

## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>I- CONSIDERATIONS GENERALES</b> .....	3
1- <b>STRUCTURES DE LA GLANDE MAMMAIRE</b> .....	3
2- <b>PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION</b> .....	6
2-1 Régulation endocrine.....	7
2-2 Régulation autocrine.....	7
3- <b>PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</b> .....	8
3-1 Préparation de l'allaitement pendant la grossesse.....	8
3-2 Technique de l'allaitement.....	9
3-3 Pratiques importantes pour un allaitement optimal.....	11
3-4 Six critères d'une bonne lactation.....	12
4- <b>COMPLICATIONS MAMMAIRES DURANT</b>	
<b>L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LES PRISES EN</b>	
<b>CHARGES</b> .....	13
4-1 Mamelon ombiliqué douloureux.....	13
4-2 Troubles de la sécrétion lactée.....	13
4-3 Engorgement mammaire.....	14
4-4 Crevasses.....	15
4-5 Infections mammaires.....	16
4-5-1 Lymphangite du sein.....	16
4-5-2 Abscess du sein.....	16
5- <b>ALLAITEMENT ET LE VIH</b> .....	18
<b>II- ETUDE PROPREMENT DITE</b> .....	20
1- <b>CADRE D'ETUDE</b> .....	20
2- <b>OBJECTIF D'ETUDE</b> .....	20
3- <b>METHODOLOGIE ET MATERIELS D'ETUDE</b> .....	21
3-1 Type d'étude.....	21
3-2 Echantillonnage et la population cible.....	21
3-3 Matériels d'étude.....	22
3-4 Traitement et analyse des données.....	22
4- <b>RESULTATS</b> .....	23
4-1 Environnement de la mère.....	23
4-2 Déroulement de la grossesse et l'accouchement de l'enfant	
actuel.....	29
4-3 Connaissance pratique de l'allaitement au sein.....	34
4-4 Problèmes mammaires et prises en charge de l'allaitement	
actuel.....	41
<b>III- COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS</b> .....	46
1- <b>COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b> .....	46

1-1	Relations entre l'environnement de la mère et les problèmes mammaires.....	46
1-2	Déroulement de la grossesse et de l'accouchement de l'enfant actuel.....	49
1-3	Problèmes mammaires et facteurs favorisants.....	52
2-	<b>SUGGESTIONS</b> .....	59
2-1	Mesures éducatives.....	59
2-2	Pour les mères séropositives.....	60
	<b>CONCLUSION</b>	62
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
	<b>ANNEXES</b>	

## LISTE DES TABLEAUX

	Pages
<b>Tableau 1</b> : Répartition des mères suivant leur tranche d'âge.....	24
<b>Tableau 2</b> : Répartition des mères suivant leur parité.....	25
<b>Tableau 3</b> : Répartition des mères suivant leur niveau d'instruction...	27
<b>Tableau 4</b> : Relation entre le mode d'allaitement et la profession de la mère .....	28
<b>Tableau 5</b> : Répartition des mères suivant le déroulement de la grossesse.....	29
<b>Tableau 6</b> : Répartition des mères suivant le type d'accoucheur.....	31
<b>Tableau 7</b> : Répartition des mères suivant le déroulement de l'accouchement par rapport le lieu d'accouchement.....	32
<b>Tableau 8</b> : Répartition des mères suivant le lieu d'accouchement par rapport au type d'accoucheur.....	32
<b>Tableau 9</b> : Répartition des mères suivant les complications des suites de couches.....	33
<b>Tableau 10</b> : Relation entre le mode d'accouchement et les complications des suites de couches.....	33
<b>Tableau 11</b> : Répartition des mères suivant les techniques d'allaitement.....	35
<b>Tableau 12</b> : Répartition des mères suivant la préparation du sein durant la grossesse.....	37
<b>Tableau 13</b> : Répartition des mères suivant le mode d'allaitement...	38
<b>Tableau 14</b> : Répartition des mères suivant l'intervalle entre l'accouchement et le premier contact de l'enfant et la mère.....	39
<b>Tableau 15</b> : Répartition des mères suivant leur situation matrimoniale par rapport à l'application des conseils reçus.....	40
<b>Tableau 16</b> : Répartition des mères suivant leur niveau d'instruction par rapport à l'application des conseils reçus.....	40

<b>Tableau 17</b>	: Répartition des mères suivant les problèmes mammaires.....	41
<b>Tableau 18</b>	: Répartition des mères suivant les problèmes mammaires par rapport à la prise en charge.....	43
<b>Tableau 19</b>	: Répartition des mères suivant les problèmes mammaires par rapport aux récurrences.....	44
<b>Tableau 20</b>	: Répartition des mères suivant les problèmes mammaires par rapport aux impacts aux nouveau-nés... .....	45
<b>Tableau 21</b>	: Relation entre l'âge de la mère et les problèmes mammaires.....	46
<b>Tableau 22</b>	: Relation entre la parité et les problèmes mammaires.....	47
<b>Tableau 23</b>	: Relation entre la profession de la mère et les problèmes mammaires.....	48
<b>Tableau 24</b>	: Relation entre le premier contact et les problèmes mammaires.....	50
<b>Tableau 25</b>	: Relation entre le mode d'accouchement et les problèmes mammaires.....	51
<b>Tableau 26</b>	: Relation entre le mode de prise du mamelon et les problèmes mammaires.....	53
<b>Tableau 27</b>	: Relation entre la durée de l'allaitement et les problèmes mammaires.....	53
<b>Tableau 28</b>	: Relation entre la position de la mère par rapport à l'enfant et les problèmes mammaires.....	54
<b>Tableau 29</b>	: Relation entre le nombre d'allaitement par jour et les problèmes mammaires.....	55
<b>Tableau 30</b>	: Répartition des mères suivant les problèmes mammaires par rapport à la notion de préparation du sein	56
<b>Tableau 31</b>	: Comparaison entre le taux théorique et le taux de notre travail des problèmes mammaires.....	57

## LISTE DES FIGURES

	Pages
<b>Figure 1</b> : Anatomie du sein féminin (Vue de profil).....	4
<b>Figure 2</b> : Anatomie du sein féminin (Vue de face) .....	4
<b>Figure 3</b> : Coupe sagittale du sein féminin.....	5
<b>Figure 4</b> : Schéma de la physiologie de la lactation .....	6
<b>Figure 5</b> : Photo des femmes en train d'allaiter en position assise.....	9
<b>Figure 6</b> : Photo des bébés en train de téter.....	10
<b>Figure 7</b> : Pourcentage des mères suivant la tranche d'âge.....	24
<b>Figure 8</b> : Pourcentage des mères suivant leur parité.....	25
<b>Figure 9</b> : Pourcentage des mères suivant leur situation matrimoniale	26
<b>Figure 10</b> : Pourcentage des mères suivant leur profession.....	26
<b>Figure 11</b> : Pourcentage des mères suivant leur niveau d'instruction..	28
<b>Figure 12</b> : Pourcentage des mères suivant le terme de la grossesse	30
<b>Figure 13</b> : Pourcentage des mères suivant le déroulement de l'accouchement.....	30
<b>Figure 14</b> : Pourcentage des mères suivant le lieu d'accouchement	31
<b>Figure 15</b> : Pourcentage des mères suivant le déroulement de l'accouchement.....	31
<b>Figure 16</b> : Pourcentage des mères suivant la possibilité d'avoir reçu ou non des conseils sur l'allaitement maternel.....	34
<b>Figure 17</b> : Pourcentage des mères suivant le mode de prise du mamelon par l'enfant lors de la tétée.....	35
<b>Figure 18</b> : Pourcentage des mères suivant la durée de l'allaitement...	36
<b>Figure 19</b> : Pourcentage des mères suivant la position prise par l'enfant durant l'allaitement.....	36
<b>Figure 20</b> : Pourcentage des mères suivant le nombre d'allaitement par jour.....	37
<b>Figure 21</b> : Pourcentage des mères suivant le mode d'allaitement.....	38

<b>Figure 22</b>	: Répartition des mères suivant l'application pratique des conseils reçus sur l'allaitement.....	39
<b>Figure 23</b>	: Pourcentage des mères suivant leurs problèmes mammaires.....	42
<b>Figure 24</b>	: Pourcentage des mères suivant l'apparition de l'engorgement mammaire.....	43

## LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

<b>VIH</b>	: <b>V</b> irus <b>I</b> mmunodéficience <b>H</b> umaine.
<b>UNICEF</b>	: <b>U</b> nited <b>N</b> ations <b>C</b> hildren's <b>F</b> und ( <b>F</b> ond des Nations Unies pour l'Enfance )
<b>ONU</b>	: <b>O</b> rganisation des <b>N</b> ations <b>U</b> nies.
<b>SIDA</b>	: <b>S</b> yndrome <b>I</b> mmunodéficience <b>A</b> cquis.
<b>OMS</b>	: <b>O</b> rganisation <b>M</b> ondiale de la <b>S</b> anté.
<b>PTME</b>	: <b>P</b> romotion <b>T</b> ransmission <b>M</b> ère <b>E</b> nfant
<b>CPN</b>	: <b>C</b> onsultation <b>P</b> ré-natale.
<b>AZT</b>	: Zidovidine
<b>CHU-A</b>	: <b>C</b> entre <b>H</b> ospitalier <b>U</b> niversitaire d'Antananarivo.
<b>USFR</b>	: <b>U</b> nité de <b>S</b> oins, de <b>F</b> ormation, et de <b>R</b> echerche.
<b>CPPN</b>	: <b>C</b> onsultation <b>p</b> ré et <b>p</b> ostnatale.
<b>PF</b>	: <b>P</b> lanning <b>F</b> amilial
<b>SRA</b>	: <b>S</b> ection de <b>R</b> eproduction des <b>A</b> dolescents
<b>p</b>	: <b>D</b> egré de signification d'une hypothèse.
<b>AME</b>	: <b>A</b> llaitement <b>M</b> aternel <b>E</b> xclusif.





## INTRODUCTION

L'allaitement maternel représente un enjeu de santé publique qui n'est plus à prouver. L'allaitement est un héritage culturel et social très subtil, avec une transmission verticale et horizontale. (1) Le bon développement d'un enfant est intimement lié à la bonne relation avec la mère et l'allaitement est, en quelque sorte, le lien privilégié qui unit la mère à son enfant. Les bienfaits et les avantages de l'allaitement maternel ont été largement étudiés et admis au niveau mondial, ainsi que ses effets protecteurs pour la femme et l'enfant. (2)

Mais depuis que le VIH a sévi dans le monde, l'UNICEF/ ONU SIDA et l'OMS ont montré, dans une étude, qu'une mère séropositive peut transmettre le virus du SIDA à son bébé au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et aussi durant l'allaitement maternel. En 2002, dans le monde, sur 720000 bébés ont été infectés par le virus : 15 à 20% sont contaminés pendant la grossesse, 50% pendant l'accouchement et 33% durant l'allaitement maternel. (3)

Dans une étude française concernant 117 enfants suivis pendant 18 mois, 5 des 6 enfants nourris au sein étaient infectés alors que le taux de transmission de l'infection était de 25% chez les enfants nourris au biberon. La transmission du virus, par le lait maternel, explique, au moins en partie, la différence entre le taux d'infection périnatale en Afrique, où l'allaitement maternel est universel et celui observé en Europe ou aux Etats-Unis où l'allaitement est rare. (4)

A Madagascar, selon Jean Tshuila de la section de PTME, sur 100 enfants nés des mères séropositives, 7 enfants sont infectés pendant la grossesse, 15 enfants lors de l'accouchement, 15 autres durant l'allaitement maternel s'il se poursuit pendant 24 mois. (5)

Le risque de transmission du VIH de la mère à son enfant, au cours de l'allaitement, dépend de plusieurs facteurs : l'état de santé de la mère et l'enfant, les infections mammaires.

Le choix de la présente thèse dont l'objectif est de démontrer :

- l'importance du taux des problèmes mammaires ayant pour but de bien compléter les conseils pour mieux pratiquer l'allaitement,
- Les informations afin d'améliorer les comportements.

Le taux des problèmes mammaires peut avoir une conséquence sur l'accroissement du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant durant l'allaitement.

Notre étude se divise en trois parties :

- La première partie rappelant les considérations générales sur l'allaitement maternel, les complications mammaires durant l'allaitement, l'allaitement maternel et le VIH,
- La seconde partie décrit le cadre, l'objectif, la méthodologie, et les résultats de l'étude.
- La troisième partie portant sur les commentaires, les discussions et nos suggestions.

## I – CONSIDERATIONS GENERALES

### 1 – STRUCTURES DE LA GLANDE MAMMAIRE (6) (7) (8) (9)

#### *MAMMOGENESE*

Le développement de la glande mammaire commence dès la vie embryonnaire.

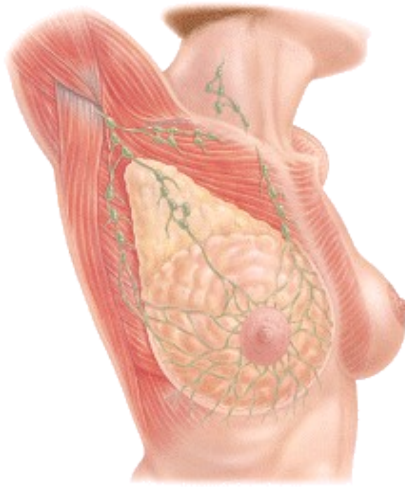
L'embryon présente précocement des ébauches mammaires provenant de l'ectoderme qui s'invagine en étroits tubules. Ils sont à l'origine des principaux canaux galactophores. Le mamelon devient saillant chez le fœtus à quatre mois de grossesse.

Après la naissance, la glande mammaire se développe d'une façon isométrique jusqu'à la puberté, sans incitation hormonale.

A la puberté, le développement de la glande mammaire, sous l'incitation hormonale, se fait par la croissance du système caniculaire. Il y a aussi une croissance du mamelon, une pigmentation aréolaire, une accumulation graisseuse, une formation d'œdème inter-lobulaire.

Pendant le cycle menstruel, le volume du sein varie suivant la stimulation hormonale. La croissance des structures épithéliales caniculaires se produit durant la phase oestrogénique, puis après la menstruation, il y aura la régression partielle de la glande mammaire.

Au cours de la grossesse, les trois premiers mois, sous l'influence de l'œstrogène et de la progestérone, le sein se modifie. La glande mammaire augmente de volume par prolifération des tissus conjonctifs et des canaux glandulaires, ainsi que par la congestion veineuse. Le mamelon devient plus foncé et l'aréole s'élargit. Au quatrième mois, le sein atteint son développement maximum, et commence son activité sécrétoire. L'allaitement n'a pas beaucoup d'influence sur le développement mammaire. La taille du sein ne modifie pas la quantité du lait sécrété.



La glande mammaire est formée par quatre tissus :

- Les tissus glandulaires,
- Les tissus myoépithéliales,
- Les tissus adipeux,
- Les tissus vasculaires, nerveux et lymphatiques.

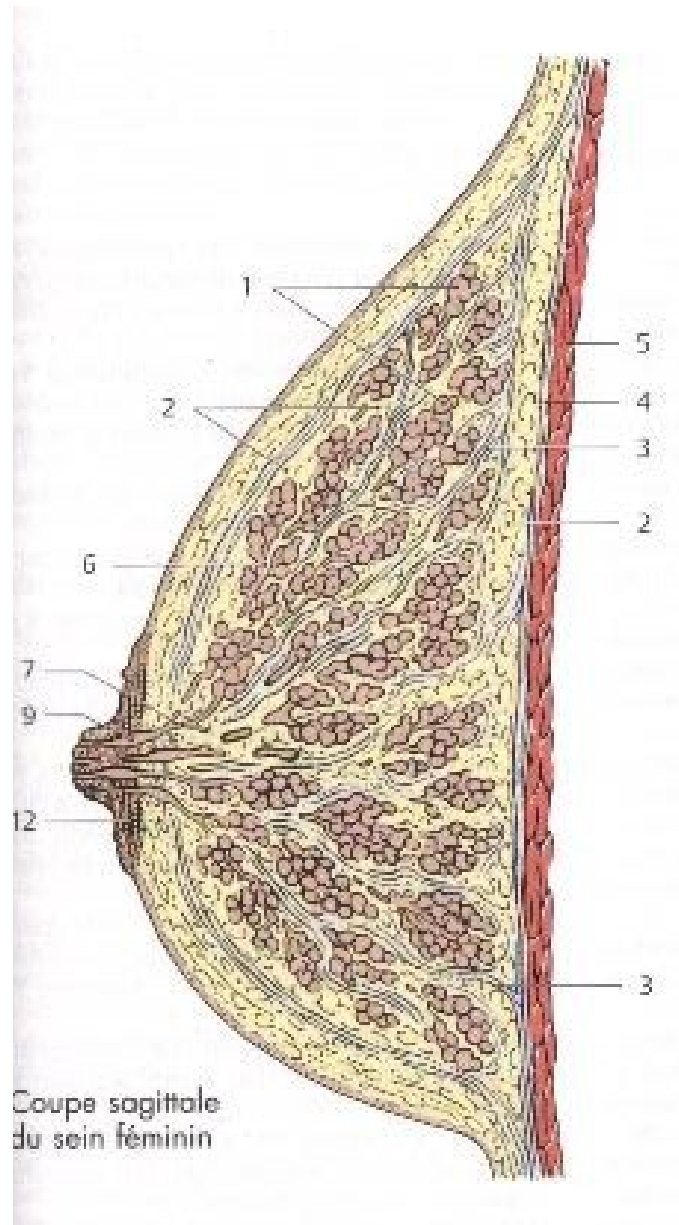
**Figure 1 : ANATOMIE DU SEIN (Vue de profil) (10)**



Photo montrant 2 parties du sein :

- A gauche, la glande mammaire est formée par plusieurs alvéoles et canaux excréteurs.
- A droite, l'anatomie externe du sein, recouverte par la peau, avec le mamelon entouré par l'aréole où se trouvent les glandes de Montgomery.

