

PROTOCOLE DE SOINS INFIRMIERS

MASTITE 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 infirmières 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	1
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	5
7. Références.....	5
8. Processus d'élaboration	5
9. Processus d'adoption.....	6
10. Dispositions finales	6
ANNEXE A - HISTORIQUE DES VERSIONS	7
ANNEXE B - AIDE-MÉMOIRE- OBSERVATION DE LA TÉTÉE	8
ANNEXE C - SPECTRE DE LA MASTITE (RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS PROTOCOLE ABM #36, 2022) ET DRAINAGE LYMPHATIQUE	9

1. Objet

- Évaluation de la femme présentant des signes et des symptômes d'une mastite au niveau des seins chez la femme qui allaite.
- Déterminer le plan de traitement et le suivi de la femme qui présente une mastite, conjointement avec l'équipe médicale.
- Faire l'enseignement en lien avec les interventions chez la femme qui allaite ayant une mastite.

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-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 au démarrage 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 et aux bébés de 0-2 ans.

3.2 Clientèles

- Femmes qui allaitent.

3.3 Secteurs, programmes ou services visés

- Direction du 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 jour.

4. Conditions d'application

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

5. Instructions pour la décision ou l'intervention

5.1 Définition d'une mastite

Infection ou inflammation d'un sein ou les deux.

- **La mastite inflammatoire :**
se présente comme l'apparition d'une zone érythémateuse, œdémateuse et douloureuse de taille croissante dans le sein avec des symptômes systémiques. Il faut souligner que la réponse inflammatoire systémique peut survenir en l'absence d'infection. La mastite inflammatoire peut se résorber en moins de 24 h avec un traitement conservateur (froid, acétaminophène et Ibuprofène (ou AINS) et avec les interventions suggérées dans la section 5.3 (Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36 : The Mastitis Spectrum, Revised 2022).
- **La mastite bactérienne :**
représente une progression depuis le rétrécissement des canaux et la mastite inflammatoire vers une entité qui nécessitera la prise d'antibiotiques pour guérir. Les germes les plus couramment en cause dans la mastite lactationnelle incluent les staphylocoques et les streptocoques (Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36 : The Mastitis Spectrum, Revised 2022).

Mastite bactérienne ayant progressé à partir d'une inflammation :



Source: Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36:
The Mastitis Spectrum, Revised 2022

5.2 Évaluation

- L'infirmière doit évaluer l'état général incluant les signes vitaux ainsi que les signes et symptômes de la femme allaitante :
 - Symptômes systémiques (asthénie, malaises, myalgie, frissons, fièvre : température buccale supérieure à 38°C), les symptômes peuvent précéder la douleur au sein.
- L'infirmière doit faire l'inspection et la palpation du sein afin d'évaluer et de décrire les caractéristiques du sein et de l'aisselle.

5.2.1 Éléments à évaluer

- Douleur, rougeur (souvent au niveau du quadrant supéroexterne ou trainée se dirigeant vers l'aisselle), chaleur, œdème induration au niveau de sein.
- Habituellement, symptômes unilatéraux et localisés, mais parfois bilatéraux.
- Changement possible dans l'apparence du lait maternel.
- Changement possible du goût du lait maternel (Goût temporairement plus salé. Bébé peut refuser le sein atteint).
- Lait de coloration verdâtre ou orangé (rare).
- Symptômes de cellulite (habituellement associés à une crevasse surinfectée).
- Lait coagulé ou présence de mucus dans le lait.

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 allaitante connaît bien les indications à appliquer afin de résorber la mastite. (Pour soutenir les enseignements, la référer aux interventions suggérées dans le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*.)
- Poursuivre l'allaitement maternel.
- Expliquer à la mère :
 - De 2 à 5 jours pour se débarrasser de la mastite;
 - La fièvre disparaît généralement dans les 24 h;
 - Douleur et rougeur diminuent dans les 48 h, mais l'induration peut persister quelques jours et la sensibilité au sein peut demeurer un peu plus longtemps.

¹ IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant

- Faire téter le bébé selon ses besoins, aux signes qu'il est prêt à téter (8 x et plus/24 heures).
- Éviter les tétines/biberons/suppléments.
- Appliquer les mesures d'hygiène de base.
- Laver le sein à l'eau tiède et au savon doux, en prenant soin d'enlever toutes les sécrétions de lait séchées sur le mamelon, à l'aide d'une débarbouillette.
- Exprimer le lait manuellement, au besoin. Éviter la surstimulation. Utiliser seulement le tire-lait, si nécessaire.
- Si hyperlactation, réduire progressivement la production lactée, pour viser une production selon les besoins de bébé :
 - Tenter le « **Block feeding** » : avec suivi étroit de la production et des symptômes d'engorgement, pendant 24-48 h. Pendant la journée, donner un seul sein pendant une période de 3 heures et alterner le sein donné toutes les 3 heures. Pendant la nuit, tétées à la demande aux 2 seins. Si amélioration des symptômes, poursuivre le « Block feeding » jusqu'à ce que la production lactée soit adaptée aux besoins de l'enfant.
 - Si prise de galactagogues, réduire progressivement la médication.
- Varier les positions selon le confort de la mère.
- Si la tétée est trop inconfortable, allaiter d'abord de l'autre sein et changer de côté dès que le sein douloureux coule librement.
- S'assurer que le bébé prend efficacement le sein.
- Faire un drainage lymphatique du sein pour réduire l'œdème et augmenter le confort.
 - Appliquer de la glace pendant 10-15 minutes toutes les 1 à 2 heures entre les tétées ou plus fréquemment, si désiré.
- 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 appropriés;
 - Éviter l'application de produits topiques sur le mamelon;
 - Évitez l'utilisation de téterelles, car peut limiter le transfert du lait.
 - Éviter les appareils de massage ou vibrants maison.
- Si mastite récurrente, la prise de suppléments de lécithine de soya ou de tournesol peut être suggérée. (Voir protocole ABM #36) :
 - Traitement en phase aiguë : 10 g/jour;
 - Traitement préventif : 5 g/jour.

