

LLL FRANCE

B.P. 18 - 78620 L'ETANG LA VILLE - Tél : 01 39 584 584 – www.lllfrance.org

Association internationale à but non lucratif existant depuis plus de 40 ans dans le monde, et depuis 1979 en France. Son but est de soutenir et d'informer les femmes qui souhaitent allaiter. LLL existe dans plus de 60 pays. Elle travaille en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS, en tant qu'organisation non gouvernementale.

Un soutien de mère à mère

Toutes les animatrices LLL sont des mères bénévoles, qui ont allaité leurs propres enfants, et ont décidé de suivre une formation afin de pouvoir aider efficacement d'autres mères. LLL a compilé depuis sa création l'expérience acquise par des millions de mères à travers le monde, dans de très nombreuses situations. Les animatrices continuent à se former par le biais de publications internes et externes, d'ateliers de travail et de conférences.

Tous les groupes organisent des réunions mensuelles de partage d'expérience sur l'allaitement et le maternage. Chaque groupe met à la disposition de ses membres une bibliothèque de prêt contenant livres et documentation sur l'allaitement, le maternage et les sujets connexes. Une aide téléphonique est disponible en permanence, un répondeur donnant les numéros des animatrices « de garde ».

Un centre de documentation international

Le CBI (Center for Breastfeeding Information), installé aux USA, compile l'essentiel de ce qui est publié dans le monde sur l'allaitement et les sujets en rapport. Information sur demande auprès de LLL France. Il est aussi possible de s'adresser à Lactadonnées (lactadonnees@lllfrance.org).

Un soutien professionnel

Le bureau professionnel consultatif international regroupe de nombreux professionnels de santé : obstétriciens, pédiatres, nutritionnistes, allergologues, psychologues... Toute la documentation (livres et feuillets d'information) éditée par LLL est approuvée par les professionnels appropriés avant publication. En France, LLL France Formation et le Programme des Référents Médicaux forment et informent les professionnels de santé sur les aspects théoriques et pratiques de l'allaitement.



La candidose mammaire

Annexe 14
Mai 1999

Elle est la cause la plus fréquente de douleur des mamelons survenant après un intervalle libre. La douleur qu'elle induit chez la mère peut compromettre l'allaitement en raison de son intensité ; il sera donc important de la diagnostiquer précocement, pour débiter rapidement le traitement. Ce dernier doit être suffisamment long ; étant donné les résistances de plus en plus fréquentes, il pourra demander de la persévérance.

LLL FRANCE

Référents médicaux



Le *Candida albicans* est un saprophyte ; présent sur la peau et les muqueuses, ainsi que dans le tube digestif, il fait partie de notre flore normale. Il ne devient pathogène que lorsque le niveau de nos défenses immunitaires est abaissé, qu'il y a rupture de l'intégrité de la peau ou des muqueuses, ou que la flore normale est déséquilibrée, ce qui l'amène à proliférer de façon anormale. La candidose est habituellement une pathologie bénigne. Le *Candida albicans* prolifère plus facilement dans un environnement obscur, chaud et humide. Il peut induire un muguet ou une dermatite fessière chez le bébé. Un muguet chez l'enfant pourra, dans certains cas, contaminer les seins de la mère, pour provoquer une mycose des mamelons et/ou des canaux lactifères. Or, les candidoses sont plus fréquentes pendant la grossesse (en raison des changements hormonaux), et le muguet est très fréquent chez les nourrissons (car chez eux le fonctionnement des glandes salivaires et l'écoulement de la salive sont peu efficaces, ce qui favorise la prolifération locale du *Candida*).

L'existence des candidoses mammaires est connue depuis les années 40. Cependant, très peu d'études ont été effectuées sur cette pathologie, qui reste donc trop souvent méconnue. A noter : il n'est pas nécessaire de traiter la mère si elle ne présente aucune manifestation douloureuse ; de très nombreuses mères dont le bébé souffre de muguet n'auront jamais de candidose mammaire.

Symptômes

- douleur intense des mamelons, apparaissant rapidement, généralement après une période de plusieurs semaines ou plusieurs mois sans problème ; on peut cependant voir survenir une mycose dès les premiers jours post-partum
- la douleur est continue pendant toute la tétée, même lorsque l'enfant est parfaitement mis au sein et que sa succion est correcte ; elle est même souvent plus intense à la fin de la tétée ; elle persiste entre les tétées, et peut rendre insupportable jusqu'au simple contact des vêtements
- elle est le plus souvent à type de brûlure ; elle peut être localisée à la peau (sensation d'acide qui brûlle le mamelon), mais la mère peut aussi décrire une sensation d'élançements rayonnants, de « feu liquide » ou de « verre pilé » à l'intérieur du sein ; la douleur peut irradier vers le dos et les épaules
- les mamelons peuvent être irrités, rose vif (ou d'une couleur plus foncée chez les femmes noires) ; ils peuvent peler, être crevassés, avoir un aspect croûteux, ou lisse et luisant, démanger ; mais ils peuvent aussi avoir un aspect tout à fait normal ; un seul sein peut être le siège de manifestations douloureuses
- le bébé peut avoir un muguet ou un érythème fessier (dans de rares cas, le muguet est important chez le bébé, et ce dernier peut avoir la bouche douloureuse) ; cependant, **on peut ne retrouver aucun symptôme autre que la douleur caractéristique décrite par la mère**

stimulant le système immunitaire (argent colloïdal, complexe cuivre-or-argent), de vitamines, ou de propolis (per os ou en applications locales). D'autres ont vu leur candidose disparaître à la suite d'un traitement homéopathique (*Monilia Albicans* en dilution élevée).

