

Engorgement mammaire : une prise en charge innovante avec la thérapie cellulaire active (Indiba®)

PAR **CÉLINE DALLA LANA**, SAGE-FEMME, CONSULTANTE EN LACTATION IBCLC, FORMATRICE MÉTHODE DALLA LANA®

L'engorgement mammaire est une difficulté fréquente du post-partum, que ce soit durant la phase de démarrage de l'allaitement maternel ou en cas de non-suppression de la montée de lait pour les femmes désireuses de ne pas allaiter.

Il n'existe pas de définition exacte de l'engorgement et de ce fait, nous ne disposons pas de statistiques fiables à ce propos, néanmoins, certaines études ont montré qu'une gestion correcte de l'engorgement était importante pour la réussite de l'allaitement à long terme [1].

Nous allons ici présenter une nouvelle voie dans la prise en charge de l'engorgement avec la Thérapie Cellulaire Active également dénommée TECAR thérapie. Mais avant cela, nous allons faire quelques rappels physiopathologiques permettant de mieux comprendre l'intérêt de la TECAR thérapie dans l'indication de l'engorgement.

RAPPELS PHYSIOPATHOLOGIQUES [2,3]

Durant les premiers jours du post-partum, la chute du taux de progestérone induit une fermeture des jonctions des lactocytes, qui deviennent donc jointifs aux alentours de 72 heures après la délivrance. Le colostrum n'est alors plus réabsorbé dans la circulation maternelle et la production lactée devient soudainement plus volumineuse. On appelle cette phase « la montée de lait ». Elle marque le passage en phase II de la lactogénèse ; phase durant laquelle les cellules des acini sont censées rester jointives en permanence.

Si, durant les premières heures et les premiers jours postnataux, les mises au sein sont trop espacées ou si la succion est peu efficace, la stimulation de la plaque aréolo-mamelonnaire est insuffisante ce qui est corrélé à des taux de prolactine (PRL) plus bas. Or, un faible taux de PRL libre agit en rétrocontrôle négatif sur le nombre de récepteurs à PRL à la surface des acini : une faible concentration en PRL et une faible durée d'exposition des lactocytes à la PRL libre sont corrélées à une réduction du nombre de récepteurs à PRL. Ceci a pour corollaire un retard à la montée de lait et une possible insuffisance de lactation ; mais pas seulement. Le taux de PRL augmente malgré tout significativement une fois le frein lié aux hormones de grossesse levé, qu'il

y ait eu des mises au sein ou non — comme c'est pour les femmes qui ne souhaitent pas allaiter. Il y a alors une disproportion entre le taux de PRL et le nombre de récepteurs disponibles. De ce fait, la PRL qui a également une influence sur l'afflux sanguin au niveau mammaire risque d'entraîner une surcharge vasculaire au niveau capillaire et lymphatique [4] aboutissant à un œdème mammaire.

Cet œdème comprime les canaux galactophores bloquant ainsi l'éjection du lait.

On le voit donc ici, l'engorgement se caractérise principalement par un œdème mammaire concomitant à l'augmentation du volume de lait synthétisé et stocké dans la glande mammaire. Le terme « engorgement » laisse à penser qu'il s'agit d'un excès de lait ; c'est en effet ce que l'on pensait à l'époque à laquelle cette nomenclature a été instaurée ; **mais en réalité il s'agit avant tout d'un œdème !**

PRISE EN CHARGE DE L'ENGORGEMENT

Il n'existe pas de consensus universel quant à la prise en charge de l'engorgement, ni de preuve formelle de la supériorité d'un mode de prise en charge [4].

Notre objectif ici étant de présenter la prise en charge de l'engorgement par la TECAR thérapie, nous n'allons pas entrer dans le détail de la prise en charge « conventionnelle » de cette situation difficile. Néanmoins, rappelons que le traitement de l'engorgement consiste à prendre en charge la douleur et, en parallèle, à drainer l'œdème.

