

PROTOCOLE DE SOINS INFIRMIERS

ENGORGEMENT PATHOLOGIQUE CHEZ LA FEMME QUI ALLAITE

Émetteur responsable	Équipe DPJe, mission périnatalité et petite enfance et mission hospitalière – Équipe allaitement de la Direction de la santé publique	
Direction	Direction du programme jeunesse	
Destinataires	Toutes personnes du CIUSSS de l'Estrie-CHUS offrant des soins directs aux mères et aux bébés de 0-2 ans dans les secteurs de périnatalité et petite enfance, volet hospitalier, CLSC, GMF, cliniques externes et urgence.	
Entrée en vigueur	2024-01-22	
Adoptée par	Direction des soins infirmiers	Date d'adoption 2023-11-24
Original signé par	Patricia Bourgault, directrice des soins infirmiers	

Table des matières

1. Objet.....	1
2. Mise en contexte	2
3. Intervenants concernés ou non autorisés, clientèles, secteurs, programmes-services visés.....	2
4. Conditions d'application	2
5. Instructions pour la décision ou l'intervention	2
6. Documents complémentaires	4
7. Références.....	4
8. Processus d'élaboration	5
9. Processus d'adoption.....	5
10. Dispositions finales	5
ANNEXE A - HISTORIQUE DES VERSIONS	6
ANNEXE B - AIDE-MÉMOIRE- OBSERVATION DE LA TÉTÉE	7
ANNEXE C - SPECTRE DE LA MASTITE (RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS PROTOCOLE ABM #36, 2022) & DRAINAGE LYMPHATIQUE	8
ANNEXE D - TECHNIQUE DE CONTRE-PRESSION ARÉOLAIRE.....	10

1. Objet

- Évaluation des signes et des symptômes d'un engorgement pathologique chez la femme qui allaite ou non.
- Déterminer le plan de traitement et le suivi.
- Faire l'enseignement en lien avec les interventions.

2. Mise en contexte

Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande de mettre en place des mesures pour protéger, soutenir et encourager l'allaitement maternel. De plus, le CIUSSS de l'Estrie - CHUS adhère au programme « Initiative des amis des bébés » (IAB) et au code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Afin d'offrir à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie, notre établissement s'assure de mettre en place des pratiques favorables à l'initiation et à la poursuite de l'allaitement maternel.

3. Intervenants concernés ou non autorisés, clientèles, secteurs, programmes-services visés

3.1 Intervenants concernés

- Toute personne offrant des soins directs aux mères qui allaitent ou non et aux bébés.

3.2 Clientèles

- Femmes en période postnatale qui allaitent ou non.

3.3 Secteurs, programmes ou services visés

- Direction Programme Jeunesse, secteur de la périnatalité et petite enfance.
- Tout autre programme, secteur ou service qui pourrait être appelé à soutenir cette clientèle ayant des connaissances à jours.

4. Conditions d'application

- Avoir terminé sa formation de base en allaitement maternel. (MSSS, 2021).
- Orientation dans les secteurs de la périnatalité et petite enfance et mission hospitalière.

5. Instructions pour la décision ou l'intervention

5.1 Définition d'un engorgement mammaire

L'engorgement mammaire (plénitude des seins) est commun dans la période du 3^e au 5^e jour post-partum. Il résulte de l'activation et l'augmentation rapide de la production lactée (stade II de la lactogénèse) ou peut survenir lors de l'interruption de l'expression régulière et efficace du lait (sevrage rapide ou si bébé boit moins qu'à l'habitude). C'est un état normal et en utilisant des pratiques favorables, telles que des tétées fréquentes, selon les besoins du bébé, la cohabitation, le contact peau à peau, il est possible de réguler la situation et d'éviter un engorgement pathologique.

L'engorgement mammaire devient pathologique lorsqu'il s'accompagne de fièvre, frisson, de douleur et d'une gêne à l'écoulement du lait provoqué par un œdème interstitiel et d'une augmentation de la quantité de sang dans les capillaires. Il se traduit par des douleurs mammaires, habituellement bilatérales, les seins étant durs, chauds et gonflés, ce qui peut rendre la mise aux seins plus difficile et réduire le transfert du lait.

