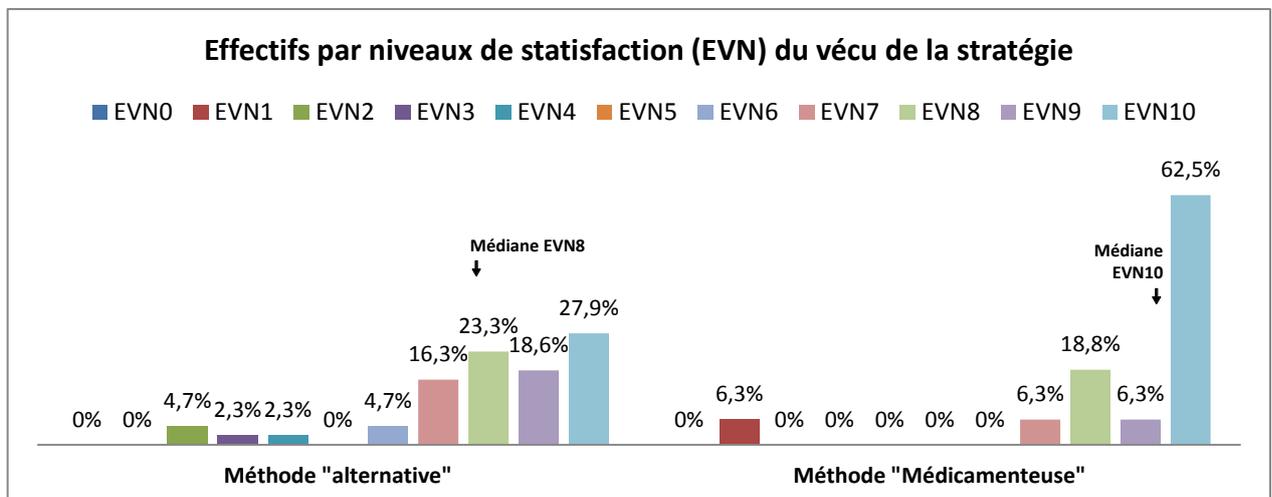
B. Satisfaction globale de la méthode choisie (satisfaction 3)

Il y avait une différence de satisfaction légèrement significative ($p=0,04$) entre les mères ayant bénéficié d'une méthode alternative et celles ayant bénéficié d'une méthode médicamenteuse. Les femmes ayant opté pour une méthode médicamenteuse semblent plus satisfaites. (Tableau V)

Nous avons noté une plus grande variabilité de la satisfaction dans la population ayant choisi une méthode alternative en corrélation avec la grande variabilité des signes cliniques vus précédemment. (Figure VIII)

Nous avons observé une différence de satisfaction mais les scores restaient cependant élevés avec une moyenne de 8 pour la méthode alternative et de 8,8 pour la méthode médicamenteuse. (Diagramme VII)

Figure VIII: Répartition de la population (%) des femmes ayant choisi une méthode alternative et de celles ayant choisi une méthode médicamenteuse dans la satisfaction du vécu de la méthode choisie.



C. Autres satisfactions (*Tableau V et Figure VII*)

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant la satisfaction de pouvoir choisir une stratégie en l'absence d'allaitement, la qualité de l'information, la satisfaction de la prise en charge par l'équipe de la maternité et la satisfaction concernant l'information donnée lors de la sortie de la maternité.

Les moyennes de satisfactions sont élevées dans les deux populations.

DISCUSSION

1. Limite de l'étude

1.1. Effectifs :

La principale limite de cette étude est l'effectif limité de patientes étudiées. La taille des effectifs étudiés ne permettait pas de détecter les effets indésirables et les complications rares plus ou moins graves (mastite, abcès). On peut donc se poser la question de quelles auraient été les fréquences de ces complications à une plus grande échelle ? Cette stratégie serait-elle toujours envisageable pour être utilisée dans la pratique quotidienne ?

Cette stratégie proposée en l'absence d'allaitement était encore peu développée dans l'agglomération grenobloise et seule la clinique mutualiste des Eaux Claires proposait un protocole structuré laissant le choix aux patientes. Nous avons donc décidé de mener cette étude dans une seule maternité afin que les femmes étudiées puissent toutes bénéficier du même protocole.

De plus, la précision des résultats des objectifs secondaires est à discuter car les effectifs des deux groupes étaient différents (20 méthodes médicamenteuses contre 45 méthodes alternatives).

1.2. Satisfaction

Les recommandations du CNGOF concernant l'inhibition de la lactation sont une utilisation de la Bromocriptine (Parlodel®) en première intention, chez les femmes sans facteur de risque. La cabergoline (Dostinex®) ne possédant pas d'AMM, peut être prescrite, en cas de mort fœtale intra-utero ou d'interruption médicale de grossesse au-delà de 17 semaines d'aménorrhée.

Nous avons remarqué dans notre étude que les sages-femmes ont prescrit plus fréquemment de la cabergoline que de la bromocriptine. La cabergoline semble présenter moins d'effet secondaire et sa prise unique la rend plus pratique^[19]. La tolérance et la satisfaction des patientes ayant choisi une méthode médicamenteuse a pu être meilleure que celle à laquelle nous nous attendions.

On a noté une différence significative sur le vécu de la stratégie entre les femmes de nos deux groupes. Cette différence vient-elle du fait que la cabergoline ait été plus prescrite que la bromocriptine et donc que les patientes ont eu moins d'effets indésirables ? Ou alors y a-t-il une réelle différence significative ? Et si oui est-elle pertinente cliniquement ? En effet on voit que

les moyennes (8 contre 8,8 chez les patientes ayant pris un traitement inhibiteur) et les médianes restent élevée (75% des patientes évaluent leur satisfaction comme étant supérieure ou égale à 7 dans le groupe alternative et supérieure ou égale à 8 dans le groupe médicamenteux). Dans notre échelle d'effectif, une ou deux patientes non satisfaites peuvent faire varier significativement les résultats mais cela est-il réellement significatif ? Pour le savoir, il faudrait un échantillon de population plus important.