**Figure 2 : ANATOMIE DU SEIN (Vue de face) (10)**



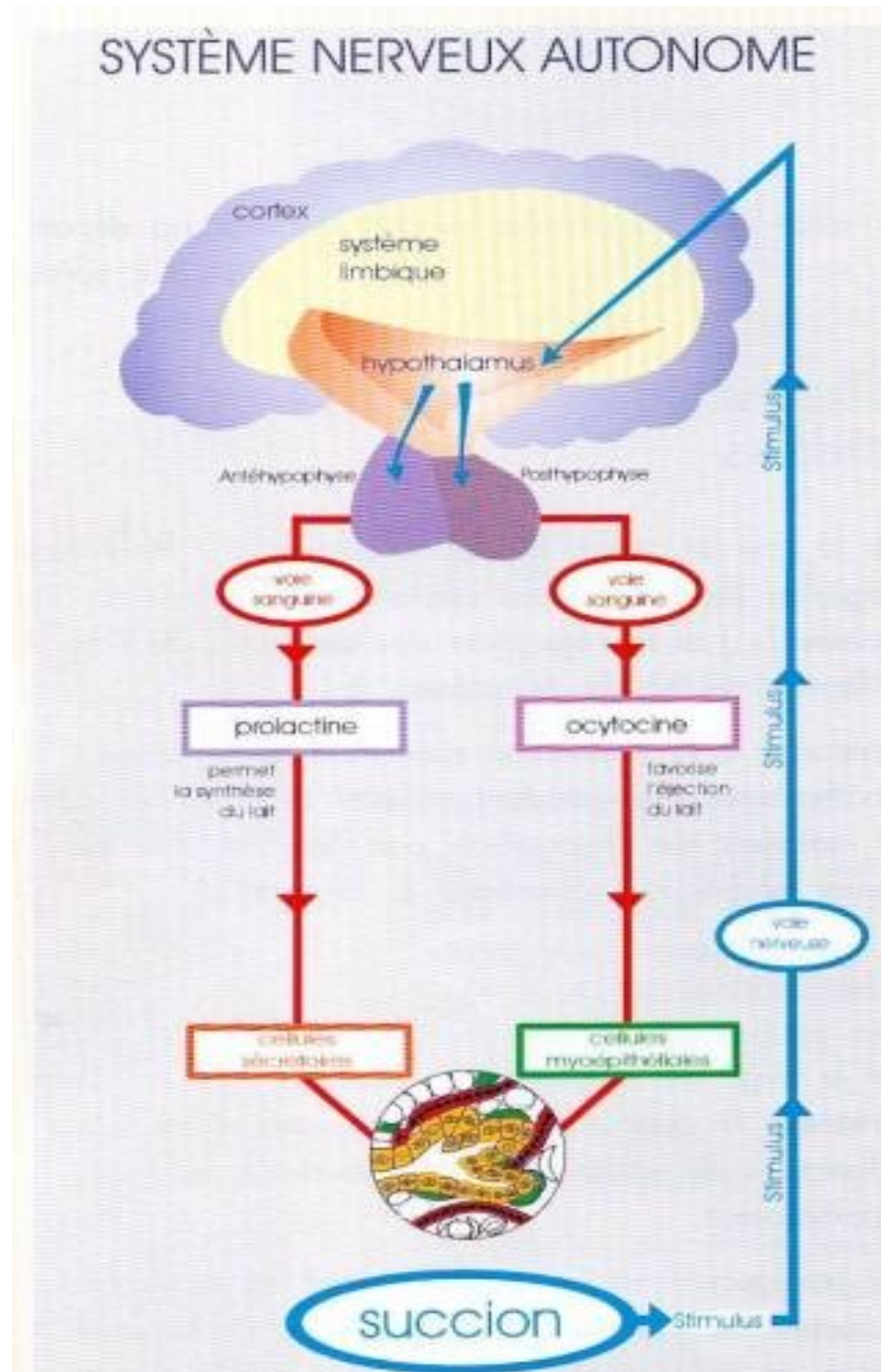
- 1- Corps glandulaires
- 3- Ligament suspenseur
- 5- Muscle grand pectoral
- 7- Conduits lactifères
- 12- Cellules musculaires lisses

- 2- Corps adipeux
- 4- Fascia pectoral
- 6- Canal excréteur
- 9- Sinus lactifères

**Figure 3 :** Coupe sagittale du sein féminin avec ses légendes. (11)

## 2 - PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION

La lactation est un processus physiologique sous la dépendance neuro-hormonale, qui se prépare pendant la grossesse, se déclenche à l'accouchement et s'entretient par les tétées.



**Figure 4** : Schéma de la physiologie de la lactation. (1)

## **2 – 1 REGULATION ENDOCRINE (2) (7) (8)**

Elle se fait en deux phases :

- La première phase commence douze semaines avant l'accouchement, sous l'influence des modifications de l'équilibre entre les hormones lactogènes et les hormones anti-lactogènes représentées par la progestérone.
- La deuxième phase démarre deux ou trois jours après l'accouchement sous l'influence de la sécrétion de prolactine et la chute du taux de progestérone d'origine placentaire par l'expulsion du placenta.

La stimulation du mamelon entraîne une sécrétion d'ocytocine par la post hypophyse qui amorce l'action de la vidange mammaire.

Le rôle de la prolactine est de donner l'ordre aux alvéoles de produire du lait. Le niveau de la prolactine augmente lorsque le bébé tète, surtout la nuit. Si le niveau de la prolactine est élevé quand le bébé tète inefficacement, le lait ne s'écoule pas dans certaines parties du sein et la production du lait diminue. (12)

L'ocytocine a pour but de déclencher l'éjection du lait. Elle fait contracter les cellules qui entourent les alvéoles ; le lait est éjecté par les canaux galactophores jusqu'aux sinus lactifères où le bébé peut l'exprimer. Ce processus est appelé le réflexe d'éjection du lait ou réflexe ocytocique. Il peut survenir dès que la mère met son bébé au sein, après une ou plusieurs minutes de tétée. (12)

## **2 – 2 REGULATION AUTOCHRINE (13) (14)**

Après quelques semaines, la réponse prolactinique, à la succion, diminue d'intensité, et devient inexistante. La sécrétion et l'excrétion du lait sont simplement stimulées par l'effet mécanique de la succion et le vidage régulier de la glande mammaire. C'est un mécanisme de régulation locale, exerçant un rétro contrôle négatif : inhibition de la sécrétion lactée tant qu'il existe un

important volume de lait résiduel dans le sein. L'arrêt de la lactation se produit par la diminution des stimuli hormonaux et de la fréquence des tétées.

### **3 - PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL**

L'allaitement maternel peut être considéré comme l'acte le plus naturel du monde. Il faut préparer convenablement cette période afin d'éviter des problèmes et d'apprécier les avantages offerts, par ce tendre tête-à-tête, entre la mère et l'enfant. (2)

#### **3 – 1 PREPARATION DE L'ALLAITEMENT PENDANT LA GROSSESSE (2) (13) (15)**

Pendant la grossesse, lors de consultation prénatale, la femme doit être informée des avantages de l'allaitement maternel et encouragée à allaiter.

Il faut préparer la venue du bébé, prévoir l'organisation matérielle, trouver les moyens pour que la mère puisse le nourrir librement sans contrainte.

Il faut préparer les seins par une hygiène correcte :

- Prendre une douche journalière sans trop savonner les mamelons en fin de grossesse. Cette douche ne dessèche pas la peau et n'arrête pas la lubrification naturelle des seins.
- Presser doucement le mamelon pour ouvrir les canaux lactifères et favoriser l'écoulement du lait.

Une bonne alimentation constitue une meilleure santé. La mère doit se nourrir en quantité suffisante, variée et équilibrée. L'impératif alimentaire, pour une mère durant l'allaitement, est de boire abondamment et prendre du lait bouilli de façon abondante. Durant l'allaitement, la mère doit s'abstenir des produits alcooliques et tabagiques.



### 3 – 2 TECHNIQUE DE L'ALLAITEMENT (2) (13) (15) (16)

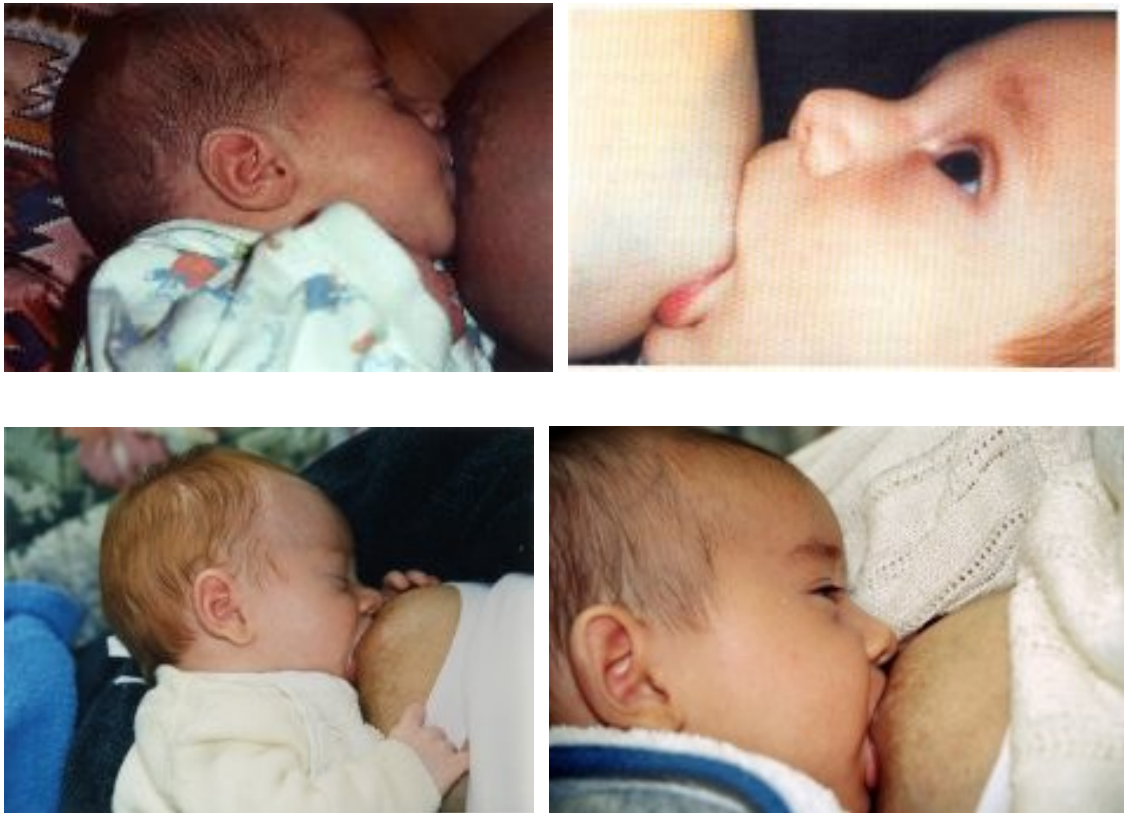
L'allaitement, pour avoir un meilleur résultat, doit être effectué selon une bonne technique. Plusieurs facteurs déterminent cette technique :

- Position de la mère et l'enfant durant l'allaitement,



**Figure 5:** Photos des femmes en train d'allaiter en position assise. (1)

- Prise du mamelon par le nourrisson lors de la tétée,



**Figure 6** : Photos des bébés en train de téter. (1)

- Le nombre de tétées par jour :

Il varie suivant l'état de santé du nourrisson. Pour un bébé prématuré, il est utile de régler sa tétée car il sera incapable de régulariser seul son besoin. Il a aussi un risque plus élevé d'avoir une hypoglycémie et une hypothermie. La mère peut régler sa tétée à un rythme de huit à dix fois par jour. Pour un enfant né à terme, le nombre de tétées peut être rythmé suivant ses besoins.

- La durée de la tétée lors de l'allaitement :

Elle peut varier de cinq à quinze minutes environ ; le bébé doit téter jusqu'à ce que le sein soit vide.

L'ensemble de ces facteurs qui déterminent la technique de l'allaitement, doit être connu par chaque femme qui allaite. La femme doit pouvoir compter sur l'appui de tous ceux qui l'entourent ; ceci renforce sa confiance, en elle-même, ou l'aide à surmonter les difficultés qu'elle pourrait rencontrer. (13) (17)

### **3 – 3 PRATIQUES IMPORTANTES POUR UN ALLAITEMENT OPTIMAL (13) (15) (18)**

Après l'accouchement, les premiers jours de l'allaitement maternel sont très importants. La mère doit commencer correctement son allaitement pour annihiler toutes difficultés.

Les sept pratiques de l'allaitement maternel optimal sont :

- Mettre le nouveau-né au sein dès sa naissance pour lui permettre de rester près de sa mère,
- Allaiter fréquemment, à la demande de jour comme de nuit,
- Allaiter exclusivement durant les six premiers mois,
- Maintenir l'allaitement ; même si l'enfant ou la mère est malade,
- Adopter une alimentation saine et variée,
- Introduire progressivement un aliment complémentaire, enrichi et varié à partir de six mois, pour le nourrisson,
- Maintenir l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans.

L'OMS a défini un allaitement maternel exclusif comme un allaitement au sein durant les 6 premiers mois de la vie du nourrisson, sans qu'on lui donne d'autres aliments. (17)

### 3 – 4 SIX CRITERES D'UNE BONNE LACTATION (2) (16)

Les critères d'une bonne lactation sont représentés par le sigle BREAST. Ils sont énoncés comme suit :

➤ **B** comme Bonne position du corps :

Le bébé se trouve face au sein, sa tête dans la courbe du coude de la mère. La tête et le corps sont droits. Le menton touche le sein. Les fesses sont soutenues pour les jeunes bébés.

➤ **R** comme Réponse du bébé et de la mère :

Le bébé cherche le sein dès qu'il a faim. L'écoulement du sein se manifeste en signe d'éjection du lait. Le bébé est calme et actif.

➤ **E** comme Emotion dans la relation :

L'attention de la mère attirée dans ce face-à-face. Les touchers et le contact sont nécessaires.

➤ **A** comme Anatomie et état des seins :

Les seins doivent être souples, leurs bouts du sein extensibles mais non plats. La tétée doit être indolore.

➤ **S** comme Savoir téter :

La bouche doit être grandement ouverte, les joues bien rondes. Il y a des mouvements bien rythmiques de succion et de déglutition. La langue est bien visible en dessous de l'aréole et du mamelon.

➤ **T** comme Temps :

Le bébé tète durant plus de 5mn. La mère doit laisser le bébé finir la tétée.

#### **4 - COMPLICATIONS MAMMAIRES DURANT L'ALLAITEMENT MATERNEL ET SES PRISES EN CHARGE. (14) (17) (19) (20)**

Durant l'allaitement, la femme peut présenter des difficultés psychologiques et physiques. Ces difficultés sont dues soit à une insuffisance de la préparation du sein soit à une insuffisance du conseil sur l'allaitement.

##### **4 – 1 MAMELON OMBILIQUE DOULOUREUX. (14) (21)**

C'est un problème d'ordre physique. La femme présente des bouts de seins ombiliqués qui seront difficiles à présenter au bébé. Les premiers jours de l'allaitement, après quelques tétées, les mamelons sont douloureux lorsque l'enfant commence à téter. La douleur augmente progressivement pendant trois à quatre jours jusqu'à ce que le mamelon devienne plus évident.

A l'examen, il n'y a aucune lésion cutanée visible. Il faut apprendre à la mère à mettre dans la bouche de l'enfant toute l'aréole. La succion du bébé forme en quelques jours les bouts du sein.

Ce phénomène est passager mais fréquent. Il faut rassurer la mère de ce phénomène.

##### **4 – 2 TROUBLES DE LA SECRETION LACTEE. (14) (21)**

Les insuffisances de la sécrétion lactée peuvent se présenter sous formes de :

- Agalactie totale mais exceptionnelle ; elle se voit dans le syndrome de SHEEHAN qui est très rare,
- Hypogalactie primitive qui se voit chez les femmes âgées. Elle se manifeste à des femmes porteuses d'une anomalie mammaire. Elle se rencontre aussi chez les femmes épuisées par les grossesses successives et rapprochées dont l'alimentation est déséquilibrée voire maigre.