5.2 Évaluation

- L'infirmière doit évaluer les signes et les symptômes ainsi que l'état général de la femme et s'assurer de :
 - Son bon état général;

→ L'absence de symptôme systémique :

- Température buccale maximale : 38 °C;
 - Pas de courbature.
- L'infirmière doit faire l'inspection et la palpation des seins afin d'évaluer et de décrire les caractéristiques de ceux-ci.

5.2.1 Éléments suggérant un engorgement pathologique

- Seins lourds et très tendus;
- Seins œdématiés;
- Chaleur intense au niveau des seins;
- Douleur intense au niveau des seins;
- Rougeurs diffuses et aspect brillant de la peau des seins;
- Mamelons aplatis;
- Réflexe d'éjection de lait difficile ou absent;
- Lait ne s'écoule pas ou peu.

L'infirmière peut se référer à la consultante en lactation (IBCLC¹) si disponible.

5.3 Interventions et enseignements

- L'infirmière doit s'assurer que la femme connaît bien les indications à appliquer afin de résorber l'engorgement pathologique. (Pour soutenir les enseignements, la référer aux interventions suggérées dans le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans.*)
- Appliquer du froid/glace pendant 10-15 minutes toutes les 1-2 heures entre les tétées, selon le confort.
- Faire un drainage lymphatique du sein pour réduire l'œdème et augmenter le confort.
- Rassurer et encourager la femme allaitante.
- Faire téter le bébé selon ses besoins, aux signes qu'il est prêt à téter (8 x et plus/24 heures);
- S'assurer que la prise du sein par le bébé est efficace;
- Exprimer manuellement de petits volumes de lait pour assouplir l'aréole au besoin;
- Faire téter le bébé après avoir exprimé du lait afin que celui-ci assouplisse davantage le sein;
- Si le bébé est incapable d'une bonne prise, assouplir l'aréole par la technique de contre-pression avant la tétée. (Annexe G)
- Exprimer manuellement de petits volumes de lait pour le confort, jusqu'à ce que la production de lait se régule à la baisse. Éviter de tenter de « vider ou de surstimuler les seins »;
- Éviter les tétines/biberons/suppléments;
- Utiliser seulement le tire-lait, si nécessaire. Éviter la surstimulation;
- Si la mère utilise exclusivement un tire-lait, lui recommander d'exprimer seulement la quantité correspondant aux besoins de son bébé ou nécessaire à son confort;
- Si le lait ne s'écoule pas, soit par la succion du bébé soit par l'expression manuelle, ne pas insister, traiter l'inflammation et l'œdème avant. (Froid, drainage lymphatique et AINS).

¹ IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant

- Si la femme n'allait pas : ne pas exprimer de lait. Appliquer les recommandations discutées ci-dessus (Froid, drainage lymphatique et AINS). L'état d'engorgement se résorbera en quelques jours si les seins ne sont pas stimulés.
- Autres enseignements à faire à la mère :
 - Éviter la chaleur sur les seins;
 - Ne jamais faire de massages en profondeur du sein;
 - Porter un soutien-gorge de taille et de soutien approprié;
 - Éviter l'application de produits topiques sur les mamelons;
 - Éviter l'utilisation de tételles, car peut limiter le transfert du lait.
 - Éviter les appareils de massage ou vibrants maison.

L'infirmière peut se référer à la consultante en lactation (IBCLC), si disponible.

