

Surproduction de lait et mastites récurrentes

Dre Meera Kotecha, MD, CCPF, et Karène Valladeau, IBCLC, RLC
Clinique d'allaitement Herzl-Goldfarb, Hôpital général juif, Montréal.

Évaluation clinique structurée

- Évaluation du bébé
- Évaluation de la mère
- Observation de la tétée
- Traitements et évolution
- Discussion et conclusion

Résumé de la situation

- Nous souhaitons ici explorer les diagnostics de mastites, canaux bloqués et lactation surabondante.
- Nous décrivons différentes **approches thérapeutiques** holistiques et les **récentes recommandations** pour la gestion de ces complications, en lien avec le protocole de l'ABM #36: *Mastitis Spectrum*, revu en 2022.

Évaluation de la mère

- Femme de 38ans
- Raisons pour la référence: difficulté avec la prise et évaluation de frein restrictif.
- G2P2
- Hx médical: anxiété, dépression médicamenteuse jeune adulte. Bonne santé physique, sportive.
- Médicaments: multivitamines, omega 3
- Hx allaitement du 1^{er} bébé: allaité 2ans, frein lingual restrictif identifié, douleur aux mamelons lors des 1eres semaines, 4 épisodes de mastites dont certains traités avec antibiotique (Ax). Production surabondante, blocage fréquent, difficulté lors du sevrage.



- **Situation d'allaitement lors du 1^{er} RDV:**
- * Croissance mammaire très importante pendant grossesse. Seins volumineux et lourds.
- Difficulté de mise aux seins à partir de la montée laiteuse.
- Douleur aux mamelons, bébé « mord ».
- Inquiétude de faire une mastite/ souvenir du 1^{er} allaitement.
- Utilisation d'une tétérelle à j3.
- Production surabondante, remplissage des seins très rapide, engorgements fréquents douloureux.
- Tire son lait à chaque tétée pour limiter l'engorgement pendant le 1^{er} mois de vie.
- Aucun épisode de blocage ni mastite.

Évaluation du bébé

- Âgé de 1mois.
- Allaitement exclusif – 8 à 10 tétées /24h - 1 sein /tétée
- Suit bien sa courbe de croissance.
- Bonne prise du sein jusqu'à la montée de lait (j3)
- Ne garde pas le sein dans sa bouche sans tétérelle
- Frein lingual significativement restrictif – procédure de frénotomie offerte mais déclinée.
- Tensions musculaires, traitées en ostéopathie jusqu'à résolution.

Observation d'une tétée

- Allaité penchée par-dessus bébé.
- Tient le sein tout le long de la tétée + massage et compression du sein.
- Tentative d'ajustement en position biologique: Bébé perd plus le sein et est passif, moins bon drainage des seins.

Traitement et évolution de la maladie 1/2

- **À 1mois/2 de vie:**
 - prise superficielle en particulier quand les seins sont pleins. Sevrage tétérelle réussi.
 - Cerçures: Onguent tous usage pour mamelons prescrit
- **À 4mois de vie:**
 - Mastite sous antibiotique.
 - Anxiété très présente au sujet des mastites et Covid.
 - Anti-dépresseur suggéré
 - Rappel d'éviter trop de pression sur les seins (pas de massages vigoureux)
 - N'exprimer qu'au besoin pour le confort.
- **De 4 à 7mois:**
 - Succession d'engorgements, blocages, mastites.
 - Diagnostique d'hyperlactation idiopathique ainsi qu'une hyperlactation entretenue + trouble anxieux avec tendance hypochondriaque.
 - Autre hypothèse diagnostique: mastite subaiguë/ dysbiose mammaire

Question interactive :

- Quelles stratégies et approches thérapeutiques proposeriez-vous dans un cas de mastite à répétition sur fond de production surabondante?

Traitement et évolution de la maladie 2/2

- **Les différents traitements proposés:**
 - « Block-feeding » – décliné par la mère, trop anxiogène.
 - Exercices de succion.
 - Lécithine de tournesol.
 - Séquence: chaleur/massage doux/expression selon besoin, froid/ feuilles de choux froides.
 - Sel d'epsom + eau chaude dans tire-lait en silicone
 - Thérapie par ultrasons.
 - Advil
 - Nouvel antibiotique – Duricef 500mg BID
 - Échographie diagnostique.
 - Probiotiques: L - fermentum et L - salivarius
 - Frénotomie offerte de nouveau – déclinée par la mère
 - Anxiolytique et suivi psychologique suggérés.

