

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Crevasses du sein :

Description de 101 cas et facteurs de risques en
comparaison avec 110 témoins
dans le Réseau « Sécurité Naissance-Naître Ensemble »
des Pays de la Loire

Anne-Gaëlle ZEGHBIB

Née le 2 Septembre 1988

Directeur de mémoire : Docteur Nathalie GODON

Promotion 2007-2012

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION	1
2 GENERALITES	2
2.1 CREVASSE DU SEIN	2
2.1.1 DEFINITION	2
2.1.2 DESCRIPTION	2
2.1.3 CAUSES	3
2.1.3.1 Mauvaise position du l'enfant au sein	3
2.1.3.2 Engorgement	3
2.1.3.3 Mamelons invaginés ou plats	4
2.1.3.4 Manœuvres traumatisantes	4
2.1.3.5 Variations anatomiques de la bouche de l'enfant	5
2.1.3.6 Confusion sein/tétine	5
2.1.3.7 Causes infectieuses et troubles dermatologiques	6
2.1.4 PREVENTION	6
2.1.4.1 Choix de l'allaitement	7
2.1.4.2 Accompagnement	8
2.1.5 TRAITEMENTS	12
3 MATERIEL ET METHODE	15
3.1 CONTEXTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE	15
3.2 METHODE	15
3.3 RECUEIL DES DONNEES	16
3.4 VARIABLES	16
3.5 ANALYSE DES DONNEES	17
4 RESULTATS	19
4.1 POPULATION ETUDIEE	19
4.2 DESCRIPTION DES MERES	19
4.3 ACCOUCHEMENT	21
4.4 PRATIQUES DE L'ALLAITEMENT	21

4.4.1	EN SALLE DE NAISSANCE	21
4.4.2	EN SUITES DE COUCHES	21
4.4.3	DESCRIPTION DES 101 CREVASSES	22
4.4.3.1	Siège des crevasses	22
4.4.3.2	Douleur par quadrant	22
4.4.3.3	Profondeur par quadrant	23
4.4.3.4	Signes cliniques associés aux crevasses	23
4.4.3.5	Facteurs favorisants observés	23
4.4.4	TRAITEMENTS PROPOSES	24
4.4.5	COMPARABILITE DES CAS ET DES TEMOINS	25
4.4.6	FACTEURS DES CREVASSES	26
4.4.7	APPEL DES PATIENTES	29

5 DISCUSSION **32**

5.1	ANALYSE DE LA VALIDITE DE L'ETUDE	32
5.1.1	POINTS FORTS DE L'ETUDE	32
5.1.2	LIMITES DE L'ETUDE	32
5.2	IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE	33
5.2.1	PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE MATERNELS	33
5.2.1.1	Influence de la couleur de peau des mères	33
5.2.1.2	Femmes présentant des mamelons invaginés ou plats	33
5.2.1.3	Impact du choix de l'allaitement	33
5.2.1.4	Rôle de l'obésité dans l'apparition des crevasses	34
5.2.1.5	Influence de la parité et des allaitements précédents	34
5.2.1.6	Présence de la douleur	34
5.2.1.7	Anesthésie lors de l'accouchement	34
5.2.1.8	Antibiothérapie lors de l'accouchement	34
5.2.1.9	Fréquence de l'utilisation du tire-lait	34
5.2.1.10	Fréquence de l'utilisation des bouts-de-sein	35
5.2.2	PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE NEONATALS	35
5.2.2.1	Rôle de la cohabitation mère-bébé	35
5.2.2.2	Impact de la confusion sein-tétine	35
5.2.2.3	Conséquences d'un frein de langue court	35
5.2.2.4	Influence de l'aspiration gastrique ou nasale en salle de naissance	36
5.2.2.5	Score IBFAT et apparition des crevasses	36
5.2.3	FACTEURS DE RISQUE DE LA DYADE MERE-ENFANT	36

5.2.3.1	Rôle de la première mise au sein	36
5.2.3.2	Position de l'enfant au sein et prise en bouche	37
5.2.3.3	Impact de la candidose mammaire	37
5.3	CONSEQUENCES DES CREVASSES	37
5.4	TRAITEMENTS AU SEIN DU RESEAU ET DANS LA LITTERATURE	38
5.5	ROLE DE LA SAGE-FEMME	39
6	CONCLUSION	40

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

1 INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, nous constatons une augmentation du taux d'allaitement en France avec un taux de 68,7 % en 2010 selon l'enquête Nationale périnatale de 2010 (et seulement 58,8 % dans l'ouest) [1]. Cette augmentation intervient après une « génération biberon » qui s'installa au début des années soixante-dix. De ce fait, la transmission d'une culture de l'allaitement a été en quelque sorte brisée. Les femmes qui deviennent mères de nos jours n'ont pas ou ont peu de modèles de mères allaitantes auxquels se référer.

Ces jeunes mères se confrontent à l'allaitement seulement à la maternité. Elles y découvrent, dans le même temps, les pathologies qui peuvent y être associées. Elles nécessitent alors d'un soutien important. C'est pourquoi le personnel soignant joue un grand rôle dans la mise en place de l'allaitement et doit bénéficier de connaissances solides et homogènes au sein d'une même maternité.

Les crevasses du mamelon peuvent faire partie des pathologies de l'allaitement auxquelles les jeunes mères devront faire face. Elles sont fréquentes lors de la mise en place de l'allaitement. Paradoxalement, elles restent peu décrites dans la littérature. Leurs causes, leurs conséquences et les traitements possibles sont eux aussi peu étudiés. Les professionnels se retrouvent ainsi désarmés devant cette pathologie.

Les crevasses restent considérées comme une pathologie minime de l'allaitement. Pourtant, le vécu des mères est difficile. En cause, les douleurs qui surviennent dans une période de vulnérabilité que sont les suites de couches.

L'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques des crevasses du sein pour mieux en comprendre les aspects, et de comparer les cas avec des témoins sans crevasses afin de dégager des facteurs prédisposant. L'objectif final est de proposer des axes de prévention en maternité et au domicile, et, en cas de crevasses constituées, de proposer une prise en charge commune dans le réseau de périnatalité des Pays de la Loire.

2 GENERALITES

Les crevasses du mamelon font partie des difficultés fréquemment rencontrées lors de la mise en place de la lactation. En effet, selon l'étude de Leroy, sur 179 femmes interrogées à environ 70 jours de l'accouchement, 62 % des femmes, dont 68 % de primipares, présentaient des difficultés pour allaiter pendant leur séjour en maternité. La moitié de ces femmes avaient ressenti des douleurs et 35% d'entre elles avaient des crevasses [2].

2.1 CREVASSE DU SEIN

2.1.1 DEFINITION [3], [4]

Les crevasses sont des lésions de l'épiderme ou du derme au niveau du mamelon. La douleur est le signe précurseur de cette complication de l'allaitement et augmente avec son aggravation. Il est important de différencier des crevasses, les mamelons sensibles au cours des tétées, sans lésion cutanée visible, lesquels sont souvent inévitables au début de l'allaitement. Cette sensibilité s'explique par la présence d'une vasodilatation des vaisseaux associée à la succion du bébé, qui provoque des mouvements de traction et d'étirement du mamelon. Ces deux phénomènes concourent à ce que les seins soient temporairement plus fragiles. Si l'allaitement est mal conduit, cet état peut conduire à la formation de crevasses. Il existe différents niveaux de gravité des crevasses :

Les gerçures du mamelon sont des excoriations touchant l'épiderme et formant des traînées rouges à la surface du mamelon. Ce dernier est alors sensible au frottement et lors des tétées. Laisser les seins à l'air est le principal traitement.

Les fissures radiées correspondent à de profonds sillons rouges vifs touchant le derme superficiel et divisant la surface du mamelon, très douloureuses lors de la succion et même entre les tétées.

L'érosion du sommet ou de la base du mamelon est une atteinte du derme profond où des ulcérations se forment c'est-à-dire des zones où le revêtement cutané a été arraché, déchiré par la succion. Au maximum, tout le mamelon peut être érodé, rouge vif, framboisé, extrêmement douloureux et saignant lors des tétées.

2.1.2 DESCRIPTION

La description des crevasses est fondamentale. En effet, en s'appuyant sur l'analyse de la localisation de ces dernières et sur le moment de l'allaitement pendant lequel elles sont apparues, leur description va permettre de déterminer leur facteur déclenchant et donc de

mettre en place un traitement adapté. Cependant, comme aucun outil précis d'évaluation des lésions des mamelons n'existe, l'évaluation qui en découle est imprécise et subjective. La prise en charge des crevasses est donc variable et soignant-dépendante [5].

L'observation doit donc permettre de déterminer la cause des lésions.

En effet, une crevasse, observée au niveau de la **jonction aréolo-mamelonnaire**, sera due à un étirement vers l'arrière.

Aussi une lésion située sur la **pointe du mamelon** sera, elle, due à une mauvaise position de la langue de l'enfant qui pourra être provoquée par l'existence d'un frein de langue ou par le fait que l'enfant n'ouvre pas suffisamment la bouche lorsqu'il prend le sein.

Enfin, des **lésions diffuses et précoces** mettront en avant une mauvaise mécanique de succion alors que des **lésions diffuses et tardives** seront plutôt les conséquences d'une candidose, d'une erreur d'hygiène ou encore d'une allergie à un produit mis sur les seins.

2.1.3 CAUSES

2.1.3.1 Mauvaise position du l'enfant au sein

Elle est la cause principale de douleurs et de crevasses du mamelon surtout dans les premières semaines.

Elle peut être associée, à un problème de succion de l'enfant, primitif ou acquis c'est-à-dire secondaire à l'utilisation d'une tétine par exemple [3]. En effet, si l'enfant et la mère sont mal positionnés, la prise en bouche du tissu mamelonnaire peut être inadéquate et nuire au travail efficace de la mâchoire et de la langue pour extraire le lait. En revanche, si la prise du sein est correcte, ni la langue, ni les gencives de l'enfant ne frottent sur le mamelon. On évite ainsi tout traumatisme et toute douleur car les tissus mamelonnaires n'effectuent pas d'entrée ni de sortie dans la bouche de l'enfant. En effet, si l'enfant prend le sein assez profondément, le mamelon sera dans la partie de sa bouche située entre le palais dur et le palais mou ; il n'y aura donc ni compression du mamelon, ni friction et le bébé tétera plus activement. Ainsi l'allaitement sera confortable et efficace [6].

Les autres causes de crevasses sont plus rares ou sont considérées comme des facteurs associés :

2.1.3.2 Engorgement

Il entraîne une prise du sein non optimale car l'aréole a perdu de sa souplesse [7]. En effet, cet engorgement résulte d'un œdème secondaire à une congestion du tissu mammaire, fréquente et physiologique, se produisant au 3^{ème} et au 4^{ème} jour de l'allaitement.

L'engorgement a différentes causes. Il est d'origine hormonale, appelé par abus de langage montée de lait. Il peut aussi être dû à l'usage de compléments, à un espacement brutal des tétées, à des horaires rigides et/ou à une séparation mère/enfant. Il est rare lors d'allaitements à la demande et essentiellement d'origine iatrogène.

Pour éviter son apparition, il paraît donc important d'éviter les séparations mère-enfant et de s'assurer de la prise correcte du sein permettant ainsi une bonne extraction du lait et une bonne stimulation du réflexe d'éjection. Si l'engorgement s'installe, il peut contribuer à l'apparition de douleurs dues au gonflement des seins. De plus, l'aréole devient plus plate et tendue, empêchant l'enfant de saisir correctement le mamelon dans sa bouche et créant une succion traumatique et douloureuse.

La douleur engendrée, associée à l'impossibilité pour l'enfant de faire couler le lait de façon adéquate, provoque un aggravement de cet engorgement. Pour sortir de ce cercle vicieux, nous devons utiliser des techniques d'assouplissement de l'aréole par contre-pression ou par expression du lait [3].

2.1.3.3 Mamelons invaginés ou plats

C'est une variation anatomique dans laquelle une partie du mamelon non exposée auparavant va l'être au cours de l'allaitement [7].

Les difficultés rencontrées par le bébé pour prendre le sein auront une importance variable selon le type et la gravité de l'invagination. Un mamelon véritablement invaginé ou replié peut prédisposer les femmes aux douleurs et aux crevasses car les adhérences sont étirées quand le mamelon est attiré dans la bouche du bébé. Des techniques existent pour faire pointer le mamelon.

Il est important de noter que les vrais mamelons invaginés sont rares et que les techniques palliant à cette invagination n'ont pas prouvé leur efficacité. De plus leur forme est moins importante que la capacité du tissu environnant à se laisser étirer. Mais les patientes présentant cette particularité auront besoin d'une aide plus importante pour permettre une prise correcte du sein et éviter ainsi douleur et traumatisme du mamelon.

2.1.3.4 Manœuvres traumatisantes

Répétées, certaines pratiques peuvent contribuer à la fragilité de la barrière cutanée du mamelon et ainsi participer à la formation de crevasses.

Tout d'abord, il est important d'éviter tout retrait brutal du sein de la bouche de l'enfant qui va endommager les tissus fragiles du sein par « effet ventouse ». La succion doit être impérativement brisée par la mère en plaçant son doigt à la place du mamelon et en le glissant par la commissure des lèvres de nourrisson.

Ensuite, pendant la tétée, la mère doit éviter de mettre son doigt sur le sein pour dégager le nez de son enfant. En effet, il n'y a pas de risque d'étouffement et, si l'enfant est bien positionné, son nez sera dégagé.

