

# LA MASTALGIE ET L'ALLAITEMENT

## POSER LE BON DIAGNOSTIC



Bien que la mastalgie soit la deuxième plainte la plus fréquente après les troubles de production de lait, elle est la cause principale de sevrage et d'utilisation de préparations commerciales pour nourrissons<sup>1</sup>. Il est donc primordial de s'en occuper, d'en connaître les causes et leurs traitements et de diriger les patientes aux bons professionnels.

Anne-Patricia Prévost, Marie-Josée Lord et Danièle Simard

### CAS N° 1

#### LA POSITION D'ALLAITEMENT

*Michèle allaite son bébé de 10 jours depuis la naissance.*

*Elle consulte pour une mastalgie qui est apparue dès le début de l'allaitement. Elle vous demande une prescription de crème à appliquer.*

À l'anamnèse, la douleur bilatérale est localisée aux mamelons. Michèle n'a pas d'antécédents d'infection, de chirurgie, de maladie auto-immune, d'eczéma, ni de psoriasis. Le bébé est né à terme, par le vertex et sans complications. À l'examen, les mamelons sont érythémateux, et vous notez des gerçures. L'examen du bébé est normal.

#### LA MASTALGIE : EST-CE NORMAL ?

La mastalgie est définie par une douleur persistente au mamelon et/ou au sein. La sensibilité des mamelons en post-partum immédiat est normale. Elle dure souvent moins d'une minute, atteint son pic au quatrième jour et disparaît au bout d'une à deux semaines.

La douleur localisée au mamelon nous oriente vers des blessures, des gerçures, un trauma, un vasospasme ou une dermatite. La première étape consiste à optimiser la prise du sein. Idéalement, vous (ou un professionnel de la santé formé) devriez observer l'allaitement du début à la fin. Une étude à répartition aléatoire contrôlée de 2020 montre que la position biologique (voir l'article des D<sup>res</sup> Marie-Laure Dolbec et Anne Guimond et de M<sup>me</sup> Juliette Herzhaft-Le Roy

intitulé: « Pas à pas vers une production de lait maternel adéquate », dans le présent numéro) réduit de façon considérable les troubles de l'allaitement et la mastalgie. Cette position pourrait donc être utilisée à tout moment dans un contexte de mastalgie<sup>2</sup>.

#### LA POSITION ET LES RÉFLEXES PRIMITIFS

La sollicitation des réflexes primitifs peut venir troubler la mise au sein et désorganiser le bébé. Une position d'allaitement optimale permet d'éviter la stimulation non essentielle<sup>3</sup>. Par exemple, si un vêtement ou un doigt de la mère touche la joue du bébé pendant l'allaitement, le nouveau-né ouvrira la bouche et se tournera vers le côté stimulé (réflexe des points cardinaux). Le ventre du bébé doit être appuyé contre celui de sa maman afin de ne pas stimuler le réflexe tonique asymétrique du cou. Si le bébé a la tête tournée sur un côté, il fera une extension des membres ipsilatéraux. Un soutien constant au niveau du dos permet d'éviter de stimuler le réflexe de Moro. Une perte de soutien du tronc causera une ouverture soudaine des bras, mains et jambes, et le bébé perdra sa prise au sein.

#### QUE FAIRE AVEC LE MAMELON BLESSÉ ?

Quand la prise du sein est sous-optimale, le mamelon est exposé à des forces d'étirement et de déformation répétées. Le cercle vicieux de l'inflammation est alors activé : bris de l'épiderme, atteinte microvasculaire et douleur. Le mamelon blessé n'est pas nécessairement infecté. Une revue systématique de 2014 n'a révélé aucune différence significative entre le traitement du mamelon lésé avec un gel de glycérocérine, de la lanoline ou un onguent à base de cortisone, d'antibiotique et d'antifongique. En 2016, les mêmes auteurs ont publié une étude à répartition aléatoire contrôlée qui comparait la lanoline et le traitement conservateur. Aucune différence significative sur la douleur après sept jours n'a été constatée<sup>4</sup>. Le traitement des blessures repose plutôt sur l'évaluation de la prise du sein, l'application de compresses froides ou tièdes, l'application de lait maternel sur le mamelon lésé, le recours à des analgésiques comme l'acétaminophène et l'ibuprofène. Si le mamelon paraît infecté, un onguent antibiotique ou un antibiotique par voie orale peuvent être utilisés dans les cas graves.

