

Le point sur la candidose mammaire

Elle est une cause fréquente de douleur des mamelons survenant après un intervalle libre. La douleur qu'elle induit chez la mère peut compromettre l'allaitement en raison de son intensité ; il sera donc important de la diagnostiquer précocement, pour débiter rapidement le traitement. Ce dernier doit être suffisamment long ; étant donné les résistances de plus en plus fréquentes, il pourra demander de la persévérance.

Le *Candida albicans* est un saprophyte ; présent sur la peau et les muqueuses, ainsi que dans le tube digestif, il fait partie de notre flore normale. Il ne devient pathogène que lorsque le niveau de nos défenses immunitaires est abaissé, qu'il y a rupture de l'intégrité de la peau ou des muqueuses, ou que la flore normale est déséquilibrée, ce qui l'amène à proliférer de façon anormale. La candidose est habituellement une pathologie bénigne. Le *Candida albicans* est le plus susceptible d'induire des infections chez les humains. Toutefois, d'autres espèces de *Candida* peuvent être pathogènes. Le *Candida dubliniensis* est très proche du *C. albicans*, et pourra facilement être confondu avec lui. L'existence de différentes espèces a des implications pour le traitement. Le *Candida krusei* est toujours résistant au fluconazole, par exemple, le *C. glabrata* et le *C. dubliniensis* peuvent aussi l'être.

On peut présenter une candidose au niveau de la peau et des muqueuses, orale, gastro-intestinale et vaginale. Le *Candida* prolifère plus facilement dans un environnement obscur, chaud et humide. Il peut évoluer rapidement pour s'adapter aux modifications de l'environnement. Sa multiplication se fait par division. Il se présente normalement sous la forme de cellules arrondies. Sous certaines conditions, il forme des arborescences filamenteuses qui se ramifient, et qui peuvent infiltrer les tissus. Le *Candida* sécrète diverses enzymes qui faciliteront sa pénétration dans les cellules de l'hôte. Cette pénétration induira une réponse inflammatoire.

La candidose buccale ou muguet est très fréquente chez les jeunes enfants, car chez eux le fonctionnement des glandes salivaires et l'écoulement de la salive sont peu efficaces, ce qui favorise la prolifération locale du *Candida* : des études ont montré que près de la moitié des enfants de 7 jours à 18 mois avaient du *Candida* dans la bouche, même si seulement 1/4 d'entre eux présentaient des signes cliniques de candidose. Il peut induire un muguet ou une dermatite fessière chez le bébé. Un muguet chez l'enfant pourra, dans certains cas, contaminer les seins de la mère, pour provoquer une mycose des mamelons et/ou des canaux lactifères.

Une étude récente portant sur 623 femmes enceintes espagnoles a constaté une forte corrélation entre l'existence d'un *Streptocoque B* au niveau vaginal et la candidose. Le

Candida albicans était retrouvé chez 10% des femmes enceintes en bonne santé, et le *Streptocoque B* chez 7% des femmes. 55% des femmes qui portaient du *C. albicans* portaient aussi du *Streptocoque B*. L'antibiothérapie prophylactique prescrite aux femmes porteuses de *Streptocoque B* pourra favoriser chez ces femmes la survenue d'une candidose vaginale et/ou d'une candidose des mamelons, si cette femme porte aussi le *C. albicans*.

L'existence des candidoses mammaires est connue depuis les années 1940. Elles ont été essentiellement étudiées chez les espèces utilisées par l'élevage laitier. Cependant, très peu d'études ont été effectuées sur cette pathologie chez la femme, et elle reste donc trop souvent méconnue. A noter : il n'est pas nécessaire de traiter la mère si elle ne présente aucune manifestation douloureuse ; de très nombreuses mères dont le bébé souffre de muguet n'auront jamais de candidose mammaire.

Symptômes

- Douleur intense des mamelons, apparaissant rapidement, généralement après une période de plusieurs semaines ou plusieurs mois sans problème ; on peut cependant voir survenir une mycose dès les premiers jours post-partum.
- La douleur est continue pendant toute la tétée, même lorsque l'enfant est parfaitement mis au sein et que sa succion est correcte ; elle est même souvent plus intense à la fin de la tétée ; elle persiste entre les tétées, et peut rendre insupportable jusqu'au simple contact des vêtements.
- Elle est le plus souvent à type de brûlure, localisée à la peau (sensation d'acide qui brûle le mamelon) ; mais la mère peut aussi décrire une sensation d'éclancements rayonnants, de « feu liquide » ou de « verre pilé » à l'intérieur du sein ; la douleur peut irradier vers le dos et les épaules.
- Les mamelons peuvent être irrités, rose vif (ou d'une couleur plus foncée chez les femmes noires) ; ils peuvent peler, être crevassés, avoir un aspect croûteux, ou lisse et luisant, démanger ; mais ils peuvent aussi avoir un aspect tout à fait normal ; un seul sein peut être le siège de manifestations douloureuses.