Aussi, le décapage du mamelon est à proscrire ; le lavage répété au savon va assécher la peau et ôter les huiles protectrices de cette dernière, prédisposant ainsi le mamelon aux crevasses et aux gerçures. De plus, ce décapage abolit l'action antibactérienne, par modification du pH de la peau, des glandes de Montgomery.

2.1.3.5 Variations anatomiques de la bouche de l'enfant

Certains enfants peuvent présenter un frein de langue trop court.

Le frein de langue est une membrane pouvant être assimilée à une ficelle qui relie la langue à la partie inférieure de la bouche. Il peut, s'il est trop court, engendrer une mauvaise technique de succion et des difficultés à prendre le sein et par conséquent provoquer des douleurs voire des lésions mamelonnaires. En effet, il peut empêcher l'enfant d'étirer sa langue et de recouvrir sa gencive inférieure pour protéger le mamelon.

Si ces difficultés sont rencontrées par le couple mère-enfant, la prise du sein doit être adaptée ou alors le frein de langue peut être sectionné par un médecin sans nécessiter d'anesthésie. Cette pratique, parfois contre-versée, a montré son efficacité sur la qualité de l'allaitement [8] et une baisse significative de la douleur lors des tétées [9], même si elle nécessite parfois une période d'adaptation [10].

D'autres variations anatomiques de la bouche de l'enfant peuvent être une barrière à la bonne prise du sein comme un palais irrégulier empêchant le mamelon de s'étirer suffisamment dans la bouche ; on doit alors adapter la prise du sein.

Il peut aussi exister une mauvaise compatibilité entre le mamelon de la mère (certaines patientes présentant un grand mamelon) et la bouche de l'enfant (enfant prématuré ou de petit poids). Ce problème se résout rapidement de lui-même avec la croissance de l'enfant, mais la mère peut être temporairement amenée à devoir exprimer du lait et à utiliser une autre méthode d'allaitement.

2.1.3.6 Confusion sein/tétine

Lors de l'usage précoce de tétines artificielles, certains nouveau-nés apprennent à téter de manière incorrecte. En effet, s'il y a alternance entre le sein et une tétine artificielle dans les premières semaines, la succion peut être modifiée. L'enfant va téter le sein en faisant les mêmes mouvements avec sa mâchoire, sa bouche et sa langue que pour téter une tétine artificielle. Des douleurs et des crevasses pourront alors apparaître.

De plus, au sein, l'enfant doit téter de façon non nutritive avec des mouvements de succion rapides et de faible amplitude jusqu'au moment où le réflexe d'éjection survient ; il

tête alors avec des mouvements amples et lents. L'enfant recevant un biberon risque de ne pas savoir effectuer cette succion non nutritive lorsqu'il sera à nouveau au sein [11], la tétée s'en retrouvera réduite entraînant parfois des engorgements et la stimulation lactée sera de moins bonne qualité.

Il est donc important de cesser d'utiliser le biberon ou la « sucette » pendant l'apprentissage de la succion. Les compléments seront alors administrés à la cuillère, à la tasse ou grâce à un dispositif d'aide à l'allaitement.

2.1.3.7 Causes infectieuses et troubles dermatologiques

Certains troubles dermatologiques comme l'eczéma, la dermatite, l'impétigo ou encore des infections bactériennes peuvent se développer sur le mamelon et contribuer à la formation de crevasses. Aussi, certaines crèmes contenant plusieurs ingrédients différents peuvent, suite à des réactions cutanées, entraîner elles aussi des crevasses d'autant plus s'il est nécessaire de nettoyer le sein avant chaque tétée [6].

Enfin, des infections chroniques, sans inflammation, bactérienne ou mycosique peuvent créer des douleurs mammaires voire des lésions du mamelon en étant leur cause unique ou en se surajoutant aux facteurs mécaniques.

En particulier, le *Candida Albicans*, champignon commensal des muqueuses digestives se développant dans l'obscurité, la chaleur et l'humidité, peut être à l'origine de mugets dans la bouche des nourrissons, de mycoses vaginales ainsi que de candidoses mammaires qui peuvent être invasives. Les facteurs favorisant cette candidose mammaire sont une antibiothérapie, des lésions du mamelon ainsi que l'existence d'une candidose vaginale chez la patiente et elle sera suspectée grâce au tableau clinique.

Le diagnostic de la candidose est difficile et sûrement posé de manière excessive pour sa forme invasive. En effet, les douleurs évocatrices de ce trouble peuvent être dues à d'autres germes comme le *Staphylocoque Doré* ou à d'autres pathologies comme le vasospasme ou encore à une pression intra-buccale anormalement élevée car ces douleurs sont souvent similaires. Aussi ces pathologies peuvent être intriquées. Mais ce diagnostic est primordial car cette mycose favorise les crevasses et le traitement de la lésion mammaire doit être adapté selon sa cause : un antifongique sera proposé lors d'une candidose et l'application de colostrum - excellent milieu de culture de ce champignon - sur le sein sera proscrite alors qu'une antibiothérapie sera mise en place si l'infection est bactérienne [12].

2.1.4 PREVENTION

Dans la bonne mise en place de l'allaitement maternel, donc un allaitement sans crevasse, rentrent en compte des facteurs relevant de l'aspect psychologique et d'autres relevant de l'aspect physiologique de cet allaitement. La prise en charge préventive de ses

deux aspects essentiels par le personnel soignant, auxiliaire de puériculture et sages-femmes, permettra un accompagnement global du couple mère-enfant très favorable à l'allaitement.

2.1.4.1 Choix de l'allaitement

Tout d'abord, la décision d'allaiter est en grande part prise avant même la conception de l'enfant (50 à 90%) [13], parfois dès l'adolescence, et est surtout guidée par des facteurs socio-économiques et psychologiques. En effet, les mères allaitantes sont plus âgées, le plus souvent mariées, et ont un statut socio-économique élevé ; elles ont été allaitées, ont un compagnon qui a été allaité et qui souhaite voir sa compagne le faire, ainsi que des amies qui ont allaité : le modèle de « l'image maternelle » prime.

L'impact de la personnalité maternelle est lui aussi significatif, ces femmes allaitantes sont généralement extraverties et ouvertes, optimistes, réceptives à de nouvelles expériences et ont une meilleure acceptation de la féminité, des contacts physiques et/ou de la sexualité. Ce que l'on peut traduire comme une certaine confiance en elles [14].

Outre la personnalité propre à chaque mère, la culture dans laquelle elles évoluent a une grande influence sur cet éventuel projet d'allaitement, car allaiter est avant tout un acte de transmission. Or, la France est baignée depuis des siècles dans une culture du non-allaitement jusqu'à ce que les années 1980 voient une émergence d'une certaine culture de l'allaitement venue d'un courant « bio ». De nos jours, ces deux cultures cohabitent, jouent un rôle dans le choix de chaque future mère. Chaque soignant doit donc en avoir conscience pour accompagner au mieux chaque couple dans leur projet d'alimentation [15]. En effet, les pratiques en post-partum précoce ont un impact sur la production lactée et donc sur le devenir de l'allaitement [16].

Mais le rôle du professionnel reste faible car, avant la grossesse, les lieux de discussion sont rares. Pendant cette grossesse, les actions sont plutôt marginales et le rôle de la préparation à la naissance est, en fait, surévalué, car les femmes qui se préparent sont en fait celles qui souhaitent allaiter [6].

Enfin le rôle de l'entourage, mais surtout celui du futur père, reste fondamental « contrairement à ce qui se dit généralement, le père a sa place, et une immense place, dans l'allaitement d'un enfant » [4].

L'implication du père augmente la durée d'allaitement de sa femme. En effet, il apporte un soutien émotionnel en cas de problème d'allaitement, une aide pratique dans l'organisation de la vie de famille et contribue à la mise en place d'une vie de couple gratifiante.

Il paraît donc important d'inclure les futurs pères dans les actions d'informations sur l'allaitement ; un père informé sur les avantages d'un allaitement long et les moyens de

résoudre les problèmes d'allaitement sera d'un soutien plus efficace [17]. De plus, être impliqué dans l'allaitement fait partie de leurs revendications : une nouvelle conception de la paternité naît.

Actuellement, ces nouveaux pères se sentent peu considérés et exclus par les soignants dans les maternités. Cette attitude de la part des soignants est dommageable car toutes les informations données au père sont d'une grande efficacité et permettent au couple d'unir ses ressources pour améliorer ses chances de réussir cet allaitement [18].

2.1.4.2 Accompagnement

2.1.4.2.1 Avant la naissance

Une fois le choix de l'allaitement fait ou pour permettre celui-ci, la sage-femme, notamment via les groupes de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), a un grand rôle dans l'accompagnement des couples.

✓ Préparation psychique

La grossesse est la meilleure période pour aborder, avec les futurs parents, un grand nombre de sujets concernant la naissance et les premiers mois de vie de l'enfant et, en particulier, pour aborder l'allaitement. Le post-partum précoce est, effectivement, une période d'importants bouleversements physiologiques et émotionnels. De ce fait, il n'est pas simple pour la mère d'intégrer un grand nombre d'informations nouvelles pendant la courte durée des suites de couches.

Il paraît donc indispensable d'informer les parents pendant la grossesse sur la physiologie normale d'un nouveau-né, son comportement et ses capacités (réflexe de foussement, technique de succion), sur l'importance du peau-à-peau, sur les qualités du colostrum. De même il est important de leur indiquer ce à quoi il faut s'attendre pendant les premiers jours qui suivent la naissance comme la gestion de la montée de lait et expliquer comment savoir que le démarrage de l'allaitement se passe normalement.

Aussi, le meilleur moyen d'apprendre comment allaiter est de voir d'autres femmes le faire ce qui est rarement le cas dans l'entourage familiale et amicale des futures mères de nos jours. C'est pourquoi, il est aussi indispensable d'organiser une rencontre des futures mères avec d'autres mères qui allaitent ou, le cas échéant, montrer avec une poupée comment mettre correctement l'enfant au sein [19].

Une bonne préparation psychique va renforcer la confiance qu'a la future mère sur ses capacités et permettra son autonomie. De plus, expliquer que le démarrage de l'allaitement peut s'accompagner de désagréments va permettre aux femmes de s'y préparer, de s'y attendre et, de ce fait, les douleurs seront moins vives et mieux supportées [20].

En définitif, l'éducation prénatale centrée sur les positions de l'allaitement et la prise du sein a un rôle significativement positif. Elle engendre une diminution de la douleur et des lésions des mamelons, permet une augmentation de la durée de l'allaitement et une technique de prise du sein et de succion de meilleure qualité [3].

✓ **Préparation physique**

Contrairement à la préparation psychique, la préparation physique des seins est, elle, controversée. En effet, la Haute Autorité de Santé nous rappelle que « le bénéfice d'une préparation physique des seins, même en cas de mamelons rétractés ou peu extensibles, n'est pas démontré » [21]. Cependant, une majorité de sages-femmes conseillent cette préparation dont la pratique est ancestrale, même si les méthodes ont évolué [22].

Par ailleurs, certaines femmes appliquent des substances hydratantes sur le sein et le mamelon. Aussi la friction des vêtements sur les mamelons laissés sans soutien-gorge leur serait profitable et certains jeux amoureux peuvent être une façon naturelle de préparer le sein à l'allaitement [7]. Il peut être aussi conseillé d'ouvrir les canaux lactifères en fin de grossesse en favorisant chaque jour l'écoulement d'un peu de colostrum ce qui préviendrait des congestions mammaires et engorgements.

Cependant, la seule nécessité est une hygiène correcte avec des douches ou bains fréquents, sans trop savonner les mamelons pour ne pas dessécher la peau, ni décaper la lubrification physiologique.

2.1.4.2.2 Après la naissance

✓ **Le respect essentiel de la première tétée** : juste après la naissance, le nouveau-né sain, né à terme, installé en peau à peau contre sa mère retrouve un environnement familial. Ainsi rassuré, il est dans un état d'éveil calme et d'alerte pendant une heure. Il va alors exprimer ses réflexes et se diriger seul vers le sein pour téter de manière optimale : c'est le processus de fouissement. Il prend de quelques minutes à quelques heures. Le respect de ce processus, grâce au peau-à-peau ininterrompu, va avoir une grande influence sur l'allaitement. En effet, la mise en place de l'allaitement sera facilitée et la production lactée ainsi que la durée de l'allaitement seront augmentées.

L'accompagnement de cette première tétée consiste dans le fait de s'assurer de la sécurité de la mère et de l'enfant, de leur position et de la prise correcte du sein, de la succion efficace du nouveau-né, du confort de l'installation de la patiente et de la mise en place de la relation mère-enfant.

Idéalement, la patiente sera installée en position inclinée en arrière car cette position favorise instinctivement la survenue des réflexes de fouissement. La mère, de façon instinctive, maintiendra et guidera son enfant sans le perturber [23].

Malheureusement, quelques freins peuvent s'opposer à cet accompagnement optimal comme la charge de travail importante, le manque de temps, les contraintes administratives et, parfois, le manque de qualifications [3].

✓ **La prise en charge de l'enfant** doit garantir sa sécurité tout en respectant ses besoins. En effet, la perturbation de ses réflexes par les soins de routine faits en salle de naissance, une lumière vive, du bruit ou une aspiration gastrique systématique [24], peut conduire à un retard de la mise en route de cette première tétée, à des difficultés d'apprentissage d'une technique de succion optimale, ce qui peut entraîner des crevasses, voire un refus du sein [3].

