



HAL
open science

L'inhibition de la lactation : quelle prise en charge pour les patientes ?

Amélie Souillard

► **To cite this version:**

Amélie Souillard. L'inhibition de la lactation : quelle prise en charge pour les patientes ?. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00877859

HAL Id: dumas-00877859

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00877859v1>

Submitted on 10 Nov 2015

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.

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT-FERRAND

Université d'Auvergne- Clermont 1

**L'INHIBITION DE LA LACTATION :
QUELLE PRISE EN CHARGE
POUR LES PATIENTES ?**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU

PAR

Amélie SOUILLARD

Née le 29 novembre 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT-FERRAND

**L'INHIBITION DE LA LACTATION :
QUELLE PRISE EN CHARGE
POUR LES PATIENTES ?**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU

PAR

Amélie SOUILLARD

Née le 29 novembre 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013

Remerciements

Je tiens à remercier :

- * Mme TAWIL, sage-femme au CHU de Clermont-Ferrand, Dr JAULT, chef de service du pôle mère-enfant du CH de Melun, mes directeurs de mémoire et Mme TAITHE, sage-femme enseignante de l'école de Clermont-Ferrand pour leurs conseils, leur aide et leur correction,
- * Toute l'équipe de la maternité du CH de Melun, pour son accueil lors de mon stage à option et pour son aide pour la réalisation de mon étude,
- * Ainsi que toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Plus particulièrement, je remercie :

- * Mes parents, qui m'ont toujours soutenue et m'ont toujours fait confiance
- * Mes sœurs et ma famille qui ont toujours été là pour moi
- * Julie, Véronique et Lucien, qui m'ont accueillie à bras ouverts lors de mon stage à Melun
- * Mes amies pour leurs conseils et surtout leur amitié tout au long de ces 5 années
- * Et Julien pour sa présence et son soutien au quotidien

GLOSSAIRE

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CNGOF : Conseil National des Gynécologues-Obstétriciens Français

CMV : Cytomégalovirus

IMC : Indice de Masse Corporelle

CRAT : Centre de Références sur les Agents Tératogènes

EVA : Echelle Visuelle Analogique

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de santé

RPC : Résumé des Caractéristiques du Produit

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	1
<u>Revue de la littérature</u>	2
I. Allaitement maternel ou artificiel ?	2
a) Physiologie de la lactation	2
b) Recommandations	2
c) Pourquoi un allaitement artificiel est-il choisi?	3
d) Que faire pour inhiber la montée de lait ?.....	8
II. Deux traitements controversés.....	13
a) L'information aux patientes	13
b) Homéopathie	14
c) Bromocriptine	20
<u>Matériel et méthode</u>	25
I. Type d'étude	25
II. Matériel.....	25
III. Méthode	27
<u>Résultats</u>	29
I. Description de la population	29
II. Objectif principal : la gêne rencontrée par les patientes	34
III. Objectif secondaire n°1 : Information souhaitée par les patientes	38
IV. Objectif secondaire n°2 : Quel traitement les patientes choisiraient-elles d'elle-même ?	42

<u>Discussion</u>	43
I. Les limites de l'étude.....	43
II. Les points forts de l'étude.....	44
III. Résultats de l'étude.....	44
IV. Projet d'action.....	55

<u>Conclusion</u>	57
--------------------------------	-----------

Références Bibliographiques

Annexes

INTRODUCTION



L'allaitement maternel est l'alimentation privilégiée pour le nouveau-né. Simple et économique, il est recommandé par l'ensemble des professionnels de santé car il répond parfaitement aux besoins nutritionnels de l'enfant. L'OMS recommande sa pratique exclusive jusqu'à 6 mois puis un allaitement mixte jusqu'à l'âge de 2 ans. (1,2)

Pour des raisons médicales (infection par le VIH, mort in utéro ou interruption médicale de grossesse, etc. ...) ou non (choix personnel), l'allaitement au sein peut ne pas être souhaité en post-partum (3). La mise en route de la lactation se produit dans les jours qui suivent la délivrance. Dans le cas où la lactation n'est pas souhaitée, il faudra prendre en charge ce phénomène qui peut être plus ou moins gênant pour les patientes. De nombreuses molécules ont été étudiées à ce sujet, certaines ne sont plus recommandées ni utilisées (progestérone, diurétiques, œstrogènes) (4–7). D'autres molécules sont proposées, avec AMM ou non, avec des effets indésirables ou non.

La lactation est un phénomène physiologique, qui par définition fait parti du processus de la grossesse et de ses suites. Les principaux traitements proposés sont des médicaments, en particulier le Parlodel®, qui est utilisé à une très large majorité (89% selon une étude de 2011), malgré la controverse actuelle sur l'utilisation de ce traitement (8,9). Les méthodes non médicamenteuses sont rarement proposées alors que la lactation est un phénomène naturel qui s'arrête sans traitement et sans inconvénients majeurs dans 60 à 70% des cas (5,6).

Dans ce travail de recherche, nous avons choisi d'expliquer le phénomène de la lactation, puis les thérapeutiques possibles pour l'inhiber. Le but de notre étude était d'évaluer la gêne ressentie par les patientes en fonction du traitement pris pour inhiber la lactation (homéopathie, parlodel ou aucun traitement) et la demande d'information des patientes sur le sujet de l'ablactation. Notre attention s'est également portée sur la satisfaction des patientes lors de cette prise en charge en suites de couches.

REVUE DE LA LITTERATURE



I. Allaitement maternel ou artificiel ?

a) Physiologie de la lactation

Pendant la grossesse, sous l'influence de la progestérone principalement, la glande mammaire développe un important réseau de lobes et commence à avoir de petites quantités de sécrétions. Les seins changent de forme, ils deviennent plus lourds et gros, le mamelon est plus érectile et l'aréole devient plus foncée.

La lactogénèse est amorcée dès le 5^{ème} mois environ, mais la sécrétion de lait par les glandes est inhibée par la quantité importante de progestérone. La progestérone joue un double rôle inhibiteur : elle freine la sécrétion de prolactine au niveau hypophysaire et va empêcher, au niveau mammaire, la prolactine de stimuler l'expression des gènes de protéines de lait.

A l'expulsion du placenta, le taux de progestérone chute alors que la prolactine demeure élevée, entraînant, dans les 36 à 72 h la lactogénèse proprement dite. Il faut tout de même noter que l'efficacité de tétée du bébé (bébé éveillé, mouvements lents et réguliers avec une déglutition à chaque succion) jouera un rôle important pour la mise en place de la lactation (10–12).

Chez la mère qui n'allait pas, le taux de prolactine revient à son niveau de base dans les 2 semaines qui suivent l'accouchement, avec ou sans traitement d'inhibition de la lactation (10).

b) Recommandations

L'OMS, a publié que : « l'allaitement maternel a de tels avantages sur la santé qu'il faut le recommander. Il réduit la mortalité infantile et ses bienfaits se font sentir jusqu'à l'âge adulte ».

L'OMS et le CNGOF recommandent donc une alimentation exclusive au sein jusqu'à 6 mois et doit se poursuivre jusqu'à l'âge de 2 ans en complément d'une alimentation adaptée à l'enfant (1,13).

c) Pourquoi un allaitement artificiel est-il choisi?

➤ **Raisons médicales**

- *Chez la mère*

Lors d'une infection maternelle, on sait que certains agents infectieux peuvent passer dans le lait et éventuellement infecter l'enfant. Il est donc important d'évaluer le rapport bénéfice/risque en cas de pathologie infectieuse.

➤ *Contre-indications absolues temporaires ou définitives*

Les femmes séropositives au VIH ne doivent pas donner leur lait à leur enfant si une alimentation de substitution est disponible dans des conditions correctes ; sinon leur lait doit être pasteurisé (14).

Les virus HTLV1 et 2 passent dans le lait et peuvent être transmis. Ce risque est variable selon la durée d'allaitement et selon la charge virale maternelle. Le virus est détruit lorsque le lait est congelé.

En cas de fièvre inexplicée, il faudra suspendre l'allaitement le temps du bilan mais il faudra continuer de tirer le lait afin de continuer à stimuler la lactation.

En cas de pathologie chronique grave, comme le cancer, l'allaitement est souvent contre-indiqué notamment en cas de radiothérapie et de traitements par chimiothérapie (15).

➤ *Allaitement autorisé sous conditions*

Lors d'une infection à varicelle ou par un zona, il faudra éviter tout contact direct entre la mère et l'enfant. Le lait pourra être tiré et donné à l'enfant, le virus n'étant pas transmis par le lait.

Lorsque la mère est atteinte de tuberculose pulmonaire, l'enfant devra être isolé de sa mère pendant au moins deux semaines de traitement. Le lait pourra être également tiré et donné au nouveau-né, en sachant qu'il faudra doser le passage du médicament dans le lait si l'allaitement est prolongé.

En cas d'infection herpétique, l'allaitement est autorisé à condition que les conditions d'hygiène soient drastiques (port du masque si herpès labial, lavage des mains) et que la lésion ne soit pas sur un sein (il faudra alors tirer le lait pour le donner à l'enfant pour le sein concerné).

Une infection à CMV n'a aucune conséquence pour un enfant à terme, cependant le lait devra être pasteurisé pour être donné à un bébé prématuré.

Si la maman est porteuse d'une hépatite B, il faut savoir que le virus peut être transmis par le lait mais si l'enfant bénéficie du protocole vaccination à la naissance, l'allaitement est autorisé.

Enfin, en cas d'hépatite C, l'allaitement est également autorisé (16).

En cas de chirurgie mammaire, l'allaitement maternel est souvent possible mais sa mise en place est aussi plus difficile, notamment en cas de réduction mammaire. Le fait d'allaiter peut entraîner une modification des cicatrices et de la morphologie des seins, ce qui peut influencer le choix d'allaitement artificiel (17).

Si la maman est fumeuse et ne souhaite pas suivre un sevrage au tabac, l'allaitement maternel reste l'alimentation recommandée pour l'enfant. Il faudra fumer après les tétées ou attendre au moins 2h depuis la dernière cigarette et privilégier les tétées nocturnes. Il est préférable de ne pas dormir avec le bébé, de fumer à l'extérieur et bien sûr de diminuer le nombre de cigarettes consommées dans la journée. Le port d'un patch nicotinique n'est pas une contre-indication à l'allaitement (18).

La consommation d'alcool répétée et/ou excessive est fortement déconseillée en cas d'allaitement maternel car l'alcool peut nuire à l'écoulement de lait et peut avoir des répercussions sur l'enfant (altération du développement moteur, changement des habitudes de sommeil, diminution de la quantité de lait absorbé). Mais la consommation occasionnelle et modérée (1 à 2 verres lors d'activités sociales) n'est pas contre-indiquée. Il est préférable de donner le sein avant de boire la boisson alcoolisée et attendre deux heures après avoir consommé une boisson alcoolisée. Le temps nécessaire à l'élimination totale de l'alcool dépend du type d'alcool consommé, de sa quantité et de l'IMC de la mère (13,19).

Lorsque la consommation de drogues (marijuana, cocaïne, amphétamines par exemple...) est importante, leur présence est détectée dans le lait maternel. Le choix d'un allaitement maternel ou non doit donc faire l'objet d'une discussion sur les risques et les avantages potentiels avec l'équipe médicale qui entoure la patiente. L'abstinence de consommation de drogue pendant la durée de l'allaitement reste la principale recommandation. La prise de méthadone ou de buprénorphine (=substitutifs des opiacés) est compatible avec l'allaitement au sein (20).

Enfin, en cas de nécessité de prise de médicament par la maman, il faut consulter le Vidal pour savoir s'il y a ou non une conduite à tenir claire vis-à-vis de l'allaitement (« allaitement possible » ou « allaitement contre-indiqué »). Si cette conduite à tenir n'est pas explicite (« allaitement déconseillé »), il faudra étudier au cas par cas, en informant bien la maman des éventuels risques. En cas de doute ou pour avoir plus de renseignements sur les risques encourus, il ne faut pas hésiter à consulter le CRAT (13,21).

- *Chez l'enfant*

L'enfant peut également présenter une contre-indication à un allaitement maternel.

En cas de galactosémie congénitale, l'enfant manque d'une enzyme nécessaire au métabolisme du galactose qui est un composant du lactose. Si le lactose n'est pas complètement supprimé de son alimentation, l'enfant risque de développer des pathologies graves (cataracte, cirrhose du foie...). L'enfant doit donc être nourri avec un lait sans lactose.

La phénylcétonurie est une pathologie dépistée systématiquement chez tous les nouveau-nés. Il s'agit d'une maladie qui empêche le métabolisme de la phénylalanine, acide aminé contenu notamment dans le lait maternel. L'allaitement peut être poursuivi à condition que le taux de phénylalanine soit surveillé régulièrement et qu'un lait spécial soit introduit en cas de taux trop élevé de phénylalanine dans le sang.

Enfin, la leucinose est une maladie ne permettant pas le métabolisme d'une chaîne d'acides aminés contenue dans toutes les protéines naturelles (donc dans le lait maternel). Comme précédemment il est donc recommandé d'avoir un allaitement mixte avec une préparation spéciale.

En cas de fente palatine ou de bec de lièvre, l'enfant peut avoir de grosses difficultés à la succion. L'allaitement maternel reste cependant le plus recommandé car, outre ses propriétés immunologiques et nutritionnelles, c'est un liquide moins irritant en cas d'inhalation et la tétée permet un bon développement oro-facial. La mère peut utiliser une méthode d'expression du sein efficace pour aider son enfant si celui-ci ne peut pas téter (15).

D'autres raisons médicales peuvent être évoquées comme une anatomie mammaire incompatible, une mort-in-utéro ou une interruption médicale de grossesse ou encore la prise de médicaments incompatibles avec un allaitement maternel (3).

Cependant, le taux d'allaitement maternel en France est d'environ 60% (22) et les raisons du choix d'allaitement artificiel sont rarement médicales.

➤ *Raisons non médicales*

Différents facteurs entrent en jeu dans le choix d'allaitement par la femme. On remarque que les femmes jeunes ou âgées de plus de 40 ans choisissent plutôt un allaitement artificiel. Les femmes avec un niveau d'étude plus élevé et/ou un milieu social favorisé seront plus nombreuses à choisir un allaitement maternel. De plus, le célibat sera un facteur influençant le choix d'allaitement artificiel.

Des contraintes externes peuvent entrer en jeu ; en effet les femmes qui doivent reprendre le travail rapidement ou qui sont étudiantes s'orienteront plutôt vers un allaitement artificiel (23).

Le soutien de la famille, du père ainsi que des professionnels de santé joue également un rôle important dans la décision. Le vécu, notamment le fait d'avoir été allaité, d'avoir vu allaiter, d'avoir eu un bon déroulement de la grossesse va favoriser l'allaitement au sein (24,25).

L'aspect pratique du biberon est une raison très souvent évoquée lors du choix d'allaitement artificiel, ainsi que sa facile compatibilité avec le travail ou les études.

Les phénomènes de société ont également un rôle très important : l'allaitement maternel est souvent rattaché à une notion de servitude et de ringardise, incompatible avec l'émancipation de la femme.

Par ailleurs, les femmes évoquent des raisons psychologiques comme le fait d'avoir peur que cela fasse mal, de ne pas y arriver ou d'avoir un lait de mauvaise qualité ou tout simplement qu'elles n'ont pas envie. La pudeur, voir la « sensation d'animalité », sont également mentionnées par certaines femmes. D'autres sont freinées par l'esthétique du sein, elles le trouvent trop gros ou trop petit.

L'échec d'un allaitement antérieur va également expliquer ce choix, ainsi que la fatigue liée à l'allaitement ou bien le désir de faire participer le père dans l'alimentation de son enfant.

Les médias ont également une influence forte sur les jeunes mamans. La poitrine est présentée comme un symbole sexuel fort, d'où la volonté de ne pas la dévoiler en public. Le biberon, lui, apparaît comme un symbole du statut social, l'allaitement artificiel apparaît « chic et sophistiqué ».

Ces raisons sont les plus fréquemment rencontrées dans les différentes études (23,26–30).

d) Que faire pour inhiber la montée de lait ?

Il faut tout d'abord exposer le fait que lorsque l'enfant n'est pas présenté au sein de sa mère, la lactation est inhibée dans 60 à 70% des cas sans inconvénients majeurs (5,6).