5.4 Soulagement de la douleur et suivi

- L'infirmière conseillera à la femme de prendre régulièrement des analgésiques disponibles en vente libre (Ibuprofène et acétaminophène, selon la posologie recommandée). (Annexe B)
- L'infirmière peut référer en physiothérapie pour des traitements d'ultrasons. (Réduit l'inflammation et soulage l'œdème).
- L'infirmière doit assurer un suivi 24 heures après le début du traitement dans le but d'assurer une surveillance clinique de l'état de la femme et de la production de lait (si elle allaite), soit en personne soit par téléphone :
 - Si les symptômes s'améliorent, l'infirmière informe la femme qu'elle peut poursuivre les conseils jusqu'à la disparition des symptômes;
 - Si les symptômes persistent, l'infirmière doit réévaluer en personne la situation afin de s'assurer qu'il s'agit toujours d'un engorgement pathologique ou si les symptômes évoluent vers une mastite ou une baisse d'une production de lait.

6. Documents complémentaires

- Formulaire - Interventions de l'infirmière - Engorgement pathologique chez la femme qui allaite (FDCU-PE-024).
- Feuille sur « Observation de la tétée ».
- Liste des pharmacies offrant la location de tire-lait : Disponible sur le site Santé Estrie/section allaitement : https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/soins-services/Themes/Grossesse-accouchement/LIEUX_de_location_de_Tire-lait_v17_juin2021.pdf
- Feuille « Spectre de la mastite (Résumé des recommandations Protocole ABM #36, 2022) et Drainage lymphatique ».
- Feuille « Technique de contre-pression aréolaire ».

7. Références

- Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. Mitchell, K.B., Johnson, H.M., Juan Miguel Rodríguez, J.M., Eglash, A., Scherzinger, Ch., Zakarija-Grkovic, I., Cash, K.W., Berens, P., Miller, B and the Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeed Med 2022; 17(5) : 360-76.
- Lawrence, R. A & Lawrence, R. (2022). Breastfeeding A Guide for the Medical Profession 9th Edition. Elsevier. 1072 p.

- MERCIER, J-C., FORTIN C. et SANTERRE M-J. (2010). *Guide pratique en allaitement pour les médecins*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique.
- MIEUX VIVRE AVEC NOTRE ENFANT DE LA GROSSESSE A DEUX ANS, GUIDE PRATIQUE POUR LES MÈRES ET LES PÈRES (2023). Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- MSSS (2021). *Formation nationale en allaitement-Revitalisation de l'IAB à travers le développement des compétences au Québec*.
- Règles de soins rédigées par le sous-comité de travail des règles de soins infirmiers en allaitement (2006) à l'agence.
- Wambach, K. & Spencer B. (2021). *Breastfeeding and Human Lactation 6th Edition*. Jones & Bartlett Learning. 807 p.

8. Processus d'élaboration

8.1 Rédaction

Nom : Bolduc Prénom : France

Titre du collaborateur : Conseillère en soins infirmiers, IBCLC -DSPu Date : 2023-05-26

Nom : Forand Prénom : Nathalie

Titre du collaborateur : Infirmière clinicienne, IBCLC Date : 2023-07-28

8.2 Consultation/collaboration

Nom : Paquette Prénom : Geneviève

Titre du collaborateur : M. Sc. Inf., conseillère cadre clinicienne à la DSI - Jeunesse Date : 2023-10-18

Nom : Perreault Prénom : Sophie

Titre du collaborateur : Chef de service maternité BMP, consultante lactation IBCLC Date : 2023-06-03

Nom : Pasqual Prénom : Laura-Rosa

Titre du collaborateur : Agente de formation- Équipe allaitement DSPu Date : 2023-06-03

Nom : Scott Prénom : Nathalie

Titre du collaborateur : Infirmière clinicienne, Chef de service périnatalité et petite enfance Date : 2019-03-22

9. Processus d'adoption

Nom : Bourgault Prénom : Patricia Directrice des soins infirmiers

Signature : Document original signé Date : 2023-11-24

10. Dispositions finales

1. Ce protocole de soins infirmiers remplace le protocole infirmier HY-PSI-PE-003
2. Le présent type de document doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

Annexe A - Historique des versions

Version	Description	Auteur/responsable	Date
1	Création	(DSI) Direction des soins infirmiers	2013-01-01
2	Révision avec modifications	(DPJe) Direction du programme jeunesse/Service périnatalité et petite enfance - RLS de la Haute-Yamaska	2019-04-01
3	Adoption	Nathalie Schoos, Directrice des soins infirmiers (DSI)	2019-10-04
4	Révision avec modifications	(DSPu) Direction de la santé publique/(DPJe) Direction du programme jeunesse	2023-08-16
No	Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Acronyme direction, Nom, fonction	Cliquez ici pour entrer une date.
No	Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Acronyme direction, Nom, fonction	Cliquez ici pour entrer une date.