La D<sup>re</sup> Anne-Patricia Prévost est médecin de famille au GMF-U La Pommeraie, à Cowansville.

M<sup>me</sup> Marie-Josée Lord est physiothérapeute chez Kinatex Centre de santé pelvienne, à Pointe-Claire. La D<sup>re</sup> Danièle Simard est chiropraticienne chez SAGE chiropratique/L'Option santé chiropratique, à Saint-Hubert.

## ENCADRÉ 1

### INTERVENTION LORS DE L'ACCOUCHEMENT POUVANT NUIRE À LA CAPACITÉ DU BÉBÉ DE TÉTER<sup>5</sup>

- ▶ Cascade d'intervention après l'induction
- ▶ Utilisation de la péridurale ou de l'analgésie
- ▶ Travail dystocique
- ▶ Accouchement vaginal assisté de forceps ou ventouse
- ▶ Césarienne
- ▶ Succion oro-pharyngée ou oro-gastrique et/ou intubation

Mieux outillé pour conseiller et choisir les traitements optimaux pour Michèle, vous révisez la prise du sein avec elle. Afin de préserver son allaitement, vous lui suggérez un suivi en clinique d'allaitement ou avec une consultante membre de l'International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE).

## CAS N° 2

### LES TORTICOLIS ET AUTRES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES DU BÉBÉ

Julia allaite son bébé de 2 semaines né à terme, à l'aide de forceps après trois heures de poussée. Il n'y a pas eu de complications. Elle présente une mastalgie de 8/10 lorsque son bébé boit au sein gauche et de 4/10 au sein droit. L'allaitement est donc plus facile à droite. Durant et après les tétées, Julia mentionne que ses mamelons sont écrasés ou pincés à gauche plus qu'à droite. Vous voulez observer une tétée, mais commencez par l'examen physique du nouveau-né.

Déjà, dans le siège d'auto, vous notez que la tête du bébé est inclinée à gauche et en rotation droite. À l'examen de la tête, vous notez, du côté droit, un léger aplatissement occipito-pariétal, une oreille antérieure et un frontal antérieur. Vous constatez un désalignement entre la ligne nasale et le menton. Vous évaluez les amplitudes cervicales actives et passives. Le bébé revient à sa position initiale qui semble plus confortable. Vous trouvez une restriction de mobilité cervicale et une plagiocéphalie positionnelle droite. Pour un rappel sur la plagiocéphalie, voir l'article de la D<sup>re</sup> Johanne L'Allier intitulé: «Les têtes plates... pas vraiment un casse-tête!», dans Le Médecin du Québec de décembre 2011.

Lorsqu'il est au sein gauche, le bébé est crispé et a de la difficulté à s'attacher. Lorsqu'il réussit, Julia retient son

souffle par l'intensité de la douleur qu'elle ressent. Vous passez en revue les éléments d'une bonne prise du sein, ainsi que les signes indiquant que bébé boit bien (voir l'article des D<sup>res</sup> Marie-Laure Dolbec et Anne Guimond et de M<sup>me</sup> Juliette Herzhaft-Le Roy déjà mentionné). Une fois la douleur initiale passée, vous décidez d'approfondir votre examen en vérifiant la fluidité et la symétrie du mouvement de l'articulation temporo-mandibulaire.