Il existe deux situations pour laquelle l'inhibition de la lactation peut être souhaitée : d'une part chez une femme ne souhaitant ou ne pouvant pas donner le sein à son enfant, d'autre part chez une femme qui veut ou doit arrêter son allaitement (31).

i. Méthodes non pharmaceutiques

a. Moyens locaux

- Tout d'abord, le **bandage humide des seins** peut être proposé car il s'opposera à la lactogénèse en comprimant les seins. Cette méthode est inconfortable pour les femmes et souvent douloureuse. C'est pourquoi le port d'un soutien-gorge bien adapté à la taille de la poitrine peut être une alternative à cette méthode (5,32,33).
- La lactation étant un mécanisme qui nécessite un grand apport d'eau, la **restriction hydrique** peut être une stratégie thérapeutique. Cette méthode a pour risque la déshydratation de la mère, elle doit donc être appliquée avec précaution (5).

- On peut également proposer d'appliquer de la **glace sur les seins** pour inhiber les phénomènes inflammatoires de la lactation. Cette méthode a cependant plutôt un effet antalgique qu'inhibiteur de la lactation (5).

Les méthodes locales sont intéressantes car elles permettent une prise en charge tout en évitant les potentiels effets indésirables des traitements pharmaceutiques. Il faut souligner le fait que les différentes études menées ne montrent pas de différences significatives entre ces méthodes et les patientes incluses ont présenté plus de symptômes que les patientes recevant un produit pharmaceutique. Le bandage des seins et la restriction hydrique ne semblent pas apporter une plus grande efficacité que l'absence de stimulation des seins ; en sachant que les douleurs alors ressenties par les femmes sont très bien soulagées par la prise d'antalgique type paracétamol et/ou l'application de froid sur les seins (31,34–36).

b. Acupuncture

Médecine traditionnelle chinoise, cette méthode est facilement utilisable tout au long de la grossesse puisque sans effets tératogènes pour l'enfant. Dans le cadre de l'inhibition de la lactation, peu d'études ont été menées. Une étude suédoise a démontré que l'acupuncture permettait de diminuer les symptômes inflammatoires de la montée de lait dès le 3^{ème} ou 4^{ème} jour de suites de couches (37,38).

c. Phytothérapie

Souvent appelée « remède de grand-mère », la phytothérapie peut être une alternative à tout traitement médicamenteux. En effet, un cataplasme de fleurs de jasmin appliqué pendant 24h serait aussi efficace que le traitement habituel par bromocriptine. Il existe également d'autres plantes à utiliser en cataplasme ou en infusion comme le persil, la menthe, la sauge et le cerfeuil (5).

ii. Diurétiques

Dans le début des années 1960, le Lasilix[®] a été utilisé, le principe étant le même que pour la restriction hydrique : la diminution des liquides dans l'organisme serait en contradiction avec une production de lait. La balance bénéfice/risque n'a jamais été bien évaluée avec ce type de traitement, il n'est donc à ce jour pas recommandé (5,32).

iii. Œstrogènes et progestérone

Les œstrogènes et la progestérone administrés juste après l'accouchement vont inhiber la synthèse hypophysaire de prolactine et donc la lactation. Ils inhibent également la transformation des cellules épithélio-glandulaires productrices de lait.

En France, une seule spécialité à base d'œstrogène a l'AMM pour l'inhibition de la lactation, il s'agit de l'éthinyl-œstradiol (Ethinyl-œstradiol[®] Roussel 50mg ; posologie = 5cps/jrs pendant 5 jours). Aucun traitement à base de progestérone n'a d'AMM pour cette indication.

L'inconvénient des œstrogènes est le fort risque de maladie thromboembolique, surtout dans le post-partum où le bilan de coagulation est déjà perturbé. De plus, un fort taux d'effets rebonds a été décrit, avec une modification de la date du retour de couches et des métrorragies. C'est pourquoi, aujourd'hui, il n'est pas recommandé d'utiliser ce traitement en suites de couches (4,5,32).

iv. Anti-inflammatoires non stéroïdiens

En inhibant la synthèse des prostaglandines, les anti-inflammatoires non stéroïdiens auraient un effet anti-lactotrope. Le Naproxène (=Apranax[®]) peut être utilisé dans cette indication à la posologie de 2cps de 550mg/jrs pendant 5 jours (5,32).

v. Agonistes Dopaminergiques

a. Lisuride

Le Lisuride est un dérivé synthétique de l'ergot de seigle, de la famille des ergolines. Il a une très forte affinité pour les récepteurs dopaminergiques anti-hypophysaires, bloquant ainsi la production de prolactine. Il possède l'AMM pour bloquer la lactation mais est peu utilisé du fait de son coût plus élevé que le Bromokin. Son efficacité est sensiblement la même que pour la bromocriptine avec moins d'effets rebond à l'arrêt du traitement (39,40).

On le trouve sous la forme de comprimés 0.2mg sous le nom d'Arolac[®], la posologie étant de 2 comprimés par jour pendant 2 à 3 semaines après l'accouchement (5,32,41).

Pour les effets indésirables imputables à la bromocriptine (cf Partie II), rien ne permet de dire qu'ils ne se produiront jamais avec Arolac, les deux molécules étant très proches. Par mesure de précaution, le Lisuride ne doit être donné aux patientes atteintes de troubles circulatoires sévères et aux patientes ayant des troubles psychotiques qu'après examen minutieux de chacune et après avoir pesé la balance bénéfice-risque (31).

b. Cabergoline

Il s'agit d'une molécule n'ayant pas l'AMM en France pour l'inhibition de la lactation bien qu'elle ait prouvé son efficacité à l'étranger. Elle est commercialisée sous le nom de Dostinex[®].

C'est un dérivé de l'ergot de seigle de la famille des ergolines comme le Lisuride, utilisé dans les cas d'hyperprolactinémie sanguine associée ou non à une tumeur hypophysaire.

Dans l'inhibition de la lactation, il a été démontré qu'une prise unique de 1 mg de Cabergoline est aussi efficace que les 14 jours de traitement par bromocriptine.

L'avantage étant une prise unique, le développement de cette molécule en fera certainement la molécule pharmaceutique de choix pour l'inhibition de la lactation (5,32,41-44).

Une boîte de 8 comprimés de 0,5mg est vendue 29.04 €, avec un remboursement de 100% par la Sécurité Sociale jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement. Le prix de revient de l'utilisation de ce médicament, est de 7.26 € par patiente (soit 7.26 € pour la Sécurité Sociale) (41).

vi. Dihydroergocriptine

Commercialisée sous le nom de Vasobral[®], la molécule dihydroergocriptine est également un agoniste dopaminergique. Il est prescrit pour le traitement des troubles de mémoire dû au vieillissement et pour le traitement des phénomènes de Raynaud. Les effets indésirables notables de ce traitement sont les nausées et les effets indésirables dus à la caféine (excitation, tremblements, insomnie, palpitations). Sur les recommandations de CNGOF, le Vasobral[®] est utilisé comme traitement de substitution à la bromocriptine qui reste le 1^{er} traitement à proposer aux femmes en l'absence de contre-indication (maladies des valves cardiaques) (5,29,41).

II. Deux traitements controversés

La lactation est un phénomène physiologique, il est important que les traitements utilisés soient efficaces mais surtout qu'ils soient dénués de risque (31).

La prescription de traitements inhibiteurs de la lactation implique une information à donner à nos patientes :

a) L'information aux patientes

L'information au patient est une obligation légale. La Loi du 4 mars 2002 consacre un chapitre à l'information des usagers du système de santé et à l'expression de leur volonté. Elle énonce que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui leur sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles en cas de refus». Cette loi concerne donc entre autres, les traitements utilisés pour inhiber la lactation (45).

b) Homéopathie

➤ *Historique et principes*

L'homéopathie se pratique depuis plus de deux siècles, en effet elle a été découverte par Hippocrate il y a 2400 ans mais c'est avec le Docteur Samuel Hahnemann (1755 – 1843) que cette pratique fut développée.

Le terme d'homéopathie signifie étymologiquement « souffrance semblable ». L'homéopathie repose sur différents principes : le principe de similitude, l'individualisation et l'infinitésimale.

Le premier désigne son principe d'action : les symptômes d'une personne malade se soignent grâce à une substance qui, administrée à une personne saine, provoquerait les mêmes symptômes, on parle du **principe de similitude**. Pour continuer ses recherches, Hahnemann constitua des groupes témoins de personnes saines à qui il faisait ingérer la substance à expérimenter et relevait les symptômes provoqués. C'est le **principe de pathogénésie**. Il découvrit alors qu'en administrant des doses de plus en plus réduites de la substance, le principe de similitude était augmenté. Hahnemann dilua alors la substance active (= «teinture mère») et la secoua à chaque dilution. Grâce à cette méthode, l'action de la substance médicamenteuse était augmentée, il appela cela la « dynamisation ».

Aujourd'hui la méthode d'Hahnemann est toujours utilisée, la teinture mère étant diluée selon deux échelles : décimale ou centésimale, correspondant respectivement à une dilution au dixième ou au centième. Le niveau de dilution est indiqué par les initiales X ou DH (décimale hahnemanienne) ou CH (centésimale hahnemanienne), c'est le **principe de l'infinitésimalité**. La première dilution centésimale hahnemanienne se fait en mélangeant une dose de teinture mère à 99 doses d'alcool. L'action est ensuite répétée de centésimale en centésimale jusqu'à 30CH qui représente une concentration à 10-60 de la teinture mère.

Hahnemann décrit qu'il était important de déterminer la cause de l'état du malade afin de choisir au mieux le remède correspondant, c'est le **principe de causalité**. Pour lui, il faut tenir compte de la totalité des symptômes caractéristiques du malade, toujours pour pouvoir avoir le meilleur remède, c'est le **principe de globalité** (2,46,47).

L'homéopathie n'est pas une phytothérapie, les substances de base des remèdes sont issues à la fois du monde végétal mais aussi du monde animal et du monde minéral. Pour les végétaux, diverses parties de la plante peuvent être utilisées, ce sont les fleurs, les racines, les feuilles ou l'écorce qui sont ramassées et utilisées rapidement afin de conserver leur fraîcheur.

Chez l'animal, les substances sont issues soit de l'animal lui-même soit de ses sécrétions.

Enfin quelques remèdes sont issus de minéraux comme l'or, le cuivre ou le fer (48).

Il existe différentes formes de prise de traitement homéopathique : des sirops, des crèmes, des globules ou des granules, des gouttes, des suppositoires... Les granules et globules sont des petites sphères constituées d'un mélange de saccharose et de lactose. Les granules sont présentées dans des tubes de 4g contenant environ 80 granules et se préparent à toutes les dilutions. Les globules sont plus petits, il y en a environ 200 dans un tube et ils doivent être absorbés en une seule fois.

La prise de médicaments homéopathiques est préférable à distance des repas, c'est-à-dire 15 minutes avant ou 30 minutes après. Granules et globules doivent fondre lentement sous la langue lors de la prise (49).

Les avantages de l'homéopathie sont que cette médecine peut être utilisée pour les personnes de tous les âges et qu'elle est sans danger pour la femme enceinte. De plus, elle est compatible avec tout autre traitement médicamenteux et sans effets secondaires.

L'homéopathie permet de soulager des symptômes aigus, qui sont inhabituels chez le patient et dont la cause est souvent facilement identifiable. On peut par exemple citer le rhume, la diarrhée, les maux de tête mais aussi les piqûres, les commotions, les brûlures.... On peut également l'utiliser dans le traitement des symptômes chroniques comme les migraines, l'eczéma, les règles douloureuses, mais aussi les insomnies, l'anxiété. Sans se substituer aux traitements médicaux appropriés, elle peut également faire parti du traitement de maladies plus graves comme la sclérose en plaque, le cancer ou encore la maladie de Parkinson. Il s'agit de diminuer la douleur, l'anxiété ou le mal-être et de diminuer les effets secondaires liés aux médicaments (47).

L'homéopathie peut être prescrite par la sage-femme dans l'exercice de ses fonctions (50).

➤ *Quelles souches pour inhiber la lactation ?*

Différents médicaments peuvent être proposés, les avis des auteurs ne sont pas identiques (mais s'entrecroisent). Ainsi il peut être proposé Calcarea carbonica 15CH, Pulsatilla 15CH, Lac Caninum 15 ou 30CH et/ou Ricinus 30CH. Les deux dernières sont les plus fréquemment retrouvées dans la littérature :

- Lac Caninum 15 ou 30CH : Ce médicament est fabriqué à partir du lait de chienne.

Les symptômes sur lesquels il intervient sont : les douleurs ou inflammations passant d'un côté à l'autre du corps (type migraines, rhumatisme...) et les gonflements de la poitrine douloureuse avant les règles. Il va également agir sur la sécrétion lactée trop abondante après l'accouchement. Ces douleurs sont aggravées par le toucher et les secousses et sont améliorées par le froid.

Il serait recommandé de prendre 5 granules 3 fois par jour puis toutes les 2 h en cas de montée laiteuse (49,51).

- **Ricinus Communis 30CH** : Ce traitement est issu du ricin, un petit arbre tropical. Il agira sur une sécrétion lactée insuffisante à basse dilution (5CH) afin de la stimuler et inversement il sera utilisé pour couper la sécrétion lactée à forte dilution (30CH).

La posologie à suivre est de prendre une dose globule 3 jours de suite (49).

Les deux molécules suivantes sont utilisées principalement pour pallier aux douleurs de la montée laiteuse :

- **Apis Mellifica 9CH** : Cette thérapeutique issue du venin d'abeille va agir sur les symptômes identiques à ceux provoqués par une piqûre d'abeille.

Ce symptôme va principalement être un œdème rose rouge, d'apparition brutale, piquant et brûlant. L'œdème est très sensible au toucher, il est amélioré par le froid et aggravé par la chaleur.

L'action du médicament est rapide mais courte, dans les cas aigus, il peut être recommandé de prendre cinq granules toutes les 10 à 30 minutes en espaçant suivant l'amélioration.

En expérimentation animale, Apis a une action anti-inflammatoire comparable aux antihistaminiques et aux corticoïdes (52,53).

- **Bryonia 9CH** : Médicament tiré de la racine tuberculeuse de la bryone blanche, plante grimpante ou rampante.

Les symptômes qu'elle soignera sont à type de douleurs aiguës, aggravées par le mouvement, le moindre effleurement, par la chaleur (sauf en cas de douleurs locales où l'application de chaud soulage) ; ces symptômes sont améliorés par le repos, la pression forte ou en étant couché sur le côté douloureux et par le froid. On l'utilise pour les mastites aiguës, lorsque les seins sont brûlants, durs et douloureux au moindre mouvement (46,52,53).

➤ *Controverse et traitement en suites de couches*

La controverse principale sur l'homéopathie est de savoir si elle est, oui ou non, efficace. Les avis des auteurs divergent complètement. Dans la littérature, une étude a comparé différents essais randomisés qui évaluaient l'efficacité de l'homéopathie par rapport à un placebo. Lorsque ces études sont réalisées à petite échelle, elles montrent que l'homéopathie est plus efficace qu'un placebo mais si ces mêmes études sont réalisées à grande échelle, l'efficacité de l'homéopathie est remise en cause (54).

Peu d'études ont été effectuées sur la possibilité de prendre de l'homéopathie pour l'inhibition de la lactation. Celles qui existent ont été faites à petite échelle ce qui enlève de la puissance aux résultats. Elles permettent quand même de présenter un schéma de traitement homéopathique qu'il est possible de suivre.

Avant de les détailler, il est important de rappeler que le processus de lactation est un phénomène physiologique et que l'homéopathie n'agit que sur des symptômes. Elle sera donc utilisée surtout pour calmer et limiter l'expression de la montée de lait et non pas pour l'éviter totalement.

Nous avons retrouvé 2 études françaises. L'une, réalisée en double aveugle à Toulouse en 2000, a étudié l'effet antalgique et anti-inflammatoire d'une association d'Apis Mellifica 9CH et de Bryonia 9CH contre placebo pendant 10 jours à raison de 5 granules matin et soir de chaque médicament. Un traitement anti-inflammatoire par Apranax[®] 500 (1 sachet matin et soir pendant 5 jours) et une restriction hydrique ont été mis en place pour les deux populations. L'étude a été menée sur 71 patientes. Il est alors ressorti que la douleur de la montée laiteuse ainsi que l'écoulement spontané de lait et la tension mammaire étaient significativement moins importants chez les patientes sous homéopathie ($p < 0,02$ à J2 et $p < 0,01$ à J4). Cependant, des auteurs évaluent cette étude trop « lacunaire pour être convaincante » (2,55,56).