- Le bébé peut avoir un muguet ou un érythème fessier (dans de rares cas, le muguet est important chez le bébé, et ce dernier peut avoir la bouche douloureuse) ; cependant, **on peut ne retrouver aucun symptôme autre que la douleur caractéristique décrite par la mère.**

On recherchera l'existence de facteurs favorisants :

Les facteurs augmentant le risque de survenue d'une candidose peuvent être classés en 4 catégories :

- Le statut physiologique de la mère : maladies infectieuses, existence d'un autre site de candidose (vaginale...), âge, anémie, diabète, obésité, fatigue, tout problème abaissant le niveau immunitaire ;
- Les facteurs diététiques : excès ou carences nutritionnelles (vitamines, minéraux...), qui altèrent la flore digestive normale ou affectent le statut immunitaire ;
- Les facteurs mécaniques : lésions cutanées ou muqueuses, macération, compression par les vêtements, hygiène défectueuse, ou au contraire « agressive » ;
- Les facteurs iatrogènes sont tous les traitements qui favorisent la sortie du Candida de sa niche écologique : traitement antibiotique (y compris l'antibiothérapie donnée après une césarienne ou pour le traitement d'une infection puerpérale), contraceptifs oraux, traitement par un stéroïde, antidépresseurs, immunosuppresseurs...

A noter : le risque de candidose est nettement plus élevé en cas de diabète ou de déficit immunitaire sérieux ; la survenue, chez une mère, de candidoses récidivantes doit faire rechercher une telle pathologie. Il semble aussi exister une relation fréquente entre la candidose mammaire, l'hyperlactation, et les problèmes de canaux lactifères bouchés ; une étude a constaté que respectivement 49% et 54% des femmes qui souffraient d'une candidose présentaient aussi une hyperlactation ou un problème de canaux lactifères bouchés.

Dans la plupart des cas, le diagnostic de candidose est fait devant un ensemble de signes cliniques, et la résolution de ces signes après traitement est considérée comme apportant la confirmation du diagnostic. Cette approche n'a pas permis d'acquérir une bonne connaissance de l'épidémiologie de la candidose mammaire, et bon nombre de femmes ont été soignées de façon inappropriée. Mais poser un diagnostic bactériologique est difficile en cas de candidose mammaire. Si la présence de Candida dans le sang ou les urines est toujours anormale, sa présence sur la peau en faible quantité est normale. La recherche du Candida dans le lait est particulièrement aléatoire, dans la mesure où certains composants du lait humain inhibent le Candida. Pratiquer un prélèvement pour recherche du Candida sur la peau ou dans le lait est donc inutile : ni sa présence ni son absence sur les cultures ne prouvent quoi que ce soit.

D'autres problèmes peuvent avoir pour conséquence des mamelons douloureux. Il faudra donc interroger soigneusement la mère, examiner les seins et assister à une tétée dans toute la mesure du possible, pour apprécier la mise au sein et la succion de l'enfant. **Les caractéristiques de la douleur sont le critère diagnostique le plus fiable.** La douleur

éprouvée lors d'une mise au sein incorrecte est maximale en début de tétée, et diminue ensuite. Celle liée à un réflexe d'éjection diminue aussi pendant la tétée. Un vasospasme peut induire une douleur présentant des caractéristiques similaires, mais il s'accompagne de modifications caractéristiques de la couleur du mamelon. Un bébé en âge de percer des dents peut serrer le mamelon entre ses gencives (le mamelon est blanc après la tétée). Un herpès induira des lésions cutanées spécifiques. Les mamelons peuvent être le siège d'un eczéma, d'une allergie de contact ou d'un psoriasis. Le recours à un dermatologue pourra être utile pour faire un diagnostic précis.

Traitement

Le but essentiel du traitement n'est pas de supprimer le Candida (il ne faut pas perdre de vue le fait qu'il est un germe saprophyte), mais de l'amener à reprendre sa place « normale » dans notre flore. Cela peut se faire en utilisant des produits qui limiteront sa prolifération, et en rétablissant des conditions qui restaureront la flore normale et le niveau immunitaire.

La mère et l'enfant (voire le partenaire sexuel de la mère) seront traités simultanément et pendant la même période de temps, **et ce même si l'enfant ne présente aucun symptôme.** Pour limiter le risque de récurrence, ce traitement sera long ; les spécialistes recommandent de le poursuivre jusqu'à 2 semaines après disparition de tous les symptômes ; il sera donc très important d'expliquer à la mère les raisons d'un traitement aussi long. On pourra utiliser des traitements locaux et généraux, seuls ou en conjonction. Les traitements locaux sont habituellement utilisés en première intention. Ils devront être appliqués sur toutes les zones atteintes. La mère peut allaiter en commençant la tétée par le sein le moins douloureux, et en faisant de petites tétées courtes et fréquentes. Si les mises au sein sont trop douloureuses, la mère pourra tirer son lait pour le donner à son bébé pendant quelques jours, en attendant que la situation s'améliore.

