

Surproduction de lait

Situation :

Il y a quatre semaines, Rachel a donné naissance, à terme, à un garçon en bonne santé, pesant 3600 g. Elle a allaité son fils exclusivement et à la demande. Il a pris du poids très rapidement et pesait 5050 g, hier à la visite du premier mois. Durant, la semaine écoulée, elle a remarqué qu'il quittait le sein rapidement et qu'il semblait avaler le lait à grandes goulées, particulièrement au début de la tétée. En plus, depuis peu, il a commencé à ne rester au sein que 5 minutes et il semble avoir plus de «gaz» que d'habitude. Rachel trouve que l'allaitement est plus difficile qu'elle ne s'y attendait. Elle recommence à avoir des pertes de lait, a les seins très pleins et les mamelons douloureux et, il y a 4 jours on lui a diagnostiqué une mastite. Elle a contacté Kathy sa consultante en lactation pour voir ce qui pouvait être fait pour rendre l'allaitement plus confortable pour son fils et elle.

Réponse de l'invité par Barbara Wilson-Clay, BS, IBCLC :

L'expérience d'une surproduction de lait peut être très perturbante et la mère qui n'a jamais entendu parler d'un tel problème peut se sentir très seule. Les aides bien-intentionnées peuvent lui dire qu'elle a de la chance d'avoir une production de lait abondante et peuvent ne pas arriver à repérer des symptômes suffisamment angoissants pour conduire à un sevrage précoce. Les livres d'allaitement grand public peuvent ne pas fournir de références indexées sur la surproduction.¹⁻³ Certains livres mentionnent brièvement le problème, attirant l'attention sur les positions d'allaitement différentes et donnant le conseil de laisser le bébé se retirer du sein lorsque le réflexion d'éjection survient.²⁻⁴ Si ces suggestions peuvent aider à ne pas stresser le bébé, une mère ne trouvera que peu de solutions concrètes pour réduire son niveau de production de lait ou sur la façon de gérer les problèmes de seins douloureux associés avec une extrême surproduction. Seule Minchin présente une description complète des souffrances qu'une surproduction peut causer ; cependant, elle propose peu de solutions spécifiques en dehors d'un appel à recherches dans ce domaine négligé de la lactation.⁵

Que savons-nous sur la surproduction de lait ? Malheureusement, pas grand chose. Certains spécialistes de la lactation pensent que, comme dans l'engorgement, la surproduction est iatrogène, causée par une stimulation excessive et précoce des seins (en particulier du fait d'un tirage trop abondant).

Pourtant de nombreuses mères vivent une telle stimulation et ne développent pas une surproduction. Le fait est qu'il n'existe pas de données normatives pour dire à quelle fréquence la surproduction de lait survient.

En outre, il n'y a pas de terminologie cohérente décrivant cet état. Cela rend difficile la référence dans les textes sur la gestion de l'allaitement. Livingstone parle d'«hyperlactation» comme d'un problème double, la mère étant à risque de problèmes de seins liés à la stase lactée et le bébé à risque de refus du sein et de coliques.⁶ Lawrence décrit l'«hypergalactie» comme une production excessive de lait «caractérisée par des pertes persistantes de lait qui trempent les vêtements et sont indépendantes de la stimulation des seins... [et] qui persistent au-delà d'une à deux semaines.»^{7(p 575)} Une fois que l'emploi excessif de galactagogues a été éliminé, Lawrence suggère de rechercher un prolactinome, un adénome pituitaire, une hyperthyroïdie, et une thyroïdite du post-partum. Cependant Lawrence note qu'une production excessive de lait peut être idiopathique, n'ayant aucune cause organique, qu'elle diminue, si on ne la traite pas, mais seulement après des mois de lactation.