L'autre étude réalisée à Poitiers en 2002, a évalué les mêmes médicaments homéopathiques qu'à Toulouse comparativement à une prise de bromocriptine. L'étude a été également réalisée sur 71 patientes. La douleur mammaire a été évaluée grâce à une EVA ainsi que la tension mammaire, l'écoulement spontané de lait, la rougeur locale, la fièvre et l'évolution du tour de poitrine. Les résultats ont tous été en faveur de la bromocriptine, en remarquant que les seuils de douleurs chez les patientes avec homéopathie étaient quand même modérés nécessitant un simple traitement antalgique (2).

Même si aucune étude n'a été retrouvée sur un schéma thérapeutique homéopathique complet, nous pouvons dire, en nous appuyant sur la littérature, qu'il peut être donné aux patientes 1 dose globule de Ricinus 30CH par jour pendant 3 jours, associée à Lac Caninum 30CH 5 granules 3 fois par jour. En cas de montée laiteuse, 5 granules de Lac Caninum, 5 granules d'Apis Mellifica 9CH et 5 granules de Bryonia 9CH pourront être prises en alternance toutes les 2h (51).

➤ *Coût*

Le prix de vente d'une dose globule de Ricinus 30CH est de 1,9 €, remboursé à 100% par la Sécurité Sociale jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement.

Pour un tube d'environ 80 granules homéopathique de Lac Caninum 15CH, Apis Mellifica 9CH ou Bryonia 9CH, il faut compter 2,02 €, même remboursement par la Sécurité Sociale.

Au total pour un traitement basique de 10 jours, il faut compter 9.74€ (soit 9.74 € pour la Sécurité Sociale). En cas de montée laiteuse, le prix sera de 13.78€ (soit 13.78 € pour la Sécurité Sociale) (41).

L'intérêt majeur de l'homéopathie est son approche thérapeutique non toxique, très recherché par les femmes pendant la grossesse. Le traitement est plus efficace qu'un placebo mais beaucoup moins qu'un traitement allopathique puisqu'il agit sur les symptômes de la lactation et ne l'empêche pas entièrement. La problématique est que cette efficacité est empirique puisque les études le comparant à un placebo ne peuvent le confirmer à grande échelle (57).

c) Bromocriptine

➤ **Présentation de la molécule et historique de son utilisation**

Semi-dérivé de l'ergot de seigle, la découverte de l'action de la bromocriptine sur l'inhibition de la lactation s'est faite de façon fortuite. La molécule agit sur l'hypothalamus où elle active la sécrétion de dopamine et contrôle la sécrétion du PIF (*prolactine inhibiting factor*) mais également sur l'hypophyse où elle inhibe les cellules sécrétrices de prolactine. Elle agit rapidement puisque dans les deux heures qui suivent son administration, les taux plasmatique de prolactine commencent à chuter.

Les différentes études, qui ont évalué l'efficacité de la bromocriptine sur l'inhibition de la lactation, sont nombreuses et sont toutes concordantes sur le fait que la molécule est efficace sur la diminution de la prolactine (58). De plus, cette molécule est plus efficace que les placebos ou les traitements non médicamenteux (34–36,59,60), ainsi que les traitements comme les diurétiques ou les œstrogènes (4). Cependant, son efficacité est quasiment égale avec un traitement par Cabergoline ou Lisuride (40,44). Par ailleurs, certaines études décrivent de fort taux d'effets rebonds nécessitant la reprise du traitement pendant 1 semaine (35,44,61).

L'histoire de cette molécule commence en 1976 où elle est commercialisée pour des indications endocriniennes (hyperprolactinémie pathologique) et neurologique (maladie de Parkinson). En novembre 1980, aux Etats-Unis, la FDA (*Food an Drug Administration*) approuve l'utilisation de la molécule dans l'inhibition de la lactation. La France l'utilise alors largement mais ce n'est qu'en 1993 que l'AMM est donnée. Différents rapports et études sont publiés sur les effets secondaires de ce traitement (*cf Effets indésirables de la bromocriptine*). Le retrait de l'indication du Parlodel® pour l'inhibition de la lactation est alors décidé définitivement par la FDA en 1995, Sandoz ayant refusé de le faire volontairement comme les autres laboratoires en 1989. Cette indication sera supprimée également dans d'autres pays comme le Canada et la Corée du Sud (5).

➤ ***Indications, contre-indications et posologie***

Les indications du Parlodel® sont comme citées précédemment : le traitement de la maladie de Parkinson (il permet de stimuler la sécrétion de dopamine), l'hyperprolactinémie et « l'inhibition de la lactation physiologique pour des raisons médicales ».

Les contre-indications de cette molécule sont : les allergies à la bromocriptine ou à l'ergot de seigle, l'insuffisance coronarienne, les troubles psychiques graves (même anciens), l'hypertension artérielle, la toxémie gravidique, les patients présentant des facteurs de risque vasculaire ou une artériopathie périphérique et en association avec certains neuroleptiques (41).

La posologie utilisée pour l'inhibition de la lactation : les recommandations sont de débiter le traitement graduellement en prenant ½ cp de 2,5mg le 1^{er} jour, 1cp le 2^{ème} jour puis 1 cp matin et soir pendant 14 jours. Si une discrète sécrétion de lait apparaît à l'arrêt du traitement celui-ci peut être repris à la même posologie pendant une semaine (41).

➤ *Coût*

Une boîte de 20 comprimés sécables de Parlodel 2,5mg coûte 4.21 €, le remboursement de la Sécurité sociale est de 100% jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement.

Pour un traitement de 14 jours, il faudra 2 boîtes, le coût sera donc de 8.82 € pour la Sécurité Sociale. Si une semaine de traitement supplémentaire est nécessaire, le coût sera identique (41).

➤ *Polémique et effets indésirables de la bromocriptine*

Des effets indésirables sont facilement reconnus avec l'utilisation de la bromocriptine comme les nausées, vomissements, les malaises orthostatiques et les vertiges. Le Vidal évoque également des cas de constipation, sécheresse de la bouche, œdèmes des membres inférieurs (41).

La bromocriptine peut aussi avoir pour effets de dégrader l'état mental et les comportements psychotiques, notamment en cas d'antécédents personnels ou familiaux (62,63).

Plus rares mais également plus grave, il est décrit que la prise de bromocriptine peut déclencher des maux de tête violents, des troubles du langage et de l'hypertension artérielle (64,66–68). Des cas d'accidents vasculaires cérébraux, d'arythmies cardiaques et d'infarctus du myocarde, d'angiopathies cérébrales associées à des convulsions et d'hémorragies intracrâniennes ont également été dénoncés suite à la prise de bromocriptine dans le post-partum (66,69–79).

La FDA aurait recensé, en 1994, 77 cas d'hypertension artérielle, 63 cas de crises convulsives et 31 cas d'accident vasculaire cérébral, dont 9 décès, tous liés à l'utilisation de la bromocriptine (31). Cependant ces effets indésirables sont rares, estimés à 1/100 000 et leur relation causale est incertaine (80).

Suite à la prise de conscience des risques des effets indésirables, l'indication de la bromocriptine dans l'inhibition de la lactation a été retirée dans 19 pays : Arabie Saoudite, Argentine, Bahreïn, Brésil, Canada, Chypre, Corée du Nord, Emirats Arabes-Unis, Etats-Unis, Israël, Italie, Koweït, Malaisie, Nigeria, Oman, Pakistan, Qatar, Sri Lanka et Thaïlande (81).

En France, un rapport de l'AFSAPSS, publié en mai 2012, a recensé les effets indésirables graves et non graves imputés à la prise de Parlodel® 2,5mg ou Bromo-Kin® 2,5mg dans l'indication d'inhibition de la lactation, entre le 1^{er} janvier 1994 et le 31 décembre 2010. 228 cas ont été répertoriés dont 105 cas graves ayant entraîné 2 décès. Dans 63.8%, les cas graves sont dus à une utilisation non conforme du médicament : mésusage (erreur de posologie et poursuite du traitement malgré l'apparition de signes cliniques évocateurs d'un effet indésirable) ou non respect des contre-indications (les plus retrouvées sont le tabagisme (qui est un facteur de risque vasculaire) et les antécédents d'hypertension artérielle ou de toxémie gravidique). Ce rapport montre que la bromocriptine reste à l'origine d'effets indésirables graves essentiellement vasculaires, neurologiques et psychiatriques, que les notifications des effets indésirables augmentent depuis 1994 (changement du RPC) et enfin que les mésusages restent encore importants. L'ensemble de la commission de pharmacovigilance a alors voté à l'unanimité, le 27 mars 2012, le retrait de l'indication de la bromocriptine dans le sevrage tardif de l'allaitement, que soit réévalué le rapport bénéfice/risque du traitement pour l'ablactation et que si ce rapport reste positif, l'indication soit modifiée pour n'être prescrite qu'en 2^{ème} intention après échec des méthodes non médicamenteuses (9).

Nous pouvons également souligner que les auteurs affirment que la bromocriptine peut être utilisée mais pas en routine, une indication médicale devant être nécessaire (mastite, abcès). Prendre ce traitement doit être un choix éclairé de la patiente, ce qui est d'ailleurs bien noté dans les indications du Parlodel® (63). Des auteurs insistent en disant que la banalisation de la bromocriptine dans les services de suites de couches doit être combattue car la majorité des femmes n'ont pas besoin de traitement pour inhiber le processus de lactation (31).

L'efficacité de la bromocriptine dans l'inhibition de la lactation n'est plus à démontrer. Au vu des potentiels effets indésirables de cette molécule, quel est l'intérêt d'une prescription généralisée lorsque la prise en charge de la douleur de la montée laiteuse, au cas par cas, peut suffire? De plus, les récentes publications de l'AFSAPSS vont très certainement nous obliger à modifier nos protocoles en matière d'inhibition de la lactation (9,82). Il serait donc intéressant d'explorer le point de vue de nos patientes à ce sujet.

MATERIEL ET METHODE



I. Type d'étude

L'étude que nous avons réalisée était à la fois prospective et comparative.

➤ **Objectifs de l'étude :**

L'objectif principal de notre étude était d'étudier la gêne, due aux effets indésirables, ressentie par les patientes n'allaitant pas leur enfant, que ceux-ci soient dus au traitement en lui-même ou à son manque d'efficacité.

L'objectif secondaire n°1 était d'évaluer les informations que les patientes auraient souhaité avoir sur les traitements pour inhiber la montée de lait.

L'objectif secondaire n°2 était de connaître la satisfaction des patientes sur la prise en charge de l'inhibition de la lactation.

II. Matériel

Pour le recueil des données, 40 patientes ont été sollicitées à Melun et 100 à Clermont-Ferrand.

Au final, l'étude a été menée auprès de 108 patientes, 27 patientes au CH de Melun constituant le groupe « homéopathie » et 81 patientes au CHU Estaing constituant deux groupes : « parlodel » et « aucun traitement ».

Les patientes recrutées devaient répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion suivant :

a) Critères d'inclusion des patientes dans l'étude :

- ✓ Femmes majeures
- ✓ Allaitement artificiel
- ✓ Acceptation de l'étude
- ✓ Accouchement à terme (≥ 37 semaines d'aménorrhée)
- ✓ Enfant vivant

b) Critères d'exclusion des patientes de l'étude :

- ✓ Mineures
- ✓ Allaitement maternel ou allaitement artificiel décidé après échec d'allaitement maternel en suites de couches
- ✓ Refus de participer à l'étude
- ✓ Mort Fœtale In Utéro, Interruption Médicale de Grossesse
- ✓ Accouchement < 37 semaines d'aménorrhée
- ✓ Femmes ne parlant pas ou ne sachant pas lire le français

c) Ethique :

Le questionnaire distribué était anonyme, les patientes avaient le choix de répondre ou non au questionnaire.

III. Méthode

a) Les critères de jugement :

Le critère de jugement principal était la gêne, évaluée par une échelle visuelle analogique.

Le critère de jugement secondaire n°1 était la demande d'information par les patientes.

Le critère de jugement secondaire n°2 était de voir si le traitement que la patiente choisirait pour une prochaine grossesse, était le même que celui qu'elle a eu en suites de couches.

b) Méthode d'intervention :

L'étude s'est déroulée du 17/09/2012 au 30/11/2012 au CH de Melun puis du 01/12/2012 au 22/01/2013 au CHU Estaing de Clermont-Ferrand.

Le recueil de données a été réalisé au moyen d'un auto-questionnaire distribué à J2 ou J3 du post-partum. La patiente le remettait, rempli, à la sage-femme de suites de couches le jour de sa sortie.

A Melun, l'homéopathie était distribuée à toutes les patientes présentant des contre-indications au Parlodel ou non, après information et accord sur le choix du traitement homéopathique. Le traitement homéopathique contenait : Ricinus 30CH 1 dose globule/jour pendant 3 jours associé à Lac Caninum 30CH 5granules/jour pendant 20 jours. La distribution du questionnaire a été effectuée par les sages-femmes de suites de couches.

A Clermont-Ferrand, les patientes recrutées prenaient du Parlodel® s'il n'y avait pas de contre-indications à sa prise, sinon elles n'avaient aucun traitement spécifique pour inhiber la lactation. Nous nous sommes occupés personnellement de la distribution du questionnaire.

Le questionnaire de la population « homéopathie » était différent de celui des deux autres populations. Ce questionnaire contenait une fiche d'information sur l'homéopathie. Elle reprenait les informations données oralement par les sages-femmes sur le phénomène de lactation et l'efficacité du traitement mais également son mode de prise.

L'autre questionnaire était le même pour les deux populations de Clermont-Ferrand : il ne contenait pas de fiche d'information mais demandait aux patientes si elles auraient aimé en avoir une et, si oui, à quel moment de la grossesse.

c) Analyse statistique :

Les données ont été analysées à partir de Microsoft Excel 2007 et du logiciel « R ».

Les tests statistiques utilisés ont été le test du Khi2 et le test de Fischer. Le seuil de significativité retenu a été 0,05.