Enfin la satisfaction a pu être surcotée. En demandant aux patientes de me répondre directement lors du rappel téléphonique la réponse positive a pu être augmentée. De plus l'EVN a une tendance à la surcote comparée à l'échelle visuelle analogique (cotation grâce à une règlette).

2. Difficultés rencontrées

2.1. Méthode:

Afin d'avoir une cinétique de la symptomatologie clinique et de l'inconfort, nous avons décidé de les faire évaluer par les professionnels tout au long du séjour.

Nous avons confectionné un questionnaire pratique à mettre dans le dossier médical de la patiente complétant l'examen général et obstétrical quotidien afin de ne pas trop surcharger les sages-femmes de travail supplémentaire. Je passais dans le service au minimum une fois par semaine pour rajouter les questionnaires s'ils avaient été oubliés. Cependant, onze questionnaires n'ont pas été récupérés. Grâce aux dossiers médicaux, j'ai pu retrouver la stratégie choisie par les patientes pour sept d'entre eux (méthode médicamenteuse) mais pour 4 patientes, la stratégie choisie n'avait pas été notée.

Nous avons donc récupéré 20 questionnaires de patientes ayant opté pour une méthode médicamenteuse au lieu de 27 et 45 questionnaires de patientes ayant opté pour une méthode alternative. Quatre patientes n'ont pas pu être incluses dans l'étude de la prévalence du choix. Cependant, une différence de quatre patientes n'aurait rien changé à la conclusion qu'après une information éclairée, les femmes souhaitent d'avantage s'orienter vers une méthode alternative.

2.2. Evaluation lors de la première semaine après l'accouchement

Les séjours à la maternité sont de plus en plus courts. Pour les patientes ayant accouché par voie basse, ils sont en moyenne de 3 à 4 jours. Cela nous a limité dans l'étude de la symptomatologie clinique et de l'inconfort lors de la première semaine après l'accouchement. En effet, certaines femmes ont eu des signes cliniques de montée de lait seulement après la sortie de la maternité. Afin de palier à ce biais, j'ai demandé aux patientes lors du rappel téléphonique de me décrire les jours suivant leur sortie et d'évaluer la tension, la douleur mammaire, l'écoulement lacté, l'étendue de l'inflammation et la gêne ressentie d'après leur souvenir de la même façon qu'à la maternité. Les questionnaires ont été complétés uniquement pour les patientes se souvenant avec précision.

Ainsi lors du troisième jour après l'accouchement, trois patientes (soit 4,6%) n'ont pas pu répondre, huit patientes (soit 12%) n'ont pas répondu lors du quatrième jour, 13 patientes (soit 20%) pour le cinquième jour et 19 (soit 29%) pour le sixième jour.

2.3. Evaluation à deux ou trois semaines après l'accouchement

La sécrétion lactée devant s'interrompre d'elle-même en une à deux semaines après l'accouchement, les complications pouvant également survenir dans ce laps de temps, il nous a paru important de pouvoir évaluer à plus long terme l'efficacité et la tolérance des deux stratégies. De plus nous avons préféré évaluer la satisfaction maternelle à distance.

Ainsi nous avons choisi de rappeler les patientes entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour. Cependant il nous a été impossible de rappeler toutes les patientes exactement le même jour et neuf patientes ont été perdues de vue.

3. Que dit la littérature ?

3.1. Etude de la prévalence du choix.

Nous avons souhaité évaluer la prévalence du choix des patientes envers deux méthodes proposées afin de voir s'il existait un réel besoin de la population pour une nouvelle méthode innovante. Notre étude a mis en évidence que 6 mois environ après l'instauration de ce nouveau protocole, 62,5% des femmes ayant accouché à la Clinique mutualiste des Eaux Claires de Grenoble souhaitaient s'orienter vers une méthode sans traitement inhibiteur. Une étude sur la prise en charge de l'inhibition de la lactation (semblable à celle proposée à la clinique mutualiste) a été réalisée en 2008 au CHU de Toulouse ^[21]. Elle montrait qu'après

information, les femmes préfèrent également s'orienter vers une méthode sans traitement inhibiteur. En revanche les taux de patientes choisissant cette méthode étaient plus importants. Au CHU de Toulouse moins d'une patiente sur 12 (soit 8,4%) s'orientent vers une méthode médicamenteuse lorsqu'elle a le choix. Donc plus de 90% des patientes choisissent une méthode alternative.

Cette différence avec notre étude peut s'expliquer par l'ancienneté de cette prise en charge déjà présente depuis quelques années à Toulouse lorsque l'étude a été réalisée. Ainsi l'équipe soignante, les professionnels libéraux participant au suivi des patientes, et les patientes elle-même étaient déjà familiarisés à cette pratique. A Grenoble, cette prise en charge débute et se développe petit à petit, les patientes et les professionnels peuvent être encore interrogatifs face à cette nouvelle méthode, freinant le choix des femmes vers une méthode alternative. Mais on peut alors croire que d'ici quelques mois, le taux de patientes s'orientant vers cette stratégie va augmenter. Les traitements inhibiteurs de la sécrétion lactée deviendraient alors occasionnels.

3.2. Symptomatologie clinique et Tolérance

Efficacité

Le traitement inhibiteur présente une efficacité indéniable comparé à une méthode sans traitement. Beaucoup d'études, dans la littérature, l'ont montrée. En effet ces traitements visent à supprimer complètement la montée de lait afin d'éviter tous signes cliniques et l'inconfort.

La méta analyse Cochrane ^[22] comparant les différents traitements pharmacologiques ou non, utilisés dans l'inhibition de la lactation, a comparé la bromocriptine à d'autres stratégies alternatives. Ces conclusions étaient que les traitements inhibiteurs sont significativement plus efficaces que les méthodes non médicamenteuses lors de la première semaine du post partum.

On retrouve également cette conclusion dans le mémoire de fin d'étude de Christophe Ligonnière N. ^[16] comparant une maternité utilisant des traitements inhibiteurs et une, utilisant des stratégies alternatives préventives et symptomatologiques. En effet la tension et la douleur mammaire sont significativement plus présentes chez les patientes de la deuxième maternité. En revanche, la présence d'un écoulement lacté entre les deux échantillons de population ne présente pas de différence significative.