Tandis que Lawrence note que le problème de surproduction de lait est plus fréquent chez les primipares, les consultantes en lactation, sur le terrain, qui peuvent travailler avec la même mère lors de plusieurs lactations ont observé que la surproduction de lait s'aggravait avec chaque lactation.⁸ Des récits historiques de nourrices capable de nourrir simultanément 4 ou 5 enfants témoignent d'une exceptionnelle capacité de production de lait. Toutefois, un engorgement prolongé des seins durant au moins 2 semaines signale des problèmes de lactation et l'augmentation du risque de sevrage précoce.⁹

Les femmes affectées par ce problème peuvent allaiter leurs enfants à satiété et avoir les seins qui restent durs et pleins. Le tirage après tétée peut produire des quantités de lait résiduel allant de 170 à 226 g de lait. La vie sociale est perturbée par des seins qui fuient abondamment. Les coussinets d'allaitement ne servent à rien ; ces mères racontent qu'elles trempent continuellement leurs chemises, serviettes et literie. Des distensions douloureuses des seins et des canaux bouchés surviennent quotidiennement. Des épisodes récurrents de mastite interrompent la vie quotidienne et interfèrent avec les activités habituelles d'une femme.

Certaines de ces femmes vivent des épisodes de mastite nécessitant des traitements aux urgences qui effraient leur famille ainsi que les professionnels de santé du fait de la sévérité des symptômes. On leur dit souvent après de tels épisodes qu'il serait mieux de sevrer. Dans les cas les plus extrêmes, des abcès du sein compliquent le tableau clinique, créant des urgences chirurgicales.

J Hum Lact 22(2), 2006 Rubrique Le coin des consultants

Comment le consultant en lactation peut-il aider une femme dans une telle épreuve ? Il n'y pas de preuves, s'appuyant sur la recherche, qui indiquent que l'utilisation de tisane de sauge ou l'application de feuilles de chou peut efficacement aider les mères ayant une extrême surproduction. Trop s'appuyer sur de telles stratégies conduit souvent à retarder un traitement sérieux.

Le conseil classique (Voir la note de la) (utiliser un sein pendant une période donnée) échoue souvent à aider les mères qui ont une surproduction extrême du fait de leur vulnérabilité aux mastites. On doit veiller à conseiller aux femmes de soigneusement surveiller l'état du sein inutilisé. Elle doit soulager la pression du lait lorsque celle-ci devient excessive afin d'empêcher la progression vers une mastite inflammatoire.

Du fait de la rareté des recherches publiées s'intéressant à la surproduction de lait, les professionnels de santé font face à des défis particuliers dans la gestion clinique de telles situations. Il existe cependant des récits dans la littérature qui décrivent l'efficacité de l'utilisation d'anti-inflammatoires pour gérer l'inconfort et l'inflammation liés à l'engorgement¹⁰ des seins et des raisons d'utiliser des méthodes pharmacologiques pour réduire la production de lait.

Alijazaf et al. décrit l'effet suppressif de la pseudoephedrine sur la lactation¹⁰. La pseudoephedrine est un anti-histaminique en vente libre décrit par l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) comme «habituellement compatible avec l'allaitement.»^{12(pp 694-695)} Hale note que, comme le médicament est sécrété dans le lait à de faibles niveaux (cela le rend sûr pour le bébé), une simple dose de 60 mg de pseudoephedrine (un quart de la dose quotidienne recommandée par le fabricant) diminue la sécrétion de lait d'environ 24 %. Hale déconseille l'utilisation de pseudoephedrine chez les mères ayant une production de lait limitée. La relative sécurité de ce médicament et son effet suppressif sur la production de lait peuvent en faire un outil dans les situations où il est nécessaire de réduire délibérément la production de lait. Certaines femmes choisissant de prendre ce médicament voient un soulagement immédiat de leurs symptômes. D'autres ont besoin de prendre ce médicament pendant une semaine à un mois avant qu'une diminution permanente ne soit obtenue. Les femmes peuvent choisir de tester le dosage et la durée de la prise du médicament (tout en restant dans les doses journalières recommandées). Certaines le prennent juste avant d'aller au lit pour prévenir l'engorgement nocturne et la formation de canaux bouchés. Parfois, certaines femmes rapportent des effets secondaires négatifs suite à la prise de pseudoephedrine. Ces symptômes peuvent inclure l'agitation et l'insomnie mais cela cède dès que le médicament est arrêté.