- Hypogalactie secondaire plus fréquente : Elle se manifeste après une émotion ou d'un changement de rythme de vie. Devant cette hypogalactie secondaire, on peut conseiller la mère à augmenter la fréquence des tétées. A cet effet, il faut vider le sein après chaque tétée et prendre beaucoup de boisson. On peut prescrire des médicaments pour aider la relance de la lactation.

L'anomalie, par excès de la sécrétion lactée ou hypergalactie n'est pas un phénomène pathologique. Elle est fréquente chez les mères diabétiques. La régulation de la sécrétion lactée se fait spontanément au cours de la deuxième semaine. Si elle persiste, il faut conseiller la mère à donner son lait à un lactarium.

#### **4 – 3 ENGORGEMENT MAMMAIRE (14) (21)**

Il rencontre sur 15% de femmes qui allaitent. C'est un trouble lié à l'excrétion lactée, phénomène fréquent lors des premiers jours d'allaitement.

Les seins se vident mal. Ils sont en permanence tendus et très douloureux, suite à une insuffisance de tétées.

Le traitement est préventif. Après chaque tétée, il faut vérifier la tension mammaire. Si cette tension persiste, avant la tétée suivante, il faut décongestionner le sein à l'aide d'un jet d'eau chaud par pression manuelle. En cas d'échec, on peut prescrire des médicaments, aidant à l'affaissement du sein.

En deux ou trois jours, tout rentre dans l'ordre. Il ne faut pas négliger l'engorgement mammaire qui favorise l'apparition des complications septiques et douloureuses.

#### **4 – 4 CREVASSES (14) (21)**

Elles affectent 25% de femmes allaitantes, surtout les primipares. Elles apparaissent le plus souvent les premiers jours d'allaitement. Elles sont favorisées par une mauvaise hygiène du mamelon. Elles sont dues aux macérations, à la mauvaise succion et à l'anomalie du mamelon qui peut être trop court ou ombiliqué.

La douleur est le principal symptôme ; elle est vive durant la tétée. Elle s'accompagne parfois d'hémorragie minime. Elle risque d'entraver l'allaitement pouvant entraîner une diminution de la sécrétion lactée voire un abandon à l'allaitement.

Les lésions retrouvées siègent à la base ou au sommet du mamelon. On peut voir des gerçures à la surface du mamelon. Des fissures radiées et des érosions du revêtement cutané du sommet ou de la base du mamelon sont quelques fois observées.

Il ne faut pas négliger ces crevasses du fait qu'elle donne naissance à des complications septiques mammaires. Le traitement est essentiellement prophylactique qui repose sur l'hygiène rigoureuse du mamelon. Il faut désinfecter et nettoyer, avant et après chaque tétée, par une compresse stérile sèche à dès qu'elle serait humide.

Une fois la crevasse constituée, il faut exposer les seins à l'air, commencer la tétée par le côté opposé et limiter la durée de la succion du côté atteint. On peut appliquer sur les crevasses des pommades à base de vitamines A et E.

## **4 – 5 COMPLICATIONS INFECTIEUSES. (14) (21)**

### **4-5-1 LYMPHANGITE AIGUE DU SEIN**

Elle se manifeste dès la première semaine d'allaitement. Elle correspond à une inflammation des enveloppes de la glande et des tissus mammaires.

Elle est le résultat d'un engorgement, de crevasse mal traitée et d'une aseptie défectueuse. Elle s'observe chez 5% des femmes allaitantes.

Les signes fonctionnels, apparition brutale entre le 5<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> jours du post-partum, avec une température à 40° C, s'accompagnent des frissons.

Localement, il y a un placard cutané rouge et chaud, plus ou moins étendu. Ce symptôme est suivi de traînées rouges atteignant l'aisselle où siège une adénite axillaire. Le lait n'est pas purulent n'entraînant pas la suspension de la lactation.

L'évolution spontanée est favorable en 24 à 48 heures. Le traitement repose sur des anti-inflammatoires. Les antibiotiques ne sont pas nécessaires.

### **4-5-2 ABCES DU SEIN**

Ils se constituent par voie canalaire, à partir des crevasses négligées du mamelon. Ils se voient lors des premiers mois de la lactation. Le germe responsable le plus fréquent est le staphylocoque.

➤ La phase de galactophorite :

Les signes fonctionnels sont discrets accompagnés d'une fièvre de 38°C et d'une tension mammaire douloureuse.

A l'examen, le sein légèrement plus ferme que l'autre n'entraîne pas de modification des téguments. L'adénopathie satellite n'est pas détectée.



A ce stade, il y a le signe de BUDIN : la pression du segment induré donne issue à du lait mêlé de pus laissant une tâche jaune sur le coton où l'on le recueille. Il faut prélever le pus pour un examen cyto-bactériologique et antibiogramme.

Le traitement est médical avec arrêt de l'allaitement. L'antibiothérapie anti-staphylocoque, pendant 15 jours, associée à des anti-inflammatoires, peut guérir la galactophorite. Sinon elle évolue vers la mastite aiguë.

➤ La phase de la mastite aiguë :

Elle est marquée par une douleur lancinante, pulsatile, génératrice d'insomnie. La température oscillante décroche 40°C.

Localement, la peau est rouge, luisante, œdémateuse et chaude. A l'examen le sein est sensible et douloureux avec un noyau dur mais sans adénopathie satellite. Le noyau se ramollit et devient fluctuant.

Les examens para cliniques peuvent confirmer l'existence d'une collection purulente profonde. Ils sont nécessaires pour prendre en charge la suppuration collectée. La numération de la formule sanguine donne une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile et l'échographie du sein visualise la présence de collection profonde.

A ce stade, le traitement s'effectue par drainage chirurgical en prenant bien soin d'effondrer les logettes infectées afin d'éviter les récives.

## 5 - ALLAITEMENT MATERNEL ET LE VIH

Le VIH peut être transmis de la mère à son enfant durant la grossesse, au cours de l'accouchement et pendant la période de l'allaitement.(22)

A Madagascar, le taux des séropositives au VIH chez les femmes enceintes, n'est pas encore bien déterminé, encore moins chez les femmes allaitantes. Actuellement, les stratégies pour réduire le risque de la transmission du VIH de la mère au nourrisson ne sont pas encore mises à jour. La section de PTME a élaboré un plan pour une meilleure prise en charge des femmes séropositives enceintes.

Dès la première CPN, la femme doit être déjà informée de l'avantage d'une grossesse assistée médicalement, d'un allaitement maternel exclusif. Elle doit faire des examens sérologiques dont la sérologie de VIH.

En cas de séropositivité, elle doit poursuivre ses consultations prénatales associées de visites de suivi chez le médecin. Ces visites permettent de surveiller la grossesse et la santé du fœtus. Dans certains cas, des enfants nés des mères séropositives au VIH ne sont pas forcément infectés par le virus. Selon Jean Tshuila, 63% des mères séropositives ne transmettent pas le virus à leurs enfants. (5)

La femme enceinte séropositive peut diminuer de moitié le risque de contamination à son enfant, si elle suit un traitement à base de médicaments antirétroviraux. Elle peut suivre les options suivantes au choix :

- Un traitement d'un mois par le ZIDOVIDINE (AZT) pendant les dernières semaines de la grossesse, (22)
- Une dose unique de NEVIRAPINE pendant l'accouchement, suivie d'une dose unique administrée au nouveau-né dans les 72 heures suivant la naissance. (22)

Les procédures obstétricales, comme les césariennes, peuvent également réduire le risque de transmission du virus lors de l'accouchement.

Pour une femme accouchée séropositive, le mode d'allaitement du nourrisson reste un vrai dilemme. Elle doit soupeser 2 types de risques :

- Celui de contaminer son enfant,
- Celui de ne pas le nourrir à son sein avec pouvant entraîner la diarrhée ou les infections respiratoires sévères. (23)

Pour la transmission d'une personne à une autre, le virus a besoin des portes de sortie et d'entrée, facilitant la mise en contact. Au cours de l'allaitement, les problèmes mammaires à type d'infections sont des brèches cutanées constituant la porte de sortie du virus, la porte d'entrée est formée par la bouche du nourrisson.

Le risque de transmission dépend de plusieurs facteurs : (5)

- L'Etat de santé de la mère et de l'enfant,
- Les infections du sein,
- La durée de l'allaitement,
- Le mode d'allaitement,
- Les infections buccales et intestinales de l'enfant,
- Les infections récentes au VIH.

Pour Madagascar, la stratégie pour la lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant demeure la politique de la promotion de l'allaitement maternel.

## **II – ETUDE PROPREMENT DITE**

### **1 – CADRE D'ETUDE**

Nous avons effectué nos travaux au sein du CHU–A Service de Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana. Il se situe au centre de la capitale de Madagascar. Nous avons fait notre enquête plus précisément dans le service de consultation post–natale.

Le CHU–A Service de Gynécologie et d'Obstétrique est un bâtiment de 4 étages. Il a 4 USFR à savoir :

- USFR de la Santé de la reproduction où on trouve les services de CPPN, de PF, de SRA,
- USFR de l'Accouchement et de Néonatalogie avec les blocs opératoires, la réception, le triage, la néonatalogie, la réanimation, les salles d'accouchement,
- USFR de la Pathologie gynécologique où il y a l'exploration fonctionnelle, les consultations gynécologiques externes,
- USFR de la Pathologie obstétricale regroupent les services de l'obstétrique 1, 2 et la pathologie obstétricale.

### **2 - OBJECTIF D'ETUDE**

Notre étude consiste à analyser les connaissances pratiques et les problèmes mammaires au cours de l'allaitement maternel, afin de :

- Relever les problèmes mammaires rencontrés au cours de l'allaitement, détecter l'impact sur l'accroissement du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant,
- Formuler des recommandations pour diminuer les problèmes rencontrés.

### **3 - METHODOLOGIE ET LES MATERIELS D'ETUDE**

#### **3 – 1 TYPE D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude prospective et évaluative. Cette étude porte sur les connaissances pratiques et les problèmes mammaires rencontrés au cours de l'allaitement maternel. Elle a été effectuée au sein du CHU–A Service de Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana. Ce centre est un lieu où l'on peut rencontrer toutes les couches sociales, représentatives de la population.

En 2003, nous avons relevé 779 mères en consultation post natale. Nous avons estimé le pourcentage des mères ayant des problèmes mammaires au cours de l'allaitement actuel à 5% et l'intervalle de confiance à 95%.

Nous avons limité, pour la commodité de notre travail une population totale de 200. Les données sont traitées par un logiciel Epi-info version 6.

L'enquête a été réalisée du 15 avril 2004 au 15 juin 2004.

#### **3 – 2 ECHANTILLONNAGE ET POPULATION CIBLE**

La taille de l'échantillon a été fixée à 200 mères. Elles viennent en consultation post–natale ou effectuent des vaccinations au CHU–A Service de Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana.

Les mères qui viennent au service de consultation post–natale ont des enfants de 0 à 23 mois révolus. Cependant, dans notre enquête, nous n'avons ciblé et retenu que des mères ayant des enfants de 0 à 6 mois seulement.

### **3 – 3 MATERIELS D'ETUDE**

Nous avons utilisé un questionnaire comportant des renseignements concernant les mères :

- Ses antécédents obstétricaux,
- Son état civil,
- Ses connaissances pratiques sur l'allaitement maternel,
- Ses problèmes mammaires rencontrés au cours de l'allaitement actuel et ses prises en charge.

Le questionnaire comporte 10 questions ouvertes se rapportant sur les connaissances pratiques et les problèmes mammaires. Ces connaissances et ces problèmes ont été vécus par les mères au cours de l'allaitement maternel. Chaque entretien dure en moyenne 10 minutes.

### **3 – 4 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES**

Les données recueillies par le questionnaire ont été traitées sur ordinateur avec le logiciel Epi-info, suivant un masque de saisie préétabli qui répond à l'objectif de notre étude.

Les tableaux descriptifs et analytiques ont été ainsi sortis et interprétés afin de tirer des conclusions. Pour ne pas fausser notre interprétation, nous avons utilisé des pourcentages des valeurs obtenues dans certains tableaux analytiques. Ces pourcentages obtenus découlent du rapport avec l'effectif de la cause supposée des problèmes mammaires et la valeur obtenue par le logiciel Epi-info.

Nous avons aussi fait un test statistique de CHI-CARREE avec calcul de la valeur de « p » pour déterminer la probabilité de retenir ou non notre hypothèse. L'hypothèse est valable si la valeur de « p » est inférieure à 0.05, sinon elle sera rejetée.

## **4 - RÉSULTATS**

Pour atteindre notre objectif, nous avons enquêté sur les paramètres des mères susceptibles d'entraver la pratique de l'allaitement maternel pouvant ainsi entraîner des problèmes mammaires.

Nous avons présenté nos résultats en 4 parties :

- Une description succincte de l'environnement de la mère,
- Le déroulement de la grossesse et de l'accouchement de l'enfant actuel,
- La connaissance pratique de l'allaitement au sein,
- Les problèmes mammaires rencontrés au cours de l'allaitement actuel et ses prises en charge.

### **4 – 1 ENVIRONNEMENT DE LA MERE**

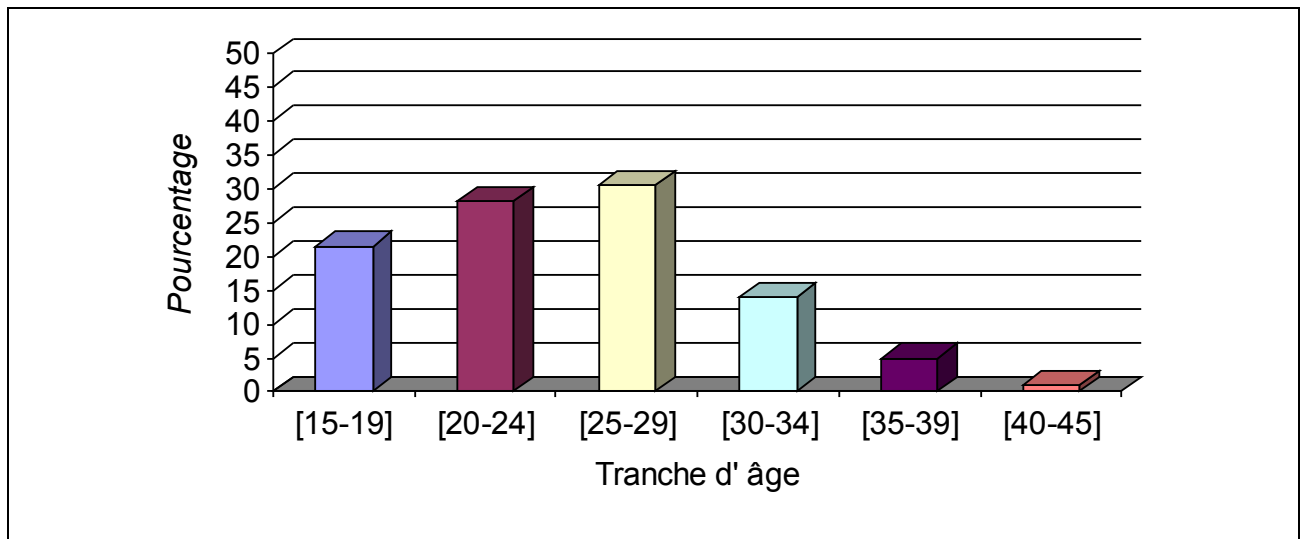
Cette première partie de nos résultats nous renseigne :

- Sur l'âge et la parité de la mère qui peut jouer un rôle dans l'apparition des problèmes mammaires,
- Sur la profession et la situation matrimoniale de la mère, qui peut révéler sa disponibilité à allaiter son enfant et son choix d'allaitement,
- Sur le niveau d'instruction de la mère, qui peut influencer son aptitude à recevoir et appliquer les conseils sanitaires.

**Tableau 1** : Répartition des mères selon la tranche d'âge.

AGE	FREQUENCE	POURCENTAGE
[15 – 19]	43	21,5%
[20 – 24]	56	28%
[25 – 29]	61	30,5%
[30 – 34]	28	14%
[35 – 39]	10	5%
[40 – 45]	02	1%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Dans notre étude, nous avons trouvé que l'âge moyen des mères rencontrées se situe entre 25 et 29 ans. Nous avons remarqué aussi une proportion importante (21,5%) des mères jeunes. Elles sont trop précoces pour procréer, 6% des mères sont dans la tranche d'âge d'une grossesse à risque. Deux mères sur les 200 que nous avons rencontrées dépassent la quarantaine.