Ces recommandations sont évidemment valables seulement si l'enfant est sain et à terme. Certaines naissances sont plus difficiles et nécessitent une adaptation de nos pratiques [4].

En particulier, pour les enfants nés prématurés, il est bon, dans la mesure du possible, de les laisser au moins quelques instants avec leur mère. Ils arriveront peut être à téter et, dans tous les cas, cela sera bénéfique pour le lien mère-enfant.

Les enfants hypotrophiques devront eux aussi avoir toute notre attention, car ils savent téter, mais se fatiguent vite ; les tétées précoces et répétées seront donc essentielles.

Aussi, nous serons attentifs aux enfants endormis pour lesquels il suffit d'attendre calmement qu'ils réclament leur première tétée, à leur rythme, sans utilité de les réveiller à tout prix s'ils ne présentent pas de facteurs de risque associés [2].

✓ **La prise en charge de la mère** a une influence sur la mise en place de l'allaitement et certains paramètres doivent nous laisser supposer que la patiente aura besoin d'un soutien accru.

Tout d'abord, le réflexe de succion peut être retardé lorsque la mère a bénéficié d'une analgésie péridurale, sans que la mise en route de l'allaitement soit modifiée. Effectivement, les médicaments analgésiques ou anesthésiques passent la barrière placentaire et passent aussi dans le lait, expliquant une somnolence chez certains nouveau-nés, pendant leurs premières heures de vie. On retrouve ainsi, après un accouchement sous analgésie péridurale, plus de difficultés au démarrage de l'allaitement, plus d'allaitements partiels en post-partum précoce et des arrêts d'allaitement plus précoces [25].

Aussi, le surpoids ou l'obésité vont avoir un impact négatif sur la durée de l'allaitement qui sera d'autant plus visible que le surpoids sera important [26].

La prise d'antibiotique en per-partum est aussi un facteur influençant l'allaitement, car elle augmente le risque de candidoses et donc de lésions mammaires [12].

2.1.4.2.3 Séjour en suites de couches

Le séjour en suites de couches est « la période-clé » qui détermine la réussite ou non de l'allaitement, car c'est pendant ces quelques jours, de plus en plus restreints, que le couple mère-enfant va se découvrir. En effet, la mère va apprendre à mettre son enfant au sein, le bébé va finir son apprentissage de la succion et la montée de lait va avoir lieu. Mais c'est aussi à cette période que les crevasses peuvent apparaître et c'est donc, dès les premières tétées que les professionnels doivent être vigilants.

Notre premier rôle est celui d'observateur, de façon à laisser la relation mère-enfant s'installer sans la perturber et de façon à s'assurer que la position au sein ainsi que la prise du sein soient bonnes, en sachant les corriger seulement si nécessaire, car 90% des crevasses sont induites par une position inadéquate [3]. Notre rôle consiste aussi en l'apprentissage aux jeunes mères de diverses positions, afin qu'elles puissent en varier pour permettre une bonne vidange du sein et une stimulation égale de tous les quadrants du mamelon pour ne pas abîmer les tissus.

Ensuite, notre rôle est de faire en sorte que tout soit réuni pour permettre l'allaitement dans les meilleures conditions.

Tout d'abord, la cohabitation de la mère et du bébé est indispensable car elle favorise le processus d'attachement et permet à la mère d'apprendre à reconnaître les signes qui montrent que l'enfant est prêt à téter. Aussi elle facilite l'allaitement la nuit, limite le recours à des compléments et favorise l'allaitement à la demande.

De plus, cet allaitement à la demande est fortement recommandé par l'ANAES, car toute restriction des tétées entraîne des arrêts plus précoces de l'allaitement, mais augmente aussi la fréquence des douleurs mamelonnaires ainsi que celles des engorgements et de l'utilisation des compléments de substitution.

Justement, l'introduction de ces compléments de substitution perturbe le bon déroulement de l'allaitement, notamment en diminuant la stimulation de la lactation et en entraînant une confusion sein/tétine, s'ils sont administrés au biberon. Lors de sa mise en route, l'allaitement exclusif suffit [21].

Lors d'une perte de poids supérieure à 7% du poids de naissance de l'enfant, lorsque la montée de lait n'a pas eu lieu ou, supérieure à 8%, si la montée de lait est présente, une observation plus approfondie de l'allaitement doit être faite à la recherche de signes de mauvais transfert de lait et des causes possibles dont font partie les crevasses. Suite à cette action, une stratégie appropriée sera mise en place avec le couple.

Si l'état de l'enfant n'est pas optimal ou si l'enfant perd plus de 12% de son poids de naissance, une consultation pédiatrique doit avoir lieu avec une prescription de l'introduction de compléments de substitution. Le complément pourra être donné de différentes manières,

soit grâce à un dispositif d'aide à la lactation (DAL) pendant que le bébé est au sein, soit au doigt-paille, soit à la seringue en faisant téter un doigt au bébé, soit à la tasse. Le complément ne pourra être donné au biberon avant le premier mois de vie de l'enfant [27].

Enfin, la douleur va devoir être prise sérieusement en compte par les soignants et leur servira « d'outil diagnostique » d'une anomalie dans l'allaitement. En effet, la sensibilité douloureuse est souvent inévitable au début de l'allaitement et ne doit pas surprendre les jeunes mamans.

Mais une douleur persistant tout le long de la tétée devra alerter les soignants. Dans ce cas, elle est causée par une mauvaise prise du sein qui doit être immédiatement corrigée, afin de ne pas créer de lésion au niveau du mamelon. Si, malgré une prise du sein correcte, la douleur persiste, il faudra évoquer une possible mycose et examiner le sein avant de débiter un traitement [21]. Cette démarche est essentielle, car une fois la douleur installée, il peut exister une peur de la douleur, des réactions de crainte où la mère aura tendance à éloigner son bébé et à se reculer empêchant une prise correcte du sein et créant un cercle vicieux faisant perdurer cette douleur [28].

2.1.4.2.4 Retour à domicile

Le soutien à l'allaitement ne doit pas s'arrêter au départ de la maternité. La période des suites de couches permet au mieux une bonne mise en route de l'allaitement. Mais cet allaitement va évoluer en même temps que l'enfant. Les mères doivent en être informées pour éviter les fausses croyances.

Il serait essentiel que chaque femme puisse quitter la maternité en ayant une personne à laquelle se référer en cas de problèmes liés à l'allaitement. Ce référent pourra être la sage-femme qui l'avait préparée à la naissance ou la PMI proche de chez elle. Le lactarium du CHU de Nantes peut aussi remplir ce rôle ou encore une association comme la Leche League International [29].

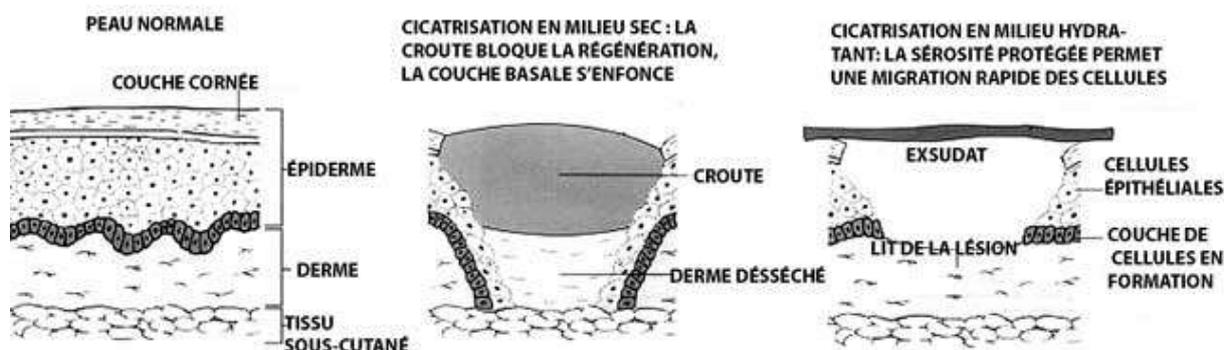
En effet, il est démontré qu'une visite de routine chez un médecin formé à l'allaitement dans les deux premières semaines du post-partum élève le taux d'allaitement exclusif à quatre semaines, augmente la durée totale de l'allaitement et permet aussi de diminuer la prévalence des pathologies de l'allaitement [30]. Ce seront, en particulier, les primipares, les mères isolées, les mères jeunes et les mères inexpérimentées qui nécessiteront ce soutien [13].

2.1.5 TRAITEMENTS [4] [6] [7]

Si des crevasses apparaissent, des traitements doivent être mis en place de façon à permettre une guérison rapide des lésions du mamelon sans compromettre l'allaitement. La nécessité d'interrompre l'allaitement est rare. Les traitements maintenant proposés

permettent une cicatrisation en milieu humide, méthode qui accélère la guérison en prévenant la formation de croûtes et soulage la douleur (cf. figure 1). Il n'est effectivement plus conseillé d'assécher les mamelons quelque soit la méthode. Il est essentiel aussi d'éviter la macération des tissus en laissant les seins à l'air et en évitant les pommades couvrantes grasses.

Figure 1: la cicatrisation en milieu sec et en milieu humide



Le **premier traitement**, simple, accessible et totalement adapté à cette pathologie, est d'appliquer du lait maternel sur le mamelon, soit juste en fin de tétée, soit en imbibant des compresses que l'on appliquera sur le mamelon (cf. annexe II). Il faut s'assurer auparavant que les lésions ne sont pas dues à une candidose car le colostrum est un excellent milieu de culture pour le candida. Le lait maternel contient en effet des désinfectants adaptés. Il est le meilleur des cicatrisants car il contient un facteur de croissance épithéliale. Il permet aussi de protéger les cellules du dessèchement grâce aux graisses qu'il contient et accélère ainsi la cicatrisation.

Nous pouvons associer d'autres aides qui auront une action sur la douleur qui est parfois importante comme un gant contenant des glaçons appliqués sur le mamelon une dizaine de minutes avant chaque tétée ou encore la prise de paracétamol avant la tétée. Sans oublier de varier les positions, on peut aussi mettre le bébé au sein une fois le réflexe d'éjection déclenché car la douleur est moindre après son déclenchement. Il est aussi judicieux de commencer par le sein moins douloureux et/ou en amorçant la tétée par un massage aréolaire.

D'autres traitements permettent la cicatrisation en créant un milieu humide peuvent être conseillés :

- **La lanoline modifiée USP ultra-purifiée** : une quantité de la grosseur d'un pois sera appliquée sur les mamelons après les tétées pour maintenir l'humidité entre les tétées et elle n'a pas besoin d'être retirée avant les tétées.

- **Les compresses d'hydrogel** : elles réduisent la douleur sans causer d'infection [31]. Seront utilisées celles qui ne comportent pas de doublure en tissu pour permettre leur rinçage entre les tétées. Elles se portent comme des compresses d'allaitement et protègent aussi contre les frottements des vêtements.

Ces traitements ne sont pas suffisants, si la douleur empêche la mise au sein. Une téterelle ou « bout-de-sein » peut être alors proposée. Installée au démarrage de la tétée, elle sera ôtée une fois le réflexe d'éjection déclenché et son utilisation sera inférieure à 24h pour ne pas perturber la stimulation de la lactation. Pendant 24h, le lait peut être recueilli par stimulation manuelle, et non grâce à un tire-lait dont le fonctionnement peut être traumatisant pour le mamelon, et être donné à l'enfant à la cuillère ou à la tasse.

Le sein peut être aussi être mis au repos complet 6 à 12h, le bébé tétant le côté non atteint.

Idéalement une coquille peut être portée évitant les frottements et permettant à la plaie de baigner dans le lait frais cicatrisant. Elle sera vidée et nettoyée toutes les 24 heures.

Il est important de noter que l'utilisation de téterelle ou de coquille doit être réservée à la cicatrisation de crevasses importantes et seulement en 2^{ème} intention et en utilisation ponctuelle, car elles sont susceptibles d'entraver le bon déroulement de l'allaitement.

Des complications peuvent survenir suite aux crevasses comme la mastite, l'infection bactérienne ou la candidose/muguet. Pour prévenir ces complications, en plus d'une hygiène correcte et non excessive comme vu précédemment, il peut être appliqué après les tétées une mince couche d'onguent antibiotique topique ou un onguent combiné composé d'un antibiotique, d'un antifongique et d'un anti-inflammatoire.

3 MATERIEL ET METHODE

3.1 CONTEXTE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

Cette enquête, effectuée dans le cadre du « Réseau Sécurité Naissance Naître Ensemble » des Pays de la Loire et organisée par la « Commission allaitement » de ce même réseau, a pour but d'étudier les crevasses et leur prise en charge dans certaines maternités du Réseau Sécurité Naissance.

Précédemment, deux enquêtes ont été menées concernant l'allaitement par cette Commission. En 2006 et 2007, ont été étudiés respectivement les arrêts précoces du premier mois et la durée de l'allaitement maternel. Afin de compléter ces travaux épidémiologiques, l'enquête sur les crevasses a été mise en place sur les années 2010 et 2011. En effet, une faible littérature concerne les crevasses alors qu'elles touchent un grand nombre de femmes allaitantes. Elles apparaissent lors de situations variables et différentes thérapeutiques sont alors proposées aux femmes sans preuve de leur efficacité.