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 allaitante de prendre régulièrement des analgésiques disponibles en vente libre. (acétaminophène et ibuprofène ou AINS), selon posologie recommandée). (Annexe B)
- L'infirmière doit assurer un suivi 24 h après le début du traitement dans le but d'assurer une surveillance clinique de l'état général de la femme allaitante, soit en personne soit par téléphone.

- Référer à un médecin ou une IPS, après 24-48 h de traitement de l'inflammation si :
 - Aucune amélioration, aggravation;
 - Manifestations systémiques persistent depuis plus de 24 h.
- L'infirmière assurera un suivi de l'évolution des symptômes et de la production lactée de la femme allaitante aux 24-48 h, aussi longtemps que les symptômes ne seront pas résorbés.

6. Documents complémentaires

- Formulaire - Interventions de l'infirmière de première ligne - Mastite chez la femme qui allaite (FDCU-PE-025).
- 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 « Drainage lymphatique ».

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.
- Règles de soins rédigées par le sous-comité de travail des règles de soins infirmiers en allaitement (2006).
- 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 Date : 2023-05-26

Nom : Forand Prénom : Nathalie

Titre du collaborateur : Infirmière clinicienne, IBCLC Date : 2023-07-27

8.2 Consultation/collaboration

Nom : Paquette Prénom : Geneviève

Titre du collaborateur : Conseillère cadre clinicienne à la DSI - Jeunesse Date : 2023-10-18

Nom : Perreault Prénom : Sophie

Titre du collaborateur : Infirmière clinicienne, IBCLC, Chef de service – Maternité et Pédiatrie Date : 2023-08-07

Nom : Scott Prénom : Nathalie

Titre du collaborateur : 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. Le présent protocole de soins infirmiers remplace le protocole de soins infirmiers HY-PSI-PE-005 |.
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 et (DPJe) Direction du programme jeunesse/Service périnatalité et petite enfance	2023-10-18
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 »



Signes intermédiaires « Je suis vraiment prêt à téter »



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) et 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 tétrelle, 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 +++

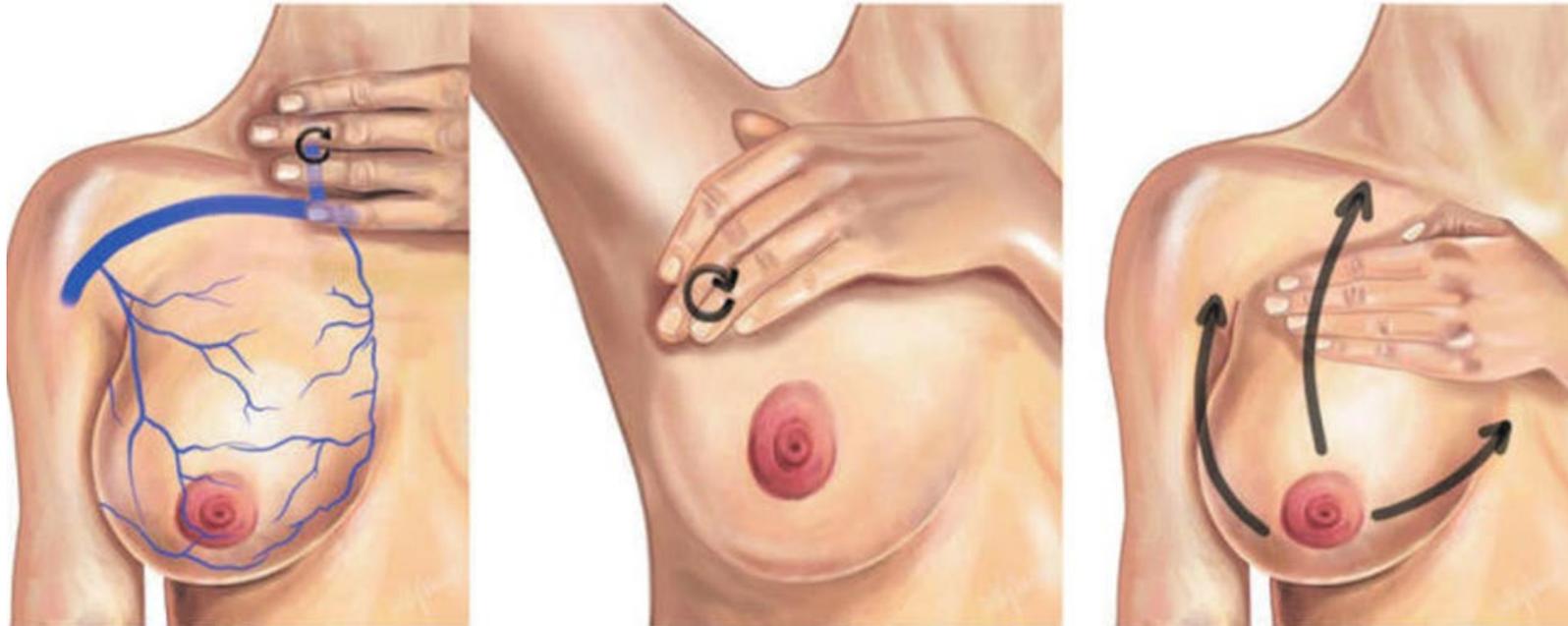
Anti-inflammatoire/Acétaminophène

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.