RESULTATS



I. Description de la population

a) Taux de réponses :

- 40 questionnaires ont été distribués au CH de Melun contre 100 questionnaires au CHU de Clermont-Ferrand.
- 27 retours de questionnaires de Melun (taux de réponse = 67%).
- 81 retours de questionnaires de Clermont-Ferrand (taux de réponse = 81%).
- Au total, 108 questionnaires ont été récupérés (77%).
- Tous les questionnaires récupérés ont été analysés.

b) Répartition de la population dans les différents groupes

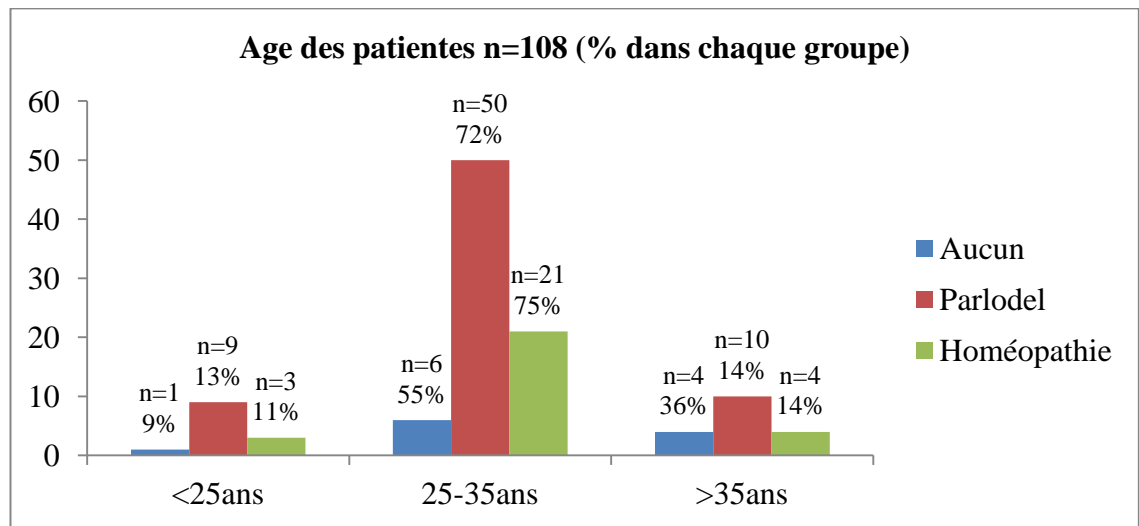
Tableau I : Répartition de la population

	Melun	Clermont-Ferrand	Total (%)
Aucun	0	11	11 (10)
Parlodel	0	69	69 (64)
Homéopathie	27	1	28 (26)

Une seule patiente de Clermont-Ferrand a bénéficié du traitement homéopathique, suite à son intégration récente dans la prise en charge des accouchées (encore très peu utilisé).

c) Age des patientes

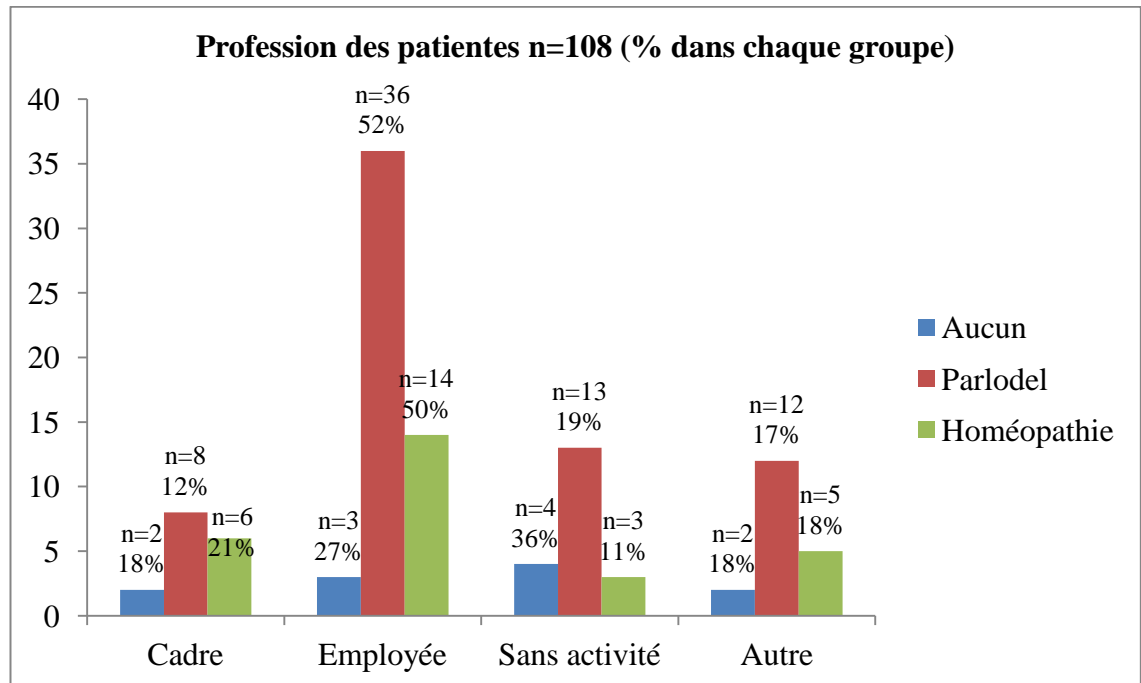
Figure 1 : Age des patientes dans les différents groupes (n=108)



La population était majoritairement constituée de patientes ayant entre 25 et 35 ans. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les 3 groupes (p=0,52).

d) Professions des patientes

Figure 2 : Profession des patientes dans les différents groupes (n=108)

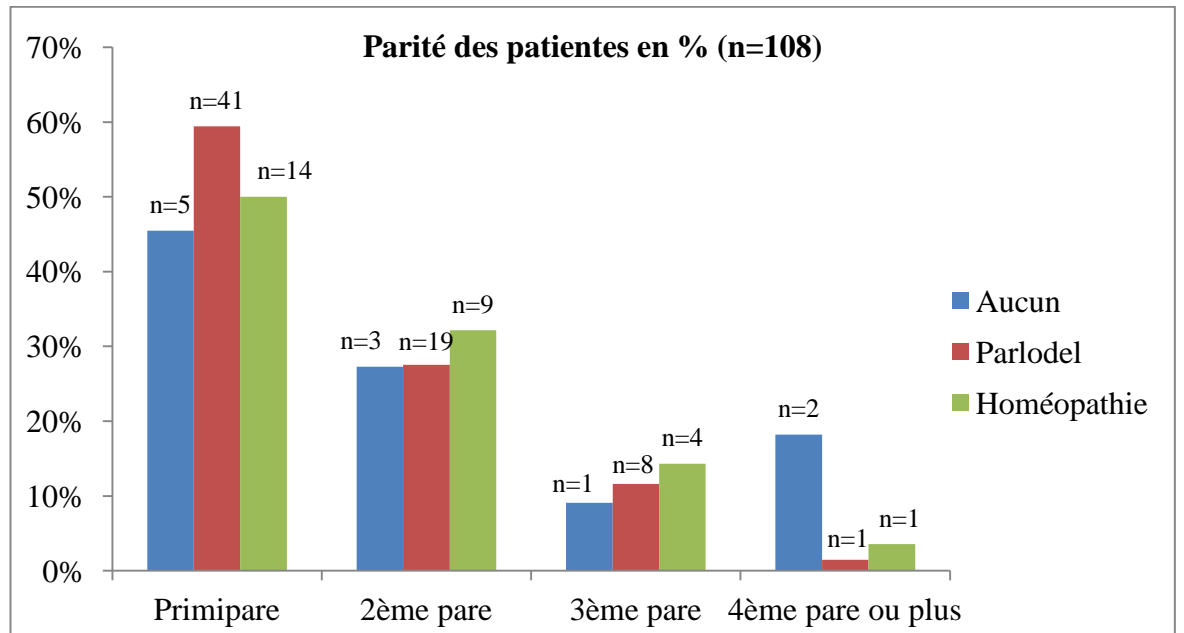


La profession « Autre » regroupait les ouvriers, les étudiants, les enseignants et les autres professions qui ne pouvaient pas être définies autrement. Il n’y avait aucune retraitée ni agricultrice.

Les groupes n’étaient statistiquement pas différents ($p=0,52$).

e) Parité des patientes

Figure 3 : Parité des patientes dans les différents groupes (en %)



Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans les groupes (p=0,34).

f) Pourquoi l'allaitement artificiel ?

Tableau II : Période de choix pour l'allaitement artificiel n=108 (%)

	Avant la grossesse	1er trimestre	2ème trimestre	3ème trimestre	A l'accouchement
n (%)	66 (61)	15 (14)	6 (6)	11 (10)	4 (4)

6 patientes n'ont pas répondu à cette question (6%). La majorité des patientes avaient décidé de nourrir leur enfant au biberon avant la grossesse.

Tableau III : Principales raisons du choix d'allaitement artificiel

	n (%)
Pratique	55 (51)
Peur de la douleur	14 (13)
Echec d'un allaitement maternel précédent	13 (12)
Médicale	6 (6)
Séparation avec l'enfant	1 (1)
Souhait de faire participer le papa	70 (65)
Pudeur	33 (31)
Peur de ne pas avoir assez de lait	12 (11)
Autre	20 (19)

Les raisons principales citées par les patientes sont : le souhait de faire participer le papa et le coté pratique de l'allaitement au biberon.

Dans les raisons « Autre », les patientes ont cité la « mauvaise image » qu'elles avaient de l'allaitement au sein et le tabagisme maternel.

II. Objectif principal : la gêne rencontrée par les patientes

a) Les effets indésirables

Tableau IV : Effets indésirables rencontrés par les patientes n (%)

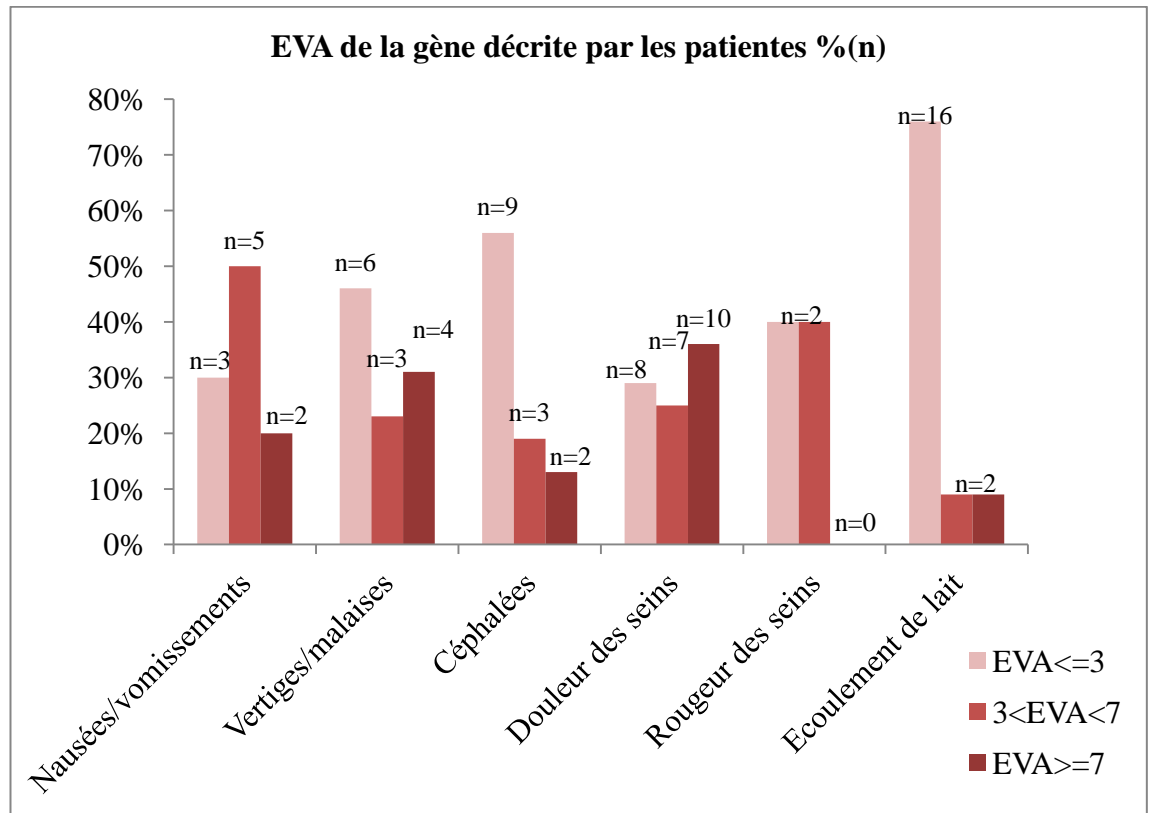
	Aucun n(%)	Parlodel n(%)	Homéopathie n(%)	p
Nausées/vomissements	1 (9)	5 (7)	4 (14)	0,53
Vertiges/malaise	0 (0)	10 (14)	3 (11)	0,44
Céphalées	0 (0)	14 (20)	2 (7)	0,11
Douleur des seins	4 (36)	7 (10)	17 (61)	8,42E-07
Rougeur des seins	0 (0)	3 (4)	2 (7)	0,78
Écoulement de lait	2 (18)	9 (13)	10 (36)	0,035
Aucun effet	6 (55)	44 (64)	6 (21)	6,00E-04

Une grande partie des patientes ne décrivait aucun effet indésirable à J3, avec une différence statistiquement significative pour le groupe « Parlodel ».

Le groupe « Homéopathie » était statistiquement plus à risque d'avoir des douleurs mammaires et de présenter un écoulement de lait.

b) Le degré de gêne due aux effets indésirables

Figure 4 : EVA de la gêne en fonction des différents effets indésirables en % (n)



L'événement le plus désagréable rencontré par les patientes est la douleur des seins puis les vertiges/malaises.

7 patientes n'ont pas notifié le degré de gêne sur l'EVA.

Tableau V: Date de début et durée des effets indésirables n (%)

	Date de début			Durée		
	J1	J2	J3	<24h	2 jours	3 jours ou plus
Nausées/vomissements	5(50)	2(20)	3(30)	7(70)	2(20)	0(0)
Vertiges/malaise	10(77)	3(23)	0(0)	7(54)	4(31)	1(8)
Céphalées	7(44)	6(38)	3(19)	8(50)	4(25)	2(13)
Douleur des seins	1(4)	7(25)	14(50)	2(7)	5(18)	8(29)
Rougeur des seins	2(40)	1(20)	2(40)	1(20)	1(20)	2(40)
Ecoulement de lait	10(48)	2(10)	8(38)	4(19)	6(29)	2(10)

Les effets indésirables à type de nausées/vomissements, vertiges/malaises et céphalées débutent majoritairement à J1 et ne durent que 24h.

La douleur des seins est plus fréquemment décrite à partir de J3 et dure 3 jours ou plus.

Les patientes qui décrivaient des effets indésirables n'ont parfois pas répondu à ces questions : 7 patientes pour la date de début (8%) et 29 patientes pour la durée (33%).

Tableau VI : Patientes traitées par Parlodel avec un traitement par antalgique dès le retour en suites de couches n (%)

	n (%)
Prise d'un antalgique	38 (55)

55% des patientes prenant du Parlodel étaient également traitées par antalgique dès le retour en suites de couches.

Tableau VII : Patientes sous Parlodel ayant arrêté le traitement

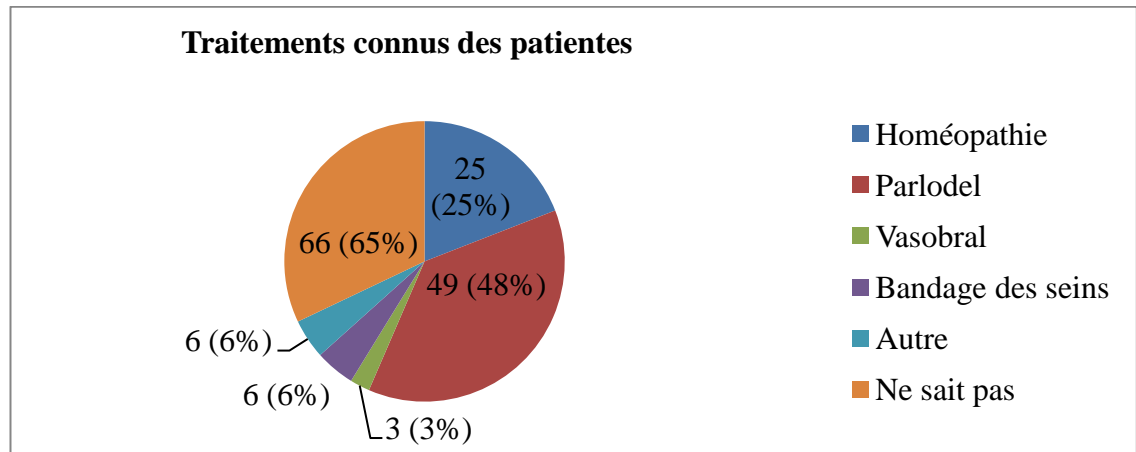
	n (%)
Arrêt du Parlodel	2 (3)

3% des patientes ont arrêté le traitement entre J0 et J3.

III. Objectif secondaire n°1 : Information souhaitée par les patientes

a) Traitements connus par les patientes

Figure 5 : Connaissance des patientes sur les traitements existant pour inhiber la lactation n (%)



65% des patientes ont dit ne pas connaître de traitement pour inhiber la montée de lait.

La catégorie « Autre » regroupe le Loxen et l'Acupuncture.

Le traitement par Cabergoline n'était connu par aucune patiente.

b) Patientes ayant eu le choix du traitement à Clermont-Ferrand

Tableau VIII : Patientes ayant eu le choix du traitement pour inhiber la lactation n(%)

	n (%)
Choix du traitement	17 (21)

Cette question n'a été posée qu'aux patientes de Clermont-Ferrand donc n=81.

21% des patientes ont eu le choix du traitement.