Dans ce contexte, différents objectifs ont été définis :

- Etude de l'incidence, du moment d'apparition et des caractéristiques des crevasses.
- Etude des types de traitements mis en place et des résultats suivant le temps
- Etude des critères qui favorisent l'apparition des crevasses

3.2 MÉTHODE

Cette enquête a été réalisée dans les services de huit maternités du réseau sécurité naissance : les CH du Mans, de Cholet, de Château-Gontier, de St-Nazaire, de Laval et de Saumur, ainsi que la Clinique du Parc de Cholet et le CHU de Nantes.

Elle consiste en une étude cas-témoins incluant des mères allaitantes, acceptant de participer à l'étude et répondant aux critères suivants : grossesse menée à terme (> 37 SA), mère en maternité, accouchement par voie basse ou césarienne, enfant singleton, sans pathologie maternelle (pas de pathologie cutanée, ni d'antécédent de chirurgie mammaire), ni de pathologie néonatale (enfant non infecté, ni perfusé), sans séparation mère-enfant. Un questionnaire a été proposé aux mères répondant à ces critères, souffrant de crevasses : les « cas », ou non : « les témoins », séjournant dans des chambres contiguës.

L'enquête consiste en la distribution d'un questionnaire écrit à chaque patiente (cf. annexe I), rempli en sortie de maternité par la mère aidée ou non par des professionnels. Ce questionnaire regroupe des données concernant le contexte social du couple, le contexte physique de la mère, des informations sur sa grossesse, sur l'accouchement ainsi que sur

son séjour à la maternité. Ensuite, pour les patientes présentant des crevasses, celles-ci sont décrites selon leur localisation, leur profondeur et la douleur ressentie. Une mise au sein est observée afin de dépister un éventuel problème de position du bébé et d'évaluer la qualité de sa succion. Aussi, des informations concernant les traitements mis en place sont recueillies. Un appel téléphonique est ensuite effectué dans le premier trimestre afin de nous renseigner sur le devenir de l'allaitement et sur l'évolution des crevasses pour les « cas ».

3.3 RECUEIL DES DONNÉES

Lors de cette étude, notre rôle a été de recueillir les données concernant le CHU de Nantes afin de compléter les données des autres maternités du réseau. Ce recueil a eu lieu entre le 31 Mai et le 21 Août 2011.

Devant le nombre variable de femmes allaitantes et de femmes présentant des crevasses dans le service, il nous a été impossible de recruter chaque « témoin » dans la chambre contiguë de chaque « cas ». Ainsi, les cas étaient reconnus par les sages-femmes et auxiliaires de puériculture de la maternité. Les témoins étaient recrutés auprès des femmes allaitantes, sans crevasse, qui acceptaient de participer en tentant de préserver, au final, un équilibre entre le nombre de cas et le nombre de témoins et d'obtenir 50 « cas » et 50 « témoins ».

De plus, étant donné le nombre important de patientes recrutées, les appels concernant leur devenir ont été réduits à un unique appel à partir des deux mois de l'enfant.

Pour les sept maternités en dehors du CHU de Nantes, des sages-femmes et des auxiliaires de puériculture de chacune des maternités ont recueilli les données concernant les femmes avec crevasses et les témoins de mai 2010 à juillet 2011. Chaque centre avait un nombre de cas proches de celui des témoins. Les appels au domicile ont eu lieu dans les 2 mois suivant l'accouchement.

3.4 VARIABLES

Les mères sont caractérisées par leur âge, leur profession, le type d'emploi.

La sensibilité de la peau a été déterminée par la classification de Fitzpatrick qui est utilisée pour les risques dans les mélanomes ; elle va de la peau très claire à la peau noire. Elle ne correspond sans doute pas à la fragilité de la peau, mais permet de classer selon une échelle publiée.

La latéralité des femmes est renseignée en précisant si elles sont, de manière exclusive ou non, droitères ou gauchères.

Leur indice de masse corporelle est aussi indiqué (IMC).

Nous prenons aussi en compte leur parité ainsi que leurs expériences concernant l'alimentation de leurs autres enfants : s'ils ont été allaités, si ces allaitements ont été réussis

et si elles présentaient des crevasses. Les patientes nous précisent aussi le moment auquel elles ont fait le choix d'allaiter, la durée d'allaitement qu'elles souhaitent et si elles ont effectué une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Enfin, le questionnaire nous renseigne aussi sur les modalités de l'accouchement (terme, anesthésie et mode d'accouchement) et sur le nouveau-né (sexe, poids, peau-à-peau et première mise au sein).

La suite du questionnaire nous permet d'avoir des informations sur l'allaitement pendant le séjour en maternité : garde continue du bébé, utilisation de sucette, compléments, tire-lait, bouts de sein, coquilles, évocation d'un frein de langue avec frénectomie ou non, forme du mamelon, douleur aux tétées, évolution du poids de l'enfant. La qualité des tétées a été appréciée grâce aux critères suivants : qualité de l'éveil du bébé au moment de la tétée, réflexe de foussement, prise du sein et type de succion, permettant le calcul du score d'IBFAT. Le score d'IBFAT est une échelle de comportement de l'enfant au sein cotée de 0 à 12 et considérée comme normale si supérieure ou égale à 10 (cf. annexe II).

Le ressenti de mère quant à leur allaitement pendant le séjour est aussi renseigné.

Les crevasses sont décrites selon leur localisation par quadrants. Leur profondeur est décrite selon quatre stades : le stade A pour une atteinte superficielle avec une peau intacte (érythèmes, ecchymoses, rougeurs, contusions, boursouflures), le stade B pour une atteinte superficielle avec altération des tissus (abrasion, fissures peu profondes, zébrures « de compression », phlyctène), le stade C pour une érosion partielle (ulcération ou perte de substance jusqu'aux couches inférieures du derme, fissure profonde) et le stade D pour une ulcération du derme (perte de substance profonde).

A la consultation téléphonique de 2 à 3 mois, il était demandé si les femmes avaient un travail à reprendre et à quelle date, si l'allaitement était poursuivi et s'il était exclusif ou partiel. Les mères nous précisaient, ensuite, si elles avaient rencontré des professionnels pour l'allaitement depuis leur sortie de la maternité, quels étaient ces professionnels, le nombre et le type de contacts (consultations ou appels téléphoniques) et leur motif.

3.5 ANALYSE DES DONNÉES

La saisie des données de cette étude a été faite grâce au logiciel EPIDATA 3.1 et leur analyse grâce au logiciel EPIDATA ANALYSIS 2.1.

La description des variables qualitatives repose sur un pourcentage. La description des variables quantitatives repose sur la moyenne et un écart-type de la population. En cas de répartition asymétrique, la médiane est présentée avec l'étendue, avec la valeur la plus basse et la valeur la plus haute.

Pour la comparaison entre les cas et les témoins, les tests sont effectués avec un seuil de décision de $p < 0.05$. Les pourcentages sont comparés avec la méthode du χ^2 ou le test de Fisher selon les effectifs. Les moyennes sont comparées par le test t de Student ou par une analyse de variance ANOVA en cas de répartition normale ou par les tests de Kruskal-Wallis ou de Mann-Whitney en cas de répartition non normale. Pour tenir compte des liens entre variables, une analyse multivariée en régression logistique permet de déterminer la ou les variables les plus importantes pour expliquer les crevasses.

Pour analyser la durée d'allaitement, compte tenu des perdues de vue et des délais variables d'appel, une méthode de survie de Kaplan-Meier a été utilisée. L'événement concerne l'absence d'allaitement au moment de l'appel. Une médiane de durée d'allaitement est déterminée par la probabilité de 50 %. Pour les comparaisons, le test utilisé est le logrank au seuil de $p < 0.05$.

4 RESULTATS

4.1 POPULATION ÉTUDIÉE

Répartition selon les maternités : 211 mères dans 8 maternités du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire.

Tableau I : Répartition de l'échantillon dans les huit maternités

Maternités	
CH CHATEAU-GONTIER	17
CH CHOLET	24
CH LAVAL	8
CH LE MANS	9
CH SAUMUR	6
CH ST NAZAIRE	24
CHU NANTES	100
CL PARC	23
Total	211

A Nantes, 104 patientes remplissaient les critères d'inclusion mais 4 ont refusé de participer à cette étude. L'enquête concerne donc 100 patientes dont 50 « cas » et 50 « témoins » à Nantes. Le suivi à deux mois n'a pu être fait pour 2 patientes de cet échantillon qui sont restées injoignables.

L'âge moyen des mères est de 30,1 ans \pm 5,3 (de 15 à 43 ans).

Les couples appartiennent à différentes catégories socioprofessionnelles, 31% des pères et 28 % des mères sont cadres ou exercent une profession intermédiaire et dans 39 % des cas les deux membres du couple font partie de cette catégorie socio-professionnelle.

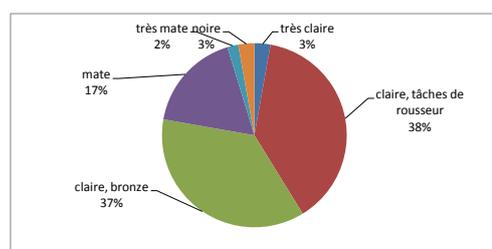
4.2 DESCRIPTION DES MÈRES

Parmi l'échantillon, 93 % des femmes sont droitières et 86 % des femmes utilisent uniquement leur main dominante.

L'indice de masse corporel (IMC) moyen de ces femmes est de 22,6 (de 17 à 39), on note 19 % de surpoids (IMC>25) dont 6 % d'obésité.

Les mères ont des peaux déclarées comme claires dans $\frac{3}{4}$ des cas ; les peaux noires ne représentent que 3 % des cas (cf. figure 2).

Figure 2 : Type de peau déclaré par les femmes selon la classification de FITZPATRICK (% de l'échantillon)



Ces femmes ont été allaitées par leur mère pour 48 % d'entre elles.

Les mères constituant l'échantillon, sont à 77 % des multipares, et ont pour 90 % d'entre elles allaité leur(s) autre(s) enfant(s) et, pour 3% d'entre elles, seulement une partie de leurs enfants. Cette (ou ces) expérience(s) d'allaitement ont été un succès pour 74% des mères, un échec pour 4 % d'entre elles et « un peu des deux » pour 23 % de l'échantillon. Enfin, 67 % des femmes recrutées ont des antécédents de crevasses, 44 % à tous leurs allaitements (dont 92 % de deuxièmes pares) et 23 % à un seul de leurs allaitements.

74 % d'entre elles ont bénéficié d'une préparation à la naissance et à la parentalité. Ce qui représente 96 % des primipares et 68 % des multipares.

Elles ont pris la décision d'allaiter avant la grossesse pour 75 % d'entre elle, ce qui représente 67 % des primipares et 77 % des multipares. 22 % des femmes recrutées ont fait ce choix pendant la grossesse soit 27 % des primipares et 20 % des multipares. Pour 3 % de l'échantillon, le choix a été fait au moment de la naissance.

Leur souhait quant à la durée de leur allaitement est en moyenne de 8 semaines et la durée médiane est de 16 semaines.

4.3 ACCOUCHEMENT

L'âge gestationnel moyen auquel a eu lieu l'accouchement des mères de l'échantillon est 39.9 SA \pm 1.2. Les enfants nés de ces mères sont à 56 % des garçons et ont un poids de naissance moyen de 3370 g \pm 429, soit 3440 g pour les garçons versus 3285 g pour les filles.

L'accouchement s'est déroulé pour 76 % des mères de l'échantillon sous analgésie péridurale et, pour 21 % d'entre elles, sans anesthésie. Une antibiothérapie a été mise en place chez 35 % des mères de l'échantillon. La quantité moyenne de liquide perfusé pendant le travail est de 1300 mL (de 0 à 400 mL).

Une aspiration gastrique est effectuée à 41 % des enfants et 12 % d'aspirations nasales sont recensées mais cette information n'était pas renseignée pour 52 % de l'échantillon.

4.4 PRATIQUES DE L'ALLAITEMENT

Parmi les pratiques de l'allaitement maternel décrites ci-dessous, certaines correspondent à « l'esprit » IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés) comme la pratique du peau-à-peau, la cohabitation en continu. En revanche, l'utilisation de sucettes, de compléments vont à l'encontre de l'IHAB. Il est important de noter qu'il n'existe pas de condition relative aux crevasses dans cette initiative.

4.4.1 EN SALLE DE NAISSANCE

Le peau-à-peau est pratiqué pour 89 % des dyades mère-enfant, avec un taux de 96% pour les accouchements par voie basse et de 53 % pour les césariennes. Il a une durée moyenne 77 minutes (de 0 à 180 minutes). La première mise au sein a lieu en salle de naissance pour 87 % des dyades et pour 78 % des dyades la première tétée a lieu dans les deux premières heures.

4.4.2 EN SUITES DE COUCHES

La cohabitation en continu est respectée pour 90 % de l'échantillon. Parmi les mères du reste de l'échantillon, 2 % ne gardaient jamais leur enfant la nuit et 64 % des enfants étaient ramenés systématiquement à leur mère pour les tétées. La position de l'enfant est revue par un professionnel pour 75 % des dyades mère-enfant.

Un frein de langue est évoqué chez 11 % des enfants de l'échantillon et a été coupé dans 63 % des cas. Ces nouveau-nés ont une sucette pour 23 % d'entre eux et 32 % reçoivent des compléments.