L'allaitement est complexe, et l'habileté du bébé à bien téter est liée à sa capacité de coordonner la succion, la déglutition et la respiration, contrôlée par six nerfs crâniens et par soixante muscles agissant sur vingt-deux os crâniens<sup>5</sup>. L'interdépendance entre la biomécanique de la région cervicale et de l'ensemble des structures orofaciales est bien connue, mais souvent oubliée. Lorsque la capacité de bébé à bien téter est affectée et que des interventions à risque ont été menées pendant l'accouchement (encadré 1<sup>5</sup>), il devrait être suggéré aux parents de consulter un professionnel (chiropraticien, physiothérapeute) ou un intervenant formé (ostéopathe) pour une intervention rapide et appropriée afin de préserver l'allaitement.

Il n'y a pas que les torticolis importants qui peuvent nuire à l'allaitement. Une simple restriction de mobilité peut venir jouer les trouble-fêtes. Par conséquent, il faut considérer les répercussions des atteintes musculosquelettiques comme un continuum des restrictions de mobilité cervicale. Un bébé qui boit bien d'un côté, mais non de l'autre pourrait présenter des troubles musculosquelettiques<sup>6</sup>.

Vous dirigez Julia et son bébé vers un professionnel de la santé musculosquelettique pour une évaluation et un traitement des restrictions de mobilité de la colonne cervicale et de la mâchoire de son bébé qui semblent être la cause de sa mastalgie.

## CAS N° 3

### D'AUTRES PROBLÈMES À CONSIDÉRER

Sandrine se présente pour une mastalgie bilatérale apparue il y a une semaine. Elle ressent des aiguilles localisées aux mamelons. Elle mentionne que la douleur survient à l'allaitement, mais également à d'autres moments (ex. : sous la douche). Elle n'a pas remarqué de lésion cutanée.

## LE VASOSPASME

À l'anamnèse, elle vous mentionne avoir remarqué un changement de couleur du mamelon quand la douleur apparaît. La présence d'une triade pâleur, cyanose et érythème



déclenchée par un changement de température indique possiblement un vasospasme. Le traitement initial consiste à optimiser la prise du sein. Les conseils non pharmacologiques sont d'éviter le froid ou d'appliquer de la chaleur sèche. Le massage du pectoral peut aider. La maman doit, en outre, s'abstenir de consommer des agents vasoconstricteurs, comme la caféine et la nicotine. Elle peut placer sa main sur son mamelon dès que son bébé se retire pour prévenir le changement de température. Sur le plan pharmacologique, la vitamine B<sub>6</sub> (150 mg–200 mg, 1 f.p.j. pendant 4 jours, puis 25 mg–50 mg, 1 f.p.j.), le calcium et le magnésium sont souvent prescrits, mais peu de données probantes en appuient leur utilisation. Comme pour la maladie de Raynaud, les études indiquent de prescrire des bloqueurs de canaux calciques, tels que la nifédipine (30 mg–60 mg, 1 f.p.j.). En cas de douleur réfractaire, d'autres études considèrent l'ajout de prégabaline (75 mg, 2 f.p.j.)<sup>7</sup>.

#### CAS N° 4

##### PROBLÈMES COURANTS DE L'ALLAITEMENT

*Émilie présente une brûlure constante aux deux seins, parfois en coup de couteau pendant ou entre les boires.*

*Ses mamelons sont érythémateux et luisants.*

#### CANDIDOSE MAMMAIRE OU COLONISATION ?

La candidose des mamelons ou des seins est fréquemment surdiagnostiquée et surtraitée. *Candida albicans* est souvent présent dans le microbiome du complexe mamelon-aréole et dans le lait maternel des femmes en bonne santé. Une revue de littérature exhaustive a relevé peu de données probantes sur les symptômes attribués à la candidose mammaire et sur la présence de *Candida albicans*. Le passage du temps semble aussi efficace que le traitement antifongique en cas d'infection soupçonnée<sup>8</sup>, car la majorité des cas sont plutôt attribuables à d'autres causes, dont la prise du sein. Si la douleur persiste malgré une prise optimale et l'exclusion des autres causes, le traitement consiste en l'application d'un antifongique sur le mamelon après chaque tétée pendant au moins sept jours. Dans les cas plus importants, le fluconazole à raison de 400 mg, le premier jour, puis de 100 mg, 2 f.p.j., pendant au moins deux semaines peut être une option.