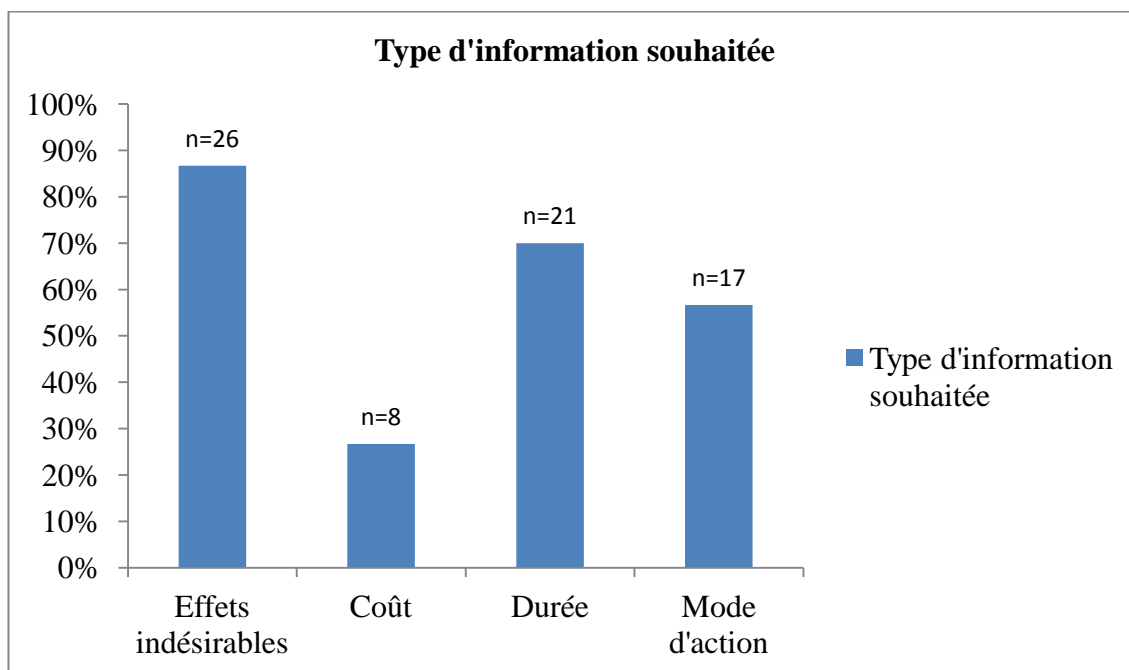
c) Patientes souhaitant avoir une information préalable sur les traitements possibles à Clermont-Ferrand

Tableau IX : Patientes souhaitant une information préalable sur les traitements disponibles pour la prise en charge de l'inhibition de la lactation n(%)

	n (%)
Souhait d'information	30 (37)

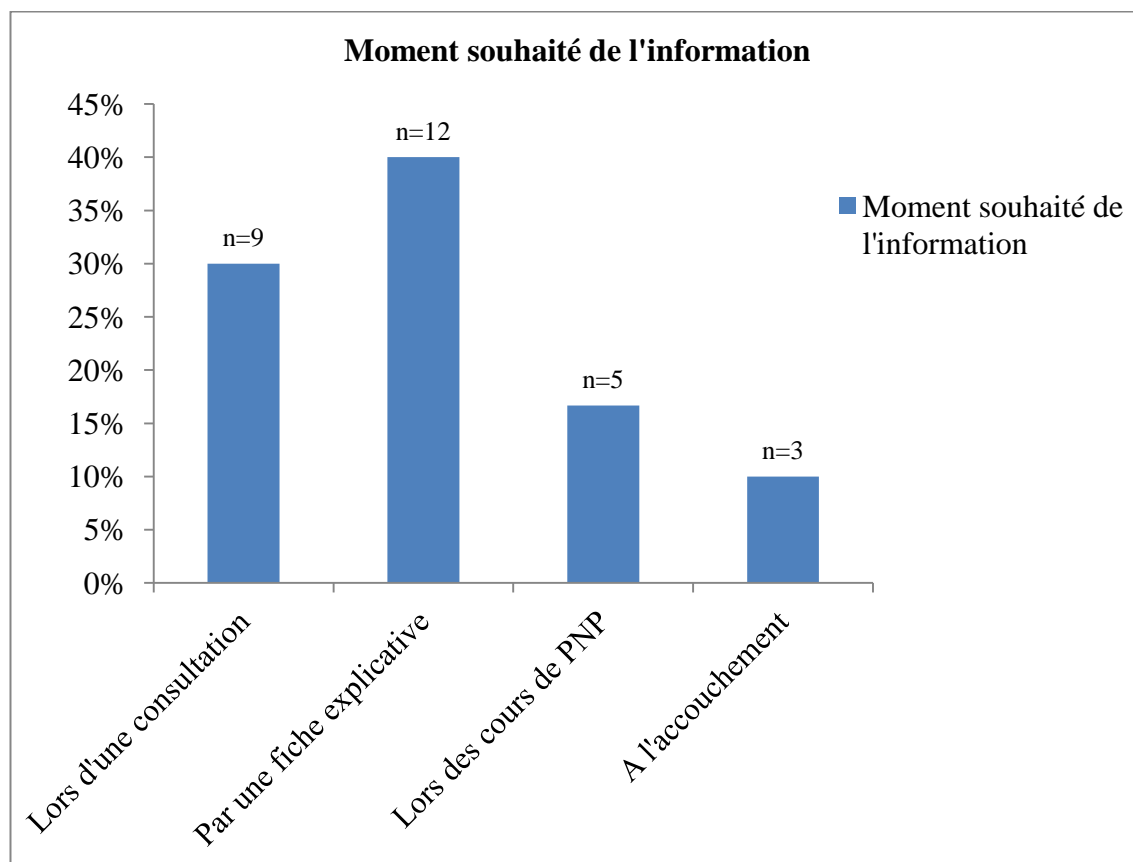
Cette question n'a été posée qu'aux patientes de Clermont-Ferrand.

Figure 6 : Type d'information que les patientes souhaiteraient avoir en %



L'information la plus demandée concerne les effets indésirables dus aux traitements.

Figure 7 : Moment souhaité pour avoir l'information sur les traitements en % (n=30)



1 patiente (3%) n'avait pas répondu à cette question.

Les patientes seraient demandeuses d'information principalement par une fiche explicative ou lors d'une consultation.

IV. Objectif secondaire n°2 : Quel traitement les patientes choisiraient-elles?

Tableau X : Choix du traitement par les patientes en fonction du traitement utilisé en suites de couches n (%)

	Aucun	Homéopathie	Parlodel
Parlodel	0 (0%)	9 (32%)	14 (20%)
Un autre médicament	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)
Homéopathie	1 (9%)	4 (14%)	16 (23%)
Aucun traitement	1 (9%)	13 (46%)	1 (1%)
Ne sais pas	6 (55%)	1 (4%)	37 (54%)

3 patientes (1 dans chaque groupe) n'ont pas répondu à cette question.

Dans les groupes « Parlodel » et « Aucun », une majorité de patiente ne savait pas quel traitement elles auraient choisi.

Dans le groupe « Homéopathie », 60% des patientes auraient choisi une méthode non médicamenteuse. 32% auraient choisi de prendre du Parlodel[®].

Dans le groupe « Parlodel », 23% des patientes auraient opté pour un traitement homéopathique.

Dans chaque groupe, seul 20% des patientes du groupe « Parlodel », 14% du groupe « Homéopathie » et 9% du groupe « Aucun » auraient repris le même traitement que celui dont elles ont bénéficié.

DISCUSSION



I. Les limites de l'étude

Le principal biais de cette étude est le biais de sélection. Tout d'abord, il y a eu un taux de non-participation assez important puisque 32 patientes n'ont pas répondu au questionnaire (23%).

De plus, les questionnaires étaient différents entre les deux centres hospitaliers du fait de la différence de fonctionnement dans les deux services. En effet, à Melun, les sages-femmes proposaient la prise en charge de l'inhibition de la lactation par homéopathie à toutes les patientes. Elles présentaient alors le traitement par homéopathie et par bromocriptine (si la patiente n'avait pas de contre-indication à son utilisation) en expliquant les avantages et inconvénients de chaque méthode (effets indésirables de l'un et l'autre notamment). Nous avons donc accompagné notre questionnaire d'une fiche d'information sur le traitement homéopathique et formulé différemment certaines questions relatives à l'information. A Clermont-Ferrand, la prise en charge est différente car dans la pratique si la patiente n'a pas de contre-indication au Parlodel[®], les méthodes alternatives ne sont pas forcément proposées. Ne sachant pas si les patientes avaient eu ou non une information précise sur le traitement, nous n'avons pas distribué de fiche d'information à J3 dans la mesure où il était difficile d'informer la patiente, 3 jours après qu'elle ait débuté le traitement.

Par ailleurs, il existe une grande différence de taille entre nos échantillons. En effet, à Melun, le pourcentage de femmes choisissant un allaitement artificiel n'est estimé qu'à environ 10-15% (pas d'étude retrouvée) ce qui a donc rendu plus difficile le recrutement des patientes malgré le temps d'étude. A Clermont-Ferrand, le Parlodel[®] était utilisé majoritairement puisque seules les patientes ayant des contre-indications à son utilisation se voyaient proposer une autre prise en charge (seulement 14% d'après notre étude).

Enfin, les sorties précoces à J3 ont très certainement minoré l'évaluation de la gêne due à une éventuelle montée de lait qui pouvait s'effectuer dans les jours suivants. Il aurait été intéressant de refaire une évaluation à distance (J15 par exemple) pour connaître l'observance du traitement, ainsi que la globalité de la gêne ressentie par les patientes.

II. Les points forts de l'étude

Le contexte actuel sur l'utilisation des traitements inhibiteurs de la lactation démontre l'intérêt de l'étude. Très peu d'études ont été menées sur l'utilisation du traitement homéopathique et il n'y a pas de prise en charge explicite dans la littérature. Il était donc intéressant de faire une étude dans une maternité utilisant un traitement homéopathique avec un protocole défini pour étudier son acceptation par les patientes.

Par ailleurs, connaître l'avis des patientes sur la prise en charge qu'elles souhaiteraient avoir permet aux services de mieux comprendre leurs attentes, leurs besoins et leur ressenti.

III. Résultats de l'étude

a) Description de la population

➤ *Taille de l'échantillon*

Nous avons un pourcentage de non répondant assez élevé (23%), notamment à Melun (33%) très certainement dû aux sorties précoces qui sont systématiques. Notre taux de réponse est plus élevé que l'étude, très proche de la nôtre, réalisée en 2011/2012 pour un mémoire de sage-femme où le taux de réponse a été de 36% (83).

Par ailleurs, nos groupes sont disproportionnés (10% de l'effectif dans le groupe « aucun », 26% dans le groupe « homéopathie » et 64% dans le groupe « parlodel ») du fait de la difficulté à recueillir les questionnaires à Melun (peu de femmes avec un allaitement artificiel) et du fait de la systématisation de l'utilisation du Parlodel® à Clermont-Ferrand. L'étude de 2011/2012 n'a pas eu cette différence car elle a été menée dans trois maternités, deux qui utilisaient principalement l'homéopathie (soit 49% des patientes de l'effectif total) alors que la troisième n'utilisait que du Parlodel® et n'avait que deux groupes de comparaison : homéopathie vs Parlodel® (83).

➤ *Age des patientes*

La majorité des patientes (72%) se situait dans la tranche d'âge 25-35 ans, sans différence entre nos groupes de population. Ceci correspond bien à l'étude menée par l'INSEE qui révèle un âge moyen des parturientes de 30 ans (84).

➤ *Profession des patientes*

Le nombre de patientes sans activité était assez élevé (19%). Cependant nous ne connaissons pas les raisons de cette inactivité (chômage, congé parental, mère au foyer...).

➤ *Parité des patientes*

84% de notre échantillon était soit primipare soit 2^{ème} pare. Ceci correspond à l'étude menée par l'INSEE qui évalue, dans l'Auvergne en 2009, à 1,85 le nombre d'enfants par femme (85).

b) L'allaitement artificiel vu par les patientes

Il paraissait important de connaître le point de vue des patientes qui choisissent l'allaitement au biberon, malgré les recommandations de l'OMS d'allaiter son enfant au sein jusqu'à 6 mois. Le nombre de patientes choisissant l'allaitement artificiel reste toujours important (31% d'après l'étude Epifane réalisée en 2012 en France) (86).

*➤ **Quand les femmes choisissent-elles l'allaitement au biberon ? Et pourquoi ?***

Il apparaît que les patientes choisissent majoritairement ce mode d'allaitement avant la grossesse (61%). Une étude réalisée par Jodelet et Ohana en 2000 avait également retrouvé que $\frac{3}{4}$ des patientes, qui choisissaient un allaitement artificiel, l'avaient décidé avant la grossesse (87).

Quand on les interroge sur les raisons qui ont motivé ce choix, la place du père et le côté pratique sont les raisons les plus citées (respectivement par 65% et 51% des patientes). Dans cette même étude réalisée en 2000, la volonté de partage des tâches dans le couple et l'importance du rôle du père étaient caractéristiques de l'allaitement au biberon. Le côté pratique a été moins retrouvé puisqu'il n'a été cité que par 14% de ces patientes (87).

Les raisons médicales de ne pas allaiter n'ont été retrouvées que pour 6% des patientes ce qui est plus faible que ce qui est retrouvé dans la littérature (22%) (87).

D'autres raisons sont citées par nos patientes : le tabagisme par exemple, la peur de la douleur ou bien la peur de ne pas avoir assez de lait. Les phénomènes de sociétés sont très importants aux yeux des patientes qui veulent « conserver leur pudeur » ou bien ont une « mauvaise image » de l'allaitement au sein. Dans la littérature, nous retrouvons l'importance de la vie sociale de la femme (reprise du travail) mais également son image sociale (le corps est déformé, le sein est un attribut sexuel, animalité de l'alimentation au sein) (87).

L'étude de Jodelet et Ohana souligne l'importance des cours de préparation à la naissance et à la parentalité qui permettent une information sur l'allaitement (déroulement, contre-indication) et permettent un échange entre des patientes qui ont choisi d'allaiter avec des patientes qui ont choisi l'allaitement au biberon (87). Il est également important que les patientes puissent trouver des informations auprès des professionnels de santé qui doivent savoir écouter, répondre aux questions et accompagner sans vouloir convaincre. La femme pourra alors faire ce qu'elle considérera comme le « meilleur choix » (88).

c) Objectif principal : la gêne rencontrée par les patientes

Tout d'abord, le taux de patientes n'ayant ressenti aucun effet indésirable est très important (55% pour le groupe « Aucun » et 64% pour le groupe « Parlodel ») sauf dans le groupe homéopathie (21%). L'étude n'étant menée qu'à J3 et le nombre de patientes sortant ce jour étant très important, les effets indésirables dus à la montée de lait ont donc été probablement minorés.

➤ Les effets indésirables du Parlodel®

Nous voulions évaluer la prévalence des effets indésirables imputés à la bromocriptine. Nous avons donc recherché la proportion de patientes présentant des nausées/vomissements, malaises/vertiges et les céphalées qui sont les effets indésirables mineurs les plus fréquemment rencontrés (41,63).

On peut noter que dans le groupe « Parlodel », 20% des patientes ont eu des céphalées, 14% des vertiges/malaises et 7% des nausées/vomissements. Dans la littérature, il était décrit que les patientes sous Parlodel® avaient plus de vertiges, maux de tête et douleurs abdominales que des patientes prenant un placebo (89).

La prévalence de ces effets indésirables est assez importante d'autant plus que 55% des patientes prenant du Parlodel[®] avaient un traitement par antalgique. Ceci a pu diminuer le nombre de patientes qui auraient spontanément présenté des céphalées sous Parlodel[®].

De plus, les patientes ont décrit une gêne assez importante par des vertiges/malaises et nausées/vomissements puisque respectivement 50% et 70% des patientes l'ont cotée supérieure à 3 sur l'EVA. Pour les céphalées, les patientes semblaient moins dérangées mais 36% ont quand même décrit la gêne comme importante.

Majoritairement, ces effets débutaient à J1 et duraient moins de 24h.

➤ *La montée de lait non désirée*

Le bouleversement hormonal qui suit l'allaitement peut provoquer le début de la lactogénèse. Celle-ci est fréquemment décrite par une tension des seins accompagnée d'un œdème qui peut être plus ou moins douloureux. Un écoulement de lait peut également être présent dans les jours qui suivent l'accouchement (très souvent celui-ci était déjà présent lors de la grossesse) (90).