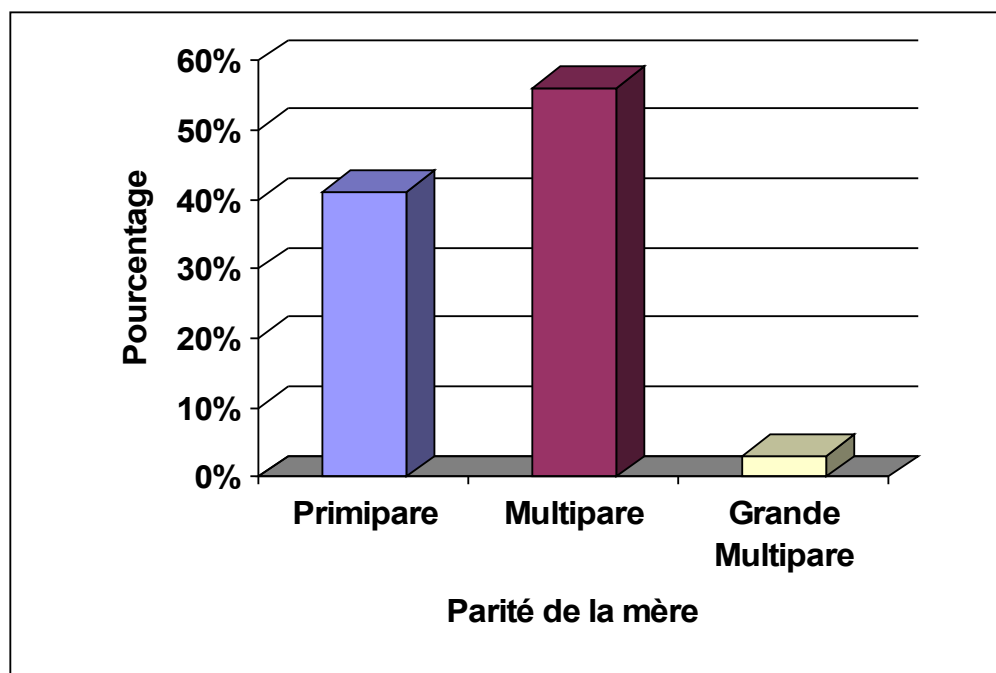
**Figure 7** : Pourcentage des mères suivant leur tranche d'âges.

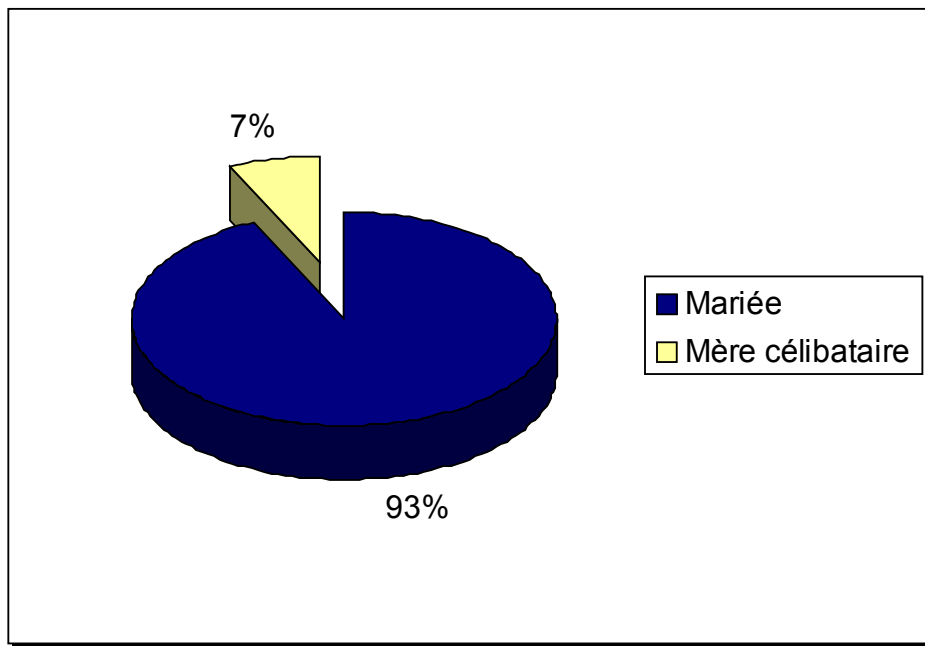


**Tableau 2** : Répartition des mères suivant la parité.

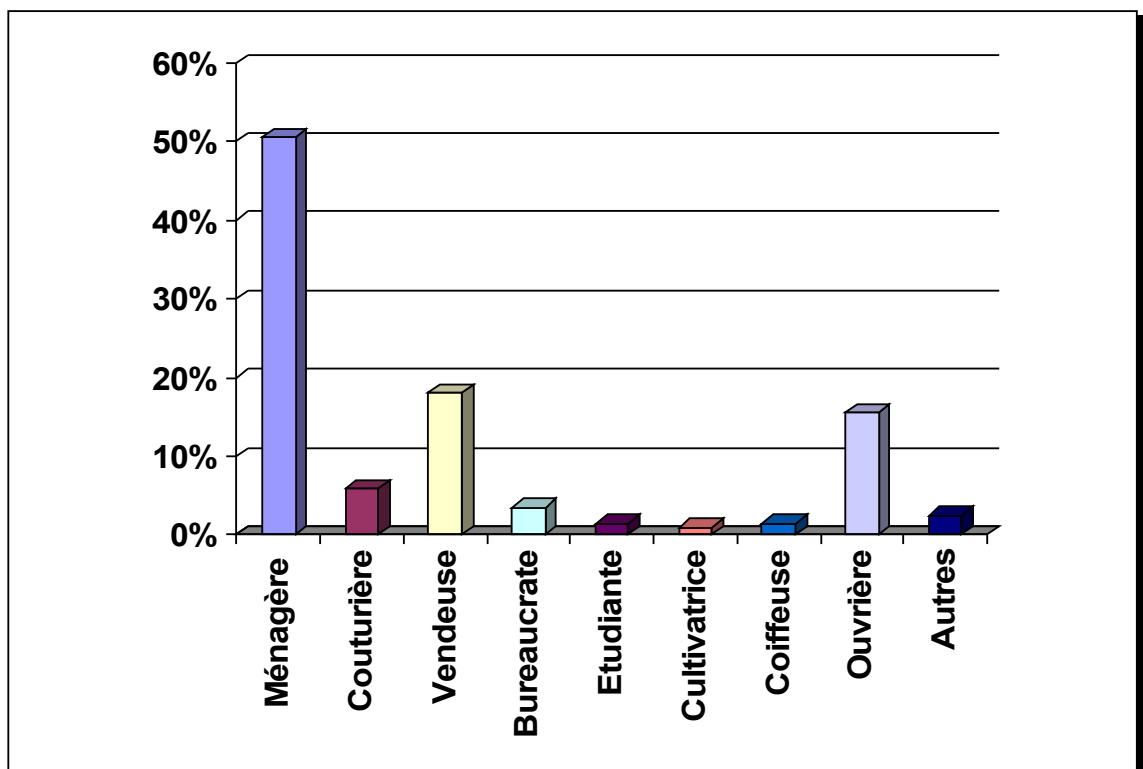
PARITE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Primipare	82	41%
Multipare	112	56%
Grande multipare	6	3%
<b>TOTAL</b>	200	100%

La plupart des mères enquêtées sont des multipares. Les primipares représentent 41% de la population. La grande multipare est celle qui a eu des enfants plus de 5.

**Figure 8** : Pourcentage des mères suivant la parité.



**Figure 9 :** Pourcentage des mères suivant leur situation matrimoniale.



**Figure 10 :** Pourcentage des mères suivant leur profession.

Parmi les mères que nous avons rencontrées :

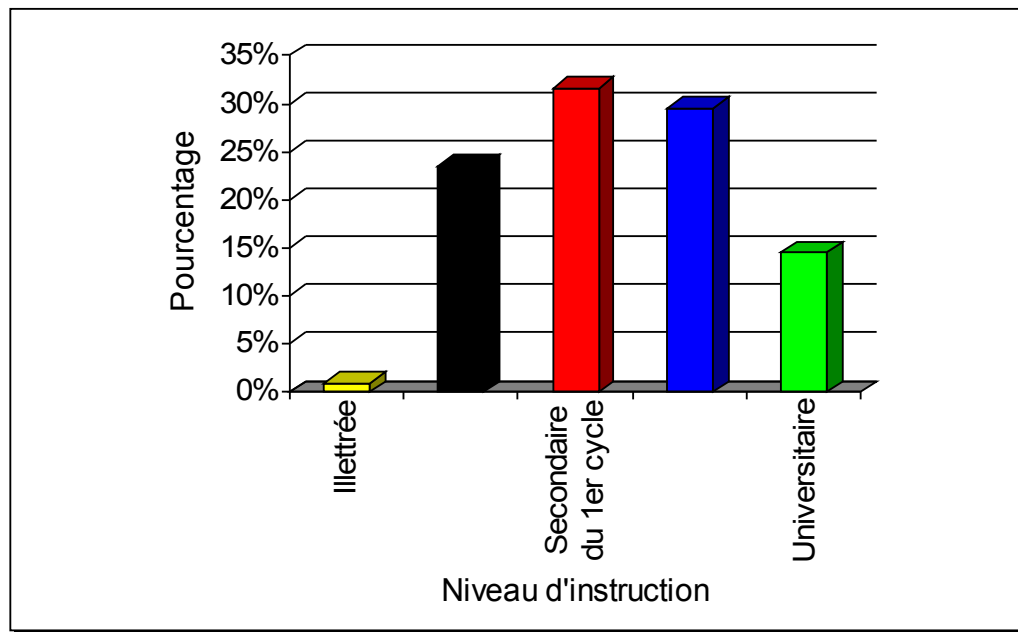
- Cinquante virgule cinq (50,5%) sont des ménagères que nous avons supposées suivre régulièrement les conseils sanitaires,
- Quinze virgule cinq (15,5%) représentent des ouvrières dans les zones franches,
- Dix huit (18%) sont de vendeuses travaillant dans les secteurs privés,
- Seize (16%) sont des mères occupant diverses professions.

Ces 3 dernières catégories de profession sont des mères contraintes à abandonner l'allaitement maternel.

**Tableau 3 : Répartition des mères suivant leur niveau d'instruction**

NIVEAU D'INSTRUCTION	FREQUENCE	POURCENTAGE
<b>Illettrée</b>	2	1%
<b>Primaire</b>	47	23.5%
<b>Secondaire du 1<sup>er</sup> cycle</b>	63	31.5%
<b>Secondaire du 2<sup>nd</sup> cycle</b>	59	29.5%
<b>Universitaire</b>	29	14.5%
<b>TOTAL</b>	200	100%

Deux mères sur les 200 que nous avons interrogées, sont illettrées. La plupart des mères ont eu une instruction acceptable pour mieux comprendre les conseils sanitaires.



**Figure 11 :** Pourcentage des mères suivant leur niveau d'instruction.

**Tableau 4 :** Relation entre le mode d'allaitement et la profession de la mère.

PROFESSION	MODE D'ALLAITEMENT						TOTAUX
	MATERNEL		ARTIFICIEL		MIXTE		
Ménagère	87	0,86	1	0,01	13	0,13	101
Couturière	8	0,67	0	0,00	4	0,33	12
Ouvrière	13	0,42	1	0,03	17	0,55	31
Vendeuse	27	0,75	0	0,00	9	0,25	36
Bureaucrate	4	0,57	1	0,14	2	0,29	7
Étudiante	2	0,67	0	0,00	1	0,33	3
Cultivatrice	2	1,00	0	0,00	0	0,00	2
Coiffeuse	3	1,00	0	0,00	0	0,00	3
Autres	3	0,6	0	0,00	2	0,40	5
TOTAUX	149		3		48		200

Les cultivatrices et les coiffeuses appliquent le plus l'allaitement maternel. (100%) Les ouvrières adoptent l'allaitement mixte. Pour raison d'ordre personnelle et professionnelle, certaines mères (les bureaucrates) optent pour l'allaitement mixte.

L'hypothèse de présence de relation entre la profession et le mode d'allaitement adopté par les mères est valable avec un  $p = 0.00000000$ .

#### **4-2 DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT DE L'ENFANT ACTUEL.**

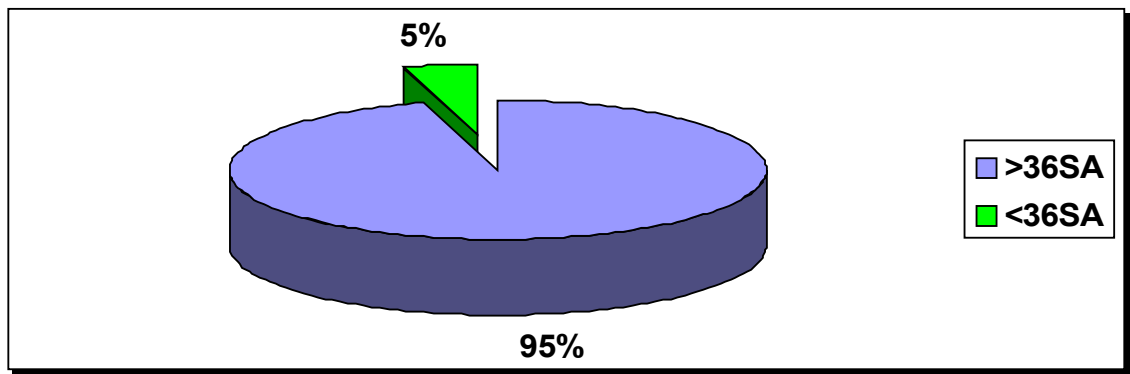
Cette deuxième partie de nos résultats porte sur :

- Le déroulement de la grossesse,
- Le mode d'accouchement, le lieu d'accouchement et l'accoucheur, qui sont des facteurs influençant sur la possibilité de recevoir des conseils sanitaires.
- Les complications survenues au cours des suites de couches, qui est un facteur révélateur de la précarité de l'état de santé.

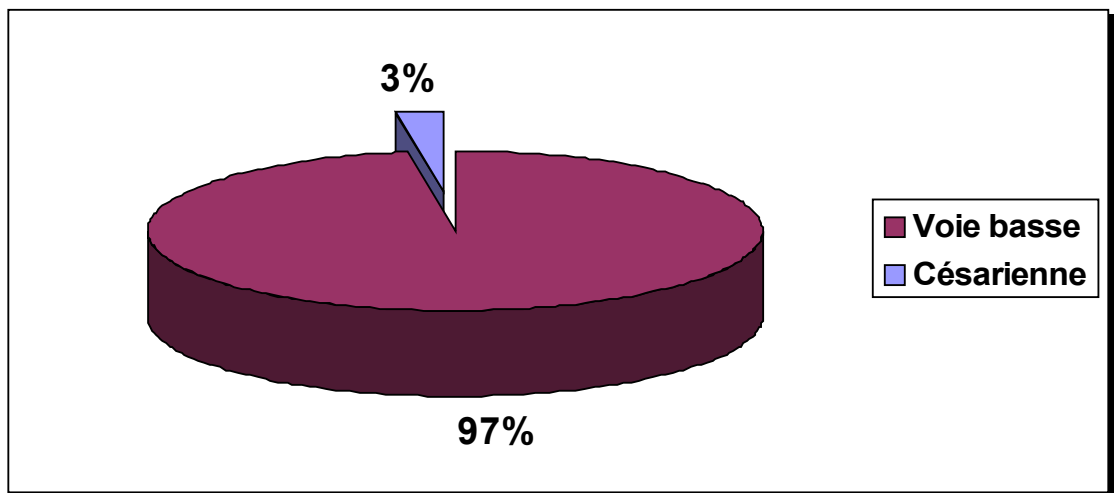
**Tableau 5:** Répartition des mères selon le déroulement de la grossesse

<b>DEROULEMENT DE LA GROSSESSE</b>	<b>FREQUENCE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>Sans incident</b>	153	76.5%
<b>Paludisme</b>	20	10%
<b>Vomissement gravidique</b>	7	3.5%
<b>Menace d'accouchement prématuré</b>	3	1.5%
<b>Menace d'avortement</b>	7	3.5%
<b>Coups et blessure</b>	4	2%
<b>HTA Gravidique</b>	2	1%
<b>Crise d'asthme</b>	4	2%
<b>TOTAUX</b>	200	100%

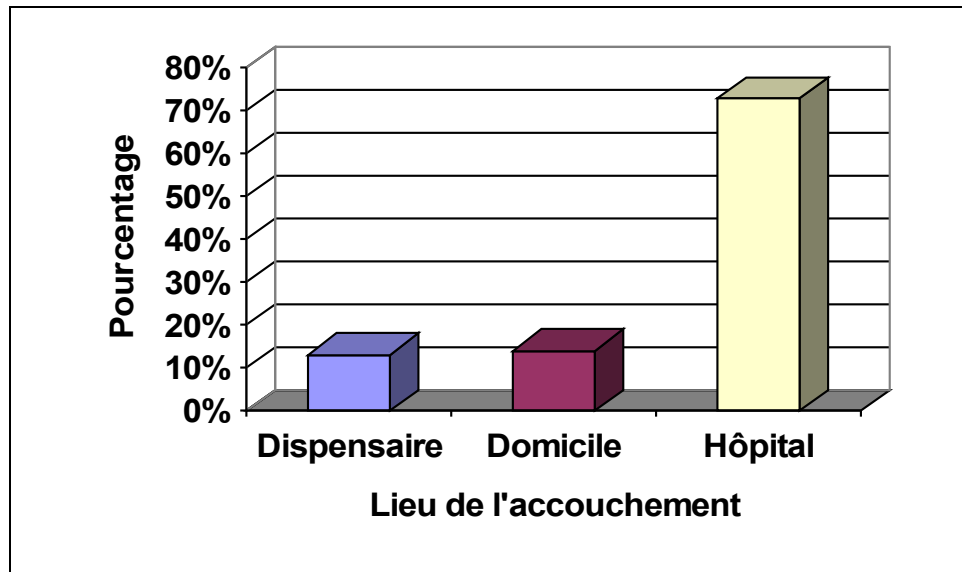
La plupart des grossesses se passent sans incident. Le paludisme présente une fréquence (10%) assez élevée lors de la grossesse. Le vomissement gravidique et la menace d'avortement sont aussi relativement plus importants. (3.5%)