#### LA DERMATITE

La dermatite auréolaire (eczéma ou psoriasis) cause des douleurs de type brûlure et s'accompagne d'un érythème, d'érosions et même de vésicules en phase aiguë. La phase chronique est habituellement sèche, lichénifiée et cicatricielle. L'application de corticostéroïde topique de force moyenne est souvent efficace.

#### ENCADRÉ 2

##### TRAITEMENT CONSERVATEUR DE LA MASTITE DURANT LES 24 À 48 PREMIÈRES HEURES<sup>9,10</sup>

- ▶ Assurer une prise du sein optimale
- ▶ Diminuer les activités non essentielles et favoriser le repos
- ▶ Continuer d'allaiter à la demande, car le lait n'est pas mauvais pour le bébé
- ▶ Favoriser le drainage du sein en faisant boire le bébé comme auparavant
- ▶ Favoriser l'expression manuelle au besoin à l'aide d'un tire-lait
- ▶ Porter un soutien-gorge qui supporte sans comprimer le sein
- ▶ Appliquer du froid après le boire
- ▶ Prendre des anti-inflammatoires
- ▶ Consulter pour l'enseignement du massage thérapeutique lymphatique
- ▶ Consulter pour les traitements d'ultrasons thérapeutiques

##### Traitement de 2<sup>e</sup> intention pour la mastite

Les antibiotiques sensibles à *S. aureus* peuvent être envisagés (durée de 10 à 14 jours)

- ▶ Céfadroxil, 500 mg, 2 f.p.j.
- ▶ Cloxacilline, 500 mg, 4 f.p.j.
- ▶ Céfalexine, 500 mg, 4 f.p.j.

En cas d'allergie grave à la pénicilline ou s'il y a un facteur de risque que *S. aureus* soit résistant à la méthicilline

- ▶ Clindamycine, 300 mg, 4 f.p.j. (attention à *Clostridium difficile*)
- ▶ TMP-SMD à double teneur, 1 comprimé, 2 f.p.j. (attention à la déficience en G6PD)

#### CAS N° 5

##### AUTRES PROBLÈMES COURANTS EN ALLAITEMENT

*Caitlin, qui a accouché il y a trois semaines, présente une rougeur et une douleur vive au sein droit depuis une semaine. Elle commence aujourd'hui à avoir des symptômes de grippe et consulte à l'urgence.*

#### ENGORGEMENT OU MASTITE ?

L'OMS décrit l'engorgement comme une douleur et un œdème diffus. La peau de tout le sein est lisse et mince. Par contre, quand des canaux sont bloqués, une région spécifique du sein est rouge et comporte une masse localisée très sensible. La mastite est un problème inflammatoire du sein

**ENCADRÉ 3****MASSAGE THÉRAPEUTIQUE LYMPHATIQUE<sup>11</sup>**

- ▶ Faire un massage léger, superficiel en alternance avec l'expression manuelle
  - 60 % du sein (parties inféro-latérales) se draine dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle
  - 40 % du sein (partie supéro-médiane) se draine vers les ganglions sous-claviculaires
- ▶ Éviter de comprimer ou de faire de fortes pressions sur les tissus mammaires pour ne pas augmenter l'inflammation ni endommager les canaux
- ▶ Ne pas masser vers le mamelon
- ▶ Faire faire un massage en clinique le plus rapidement possible par un professionnel de la santé formé et refaire de deux à trois jours consécutifs ou jusqu'à résolution de la mastite
- ▶ Enseigner le massage à la mère ou à l'autre parent et le refaire à la maison (13 fois par jour)

avec ou sans infection. Une région du sein est dure, rouge, chaude et est le siège d'une douleur intense. Selon l'OMS, 85 % des mastites ne sont pas infectieuses<sup>9</sup>.