Nous retrouvons nous même une différence significative de la tension et la douleur mammaire ainsi que de l'inconfort. Les scores de tension, de douleur mammaire et d'inconfort sont plus élevés chez les patientes ayant choisi une stratégie alternative. Cette différence ne se retrouve plus lors du rappel téléphonique entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après l'accouchement.

Clinique

Nous avons surtout retrouvé dans la littérature, des études comparant la présence ou non de tension et de douleur. Mais très peu d'études ont été retrouvées, comparant l'intensité des ces signes cliniques entre une méthode alternative et une méthode médicamenteuse.

Dans notre étude, nous sommes partis du principe que l'efficacité des traitements étant prouvée, les signes cliniques d'une montée de lait non désirée seraient plus présents chez les femmes ayant bénéficié d'une méthode alternative. Cependant nous souhaitions vérifier qu'ils restaient modérés en intensité et transitoires chez la plupart des femmes ne prenant pas de traitement et n'entraînant pas de complication.

La lactogénèse de stade II se mettant en place le troisième ou quatrième jour après l'expulsion du placenta, nous avons choisi d'étudier plus particulièrement la symptomatologie clinique lors du quatrième jour après l'accouchement.

Lors du quatrième jour, 75% des patientes ont des signes de montée de lait faibles à modérés (douleur mammaire < 4/10, tension mammaire < 6/10, inconfort au repos < 3/10, inconfort lors des activités quotidiennes < 4/10) qui diminuent à partir du cinquième jour. Ils ont quasiment disparu deux à trois semaines après l'accouchement. Mais encore 25 % des patientes présentent des signes cliniques importants non soulagés par les traitements symptomatiques proposés (paracétamol, AINS, Glace, Homéopathie).

Les traitements les plus exploités dans notre étude ont été le paracétamol, les AINS, la glace et l'homéopathie. Beaucoup de traitements de confort sont encore possibles pour ces patientes qui ont encore des signes cliniques intenses malgré les thérapeutiques proposés.

- Dans notre étude, **l'homéopathie** a été utilisée comme traitement symptomatique et non comme traitement préventif. Une étude en double aveugle comparant l'utilisation d'homéopathie contre un placebo a été réalisée au CHU de Toulouse en 2000 chez 71 patientes ne souhaitant pas allaiter. Dans cette étude l'administration du traitement se faisait dans les 24 premières heures suivant l'accouchement et pendant 10 jours. Moins de douleur, de tension mammaire et d'écoulement spontané de lait ont été retrouvés chez les femmes

ayant reçu le traitement homéopathique. L'utilisation de l'homéopathie dans cette étude s'est donc révélée efficace et pourrait être envisageable en traitement préventif.

- **L'acupuncture** n'a pas été utilisée dans notre échantillon. Pourtant cette dernière paraît montrer un intérêt dans la réduction de la durée de la congestion mammaire. En effet, l'étude de Launet S. ^[23], sur l'utilisation de l'acupuncture dans les problèmes de la lactation, montrait que 87,5 % des patientes traitées par acupuncture ont été soulagées en moins de 24h dont 56% en moins de 18h.
- Quelques patientes nous ont rapporté avoir été bien soulagées par des **cataplasmes d'argile** recommandé par leur sage femmes libérales (propriétés anti inflammatoire et antalgique).
- Les traitements antalgiques locaux (Osmogel), la bromélaïne (Extranase®) sont aussi envisageable.

3.3. Satisfaction

Deux facteurs importants ressortent dans l'étude de la satisfaction : l'information et le choix. Nous avons pu voir qu'impliquer les patientes dans le choix de leur médication paraît avoir un impact sur leur satisfaction globale. Ainsi sur les 56 patientes chez qui nous avons pu évaluer la satisfaction concernant la possibilité de pouvoir choisir une stratégie en l'absence d'allaitement, nous avons noté des hauts scores de satisfaction. Une moyenne de 7/ 8 pour la population alternative contre une moyenne de 6,9/8 pour la population médicamenteuse. Cette tendance se retrouve également dans l'étude de Christophe Ligonnière N. ^[16] où les patientes semblent également plus satisfaites lorsqu'elles ont le choix.

Ce choix doit être libre et éclairé. La patiente doit pouvoir prendre sa décision en connaissance de causes.

Cela nous mène à l'importance de l'information Les patientes ont besoin de connaître toutes les données avant de pouvoir prendre une décision. L'information donnée paraît donc primordiale à l'acceptation des signes cliniques et donc à la satisfaction de la prise en charge.

L'évaluation de la satisfaction quant au vécu de la stratégie choisie a fait ressortir une différence significative entre les deux groupes de patientes. Elle est corrélée aux signes cliniques retrouvés ainsi qu'à l'inconfort décrit. On ne retrouve pas cette différence dans la satisfaction globale comprenant la possibilité du choix d'une stratégie, l'information et la prise en charge. Les moyennes de satisfaction globale sont importantes et très proches entre les

méthodes (82,3/100 pour la méthode alternative contre 82,5 pour la méthode médicamenteuse). La satisfaction ne semble donc pas corrélée seulement au vécu de la stratégie. On retrouve cela dans l'étude de 2008 réalisée au CHU de Toulouse. ^[21] Les patientes ayant reçu une note d'information écrite ont été significativement plus satisfaites par rapport à celles ne l'ayant pas reçue. Une corrélation positive avait été retrouvée entre les scores de satisfaction de l'information et ceux de la prise en charge globale. Par opposition, aucun lien statistique n'avait été retrouvé entre les scores de douleur et les scores de la qualité de la prise en charge. La satisfaction paraissait donc liée à la qualité de l'information plus qu'à la douleur ressentie.