Traitements locaux

Antifongiques locaux

Ils seront utilisés en même temps chez la mère et l'enfant : suspensions buvables, crèmes ou gels, à base de kétoconazole (Kétoderm®...), miconazole (Daktarin®...), éconazole (Dermazol®, Pévaryl®...), itraconazole (Sporanox®), nystatine (Mycostatine®)... Les suspensions buvables seront appliquées sur les seins et dans la bouche du bébé à l'aide d'un coton tige ; pour administrer au bébé les crèmes et gels, le plus facile est que la mère en mette sur son doigt et le donne à sucer à son bébé. Le Candida ayant un cycle reproductif d'environ 1 heure à 1 heure 1/2, le traitement sera appliqué après chaque tétée (toutes les 3 heures environ). Une pommade « tous usages » telle que le Mycolog®, appliqué en couche mince après chaque tétée, sera souvent très utile ; sa composition lui permet de traiter tant la candidose que l'inflammation et une éventuelle surinfection bactérienne. Quelques cas de grève de la tétée suite à l'application

de ces produits ont été rapportés par des mères, attribués au goût peu agréable de ces produits.

La mupirocine est un antibactérien local couramment utilisé pour le traitement des surinfections à staphylocoque ou à streptocoque. Des études ont constaté qu'elle était également efficace contre les mycoses. L'application d'une crème à la mupirocine est souvent très efficace pour le traitement des mamelons crevassés surinfectés, et il est utile de savoir que ce produit peut aussi traiter une mycose. Le Dr Jack Newman (pédiatre à Toronto, responsable de consultations de lactation) recommande l'utilisation de la préparation suivante, à faire préparer par le pharmacien :

- mupirocine à 2% : 15 g
- bétaméthasone à 0,1% : 15 g
- poudre de miconazole ou de clotrimazole qsp pour obtenir une concentration finale de 2% de miconazole, soit 0,6 g pour un poids de 30 g de préparation.

Cette pommade sera appliquée en couche mince après chaque tétée (sauf la tétée où la mère utilise le violet de gentiane si elle en utilise). Il ne faut pas essuyer la pommade avant de mettre l'enfant au sein. Elle peut être utilisée jusqu'à disparition totale de la douleur ; ensuite, on réduira progressivement la fréquence d'utilisation sur une à deux semaines avant arrêt complet.

Le violet de gentiane

Il peut être utilisé parallèlement aux antifongiques locaux. Il reste un très bon traitement pour les candidoses, y compris chez des femmes pour qui les autres traitements antifongiques ont échoué, même si des résistances apparaissent depuis quelques années. Il est normalement facile de se le procurer, il agit spécifiquement sur la candidose (s'il n'est pas efficace, il faudra suspecter une autre cause au problème), il est efficace rapidement et il est peu coûteux. Son seul défaut est d'être très salissant. On utilisera une solution aqueuse à 1% de violet de gentiane, selon des modalités très précises. La poudre étant peu soluble dans l'eau, il est nécessaire de la dissoudre dans quelques gouttes d'alcool, puis rajouter l'eau ; la solution finale ne contiendra pas plus de 5 à 10% d'alcool, ce qui ne risque pas d'irriter les muqueuses. C'est le traitement recommandé en première intention dans la consultation de lactation dirigée par le Dr Jack Newman, selon les modalités décrites ci-dessous.

Bon nombre de mères préféreront l'appliquer juste avant de se coucher, ce qui leur permettra de laisser leurs seins à l'air et évitera de tacher les vêtements (sinon, utiliser un vieux soutien-gorge).

- Dénuder largement l'endroit où le violet de gentiane sera appliqué.
- Tremper un coton-tige dans la solution, et le donner à sucer au bébé pendant quelques secondes ; en général, le violet de gentiane se répandra rapidement dans sa bouche ; si nécessaire, passer le coton tige dans la bouche du bébé pour bien badigeonner l'intérieur des joues et la langue.
- La mère mettra ensuite immédiatement son bébé au sein : les mamelons seront traités par la même occasion.
- Si, après la tétée, les lèvres du bébé et les mamelons de la mère sont violets, il n'y a rien de plus à faire. Si un mamelon n'est pas bien coloré, la mère appliquera du violet de gentiane avec un coton-tige.

- **Ce traitement sera répété une fois par jour pendant 3 à 4 jours.**

- Après les autres tétées, la mère appliquera un autre antifongique local sur ses seins et dans la bouche du bébé.

Souvent, un soulagement survient dès les premières heures qui suivent la première application, la douleur ayant plus ou moins disparu au bout de 3 jours. Le violet de gentiane sera alors arrêté, tandis que l'application de l'autre antifongique local sera diminuée progressivement pour être stoppée au bout d'environ 1 à 2 semaines. Si les symptômes douloureux se sont nettement améliorés mais n'ont pas totalement disparu (ou s'ils ont disparu chez la mère, mais que le bébé présente toujours un muguet), il est possible de continuer le traitement au violet de gentiane pendant 1 à 3 jours, ainsi que l'application de l'autre antifongique local. Dans tous les cas, **le traitement au violet de gentiane ne sera pas poursuivi au-delà d'un total de 7 jours.**

Si aucune amélioration n'est observée, il est possible que le problème ne provienne pas d'une candidose (bien que le Candida commence à devenir résistant au violet de gentiane). Il peut aussi y avoir un autre problème, qui rend les mamelons douloureux même après guérison de la candidose. Quoi qu'il en soit, arrêter le violet de gentiane et réévaluer soigneusement la situation.