Bien que ces trois problèmes soient distincts, le facteur commun est la stase de lait. L'accumulation de lait dans les canaux étire les parois des alvéoles où les lactocytes sont alignés. Cette distension provoque une réaction inflammatoire et, contrairement à la croyance populaire qui veut que le blocage se situe dans le canal, c'est plutôt l'œdème qui se forme autour des canaux qui comprime ces derniers et empêche le lait de s'écouler. Les jonctions entre les lactocytes ne sont pas maintenues serrées, ce qui cause plus d'inflammation. Le lait devient plus salé, et les substances inflammatoires traversent autour des alvéoles. Ce processus irrite les tissus, augmente l'inflammation et nuit encore plus à l'écoulement du lait. Le but du traitement est de réduire l'œdème du sein<sup>10</sup>. Des études ont montré que les massages thérapeutiques lymphatiques faits par un professionnel de la santé formé étaient très efficaces<sup>11</sup>. L'enseignement du massage aux patientes facilite le traitement précoce des récurrences. Plusieurs études récentes sont en faveur de l'usage de probiotiques au troisième trimestre de la grossesse pour la prévention des mastites en post-partum. Toutefois, selon une revue systématique avec méta-analyse parue en 2020, les données probantes sont faibles (encadrés 2<sup>9,10</sup> et 3<sup>11</sup>) (figure 1).

De 3 % à 11 % des femmes présentant une mastite aiguë vont développer un abcès. Les principaux facteurs de risque sont l'âge (plus de 30 ans), le post-datisme, la primiparité et le tabagisme. Lorsque le médecin palpe une masse sensible et

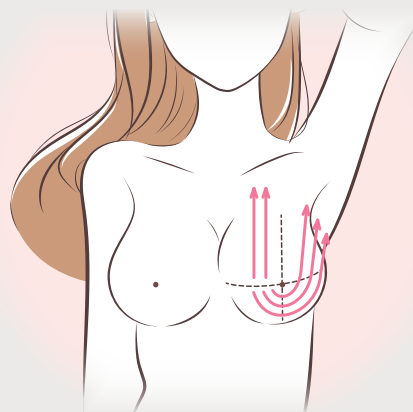
**FIGURE 1****MASSAGE THÉRAPEUTIQUE LYMPHATIQUE**

Image : © Shutterstock. Reproduction autorisée.

fluctuante, il doit diriger la patiente vers un centre hospitalier pour un drainage<sup>9,10</sup>.

*Pour Caitlin, l'approche conservatrice s'est révélée efficace. Un suivi est important pour optimiser la position d'allaitement et réduire les risques de récurrence.*

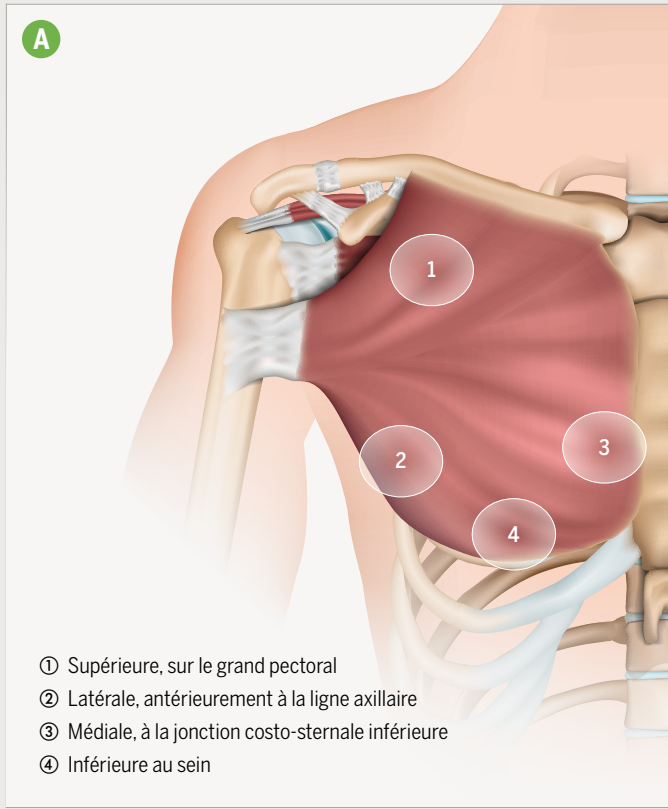
**CAS N° 6****LA MASTALGIE D'ORIGINE MUSCULOSQUELETTIQUE**