4. Dans la pratique

4.1. Sujet d'actualité et prise de conscience

Rappelons tout d'abord qu'en 1997, le CNGOF propose, dans ces mises à jour en gynécologie obstétrique ^[3], l'absence de traitement initial en cas d'allaitement artificiel en ayant recours à une prise en charge psychologique et à l'utilisation de petits moyens (antalgiques, bandage mammaire...). L'utilisation de la bromocriptine était proposée seulement en cas de difficultés persistantes. Dix ans plus tard le CNGOF a publié un protocole ^[24] proposant la bromocriptine en première intention, chez les femmes sans facteur de risque. Les deux éléments nouveaux importants sont la possibilité d'utiliser deux médicaments ne possédant pas d'AMM dans cette indication. Etait donc proposé la dihydroergocryptine (Vasobral®) comme alternative à la bromocriptine en cas d'intolérance et de pathologie (ou risque) vasculaire et la cabergoline (Dostinex®) en cas de mort fœtale in utero ou d'interruption médicale de grossesse au-delà de 17 semaines d'aménorrhée.

L'utilisation des agonistes dopaminergiques comme « traitement de confort » s'est donc banalisé au cours des années et est souvent devenue systématique. Par exemple en 2008, l'étude de Mura. C ^[4] montre que 90% des professionnels de santé ont recouru à un traitement médicamenteux systématique en première intention.

Nous avons cependant observé ces dernières années une réelle prise de conscience des professionnels de santé mais aussi de la population, concernant l'inhibition de la lactation. ^[19]

^[21] La décision de mise sous surveillance renforcée de la bromocriptine en 2011 a poussé peu à peu les professionnels à s'interroger sur cette problématique. L'existence même de

complications imputées aux dérivés de l'ergot de seigle au cœur de leur maternité a poussé certaines équipes à agir et à réfléchir à l'existence d'autres stratégies comportant moins de risques pour les patientes afin de combattre cette banalisation du médicament.

Ainsi plusieurs maternités du réseau de périnatalité Alpes-Isère songent aujourd'hui à revoir leur prise en charge de l'inhibition de la lactation du post partum immédiat, en proposant des stratégies alternatives aux traitements inhibiteurs.

L'objectif principal de cette étude, en montrant que les femmes s'orientent d'avantage (63%) vers une méthode alternative, prouve qu'il s'agit également d'une réelle demande des patientes. De plus, face aux différents scandales sanitaires récents (Médiator, Diane 35µg...) très médiatisés, les consommateurs ont pris conscience que toute prise de médicaments n'était pas dénuée de risque. On est en droit de s'attendre à une augmentation de la demande des méthodes alternatives validées lorsque bien entendu le médicament n'est pas indispensable.

4.2. Investissement des professionnels et information.

Il nous paraît important de souligner le rôle de prévention et d'information de la sage femme ou du gynécologue obstétricien. En effet, ils sont amenés à suivre les patientes pendant la grossesse et dans le post partum. De la même manière que l'on évoque et que l'on envisage l'allaitement maternel dès la grossesse (lors des consultations ou lors des séances de préparation à l'accouchement), on devrait évoquer, avec les femmes qui ne souhaitent pas allaiter, les différentes stratégies envisageables pour inhiber leur lactation. Une fois l'information donnée (explication du fonctionnement, des risques, des complications et des bénéfices des différentes méthodes) s'il n'existe pas de CI les patientes pourraient faire un choix qui correspondrait à leur attente.

En ce qui concerne le post partum, il est également important d'accompagner ces femmes qui sont parfois mises de côté au dépend des femmes qui allaitent. Une préparation et un accompagnement psychologique de l'accouchée sont importants afin que l'engorgement mammaire, qui peut se produire de façon transitoire, ne soit pas vécu de façon angoissante. Lors des entretiens téléphoniques, les patientes m'ont souvent rapporté que le fait d'avoir été préparées et informées des signes de montée de lait possibles, leur avait permis de mieux vivre cette stratégie. L'accompagnement des sages femmes de la maternité et des sages femmes libérales les avait également rassurées.

Il nous paraît donc indispensable que la prise en charge soit globale de la grossesse au post partum imposant aux professionnels de s'investir avec ces patientes.

4.3. Ce qu'on pourrait envisager

Comme nous l'avons vu, plusieurs maternités du réseau, commencent à réfléchir à d'autres stratégies pour inhiber la lactation prenant conscience des risques des dérivés de l'ergot de seigle.

Les professionnels libéraux (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes) sont eux aussi concernés par cette problématique puisqu'ils doivent pouvoir informer les patientes des stratégies qui s'offrent à elles, ainsi que, de continuer la prise en charge proposée après la sortie de la maternité.

Ce travail pourrait ainsi aider à la construction d'une stratégie commune d'inhibition de la lactation au réseau périnatal. Cette stratégie inclurait :

- ✓ La **sensibilisation et la formation** des professionnels qui manquent souvent de connaissances sur la prescription, les CI et les effets indésirables des traitements inhibiteurs et des alternatives.

- ✓ **L'information des patientes** sur les stratégies possibles pendant la grossesse, en expliquant leurs fonctionnements, leurs bénéfices mais aussi leurs risques et leurs complications.

- ✓ **L'abstention thérapeutique** serait utilisée en première intention. Elle comprendrait un traitement tout d'abord préventif (soutien gorge adapté, absence de stimulation des mamelons...) puis symptomatique si nécessaire (allopathie, homéopathie, acupuncture, phytothérapie...). Une surveillance attentive doit alors être adaptée, évaluant l'apparition de douleurs, d'inconfort ou encore de complications.

- ✓ **Les dérivés de l'ergot de seigle** ne seraient alors utilisés qu'en deuxième intention, en cas de difficultés persistantes ou, lorsque les femmes le souhaiteraient malgré les informations qui leur auront été apportées. Les traitements inhibiteurs seraient alors prescrits selon les recommandations en respectant strictement les CI.

- ✓ **La préparation et l'accompagnement des patientes**, lors de l'information pendant le suivi de grossesse, lors des séances de préparation à l'accouchement, lors du séjour à la maternité et lors du retour à domicile.