Lorsque la solution est trop concentrée, trop alcoolisée, ou utilisée pendant trop longtemps, il peut arriver, exceptionnellement, que le bébé développe des lésions buccales douloureuses qui l'amèneront à refuser le sein. Dans ce cas, ou si le bébé semble avoir mal à la bouche pendant la tétée, il faudra arrêter immédiatement le violet de gentiane, et consulter un professionnel de l'allaitement. Ce problème disparaît dans les 24 heures.

Si la candidose récidive, on peut recommencer le traitement décrit ci-dessus. Mais un 3^{ème} épisode de candidose devra amener à chercher une cause à cette réinfection (mère porteuse chronique du Candida, tétine que l'enfant porte régulièrement à la bouche...). Dans ce cas, un traitement par voie générale allié au traitement local pourra éliminer tout risque de réinfection.

Autres mesures locales

Il sera important de revoir la prise du sein par l'enfant pour la corriger éventuellement : une prise optimale du sein pourra diminuer la douleur induite par la candidose.

On peut utiliser de l'extrait de pépins de pamplemousse sur les mamelons ; mettre 5 à 10 gouttes d'extrait de pamplemousse dans 30 ml d'eau, et appliquer sur les mamelons et les aréoles avec un coton-tige ; laisser sécher, puis appliquer une pommade « tous usages ». Le Candida est sensible aux modifications de pH. La mère pourra aussi, avant application d'un traitement local, rincer les zones atteintes à l'aide de vinaigre blanc dilué (une cuillère à soupe pour une tasse d'eau). On peut également utiliser du bicarbonate de soude (une cuillère à café rase pour une tasse d'eau) ou de l'eau de Vichy. Exposer les zones atteintes au soleil pendant quelques minutes plusieurs fois par jour accélérera la guérison.

Traitement général

En cas d'échec du traitement local, ou d'emblée si la candidose semble sévère, et dans la mesure où on est raisonnablement certain que le problème est bien lié à une candidose, un traitement par voie générale sera nécessaire. Il durera au grand minimum 2 semaines, et il est recommandé de le poursuivre jusqu'à 14 jours après disparition des symptômes. On peut utiliser le miconazole (Daktarin[®], Miconazole[®]), le kétoconazole (Kétoderm[®], Nizoral[®]), à la posologie initiale de 400 mg, suivie de 200 mg 2 fois par jour, ou l'itraconazole (Sporanox[®]) à la même posologie que le fluconazole (voir ci-dessous), bien que le *Candida* soit souvent moins sensible à l'itraconazole qu'au fluconazole. Les candidoses s'avèrent en effet de plus en plus résistantes aux antifongiques plus anciens.

Actuellement, le fluconazole (Triflucan[®]) est de plus en plus souvent utilisé, selon les modalités décrites ci-dessous par le Dr Jack Newman. Il est compatible avec l'allaitement. S'il reste en France crédité d'importants effets secondaires qui le font utiliser en dernier recours, les études cliniques effectuées à son sujet après utilisation à des doses parfois importantes et pendant de longues périodes, y compris chez des nourrissons, voire des prématurés de très petit poids de naissance, ont conclu que le fluconazole était au moins aussi efficace que des antifongiques tels que l'amphotéricine B ou la flucytosine, et qu'il semblait induire nettement moins d'effets secondaires. Ces derniers (en particulier les troubles hépatiques) sont surtout constatés chez des personnes souffrant de pathologies lourdes, et prenant d'autres médicaments. Les effets secondaires les plus courants sont les vomissements, les diarrhées, les douleurs abdominales et les rash cutanés. Ils sont le plus souvent bénins, et n'obligent que rarement à arrêter le traitement. Des réactions allergiques sont possibles, mais rares.

Prescrire le fluconazole (Triflucan[®])

Le fluconazole ne devrait pas être utilisé en première intention ; il ne devrait être prescrit que si le traitement local n'a pas donné de résultats. Il stoppe la multiplication du *Candida albicans*, mais ne le détruit pas. Cela implique que le traitement devra durer un certain temps avant de devenir efficace : il faut habituellement 3 à 4 jours avant qu'il commence à faire effet, et dans certains cas il faudra jusqu'à 10 jours avant de constater une amélioration. Le fluconazole passe dans le lait, ce qui est nécessaire pour qu'il puisse traiter une candidose des canaux lactifères. De ce point de vue, il est préférable au kétoconazole, qui passe peu dans le lait. Le bébé en absorbera donc, et ce médicament n'est habituellement pas utilisé en première intention pour le traitement de candidoses chez les enfants. Cependant, il n'a pas été constaté de problème iatrogène chez les enfants exposés au fluconazole par le biais du lait maternel (y compris chez des prématurés traités au long cours), et la quantité qui passe dans le lait est beaucoup trop faible pour traiter une candidose chez l'enfant. La mère traitée par fluconazole peut donc continuer à allaiter.