LES SECRETS D'UN ALLAITEMENT RÉUSSI

CÉLINE DALLA LANA

Sage-femme,
Consultante en lactation IBCLC, Formatrice
Méthode Dalla Lana®
Éditions Frison Roche,
parution le 1^{er} octobre
2018

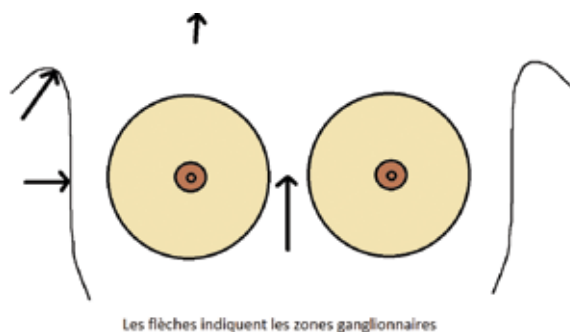
L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique, industrielle ou agroalimentaire ; ni avec Indiba®.



On peut ainsi envisager une prise en charge médicamenteuse^[51] : antalgiques de palier I (paracétamol) et/ou AINS ; homéopathique^[6, 71] ; par acupuncture^[81] ou autre.

Le point central de la prise en charge de l'engorgement n'en demeure pas moins le **traitement de la congestion mammaire**. On recherchera ainsi un assouplissement des seins ce qui libérera l'écoulement du lait. Pour ce faire, certains recommandent la technique du verre tahitien qui semble apporter un soulagement à de nombreuses mères. L'application de feuilles de choux, de glace ou les douches chaudes ont également montré un intérêt significatif^[9]. On constate également cliniquement que l'application d'argile peut apporter du confort aux femmes durant l'engorgement même s'il n'existe aucune validation scientifique à ce jour.

Le drainage lymphatique mammaire est un traitement de référence dans la prise en charge de l'engorgement. Il s'agit d'un massage extrêmement doux qui vise à drainer l'œdème en direction des ganglions lymphatiques. Ce massage débute donc par une stimulation des ganglions lymphatiques mammaires par pompage manuel en sous-axillaire, latéro-mammaire, pré-sternal et sus-claviculaire.



S'ensuit un massage délicat de drainage centrifuge, dirigé de la zone aréolaire vers les ganglions lymphatiques. Il faut toutefois compter plus d'une heure pour obtenir un bon résultat sur les deux seins. Le traitement sera renouvelé, sans trop attendre, si les seins deviennent de nouveau tendus. Il sera également suivi d'une séance d'expression du lait ou d'une tétée.

Notons également que la restriction hydrique et le bandage serré des seins ne sont pas recommandés^[41]. **Toute pression exercée sur les seins (massage, bandage...) risque de léser les glandes et rompre les jonctions serrées ce qui a pour effet d'augmenter les phénomènes inflammatoires.**

UNE NOUVELLE VOIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ENGORGEMENT : LA THÉRAPIE CELLULAIRE ACTIVE (INDIBA®) OU TECAR® THÉRAPIE

D'après Gasbarro et al. la recherche biomédicale a atteint un but important avec la découverte d'une méthode destinée à devenir un outil indispensable dans la prise en charge des traumatismes non chirurgicaux, de la prise en charge de la douleur et de la phlébo-lymphologie^[10]. D'après cette étude, la TECAR thérapie (ou Thérapie cellulaire active) provoque une rapide réoxygénation des tissus lésés par une activation de la microcirculation. Cela produit une augmentation

L'application de feuilles de choux, de glace ou les douches chaudes ont également montré un intérêt significatif.

notable de la circulation vasculaire et lymphatique avec une rapide suppression des facteurs pro-inflammatoires. De ce fait, on constate une réduction immédiate et durable de la douleur. Selon l'intensité utilisée, différents mécanismes sont activés : la biostimulation obtenue par un traitement en athermie induirait un processus de « réparation » en lien avec une augmentation du métabolisme cellulaire. L'athermie correspond à une intensité de traitement à laquelle le patient ne ressent pas de chaleur.

En thermie douce, on obtiendrait un effet sur la microcirculation : augmentation de la microcirculation ; résorption de l'œdème.

À un niveau d'énergie plus élevé, on obtient un ressenti de chaleur plus important (entre 5 et 7 sur une échelle de 0 à 10 ; 0 étant froid et 10 brûlant). L'effet obtenu ici cumule les deux précédents avec un effet d'oxygénation des tissus. L'apport artériel favorise l'évacuation veino-lymphatique. Enfin, en hyperactivation (ou hyperthermie : ressenti de chaleur 8/10), il y aurait une forte augmentation du métabolisme cellulaire et un processus de restructuration utile par exemple pour défibroser un tissu.