CONCLUSION

A l'heure actuelle, nous sommes toujours en attente de la conclusion de l'ANSM sur la balance bénéfique/risque de la bromocriptine. Elle peut donc continuer à être utilisée dans cette indication mais le respect strict de ces contres indications et la surveillance d'apparition d'effets indésirables doivent être primordiaux. Rappelons également que la cabergoline n'a pas d'AMM dans cette indication et que nous avons encore peu de recul sur cette molécule. Il s'agit également d'un dérivé de l'ergot de seigle et en possède donc les même CI. Afin d'éviter toute prise de risque, il nous paraît tout de même préférable de réduire l'utilisation de ces traitements inhibiteurs non indispensables dans la plupart des cas.

C'est ce qu'a voulu faire l'équipe de la maternité des Eaux Claires en mettant en place une toute nouvelle stratégie d'inhibition de la lactation au sein de leur maternité. Ainsi en étudiant cette stratégie, nous avons pu voir que la demande des femmes de s'orienter vers une méthode alternative était réelle. En effet, après avoir été informées, les 2/3 des patientes ont opté pour une méthode préventive et symptomatique.

Les traitements inhibiteurs sont cependant indéniablement plus efficaces. La plupart des femmes qui n'ont pas pris de traitement inhibiteur ont eu une montée de lait. Cependant les signes cliniques et l'inconfort ressenti sont restés modérés et transitoires et ont été bien soulagés par les traitements proposés (antalgiques, homéopathie, glace...). En revanche, 25% des patientes ont eu, malgré les traitements symptomatiques proposés, des signes cliniques intenses entraînant douleur et inconfort. Cela entraîne une différence de la satisfaction au niveau du vécu de la stratégie entre les deux méthodes proposées. Il nous paraît donc important de travailler aujourd'hui à l'amélioration des traitements proposés en augmentant les traitements de prévention et en présentant un plus large panel de traitements symptomatiques ayant démontré un intérêt dans le soulagement de la congestion mammaire.

En tant que sage-femme nous nous devons d'accompagner de la meilleure façon possible ces femmes qui n'allaitent pas. Nous ne devons pas leur nuire en leur administrant des traitements de confort entraînant de potentiels effets indésirables mais ne pas non plus nier l'inconfort ressenti à l'occasion d'une montée de lait non désirée. Cela nous pousse à réfléchir à nos pratiques et à nos prescriptions et d'impliquer d'avantage les patientes dans leur décision. L'information est l'élément principal de cette stratégie. Elle est indispensable et la satisfaction en dépend. Lorsque le traitement n'est pas vital comme ici, seule la patiente est apte à nous dire quelle est la stratégie qui lui conviendrait le mieux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. InVS. BEH. 18 sept 2012. N°34 : 383-387
2. Mignot G. Inhibition de la lactation après l'accouchement. Revue Prescrire juin 1995 ; 15(152) :440-445
3. Berrebi A, Gassita L, Cohen M, Ayoubi J-M, Fournié A. Inhibiteur de la lactation. Extrait des mises à jour en Gynécologie et obstétrique. 03 décembre 1997. Tome XXI.
4. Mura C. Analyse des connaissances et des pratiques des sages-femmes autour de l'arrêt de la lactation dans le post partum immédiat. Vocation Sage-femme 2010. N°83 : 26-28
5. Mirkou A, Suchovsky D, Gouraud A, Gillet A, Bernard N, Descotes J, et al. Pratiques des prescriptions des dérivés de l'ergot de seigle dans l'inhibition de la lactation en France. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). Avril 2012 ; 41(2):167-73.
6. Iffy L, Zito GE, Jakobovits AA, Ganesh V, McArdle JJ. Postpartum intracranial haemorrhage in normotensive users of bromocriptine for ablactation. Pharmacoepidemiol Drug Saf. Mai 1998; 7(3):167-171.
7. Nell A, Guillon B, Auffray Calvier E, Damier P, Hamidou M. Angiopathie cérébrale aigüe bénigne du post partum à propos de deux cas. Rev Med Interne. 2007 ; 28 : 91.
8. Burckard E, Patrigeon R-G, Felten D, Combourrieu E, Escarment J. Crises convulsives révélant une angiopathie cérébrale du post partum par prise de bromocriptine. Annales française d'anesthésie et de réanimation. 2003. 22 : 46-49
9. Misdrahi D, Chalard R, Verdoux H. Épisode maniaque induit par la bromocriptine en post partum. A propos d'un cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 : 79-81.
10. Larrazet F, Spaulding C, Lobreau HJ, Weber S, Guerin F. Possible bromocriptine-induced myocardial infarction. Ann Intern Med. 1993 Feb 1; 118(3):199-200.
11. Montastruc J-L. Dérivés de l'ergot de seigle et Inhibition de la lactation : toujours des effets indésirables ! BIP31.fr 2010, 17, (2) : 10-11
12. Veirman F. Évaluation des connaissances et audit des pratiques professionnelles concernant l'administration de la bromocriptine dans la période du post partum immédiat. DE sage femme : Université Joseph Fourier Grenoble ; 2010.

13. Prescrire rédaction. Inhibition de la lactation : gare aux antagonistes dopaminergiques. revue prescrire. Nov 2010 ; 30(325) : 828
14. Vidal 2011.
15. Galouzeau de Villepin B. Inhibition de la lactation dans le Post-partum : Bromocriptine vs Cabergoline. DE de sage femme : Université Paris Descartes ; 2011.
16. Christophe Ligonnière N. Inhibition de la lactation : utilisation de traitements inhibiteurs ou « petits moyens » ? Comparaison de pratiques dans deux maternités des Pays de la Loire, Nantes et St Nazaire. DE de sage femme : Université de Nantes ; 2010.
17. ANSM, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. « PARLODEL, BROMO-KIN, Inhibition de la lactation ». c ANSM. 2013 [consulté le 21/03/13] disponible sur : <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-sous-surveillance-renforcee2/Medicaments-sous-surveillance-renforcee/PARLODEL-BROMO-KIN-Inhibition-de-la-lactation>
18. ANSM. Enquête officielle de pharmacovigilance relative aux dérivés ergotés et risque de fibrose et de valvulopathie cardiaque. Compte rendu de la commission nationale de pharmacovigilance.. 22 novembre 2012. Saint-Denis, France : 11-12
19. Benjilany S. Actualités sur l'arrêt de la lactation. Les dossiers de l'obstétrique 2013 ; 4 (n° 423) : 15-16
20. ANAES. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Presse Med. Juin 1999; 28(22):1171-7
21. Guyard-Boileau B, Duclusaud A, Connan L, Vayssière C, Parant O, Berrebi A, et al. Optimisation de la prise en charge de la montée laiteuse non souhaitée : évaluation d'une stratégie innovante. CHU Toulouse. Journée francophone de recherche en obstétrique et gynécologie. Jeudi 4 décembre 2008
22. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005937.
23. Launet S. L'acupuncture et les petits maux. Diplôme interuniversitaire d'acupuncture obstetricale : Université de strasbourg ; 2010
24. CNGOF. Protocoles en gynécologie obstétrique. 2^{ème} édition. Edition Elsevier Masson ; 2012