*Christine ne sait plus quoi faire. Elle a encore des douleurs au moment de l'allaitement. Elle a consulté à plusieurs reprises et essayé différents traitements, sans succès. Ses douleurs sont bilatérales, de type brûlure profonde ou superficielle avec élancement, dans le sein et au mamelon et varient de 4 à 9 sur 10. Elles se produisent durant et parfois entre les tétées.*

*En observant Christine, vous constatez qu'elle a un port de tête antérieur et les épaules enroulées. Durant l'allaitement, elle se penche vers l'avant, ce qui occasionne une torsion entre sa cage thoracique et son bassin<sup>12</sup>. Elle éprouve des tensions et des douleurs cervicales, dorsales et interscapulaires. D'autres facteurs de risque incluent des antécédents de douleur, des traumatismes ou des accidents à la ceinture scapulaire ou à la région dorsale.*

Christine a un tableau clinique peu connu et peu diagnostiqué. Lorsque les diagnostics classiques sont éliminés, les autres causes de mastalgies indifférenciées sont souvent

FIGURE 2 | LES ZONES DE DOULEUR EXQUISE, AUTOMASSAGE ET EXERCICES D'ÉTIREMENT<sup>14</sup>



Massage du muscle pectoral, zone supérieure



Massage du muscle dentelé antérieur, zone latérale



Description : étirements doux durant au moins 30 secondes ; des variations d'angles du bras permettent d'étirer différentes régions musculaires.

Photo a : © Shutterstock.  
 Photos b, c, d, e et f : © Photos des auteures.

d'origine musculosquelettique. Les symptômes peuvent ressembler au vasospasme ou à une candidose. La littéra-

ture est émergente sur ce sujet. Initialement, l'appellation du syndrome de constriction mammaire a été utilisée pour

#### ENCADRÉ 4

#### DESCRIPTION DE LA MASTALGIE D'ORIGINE MUSCULOQUELETTIQUE<sup>12</sup>

Mastalgie indifférenciée, diffuse ou localisée (de type brûlure, aiguilles, démangeaison, coup de couteau, profonde ou superficielle), unie ou bilatérale avec irradiation possible au dos, à l'omoplate, aux côtes, vers l'aisselle.

présenter cette affection<sup>13</sup>, faisant référence à un type de douleur irradiée de type « points gâchettes »<sup>14</sup>. La physiopathologie semble orienter vers des afférences douloureuses irradiant vers le sein ou le mamelon et provenant de différentes structures de la région thoracique (encadré 4<sup>12</sup>).

En clinique, vous palpez quatre zones dans la région thoracique. Une douleur vive à la palpation dans une ou plusieurs de ces zones évoque ce diagnostic (figure 2).

Pour traiter ce problème, l'éducation est importante, car la patiente doit :

- ▶ corriger sa posture d'allaitement et éviter de se pencher vers l'avant ;
- ▶ garder les épaules, le tronc et le bassin en position neutre ;
- ▶ pratiquer des étirements et l'automassage au moins quatre fois par jour (figure 2).