TECAR thérapie signifie Transfert d'Énergie à l'aide d'électrodes CET (capacitive) et (AND) RET (Résistive). La TECAR thérapie est un traitement par radiofréquence c'est-à-dire qui utilise un courant électrique haute fréquence – 448 KHz – (non ressenti) agissant sur le potentiel des membranes cellulaires, favorisant l'ouverture des canaux ioniques. Ceci favorise les échanges entre le milieu intra- et extra-cellulaire ; principe de l'accélération du processus de guérison cellulaire.

Tenant compte de ces différents éléments, Indiba® a proposé une prise en charge de l'engorgement par TECAR thérapie. En effet, compte tenu des résultats obtenus dans les prises en charge des œdèmes, des lésions traumatiques non-chirurgicales et compte tenu des effets anti-inflammatoires et antalgiques du traitement par Indiba®, on peut penser que ces effets pourraient être transposables dans le cas de l'engorgement qui associe œdème, lésions cellulaires, douleurs et inflammation.



Appareil, crème et accessoires INDIBA®

Le protocole proposé par Indiba® s'inspire du traitement par drainage lymphatique mammaire précédemment décrit et débute donc par une stimulation des ganglions lymphatiques en hyperthermie obtenue en appliquant l'électrode capacitive sur les différentes zones ganglionnaires décrites plus haut jusqu'à obtenir une sensation de chaleur ressentie à environ 8/10 par la patiente. Cette phase dure en moyenne 30 secondes par zone ganglionnaire.

Dans un second temps, on procède à la phase capacitive : 5 min de traitement en mode capacitif. Pour cela l'opérateur réalise un massage doux et centrifuge de tout le sein se rapprochant du drainage lymphatique mammaire tout en maintenant l'électrode capacitive entre sa main et le sein. Le courant capacitif permet de commencer un drainage superficiel (sur environ 4 cm de profondeur de tissu). L'effet recherché étant une activation de la microcirculation et la résorption de l'œdème. Le travail s'effectue en thermie douce (ressenti de chaleur en 3 et 5 /10). Après 5 min de ce traitement, on pratique de la même manière à l'aide de l'électrode résistive qui, elle, traite le sein plus en profondeur. Le courant électrique résistif traverse, en effet, le corps jusqu'à la plaque de retour située dans le dos de la patiente. Cette phase dure entre 5 et 8 min selon l'importance de l'œdème.

Ainsi, après environ 15 min de traitement par sein, on obtient un résultat souvent supérieur à celui d'un drainage lymphatique manuel plus long et un résultat durable car l'effet antalgique dure en moyenne 48 heures et l'effet cellulaire 21 jours.

La prise en charge à l'aide d'Indiba® est donc plus rapide, pour un résultat supérieur mais ne se substitue pas à une prise en charge globale de l'allaitement qui est bien évidemment indispensable.

La thérapie cellulaire active est non invasive et présente très peu de contre-indications. Les seules contre-indications sont, en effet, la grossesse en cours, un cancer en cours, une infection ou le port d'un pacemaker. Les résultats cliniques sont manifestes.

POUR EXEMPLE. Une patiente n'allaitant pas, adressée par son médecin traitant à J5 du post-partum présentait selon lui, une grosse adénopathie sous-axillaire concomitante à un engorgement lié à la non-suppression de la montée de lait. Cette patiente présentait effectivement un engorgement important associé à de volumineuses glandes mammaires accessoires sous-axillaires. Cette femme ne pouvait plus laisser ses bras le long du corps et décrivait une douleur très intense (EVA 9/10) non soulagée par le paracétamol. Nous avons appliqué le protocole Indiba® et après environ 30 minutes de traitement (15 minutes par sein), les seins étaient relativement souples, un écoulement lacté était présent spontanément et l'EVA était à 2/10. La patiente pouvait de nouveau placer les bras le long du corps. Une consultation de contrôle 24 heures plus tard a permis de constater que les seins étaient restés volumineux mais souples après le traitement, aucun traitement supplémentaire n'a été nécessaire; pas même du paracétamol, depuis la séance d'Indiba®. À 48 heures du traitement, tout est rentré dans l'ordre. Une séance unique a donc été nécessaire.