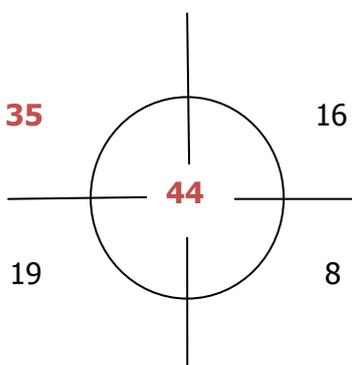
Les mères évoquent une douleur lors des tétées pour 85 % d'entre elles. Elles sont 27 % à déclarer avoir une forme de mamelon pouvant gêner la mise au sein (10 % :

certainement, 17 % : un peu). 9 % d'entre elles utilisent un tire-lait au cours du séjour en maternité, 24 % des bouts-de-sein et 5 % des coquilles. Elles sont 91 % à déclarer avoir plaisir à allaiter, plaisir modéré pour 60 % d'entre elles par des contraintes. Au final, elles sont 86 % à avoir un avis positif sur le séjour. Avant leur sortie, 54 % avaient reçu des conseils et des adresses et 27 % seulement reçu des conseils. Les 3 plaquettes du réseau Sécurité naissance ont été distribuées à 43 % des mères.

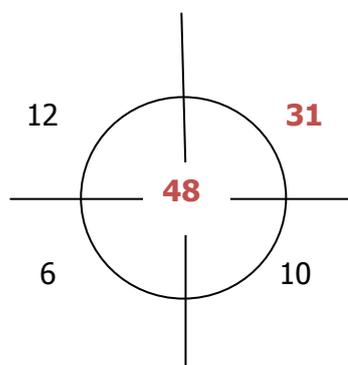
4.4.3 DESCRIPTION DES 101 CREVASSES

4.4.3.1 Siège des crevasses

Sein droit :



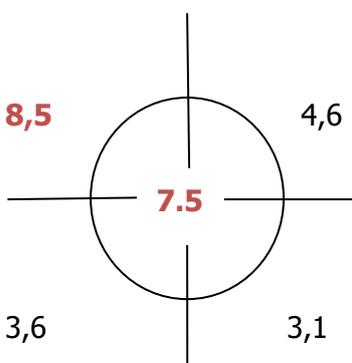
Sein gauche :



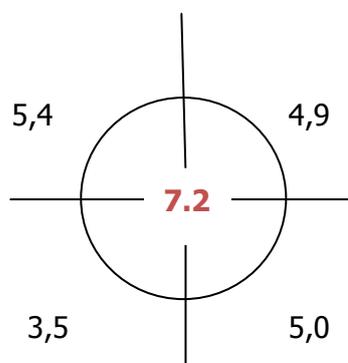
Les crevasses siègent majoritairement au niveau du centre et du quadrant supéro-externe des mamelons.

4.4.3.2 Douleur par quadrant (score avec EVN sur 10)

Sein droit :



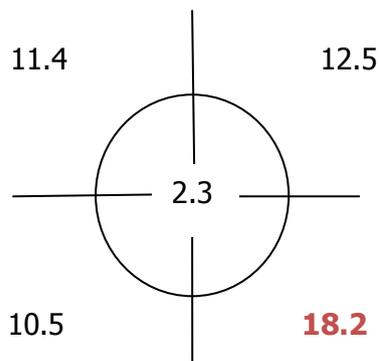
Sein gauche :



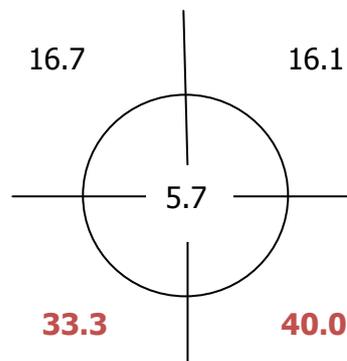
Les douleurs les plus intenses sont ressenties au niveau du centre et du quadrant supéro-externe du mamelon droit. Pour le mamelon gauche, une douleur plus intense est décrite uniquement au niveau du centre du mamelon.

4.4.3.3 Profondeur par quadrant (% de lésions profondes)

Sein droit :



Sein gauche :



Les crevasses les plus profondes sont observées au niveau du quadrant inféro-interne pour le mamelon droit et au niveau des deux quadrants inférieurs pour le sein gauche.

Ces résultats ne montrent pas de corrélation entre la profondeur des crevasses et l'importance de la douleur ressentie.

4.4.3.4 Signes cliniques associés aux crevasses

La présence de sang est le signe clinique le plus associé aux crevasses, il est retrouvé chez 31 % des cas. Les signes locaux d'infection, les mastites et les canaux bouchés sont peu retrouvés parmi les cas. De plus, aucune candidose n'est observée.

4.4.3.5 Facteurs favorisants observés

Une position non optimale de l'enfant au sein est constatée dans 45% des observations. Les causes les plus décrites sont : une bouche peu ouverte, des lèvres non retroussées, enfant non ventre-à-ventre avec la mère.

Les mères ayant des crevasses présentent un mamelon beaucoup rétracté pour 4 % d'entre elles et un peu rétracté pour 21 %. Elles sont 8 % à avoir une hypertrophie mammaire importante et 23 % à avoir une hypertrophie mammaire moyenne.

Un frein de langue court est observé chez 8 % des enfants de mères ayant des crevasses, une petite bouche chez 9 % d'entre eux et un torticolis chez 7 % de ces enfants

Le score d'IBFAT (Infant Breast-Feeding Assessment Tool) noté sur 12 points (cf. annexe II) a été établi par les professionnels pour ces enfants de mères ayant des crevasses

afin d'évaluer leur comportement au sein. Ce score est non-optimal (<10) pour 25 % de ces enfants (avec 11 % de données manquantes).

4.4.4 TRAITEMENTS PROPOSÉS

✓ Avant la tétée :

- Lait maternel : 39 fois
- Verre d'eau chaude : 13 fois
- Massage aréolaire : 11 fois
- Massage circulaire du sein : 10 fois
- Expression manuelle : 10 fois
- Glaçon sur la crevasse : 7 fois
- Compresse chaude : 6 fois
- Contre-pression de l'aréole : 2 fois
- Autres : homéopathie, tire-lait, un sein par tétée, moxibustion : 1 fois

✓ Pendant la tétée :

- Changement de position : 41 fois
- Ecrans : 41
- Autre : moxibustion : 1 fois

✓ Après la tétée :

- Crème LANSINOH° : 59 fois
- Lait maternel : 45 fois
- Pansement/compresse hydrogel : 35 fois
- Seins à l'air : 17 fois
- Crème PURELAN° : 15 fois
- Coussinet imprégné de lait maternel : 14 fois
- Film alimentaire : 12 fois
- Autres crèmes : 11 fois (dont DODDIE° : 8 fois)
- Coquilles : 8 fois
- Sèche-cheveux, crème BARIEDERME°, crème antibiotique (Mupirocine), BETNEVAL° et suspension de la tétée avec recueil du lait = 1 fois

Les traitements proposés ont été relevés de manière quantitative, sans observation des schémas thérapeutiques appliqués dans les services.

4.4.5 COMPARABILITÉ DES CAS ET DES TÉMOINS

101 crevasses et 110 témoins dans 8 maternités du RSN des Pays de la Loire :

Figure 3 : Nombre de cas et témoins par maternité

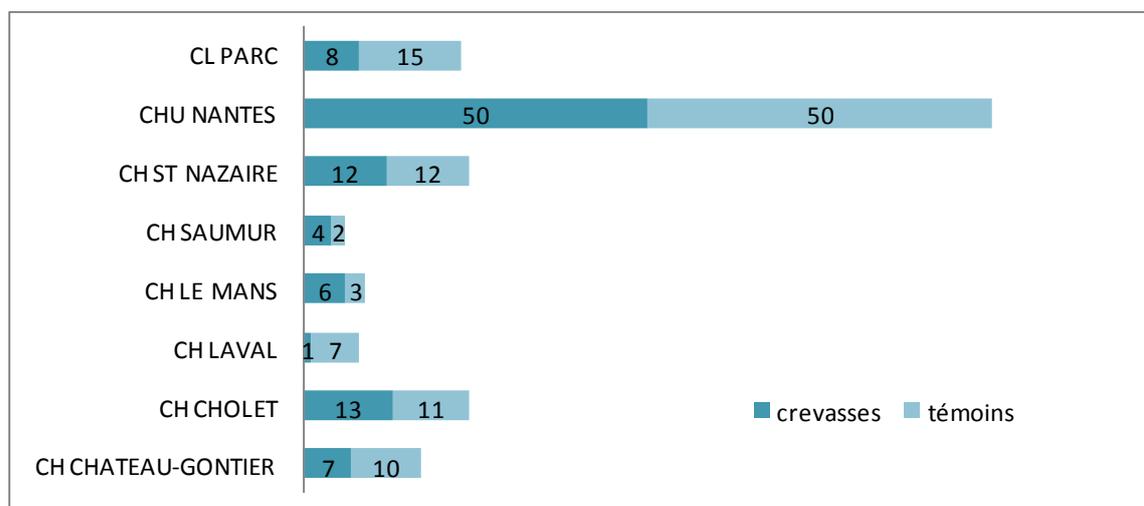


Tableau II : Caractéristiques des mères pour les cas et les témoins

Variables	Mères avec crevasses n=101	Mères sans crevasse N=110	p
Age mères (ans)	29,7 ± 4.6	30,4 ± 5.9	0,33
Mères cadres (%)	31	26	0,40
Couples cadres (%)	43	36	0,36
Latéralité			
Droitières (%)	94	92	0,53
Exclusives D ou G (%)	82	85	0,64
Primiparité (%)	26	21	0,41
Mères allaitées (%)	46	50	0,61
Moment du choix avant la grossesse (%)	75	75	0,51
Durée prévue (semaines)	16.4 ± 10.1	17.5 ± 10.5	0,49
Préparation (%)	77	72	0,46
IMC moyen	22,4 ± 3.9	22,7 ± 4.3	0,62
Surpoids + obésité (%)	14	23	0,10
Terme (SA)	40,0 ± 0.9	39,7 ± 1.4	0,09

Le tableau II montre que les cas et les témoins sont comparables pour les données générales.

4.4.6 FACTEURS DES CREVASSES

Tableau III : Facteurs de crevasses par rapport aux témoins

Variables	Mères avec crevasse	Mères sans crevasse	p
Couples cadres (%)	47	36	0,36
Age	30 +/- 5	30+/-6	0,33
Peaux très claires (types 1 et 2 versus >2) (%)	48	35	0,04
Droitières (%)	94	92	0,53
Exclusives (%)	82	85	0,64
Mères allaitées (%)	49	50	0,38
Primipares	26	21	0,41
Autres enfants allaités (au moins 1) (%)	50	56	0,39
Crevasse avant (%)	35	12	0,0001
Durée prévue (semaines)	52 +/-70	31+/-32	0,21
Préparation à la naissance (%)	77	72	0,46
IMC moyen	22	22	0,36
Surpoids + obésité (%)	14	23	0,10
Voie basse (%)	82	85	0,64
Césarienne (%)	18	16	0,64
Anesthésie (%)	83	76	0,17
Poids de naissance moyen	3380+/-430	3360+/-430	0,68
>4000g (%)	7	8	0,73
<2500g (%)	2	1	0,51
Garçons (%)	51	57	0,32
Peau-à-peau en salle de naissance (%)	87	91	0,49
Durée moyenne (min)	66	73	0,31

Deux critères préexistant aux crevasses qui sont significatifs sont la couleur (fragilité) de la peau et l'existence de crevasses aux autres allaitements, montrant un facteur constitutionnel chez la femme.

Tableau IV (suite) : Facteurs de crevasses par rapport aux témoins

Variables	Mères avec crevasses	Mères sans crevasse	p
1^{ère} mise au sein en SdN (%)	84	90	0,21
Tétée dans les 2 heures (%)	75	81	0,32
Bébé gardé jour et nuit (%)	88	91	0,51
Sucette (%)	22	24	0,75
Frein de langue (%)	11	10	0,81
Coupé (%)	67	58	0,68
Complément (%)	38	26	0,07
>10 fois	4,0	2,7	0,62
Nombre moyen	2,5	2,3	0,57
Biberon Vs autres moyens(%)	56	32	0,09
Mamelon gênant la mise au sein (%)	33	21	0,058
Position revue (%)	87	63	0,0001
Douleur lors tétées	99	71	< 10⁻⁵
Utilisation tire-lait (%)	15	5	0,01
Utilisation bout de sein (%)	38	12	< 10⁻⁵
Utilisation coquilles (%)	4	6,2	0,43
Perte pds max (%)	-6,5	-6,5%	0,84
Confiance (toujours ou souvent) (%)	63	69	0,38
IBFAT simple (4- /12)	9,5 +/- 2	9,7 +/-2	0,48
IBFAT simple < 10 (%)	42	36	0,44
IBFAT complet (6- /18)	13,2 +/-2,6	13,6+/-2,8	0,31
Aspiration gastrique (%)	42	40	0,33
Aspiration nasale (%)	12	12	0,57
Perfusion accouchement (%)	97	97	0,92
Quantité liquide (mL)	1290	1290	0,98
Quantité > 2L (%)	7	6	0,87
Antibiothérapie à l'accouchement	29	36	0,24

Les facteurs significatifs sont autant des conséquences des crevasses que des causes pour les facteurs suivants : douleur lors des tétées, utilisation d'un tire-lait, de bouts-de-sein, de coquilles.