Le *Candida albicans* devient actuellement de plus en plus résistant au fluconazole, et les posologies ont augmenté ces dernières années. Il y a seulement quelques années, 100

mg/jour de fluconazole guérissaient 90% des femmes ; ce n'est plus le cas maintenant. Les spécialistes recommandent habituellement une première prise de 400 mg, puis une posologie de 100 mg 2 fois/jour pendant au moins 2 semaines, avec poursuite du traitement pendant encore au moins 1 semaine après la disparition des symptômes ; notre expérience démontre que ce délai permet d'espérer qu'il n'y aura pas de rechute ; elle démontre aussi que la plupart des mères auront besoin de prendre du fluconazole pendant plus de 2 semaines. Dans certains cas, il faudra jusqu'à une semaine avant que la douleur commence à diminuer. Il peut être nécessaire de traiter aussi le bébé. Les spécialistes préconisent dans ce cas une première prise de 6 mg/kg, puis une posologie de 3 mg/kg/jour en une seule prise pendant la même durée que la mère.

Le fluconazole est bien absorbé par voie orale, et il se retrouve dans la peau à un taux très important : 40 fois plus élevé que le taux sanguin. Son élimination de la peau est 2 à 3 fois plus lente qu'au niveau du sang. Une étude a constaté qu'on pouvait retrouver du fluconazole dans les cheveux et les ongles 4 à 5 mois après un traitement de 5 jours avec des doses quotidiennes de 200 mg de fluconazole. Il sera donc nécessaire de revoir le diagnostic et le traitement si aucune amélioration n'est constatée au bout de 10 à 14 jours de traitement par fluconazole (traitement antibiotique, utilisation d'un autre antifongique, recherche d'une dermatite ou d'un vasospasme...).

En particulier, il existe de plus en plus de rapports sur des femmes qui, suite à une candidose des mamelons, présentent un vasospasme. Il semble que la circulation sanguine au niveau du mamelon se coupe en réponse à la douleur. Il est donc utile d'interroger la mère sur l'existence éventuelle des modifications de couleurs typiques du vasospasme. Si ces modifications existent, on pourra recommander à la mère de tenir ses mamelons au chaud, de les couvrir dès que l'enfant lâche le sein. Dans certains cas, une cure de magnésium et de calcium a aidé la mère. Si la douleur ne cède pas à des mesures simples, on pourra envisager de prescrire à la mère de la nifédipine, afin de rompre le cercle vicieux (30 mg/jour, puis diminuer lentement la dose).

Mesures d'hygiène

Pour éviter tout risque de recontamination, la mère devra impérativement appliquer rigoureusement un certain nombre de mesures d'hygiène :

- se laver soigneusement les mains après avoir touché une zone atteinte par la candidose ; laver régulièrement les mains du bébé s'il a l'habitude de se sucer les doigts ;
- jeter après chaque tétée les coussinets d'allaitement jetables ; changer à chaque tétée les coussinets lavables, et les laver à l'eau savonneuse très chaude ;
- tout matériel qui vient en contact avec le sein (tire-lait) ou avec la bouche du bébé (en cas de muguet – jouets, sucettes...) devra être stérilisé quotidiennement, soit par ébullition, soit par désinfection à l'eau de Javel ; nettoyer à l'eau javellisée la baignoire du bébé, le matelas à langer... ; à noter que les sucettes favorisent les infections à *Candida* chez les bébés ;

- en milieu et en fin de traitement, jeter les tétines et sucettes, et en acheter de nouvelles (NB ; les sucettes favorisent l'apparition d'un muguet) ;
- pendant la durée du traitement, porter sur la peau des vêtements qui peuvent être lavés à l'eau très chaude, et rincés à l'eau de Javel ; laisser sécher le linge au soleil si possible ; changer quotidiennement de soutien-gorge ;
- la congélation ne tue pas le Candida ; si la mère tire son lait pendant un épisode de candidose, elle peut le donner à son bébé dans les jours suivants ; certains auteurs pensent que ce lait ne devrait pas être donné au bébé lorsque la candidose sera guérie, sous peine de récurrence ; toutefois, rien n'a jamais démontré que le lait humain puisse transmettre une candidose (d'autant qu'il contient des facteurs inhibant le Candida).

Eviter les récurrences

Pour éviter une réinfection, le traitement devra être poursuivi suffisamment longtemps avec persévérance. Chez certaines mères, des mois de traitement variés ne viendront pas à bout du problème, ou la candidose récidivera dès arrêt du traitement. Aider la mère nécessitera alors une investigation poussée et la mise en œuvre de mesures moins classiques (voir ci-dessous).

En cas de réinfection chronique, il faudra enquêter très soigneusement sur toute la famille et l'environnement ; le Candida peut se dissimuler dans des lieux totalement inattendus ; changer les brosses à dents de toute la famille, vérifier les dentiers, passer minutieusement en revue tous les membres de la famille sans oublier les animaux familiers, et ce même s'ils ne présentent aucun symptôme de candidose (ils peuvent être porteurs sains) ...