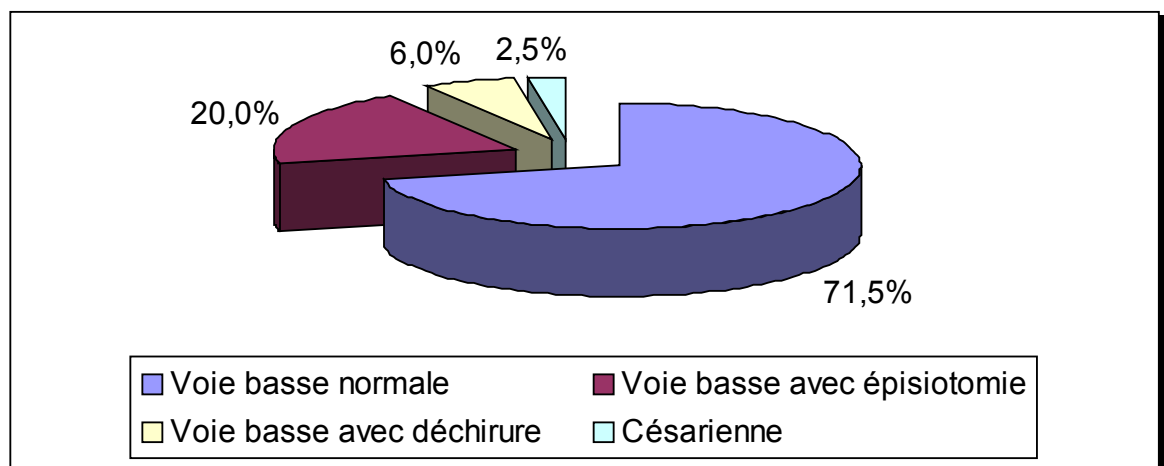
**Figure 12:** Pourcentage des mères suivant le terme de la grossesse.



**Figure 13:** Pourcentage des mères suivant le déroulement de l'accouchement.



**Figure 14 :** Pourcentage des mères suivant le lieu de l'accouchement.



**Figure 15:** Pourcentage des mères suivant le déroulement de l'accouchement.

**Tableau 6 :** Répartition des mères suivant le type d'accoucheur.

TYPE D'ACCOUCHEUR	FREQUENCE	POURCENTAGE
<b>Médecin</b>	48	24%
<b>Sage femme</b>	134	67%
<b>Matrone</b>	15	7.5%
<b>Autres</b>	3	1.5%
<b>TOTAUX</b>	200	100%

En général, les mères ont eu des personnes qualifiées sinon compétentes à leurs cotés lors de leur accouchement, si bien que ces

personnels peuvent bien les assister au cours du premier contact avec leurs enfants.

**Tableau 7:** Répartition suivant le déroulement de l'accouchement par rapport au lieu de l'accouchement

DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT	LIEU DE L'ACCOUCHEMENT			TO TAUX
	DO MICILE	DISPENSARE	HÔPITAL	
<b>Voie basse</b>	28	26	141	195
<b>Césarienne</b>	0	0	5	5
<b>TOTAUX</b>	28	26	146	200

Des mères ont accouché par voie basse avec ou sans difficulté. L'opération césarienne peut avoir des conséquences sur l'allaitement. Dans notre enquête, 5 mères sur 200 seulement ont accouché par césarienne.

**Tableau 8:** Répartition suivant le lieu de l'accouchement par rapport au type d'accoucheur.

LIEU DE L'ACCOUCHEMENT	TYPE D'ACCOUCHEUR				TOTAUX
	MEDECIN	SAGE FEMME	MATRONE	AUTRES	
<b>Domicile</b>	0	11	14	3	28
<b>Dispensaire</b>	2	24	0	0	26
<b>Hôpital</b>	46	99	1	0	146
<b>TOTAUX</b>	48	134	15	3	200

La fréquentation des centres de santé est assez élevée (86%). Cependant, des mères préfèrent accoucher à domicile. Trois mères sur les 200 sont accouchées par des personnes inaptes à la profession.

**Tableau 9 :** Répartition des mères suivant les complications des suites de couches.

COMPLICATIONS DES SUITES DE COUCHES	FREQUENCE	POURCENTAGE
--	-----------	-------------



<b>Retard de cicatrisation</b>	7	3.5%
<b>Lâchage de suture</b>	9	4.5%
<b>Aucune</b>	184	92%
<b>TOTAL</b>	200	100%

Des complications des suites de couches ont une proportion assez élevée sont le retard de cicatrisation (3.5%) et le lâchage de suture (4.5%). Les causes de ces complications sont dues à une mauvaise condition d'accouchement et un état précaire de la santé.

**Tableau 10 :** Relation entre les anomalies lors de l'accouchement et les complications des suites de couches.

<b>PROBLEMES DE L'ACCOUCHEMENT</b>	<b>COMPLICATIONS</b>					<b>TOTAUX</b>
	<b>Retard de cicatrisation</b>		<b>Lâchage de suture</b>		<b>Aucune</b>	
<b>Absence</b>	0		0		143	143
<b>Épisiotomie</b>	4	0,10	5	0,13	31	40
<b>Déchirure périnéale</b>	1	0,08	3	0,25	8	12
<b>Césarienne</b>	2	0,40	1	0,20	2	5
<b>TOTAUX</b>	7		9		184	200

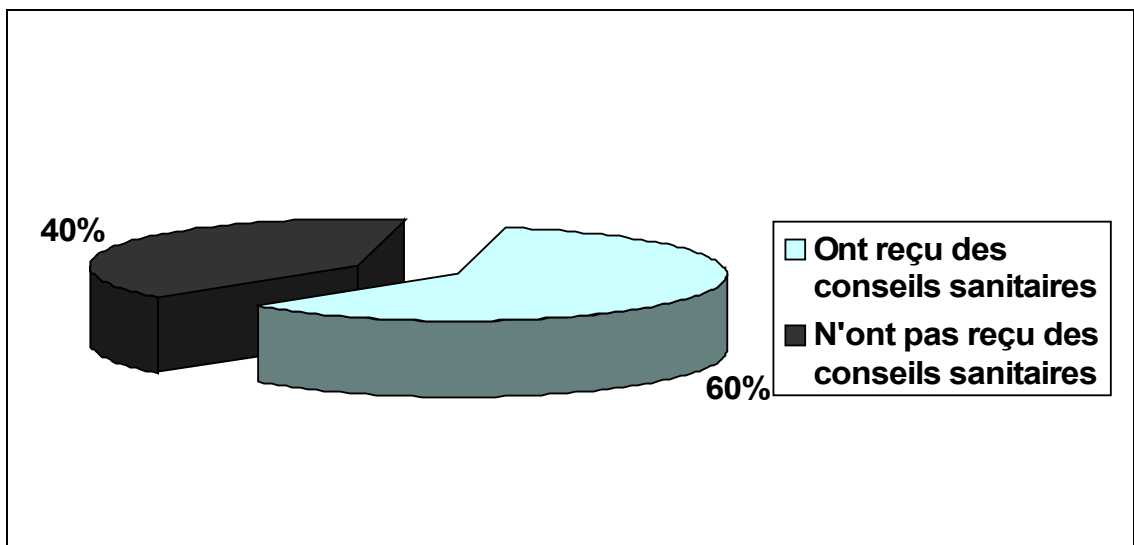
Dans notre étude, le lâchage de suture est la complication la plus fréquente de la déchirure périnéale. Il est dû à un manque d'asepsie. Le retard de cicatrisation s'observe après une opération césarienne.

#### 4 – 3 CONNAISSANCE PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

Cette troisième partie de nos résultats indique l'évaluation de la qualité de la pratique de l'allaitement, le mode d'allaitement, le premier contact entre la mère et le nourrisson :

➤ Les conseils reçus sur l'allaitement maternel,

- La bonne prise du mamelon,
- La durée de l'allaitement,
- La position de l'enfant par rapport à la mère,
- Le nombre d'allaitement par jour,
- La préparation du sein durant la grossesse, qui sont des paramètres pour évaluer la qualité de la pratique de l'allaitement maternel.

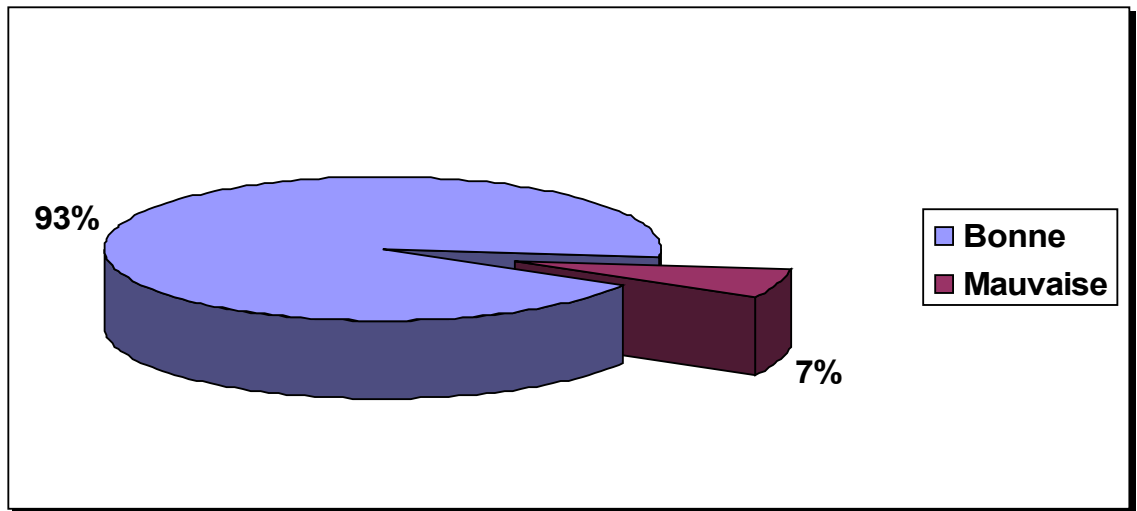


**Figure 16 :** Pourcentage des mères suivant les conseils reçus ou non

**Tableau 11 :** Répartition des mères suivant les techniques d'allaitement.

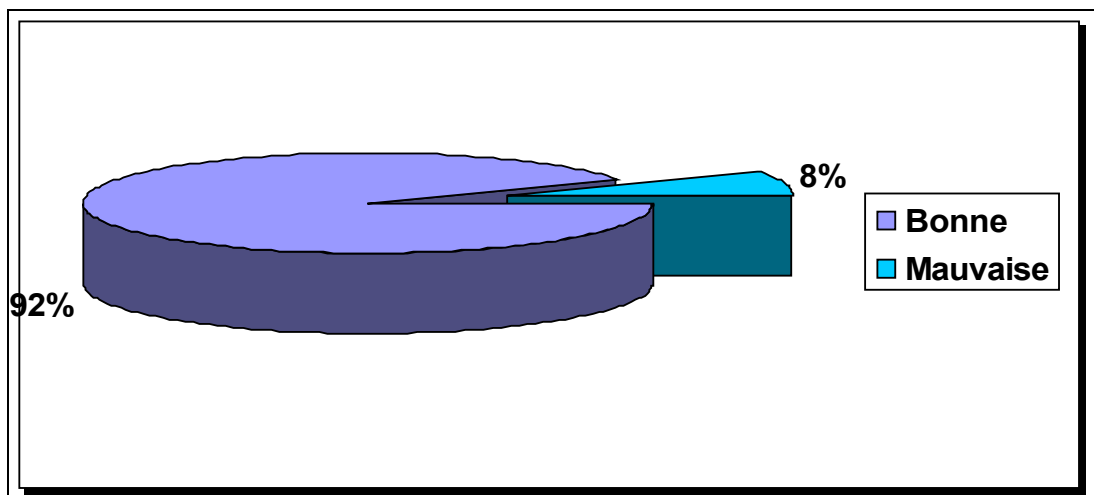
TECHNIQUE D'ALLAITEMENT	FREQUENCE	
	CORRECTE	INCORRECTE
Position de l'enfant	184	16
Durée de l'allaitement	138	62
Mode de prise du mamelon	187	13
Fréquence de la tétée	143	57

La plupart des mères adoptent une position correcte pour allaiter leurs bébés. Elles respectent la durée de l'allaitement et la fréquence de tétées. Les nourrissons tiennent bien les mamelons durant la tétée.

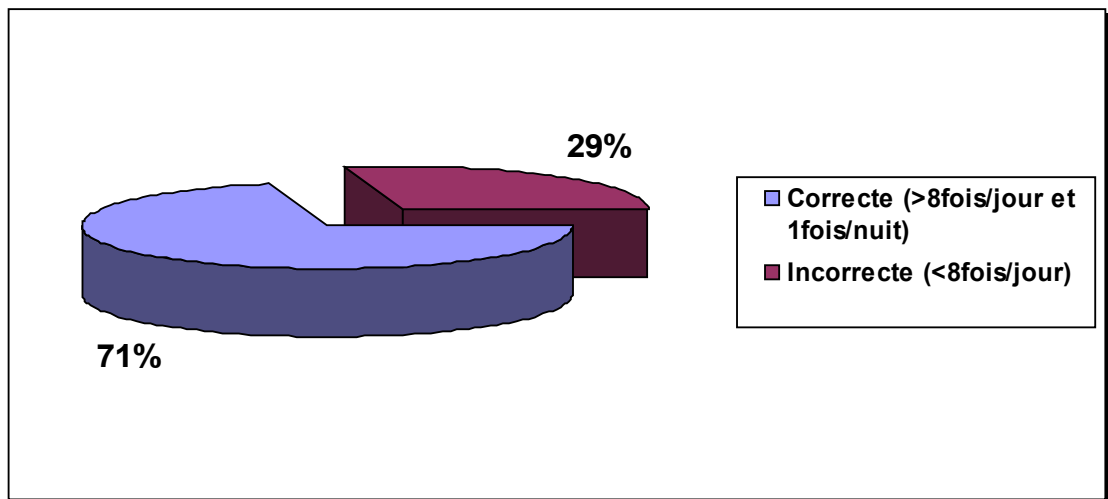


**Figure 17:** Pourcentage des mères suivant le mode de prise du mamelon.

**Figure 18 :** Pourcentage des mères suivant la durée de l'allaitement



**Figure 19 :** Pourcentage des mères suivant la position prise par l'enfant durant l'allaitement



**Figure 20 :** Pourcentage des mères suivant le nombre d'allaitement par jour

**Tableau 12 :** Répartition des mères suivant la préparation du sein durant la grossesse.

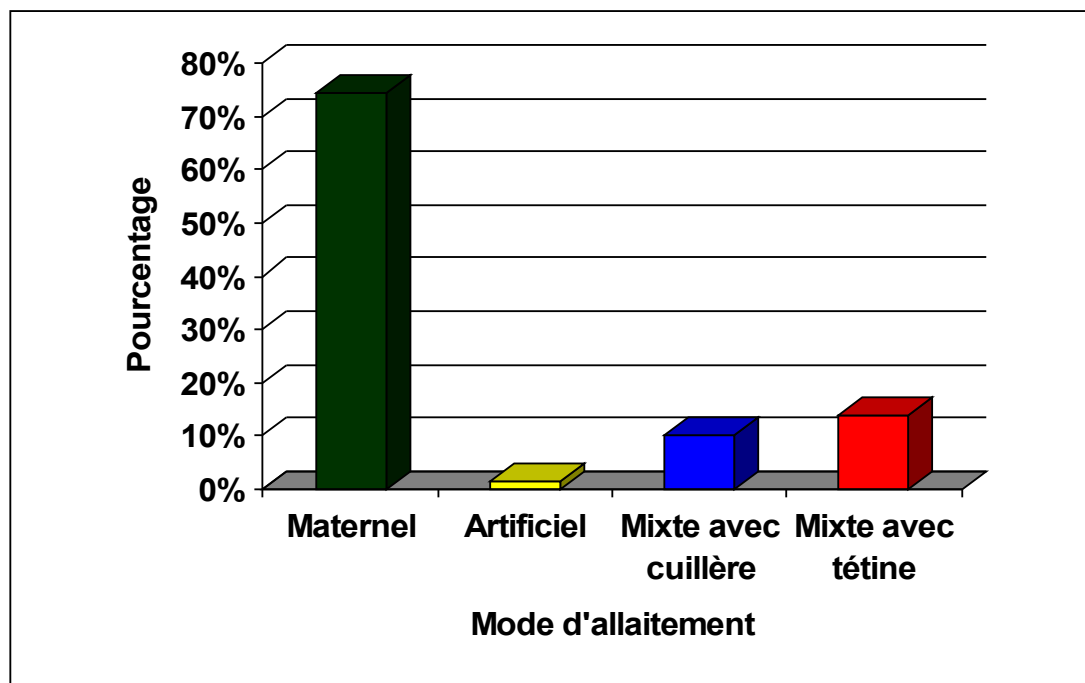
PREPARATION DU SEIN	NOMBRE	POURCENTAGE
Aucune	14	7%
Mauvaise	49	24.5%
Bonne	137	68.5
TOTAUX	200	100%