Annexe B - Aide-Mémoire- Observation de la tétée

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke
Québec

Observation de la tétée

Signes que bébé est prêt à téter

Signes précoces « Je suis prêt à téter »



Boubou

Ouvre la bouche

Tourne la tête/cherche

Signes intermédiaires « Je suis vraiment prêt à téter »



Bébé s'téte

Ses mouvements augmentent

Il porte les mains à sa bouche

Metro North Hospital and Health Service
Royal Brisbane and Women's Hospital

Évaluer les signes démonstrant que bébé

est prêt à téter

Offrir le sein 8 fois
ou plus par 24h

Position mère-bébé confortable

Mère :

- La mère se sent confortable : son dos et ses bras sont détendus et bien appuyés.
- La mère ne se penche pas vers le bébé. Ce dernier est amené vers elle.

Bébé :

- Le bébé est ventre à ventre, collé contre le corps de sa mère.
- Il ne doit pas avoir à tourner la tête vers le sein.
- Le corps du bébé est bien soutenu et stable.
- La mère a une main sur les omoplates et non derrière la tête de bébé.
- La tête du bébé est libre de bouger librement.



Photos : Jean-Claude Mercier (Mieux-vivre (2023))

Prise du sein optimale

- La bouche de bébé est grande ouverte.
- La lèvre du bas couvre une plus grande partie de l'aréole que la lèvre du haut (prise asymétrique).
- Les lèvres sont retournées vers l'extérieur et détendues.
- Le menton touche le sein et le nez est légèrement dégage.
- La langue est sous le mamelon.
- Le mamelon demeure rond à la fin de la tétée.

Efficacité de la succion

Bébé tête activement et efficacement

- On peut voir les mouvements de succion de la mâchoire, les tempes et les oreilles bougent.
- Les joues ne creusent pas.
- On peut voir et entendre le bébé avaler.

Rythme succion-déglutition régulier

- Avant la montée laiteuse : < 7 : 1
- Après la montée laiteuse : < 4 : 1

Lorsque le débit diminue, bébé ralentit le rythme de sa succion

*La prise optimale
dépend davantage du
confort de la mère et du
transfert du lait, que de
ce que l'on peut voir !*

Annexe C - Spectre de la mastite (Résumé des recommandations Protocole ABM #36, 2022) & Drainage lymphatique

Spectre de la mastite

(Résumé des recommandations Protocole ABM #36, 2022)

1. Rassurer les mères.
2. Éduquer les usagères sur l'anatomie normale du sein et la physiologie du post-partum en lactation.
3. Allaiter le nourrisson à la demande et ne pas viser de « vider » les seins.
4. Les mères peuvent exprimer à la main de petits volumes de lait pour le confort jusqu'à ce que leur production de lait se régule à la baisse pour correspondre aux besoins du nourrisson. Les mères utilisant un tire-lait n'expriment que pour le confort.
Dans certains cas, dans lesquels la région rétro aréolaire est si œdématisée et enflammée et que le lait ne peut être exprimé par l'allaitement du nourrisson ou l'expression manuelle, la mère ne doit pas persister à essayer l'allaitement au sein affecté pendant la phase aiguë. (Traiter l'inflammation d'abord !).
 - L'œdème peut disparaître plus rapidement avec de la glace et un drainage lymphatique.
 - Les mères peuvent envisager des variations des positions d'allaitement, pour améliorer leur confort, sans toutefois avoir un impact sur l'inflammation sous-jacente.
5. Utiliser le tire-lait seulement si nécessaire. Exprimer le lait à la fréquence et au volume imitant le volume physiologique. Éviter la surstimulation.
6. Éviter l'utilisation de la tétérèlle, car peut limiter le transfert du lait. (Pourrait aider dans certains cas d'hyperlactation)
7. Porter un soutien-gorge de bonne taille, qui assure un bon support, sans armature, sans comprimer les seins.
8. Ne jamais faire de massages en profondeur des seins.
9. Éviter les trempages de solution de sels d'Epson, d'huile de ricin et d'autres produits topiques.
10. La stérilisation de routine du tire-lait n'est pas nécessaire.
11. Éviter le nettoyage excessif du mamelon car cela peut provoquer une macération/lésion de la peau et des douleurs.
12. Éviter la chaleur sur les seins. (Parfois la chaleur de l'eau de la douche, qui coule sur le dos de la mère, peut favoriser l'écoulement du lait)
13. Ne pas cesser l'allaitement. (Le lait maternel peut être donné au bébé, même si la mère a une mastite bactérienne)