Le groupe « Homéopathie » est celui qui a rapporté le plus de cas de douleurs de seins et d'écoulement de lait (61% et 36%). Cependant, on peut noter que malgré la différence statistiquement significative en faveur du groupe « Homéopathie », le groupe « Parlodel » a également recensé des cas de douleurs mammaires et des écoulements.

○ *La douleur des seins*

Les groupes de patientes ayant un traitement non médicamenteux ont présenté plus de douleur mammaire que le groupe sous Parlodel[®]. Cependant ce phénomène n'est pas pour autant absent dans ce groupe puisque 10% des patientes le décrivent.

La gêne (tous groupes confondus) ressentie par les patientes était assez importante puisque 68% des patientes ont décrit une gêne supérieure à 3 sur l'EVA. Cette gêne apparaissait à J3 et durait a priori plus de 3 jours. Cependant, on peut s'interroger sur la validité de cette donnée puisque les patientes sortaient principalement à J3 ou J4. Les patientes n'ont donc pas forcément compris l'intitulé de la question qui ne prenait pas en compte la réponse « effet indésirable qui continue au jour de la sortie ».

○ *La rougeur des seins*

Elle a été très peu décrite mais on peut remarquer qu'il y a presque le même pourcentage dans le groupe « Parlodel » que dans le groupe « Homéopathie ».

Cet effet a été plutôt peu gênant (50% d'EVA inférieur à 3) et très variable dans le temps selon les patientes.

○ *L'écoulement de lait*

Il a été majoritairement décrit dans le groupe « Homéopathie » (36%) mais on remarque que les groupes « Parlodel » et « Aucun » sont peu différents (13% et 18%). Le Parlodel[®] ne présente donc pas plus d'avantage pour empêcher cet écoulement puisque sans aucun traitement les événements sont quasi-identiques.

Cela a été plutôt décrit comme peu gênant puisque 80% des patientes l'ont évalué à moins de 3 sur l'EVA.

Cet événement était lui aussi très variable dans le temps que ce soit dans son apparition ou sa durée. Cela peut être corrélé au fait que de nombreuses femmes enceintes présentent un écoulement de lait pendant la grossesse et que cela continue dans les premiers jours du post-partum. Il nous manque donc une donnée nous informant du caractère préexistant ou non de l'écoulement pendant la grossesse.

➤ *Arrêt du Parlodel*

Nous avons trouvé intéressant d'étudier le nombre de patientes ayant arrêté le traitement par Parlodel[®] durant leur séjour à la maternité suite à l'apparition d'effets indésirables. Ce nombre se porte à 2 patientes. Ce pourcentage n'est pas négligeable car cela signifie que 3% des patientes ont considéré que ce traitement était trop contraignant à prendre au vu des effets qu'il déclenche.

d) Objectif secondaire n°1 : Quelle information les patientes souhaitent-elles avoir sur les traitements ?

➤ **Les traitements connus par les patientes**

Nous avons relevé que 65% des patientes ne connaissaient aucun traitement. La formulation de la question a pu entraîner une incompréhension chez les patientes car, 90% des patientes avaient un traitement (Parlodol® ou Homéopathie), elles auraient donc dû pouvoir citer au moins le traitement qu'elles prenaient. Un pré-test aurait pu permettre de déceler le problème et de corriger la formulation de cette question.

Une certaine méconnaissance des femmes sur les traitements existants peut s'expliquer par le manque d'information ou de sensibilisation sur ce sujet.

Le Lisuride, qui a l'AMM pour inhiber la lactation n'est pas du tout cité. La Cabergoline non plus, cette molécule est pourtant de plus en plus utilisée mais étant hors AMM, le manque de connaissance à ce sujet peut s'expliquer.

Le Vasobral® a été cité par 3 patientes.

Le Loxen a également été cité mais il s'agissait d'une « réponse piège » puisque le Loxen est un traitement antihypertenseur, pas du tout utilisé dans le traitement de l'inhibition de la montée de lait.

La méconnaissance des patientes à ce sujet peut s'expliquer de différentes façons. La majorité des maternités en France proposent en première intention un traitement par bromocriptine (89%). Les traitements de deuxième intention sont, en fonction des établissements, la dihydroergocriptine ou la cabergoline (39,4% et 24%). Le lisuride n'est quasiment jamais utilisé (90,5%). Ceci explique que les patientes ne connaissent que très peu de traitements car les établissements ne proposent généralement qu'un seule, voire deux, type de prise en charge (8).

➤ ***Patientes ayant pu choisir leur traitement***

A Clermont, on a recensé seulement 21% de patientes qui disent avoir pu choisir le traitement. 79% des patientes n'ont donc pas eu une information complète qui leur aurait permis de choisir de prendre ou non ce traitement.

Ce chiffre est très faible puisque que le choix éclairé du patient est un élément obligatoire lorsque l'on propose un traitement aux patientes (45). Ce choix éclairé nécessite une information de la part du soignant.

➤ ***Les patientes souhaitent-elles une réelle information sur les traitements ?***

Cette question paraissait pertinente puisque, un patient souhaitera naturellement connaître les traitements qui lui sont proposés.

Seulement 37% des patientes ont déclaré qu'elles souhaiteraient effectivement avoir une information à ce sujet.

Les informations les plus sollicitées sont les effets indésirables (87%) et la durée du traitement (70%). Les effets dus au traitement sont importants pour les patientes qui craignent que des effets néfastes les empêchent de s'occuper de leur bébé. L'intérêt sur la durée du traitement s'explique par le fait que prendre un traitement quotidiennement et plusieurs fois par jour est parfois difficile surtout lorsque l'on s'occupe d'un nourrisson. Le problème de l'observance est d'ailleurs retrouvé dans la littérature (32).

Le coût du traitement intéresse beaucoup moins (20%), très certainement parce que les patientes savent que la majorité des traitements utilisés pendant la grossesse et les suites de couches sont remboursés par la Sécurité Sociale et les mutuelles.

Rappelons que le coût d'un traitement par Parlodel® revient à 8.82 € (remboursé par la Sécurité Sociale) alors qu'un traitement par homéopathie revient entre 9.74€ et 13.78€ (si montée laiteuse).

L'information serait principalement souhaitée par une plaquette informative ou lors d'une consultation. Avoir un professionnel qui explique les modalités des traitements et avoir un support sur lequel s'appuyer pour pouvoir réfléchir à la maison semblerait le compromis idéal pour ces patientes.

Que si peu de patientes aient déclaré vouloir des informations peut s'expliquer par le fait que le sujet de l'ablactation est un peu standardisé, « je ne veux pas allaiter donc on me donnera un traitement pour empêcher la montée de lait », et que l'on fait confiance au personnel médical qui nous prend en charge, il s'agit de la relation soignant-soigné, un « contrat de soins » implicite et une confiance mutuelle (91).

Ces raisons ne sont que des suppositions, peut-être aurait-il fallu intégrer une autre question pour savoir pourquoi elles ne souhaitaient pas plus d'informations.

e) Objectif secondaire n°2 : Si elles avaient le choix, aujourd'hui, quel traitement les patientes choisiraient-elles ?

Le but de cette question était principalement de voir si les patientes étaient satisfaites du traitement qu'elles avaient (et donc reprendraient le même) ou bien si elles étaient demandeuses d'un traitement opposé à celui qu'elles avaient (traitement médicamenteux si elles avaient eu un traitement non médicamenteux et vice versa).

Nous avons pu noter qu'une forte majorité des patientes du groupe « Homéopathie » souhaitait avoir un traitement non médicamenteux (60%). 46% d'entre elles auraient opté pour « aucun traitement », très certainement parce que ces patientes ont eu l'impression que l'homéopathie n'a pas empêché la montée de lait (rappelons que 61% d'entre elles avaient décrit des douleurs mammaires plutôt gênantes). Par contre, 32% d'entre elles auraient opté pour du Parlodel®.

Pour les deux autres groupes « Aucun » et « Parlodel », il est marquant de relever que les patientes ne savaient pas lequel choisir (55% et 54%). Le manque d'informations sur les différents modes de prise en charge apparaît clairement.

Par ailleurs, les patientes du groupe « Parlodel » ne sont que 20% à déclarer qu'elles reprendraient le même traitement. Donc il y a 80% des patientes qui ont un traitement par Parlodel mais qui ne seraient pas prêtes à le reprendre d'office, sans information et alternatives proposées.

Dans le groupe « Aucun », 18% des patientes seraient demandeuses d'un traitement médicamenteux autre que le Parlodel®. En effet, ces patientes ne pouvant prendre du Parlodel®, elles aimeraient avoir une alternative.

IV. Projet d'action

➤ *Développer des alternatives à la bromocriptine dans les services*

L'indication de la bromocriptine ne concerne que les patientes ne pouvant allaiter pour des raisons médicales. De plus, une décision récente de l'AFSSAPS de mener une étude sur le rapport bénéfice-risque de la bromocriptine pourrait aboutir à une réduction de son indication. Il paraît ainsi important que les services développent d'autres prises en charge.

La mise en place d'un traitement par homéopathie a montré que les patientes étaient plutôt satisfaites, malgré les phénomènes de lactation qui ont été plus fréquents. Ces patientes sont même demandeuses de ne prendre aucun traitement.

Il serait donc intéressant de former les équipes à donner une information complète sur ce type de prise en charge et sur l'attitude thérapeutique à avoir face à une montée de lait non désirée. En effet, une patiente qui sait qu'elle a plus de « risques » de débiter un phénomène de lactogénèse avec l'inconfort qui l'accompagne, le vivra mieux si on lui propose une prise en charge adaptée de cet inconfort (bandage, anti-inflammatoire,...) en fonction de la symptomatologie.

La mise en place d'un protocole de prise en charge, gradué en fonction des symptômes et le développement de la prise en charge non médicamenteuse, permettraient aux professionnels d'avoir une attitude thérapeutique cohérente avec la demande de la patiente.

➤ *Informar les patientes pendant la grossesse*

Afin qu'elles aient un avis éclairé sur le sujet, il serait intéressant de développer l'information au cours de la grossesse. Très souvent les patientes ont choisi leur mode d'allaitement avant la grossesse. Il faudrait donc que cette information porte sur les modes de prise en charge de l'allaitement.

L'allaitement maternel fait déjà l'objet de nombreuses communications (disponible en consultation, en cours de préparation à la naissance et à la parentalité ou en suites de couches).

Pour l'allaitement artificiel, créer une fiche expliquant le processus de lactation, l'ablactation et les traitements disponibles pourrait être un moyen d'améliorer les connaissances des patientes à ce sujet et les faire participer à leur prise en charge.

Il faudrait donc que les professionnels de santé qui effectuent les consultations (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, médecins traitants, ...) évoquent le sujet. La plaquette pourrait être distribuée par le professionnel lors de la consultation du 8^{ème} ou 9^{ème} mois. La patiente aurait alors un support visuel sur lequel elle pourrait réfléchir.

CONCLUSION



La lactation est un processus physiologique qui se produit généralement dans la première semaine après l'accouchement. Non traitée, elle s'arrête spontanément sans conséquence majeure dans 70% des cas.

Notre étude consistait à comparer une méthode médicamenteuse, le Parlodel[®], à deux méthodes non médicamenteuses, l'homéopathie et l'abstention de traitement spécifique pour inhiber la lactation à partir de la gêne occasionnée.

Il apparaît que le traitement par bromocriptine réduit considérablement les symptômes de la lactation mais provoque des effets secondaires à types de vertiges/malaises, nausées/vomissement et céphalées.

Le Parlodel[®] est très largement utilisé par les centres hospitaliers de France. Ce traitement est aujourd'hui remis en cause. De nombreux effets indésirables graves ont été décrits dans la littérature, l'AFSSAPS réévalue donc la balance bénéfice/risque de l'indication de ce traitement pour inhiber la lactation. Par ailleurs, ce traitement ne devrait pas être utilisé systématiquement dans les services. Le Parlodel[®] est indiqué dans les cas d'**indication médicale d'inhibition de la lactation**, indication plutôt rare.

Notre étude a montré que l'homéopathie n'empêchait pas la lactation mais les patientes semblaient satisfaites de cette prise en charge puisqu'elles évoquent le choix de réitérer un traitement non médicamenteux lors d'une prochaine grossesse. Elles semblent donc susceptibles d'accepter une moindre efficacité thérapeutique, pour éviter des effets secondaires potentiellement graves.

Nous avons également pu constater que les patientes ont peu de connaissances sur les traitements et la prise en charge possible pour stopper la montée de lait. Elles sont nombreuses à souhaiter une information, notamment au cours de la grossesse.

L'information est primordiale, que ce soit pendant la grossesse ou après, en consultation ou par une fiche explicative. Avant de donner un traitement à une patiente, il faut s'assurer qu'elle en ait bien compris le rôle et les effets indésirables potentiels. Elle doit également connaître les autres solutions disponibles. La façon dont le traitement sera présenté sera importante.

Les indications réelles du Parlodel® doivent être expliquées aux professionnels. La création d'un groupe de travail qui établirait un protocole gradué de prise en charge, fonction de l'apparition des symptômes de la lactation et de l'EVA de gêne, permettrait aux soignants d'accompagner au mieux la patiente.

La mise en place d'une prise en charge non médicamenteuse avec une information complète des patientes, semblerait être la solution optimale pour répondre au mieux à leur demande.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES



1. Organisation mondiale de la Santé. WHO. [consulté le 25 juin 2012]. Disponible à partir de : URL : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/fr/
2. Quereux C., Demonceaux A., Chiche J.L., Berrebi A. Extrait de Réalités en Gynécologie - Obstétrique - Homéopathie et obstétrique. 2006;111.
3. Harrison RG. Suppression of lactation. Semin. Perinatol. 1979;3 : 287-297.
4. De Gezelle H, Dhont M, Thiery M, Parewyck W. Puerperal lactation suppression and prolactin. Acta Obstet Gynecol Scand. 1979;58:469-472.
5. Berrebi A., Gassita L., Cohen M., Ayoubi J.-M., Fournie A. Inhibiteurs de la lactation. Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. 1997;21.
6. Kochenour NK. Lactation suppression. Clin Obstet Gynecol. 1980;23:1045-1059.
7. Piya-Anant M, Worapitaksanond S, Sittichai K, Saechua P, Nomrak A. The combined oral contraceptive pill versus bromocriptine to suppress lactation in puerperium: a randomized double blind study. J Med Assoc Thai. 2004;87:670-673.
8. Mirkou A, Suchovsky D, Gouraud A, Gillet A, Bernard N, Descotes J, et al. Pratiques de prescription des dérivés de l'ergot de seigle dans l'inhibition de la lactation en France. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. oct 2011 [consulté le 8 déc 2011]; Disponible à partir de : URL : <http://www.em-consulte.com/article/664785>
9. AFSAPSS. Compte-rendu de la réunion du mardi 27 mars 2012. Commission nationale de pharmacovigilance. 2012.
10. Beaudry m., Chiasson S., Lauziere J. Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste. Quebec: Presses de l'université du Quebec; 2006.
11. Martinet J., Houdebienne L-M. Biologie de la lactation. PARIS: INSERM; 1993.
12. Thirion M. Signes d'une tétée efficace. [consulté le 21 févr 2013]. Disponible à partir de : URL : http://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/comprendre_lactation/comment_ca_marche/dans_le_quotidien/signes_tetee_efficace.php
13. ANAES. Allaitement maternel : Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002;26.
14. OMS. Principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein. [consulté le 30 juin 2012]. Disponible à partir de : URL : http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/guidingprin_nonbreastfed_child_fr.pdf
15. Puel O. Existe-t-il des contre indications à l'allaitement maternel? 2004;15.