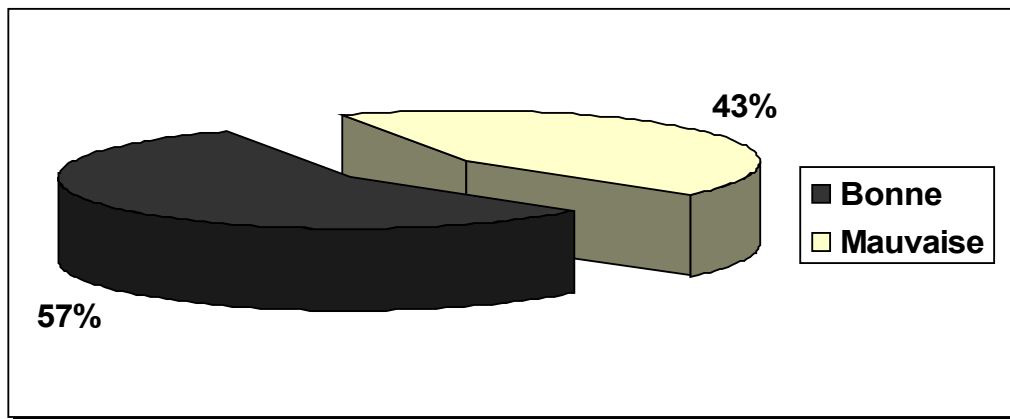
La plupart des mères préparent leurs seins durant la grossesse, à leurs façons. Les unes les lavent par des produits alcoolisés très érosifs pour la peau : 24.5% des mères que nous avons rencontrés utilisent cette méthode ; d'autres mères ne se soucient pas de préparer leurs seins durant la grossesse entraînant des conséquences durant l'allaitement.

**Tableau 13:** Répartition des mères suivant le mode d'allaitement

<b>MODE D'ALLAITEMENT</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>Maternel</b>	149	74.5%
<b>Artificiel</b>	3	1.5%
<b>Mixte avec cuillère</b>	20	10%
<b>Mixte avec tétine</b>	28	14%
<b>TOTAUX</b>	200	100%

Le pourcentage d'allaitement maternel exclusif est de 74.5%. Vingt quatre (24%) des mères pratiquent l'allaitement mixte, avant l'âge de 6 mois, 1.5% optent pour l'allaitement artificiel pour raison d'ordre personnelle et professionnelle.

**Figure 21 :** Pourcentage des mères suivant le mode d'allaitement



**Figure 22 :** Pourcentage des mères suivant l'application pratique du conseil sur l'allaitement.

**Tableau 14 :** Répartition des mères suivant l'intervalle entre l'accouchement et le premier contact de l'enfant et de sa mère.

PREMIER CONTACT	NOMBRE	POURCENTAGE
[30mn – 59mn]	163	81.5%
[1Heure – 24Heures]	18	9%
>24Heures	19	9.5%
<b>TOTAUX</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Pour la plupart, le premier contact de la mère à son enfant se situe entre 30mn à 59mn après la naissance. Ils peuvent ainsi profiter du réflexe de la succion. Neuf virgule cinq (9.5%) ont retardé le début de la tétée pour différentes raisons qui risquent un mauvais début d'allaitement. Ce facteur accroît la probabilité d'abandonner l'allaitement maternel exclusif.

**Tableau 15 :** Répartition des mères suivant leur situation matrimoniale par rapport à l'application des conseils reçus.

SITUATION MATRIMONIALE	APPLICATION DES CONSEILS		TOTAUX
	Bonne	Mauvaise	
<b>Mariée</b>	107	79	186
<b>Mère célibataire</b>	7	7	14
<b>TOTAUX</b>	114	86	200

Des mères mariées observent convenablement les conseils reçus. Le taux des mères qui n'appliquent pas les conseils demeure élevé ; les mères célibataires appliquant les conseils sanitaires et celles négligeant ces conseils sont identiques.

Il n'y a pas de relation entre la situation matrimoniale et l'application des conseils sanitaires après un test statistique avec un  $p = 0.58328595$ .

**Tableau 16 :** Répartition des mères suivant le niveau d'instruction par rapport à l'application du conseil reçu.

NIVEAU D'INSTRUCTION	APPLICATION DU CONSEIL RECU		TOTAUX
	Bonne	Mauvaise	
<b>Illettrée</b>	2	0	2
<b>Primaire</b>	30	17	47
<b>Secondaire du 1<sup>er</sup> cycle</b>	33	30	63
<b>Secondaire du 2<sup>nd</sup> cycle</b>	32	27	59
<b>Universitaire</b>	17	12	29
<b>TOTAUX</b>	114	86	200

Le niveau d'instruction n'influence pas les illettrées de comprendre et d'appliquer les conseils sanitaires. Le cas des 2 illettrées que nous avons rencontré le prouve. Presque la moitié des intellectuelles n'appliquent pas les conseils reçus, dues à leurs activités professionnelles.

Le test statistique n'est pas significatif, avec un  $p = 0.53036484$ . Donc, l'hypothèse de présence de relation entre le niveau d'instruction et l'application des conseils reçus est rejetée.

#### **4 – 4 PROBLEMES MAMMAIRES ET LES PRISES EN CHARGES DE L'ALLAITEMENT ACTUEL**

Cette quatrième partie de nos résultats touche :

- Les problèmes mammaires rencontrés au cours de l'allaitement actuel,
- Les prises en charges, les récurrences et les impacts sur le nouveau-né.

**Tableau 17 :** Répartition des mères suivant les problèmes mammaires rencontrés.

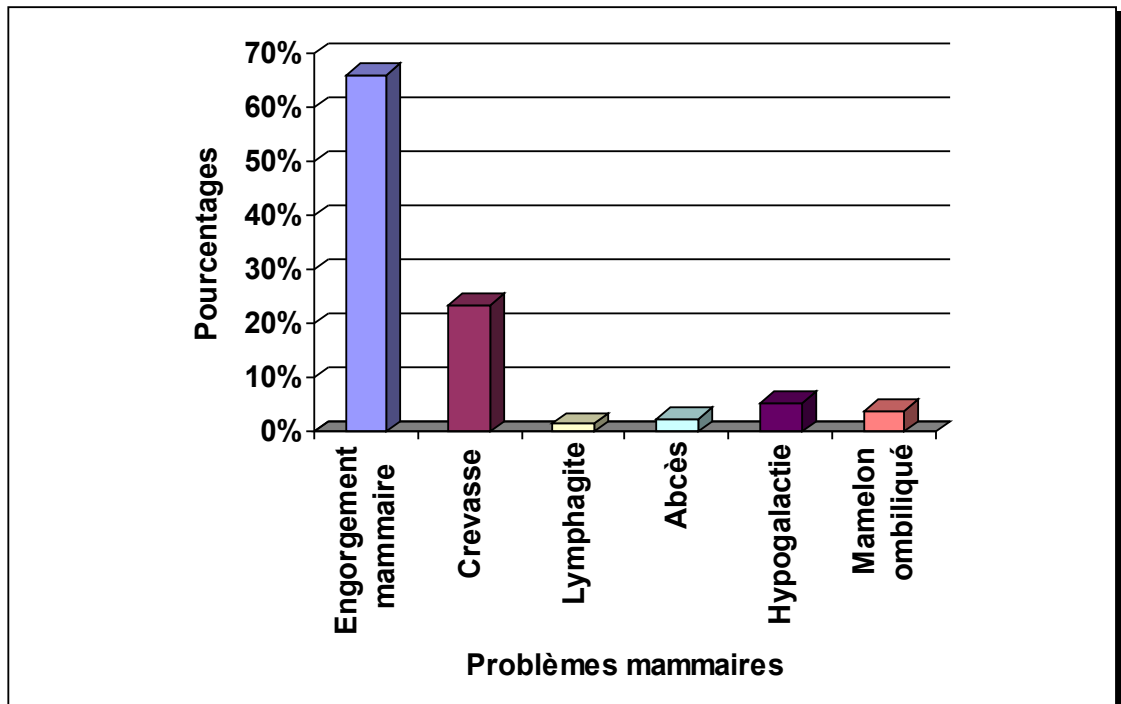
<b>PROBLEMES MAMMAIRES</b>	<b>FREQUENCE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b>Engorgement mammaire</b>	132	66%
<b>Crevasse</b>	47	23.5%
<b>Lymphangite du sein</b>	3	1.5%
<b>Abcès du sein</b>	5	2.5%
<b>Hypogalactie</b>	11	5.5%
<b>Mamelon ombiliqué</b>	8	4%

Durant notre étude, 27,5% des infections mammaires sont formées par des crevasses, des lymphangites et les abcès du sein, tiennent une place importante. Les mères présentent des lymphangites ou des abcès du sein, ont des antécédents de crevasses négligées ou mal traitées. Nous avons constaté qu'un sein atteint de crevasse mal traitée suivie de lymphangite négligée a entraîné un abcès du sein.

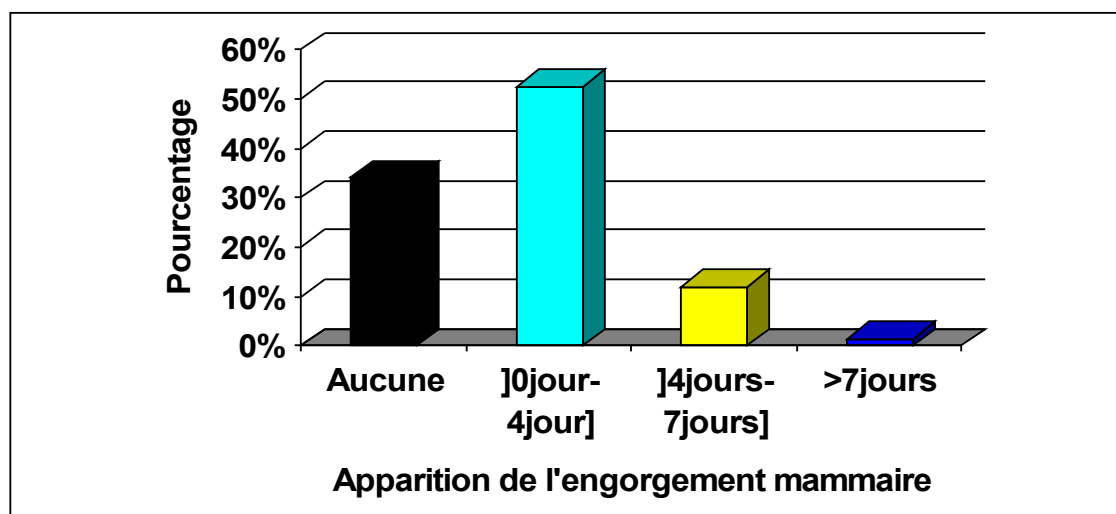
Le trouble de la sécrétion lactée et le mamelon ombiliqué sont des problèmes que nous avons rencontrés aussi. L'hypogalactie est source d'apparition ultérieure de crevasses. L'engorgement mammaire présente un taux important (66%).



Le mamelon ombiliqué est une sensation douloureuse au niveau du sein. Il est dû à une mauvaise ou non-préparation du sein. Il a été observé chez 8 mères sur 200 que nous avons rencontrées.



**Figure 23 :** Pourcentage des problèmes mammaires.



**Figure 24:** Pourcentage des mères suivant l'apparition de l'engorgement mammaire.

**Tableau 18 :** Répartition des mères suivant les problèmes mammaires par rapport aux prises en charges.

PROBLEMES MAMMAIRES	PRISES EN CHARGES		
	Bien traités	Mal traités	Non traités
Engorgement mammaire	86	0	46
Crevasse	15	8	24
Lymphangite du sein	2	0	1
Abcès du sein	5	0	0
Hypogalactie	6	2	3
Mamelon ombiliqué	0	0	8

Vingt quatre mères ont eu des crevasses non traitées. Huit mères les ont traitées d'une façon inadéquate. En général, les problèmes ont été pris en charge, sauf l'engorgement mammaire dont le traitement a été négligé. Un cas de lymphangite n'a pas été traité.

Dans notre enquête, la négligence de l'évolution des problèmes mammaires entraîne :

- 38 mères sur les 46 ayant un engorgement mammaire présentent des crevasses,

8 mères sur 32 présentent des crevasses ont des lymphangites ou des abcès du sein,

- Un seul cas a présenté une lymphangite suivie d'abcès,
- L'hypogalactie des 4 mères a pour conséquence des crevasses.
- 8 mères à mamelon ombiliqué a eu un problème d'engorgement mammaire.

**Tableau 19 :** Répartition des mères suivant les problèmes mammaires par rapport aux récides.

PROBLEMES MAMMAIRES	RECIDIVES	
	Aucune	Présence
Engorgement mammaire	132	0
Crevasse	38	9
Lymphangite du sein	3	0
Abcès du sein	5	0
Hypogalactie	9	2
Mamelon ombiliqué	8	0

Dans notre étude, les crevasses et l'hypogalactie, dues à la négligence ou à la persistance du facteur favorisant, sont récidivantes.

**Tableau 20 :** Répartition des mères suivant leurs problèmes mammaires par rapport aux impacts chez les nouveau-nés.

PROBLEMES MAMMAIRES	IMPACTS AUX NOUVEAUX-NES	
	Absence	Présence
Engorgement mammaire	132	0
Crevasse	19	28
Lymphangite du sein	2	1
Abcès du sein	5	0
Hypogalactie	2	9
Mamelon ombiliqué	7	1

L'engorgement mammaire n'a aucun impact chez le nourrisson. Nous avons rencontré 28 enfants ayant des diarrhées, du fait que leurs mères ont présenté des crevasses des seins. La diarrhée s'est manifestée au nouveau-né dont la mère a été atteinte d'une lymphangite du sein non traitée.

En cas d'abcès du sein déclaré, l'allaitement doit être momentanément suspendu ; ce qui fait que nous n'avons trouvé aucun enfant qui a eu de problèmes de santé chez les mères qui ont ce problème.

L'hypogalactie a une conséquence sur le poids de l'enfant. Le poids stationnaire de l'enfant est un des signes de l'hypogalactie. Dans notre étude, 9 mères sur 11 ont l'hypogalactie, entraînant la diminution du poids du nourrisson.

### III- COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS.

#### 1 - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.

##### 1-1 RELATION ENTRE L'ENVIRONNEMENT DE LA MERE ET LES PROBLEMES MAMMAIRES.

Dans notre étude, nous avons enquêté 200 mères ayant un enfant de 0 à 6 mois, dans le service de consultation post-natale. Notre enquête a été faite au CHU-A Gynécologie et d'Obstétrique de Befelatanana, du 15 avril 2004 au 15 juin 2004.

L'analyse de nos résultats nous conduit à émettre quelques commentaires sur :

- l'âge de la mère
- la parité
- la profession

**Tableau 21** : Relation entre l'âge de la mère et les problèmes mammaires

PROBLEMES MAMMAIRES	AGE DE LA MERE (ans)					
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-45
<b>Engorgement mammaire</b>	40	43	24	23	2	0
<b>Crevasse</b>	20	12	10	2	3	0
<b>Lymphangite de sein</b>	1	1	0	1	0	0
<b>Abcès de sein</b>	1	3	1	0	0	0
<b>Hypogalactie</b>	2	2	2	2	0	2
<b>Mamelon ombiliqué</b>	5	2	1	0	0	0

Selon B. SEGUY, « l'âge avancé de la mère peut être un facteur pour l'apparition d'une insuffisance de la sécrétion lactée. » (21) Dans notre étude, 100% des mères âgées de quarantaine, ont eu un trouble de sécrétion lactée, à type d'hypogalactie. L'hypogalactie est un problème d'origine endocrine dû à un trouble hormonale et un problème d'origine autocrine dû à une insuffisance de succion ou de vidange du sein. Une femme âgée présente de trouble hormonal pour diverses causes physiologiques et physiques. Une grossesse à

plus de 40 ans peut engendrer un stress pour la mère porteuse.

Les autres problèmes, comme l'engorgement mammaire, sont surtout observés, chez les mères dans la tranche d'âges, de 15 à 19 ans avec un pourcentage de 93%. Parmi ces mères : 46.5% ont de crevasses, 11.6% de mamelon ombiliqué. Cette situation s'explique sur la précocité de la procréation entraînant une immaturité mentale et physique des mères. L'abcès du sein est constaté dans la tranche d'âges de 20 à 24 ans, avec un pourcentage de 5.3%.