*S'il n'y a pas d'amélioration au bout de trois à cinq jours de massage et d'étirement, une orientation vers des professionnels en chiropratique ou en physiothérapie formés pour ce problème est recommandée.*

## CONCLUSION

La littérature actuelle montre que la grande majorité des mastalgies chez la femme qui allaite se résorbe avec une révision du positionnement, sans comprimés, ni crème, ni onguent antibiotique. En présence de facteurs de risque et lorsqu'une origine musculosquelettique est soupçonnée chez le bébé ou la maman, une orientation rapide vers un professionnel formé est de mise. //

Date de réception : le 29 août 2022

Date d'acceptation : le 21 septembre 2022

La D<sup>re</sup> Anne-Patricia Prévost, M<sup>me</sup> Marie-Josée Lord et la D<sup>re</sup> Danièle Simard n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

## CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ En présence d'une mastalgie, les premières interventions sont l'évaluation et la correction de la prise du sein.
- ▶ Dans 85 % des cas, les mastites ne sont pas infectieuses. Le traitement de première intention n'est donc pas pharmacologique.
- ▶ Dans les cas de mastalgie indifférenciée ou non soulagée par les approches courantes, il faut considérer une origine musculosquelettique chez la mère.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. 9<sup>e</sup> éd. Mosby : Elsevier ; 2021. p. 254.
2. Milinco M, Travan L. Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial. *Int Breastfeed J* 2020 ; 15 (1) : 21. DOI : 10.1186/s13006-020-00261-4.
3. Eustergerling M. Chapitre 15 : The role of physiotherapy in breastfeeding support. Dans : Campbell Hetzel S, rédacteur. *Lactation: a fundamental strategy for health promotion*. Burlington : Jones & Bartlett Learning ; 2022. p. 413-54.
4. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 ; 12 ; CD007366. DOI : 10.1002/14651858.CD007366.pub2.
5. Smith LJ, Kroeger M. *Impact of birthing practices on breastfeeding*. 2<sup>e</sup> éd. Burlington : Jones & Bartlett Learning ; 2010. 246 pages.
6. Genna CW. Breastfeeding infants with congenital torticollis. *J Hum Lact* 2015 ; 31 (2) : 216-20. DOI : 10.1177/0890334414568315.
7. Gallego H, Aleshaki JS. Raynaud phenomenon of the nipple successfully treated with nifedipine and gabapentin. *Cutis* 2020 ; 105 (6) : E22-E23.
8. Douglas P. Overdiagnosis and overtreatment of nipple and breast candidiasis: a review of the relationship between diagnoses of mammary candidiasis and *Candida albicans* in breastfeeding women. *Women Health (Lond)* 2021 ; 17 : 17455065211031480. DOI : 10.1177/17455065211031480.
9. Department of child and adolescent health and development. *Mastitis: causes and management*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2000. 50 pages.
10. Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM et coll. Academy of breastfeeding medicine clinical protocol #36: the mastitis spectrum, revised 2022. *Breastfeed Med* 2022 ; 17 (5) : 360-76. DOI : 10.1089/bfm.2022.29207.kbm.
11. Witt AM, Bolman M, Kredit S et coll. Therapeutic breast massage in lactation for the management of engorgement, plugged ducts, and mastitis. *J Hum Lact* 2016 ; 32 (1) : 123-31. DOI : 10.1177/0890334415619439.
12. Charette C, Thérault L. Musculoskeletal impairment: causes of pain with breastfeeding insight into 11 cases. *J Breastfeed Med* 2019 ; 14 (8) : 603-8. DOI : 10.1089/bfm.2019.0047.
13. Kernerman E, Park E. Severe breast pain resolved with pectoral muscle massage. *J Hum Lact* 2014 ; 30 (3) : 287-91. DOI : 10.1177/0890334414535842.
14. Berens P, Eglash A, Malloy M et coll. Academy of Breastfeeding Medicine clinical protocol #26: persistent pain with breastfeeding. *J Breastfeed Med* 2016 ; 11 (2) : 46-53. DOI : 10.1089/bfm.2016.29002.pjb.

## POUR EN SAVOIR PLUS...

- ▶ Charette C, Halek LN. Allaitement et période critique : l'urgence d'agir dès une difficulté ! *Le Médecin du Québec* 2019 ; 54 (12) : 23-8.