16. Maria B., Schelstraete C. Allaitement maternel (AM) et pathologies infectieuses. ADMP. 2010 [consulté le 17 juill 2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.admp.fr/aide-decision-medicale/2950/allaitement-maternel-am-et-pathologies-infectieuses.htm>
17. Marchand-Lucas L. Chirurgie mammaire et allaitement. 2004;60.
18. Gouret A. Tabac et allaitement maternel. RSN; [consulté le 18 juill 2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.reseau-naissance.com/joomla/gouret.pdf>
19. Motherrisk. La consommation d'alcool pendant l'allaitement. 2005 [consulté le 21 févr 2013]. Disponible à partir de : URL : http://www.meilleurdepart.org/resources/alcool/pdf/desk_reference_fre.pdf
20. Wong S., Ordean A., Kahan M. Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. 2011 [consulté le 25 janv 2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui256CPG1104F.pdf>
21. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte. [consulté 24 févr 2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3>
21. La Leche League. taux d'allaitement maternel 2006 et 2007 : en hausse!. la leache league; 2010 [consulté le 8 déc 2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.lllfrance.org/Actualite-scientifique/Taux-d-allaitement-maternel-2006-et-2007-en-hausse.html>
22. Mura C. Analyse des connaissances et des pratiques des sages-femmes autour de l'arrêt de la lactation dans le post-partum immédiat Mémoire de sage-femme. Dijon; 2009.
23. Observatoire régional de la santé d'Alsace. Evaluation d'une action de promotion de l'allaitement. Disponible à partir de : URL : http://www.orsal.org/activites/etudes/pdf/synthese_allaitement.pdf
25. Ministère de la santé. Plan National Nutrition Santé 2011-2015. 2011. [consulté le 21 février 2013] Disponible à partir de : URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
25. Loras-Duclaux I. La promotion de l'allaitement maternel. 2000 [consulté le 30 juin 2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.info-allaitement.org/promotion-de-l-allaitement.html>
26. Triaa Benhammadi I. Les déterminants du choix du mode d'allaitement. Thèse pour le doctorat en médecine. Université Paris Diderot; 2009.
27. Gerstner G, Grünberger W, Leodolter S. Causes of lactation inhibition in the early puerperium. Z Geburtshilfe Perinatol. 1982;186:97-100.
28. Elisabeth Badinter : « Cessons d'avoir une idée unique de la gent féminine » . Le Monde.fr. [consulté le 17 juill 2012]. Disponible à partir de : URL :

http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/02/12/elisabeth-badinter-cessons-d-avoir-une-idee-unique-de-la-gent-feminine_1304867_3232.html

29. Latham M. La Nutrition dans le pays en développement. [consulté le 21 févr 2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.fao.org/docrep/004/W0073F/w0073f08.htm>
30. Mignnot G. Inhibition de la lactation après l'accouchement. 1995;15:440-5.
31. Galouzeau De Villepin B. Inhibition de la lactation dans le Post-partum : Bromocriptine vs Cabergoline Mémoire de sage-femme. Ecole de Sage-femme Baudelocque; 2011.
33. Swift K, Janke J. Breast binding... is it all that it's wrapped up to be? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003;32:332-339.
34. Brooten DA, Brown LP, Hollingsworth AO, Tanis JL, Donlen J. A comparison of four treatments to prevent and control breast pain and engorgement in nonnursing mothers. Nurs Res. 1983;32:225-229.
35. Shapiro AG, Thomas L. Efficacy of bromocriptine versus breast binders as inhibitors of postpartum lactation. South. Med. J. 1984;77:719-721.
36. Akrivis C, Vezyraki P, Kiortsis DN, Fotopoulos A, Evangelou A. Inhibition of puerperal lactation with 2-mercaptopyrionyl-glycine. European Journal of Clinical Pharmacology. 2000;56:621-623.
37. Kvist LJ, Hall-Lord ML, Rydhstroem H, Larsson BW. A randomised-controlled trial in Sweden of acupuncture and care interventions for the relief of inflammatory symptoms of the breast during lactation. Midwifery. 2007;23:184-195.
38. Stéphan J-M. L'acupuncture autour de la naissance : bases scientifiques et état des lieux. La Revue Sage-Femme. 2010;9:93-97.
38. Sereno Coló JA, Navarrete Horta MT. Inhibition of lactation with lisuride. CLinical evaluation. Ginecol Obstet Mex.1994;62:31-34.
40. Van Dam LJ, Rolland R. Lactation-inhibiting and prolactin-lowering effect of lisuride and bromocriptine: a comparative study. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.1981;12:323-330.
40. VIDAL. [consulté le 26 juin 2012]. Disponible à partir de : URL : <http://use.evidal.net.sicd.clermont-universite.fr>
42. Giorda G, de Vincentiis S, Motta T, Casazza S, Fadin M, D'Alberton A. Cabergoline versus bromocriptine in suppression of lactation after cesarean delivery. Gynecol. Obstet. Invest. 1991;31:93-96.
43. Caballero-Gordo A, Lopez-Nazareno N, Calderay M, Caballero JL, Mancheño E, Sghedoni D. Oral cabergoline. Single-dose inhibition of puerperal lactation. J Reprod Med. 1991;36:717-721.

44. Single dose cabergoline versus bromocriptine in inhibition of puerperal lactation: randomised, double blind, multicentre study. European Multicentre Study Group for Cabergoline in Lactation Inhibition. *BMJ*. 1991;302:1367-1371.
44. Kohler F., Toussaint E. Information du patient. 2004 [consulté le 25 janv 2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/staticmed/e-dosmed/cours/informationpatient/informationPatient.htm>
45. Barry R., Scott-Moncrieff C. L'Homéopathie au féminin. 1998 p.10-11
46. Syndicat professionnel des homéopathes du Québec. L'homéopathie. [consulté le 4 juill 2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sphq.org/quoi.php>
47. Trouve C. L'homéopathie : Remèdes et traitements de A à Z. Eyrolles. PARIS; 2006.
48. Boiron M., Payre-Ficot A. Homéopathie le conseil au quotidien. Partenaires-Book. France; 2005.
50. arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires. Code de la santé publique, article L.4151-4.
50. Boiron M., Roux F. Homéopathie et prescription officinale. Similia. France; 2008.
51. Pointeau S. Thérapeutiques homéopathiques dans les troubles de l'allaitement. Mémoire du DU d'homéopathie. [consulté le 11 juin 2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.ansfl.org/medias/doc/090423-HomeoAllaitement.pdf>
52. Jouanny J., Crapanne J.-B., Dancer H., Masson J.-L. Thérapeutique homéopathique : Possibilités en pathologie aiguë. Boiron. France; 2000.
54. Cucherat M, Haugh MC, Gooch M, Boissel JP. Evidence of clinical efficacy of homeopathy. A meta-analysis of clinical trials. HMRAG. Homeopathic Medicines Research Advisory Group. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2000;56:27-33.
55. L'homéopathie pour calmer la douleur de la montée laiteuse. *La revue Prescrire* 2005; 265 : 716.
56. Berrebi A., Parant O., Ferval F., Thene M., Ayoubi J.-M., Connan L., Belon P. Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat. *Masson*. 2001;30.
57. Bridget C. Empowering women: Homoeopathy in midwifery practice. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*. 1998;4:13-16.
58. Farmer C, Robert S, Rushen J. Bromocriptine given orally to periparturient of lactating sows inhibits milk production. *Journal of Animal Science*. mars 1998;76 :750 -757.
59. Bhardwaj N. Inhibition of puerperal lactation: evaluation of bromocriptine and placebo. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1979;19:154-157.

60. Wong S, Stepp-Gilbert E. Lactation suppression. Nonpharmaceutical versus pharmaceutical method. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1985;14:302-310.
61. Rolland R, Schellekens LA. Inhibition of puerperal lactation by bromocriptine. *Acta Endocrinol Suppl.* 1978;216:119-130.
62. O'Shea E. Safety of medications in lactation cessation. *Can Fam Physician.* 1996;42:616.
63. Durst R, Dorevitch A, Ghinea C, Ginath Y. Bromocriptine-associated postpartum psychotic exacerbation. *Harefuah.* 1990;118:203-204.
64. Reeves RR, Pinkofsky HB. Postpartum psychosis induced by bromocriptine and pseudoephedrine. *J Fam Pract.* 1997;45:164-166.
66. Comabella M, Alvarez-Sabin J, Rovira A, Codina A. Bromocriptine and postpartum cerebral angiopathy: a causal relationship? *Neurology.* 1996;46:1754-1756.
67. Kulig K, Moore LL, Kirk M, Smith D, Stallworth J, Rumack B. Bromocriptine-associated headache: possible life-threatening sympathomimetic interaction. *Obstet Gynecol.* 1991;78:941-943.
68. Watson DL, Bhatia RK, Norman GS, Brindley BA, Sokol RJ. Bromocriptine mesylate for lactation suppression: a risk for postpartum hypertension? *Obstet Gynecol.* 1989;74:573-576.
69. Gittelman DK. Bromocriptine associated with postpartum hypertension, seizures, and pituitary hemorrhage. *Gen Hosp Psychiatry.* 1991;13:278-280.
70. Lucas C, Deplanque D, Salhi A, Hachulla E, Doumith S. Angiopathie bénigne du post-partum: un cas clinicoradiologique associé à la prise de bromocriptine. *La Revue de Médecine Interne.* 1996;17:839-841.
71. Larrazet F, Spaulding C, Lobreau HJ, Weber S, Guerin F. Possible bromocriptine-induced myocardial infarction. *Ann. Intern. Med.* 1993;118:199-200.
72. Janssens E, Hommel M, Mounier-Vehier F, Leclerc X, Guerin du Masgenet B, Leys D. Postpartum cerebral angiopathy possibly due to bromocriptine therapy. *Stroke.* 1995;26:128-130.
73. Ruch A, Duhring JL. Postpartum myocardial infarction in a patient receiving bromocriptine. *Obstet Gynecol.* 1989;74:448-451.
74. Katz M, Kroll D, Pak I, Osimoni A, Hirsch M. Puerperal hypertension, stroke, and seizures after suppression of lactation with bromocriptine. *Obstet Gynecol.* 1985;66:822-824.
75. Eickman FM. Recurrent myocardial infarction in a postpartum patient receiving bromocriptine. *Clin Cardiol.* 1992;15:781-783.

76. Henry PY, Larre P, Aupy M, Lafforgue JL, Orgogozo JM. Reversible cerebral arteriopathy associated with the administration of ergot derivatives. *Cephalalgia*. 1984;4:171-178.
77. Iffy L, O'Donnell J, Correia J, Hopp L. Severe cardiac dysrhythmia in patients using bromocriptine postpartum. *Am J Ther*. 1998;5:111-115.
78. Kirsch C, Iffy L, Zito GE, McArdle JJ. The role of hypertension in bromocriptine-related puerperal intracranial hemorrhage. *Neuroradiology*. 2001;43:302-304.
79. Burckard E, Patrigeon R., Felten D, Combourieu E, Escarment J. Crises convulsives révélant une angiopathie cérébrale du post-partum par prise de bromocriptine. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2003;22:46-49.
80. Lexchin J. Controversial use of bromocriptine. *Can Fam Physician*. 1996;42:1090, 1092.
81. Bromocriptine : International. *La revue Prescrire*. 1997;172:304.
82. Bromocriptine to prevent lactation. *Med Lett Drugs Ther*. 1980;22:48.
84. Harllory A. Inhibition de la lactation : allopathie ou homéopathie? *Mémoire de sage-femme*. Nancy: Université Henri Pointcaré; 2012.
85. INSEE. Insee - Population - Fécondité totale, fécondité selon le groupe d'âges de la mère et âge moyen des mères à l'accouchement. [consulté le 12 févr 2013]. Disponible à partir de : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=bilandemo3
86. Valles V., INSEE. Les Auvergnates plus souvent mères, mais toujours moins que les Françaises. 2013 [consulté le 12 févr 2013]. Disponible à partir de : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=10&ref_id=19437
86. B. Salavane, C. De Launay, C. Guerrisi, K. Castetbon. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. sept 2012;34.
88. ANAES. Allaitement Maternel : Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002 [consulté le 22 févr 2013]. Disponible à partir de : URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
88. Girard L. Communiquer autour de l'allaitement maternel en France. *2008;377:20-26*.
89. Hutchison P, Sill H. Lactation suppression with bromocriptine. *N. Z. Med. J*. 1981;694 : 309-310.
90. Centre d'Education du Patient. Allaitement maternel : Guide à l'usage des professionnels de la santé. Troisième Edition. ONE; 2009.

92. Decanter B. L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun. 2012 [consulté le 21 févr 2013]. Disponible à partir de : URL : http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Linformation_du_patient__CNP_2012.pdf

ANNEXES



Annexe I : Questionnaire distribué à Melun

**LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX
ACCOUCHEES**

**ETUDE 2012-2013 : « BROMOCRIPTINE VERSUS HOMEOPATHIE : L'INHIBITION DE LA
LACTATION »**

Chère madame,

Vous venez d'accoucher et avez choisi d'allaiter votre enfant au biberon. Pour cela, il vous a été prescrit un traitement homéopatique afin de diminuer les effets de la montée laiteuse, phénomène naturel se déclenchant dans les jours suivant l'accouchement. C'est pour cela que je sollicite votre aide dans le travail de recherche que j'effectue dans le cadre de mon mémoire d'étudiante sage-femme.

Mon étude consiste à évaluer l'avis des patientes sur les informations et le choix laissé du traitement pour bloquer la lactation ainsi que sur les effets dus à la prise de ce traitement.

Vous trouverez ci-joint, une fiche vous présentant le traitement. Après lecture de cette fiche, je vous invite à répondre au questionnaire qui vous a été distribué dans le service.

Votre participation à cette étude est totalement volontaire, si vous ne souhaitez pas y participer, il vous suffit juste de le signaler à la sage-femme qui vous distribuera les documents.

Ce questionnaire est anonyme, aucune information personnelle n'apparaîtra dans l'étude.

Le questionnaire est à remplir au 3^{ème} jour de suites de couche (le jour de la naissance de votre enfant n'étant pas compté), vous pourrez ensuite le rendre à l'équipe qui s'occupe de vous et de votre bébé ou à moi-même lors de mon passage.

Si vous ne comprenez pas ou ne savez pas répondre à une question, n'hésitez pas à me contacter ou demander à une personne du service de le faire.

Merci de votre participation à cette étude qui permettra de mieux connaître l'avis des patientes sur la prise en charge de l'inhibition de la lactation en suites de couche.

Cordialement,

SOUILLARD Amélie
Etudiante sage-femme,
Ecole de Clermont-Ferrand

FICHE D'INFORMATION

POUR LES PATIENTES

Tout d'abord, il est important de savoir que **lorsque l'enfant n'est pas mis au sein, la lactation est inhibée sans traitement et sans inconvénients majeurs dans 60 à 70% des cas.** Tout traitement donné en suites de couche permet d'éviter les inconvénients et l'inconfort dus à la montée laiteuse.

Homéopathie

Une association des 2 molécules, **Apis Mellifica et Bryonia**, est indiquée dans le traitement de la montée de lait dans les suites de couches, en cas de symptômes douloureux.

Rappelons que l'homéopathie **n'agit que sur des maladies** (ce qui n'est pas le cas de la montée de lait), et qu'elle est donc utilisée ici pour **calmer les effets de la montée de lait** afin que ceux-ci soit réduit et s'estompent rapidement.

Ce traitement conduit souvent les femmes à se plaindre de **tensions mammaires ou d'écoulement de lait** mais ces désagréments ne durent **que dans la 1^{ère} semaine** après l'accouchement et sont souvent **peu gênants**.

Il n'y a **aucune contre-indication** à son utilisation et il n'y a **pas d'effets secondaires** provoqués par la prise d'homéopathie.

Pour éviter les symptômes douloureux, il est prescrit :

- **Ricinus 30CH** : 1 unidose pendant 3 jours
- **Lac Caninum 30CH**, 5 granules/jour pendant 20 jours.

En cas de douleur de montée de lait :

- **Posologie** : 5 granules matin, midi et soir de **Apis Mellifica**, 5 granules matin, midi et soir de **Bryonia**.
- **Durée du traitement** : 10 jours.

Coût : totalement remboursé par la sécurité sociale et les complémentaires santé.

QUESTIONNAIRE

Questions d'ordre général :

1- Quel est votre âge ?