Interventions

1. Diminuer l'inflammation et la douleur.
 - Glace peut être appliquée toutes les heures ou plus fréquemment si désiré.
 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)/Ibuprofène (selon posologie, si absence de contre-indications médicales).
 - Acétaminophène (selon posologie).
 - Lécithine de tournesol ou de soja 5 g/jour (traitement préventif) ou 10 g/jour (phase aiguë) par voie orale peuvent être prises pour réduire l'inflammation des canaux lactifères et émulsionner le lait.
2. Traiter les ampoules de lait du mamelon :
 - Ne pas percer l'ampoule;
 - Huile végétale (boule de coton imbibée) si besoin;
 - Prendre lécithine par voie orale (voir posologie ci-dessus);
 - Crème topique à base de stéroïde de puissance modérée telle que la triamcinolone à 0,1 %.
3. Traiter l'hyperlactation ou « l'excédent de lait maternel ».
4. Utiliser les ultrasons thérapeutiques pour réduire l'inflammation et soulager l'œdème. (Référer en physiothérapie et voir traitement suggéré par Dr Newman.)
5. Effectuer un massage de drainage lymphatique.
6. Réserver les antibiotiques pour les mastites bactériennes. (Si aucune amélioration après 24-48 heures de traitement de l'inflammation, référer au médecin)
7. Penser aux probiotiques pour le traitement et la prévention de la mastite. Les probiotiques doivent contenir *Limosilactobacillus fermentum* (anciennement classé comme *Lactobacillus fermentum*) ou, de préférence, *Ligilactobacillus salivarius* (anciennement classé comme *Lactobacillus salivarius*).
8. Évaluer l'état psychologique et l'anxiété.

En résumé

Glace +++

Anti-inflammatoire/Acétaminophène

Repos du sein (pas de massage profond et pas de suralimentation/surstimulation)

Référer après 24-48 h de traitement de l'inflammation, si aucune amélioration

DRAINAGE LYMPHATIQUE

Lymphatic Drainage



But : Réduire le gonflement en favorisant les mouvements de la lymphe, diminuer l'œdème, assouplir la fibrose.

Technique

Toucher et faire une traction très douce de la peau – « comme caresser un chat » (bouger la peau permet l'écoulement de la lymphe et la décongestion vasculaire).

10 petits cercles à la jonction entre la veine jugulaire interne et la veine sous-clavière.

10 petits cercles au niveau de l'aisselle.

Continuer avec des massages très doux depuis le mamelon vers la clavicule, les aisselles et vers le sternum pour le cadran interne du sein.

Commencer pendant la grossesse si l'augmentation rapide de volume des seins est douloureuse, et utiliser chaque fois que nécessaire en post-partum pour l'engorgement.

Tiré du protocole ABM #36.2022.

(Résumé par France Bolduc, conseillère en soins infirmiers, consultante en lactation IBCLC, équipe allaitement DSPu, CIUSSS-CHUS. 2022.)

Annexe D - Technique de contre-pression aréolaire

LA CONTRE-PRESSION AREOLAIRE (ACP)

Technique élaborée par Jean Cotterman, RNC, IBCLC

Mise en contexte

Les mères recevant des perfusions pendant le travail présentent souvent un retard dans le redéploiement des fluides en post-partum.