ANNEXES

Annexe I: Stratégie d'inhibition de la lactation à la clinique mutualiste des Eaux Claires de Grenoble

Mise en place de la stratégie

INFORMER LES FEMMES DES STRATEGIES POSSIBLES :

- INHIBITEURS LACTATION** (Bromocriptine, Cabergoline...)
- TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES** (soulent gorge, Homéo...)

→ CHOISIR AVEC LA PATIENTE UNE STRATEGIE EN FONCTION DU BENEFICE / RISQUE

NOTER SUR LA FEUILLE DE SUITE DE COUCHE L'OPTION CHOISIE

REMMETTRE A LA PATIENTE LA FEUILLE EXPLICATIVE EN CAS DE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

ET INSERER LA FEUILLE EVALUATION DANS DOSSIER DE SUITE DE COUCHE. A LA SORTIE DE LA PATIENTE METTRE LA FEUILLE D'EVALUATION DANS LE CARTON EN SDC.

NB : Les documents types sont dans les ordinateurs en SA et SDC sur le bureau, le dossier se nomme « inhibition de la lactation ».

Pas d'allaitement au sein

Informations et choix de la stratégie avec la patiente

Bromocriptine
Si choix patiente
Si pas de CI
Si pas d'EI (au livret)

Dihydroergocriptine
Si choix patiente
Si pas de CI
Si EI (Bromocriptine (prescription externe))

TTT Inhibiteurs

Alternatives

- Si choix patiente
- Si CI aux autres médicaments
- Si EI des autres médicaments

TTT Symptomatiques

- Prévention
- Allopathie
- Homéopathie
- Acupuncture
- phytothérapie

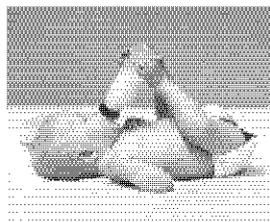
-ALTERNATIVES A L'INHIBITION DE LA LACTATION-

⚠ EN CAS DE CI, EI ou dérivés de l'ergot de seigle ou demande patiente, Objectif : éviter ou atténuer les signes mammaires (tensions, douleurs, écoulements, rougeur, engorgement, lymphangite...)

INFO-CONSEILS	ALLOPATHIE	HOMÉOPATHIE	ACUPUNCTURE	PHYTOTHERAPIE
<p>⚠ La non-présentation du bébé au sein suffit pour inhiber la lactation dans 60% à 70% des cas</p> <p>C. 30% à 40% des femmes ont des signes mammaires importants : gênes, tensions, écoulements, douleurs, engorgement : il convient de prévenir, expliquer et soulager ces signes si présents!</p> <p>C. part d'un soulagement adapté dès l'accouchement</p> <p>C. part d'atténuation des manifestations autours que possible.</p> <p>C. En application locale si signe de tension/inflammation des seins: → gelée → Argile blanche en cataplasme → drainage lymphatique</p>	<p>Prescription Paracetamol 1g/3/3/4 (1/0/0) ou Métoprolol 50mg/3/3/3 Ou Aspirine 1g/3/3/3 Si signes, pdt: 3-4i.</p> <p>En complément Extraitase 3cp 3x/1</p> <p>En application locale = Nifluga 1 sur 3x/1</p>	<p>Prescription Apis 6ch 3g 2x/1 Bryonia 6ch 3g 2x/1 Des le début des signes Alterner ttes les 4-6h pendant 30 jours.</p> <p>En complément Belladonna 6ch Phytolacca Pulsatilla Cf Fiche Homéo et Alt</p> <p>Et arrêt: Apis/Bryonia.</p>	<p>Prescription V17, V14, V1, V13 3x/1 pdt le séjour.</p> <p>En complément En fonction examen MIC: E18, E44 F2, F3 G11 V51, V17</p>	<p>Prescription Tisane Sauge 30g Menthe 30g 1 Cas/ tasse ou mélange 1 tasse 3x/1 pendant 1 semaine</p> <p>HE</p> <p>Pesil haché cataplasme EI/ou Feuille de choix en application locale</p>

-INHIBITION MEDICAMENTEUSE DE LA LACTATION-

<p>1 Bromocriptine (Parlorel® Bromocriptin®) Cp à 2,5mg</p> <p>Ces médicaments sont des dérivés de l'ergot de seigle et Agonistes dopaminergiques</p> <p>AMAM</p> <p>Prescription 1^{ère} J : 1/2cp 2^{ème} J : 1cp 3^{ème} à 14 J : 1cp/2 à 1 semaine si nécessaire</p> <p>Contre-indications Hypersensibilité à la bromocriptine, aux alcaloïdes de l'ergot de seigle. Hypotension, prééclampsie, hypertension du post-partum Insuffisance coronaire, Valvulopathie, Aortopathie. Traitements vasoconstricteurs. Facteurs de risque vasculaire, artériopathie périphérique (HTA, diabète, tabac, diabète, dyslipoprotéinémie). Neurologiques Précaution avant des troubles psychiques ou alcool</p> <p>Précautions médicaments vasoconstricteurs, narcotiques</p>	<p>2 Cabergoline (Dostinex® et générique) Cp à 0,5mg</p> <p>BOBS/AMM</p> <p>Prescription 2cp Prise unique</p> <p>Contre-indications Neurologiques Valvulopathie.</p>
<p>Dosage E₁</p> <p>Frequents: vertiges, hypotension, nausées, céphalées Rare: complication cardiovasculaires</p> <p>4-17 euros (0,5 comprimé), Remb 36-106 à 85 %</p>	<p>Dosage alcaloïdes de l'ergot de seigle</p> <p>Dosage E₂</p> <p>Vertiges, nausées, vomissements, céphalées</p> <p>33,00 euros (8 comprimés), Remb 36-106 à 85 %</p>