On remarque que la position au sein a tendance à être plus revue pour les femmes ayant des crevasses, cette variable fait partie des conséquences des crevasses.

Tableau V : Analyse multi-variée des facteurs de crevasses (facteurs significatifs)

Variables	Modèle 1 sans complément		Modèle 2 avec complément	
	OR	p	OR	p
Crevasses antérieures	3.09 (1.63 - 5.84)	0.01	3.08 (1.62 - 5.84)	0.01
Absence de crevasse ou primipares	1		1	
Peau très claire	2.09 (1.16 - 3.78)	0.01	2.20 (1.21 - 4.03)	0.01
Peau autre	1		1	
IMC ≥ 25	2.69 (1.23 - 5.87)	0.009	2.87 (1.30 - 6.34)	0.009
IMC < 25	1		1	

* Variables introduites : clarté de la peau, antécédents de crevasses, IMC ≥ 25, âge maternel, compléments et latéralisation.

L'analyse multi-variée est effectuée avec deux modèles, avec ou sans le complément, car nous ignorons si la chronologie entre la prise du complément et l'apparition de la crevasse. Les antécédents de crevasses, la peau très claire de la mère, et l'IMC ≥ 25 restent significatifs, en analyse multi-variée quelque soit le modèle.

Tableau VI : Conséquences des crevasses

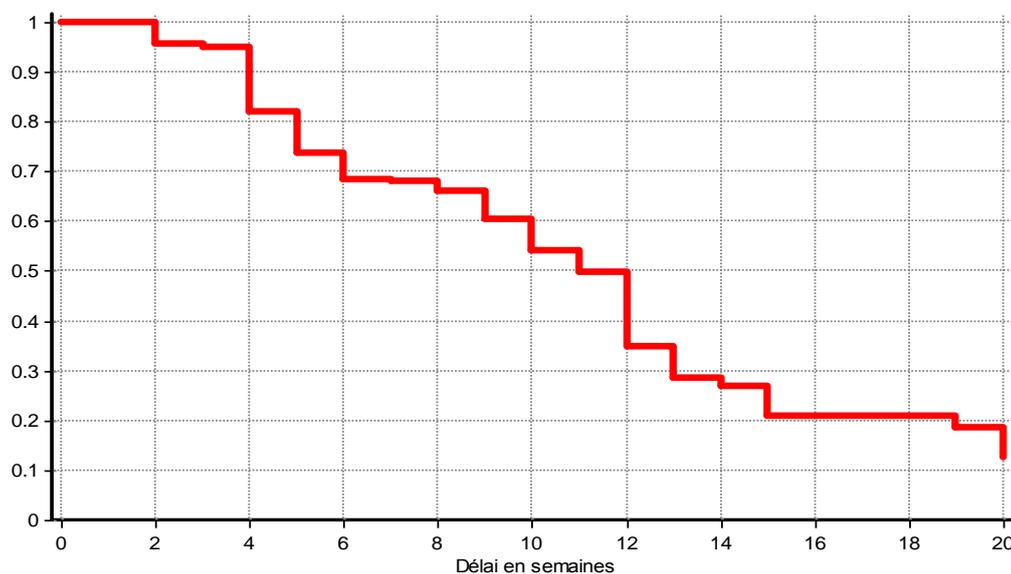
Variables	Mères avec crevasses	Mères sans crevasse	p
Besoin d'aide (%)	88	87	0,85
Beaucoup(%)	28	14	0,01
Plaisir à allaiter (%)	86	96	0,02
Sans contrainte (%)	23	38	0,05
Bonne perception du séjour (%)	77	90	0,01
Conseils et adresses (%)	47	57	0,37
3 plaquettes RSN remises(%)	39	46	0,66
Durée du séjour (j)	4,4	4,2	0,22
Différence pds sortie (g)	- 111 ± 93	- 112 ± 106	0,90
Poids de sortie (%/PN)	- 3,1 ± 2.7	- 3,3 ± 3.0	0,70

Les mères avec des crevasses, nécessite d'une aide plus importante, ont moins de plaisir à allaiter et ont une moins bonne perception de leur séjour en maternité par rapport aux témoins.

4.4.7 APPEL TELEPHONIQUE DES PATIENTES

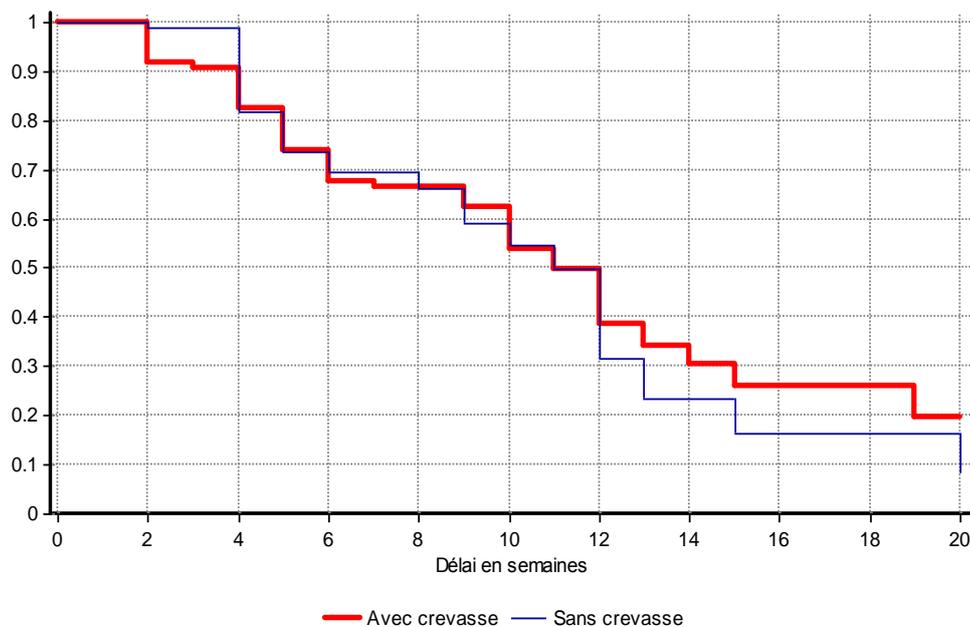
184 appels notés soit 87 % de l'échantillon. Le délai moyen des appels est de 10 semaines (2 à 21 semaines) et le taux d'allaitement au moment de l'appel est de 70,7 % (49,5 % exclusif et 21,2 % partiel).

Figure 4 : Durée d'allaitement en fonction du temps



La durée médiane de l'allaitement des femmes de l'échantillon est de 11 semaines.

Figure 5 : Durée d'allaitement selon l'existence de crevasses ou non



Selon ces deux courbes de survie, la durée médiane de l'allaitement est de 11 semaines que les femmes aient des crevasses ou non ($p=0,44$).

Lors de l'appel, 84% des femmes allaitent à la demande en moyenne (85 % versus 83 %). Les femmes déclarent avoir un travail à reprendre ou déjà repris à 68 % pour les « cas » versus 58 % pour les « témoins » (p=0,18).

Depuis leur sortie de la maternité les femmes de l'échantillon ont consulté les professionnels cités dans le tableau suivant pour l'allaitement avec 2,3 consultations et un appel téléphonique en moyenne.

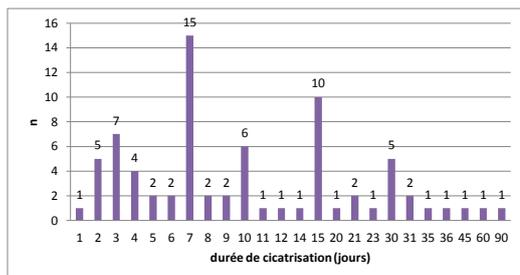
Tableau VII : Professionnels consultés pour l'allaitement depuis la sortie

Professionnels	Mères avec crevasses	Mères sans crevasse	p
Généraliste	10%	20%	0,09
SF libérale	20%	10%	0,05
Pédiatre libéral	7%	7%	0,92
SF PMI	1%	2%	1
Médecin PMI	4%	2%	0,71
Puer PMI	16%	19%	0,54
SF hospitalière	4%	2%	0,43
Pédiatre hospitalier	---	3%	0,25
Urgences hospitalières	1%	1%	1
Consultante en lactation	1%	---	0,49
Association	2%	1%	0,60

Les femmes consultent majoritairement leur médecin généraliste et leur sage-femme libérale pour l'allaitement. Lorsqu'elles présentent des crevasses, elles contactent plus fréquemment une sage-femme libérale.

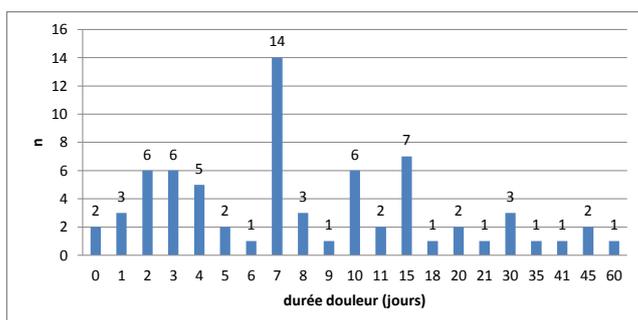
Le temps de cicatrisation des crevasses (notée 75 fois) est de 14 jours en moyenne (de 1 à 90 jours). Trois durées de cicatrisation se distinguent, en moins de 5 jours le ¼ des crevasses a cicatrisé, une cicatrisation en moins de 8 jours pour la moitié des crevasses et au bout de 15 jours, les ¾ des crevasses ont cicatrisé (cf. figure 6).

Figure 6 : Durée de cicatrisation des crevasses



La durée moyenne de la douleur (notée 70 fois) est de 11 jours (de 0 à 60). La douleur a duré moins de 7 jours pour la moitié des « cas » et moins de 4 jours pour ¼ des « cas ».

Figure 7 : Durée de la douleur due aux crevasses



Traitements perçus comme les plus efficaces parmi 86 traitements cités :

- **la lanoline** citée 25 fois (dont LANSINOH° (18 fois), DODDIE° (4 fois) et PURELAN° (3 fois))
- **les coussinets d'hydrogel** cités 16 fois
- **le lait maternel** cité 12 fois

Noter que 6 patientes ont considéré qu'aucun traitement n'était réellement efficace.

5 DISCUSSION

5.1 ANALYSE DE LA VALIDITÉ DE L'ÉTUDE

5.1.1 POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

Cette étude multicentrique sur les crevasses a pu être faite dans un réseau de périnatalité, le Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire, sur 8 maternités avec 211 femmes allaitantes recrutées. Les témoins, les mères sans crevasse, recrutés sont comparables avec les cas, les mères avec crevasses, permettant de comparer les facteurs préexistants aux crevasses.

Les facteurs retrouvés sont la fragilité de la peau, le surpoids ($IMC \geq 25$) et pour les multipares, les antécédents de crevasses ; ils peuvent être qualifiés de constitutionnels. Il n'a pas été retrouvé de facteurs liés à l'enfant.

Une analyse descriptive des crevasses a été possible concernant leur aspect, leur localisation, leur profondeur et la douleur qu'elles provoquent.

La durée d'allaitement n'est pas différente avec ou sans crevasses, montrant l'impact relativement mineur des crevasses sur la conduite d'un allaitement.

Les traitements utilisés sont assez homogènes (positions d'allaitement, lait maternel in situ, crèmes à base de lanoline ou hydrogel) ; cette étude ne constitue pas un essai thérapeutique mais une étude d'observation de pratiques.

5.1.2 LIMITES DE L'ÉTUDE

Les maternités volontaires sont probablement sélectionnées, mais leur taux d'initiation d'allaitement maternel est le même que les maternités n'ayant pas participé (55.9 % versus 55.6 %), et de toute manière les témoins ont été recrutés dans les mêmes maternités. On peut donc dire que, probablement, les maternités sont représentatives du Réseau des Pays de la Loire.

Certaines données sont manquantes pour les crevasses. Des variations d'observation et de cotation des crevasses sont probables car il n'y a pu avoir un unique observateur.

Les délais de appel sont variables et mais l'analyse « en survie » permet de s'en dédouaner. Aussi des données sont manquantes car certaines femmes de l'échantillon n'ont pu être appelées.

5.2 IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

5.2.1 PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE MATERNELS

5.2.1.1 Influence de la couleur de peau des mères

Notre étude met en avant la couleur de peau des mères comme facteur de risque des crevasses. En effet, nous retrouvons, significativement plus de femmes ayant la peau très claire (types 1 et 2 auto-déclarés selon la classification de Fitzpatrick relative à la sensibilité au soleil) dans le groupe des mères avec crevasses. Ce résultat pourrait permettre de dépister les femmes plus à risque de présenter des crevasses et renforcer la prévention. De plus, aucune étude met en avant ce facteur de risque, il serait donc intéressant d'approfondir nos recherches à ce sujet en mettant au point une classification plus précise de la pigmentation de la peau des femmes afin de confirmer cette prédisposition constitutionnelle aux crevasses.