.....ans

2- Quel est votre niveau d'étude ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non scolarisé | <input type="checkbox"/> Collège – CAP – BEP |
| <input type="checkbox"/> Primaire | <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur (post-bac) |
| <input type="checkbox"/> Lycée (2 ^{nde} – Terminale) | |

3- Quel est votre profession ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agricultrice | <input type="checkbox"/> Ouvrière |
| <input type="checkbox"/> Cadre | <input type="checkbox"/> Retraitée |
| <input type="checkbox"/> Employée | <input type="checkbox"/> Etudiante |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant et chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle |
| | <input type="checkbox"/> Autre : |

4- L'enfant que vous venez d'avoir est votre :

- 1^{er} enfant
- 2^{ème} enfant
- 3^{ème} enfant
- 4^{ème} enfant et plus

5- Vous avez accouché le : (jour/mois)/.....

Votre terme était prévu le : (jour/mois)/.....

6- Si vous avez déjà 1 ou plusieurs enfants, les avez-vous allaité au sein? si oui combien de temps ?

- Oui :
- Non

7- Pour quelle raisons avez-vous choisi l'allaitement au biberon (plusieurs réponses possibles)?

- Pratique
- Peur de la douleur
- Echec d'un allaitement maternel précédent
- Médicale (maman ou bébé malade)
- Séparation avec l'enfant (enfant hospitalisé en néonatalogie par exemple)
- Autre :
- Souhait de faire participer le papa
- Pudeur
- Peur de ne pas avoir assez de lait

8- Votre choix d'allaitement a été décidé :

- Avant la grossesse
- Pendant le 1^{er} trimestre de grossesse
- Pendant le 2^{ème} trimestre de grossesse
- Pendant le 3^{ème} trimestre
- A l'accouchement



Questions sur les traitements utilisés pour empêcher la montée de lait :

9- Quel traitement utilisez-vous?

- Bromo-Kin[®] ou Parlodel[®]
- Vasobral[®]
- Homéopathie (à détailler :
.....)
- Autre :

10- Prenez-vous d'autres traitements?

- Antalgiques type paracétamol
- Antibiotiques
- Fer
- Traitement(s) personnel(s) (lequel ou lesquels ?) :
- Autre :



11- Lors de votre séjour à la maternité, avez-vous ressenti des effets indésirables ? Si oui, cochez la case correspondante et marquez d'une croix sur l'échelle le niveau d'inconfort produit par cet effet (0 = aucune gêne, 10 = gêne maximale empêchant toute activité). Sinon cochez la case « aucuns effets indésirables ressentis et passez à la question 14.

- | | | |
|---|---|----|
| <input type="checkbox"/> Nausées / vomissements | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Vertiges / malaise | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Douleur des seins | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Rougeur des seins | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ecoulement de lait | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
|
<input type="checkbox"/> Aucuns effets indésirables ressentis | | |



**12-A quel moment ces effets ont-ils commencés et combien de temps ont-ils durés?
(cochez la ou les case(s) correspondante(s))**

Nausées / vomissements :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

Vertiges / malaise :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

Maux de tête :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

Douleur des seins :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

Rougeur des seins :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

Écoulement de lait :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

13- Que vous a-t-on proposé pour arrêter ces effets (cochez la ou les case(s) correspondante(s))? Cela a-t-il été efficace (cochez la bonne réponse)?

- Paracétamol ou Efferalgan* :
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Bi-profenid[®] ou Apranax[®]* :
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Application de glace* :
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Massage des seins* :
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Bandage des seins* :
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Port de soutien-gorge adapté* :
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Osmogel* :
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Vitamines* :
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Restriction hydrique* :
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Autre :* :
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Aucun traitement*

Avis sur le choix du traitement pour inhiber la montée de lait :

**14- Connaissez-vous les méthodes/traitements utilisés pour inhiber la montée laiteuse ?
(Cochez la ou les case(s) correspondante(s))**

- Absence de traitement
- Acupuncture
- Homéopathie
- Parlodel[®] (=Bromocriptine)
- Cabergoline[®] (=Dostinex)
- Loxen[®]
- Vasobral[®] (=Dihydroergocriptine)
- Bandage des seins
- Tractocile[®]
- Arolac[®] (=Lisuride)
- Autre :
- Je ne sais pas

15- Auriez-vous aimé que l'on vous donne plus d'informations sur les traitements possibles?

- Oui
- Non

Si oui, quelles informations auriez-vous aimé avoir ?

- Connaitre les méthodes non médicamenteuses (abstention de traitement, homéopathie...)
- Connaitre d'autres médicaments disponibles
- Les effets indésirables des traitements
- Le coût du traitement
- La durée du traitement
- Les actions du traitement
- Autre :

16- Auriez-vous souhaité avoir le choix du traitement ?

- Oui
- Non

17- Quel traitement auriez-vous choisi si vous aviez eu le choix ?

- Parlodel®
- Homéopathie
- Pas de traitements
- Autre :
- Aucune idée

Pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

.....

Merci pour le temps que vous avez consacré à mon questionnaire. Si vous souhaitez avoir les résultats de l'étude (été 2013), vous pouvez laisser votre adresse mail ou postale ci-dessous. Pour toute autre question, n'hésitez pas à me contacter.

.....

.....

.....

.....

.....

.....



SOUILLARD Amélie
Etudiante sage-femme,
Ecole de Clermont-Ferrand

Annexe II : Questionnaire distribué à Clermont-Ferrand

**LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX
ACCOUCHEES**

ETUDE 2012-2013 : « PRISE EN CHARGE DE L'INHIBITION DE LA LACTATION »

Chère madame,

Vous venez d'accoucher et avez choisi d'allaiter votre enfant au biberon. Il vous a donc été proposé une prise en charge afin d'éviter la montée laiteuse, phénomène naturel se déclenchant dans les jours suivant l'accouchement. C'est pour cela que je sollicite votre aide dans le travail de recherche que j'effectue dans le cadre de mon mémoire d'étudiante sage-femme.

Mon étude consiste à évaluer l'avis des patientes sur les informations et le choix du traitement pour bloquer la lactation ainsi que sur les effets dus à la prise de ce traitement.

Votre participation à cette étude est totalement volontaire, si vous ne souhaitez pas y participer, il vous suffit juste de me le signaler lors de la distribution des documents.

Ce questionnaire est anonyme, aucune information personnelle n'apparaîtra dans l'étude.

Le questionnaire est à remplir au 3^{ème} jour de suites de couche (le jour de la naissance de votre enfant n'étant pas compté), vous pourrez ensuite le rendre à l'équipe qui s'occupe de vous et de votre bébé ou à moi-même lors de mon passage.

Si vous ne comprenez pas ou ne savez pas répondre à une question, n'hésitez pas à me contacter ou demander à une personne du service de le faire.

Merci de votre participation à cette étude qui permettra de mieux connaître l'avis des patientes sur la prise en charge de l'inhibition de la lactation en suites de couche.

Cordialement,

SOUILLARD Amélie
Etudiante sage-femme,
Ecole de Clermont-Ferrand

QUESTIONNAIRE

Questions d'ordre général :

18- Vous avez :

- < 20 ans
- entre 20 et 30 ans
- entre 30 et 40 ans
- >40 ans

19- Quel est votre niveau d'étude ?

- Non scolarisé
- Primaire
- Lycée (2^{nde} – Terminale)
- Collège – CAP – BEP
- Enseignement supérieur (post-bac)

20- Quel est votre profession ?

- Agricultrice
- Cadre
- Employée
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Ouvrière
- Retraitée
- Etudiante
- Sans activité professionnelle
- Autre :

21- L'enfant que vous venez d'avoir est votre :

- 1^{er} enfant
- 2^{ème} enfant
- 3^{ème} enfant
- 4^{ème} enfant et plus

22- Vous avez accouché le : (jour/mois)/.....

Votre terme était prévu le : (jour/mois)/.....

23- Si vous avez déjà 1 ou plusieurs enfants, les avez-vous allaité au sein? si oui combien de temps ?

- Oui :
- Non

24- Pour quelle raisons avez-vous choisi l'allaitement au biberon (plusieurs réponses possibles)?

- Pratique
- Peur de la douleur
- Echec d'un allaitement maternel précédent
- Médicale (maman ou bébé malade)
- Séparation avec l'enfant (enfant hospitalisé en néonatalogie par exemple)
- Autre :
- Souhait de faire participer le papa
- Pudeur
- Peur de ne pas avoir assez de lait

25- Votre choix d'allaitement a été décidé :

- Avant la grossesse
- Pendant le 1^{er} trimestre de grossesse
- Pendant le 2^{ème} trimestre de grossesse
- Pendant le 3^{ème} trimestre
- A l'accouchement



Questions sur les traitements utilisés pour empêcher la montée de lait :

26- Quel traitement utilisez-vous?

- Bromo-Kin[®] ou Parlodel[®] (=Bromocriptine)
- Aucun traitement

27- Prenez-vous d'autres traitements?

- Antalgiques type paracétamol
- Antibiotiques
- Fer
- Traitement(s) personnel(s) (lequel ou lesquels ?) :
- Autre :
- Aucun



28- Lors de votre séjour à la maternité, avez-vous ressenti des effets indésirables ? Si oui, cochez la case correspondante et marquez d'une croix sur l'échelle le niveau d'inconfort produit par cet effet (0 = aucune gêne, 10 = gêne maximale empêchant toute activité). Sinon cochez la case « aucuns effets indésirables ressentis et passez à la question 14.

- | | | |
|---|---|----|
| <input type="checkbox"/> Nausées / vomissements | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Vertiges / malaise | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Douleur des seins | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Rougeur des seins | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ecoulement de lait | 0 | 10 |
| | ↓ | ↓ |
| _____ | | |
|
<input type="checkbox"/> Aucun effet indésirable ressenti | | |



**29- A quel moment ces effets ont-ils commencés et combien de temps ont-ils durés?
(cochez la ou les case(s) correspondante(s))**

Nausées / vomissements :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

Vertiges / malaise :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

Maux de tête :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

Douleur des seins :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

Rougeur des seins :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

Écoulement de lait :

Début : 1^{er} jour 2^{ème} jour 3^{ème} jour

Durée : 24h 2 jours 3 jours ou plus

30- Que vous a-t-on proposé pour arrêter ces effets (cochez la ou les case(s) correspondante(s))? Cela a-t-il été efficace (cochez la bonne réponse)?

- Paracétamol ou Efferalgan (ou autre antalgique) :*
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Bi-profenid[®] ou Apranax[®] (ou autre anti-inflammatoire) :*
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Application de glace :*
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Massage des seins :*
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Bandage des seins :*
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Port de soutien-gorge adapté :*
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Osmogel :*
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Vitamines :*
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Restriction hydrique :*
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Autre : :*
 très efficace plutôt efficace pas du tout efficace
- Aucun traitement*

31- Pour les patientes prenant du Parlodel[®], avez-vous arrêté de prendre le traitement ?

- Oui
 Non

Si oui, pourquoi ? :

.....

Avis sur le choix du traitement pour inhiber la montée de lait :

32- Connaissez-vous les méthodes/traitements existants pour inhiber la montée laiteuse ? (Cochez la ou les case(s) correspondante(s))

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Absence de traitement | <input type="checkbox"/> Vasobral [®] (=Dihydroergocriptine) |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Bandage des seins |
| <input type="checkbox"/> Homéopathie | <input type="checkbox"/> Tractocile [®] |
| <input type="checkbox"/> Parlodel [®] (=Bromocriptine) | <input type="checkbox"/> Arolac [®] (=Lisuride) |
| <input type="checkbox"/> Cabergoline [®] (=Dostinex) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Loxen [®] | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

Il est important de savoir que lorsque l'enfant n'est pas mis au sein, la lactation est inhibée sans traitement et sans inconvénients majeurs dans 60 à 70% des cas. Tout traitement donné en suites de couche permet d'éviter les inconvénients et l'inconfort dus à la montée laiteuse.

A la maternité de l'hôpital Estaing, il n'est proposé qu'un seul médicament pour inhiber la lactation : le Parlodel[®] (proposé uniquement si les mamans n'ont pas de contre-indication à ce traitement), sinon il vous est proposé une prise en charge sans traitement médicamenteux spécifique.

33- Vous a-t-on laissé le choix de la prise en charge pour inhiber la lactation ?

- Oui
- Non

34- Auriez-vous aimé que d'autres traitements vous soient proposés pour inhiber la montée de lait ?

- Oui
- Non : merci de passer directement à la question 20

35- Si l'on vous proposait plusieurs traitements, quelles informations voudriez-vous avoir principalement ? (plusieurs réponses possibles)

- Les effets indésirables des traitements
- Le coût du traitement
- La durée du traitement
- Les actions du traitement
- Autre :
- Aucune

36- Voudriez-vous avoir ces informations :

- Pendant votre grossesse : Lors d'une consultation
 - Grâce à une fiche explicative
 - Lors des cours de préparation à la naissance
- Le jour de votre accouchement

37- Si tous ces traitements vous avaient été proposés pour stopper la monter de lait, lequel auriez-vous choisi ?

- Parlodel®
- Un autre médicament pour inhiber la lactation
- Homéopathie
- Aucun traitement
- Je ne sais pas

Merci pour le temps que vous avez consacré à mon questionnaire. Si vous souhaitez avoir les résultats de l'étude (été 2013), vous pouvez laisser votre adresse mail ou postale ci-dessous. Pour toute autre question, n'hésitez pas à me contacter.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



SOUILLARD Amélie
Etudiante sage-femme,
Ecole de Clermont-Ferrand

RESUME

Introduction : La bromocriptine, molécule inhibitrice de la lactation a vu son administration controversée suite à des effets indésirables graves retrouvés dans la littérature. Le rapport bénéfice-risque est actuellement réévalué.

Rappels : Dans 70% des cas, la lactation est inhibée spontanément sans conséquences graves. Aujourd'hui, le traitement le plus utilisé est le Parlodel[®], les méthodes non médicamenteuses étant discutées. **Matériel :** Une étude a été menée auprès de 108 patientes aux CH de Melun et de Clermont-Ferrand, afin de connaître leur avis sur la prise en charge proposée. **Méthode :** Etude descriptive et comparative réalisée par le biais d'un auto-questionnaire. Le groupe « homéopathie » a systématiquement eu une information sur le traitement, contrairement aux groupes « parlodel » et « aucun ». **Résultats :** L'utilisation du Parlodel[®] implique moins de douleur des seins que l'homéopathie (36% versus 61%) mais présente des effets indésirables typiques (10 à 20%). Dans les groupes « parlodel » et « aucun », 79% des patientes n'ont pas eu le choix du traitement et 37% souhaiteraient des informations. Dans le groupe « homéopathie », 60% des patientes reprendraient un traitement non médicamenteux alors que 50% des patientes des autres groupes ne sauraient pas quoi choisir. **Discussion :** Les patientes semblent susceptibles de préférer une efficacité thérapeutique moindre pour éviter d'éventuels effets secondaires d'un médicament. Le choix éclairé a un rôle prépondérant dans l'acceptation de cette prise en charge. **Conclusion :** L'information des patientes doit être replacée au centre de la prise en charge des femmes. L'indication réelle du Parlodel[®] devrait être respectée et l'utilisation de méthodes naturelles ou homéopathiques devrait être développée pour répondre au mieux à la demande des patientes.

Mots-Clés : allaitement – lactation – homéopathie – information - bromocriptine

SUMMARY

Introduction : Following on serious adverse effect noted in databases, the benefice/risk assessment about using Parlodel for the inhibition lactation is currently reassessed. **Review :** In 70% of the cases, lactation is inhibiting without serious consequences. Currently, the main treatments used are discussed as well as alternative therapies.

Material : This study was carried out on 108 patients from Melun and Clermont-Ferrand in order to know their opinion about the management of lactation inhibition.. **Methods :** A descriptive and comparative study achieved by a self-reported. The “homeopathy” group have had systematic information about the treatment unlike the “parlodel” and “none drugs” groups. **Results :** There are less breast pain with Parlodel than homeopathy (36% versus 61%). Parlodel[®] causes typical side effects (about 10-20%). In the “parlodel” and “none” groups, 79% don't have treatment's choice and 37% want information. In the “homeopathy” group, 60% of patients would be back to a non-drug treatment whereas 50% from the other groups would not know how to choose. **Discussion :** Patients seem likely to prefer less efficacy to avoid potential side effects with drug. An informed choice is very important for accepting the management. **Conclusion :** The patients' information must be reintegrated for the take up acceptance. The real Parlodel[®]'s indication must be respected. Non-drug therapy must be developed.

Key-words : nursing – lactation – homeopathy – information - bromocriptine