Le test statistique est significatif lors de l'analyse de ce tableau, avec un  $p = 0.03391922$ . L'hypothèse de la présence de relation entre les problèmes mammaires et l'âge, peut être retenue.

**Tableau 22** : Relation entre les problèmes mammaires et la parité de la mère.

<b>PROBLEMES MAMMAIRES</b>	<b>PARITE DE LA MERE</b>		
	<b>Primipare</b>	<b>Multipare</b>	<b>Grande multipare</b>
<b>Engorgement mammaire</b>	77	53	2
<b>Crevasse</b>	42	5	0
<b>Lymphangite du sein</b>	2	1	0
<b>Abcès du sein</b>	3	2	0
<b>Hypogalactie</b>	2	6	3
<b>Mamelon ombiliqué</b>	4	4	0

La grande multiparité, les grossesses successives et rapprochées sont de facteurs de l'hypogalactie primaire. (21) Dans notre étude, nous avons constaté que 60% des grandes multipares ont eu des troubles de sécrétion lactée, à type d'hypogalactie.

Dans notre étude, les primipares présentent plus de problèmes d'ordre physique lors de l'allaitement. La proportion de crevasse est de 51,2% soit plus de la moitié des primipares. La lymphangite du sein est de 2,4% et l'abcès du sein est de 3,6% chez les primipares.

Chez les multipares, nous n'avons trouvé que 0,9% de lymphangite et 1.8% d'abcès du sein seulement.

La cause de cette proportion élevée de problèmes chez les primipares peut être l'inexpérience et la précarité de leur état. On peut déduire que l'inexpérience de ces mères procure plus de problèmes que de la joie de rapprochement du nouveau-né. Ces mères ont besoin plus de conseils au premier allaitement.

Le test statistique est significatif lors de l'analyse de ce tableau avec un  $p = 0.00000130$ .

**Tableau 23:** Relation entre les problèmes mammaires et la profession.

PROFESSION	PROBLEMES MAMMAIRES												TOTAL
	1		2		3		4		5		6		
Ménagère	88	0,81	16	0,15	2	0,02	0	0,00	0	0,00	3	0,03	109
Couturière	6	0,55	3	0,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,18	11
Ouvrière	16	0,50	8	0,25	0	0,00	3	0,09	5	0,16	0	0,00	32
Vendeuse	13	0,39	18	0,55	0	0,00	2	0,06	0	0,00	0	0,00	33
Bureaucrate	5	0,63	2	0,25	1	0,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8
Etudiante	1	0,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,33	1	0,33	3
Cultivatrice	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,00	0	0,00	2
Coiffeuse	1	0,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,67	3
Autres	2	0,40	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,60	0	0,00	5

1- Engorgement mammaire

2- Crevasse

3- Lymphangite du sein

4- Abcès du sein

5- Hypogalactie

6- Mamelon ombiliqué

L'absence de la mère, suite à sa profession, risque d'entraver la pratique de l'allaitement maternel. Les mères travaillant en dehors de son toit, appliquent un allaitement mixte.

Dans notre étude, l'engorgement mammaire chez les ménagères, est de 81% et n'existe pas chez les cultivatrices. Les crevasses atteignent 55% chez les vendeuses. L'hypogalactie est à 100% chez les cultivatrices. L'abcès du sein, chez les ouvrières, s'élève à 9%.

La valeur du  $p = 0.01295185$ , lors de l'analyse du tableau, a permis de retenir l'hypothèse d'une relation probable des problèmes mammaires et la profession,

## **1 - 2 DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT DE L'ENFANT ACTUEL.**

La plupart des grossesses se déroulent sans incident. La mère peut préparer sereinement ses futurs accouchement et allaitement.

Des problèmes rencontrés durant la grossesse affectent des mères :

- 10% sont atteintes du paludisme,
- 1% une HTA gravidique,
- 2% frappée de crise d'asthme.

Leur état de santé est précaire pour préparer difficilement l'allaitement. Ces mères nécessitent un suivi et un soutien médicaux pour pratiquer convenablement l'allaitement.

Si persistants après l'accouchement, les vomissements gravidiques sont néfastes à la santé des mères. Dans notre enquête, 7 mères sur 200 sont atteintes de vomissements gravidiques. Deux pour cent (2%) des mères ont subi de violence domestique (coups et blessures) durant la grossesse pouvant entraîner des conséquences sur l'allaitement.

Quatre vingt quinze virgule cinq pour cent (95,5%) des enfants sont nés à terme. Des mères ayant des enfants prématurés peuvent avoir des problèmes d'allaitement. Le premier contact, entre la mère et l'enfant, sera retardé. Par



conséquent, la première tétée pourra être pénible tant pour la mère que pour le nouveau - né.

**Tableau 24** : Relation entre les problèmes mammaires et le premier contact.

PROBLEMES MAMMAIRES	PREMIER CONTACT		
	[30 mn-59mn]	[1 H-24 H]	> 24 H
<b>Engorgement mammaire</b>	98	16	18
<b>Crevasse</b>	33	4	10
<b>Lymphangite du sein</b>	3	0	0
<b>Abcès du sein</b>	5	0	0
<b>Hypogalactie</b>	0	2	9
<b>Mamelon ombiliqué</b>	6	2	0

Pour que l'allaitement maternel ait une chance d'être poursuivie, il faut commencer dans de bonnes conditions. Il faut savoir saisir le moment propice à la première tétée. Cette première heure doit se dérouler dans la première heure qui suit l'accouchement. (27)

Dans notre étude, la première tétée se situe entre 30mn et 59mn après l'accouchement. Le retard de la première tétée est dû soit à l'accouchement à domicile par des matrones, soit à l'opération césarienne, soit à la prématurité de l'enfant.

D'après l'analyse de ce tableau, le test statistique n'est pas significatif avec un  $p = 0.98693094$ . Il n'existe pas de corrélation entre le début de la tétée et l'apparition des problèmes. Ainsi, le début de la première tétée n'est pas un facteur favorisant de l'apparition des problèmes mammaires.

**Tableau 25 :** Relation entre le mode d'accouchement et les problèmes mammaires.

PROBLEMES MAMMAIRES	MODE D'ACCOUCHEMENT	
	Normale	Césarienne
<b>Engorgement mammaire</b>	127	5
<b>Crevasse</b>	44	3
<b>Lymphangite du sein</b>	3	0
<b>Abcès du sein</b>	5	0
<b>Hypogalactie</b>	9	2
<b>Mamelon ombiliqué</b>	8	0

L'accouchement par césarienne a des conséquences sur la technique de l'allaitement jusqu'à la cicatrisation de la plaie opératoire. Selon P. WALTER, l'apparition de crevasses dépend de la position au cours de l'allaitement. (26)

Dans notre étude, 100% des mères qui sont césarisées ont eu des engorgements mammaires. L'opération césarienne, retardant la première tétée, entraîne un mauvais drainage du lait.

Soixante pour cent (60%) ont présenté une notion des crevasses au cours de cet allaitement et quarante pour cent (40%) ont eu une hypogalactie. Les complications des plaies opératoires et épisiotomies sont des situations stressantes. Elles risquent d'entraîner une insuffisance de la sécrétion lactée. Selon E. DAUTZENBERG, le stress a un effet négatif sur la lactation. (1)

Le test statistique de ce tableau est significatif avec un  $p = 0.00000000$  : le mode d'accouchement a une relation avec l'apparition des problèmes mammaires.

### **1 - 3 PROBLEMES MAMMAIRES ET FACTEURS FAVORISANTS.**

Pour préparer convenablement l'allaitement maternel, les mères ont besoin de conseils techniques d'allaitement et de soutien moral pour surmonter les difficultés pouvant survenir.

Soixante virgule cinq pour cent (60,5%) des mères enquêtées ont reçu des conseils sanitaires sur l'allaitement durant la CPN ou après l'accouchement. Par contre, 39.5% n'ont pas reçu ces conseils : soit elles n'ont pas fait des CPN, soit elles sont accouchées par des matrones, soit elles ont tout simplement oublié si on les a conseillées ou non.

La technique de l'allaitement maternel possède 4 paramètres pour déterminer sa qualité :

- Le mode de prise du mamelon par l'enfant
- La durée de l'allaitement
- La position de la mère par rapport à l'enfant durant l'allaitement
- La fréquence de l'allaitement par jour

**Tableau 26:** Relation entre les problèmes mammaires et la prise du mamelon par l'enfant.

PROBLEMES MAMMAIRES	PRISE DU MAMELON PAR L'ENFANT	
	Bonne	Mauvaise
<b>Engorgement mammaire</b>	120	12
<b>Crevasse</b>	37	10
<b>Lymphangite du sein</b>	1	2
<b>Abcès du sein</b>	4	1
<b>Hypogalactie</b>	11	0
<b>Mamelon ombiliqué</b>	8	0

➤ Le mode de prise du mamelon par l'enfant :

Dans notre étude, la mauvaise prise est due à des problèmes du mamelon, soit trop grand pour la bouche du nourrisson, soit ombiliqué. L'engorgement mammaire fait suite à une mauvaise prise. (92,3%) La plupart des mères ayant des nourrissons dont la prise du mamelon n'est pas correcte, ont eu des crevasses. (76,9%) Nous avons constaté que les mères dont la prise du mamelon par les nourrissons n'est pas correcte présentent des lymphangites et des abcès du sein, respectivement de 15,4% et 7,7%.

L'analyse de ce tableau a donné une valeur de  $p = 0,04303648$ ,

**Tableau 27 :** Relation entre les problèmes mammaires et la durée de l'allaitement

PROBLEMES MAMMAIRES	DUREE DE L'ALLAITEMENT	
	Correcte <15mn	Incorrecte >15mn
<b>Engorgement mammaire</b>	92	40
<b>Crevasse</b>	24	23
<b>Lymphangite du sein</b>	1	2
<b>Abcès du sein</b>	3	2
<b>Hypogalactie</b>	3	8
<b>Mamelon ombiliqué</b>	2	6

➤ La durée de l'allaitement :

Un allaitement trop long risque d'abîmer et fragiliser le mamelon par suite de l'humidité. Trente sept pour cent (37%) des mères qui n'ont pas respecté la

durée de la tétée, ont eu des crevasses. En voulant rattraper le temps perdu du fait de sa profession, la mère allaite plus longuement son bébé.

8 mères ont une hypogalactie, suite à une durée prolongée de tétée mais de fréquence insuffisante.

Le test statistique lors de l'analyse de ce tableau n'est pas significatif avec un  $p = 0.33919228$ .

**Tableau 28:** Relation entre les problèmes mammaires et la position de la mère par rapport à l'enfant.

PROBLEMES MAMMAIRES	POSITION DE L'ENFANT ET LA MERE	
	Bonne	Mauvaise
<b>Engorgement mammaire</b>	121	11
<b>Crevasse</b>	36	11
<b>Lymphangite du sein</b>	1	2
<b>Abcès du sein</b>	2	3
<b>Hypogalactie</b>	11	0
<b>Mamelon ombiliqué</b>	8	0

➤ La position de la mère par rapport à l'enfant durant l'allaitement :

L'engorgement mammaire voire de crevasses a été constaté sur 68.7% des mères ayant pris de position inconfortable durant la tétée. Il s'ensuit que 12,5% ont eu des lymphangites et 18.7% des abcès du sein.

Selon P. WALTER, l'apparition des crevasses dépend de la position prise au cours de l'allaitement. (26) Cette théorie a été vérifiée dans notre étude toutes : les mères ayant adoptées une mauvaise position pour allaiter ont eu des infections mammaires. Ainsi, le test statistique de ce tableau est – il significatif avec un  $p = 0.01034937$ .

**Tableau 29 :** Relation entre les problèmes mammaires et le nombre d'allaitement par jour.

<b>PROBLEMES MAMMAIRES</b>	<b>NOMBRES D'ALLAITEMENT / JOUR</b>	
	<b>&gt; 8fois / jour et 1fois/nuite</b>	<b>&lt; 8fois / jour</b>
<b>Engorgement mammaire</b>	75	57
<b>Crevasse</b>	33	14
<b>Lymphangite du sein</b>	0	3
<b>Abcès du sein</b>	2	3
<b>Hypogalactie</b>	1	10
<b>Mamelon ombiliqué</b>	4	4

➤ La fréquence de l'allaitement par jour :

Ce qui empêche d'allaiter plus fréquemment est surtout la situation professionnelle. Cent pour cent (100%) des mères qui allaitent le moins possible ont présenté des engorgements mammaires. Une fréquence insuffisante de l'allaitement peut entraîner une stagnation et mauvaise évacuation du lait qui risquent l'engorgement mammaire.

L'hypogalactie apparaît si la fréquence de la tétée est insuffisante, du fait de la régulation autocrine. Dans notre enquête, 17.5% des mères n'ayant pas respecté la fréquence de tétées ont eu des troubles de sécrétion lactée à type d'hypogalactie contre 0.9% chez celles qui ont une fréquence normale.

Le test statistique de ce tableau est significatif avec un  $p = 0.00614017$

**Tableau 30 :** Répartition des mères suivant les problèmes mammaires par rapport à la notion de préparation du sein durant la grossesse.

<b>PROBLEMES MAMMAIRES</b>	<b>PREPARATION DU SEIN</b>		
	<b>Bonne</b>	<b>Mauvaise</b>	<b>Aucune</b>
<b>Engorgement mammaire</b>	95	28	9
<b>Crevasse</b>	12	23	12
<b>Lymphangite du sein</b>	1	2	0
<b>Abcès du sein</b>	0	5	0
<b>Hypogalactie</b>	11	0	0
<b>Mamelon ombiliqué</b>	2	6	0

Pour limiter les problèmes mammaires, les seins ont besoin d'être préparés durant la grossesse. Lors de notre enquête, 7% des mères n'ont pas préparé leurs seins durant la grossesse, 24.5% l'ont préparé mais d'une façon inadéquate. Elles ont utilisé des produits abîmant le mamelon au lieu de le préparer.

Dans notre étude, les mères qui n'ont pas préparé ou ont mal préparé leurs seins, ont des infections mammaires et de mamelon ombiliqué. Quarante cinq pour cent (45%) des mères n'ayant pas préparées leurs seins, ont eu des crevasses. Douze virgule deux pour cent (12,5%) des mères qui l'ont préparé de façon inadéquate ont eu des mamelons ombiliqués contre 1.4% chez celles qui les ont préparés.

L'analyse de ce tableau a montré que le test statistique est significatif et la valeur du  $p = 0.008738703$ .

Le mode d'allaitement des mères enquêtées est surtout maternel. Un virgule cinq (1.5%) ont adopté l'allaitement artificiel pour de raison professionnelle et personnelle. Vingt quatre (24%) ont opté pour un allaitement mixte. Selon une étude française, le taux d'allaitement maternel est de 50% à la sortie de la maternité, puis diminue à 30% après 2 mois de l'accouchement. D'après une publication pédiatrique, le taux d'allaitement maternel avoisine les 100% dans les pays scandinaves et en Burkina Faso à 88.6%. (25) Par rapport en France, le taux d'allaitement maternel à Madagascar est élevé, mais insuffisant malgré la promotion de l'AME.

**Tableau 31** : Comparaison entre le taux théorique et le taux de notre travail des problèmes mammaires.

<b>PROBLEMES MAMMAIRES</b>	<b>TAUX SELON F. GUYON</b>	<b>TAUX DE NOTRE ENQUETE</b>
<b>Engorgement mammaire</b>	15%	66%
<b>Crevasse</b>	25%	23.5%
<b>Lymphangite du sein</b>	5%	1.5%
<b>Abcès du sein</b>	1%	2.5%
<b>Hypogalactie</b>	5%	5.5%
<b>Mamelon ombiliqué</b>	5%	4%

Les facteurs favorisant l'apparition de l'engorgement mammaire sont :

- L'insuffisance de la fréquence de tétées,
- La mauvaise préparation du sein.

Ils se rencontrent surtout chez les primipares, et la tranche d'âges moyenne est de 15 à 24 ans.

Dans notre enquête, le taux de l'engorgement mammaire est trop élevé par rapport à celui du taux théorique. Ceci peut être dû à une mauvaise communication pour apprendre la technique d'allaitement.

Selon E. DAUTZENBERG : « l'apparition de crevasses dépend de la technique de la succion et de la position de la mère par rapport à l'enfant. » (1)  
 Dans notre étude, les facteurs favorisant l'apparition des crevasses sont :

- L'âge précoce de la procréation,
- La primiparité,
- La profession stressante,
- La mauvaise préparation du sein,
- La position inconfortable,
- La mauvaise prise du mamelon par l'enfant,
- La négligence de l'engorgement mammaire et de l'hypogalactie.



Les autres infections mammaires telles que les lymphangites et les abcès du sein, sont causées par des crevasses non traitées. Dans notre étude, le taux d'abcès du sein est assez important par rapport au taux théorique. Ainsi, le respect de l'asepsie, en général, est défectueux ou l'état de santé trop précaire.