La TECAR thérapie pourrait donc prendre une place non négligeable dans la prise en charge de l'engorgement, que ce soit dans le cadre de l'allaitement et encore plus dans le cadre du non-allaitement. En effet, concernant les femmes allaitantes, il serait incontestablement plus important de mettre en œuvre des stratégies visant à prévenir l'engorgement plutôt qu'à le traiter. *IHAS. Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations. Mai 2002. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf. (cf. www.methodedallalana.fr) •*

BIBLIOGRAPHIE

1. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. *A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth.* J Hum lact 2003 ; 19 : 145-156 ; [Stamp GE, Casanova HAT. A breastfeeding study in a rural population in South Australia. Rural Remote Health 2006 ; 495 : 1-8]
2. Cérimes campus gynécologique obstétrique. Allaitement maternel [en ligne] 10 juin 2016. <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/lactation/site/html/cours.pdf> ; [La leche league. Allaitement et maternage. En 2012 plus d'humanité [en ligne] <http://www.llfrance.org/allaitement-quand-on-rencontre-une-difficulte/Un-engorgement.html>]
3. Touraine P, Goffin V. *Physiologie de la prolactine.* EMC-Endocrinologie-Nutrition. 2016, vol. 13,2
4. HAS. *Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations.* Mai 2002. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf]
5. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). *Extrait de mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Trente-quatrième journée nationale.* Paris, 8-11 décembre 2010 [En ligne] http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/livres/2010_GO_095_teurnier.pdf
6. Berrebi A., Parant O., Ferval F, Thene M., Ayoubi JM, Connan L., Belon P. *Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat ;* Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction 2001 ; 30 : 353-357]
7. Prescrire. Rédaction. *Inhibition de la lactation gare aux agonistes dopaminergiques.* Revue Prescrire ; 2010 ; 30 (325) : 828
8. De la Bourdonnaye A., Thierry H., Branger B. ; RSN. *Inhibition de la montée laiteuse.* Réseau sécurité naissance. Naître ensemble. Commission des sages-femmes. Commission Allaitement maternel. Version du 20 juin 2013 [En ligne] <https://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/h1/tbpvoea15lzososplf80ye4qiss9ze-org.pdf>
9. Mangesi L. Dowswell T. *Treatments for breast engorgement during lactation ;* Cochrane Database Syst Rev. 2010 ; (9) : CD006946. Published on line 2010 Sep 8. doi : 10.1002/14651858.CD006946.pub2
10. Gasbarro V., Medini C., Cataldi A., Soverini R., Teutonico P. *TECAR terapia nei linfedemi degli arti : indicazioni, prime applicazioni cliniche e risultati.* 07 jul 2016 ; [En ligne] https://www.researchgate.net/publication/268302597_TECAR_TERAPIA_NEL_LINFEDEMI_DEGLI_ARTI_INDICAZIONI_PRIME_APPLICAZIONI_CLINICHE_E_RISULTATI

UIC-P
16 rue JEAN REY
75015 PARIS

IX^e Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2018

**Vendredi 16
& Samedi 17
Novembre
2018**

46^E JOURNÉES JEAN COHEN

PRÉSIDENT : CHRISTIAN JAMIN
COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

VENDREDI 16 NOVEMBRE 2018

SAMEDI 17 NOVEMBRE 2018

08h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS - CAFÉ

Session validante pour le DPC: Infertilité - Gynécologie

AMPHITHÉÂTRE

09h00 - 10h30 Infertilité : Mode de vie environnement et fertilité chez l'homme et chez la femme

Modérateurs : Chadi YAZBECK et Florence SCHEFFLER

- Alimentation et fertilité : l'infertilité est-elle dans l'assietteCharlotte DUPONT
- Activité physique sédentarité et fertilité : faut-il bouger pour être fertile ?Sophie CHRISTIN MAITRE
- Sommeil et fertilité : une nouvelle équation ?Rachel LÉVY