5.2.1.2 Femmes présentant des mamelons invaginés ou plats

Selon le *Traité de l'allaitement* de La Leche League (LLL) [7], les mamelons véritablement invaginés ou repliés peuvent prédisposer aux douleurs et aux crevasses car le tissu environnant a une moins bonne capacité d'étirement. Dans notre étude, nous remarquons une tendance à avoir plus de mamelons ayant une forme qui, selon les mères, gêne à la mise au sein chez les « cas ». Toujours selon la Leche League, les mamelons véritablement invaginés sont rares et les techniques palliant à ce trouble n'ont pas prouvé leur efficacité. Paradoxalement, nous retrouvons un grand nombre de femmes qui considèrent la forme de leur mamelon comme gênante pour les mises au sein. De plus, ces chiffres sont cohérents avec le nombre de mamelons rétractés vus par les professionnels lors de l'observation des tétées des « cas ». Ces chiffres importants par rapport aux données de la littérature peuvent peut-être être expliqués par une partie de mamelons plats excessivement étiquetés comme invaginés.

5.2.1.3 Impact du choix de l'allaitement

Concernant le choix de l'allaitement, nous ne retrouvons pas d'effet bénéfique des cours de préparation à la naissance, ni du fait que les mères aient été elles-mêmes allaitées, ni de la précocité du moment du choix de l'allaitement maternel sur l'apparition des crevasses. Une étude sociologique concernant l'influence des paramètres du choix de l'allaitement sur son devenir serait intéressante à mener pour mieux en comprendre les aspects psychologiques.

5.2.1.4 Rôle de l'obésité dans l'apparition des crevasses

Chez les femmes présentant au minimum un surpoids (BMI>25) nous montrons une tendance à développer plus de crevasses. L'étude de Mehta et al. [32] montre seulement que l'obésité induit un faible taux d'allaitement et une durée brève d'allaitement exclusif. Aucune étude n'est retrouvée concernant l'obésité et les crevasses.

5.2.1.5 Influence de la parité et des allaitements précédents

Nous montrons de manière significative que les femmes ayant un antécédent de crevasses sont plus nombreuses à avoir des crevasses. Cet antécédent pourrait donc être considéré comme un facteur prédisposant aux crevasses et nous permettre de renforcer la prévention chez ces femmes. Ce facteur de risque maternel laisse supposer une prédisposition maternelle aux crevasses qu'il serait intéressant d'explorer.

5.2.1.6 Présence de la douleur

La douleur est pratiquement présente chez toutes les mères présentant des crevasses et est significativement plus présente par rapport aux femmes sans crevasse ce qui confirme la valeur diagnostic de la douleur pour les crevasses. Ces résultats sont concordants avec l'étude de Blair A et al. [33] qui montre un lien entre mauvaise position de l'enfant au sein et douleur du mamelon.

5.2.1.7 Anesthésie lors de l'accouchement

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de lien entre l'apparition de crevasses et une analgésie péridurale pendant l'accouchement. L'étude de Torvaldsen et al. [25], montre des difficultés dans le démarrage de l'allaitement menant à des arrêts précoces de l'allaitement chez les femmes bénéficiant d'analgésie péridurale. Cette étude ne mettait pas en cause les crevasses dans les difficultés de l'allaitement observées.

5.2.1.8 Antibiothérapie lors de l'accouchement

Nous n'avons constaté aucune lésion de type candidose pendant l'étude malgré l'utilisation fréquente d'antibiotiques en per-partum. Pourtant leur utilisation augmente le risque d'infection par *candida albicans* [12]. Nos résultats pourraient s'expliquer, soit par une apparition plus tardive de cette pathologie, soit par un défaut de diagnostic de cette dernière dans les services.

5.2.1.9 Fréquence de l'utilisation du tire-lait

Nous observons une utilisation plus fréquente du tire-lait chez les femmes ayant des crevasses mais nous ne pouvons juger du rôle du tire-lait dans l'apparition des crevasses. En effet, le moment et la raison de l'utilisation du tire-lait ne sont pas précisés. Nous ne savons

donc pas si le tire-lait est à l'origine de ces crevasses ou s'il est utilisé après l'apparition de ces dernières.

5.2.1.10 Fréquence de l'utilisation des bouts-de-sein

L'utilisation de bouts de sein est elle aussi une conséquence des crevasses car ils permettent de diminuer la douleur à la prise du sein en protégeant le mamelon. Ils permettent aussi une meilleure prise du sein en présence de mamelons plats. Leur utilisation est donc logiquement plus importante dans le groupe des femmes avec crevasses.

5.2.2 PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE NÉONATALS

5.2.2.1 Rôle de la cohabitation mère-bébé

Que les femmes aient des crevasses ou non, le nouveau-né est majoritairement gardé par sa mère en continu pendant son séjour en maternité en conformité avec la condition n°7 de l'IHAB (cf. annexe III).

5.2.2.2 Impact de la confusion sein-tétine

La littérature met en avant un mauvais apprentissage de la succion lorsqu'une tétine artificielle est introduite précocement : c'est la confusion sein/tétine. Selon l'étude de Mizuno et al [11], la succion de l'enfant au biberon est différente de celle des enfants au sein et interfère dans l'apprentissage de l'enfant. Nous ne montrons pas de pourcentage d'enfants utilisant une tétine plus important chez les « cas » de notre étude. En revanche, nous observons que les enfants de mères ayant des crevasses sont plus nombreux à recevoir des compléments. Ces compléments peuvent être la cause comme la conséquence des crevasses. En effet, lorsqu'un complément est introduit, il l'est plus souvent fait par le moyen d'un biberon chez les enfants de mères souffrant de crevasses. Il peut alors être à l'origine d'une confusion sein/tétine. De plus, la fréquence de l'utilisation de compléments dans les services nous amène à nous questionner sur leurs indications. En effet, les compléments sont donnés de manière plus importante aux enfants de mères souffrant de crevasse alors que notre étude montre une perte de poids maximale identique chez les enfants des groupes « cas » ou « témoins ».

5.2.2.3 Conséquences d'un frein de langue court

Notre étude ne montre pas de variation de la prévalence de freins de langue chez les femmes ayant des crevasses ou non. Mais nos données ne permettent pas de mettre en avant l'efficacité de la frénectomie sur la diminution des douleurs pendant la tétée et des

crevasses. En effet, le même pourcentage de nouveau-nés a bénéficié d'une frénectomie, que leurs mères souffrent de crevasses ou non. Selon l'étude de Geddes et al [34], observant les effets de la frénectomie sur le mécanisme de succion grâce à des images échographiques, le frein de langue est certainement une cause dans ces difficultés de l'allaitement car la frénectomie permet de diminuer, entre autre, les douleurs du mamelon.

5.2.2.4 Influence de l'aspiration gastrique ou nasale en salle de naissance

L'aspiration gastrique ou nasale du nouveau-né n'est pas, dans notre étude, en cause dans l'apparition des crevasses. Nous n'avons pas retrouvé d'étude montrant une relation de cause à effet entre ces aspirations et l'apparition de crevasses. Néanmoins, comme l'explique l'étude de Rapine-Mougenez [3], nous savons que ces gestes ne doivent pas être réalisés de manière systématique car ils perturbent les réflexes de foussement de l'enfant en interrompant le peau-à-peau.

5.2.2.5 Score IBFAT et apparition des crevasses

Nous ne retrouvons pas de différence significative du score d'IBFAT apprécié par les mères entre les enfants appartenant au groupe « cas » et ceux appartenant au groupe « témoins ». De plus, le score d'IBFAT, coté par les professionnels pour le groupe des mères avec des crevasse est non optimal seulement pour un quart des bébés. Mais il est important de préciser que ce score évalue le comportement de l'enfant au sein et non la qualité de sa succion. Il serait intéressant de pouvoir coter la qualité de succion de l'enfant afin de dépister les succions susceptibles d'être traumatiques pour le sein et de les corriger précocement. D'autant plus qu'une succion de mauvaise qualité entraîne aussi une stimulation de la lactation insuffisante et une vidange du sein incomplète.

5.2.3 FACTEURS DE RISQUE DE LA DYADE MÈRE-ENFANT

5.2.3.1 Rôle de la première mise au sein

En ce qui concerne l'importance de la première mise au sein, les recommandations de l'HAS semblent être parfaitement suivies dans les maternités du RSN. En effet, la pratique du peau-à-peau est répandue, avec dans la plupart des cas une première tétée en salle de naissance dans les 2 heures qui suivent la naissance et ce, sans distinction entre les « cas » et les « témoins » de notre étude. Nous pourrions en déduire que ces pratiques ne protègent pas du risque de crevasse mais il serait intéressant de savoir si le peau-à-peau est bien pratiqué de manière ininterrompue, dans des conditions ne perturbant pas, et même favorisant, les réflexes de foussement.

5.2.3.2 Position de l'enfant au sein et prise en bouche

D'après la littérature, la cause principale de crevasse est une mauvaise position de l'enfant au sein. En effet, une mauvaise prise du sein entraîne une augmentation des frottements au niveau du mamelon et de ce fait une augmentation du risque de crevasses. Notre étude permet de décrire des positions de l'enfant incorrectes au sein chez les femmes présentant des crevasses : une bouche de l'enfant peu ouverte, des lèvres non retroussées, un enfant non ventre à ventre avec sa mère. Il serait intéressant d'observer aussi les tétées des dyades mère-enfant non touchées par les crevasses de façon à mettre en avant une position optimale de l'enfant au sein protectrice des crevasses.

De plus, il est important de remarquer que les observations des positions au sein par les professionnels sont parfois non suffisamment axées sur la bonne prise en bouche du sein. En effet, certaines observations se limitent au type de position prise par la mère (ex : ballon de rugby). Cela laisse présumer de la difficulté d'évaluer une bonne position au sein. La création du score regroupant les critères d'une bonne prise du sein et l'évaluation de son impact sur l'apparition des crevasses ou encore le renforcement des formations des professionnels pourrait permettre de dépister les anomalies, avant qu'elles n'entraînent des crevasses et, par conséquent, permettre aussi leur correction précoce et systématique.

5.2.3.3 Impact de la candidose mammaire

Aucune observation de crevasse pendant l'étude n'a permis de diagnostiquer une candidose mammaire. Plusieurs explications peuvent être données à cela. D'abord, le nombre de patientes constituant notre échantillon. Ensuite le fait que cette pathologie apparait plus tardivement dans l'allaitement. Aussi, nous ne montrons pas une fréquence d'antibiothérapie plus importante chez les « cas » que chez les « témoins ».

5.3 CONSÉQUENCES DES CREVASSES

La présence de crevasses altère, selon les femmes de notre étude, leur séjour en maternité. En effet, elles estiment avoir besoin d'une plus grande aide, jugent leur séjour de moins bonne qualité et ressentent moins de plaisir à allaiter que les femmes du groupe témoin. Cependant, leur durée de séjour moyenne et le poids de sortie de leur enfant sont les mêmes dans les deux groupes. De plus, la durée de l'allaitement n'est pas modifiée par la présence de crevasses. Ces résultats confirment la qualification des crevasses du sein comme pathologies minimales de l'allaitement mais soulignent aussi leur impact sur le vécu des mères.

5.4 TRAITEMENTS AU SEIN DU RESEAU ET DANS LA LITTÉRATURE

Notre étude montre une prise en charge assez homogène dans le réseau malgré le fait que l'étude soit réalisée au sein de 8 maternités ayant des niveaux de prise en charge différents. En effet, les principaux traitements utilisés sont, avant la tétée, le lait maternel, la technique du verre d'eau chaude et le massage aréolaire ; pendant la tétée, le changement de position de l'enfant au sein et les bouts-de-sein ; après la tétée, la crème LANSINOH^o le lait maternel et les compresses d'hydrogel.

Tout d'abord, il est important de noter que, parmi les principaux traitements, est citée la technique du verre d'eau chaude. Cette technique est, en fait, un moyen de palier à un des facteurs associés aux crevasses qu'est l'engorgement et non un moyen de traiter directement les crevasses.

Ensuite, comme le recommande l'étude de Cable, Stewart et Davis [35], la cicatrisation en milieu humide est privilégiée dans les maternités du réseau pour le traitement des crevasses. En particulier par l'utilisation du lait maternel comme cicatrisant comme démontré dans l'étude de Kauffmann-Huysmans [36]. Cependant, les modalités de son utilisation ne sont pas réellement définies dans nos maternités et l'application de quelques gouttes de lait sur le mamelon en fin de tétée ne constitue pas réellement un traitement mais plutôt une prévention des crevasses. Son utilisation en tant que traitement demande plus de rigueur (cf. annexe IV). Il serait donc important de savoir si le lait maternel est utilisé de manière optimale en suites de couches. La cicatrisation en milieu humide est aussi possible grâce à l'utilisation de crèmes à base de lanoline purifiée et de compresses d'hydrogel.

Aussi, il est important de remarquer que les techniques de première ligne permettant une diminution de la douleur et sont, à l'exception du changement de position, employées de manière presque anecdotique (massage aréolaire, glaçons sur le mamelon). Or, elles devraient systématiquement être mises en place. Paradoxalement, l'utilisation du bout-de-sein, sensée être de seconde intention car elle peut entraver l'allaitement, est très répandue. Il serait donc nécessaire d'améliorer la prise en charge de la douleur dans nos services.

Une autre prise en charge, plus atypique, est observée dans nos maternités : la moxibustion, technique appartenant à la médecine traditionnelle chinoise. Il serait intéressant d'en évaluer l'efficacité.

5.5 ROLE DE LA SAGE-FEMME

La sage-femme a un rôle clé dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge des crevasses.

En effet, elle est la première interlocutrice des futures mères. Ainsi, lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, la sage-femme informe les futures mères des avantages de l'allaitement maternel mais aussi des pathologies que les mères pourraient rencontrer.