Il faut garder à l'esprit que le Candida est un germe saprophyte, et qu'il ne devient pathogène qu'en cas de déséquilibre. Si une mère présente des candidoses mammaires à répétition, il sera bon de s'assurer que la mère ne souffre pas d'un problème tel que carence, diabète, ou autre problème connu pour abaisser le niveau immunitaire de la personne atteinte.

La prévention des candidoses par le contrôle de l'alimentation a ses adeptes. Il semble qu'une alimentation pauvre en sucres rapides et riche en produits tels que les yaourts diminuerait le risque de candidose ; on peut aussi éliminer les aliments contenant des levures alimentaires (fromage, vin, vinaigre...). De telles mesures, si elles n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique, ne présentent en tout cas aucun inconvénient, et ont aidé certaines mères à venir à bout d'une candidose rebelle à toute autre mesure.

L'extrait de pépins de pamplemousse (250 mg 3 fois par jour) pris per os semble donner de bons résultats chez certaines mères. Il peut être utilisé avant d'avoir recours à un autre traitement général, ou en plus de ce traitement général. Il existe un certain nombre de cas montrant que l'homéopathie, la phytothérapie ou la prise de probiotiques peuvent être utiles, seuls ou en conjonction avec les antifongiques. Des mères ont été très satisfaites de la prise de *Lactobacillus acidophilus* et/ou de *Bifidobacterium bifidum*. D'autres ont

vu leur candidose disparaître à la suite d'un traitement homéopathique (*Monilia Albicans* en dilution élevée). Certaines ont été soignées efficacement par application de teinture de calendula ou d'huile essentielle de mélaleuca (arbre à thé), ou par la prise de gélules d'échinacea. L'ail est un bon stimulant du système immunitaire, utilisé depuis des siècles pour combattre les infections (soit les gousses d'ail, soit des capsules pour les personnes qui n'en aiment pas le goût). La consommation de céréales complètes permet d'avoir une flore intestinale de meilleure qualité que celle observée chez des personnes consommant des céréales raffinées. Un complexe de vitamine B peut aider. Certaines mères se sont trouvées bien de la prise d'oligo-éléments stimulant le système immunitaire (argent colloïdal, complexe cuivre-or-argent), de vitamines, ou de propolis (per os ou en applications locales).

En conclusion

Nos connaissances sur la candidose mammaire restent très fragmentaires. Il n'est donc pas étonnant que beaucoup de professionnels de santé hésitent à traiter de façon agressive une pathologie sur laquelle il existe peu de données objectives. Toutefois, la douleur provoquée par une candidose mammaire est une cause relativement fréquente de sevrage. Lorsqu'une mère se présente avec un tableau clinique évoquant une candidose, toutes les autres causes de douleurs des mamelons doivent aussi être passées en revue, et il sera utile de faire des prélèvements pour étude bactériologique à la recherche d'une surinfection microbienne, en cas de lésions visibles sur les mamelons.

Le traitement de première intention sera local chez la mère et l'enfant, et assorti de mesures d'hygiène rigoureuses ; un tel traitement est peu coûteux, pratiquement dépourvu d'effets secondaires, et peut être complété par un traitement antalgique. La nystatine et les dérivés azolés sont les plus fréquemment utilisés. Le violet de gentiane peut aussi être utilisé, en solution aqueuse à 1%, une fois par jour et pendant seulement 3 à 7 jours. En l'absence d'une nette amélioration au bout de 7 à 10 jours, un traitement général sera envisagé. Le fluconazole représente actuellement le meilleur choix chez la mère allaitante en raison de son faible passage lacté et de sa faible toxicité ; ses principaux inconvénients sont le coût élevé du traitement, et le fait qu'actuellement en France le fluconazole est prescrit hors AMM chez une femme allaitante, ce qui est à l'origine de problèmes pour les prescripteurs et pour les mères.

Références – Bibliographie :

- *Using gentian violet*. J Newman, n°6, January 2003.
 - *Fluconazole*. J Newman, n°20, January 2003.
 - *Protocol for the treatment of Candida*. J Newman, 2003.
- La traduction française des feuillets du Dr J Newman est disponible sur le site de LLL France : www.lllfrance.org**
- *Painful nipples – Is it yeast ?* V Nichols-Johnson. *ABM News and Views* 1995 ; 1(2), 5-6.
 - *Therapy for thrush*. P Gima. *Lactnet*, 13/05/1998.
 - *Candidiasis and breastfeeding*. L Amir, K Hoover and C Mulford. *Lactation Consultant Series* 18, LLLI, 1995.

- *Mammary candidosis in lactating women.* MJ Heinig, J Francis, D Pappagianis. *J Hum Lact* 1999 ; 15 : 281-88.
- *Nipple candidiasis : a survey of diagnosis & treatment by medical experts in lactation.* NB Brent. *ABM News and Views* 2001 ; 7(3) : 23.
- *Candida : what's new ?* LH Amir. *ABM News and Views* 2002 ; 8(4) : 32.
- *Fluconazole for postpartum candidal mastitis and infant thrush.* EM Chetwyndt et al. *J Hum Lact* 2002 ; 18 : 168-71.
- *Breast pain during lactation that resolved with fluconazole : two cases studies.* K Hoover. *J Hum Lact* 1999 ; 15 : 98-99.
- *Maternal hyperlactation, nipple candidiasis, and blocked lac-*

teal sinuses : description of a symptomatic triad. CM Smillie. *ABM News and Views* 2001 ; 7 : 35.