L'augmentation de l'œdème autour du mamelon, pendant la période postpartum complique l'engorgement, augmente la résistance des tissus sous-aréolaires, déforme le mamelon et nuit à une prise du sein confortable et efficace.

L'œdème peut apparaître tôt ou plus tard, dans les 48 à 96 heures, et dure souvent de 10 à 14 jours. (Cela peut dépendre à la fois de la quantité de liquide IV administrée et du moment de la perfusion par rapport à la délivrance du placenta, qui déclenche la Lactogénèse II).

Si l'engorgement est tel qu'il devient impossible au bébé de prendre le sein ou si la sensation est inconfortable, une technique simple peut réduire le gonflement de l'aréole.

But de la technique

La clé est de bien assouplir l'aréole dans une zone de 2 à 5 cm autour de la base du mamelon, en déplaçant temporairement les fluides vers l'arrière et vers le haut du sein.

Technique très efficace pour :

- Aider le bébé qui a de la difficulté à prendre le sein lorsque les seins de la mère sont engorgés;
- Réduire le degré d'œdème entourant l'aréole pendant l'engorgement des seins;
- Facilite l'écoulement du lait.

Avantages de la contre-pression aréolaire

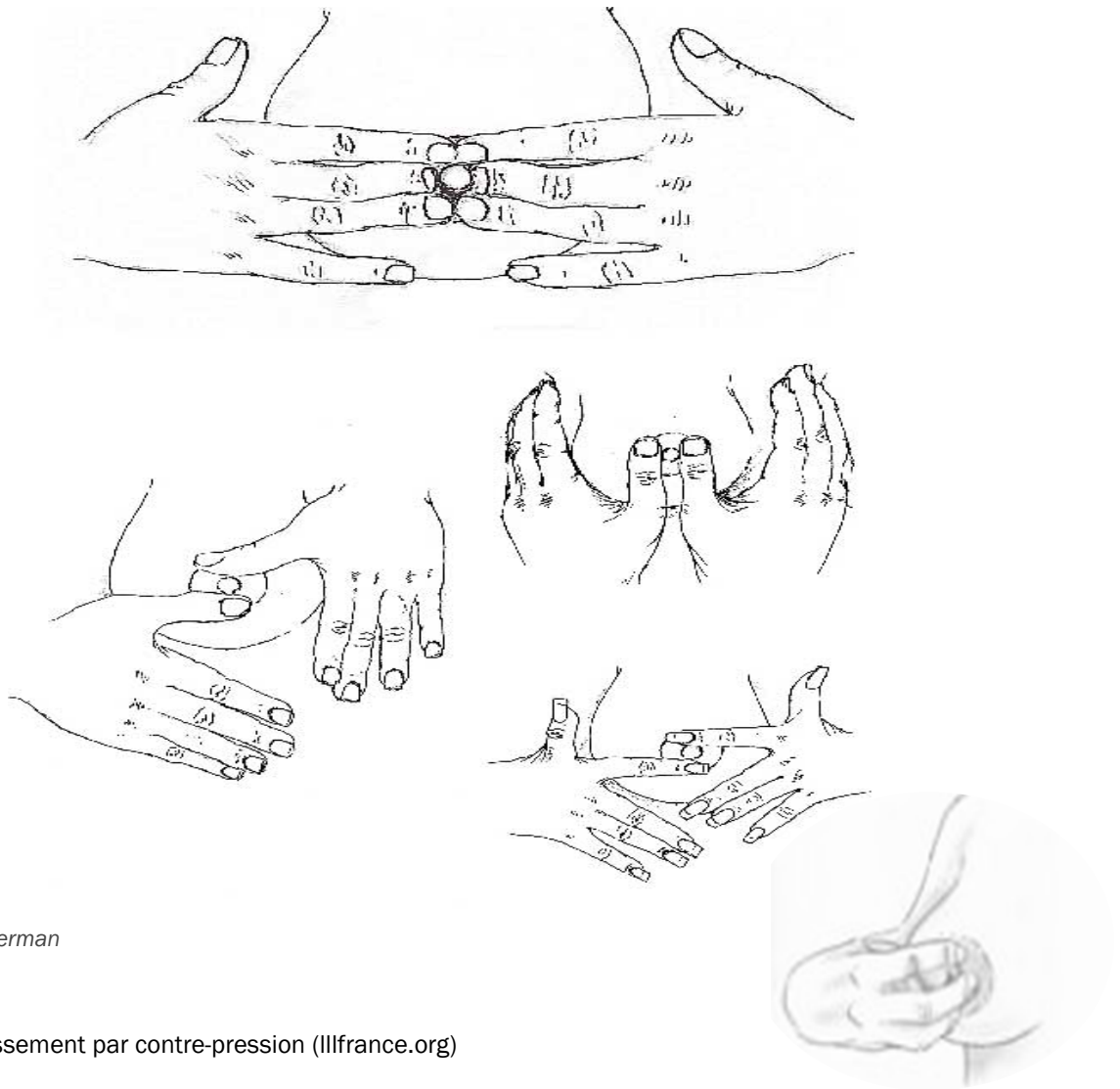
- La stimulation régulière de terminaisons nerveuses situées au niveau de l'aréole et du mamelon déclenche automatiquement le réflexe d'éjection du lait, en 1 à 2 minutes ou moins.
- Le fait de déplacer le lait légèrement vers l'arrière dans les canaux plus profonds soulage la distension des canaux sous-aréolaires, ce qui réduit l'inconfort de la prise du sein et facilite le transfert du lait.
- L'expression manuelle du lait est aussi beaucoup plus facile après l'ACP afin d'assouplir davantage l'aréole.
- Rend l'aréole plus élastique permettant l'extension du mamelon plus profondément dans la bouche du bébé, et de répondre à l'ondulation de la langue.
- L'utilisation proactive et précoce de l'ACP ne cause aucun dommage et peut faciliter un transfert de lait accru, réduire le risque de traumatisme du mamelon et aider à résoudre l'engorgement.