Lors des premières heures de vie de l'enfant, la sage-femme va mettre en place, dans la mesure du possible, un peau-à-peau continu dans un environnement favorisant les réflexes de foussement du nouveau-né.

Une fois en suites de couches, la sage-femme pourra dépister les mères les plus à risque de crevasses (peau très claire, surpoids, antécédent de crevasses) et sera d'autant plus attentive au démarrage de leur allaitement. Pour toutes les femmes, la sage-femme devra veiller au bon déroulement des mises au sein, être attentive aux douleurs du sein et permettre à la femme de prendre confiance en son rôle de mère. Elle devra aussi indiquer et expliquer les traitements à mettre en place pour palier aux crevasses et s'assurer de leur résolution.

Lors du retour à domicile et pendant toute la durée de l'allaitement, chaque femme devrait connaître un professionnel auquel se référer, à tout moment, en cas de pathologie de l'allaitement : sage-femme libérale, PMI, médecins formés à l'allaitement. Cet accompagnement est indispensable aux femmes pour mener à bien leur projet d'allaitement

6 CONCLUSION

Principalement, cette étude nous permet de constater que les crevasses du mamelon ont un réel impact sur le vécu de l'allaitement par les mères. En effet, les mères souffrant de crevasses ressentent plus de douleur et considèrent l'allaitement plus comme une contrainte qu'un plaisir. Ainsi, leur séjour en maternité s'en trouve altéré. Malgré cela, les crevasses sont considérées comme une pathologie minime de l'allaitement car elles n'influent pas sur la durée de l'allaitement maternel.

Ensuite, cette étude retrouve certaines caractéristiques maternelles prédisposant aux crevasses : antécédent de crevasses, peau très claire et mamelon rétracté. Aussi le surpoids et, a fortiori l'obésité, ont tendance à augmenter le risque de crevasses. Ces quatre critères doivent nous permettre de dépister les femmes les plus à risques de présenter des crevasses. Afin de renforcer notre attitude préventive concernant la conduite de leur allaitement.

Enfin, l'étude met en avant, parmi les traitements qui leur ont été proposés, ceux que les patientes considèrent comme les plus efficaces. La lanoline, le lait maternel et l'hydrogel sont les plus cités. Les prises en charge au sein de ces huit maternités, qui représentent le tiers du Réseau Sécurité Naissance, diffèrent peu malgré les niveaux de prise en charge variables. Nous retrouvons aussi quelques prise en charge atypiques comme la moxibustion, technique de médecine traditionnelle chinoise, qu'il serait intéressant de développer afin de les évaluer, sans omettre d'évaluer la satisfaction des patientes.

Dans le but de sensibiliser les professionnels aux problèmes d'allaitement et de renforcer leur prise en charge homogène dans les maternités, l'idéal serait de renforcer la formation concernant les crevasses et, plus généralement, l'allaitement. De plus, nous pourrions aller vers d'autres études au sujet des traitements préventifs et curatifs dans le Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire. Ceci nous permettrait de mettre d'améliorer la prise en charge des pathologies du sein de la femme allaitante.

Puisque l'allaitement, par le biais, notamment, du Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2011-2015, est placé au cœur d'une politique de santé publique, les professionnels, et plus particulièrement les sages-femmes doivent promouvoir l'allaitement maternel tout en respectant le choix des femmes. Cette promotion a pour objectif d'aider au choix, à la mise en place et à la poursuite de l'allaitement maternel dans le but de réduire les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010 les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM, Paris, 117p.
- [2] LEROY F. Incidence de l'accompagnement sur la durée de l'allaitement maternel. Mémoire, cadre sage-femme, Dijon, 2007, 35p.
- [3] RAPINE MOUGENEZ E. Impact de l'application des recommandations Haute Autorité de Santé en faveur de l'allaitement maternel sur la survenue de crevasse du sein : comparaison des pratiques de trois établissements hospitaliers. Mémoire, cadre sage-femme, Dijon, 2008, 124p.
- [4] THIRION M. L'allaitement : de la naissance au sevrage. Ed Albin Michel, Paris, 2004, 280p.
- [5] NATOLI K. Assessing nipple wounds: state of the science. J Hum Lact 2010;26(1):70.
- [6] WELSCH A. La crevasse mammaire : panorama des solutions. Mémoire, sage-femme, Nancy, 2003, 83p.
- [7] MOHRBACHER N. Traité de l'allaitement maternel. Ed Ligue La Leche, Canada, 2006, 320p.
- [8] KHOO AK, DABBAS N, SUDHAKARAN N et al. Nipple pain at Presentation predicts success of tongue-tie division for breastfeeding problems. Eur J Pediatr Surg 2009;19(6):370-3.
- [9] DOLLBERG S, BOTZER E, GRUNIS E et al. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia : a randomized, prospective study. J Pediatr Surg 2006;41(9):1598-600.
- [10] BERGGREN K. Challenging tongue-tie experience to share. Lacnet, 2005.

- [11] MIZUNO K, UEDA A. Changes in sucking performance from nonnutritive sucking to nutritive sucking during breast- and bottle feeding. *Pediatr Res* 2006;59:728-31.
- [12] GREMMO-FEGER G. Pathologie du sein et allaitement, première partie. Diplôme Interuniversitaire Lactation Humaine- Allaitement Maternel.
- [13] BRANGER B. Epidémiologie de l'allaitement maternel. *Profession Sage-femme* 2004, n°107:p.26-29.
- [14] WAGNER CL, WAGNER MT, EBELING M et al. The role of personality and other factors in a mother's decision to initiate breastfeeding. *J Hum Lact* 2006;22(1):16-26.
- [15] BOQUILLOD C. Réflexion autour de la notion de culture d'allaitement ou de non-allaitement. *Les Dossiers de l'Allaitement* 2011, n°86, p.3-4.
- [16] BYSTROVA K, WIDSTROM AM, MATHIESEN AS et al. Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomized trial in St Petersburg. *Int Breastfeed J* 2007;2:9.
- [17] REMPEL LA, REMPEL JK. Partner influence on health behaviour decision-making: increasing breastfeeding duration. *J Soc Pers Relationship* 2004;21(1):92-111.
- [18] JOHNSON JT. The role of the father in breastfeeding. *Medications & More newsletter* 2010;4(1):4-6.
- [19] COX S. What's normal in the first week after birth? *Breastfeed Rev* 2004;12(3):5-7.
- [20] RIQUELMES S. Préparation à l'allaitement et abandon de l'allaitement maternel : la préparation à l'allaitement maternel en vue de la prévention des crevasses permet-elle une diminution du nombre d'abandon d'allaitement ? Mémoire, sage-femme, Limoges, 1999, 68p.
- [21] ANAES, Service recommandations et références professionnelles. Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations de l'ANAES, 2002. Disponible sur <http://www.has-sante.fr>

[22] CAUSSE C. La préparation des seins pendant la grossesse. Mémoire, sage-femme, Toulouse, 2010, 55p.

[23] COLSON SD. Positions optimales stimulant l'expression des reflexes facilitant l'allaitement. Les Dossiers de l'Allaitement 2009, n°79, p.12-19.

[24] ANAND KJS, RUNESON B, JACOBSON B. Gastric suction at birth associated with long-term risk for functional intestinal disorders in later life. J Pediatric 2004;144:449-54.

[25] TORVALDSEN S, ROBERTS CL, SIMPSON JM et al. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. Int Breastfeed J 2006;1:24.

[26] BAKER JL et al. Maternal obesity impairs breastfeeding success in Danish women. International Conference of The International Society for Research in Human Milk and lactation. J Hum Lact 2007;23(1):74.

[27] SARTHOU L, EUSTACHE-NAULEAU MC, DUCLOS et al. Insuffisance de prise de poids de l'enfant allaité : conduite à tenir. Protocole du CORÉAM. 28 Mai 2010. Les Dossiers de l'allaitement 2011, n°86, p.10-11.

[28] THORLEY V. Lact and the fear response: overcoming an obstacle to successful breastfeeding. Breastfeed Rev 2005;13(1):9-11.

[29] BOUTRY B. La place des associations dans le réseau périnatal. Les Dossiers de l'Allaitement 2007, n°70, p.10-12.

[30] LABARERE J, GELBERT-BAUDINON N, AYRAL AS et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. Pediatrics 2005;115:e1139-146.

[31] DODD V, CHARLMERS C. Comparing the use of hydrogel dressing to lanolin ointment with lactating mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003;32(4):486-94.

[32] MEHTA UJ, SIEGA-RIZ AM, HERRING AL et al. Pregravid body mass index, psychological factors during pregnancy and breastfeeding duration: is there a link? Matern Child Nutr.

[33] BLAIR A, CADWELL K, TURNER-MAFFEI C et al. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Rev.* 2003;11(2):5-10.

[34] GEDDES DT, LANGTON DB, GOLLOW I et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics.* 2008;122(1):e188-94.

[35] CABLE B, STEWART M, DAVIS J. Nipple wound care: a new approach to an old problem. *J Hum Lact* 1997;13(4):313-8.

[36] KAUFFMANN-HUYSMANS K. Pansement au lait maternel Soins des crevasses du mamelon dans les débuts de l'allaitement par le colostrum et le lait maternel : une solution à portée de main. *Les Dossiers de l'Allaitement* 2005, n° 62.

ANNEXE I

ANNEXE II

Modalité d'utilisation du lait maternel comme traitement des crevasses [31].

1° objectiver la crevasse et la douleur (voir échelle de la douleur).

2° revoir la position du corps et de la bouche du bébé.

3° s'assurer de l'absence de mycose, d'autres infections virales et microbiennes.

4° par des massages du sein, essayer d'extraire du lait de fin de tétée plus gras, pour en imbiber une compresse de 5 sur 5 cm.

5° couper un film plastique de 7 sur 7 cm, et l'appliquer fermement sur la compresse imbibée.

6° la maman remet son soutien-gorge pour maintenir le tout ; à défaut, nous maintenons l'ensemble avec du sparadrap anallergique.

7° dans la mesure du possible, essayer d'alimenter le bébé avec un seul sein par tétée, pour laisser plus de temps à l'autre pour cicatriser.

8° si les crevasses sont trop importantes et si la maman manifeste trop d'appréhension, il pourra être nécessaire de tirer le lait manuellement ou au tire-lait, durant 2 ou 3 tétées, de manière à avoir un peu de lait en réserve à donner à la tasse.

9° changer les compresses au moins toutes les 4 heures le jour, toutes les 6 heures la nuit, sauf si le bébé se réveille plus tôt et réclame le sein.

ANNEXE III

IBFAT : Echelle de comportement de l'enfant au sein : Normal ≥ 10

	0	1	2	3
Qualité de l'éveil au moment de la tétée	Ne peut pas être réveillé	A besoin de stimulations importantes pour se réveiller et commencer à téter	A besoin d'être un peu stimulé pour commencer à téter	Bien éveillé (éveil stade III-IV) Prêt à téter
Recherche du sein = Réflexe de fouissement	N'essaie pas de prendre le sein	Faible recherche du sein même en étant stimulé	A besoin d'être stimulé, pour chercher le sein	Recherche activement le sein : se redresse, tourne la tête, bouche grande ouverte
Prise du sein	Ne prend pas le sein	Commence à téter après > 10 minutes	Commence à téter au bout de 3 à 10'	Commence à téter immédiatement
Type de succion	Ne tète pas	Succion faible, brèves périodes de mouvements de succion avec pauses > succion	Mouvements de succion alternatif avec des pauses. A besoin d'être un peu stimulé	Bonne succion sur un ou 2 seins

GGF DIULHAM

ANNEXE IV

Les 10 conditions pour devenir Hôpital Amis des Bébés

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit.
2. Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel.
4. Placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance, pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand le bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

<http://www.perinat-france.org/>

RESUME

Lors de la mise en place de l'allaitement maternel, les crevasses font partie des pathologies minimales mais fréquentes de l'allaitement auxquels les mères peuvent être confrontées rendant leur vécu de l'allaitement difficile principalement à cause des douleurs qu'elles provoquent. Pourtant, les crevasses sont peu décrites dans la littérature et leurs causes, leurs conséquences et leurs prises en charge sont peu étudiées.

L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques des crevasses puis de comparer les cas avec des témoins afin de mettre en avant des facteurs prédisposants. La finalité est de proposer des axes de prévention en maternité et de créer une prise en charge commune au réseau sécurité Naissance des Pays de la Loire.

Une étude « cas-témoins », organisée par la Commission Allaitement du Réseau Sécurité Naissance des pays de la Loire a été menée dans 8 maternités de ce même réseau. Elle consiste en la distribution d'un questionnaire aux « cas », les mères ayant des crevasses, et aux « témoins », les mères sans crevasse, de chaque maternité, en l'observation d'une tétée et des crevasses des « cas » et en le rappel de chaque femme de l'échantillon aux deux mois de l'enfant.

Cette étude, menée auprès de 211 femmes, dont 101 cas et 111 témoins, nous permet de décrire les crevasses, de mettre en avant des facteurs de risque des crevasses qui peuvent être qualifiés de constitutionnels (les antécédents de crevasses, les peaux très claires, les mamelons rétractés et le surpoids).

La prise en charge des crevasses semble homogène dans les maternités étudiées et conforme aux données de la littérature.

Les crevasses n'ont pas d'impact sur la durée de l'allaitement même si elles altèrent le vécu des femmes lors de la mise en place de leur allaitement.

Mots-clés : allaitement maternel, crevasse mammaire, description, facteur de risque, prévention, traitement.