- *Breastfeeding – A guide for the medical profession.* R Lawrence. Mosby, 1994.
- *Yeast infections during lactation.* MK Smith. *B Abs* 1999 ; 19(1) : 3-4.
- *Le Traité de l'Allaitement Maternel.* N Mohrbacher, J Stock. LLL, 1999.
- *Breastfeeding and human lactation.* J Riordan and K Auerbach. Jones and Bartlett, 1998.
- *Bestfeeding : getting breastfeeding right for you.* M Renfrew, C Fisher and S Arms. Celestial Arts, 1990.



LA TRIBUNE DES LECTEURS



Billet d'humeur

Le nombre des consultant(e)s en lactation diplômé(e)s IBCLC augmente rapidement en France depuis quelques années. Certaines questions se posent. Historiquement, dans le monde comme en France, ce sont des bénévoles travaillant au sein d'associations (comme LLL) qui se sont lancés dans l'aventure. A l'époque, aucune formation en français n'était accessible. Les pionnières ont dû étudier seules à partir de publications, la plupart du temps en anglais, et ont courageusement passé l'examen. C'est grâce à elles, en Suisse comme en France, que la profession a commencé à trouver un écho dans le public médical et paramédical francophone.

La mise en route d'une formation en français en Suisse par Verena Marchand (VELB) a modifié la donne : le nombre des candidats professionnels de la petite enfance a très rapidement dépassé celui des pionnières helvétiques. Le même phénomène se produit maintenant et logiquement en France. En effet, sont actuellement en formation en France des auxiliaires de puériculture, des infirmières, des puéricultrices, des sages-femmes, des médecins..., personnes pour qui il s'agit d'ajouter une compétence dans l'exercice de leur profession.

Nous avons maintenant la chance de pouvoir passer par une formation qui permet de recevoir un enseignement par des consultant(e)s plus anciennes, de confronter les pratiques, de prendre du recul, etc. Tout ceci permet aux nouvelles venues d'avancer plus vite et plus efficacement que les anciennes qui ont dû apprendre « sur le tas ». C'est un constat que tout le monde peut faire.

A titre personnel, maintenant, je me pose les questions suivantes :

- *Le militantisme qui, historiquement, faisait partie de la profession de consultante en lactation, est-il toujours de mise ?*
- *Peut-on être une bonne consultante en lactation sans être militante ?*
- *Poussons le bouchon encore un peu plus loin : éthiquement, est-il supportable qu'une consultante employée dans une institution mette du militantisme dans son activité professionnelle de consultante ?*

Je suis sûre, en posant ces questions, de provoquer quelques remous, mais je voudrais ici, à titre personnel, exposer mes arguments et, je l'espère, aboutir à une discussion qui me semble urgente. Dans un avenir plus ou moins proche, nous irons, du moins je l'espère, vers une reconnaissance officielle de cette profession. Elle est déjà effective localement (reconnaissance d'une consultation spécifique, par exemple), et le sera peut-être au plan national. Pour être crédibles, mais surtout pour être efficaces, nous nous devons d'avoir une attitude professionnelle.

Les données changent. Progressivement, les consultant(e)s n'ont plus affaire uniquement à des femmes motivées, capables de soulever des montagnes pour trouver le bon interlocuteur, mais doivent être à la disposition (dans des institutions publiques par exemple) de TOUTES les femmes qui souhaitent allaiter, quelle que soit la force de leur désir, comme de tous les professionnels qui ont besoin d'un avis spécialisé (sans qu'ils aient l'impression d'envoyer leurs patientes chez un « ayatollah » comme je l'ai entendu dire !).

Pour illustrer mon propos, je prendrai l'exemple, moi qui suis sage-femme, de ce que je pense être une attitude non militante. Je ne suis pas une partisane de la péridurale systématique, et pourtant la majorité des patientes que je suis pendant leur grossesse choisissent cette option. Autant je peux militer au sein d'associations professionnelles pour le respect du corps des

femmes et pour la possibilité d'accès à d'autres accompagnements de la douleur, autant je respecte le choix des femmes dont je m'occupe, et je n'argumente, avec beaucoup de prudence, que si elles me demandent explicitement mon avis personnel. Je sais que je ne suis alors qu'un des éléments de leur choix, et que je me dois de prendre en considération les conditions actuelles d'accouchement dans les maternités de la région parisienne. Il ne s'agit pas d'encourager les femmes à refuser la péridurale si je sais pertinemment que l'environnement de la naissance ne pourra pas suivre.