L'hypogalactie est un problème lié à un mauvais fonctionnement de la physiologie de la lactation. Elle peut être due à un problème de la régulation endocrine ou autocrine. Elle peut être causée par :

- L'âge avancé,
- La grossesse multiple et rapprochée,
- La fréquence de tétée insuffisante,
- L'activité ou situation stressante,

Dans notre étude, les mères ayant présenté de l'hypogalactie, présentent tous ces facteurs.

Le mamelon ombiliqué est un problème lié à la non préparation du sein durant la grossesse.

En bref, on a observé que 37% des mères allaitantes présentent des problèmes mammaires. Ces problèmes sont sujets à la transmission du VIH de la mère vers l'enfant durant l'allaitement. Nous suggérons les propositions suivantes pour diminuer voire éradiquer les problèmes mammaires durant l'allaitement et ce, dans le but d'enrayer la transmission du VIH.

## **2 - SUGGESTIONS**

### **2-1 MESURES EDUCATIVES**

Pour l'allaitement maternel :

L'incitation et la préparation à l'allaitement maternel constituent une obligation de tout un chacun. Elles ne s'improvisent pas dans les quelques jours

qui suivent la naissance. Elles doivent faire l'objet d'une approche au cours de la grossesse. Pour cela, il est souhaitable de :

- Intensifier l'éducation des mères sur la préparation des seins lors des CPN, sur la technique de l'allaitement maternel exclusif,
- Vérifier l'application de cette technique d'allaitement,
- Identifier les mères ayant des préoccupations particulières ; car elles ont besoin de conseils sur l'allaitement maternel.
- Aider les mères qui travaillent, afin qu'elles obtiennent une pause pour allaiter son enfant,
- Former les matrones et les personnels médicaux libres à adopter l'application des techniques d'allaitement.

Pour les problèmes mammaires :

- Dès le début de l'allaitement, il est préférable d'aider la mère à adopter la bonne technique de l'allaitement,
- Informer la mère des incidents pouvant survenir lors de l'allaitement,
- Apprendre à la mère la prise en charge correcte de chaque problème.

Pour les mères que nous avons rencontré compte tenu la proportion trop élevée des problèmes mammaires, nous leur avons suggéré :

- De prévenir les engorgements mammaires en laissant l'enfant vider le sein lors de la tétée ou en le vidant manuellement pour une meilleure lactation,
- En cas d'engorgement mammaire, on peut diminuer la tension du sein en appliquant de l'eau chaude ou par pression manuelle,
- L'hypogalactie se traite par une amélioration qualitative et quantitative du régime alimentaire de la mère ; c'est seulement en cas d'échec qu'on utilise un moyen médicamenteux pour relancer la lactation,
- Il ne faut pas laisser l'enfant abuser du mamelon lors de la tétée mais lui donner un supplément de lait artificiel si besoin se fait sentir,

- Il faut faire un traitement adéquat de toute infection du sein avec un arrêt momentané de l'allaitement jusqu'à la cicatrisation, adopter un allaitement artificiel en respectant l'asepsie.

## **2-2 : POUR LES MERES SÉROPOSITIVES**

Les personnels médicaux doivent soutenir ces mères dans leur décision après les avoir informés sur les risques et avantages de l'AME :

- Informer qu'en allaitant maternellement leurs enfants, elles risquent de les contaminer par le virus, mais l'utilisation de lait artificiel est parfois plus dangereuse pour eux,
- Informer l'avantage de l'allaitement maternel qui est le renforcement de leur système immunitaire.

Pour ces mères séropositives qui décident d'allaiter, l'UNICEF ONU/SIDA et la section PTME à Madagascar ont suggéré les stratégies suivantes pour diminuer les risques de transmission du VIH durant l'allaitement :

- Le raccourcissement de la durée de l'AME de 24 mois à 6 mois seulement,
- La prévention et le traitement immédiat des infections au sein, les inflammations buccales et intestinales du nourrisson.

## CONCLUSION

Actuellement, le Ministère de la Santé malgache est pleinement engagé dans la promotion de l'AME, le problème de VIH qui sévit dans le monde pourrait – il entraver la poursuite de ce projet ?

L'allaitement maternel est un moyen de transmission du virus du SIDA par le biais du lait maternel et surtout en cas d'infections mammaires. Le taux de transmission de ce virus de la mère à son enfant, durant l'allaitement est de 14%. Il sera doublé de 14% à 29% si la contamination est récente.

Notre étude consiste à évaluer les facteurs probables à entraîner des problèmes mammaires qui sont des portes ouvertes pour la transmission du VIH à l'enfant. Les données que nous avons utilisées, proviennent d'une enquête réalisée au sein du CHU-A service de gynécologie et d'obstétrique de Befelatanana. Nous avons enquêté des mères ayant des enfants de 0 à 6 mois Elles viennent en consultation pour une pathologie ou pour faire une vaccination ou pour peser l'enfant, du 15 avril au 15 juin 2004.

D'après nos résultats, le taux d'allaitement maternel exclusif est de 74.5%. Trente sept pour cent (37%) ont eu des problèmes mammaires durant cette période d'allaitement actuel. Les infections mammaires, selon notre enquête, sont peu importantes par rapport aux crevasses et aux lymphangites du sein mais l'abcès des seins est très élevé, suite à la négligence dans la prise en charge des crevasses et des lymphangites.

Les facteurs favorisant l'apparition des problèmes mammaires sont la mauvaise application des conseils sanitaires, la situation socio-économique défavorable comme une profession stressante et éloignée du domicile, la primiparité, l'âge précoce.

Pour diminuer les problèmes mammaires, les solutions seraient d'améliorer la réception et l'application de la technique de l'allaitement. Il faut

renforcer la législation en faveur des femmes allaitantes qui travaillent pour le bien-être des enfants. Pour les mères ayant eu des infections mammaires que nous avons rencontrées, nous avons suggéré des comportements hygiéniques et de traitements médicamenteux associés à un arrêt momentané de l'allaitement au sein jusqu'à la cicatrisation de l'infection. En même temps, elles devront faire un allaitement artificiel. En cas d'hypogalactie, il faut améliorer la qualité et la quantité des aliments de la mère d'abord. C'est seulement, si tout à échouer qu'il faut utiliser un traitement médicamenteux pour relancer la lactation.

Notre étude ayant mis en évidence l'importance des problèmes mammaires surtout les infections du sein (27.5%). Imaginons l'impact que ce taux peut avoir sur les enfants durant l'allaitement en cas de séropositivité à HIV des mères. La responsabilité échoit à tous (communauté, famille, les patrons, l'état, le personnel de la santé,...) pour aider les mères dans tous les aspects de l'allaitement afin de diminuer les infections mammaires pour réduire la possibilité de la transmission du VIH à l'enfant en cas de mère allaitante séropositive.

## ANNEXES

### **QUESTIONNAIRES SUR LES PROBLEMES MAMMAIRES CHEZ LES ACCOUCHEES.**

#### **1-ETAT CIVIL**

- NOM :
- PRENOM :
- AGE :
- ADRESSE :
- PROFESSION :
- NIVEAU D'INSTRUCTION : -illettrée
  - primaire
  - secondaire du premier cycle
  - secondaire du second cycle
  - universitaire
- SITUATION MATRIMONIALE : -mariée
  - mère célibataire

#### **2-ANTECEDENTS**

- GESTITE :
- PARITE :
- AVORTEMENT :
- NOMBRE D'ENFANT VIVANT :
- NOTION D'INFECTION CUTANEE : - oui                      - type :
  - non

#### **3-ALLAITEMENT ANTERIEUR :**

- MODE : - maternel
  - artificiel
  - mixte

- #### 4-DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ACTUEL

- PREPARATION DU SEIN : - oui - comment :  
- non

- ## 5-DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT ACTUEL

- ## 6-PREMIER CONTACT ENTRE LA MERE ET L'ENFANT

- ## 7-PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

- POSITION DE L'ENFANT PAR RAPPORT A LA MERE : - bonne  
- mauvaise
- MODE DE PRISE DU MAMELON PAR L'ENFANT : - correcte  
- incorrecte
- NOMBRE D'ALLAITEMENT PAR JOUR : - > 8 fois / jour et 1 fois/nuit

- <8 fois / jour

- DUREE DE L'ALLAITEMENT : - > 15mn
- < 15mn

### **8-TYPE D'ALLAITEMENT**

- MATERNEL
- ARTIFICIEL
- MIXTE AVEC CUILLERE
- MIXTE AVEC TETINE

### **9-PROBLEMES MAMMAIRES**

- NOTION DE PROBLEME MAMMAIRE :
  - oui
    - type : - mamelon ombiliqué
    - hypogalactie
    - crevasse
    - galactophorite
    - abcès du sein
- NOTION D'ENGORGEMENT MAMMAIRE : - oui      - date d'apparition
- non

### **10-PRISES EN CHARGES DES PROBLEMES MAMMAIRES**

- NOTION DE PRISE EN CHARGE : - oui      - comment
- non
- NOTION DE RECIDIVE : - oui
- non
- IMPACT SUR LE NOUVEAU-NE : - oui      - type :
- non



## BIBLIOGRAPHIE

1. Dautenzenberg E. L'allaitement. INSERM / INRA, 1996 : 20-24.
2. Charron V. L'allaitement et le sevrage. Le guide de la famille, 1996 ; 198:10-13
3. UNICEF-VIH-SIDA. Prevention of mother to child transmission of HIV-AIDS. UNICEF, 2001: 35.
4. Dubois J P, Depoartere M H, Djavadjadeh AM, Codaccioni X. Avantages de l'allaitement maternel. Encycl-Méd-Chir Obstétrique, 1996 ; IV; 5-108-M-20.
5. Herimanda R. La transmission du VIH de la mère à l'enfant. Madagascar Tribune, 2004 ; 4591.
6. Delmas A. Glandes mammaires. Masson, Anatomie humaine, 11<sup>ème</sup> Edition, 1981 ; 2 : 334-392.
7. Ramananirina Ranjalahy R C. La mammogénèse et la lactogénèse. Département Santé publique Section Mère-enfant, 1991.
8. Bernay F. Mammogénèse et lactogénèse. Encycl-Méd-Chir. Obstétrique, 1978 : 6-9.
9. Martinet J, Houdebine M. Glandes mammaires, mammogénèse, facteurs de croissance, lactogénèse. Biologie de la lactation, INSERM / INRA, 1993.
10. Richer G. Anatomie du sein, mammoplastie et augmentation du sein. Centre de médecine et de chirurgie esthétique, 2002 : 34.

11. Fritsch H., Kuhnel W. Peau : sein et glande mammaire. Atlas de poche d'anatomie. Flammarion, 2000 : 389.
12. Merger R, Lévy J, Melchior J. Hormonologie des suites de couches. Hormonologie e la lactation. Masson : Précis d'obstétrique, 5<sup>ème</sup> Edition, 1979 : 68.
13. Ratsimaitondrazana J. Pratique de l'allaitement maternel. Evaluation au niveau des centres de Santé de FIANARANTSOA I. Thèse Médecine Antananarivo, 2002 ; 6448.
14. Horowitz J, Guyon F, Roux D, Hocke C. Suites de couches normales et pathologiques. Encycl-Méd-Chir Obstétrique, 1996 ; IV ; 5-110-A-10 : 114.
15. Rajaonarivelo C. Maladies diarrhéiques et allaitement maternel chez les nourrissons de 0 à 6 mois au CENHOSOA en 2000 et 2001. Thèse Médecine Antananarivo, 2002 ; 6383.
16. Ministère de la Santé. Manuel PCIME ( Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.) . Ministère de la Santé, 2001.
17. OMS. Quantité et qualité du lait maternel. Rapport sur une étude collective de l'OMS consacré à l'allaitement au sein. Genève : OMS, 1987 : 150.
18. Savage K F, Benoît B. L'aide dont les mères ont besoins pour réviser l'allaitement au sein. Aider les mères à allaiter. AMREF (African Medical and Research Foundation). 2<sup>ème</sup> Edition, 1996 : 19-22-25-40.

19. Savage K F, Benoît B. Aider les mères à allaiter. African Medical a Research Foundation. 1990 : 270.
20. Infor-Allaitement. Prévenir et guérir les douleurs aux mamelons. Infor-Allaitement, 1997 : 16.
21. Séguy B. Pathologie des suites de couches. Nouveau manuel d'obstétrique, 4<sup>ème</sup> Edition, 1975 ; 2 : 40-45.
22. OMS. Le conseil en allaitement : cours de formation. OMS/UNICEF, 1993.
23. Bellati et coll. Situation actuelle de l'allaitement maternel dans la région d'Agadir au Maroc. Médecine d'Afrique noire, 1996 ; 43 : 194-196.
24. Claire L. Le déclin dramatique de l'allaitement maternel. Le généraliste, 1991 ; 1311 : 17.
25. Traore A et coll. Allaitement maternel en milieu urbain au Burkina Faso. Recherche Médicale : Publications pédiatriques, 2002.
26. Walter P. Guide de l'allaitement et du sevrage. Syros, 1995 : 18.
27. Bellanger B, Guinty M C. Promotion de l'allaitement maternel Mères et enfant. ESTEM, 1989 : 9-3.

## VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ny mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity, ary eto anoloan'ny sarin'i HYPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandroana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panantontosaina ny raharaham-pitsaboina.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba ahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako atao fitaovana hanantontosana zava-mamoafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelanana ny adidiko amin'ny olona hotsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana sy ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorotoroina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin'izany. »

**PERMIS D'IMPRIMER**

**LU ET APPROUVE**

Le Président de thèse

**Signé** : Professeur **ANDRIAMANATSARA Lambosoa**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

**Signé** : Professeur **RAJAONARIVELO Paul**

First name and name: **RAMANANJATOVO Solotina Eléonore**

Title of the thesis: **THE MAMMARY PROBLEMS AT THE WOMEN IN  
CHILDBIRTH TO THE CHU-A TO MOTHERHOOD  
BEFELATANANA.**

Classification: PUBLIC HEALTH

Number of pages: **63**      Number of tables: **31**

Number of pictures: **24**      Number of annex: **01**

Number of bibliographic references: **27**

## **SUMMARY**

Mammary problems are key points, as a factor favouring mother child HIV transmission during breastfeeding.

The objective of this prospective study is to find out mammary problems factors. Population of the study concerns two hundred mothers having children 0 to 6 months old. Seven thirty per cent of the mothers have mammary problems mainly several types of infections that are specially the passage of the HIV. The carelessness of the crevasses is the starting point of infections, which lead to the lymphangites and abscesses of the breast.

Mammary problems apparition is due to socio-economic unfavourable situations, age of the mother, bad practice of the breastfeeding and the first offspring.

For a HIV seropositive mother, its is a dilemma to breastfeed her child, but politic of shortening of the length of the exclusive breastfeeding up to 6 months, the prevention and the treatment of the mammary infections can decrease the HIV transmission to her children.

Key words: Mammary infections-HIV-transmission-Technique of breastfeeding-Preventions.

Director of thesis: Professor **ANDRIAMANANTSARA Lambosoa**

Reporter of thesis : Doctor **RAKOTOVAO Jean Pierre**

Address of the author: LOT IB 58 Andoharanofotsy ANTANANARIVO 102

Nom et prénom: **RAMANANJATOVO Solotina Eléonore**  
Titre de la thèse : **LES PROBLEMES MAMMAIRES CHEZ LES  
ACCOUCHEES AU NIVEAU DU CHU-A  
MATERNITE BEFELATANANA**  
Rubrique : **SANTE PUBLIQUE**  
Nombre de pages : **63** Nombre de tableaux : **31**  
Nombre de figures : **24** Nombre d'annexe : **01**  
Nombre de références bibliographiques : **27**

## **RESUME**

Les problèmes mammaires tiennent beaucoup une grande place, comme un facteur favorisant la transmission du VIH de la mère à l'enfant durant l'allaitement maternel.

L'objectif de cette étude prospective est de chercher les circonstances qui favorisent ses apparitions. Deux cent mères ayant des enfants de 0 à 6 mois sont ainsi enquêtées. Trente sept pour cent des mères ont présenté des problèmes mammaires à type d'infections, qui sont surtout la porte de sortie du VIH. C'est la négligence des crevasses qui sont des infections débutantes, qui entraînent les lymphangites et abcès du sein.

Ce sont les situations socio-économiques défavorables, l'âge de la mère, la mauvaise pratique de l'allaitement maternel et la primiparité qui favorisent son apparition.

Les mères séropositives se trouvent devant un dilemme pour nourrir son enfant, mais le raccourcissement de la durée de l'allaitement maternel exclusif à 6 mois, les préventions et traitement des infections mammaires peuvent diminuer le risque de transmission à leurs enfants.

Mots clés : Infections mammaires – VIH – Transmission –  
Technique d'allaitement – Préventions.

Directeur de la thèse : Professeur **ANDRIAMANANTSARA Lambosoa**

Rapporteur de thèse : Docteur **RAKOTOVAO Jean Pierre**

Adresse de l'auteur : LOT IB 58 Andoharanofotsy ANTANANARIVO 102