Lawrence décrit l'utilisation de pilule contraceptive contenant des oestrogènes comme moyen de réguler à la baisse la production de lait.⁷ Ce traitement utilise le fait que «l'utilisation en post-partum précoce d'oestrogènes peut réduire le volume de lait produit»^{12(pp 296-297)} Les risques et avantages de tout médicament doivent toujours être soigneusement évalués, cependant les effets des oestrogènes sur l'enfant (particulièrement avec une exposition brève) semblent minimes. Hale rapporte que l'AAP considère l'utilisation d'oestrogènes comme généralement compatible avec l'allaitement.

La mère à qui on prescrit l'utilisation, pendant une courte période, de pilule contraceptive contenant des oestrogènes devrait consulter son médecin pour des informations sur la façon d'éviter une grossesse lorsqu'elle arrêtera le médicament. Ceci, du fait d'un risque théorique lié au fait qu'un arrêt brusque d'oestrogènes et à l'élévation de progestérone qui suit, peut déclencher une ovulation et diminuer la fiabilité de la méthode de contraception reposant sur l'aménorrhée lactationnelle.¹³

Ironiquement, quand la régulation à la baisse de la production de lait survient, la mère peut avoir besoin d'aide et de conseils pour qu'elle ait confiance en sa production de lait qui, bien que diminuée, est suffisante pour son enfant. Le consultant en lactation devrait anticiper ce besoin de soutien et fournir une information correcte sur les volumes de lait normaux et la croissance habituelle des enfants.

A ce point, une importante mise en garde doit être insérée dans la discussion sur la surproduction de lait. Il est toujours important de se rappeler que l'allaitement est une expérience à deux. On ne peut pas évaluer la mère sans aussi évaluer le bébé. Dans certains cas, ce qui peut au début apparaître comme une surproduction maternelle de lait est vraiment un engorgement résultant d'un bébé qui ne prélève pas le lait de façon efficace. La surveillance du poids et de la croissance peuvent éliminer cette possibilité. Généralement, dans les cas de surproduction, l'enfant prend du poids rapidement. Un engorgement prolongé secondaire à un prélèvement de lait inefficace par l'enfant constitue un problème clinique qui serait géré de façon vraiment différente.

Il faudrait envisager une autre approche à la gestion d'une surproduction de lait chez les femmes qui envisagent de reprendre un travail à l'extérieur dans les 6 semaines à 2 mois qui suivent l'accouchement. Ces femmes peuvent souhaiter tirer le lait résiduel pour le confort des seins et stocker le lait en trop pour un usage ultérieur. La surproduction de lait peut servir de couverture contre un problème de production ultérieur. Ce problème survient du fait de l'augmentation de fatigue, de la stimulation réduite des seins qu'expérimentent les mères qui retournent travailler après de courts congés maternité. Une autre possibilité pour certaines femmes ayant une surproduction de lait peut être de trouver un lactarium et de donner le lait en trop. Ces solutions ne sont évidemment raisonnables que si la mère ne souffre

pas des plus extrêmes conséquences de la surproduction telles que des mastites récurrentes et a le temps et la volonté de tirer jusqu'à ce que la production de lait finalement se régule, comme le suggère Lawrence.

Des récits de cas semblent soutenir l'observation de Lawrence sur le fait que la surproduction de lait va finalement cesser.⁷ Woolridges observe, «la surproduction de lait et la sous-production sont des problèmes jumeaux situés aux extrémités de l'échelle de production de lait».¹⁴ Du fait de l'impact plus important de la sous-production de lait sur le statut nutritionnel de l'enfant, la recherche s'est plutôt orientée dans cette direction et n'a pas encore exploré correctement le problème de la surproduction. Les professionnels de santé doivent reconnaître la surproduction de lait comme un sérieux problème pour le couple mère-enfant qui le rencontre. Les mères méritent de savoir que ce qu'elles vivent est anormal. Elles devraient recevoir des soins fondés sur la recherche pour les aider à vivre une lactation plus satisfaisante qui leur évite maladie et sevrage précoce. Il est important de déterminer la fréquence avec laquelle la surproduction de lait survient et la terminologie devrait être standardisée pour faciliter la discussion. Les livres d'allaitement écrits pour les mères devraient mentionner le large éventail de production de lait et l'effet sur la mère aussi bien que sur le bébé et ne pas attendre pour conseiller aux mères de chercher une aide supplémentaire pour trouver une solution à des problèmes aussi sérieux. Les consultants en lactation devraient connaître les solutions pharmacologiques efficaces, basées sur la recherche, pour la surproduction de lait. Le dialogue avec le médecin de la mère permet de partager cette information et de s'assurer que la mère et le bébé sont bien pris en charge.