Approche holistique

- **De 7 à 9 mois: plan établi après discussion et adhésion de la patiente:**
 - 1) Prendre soin du mental:
 - ✓ Psychothérapie
 - ✓ Citalopram
 - ✓ Marche et/ou yoga quotidien
 - 2) Diminution de l'inflammation mammaire chronique:
 - ✓ Antibiotique durée plus longue.
 - ✓ Ibuprofène pendant 4 jours aux 6H
 - ✓ Probiotiques – souches spécifiques.
 - ✓ Crème de curcuma sur zones rouges et sensibles
 - ✓ Vitamine C, Homéopathie.
 - ✓ Feuilles de choux froides pendant 20mn après les tétées

Approche holistique

- 3) Drainage des seins:
 - ✓ Doux massages/ gymnastique du sein
 - ✓ Biomécanique: étirement du haut du corps +ostéopathe
 - ✓ Lécithine
 - ✓ Soutien-gorge soutenant.
- 4) Apaiser la production:
 - ✓ Allaitement en bloc (Block feeding)
 - ✓ Acupuncture
 - ✓ Tisanes de menthe poivrée, de sauge + consommer du persil en quantité.
 - ✓ Options présentées pour arrêt plus drastique de lactation:
 - Contraception hormonale
 - Pseudoéphédrine
 - Cabergoline

Impression clinique

▪ D'après vous, quelle approche a été la plus efficace?

- a) Arrêt complet de la lactation
- b) Prise en charge de la santé mentale
- c) Diminution de l'inflammation mammaire
- d) L'approche holistique complète.

Impression clinique

▪ D'après vous, quand a-t-elle sevré son bébé?



Discussion

Définitions

TABLE 1. SIGNS AND SYMPTOMS THAT MAY BE ASSOCIATED WITH HYPERLACTATION IN THE BREASTFEEDING DYAD

Maternal signs/symptoms	Infant signs/symptoms
Excessive breast growth during pregnancy >2 cup sizes	Excessive weight gain
Persistent or frequent breast fullness	Difficulty achieving a sustained, deep latch
Breast and/or nipple pain	Fussiness at the breast
Copious milk leakage	Choking, coughing, or unlatching during feeds
Recurrent plugged ducts	Breast refusal
Recurrent mastitis	Clamping down on the nipple/areola
Nipple blebs	Short feedings
Vasospasm	Gastrointestinal symptoms (e.g., spitting up, gas, reflux, or explosive green stools)

ABM Clinical Protocol #32: Management of Hyperlactation Helen M. Johnson, 1 Anne English, 2 Katrina B. Mitchell, 3 Emily Leeper, 4 Christina M. Smilie, 5 Lindsay Moore-Osby, 6 Nadine Mason, 7 Libera Simon, 8 and the Academy of Breastfeeding Medicine

- Exploration diagnostique et thérapeutique:
 - Diagnostic d'hyperlactation idiopathique posé ainsi qu'une hyperlactation entretenue + trouble anxieux avec tendance hypochondriaque.
 - Autres hypothèses diagnostiques: mastite subaiguë/dysbiose mammaire
- Protocole de l'ABM #36: « The mastitis spectrum », révisé en 2022 + Conférence de l'AQC du Dr Katrina Mitchell
- Le « massage » des seins dans la prise en charge d'engorgement ou blocages récurrents
- Culture de lait

Crédits Dr Katrina Mitchell

Conclusion

- Que nous aura appris ce cas?

Conclusion

Breast rest

- NO MASSAGE
- Don't overfeed or overpump
- Downregulate production if needed



Advil (800 mg every 8 hours x 48 hours)



Ice (10 mins every 30 mins or ad lib)



Tylenol (1000 mg every 8 hours x 48 hours)



Crédite Dr Katrina Mitchell

Merci!



Sources

1. [Effectiveness of topical curcumin for treatment of mastitis in breastfeeding women: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial - PubMed \(nih.gov\)](#)
2. [Breast Gymnastics — Maya Bolman IBCLC](#)
3. the Academy of Breastfeeding Medicine 2020 Inc. ABM Clinical Protocol #32: Management of Hyperlactation. Mary Ann Liebert, Helen M. Johnson,1 Anne Eglash,2 Katrina B. Mitchell,3 Kathy Lesper,4 Christina M. Smille,5 Lindsay Moore-Ostby,6 Nadine Manson,7 Liliana Simon,8 and
4. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. Katrina B. Mitchell, MD, IBCLC, FACS; Anne Eglash, MD, IBCLC, FABM. Ethan T. Bamberger, BS
5. Mammary Dysbiosis and Nipple Blebs Treated With Intravenous Deptomycin and Dalbavancin. Katrina B. Mitchell, MD, IBCLC, FACS; Anne Eglash, MD, IBCLC, FABM. Ethan T. Bamberger, BS
6. Dr. Katrina Mitchell: <https://physicianguidetobreastfeeding.org>