SALLE 203

09h00 - 10h30 : Atelier Urologie

Responsable du programme : Bruno DEVAL

10h30 - 11h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

AMPHITHÉÂTRE

11h00 - 12h30 Questions quotidiennes en gynécologie

Modérateurs : Brigitte LETOMBE et Héliane MISSEY KOLB

- Que faire devant un polype de l'endomètre avant et après la ménopausePhilippe MERVIEL
- Que faire chez une femme jeune en insuffisance ovarienne désirant une grossesseJean-Marie ANTOINE
- Sont-elles toutes des PCO ?Geoffroy ROBIN

SALLE 203

11h00 - 12h30 : Atelier Sage-Femme : Prévention : de la recherche à la pratique

Responsables du programme : Catherine FOULHY, Alain PROUST

- HPV la vaccination et prévention cancer du col, vécu des étudiantes sages-femmes, NiceManon CATTET
- Le lait maternel et les contaminants, états des connaissances, institut de puériculture, ParisVirginie RIGOURD
- La position maternelle et son incidence à l'accouchement, Inserm Paris, thèse en doctoratGeraldine MEUNIER

12h30 - 13h00 ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

La gynécologie hormonale française à travers les âges

.....Christian JAMIN

13h00 - 14h15 DÉJEUNER

AMPHITHÉÂTRE

14h15 - 18h30 : Controverses en gynécologie

Modérateurs : Patrice LOPES et Jean-Louis BÉNIFLA

- La mammographie est-elle l'examen le plus pertinent pour dépister le cancer du sein avant 50 ans ?Carole MATHÉLIN *discutant* Marc ESPIÉ
- La GPA crime contre l'humanité ou traitement de l'infertilité utérine ?Joëlle BELAISCH-ALLART *discutant* Jean-Marie ANTOINE
- Comment prendre en charge désormais les fibromes : le retour de la chirurgie ?Jean-Louis BENIFLA *discutant* Nathalie Chabbert-BUFFET

16h30 - 17h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

- Endométriose et fertilité après les recommandations de l'HAS 2017 : ce qui changePhilippe MERVIEL *discutant* Patrick MADÉLÉNAT
- Les aléas de la gratuité des soins en gynécologie : "Vous avez dit gratuité ?"Israël NISAND

Session validante pour le DPC: La contraception dans tous ses états

AMPHITHÉÂTRE

09h00 - 10h30 Session plénière organisé par David SERFATY et parrainée par la société francophone de contraception

Contraception : Questions/Réponses ; Questions sans réponse

Modérateurs : David SERFATY, Hela CHELLI, M'Hamed BOUZEKRINI, Blandine THIEBA-BONANE

- Comprendre et traiter les saignements irréguliers sous contraception progestative pureGeoffroy ROBIN
- Qu'est-ce que le mini DIU-Cu Veracept® ?David SERFATY
- De la difficulté d'informer en contraceptionElisabeth AUBENY
- Contraception en France : Génération « You Tube »Hortense BAFFET
- Fake News en contraception et leurs conséquencesDavid SERFATY

SALLE 203

09h00 - 10h30 : Atelier le sein

Responsable du programme : Marc ESPIE

10h30 - 11h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

AMPHITHÉÂTRE

11h00 - 12h30 : Session plénière : Contraception (suite)

- Prophylaxie du VIH : Condom ou PrEP ?Philippe FAUCHER
- Qu'est-ce que le DIU-PP ?Blandine THIEBA-BONANE
- Mycoplasma Genetalium : à dépister systématiquement chez les sujets à risque avant DIUJean-Marc BOHBOT
- Contraception hormonale et risque de cancer du sein après l'étude prospective danoise en 2017 : Que conclure ?Marc ESPIÉ

SALLE 203

11h00 - 12h30 : Atelier psychosomatique : gynécologues et patientes, la relation a-t-elle changé ?

Responsables du programme : Michèle LACHOWSKY et Diane WINAVER

- Le mot des Présidentes
- La consultation :
 - ContraceptionDanielle HASSOUN
 - GrossesseAlain PROUST
 - MénopauseCatherine FOHET



**Journées organisées par le Centre de Formation
des Editions ESKA
CFEE : N° 11753436775**

**Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS
Adeline MARÉCHAL - Serge KEBABTCHIEFF
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél : 01 42 86 55 69 / 79 - Fax : 01 42 60 45 35
E-mail : inscriptions et renseignements :
congres@eska.fr - Site : www.eska.fr**