Références

1. Royal College of Midwives. *Successful Breastfeeding*. 3rd ed. London, UK:Churchill Livingstone;2002
2. Mohrbacher N, Kendall-Tackett K. *Breastfeeding Made Simple*. Oakland, Calif: New Harbinger;2005
3. Behrmann B. *The Breastfeeding Café*. Ann Arbor:University of Michigan Press;2005
4. La Leche League International. *The Womanly Art of Breastfeeding*. 7th ed. Schaumburg, Ill:La Leche League International;2004
5. Minchin M. *Breastfeeding Matters*. 4th ed. St. Kilda, Victoria, Australia: Alma publications;1998.
6. Livingstone V. Too much of a good thing: maternal and infant hyperlactation syndromes. *Can Fam Physician*. 1996;42:89-99
7. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Mosby; 2005
8. Wilson-Clay B, Hoover K. *The Breastfeeding Atlas*. 3rd ed. Manchaca, Tex: Lactnews Press; 2005.
9. Humenick S, Hill P. Breast engorgement: patterns and selected outcomes. *J Hum Lact*. 1994:87-93
10. Snowden H, Renfrew M., Woolridge M. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD00046
11. Aljazaf K, Hale T, Illett K. et al. Pseudoephedrine : effect on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk. *Brit J Clin Pharmacol*.2003;56:8-24
12. Hale T. *Medications and Mothers Milk*. 11th ed. Amarillo , Tex: Pharmasoft; 2004
13. Thapa S, Short R, Potts M. Breastfeeding, birth spacing and their effect on child survival. *Nature*. 1998;335:679-682.
14. Woolrige M. A. Clinical evaluation of over and under supply in breastfeeding. Paper presented at: LLL of Texas Area Conference;July 24-26, 1992; Houston, Tex.

Note 1 de la traductrice :

Dans le **Breastfeeding Answer Book** (LLLI, 2003, 3^{ème} édition), il est indiqué «un bon début est de limiter le bébé à un sein par tétée, en permettant au bébé de téter aussi longtemps qu'il le veut d'un côté et de le mettre à ce sein chaque fois qu'il veut téter à nouveau dans les deux heures qui suivent. Au bout de deux heures, la mère devrait passer à l'autre sein pendant les deux heures suivantes. » « Au bout de quatre à sept jours suivant ce changement, si le bébé a toujours du mal à gérer le flux de lait pendant les tétées et/ou continue à avoir d'autres symptômes, suggérer à la mère de laisser le bébé sur un sein pendant une période plus longue ». L'offre du même sein peut aller jusqu'à 6 heures dans certains cas extrêmes.

Note 2 de la traductrice :

Médicaments et Allaitement (LLL France, 2006) indique que «La pseudoéphédrine est présente dans de nombreuses spécialités, soit seule (Drill Rhinites®, Efryl Rhinite®, Sudafed®), soit en association (Actifed®, Clarinase repetabs®, Doli Rhume®, Nurofen Rhume®...). Une étude a retrouvé des taux lactés 2 à 4 fois supérieurs aux taux sériques chez des femmes qui avaient pris une dose unique de 60 mg de pseudoéphédrine ; cette concentration dans le lait est due à un pKa élevé. 0,4 à 0,6% de la dose prise par la mère était excrétée dans le lait en 24 heures. La demi-vie lactée allait de 4,2 à 7 heures. La pseudoéphédrine est considérée comme compatible avec l'allaitement».