Il faut, à mon avis, nous poser comme professionnels de santé, et donc avoir en tête que l'objectif est un objectif de santé publique, et non un challenge avec cette femme-là à ce moment là. Il faut arrêter de nous mettre dans une attitude de défense vis-à-vis des autres professionnels, même s'il est vrai que nous sommes encore très souvent agressés. Cette réflexion m'est venue dès ma formation en Suisse, où les conditions sont beaucoup plus favorables : la reconnaissance des pouvoirs publics est là, et le taux d'allaitement (environ 92%) permet d'avoir moins à « batailler ». Le discours militant est beaucoup moins présent qu'en France, ce qui permet de prendre un recul que nous n'avons pas encore.

Autant je suis intimement convaincue que c'est grâce aux associations de soutien, de promotion et de défense de l'allaitement que nous avons pu avancer, autant je pense que notre rôle à nous, consultant(e)s en lactation, est différent. Nous devons collaborer, avancer à côté, mais nous n'avons pas à faire le même travail. Bien sûr, certains d'entre nous ont aussi une action militante, et il est souhaitable que ceux et celles qui le souhaitent puissent s'engager, mais à nous de faire la part des choses entre les activités professionnelles et militantes.

Oui, je pense que le militantisme doit sortir de la profession de consultante en lactation. Oui, je pense que l'on peut être une bonne consultante en lactation sans être militante. Oui, je pense qu'il n'est pas supportable éthiquement de tout mélanger.

Cette profession n'est pas un sacerdoce ni un engagement signé à vie. C'est peut-être pour certains une vocation. Ce doit être en tout cas, pour toutes et tous, une profession comme une autre, que l'on doit faire avec conscience, en respectant les femmes et les enfants, et en essayant de les accompagner jusqu'où ils peuvent et veulent aller. L'allaitement, ce n'est pas toujours le bonheur, et nous sommes bien placés pour le savoir.

*Nadia FARADJI – Sage-Femme
Consultante en lactation IBCLC,
Gagny, 93*

L'allaitement au Gabon

Notre travail pour augmenter le taux d'allaitement exclusif commence à porter ses fruits. L'Association Gabonaise pour l'Alimentation Infantile (AGPAI) a formé en alimentation infantile, et plus particulièrement en gestion de la lactation, des agents communautaires, c'est-à-dire des personnes (hommes ou femmes) habitant dans les différents quartiers de Libreville, et provenant de tous les milieux socio-économiques. Ces personnes font un travail remarquable dans leurs quartiers, auprès des mères. Même dans nos structures sanitaires, deux de nos agents ont sauvé des mères qui faisaient une hémorragie de la délivrance, grâce à la mise au sein dans l'heure qui suit la naissance.

Nous organisons beaucoup de causeries dans les quartiers, dans les associations religieuses ou autres. Je puis vous assurer que cela est captivant, et que la plupart du temps nous sommes obligés de clôturer les réunions de façon arbitraire, tellement les questions sont nombreuses. Les mamans (et les papas !) sont émerveillés d'apprendre tout ce que l'allaitement apporte de bénéfices pour l'enfant, la mère, la société et l'environnement, et de voir toutes les réponses apportées au sujet des problèmes rencontrés (crevasses, syndrome de « pas assez de lait », etc).

*Martine THIANE
Libreville, Gabon*

LA LECHE LEAGUE FRANCE FORMATION

Des professionnels de l'allaitement au service des professionnels de santé

UNE EQUIPE EXPERIMENTEE

Une expérience de terrain

Toutes nos formatrices sont consultantes en lactation et/ou professionnelles de santé
Toutes ont acquis une expérience du terrain en travaillant :

- auprès des mères dans des groupes de soutien à l'allaitement
- ou dans des structures hospitalières
- ou dans des PMI

Une équipe renommée

LLL France a formé la maternité de Lons le Saunier qui a été la première en France à obtenir le label Hôpital Ami des Bébés. Les formatrices rencontrent des équipes très variées et sont à l'écoute de multiples projets : au cours de ces deux dernières années, plus de 1000 stagiaires ont fait appel à nos services.

Une formation continue

Les formatrices de LLL France se forment en permanence par le biais de publications, de congrès nationaux et internationaux.

DES PROGRAMMES ADAPTES

Une formation personnalisée

Chaque formation est unique et associe savoir, savoir-faire et savoir-être. Les programmes sont construits en fonction des besoins de chaque groupe ; ils s'adaptent à tous les niveaux de stagiaires, et se déroulent selon 3 axes :

- effectuer le point sur les acquis des participants
- préciser et approfondir leurs connaissances
- présenter les données récentes de la recherche internationale



Un suivi de qualité

- à définir en fonction des besoins du service (formations complémentaires, coaching...)
- des congrès (les Journées Internationales de l'Allaitement)
- une information continue sous forme de livres et de revues
- la possibilité d'un lien avec l'animatrice locale et le groupe de soutien aux mères

UN DEPARTEMENT A VOTRE SERVICE

Vous souhaitez faire un bilan, élaborer un projet de service, vous souhaitez davantage d'informations ?

Merci d'adresser vos demandes à :

LLL France Formation – Mme Laure Labessan – 6 avenue Franklin Roosevelt – 94300 VINCENNES
Tél & Fax : 01 43 74 12 62 – E-mail : secretariat-formation@lllfrance.org