NOTE EXPLICATIVE

Inhibition de la lactation

« La montée laiteuse n'est pas une maladie et l'arrêt de la lactation chez les patientes ne désirant pas allaiter doit s'effectuer sans danger. » (Collège National des Gynécologue Obstétriciens Français)

La Bromocriptine (Parlodel®) est aujourd'hui utilisée quotidiennement dans la pratique hospitalière pour inhiber la lactation. L'agence nationale de sécurité du médicament fait actuellement une enquête afin d'évaluer si l'efficacité de cette molécule est supérieure aux risques encourus.

Dans l'attente de conclusions, ce médicament est placé sous haute surveillance.

À la clinique Mutualiste, vous avez la possibilité de choisir librement votre méthode d'inhibition de lactation: l'une médicamenteuse, l'autre par abstention thérapeutique et traitement symptomatique si besoin. Vous trouverez ci-dessous un descriptif sommaire des atouts et inconvénients des deux approches à votre disposition.

Effets indésirables de la *Bromocriptine* :

- Nausées, vomissements,
- Vertiges, Malaises au lever
- Maux de tête, Palpitations
- Anxiété, insomnie, Somnolence
- Douleur abdominale
- Tension et Douleur Mammaires, Écoulement de lait

Exceptionnellement :

- Hypertension artérielle,
- Infarctus du myocarde,
- Troubles psychiques, convulsions, accident vasculaire cérébral.
- Engorgement, mastite, abcès.

Efficacité :

« Taux de réussite varie entre 70 et 90% selon les études. » (CNGOF)

Effets Indésirables de l'*abstention thérapeutique* : signes clinique d'une montée de lait.

- Tension mammaire
- Écoulement de lait
- Douleurs mammaires
- Engorgements
- Montée de lait

Exceptionnellement :

- Mastite , abcès

Efficacité :

« La non présentation du nouveau-né au sein et l'absence de stimulation des mamelons suffisent à inhiber la sécrétion de lait chez 60 à 70 % des femmes.

On peut cependant observer un engorgement (30 %) et/ou des douleurs (40 %), généralement calmées par un antalgique banal et l'application locale de glace. » (CNGOF)

Cette note est informative et vise à vous présenter les choix qui s'offrent à vous. Une étude comparant ces deux approches est en cours de réalisation au centre hospitalier de Voiron afin d'améliorer la prise en charge de l'inhibition de la montée laiteuse. Il vous sera possible à tous moment de changer d'avis.

La maternité se tiens à votre disposition pour toutes informations complémentaires .



Madame,

Si vous avez choisit la méthode alternative nous vous conseillons, la non stimulation des mamelons et **le port d'un soutien gorge ajusté dès l'accouchement 24h/24h pendant au moins 15jours**. Cela suffit dans la plupart des cas à votre confort.

Si quelquefois des signes de montée de lait surviennent après la naissance, (tension ± douloureuse des seins, rougeurs, chaleur), plusieurs moyens seront à votre disposition :

- Paracétamol 1gX3
- Homéopathie selon les symptômes présents *
- Acupuncture à la maternité
- Anti-inflammatoire sur prescription

A Cela on peut encore associer d'autres moyens tels que glace en application locale, une tisane spécifique, de l'argile en cataplasme. Ces méthodes pourront aussi vous être indiquées à la maternité.

Pour tous renseignements, précisions ou conseils après votre sortie de la maternité, les sages-femmes sont disponibles au numéro suivant : 04 76 70 71 01 (suite de couche) ou en consultation sage femme 04 76 70 70 51.

* Homéopathie selon symptômes :

-APIS MELLIFICA 9CH 3 granules 3x/j

Si œdème rosé et picotement soulagé par l'application du froid.

-BRYONIA 9CH 3 granules 3x/j

Si sein pâle, dur et besoin ++ d'être maintenu.

-BELLADONA 9CH 3 granules 3x/j

A utiliser uniquement si rougeur-chaleur-douleur sont associés.

L'équipe des sages femmes.

LETTRE D'INFORMATION

Madame,

Vous avez choisi d'allaiter votre enfant au biberon. A la clinique Mutualiste des Eaux Claires, deux choix vous sont proposés pour la prise en charge de l'arrêt de votre lactation :

- Le traitement inhibiteur
- la méthode alternative.

Suite à votre choix, je sollicite votre participation à mes travaux de recherche que j'effectue, en qualité d'étudiante sage-femme. En effet, je souhaite évaluer la prise en charge qui vous est proposée à la maternité.

Si vous acceptez de participer à cette étude, quelques questions vous seront posées ponctuellement au cours de votre séjour en maternité. De plus après votre sortie et avec votre accord préalable, je vous contacterai par téléphone ou par mail, 2 à 3 semaines après l'accouchement, afin de recueillir vos impressions sur la stratégie choisie et ses effets pour une évaluation à plus long terme.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et si vous ne souhaitez pas y participer, il suffira de le préciser à la sage-femme, cela n'influencera en aucune manière la qualité des soins que vous recevrez.

Les données vous concernant et recueillies dans le cadre de cette étude seront codées de façon à garantir leur confidentialité (votre nom n'apparaîtra jamais).

Vos données nominatives serviront seulement à vous recontacter. Une fois l'étude terminée, elles seront détruites.

Je vous remercie de l'intérêt que vous voudrez bien porter à cette étude, qui a pour unique but d'améliorer la prise en charge de l'inhibition de la montée laiteuse, et je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sincères salutations.

Solène DEMANGEON. Etudiante Sage Femme.

Si vous acceptez de participer à l'étude merci de remplir et de signer ce consentement.