Méthode

- Il est préférable d'effectuer l'ACP immédiatement avant chaque tentative de prise du sein ou expression du lait, aussi longtemps que l'œdème persistera (peut persister de 2 à 4 jours).
- La mère peut préférer appliquer l'ACP elle-même ou quelqu'un d'autre peut le faire avec sa permission.
- Plus l'aréole est ferme et gonflée, plus le temps de pression sera long pour assouplir les tissus.
- L'ACP crée souvent des « fossettes » temporaires ou des « godets », cependant, l'œdème cherchera à remplir les espaces rapidement après le relâchement de la pression.
- Le positionnement de la mère sur le dos au moment de pratiquer l'ACP retarde la réapparition de l'œdème, ce qui permet une plus longue fenêtre de temps pour la prise du sein.

1. Appliquer une pression constante, ferme mais douce, avec les doigts, dans une zone de 2 à 5 cm de l'aréole à la base du mamelon.
 - Différentes combinaisons des doigts peuvent être utilisées, soit avec 3 ou 4 doigts de chaque main, soit avec un doigt de chaque main (pouce ou index). (Voir les différentes techniques, ci-dessous.)
 - La pression ne devrait pas causer de douleur vive. Évitez l'inconfort en appliquant moins de pression pour des intervalles plus longs.
2. Maintenez une pression vers la paroi thoracique pendant 1 à 3 minutes.
3. Alternner les quadrants lorsque la pression est exercée avec un seul doigt de chaque main.
4. Répéter au besoin, jusqu'à ce que l'aréole soit souple.
5. Mettre bébé au sein ou exprimer rapidement le lait après l'ACP.

Voir vidéo explicative : La contre-pression : <https://youtu.be/YpibcCKQcgk>



Dessins de Kyle Cotterman

Référence

DA 69 : L'assouplissement par contre-pression (Illfrance.org)