Je soussignée, madame..... accepte de participer à l'étude concernant l'évaluation du protocole d'inhibition de la lactation à la clinique mutualiste des Eaux Claires.

En acceptant de participer à l'étude, j'accepte d'être recontactée 2, 3 semaines plus tard.

N° portable :

N° téléphone fixe :

Email :

Le.....

A.....

Signature :

Annexe V : Tableaux des résultats.

Tableau II : Prévalence du choix des patientes envers une méthode alternative ou une méthode médicamenteuse.			
	Méthode « alternative » symptomatique	Méthode médicamenteuse inhibitrice	
Nombre de patiente, n (%)	45 (62.5%)	27 (37.5%)	
Nombre de patiente, n (%)		Bromocriptine	Cabergoline
		7 (35%)	13 (65%)

Tableau IIIa : Tension mammaire déclarée (EVN) lors du séjour à la maternité et lors du rappel téléphonique à J14-J21			
Tension mammaire, médiane (eiq)	Population « alternative »	Population « médicamenteuse »	
J1	0 (0-0)	0 (0-0)	p>0.99
J2	0 (0-0)	0 (0-0)	p=0.16
J3	1 (0-5)	0 (0-0)	p<0.01
J4	4 (2-5.8)	0 (0-0)	p<0.01
J5	5 (2-6)	0 (0-0)	p<0.01
J6	4 (2-6)	0 (0-0)	p<0.01
J14-21	0 (0-0)	0 (0-0)	p=0.12
eiq : Espace interquartile			

Tableau IIIb : Douleur mammaire déclarée (EVN) lors du séjour à la maternité et lors du rappel téléphonique à J14-J21.			
Douleur mammaire, médiane (eiq)	Population « alternative »	Population « médicamenteuse »	
J1	0 (0-0)	0 (0-0)	p>0.99
J2	0 (0-0)	0 (0-0)	p=0.38
J3	0 (0-2)	0 (0-0)	p=0.02
J4	2 (0.3-4)	0 (0-0)	p<0.01
J5	2 (1-4)	0 (0-0)	p<0.01
J6	2 (0-4)	0 (0-0)	P<0.01
J14-21	0 (0-0)	0 (0-0)	p=0.50

Tableau IIIc : Écoulement de lait observé lors du séjour à la maternité et lors du rappel téléphonique à J14-J21.				
Écoulement de lait, <i>n</i> (%)		Population « alternative »	Population « médicamenteuse »	
J1	Absent	0 (100%)	0 (100%)	
J2	Quelques gouttes	2 (4.4%)	0 (0%)	p>0.99
J3	Quelques gouttes	10 (22.2%)	3 (17.6%)	p>0.99
	Modéré	2 (4.4%)	0 (0%)	P>0.99
J4	Quelques gouttes	17 (40%)	3 (21.4%)	p=0.34
	Modéré	5 (11.6%)	1 (7.1%)	p>0.99
J5	Quelques gouttes	15 (40%)	4 (28.6%)	p=0.47
	Modéré	4 (10.5%)	0 (0%)	p=0.56
	Abondant	2 (5.3%)	0 (0%)	p>0.99
J6	Quelques gouttes	15 (45.5%)	4 (30.6%)	p=0.36
	Modéré	4 (12.1%)	0 (0%)	p=0.31
	Abondant	1 (3%)	0 (0%)	p>0.99
J14-21	Quelques gouttes	6 (14%)	3 (18.8%)	p=0.69
	Modéré	2 (4.7%)	1 (6.3%)	p>0.99

Tableau III d : Rougeur mammaire observée lors du séjour à la maternité et lors du rappel téléphonique à J14-J21.				
		Population « alternative »	Population « médicamenteuse »	
Rougeur localisée, <i>n</i> (%)				
J1		0 (0%)	0 (0%)	
J2		0 (0%)	0 (0%)	
J3		2 (4.4%)	0 (0%)	p>0.99
J4		3 (7%)	0 (0%)	p=0.57
J5		5 (13.1%)	0 (0%)	p=0.31
J6		3 (9%)	0 (0%)	p=0.54
J14-21		0 (0%)	0 (0%)	

Tableau III e : Pathologies mammaires observées et suivi après la sortie.				
		Population « alternative »	Population « médicamenteuse »	
Mastite, <i>n</i> (%)		0 (0%)	0 (0%)	
Abcès, <i>n</i> (%)		0 (0%)	0 (0%)	
Température maternelle>38°, <i>n</i> (%)		0 (0%)	0 (0%)	
Consultation, <i>n</i> (%)		4 (9.3%)	0 (0%)	P=0.57
Appel téléphonique, <i>n</i> (%)		1 (2.3%)	0 (0%)	p>0.99
Hospitalisation, <i>n</i> (%)		0 (0%)	0 (0%)	

Tableau IVa : Inconfort au repos ressenti lors du séjour à la maternité et lors du rappel téléphonique à J14-J21.

Inconfort au repos, médiane (eiq)	Population « alternative »	Population « médicamenteuse »	
J1	0 (0-0)	0 (0-0)	p>0.99
J2	0 (0-0)	0 (0-0)	p=0.38
J3	0 (0-1.3)	0 (0-0)	p=0.01
J4	1 (0-3)	0 (0-0)	p<0.01
J5	2 (0-3)	0 (0-0)	p<0.01
J6	1.5 (0-2.5)	0 (0-0)	p<0.01
J14-21	0 (0-0)	0 (0-0)	p=0.54

Tableau IVb : Inconfort lors de la vie quotidienne et soin de l'enfant ressenti lors du séjour à la maternité et lors du rappel téléphonique à J14-J21.

Inconfort lors vie quotidienne, médiane (eiq)	Population « alternative »	Population « médicamenteuse »	
J1	0 (0-0)	0 (0-0)	p>0.99
J2	0 (0-0)	0 (0-0)	P=0.38
J3	0 (0-2.3)	0 (0-0)	p=0.03
J4	1.5 (0-4)	0 (0-0)	p<0.01
J5	2 (0-4.3)	0 (0-0)	p<0.01
J6	2 (0-5)	0 (0-0)	p<0.01
J14-21	0 (0-0)	0 (0-0)	p=0.10