F. RAILHET

Première parution : Les Dossiers de l'Allaitement n°38 - 1999

Références – Bibliographie :

- *Using gentian violet*. J Newman, n°6, Jan 1998.
 - *Fluconazole*. J Newman, n°20, Jan 1998.
- Le texte original des feuillets du Dr Jack Newman peut être obtenu sur Internet, à l'adresse suivante : <http://www.erols.com/cindyryn/drjack0.htm> (en anglais), <http://perso.wanadoo.fr/ipa> (traduction française). La traduction française peut aussi être obtenue par courrier, contre une enveloppe timbrée (à demander à Françoise Railhet, 68, rue PV Couturier, 93330 NEUILLY SUR MARNE).
- *Painful nipples – Is it yeast ?* V Nichols-Johnson. *ABM News and Views* 1995 ; 1(2), 5-6.
 - *Therapy for thrush*. P Gima. *Lactnet*, 13/05/1998.
 - *Candidiasis and breastfeeding*. L Amir, K Hoover and C Mulford. *Lactation Consultant Series* 18, LLLI, 1995.
 - *Breastfeeding – A guide for the medical profession*. R Lawrence. Mosby, 1994.
 - *The breastfeeding answer book*. N Mohrbacher and J Stock/ LLLI, 1997.
 - *Breastfeeding and human lactation*. J Riordan and K Auerbach. Jones and Bartlett, 1998.
 - *Bestfeeding : getting breastfeeding right for you*. M Renfrew, C Fisher and S Arms. Celestial Arts, 1990.

- la congélation ne tue pas le Candida ; si la mère tire son lait pendant un épisode de candidose, elle peut le donner à son bébé dans les jours suivants ; certains auteurs pensent que ce lait ne devrait pas être donné au bébé lorsque la candidose sera guérie, sous peine de récurrence ; toutefois, rien n'a jamais démontré que le lait humain puisse transmettre une candidose (d'autant qu'il contient des facteurs inhibant le Candida).

Eviter les récurrences

Pour éviter une réinfection, le traitement devra être poursuivi suffisamment longtemps avec persévérance. Chez certaines mères, des mois de traitements variés ne viendront pas à bout du problème, ou la candidose récidivera dès arrêt du traitement. Aider la mère nécessitera alors une investigation poussée et la mise en œuvre de mesures moins classiques.

En cas de réinfection chronique, il faudra enquêter très soigneusement sur toute la famille et l'environnement ; le Candida peut se dissimuler dans des lieux totalement inattendus ; changer les brosses à dents de toute la maison, vérifier les dentiers, passer minutieusement en revue tous les membres de la famille sans oublier les animaux familiers, et ce même s'ils ne présentent aucun symptôme de candidose (ils peuvent être porteurs sains) ...

Il ne faut pas perdre de vue que le Candida est un germe saprophyte, et qu'il ne devient pathogène qu'en cas de déséquilibre. Si une mère présente des candidoses mammaires à répétition, il sera bon de s'assurer que la mère ne souffre pas d'un problème tel que carence, diabète, infection à VIH, ou autre problème connu pour abaisser le niveau immunitaire de la personne atteinte.

La prévention des candidoses par le contrôle de l'alimentation a ses adeptes. Il semble qu'une alimentation pauvre en sucres rapides et riche en produits tels que les yaourts diminuerait le risque de candidose ; on peut aussi éliminer les aliments contenant des levures alimentaires (fromage, vin, vinaigre...). De telles mesures, si elles n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique, ne présentent en tout cas aucun inconvénient, et ont aidé certaines mères à venir à bout d'une candidose rebelle à toute autre mesure.

Des mères ont été très satisfaites de la prise de *Lactobacillus acidophilus* et/ou de *Bifidobacterium bifidum*. L'ail est un bon stimulant du système immunitaire, utilisé depuis des siècles pour combattre les infections (soit les gousses d'ail, soit des capsules pour les personnes qui n'en aiment pas le goût). La consommation de céréales complètes permet d'avoir une flore intestinale de meilleure qualité que celle observée chez des personnes consommant des céréales raffinées. Un complexe de vitamine B peut aider. Certaines mères se sont trouvées bien de la prise d'oligo-éléments

On recherchera l'existence de facteurs favorisants :

- prise d'antibiotiques, crevasses persistantes qui favoriseront la surinfection par le Candida
- existence chez la mère d'un autre site de candidose (vaginale...)
- fatigue, carence ... et en général tout ce qui abaisse le niveau immunitaire de l'organisme
- port fréquent de coussinets d'allaitement, qui créent un environnement humide, vêtements favorisant la macération, obésité
- prise d'une pilule à visée contraceptive contenant des oestrogènes, traitement par des stéroïdes
- mauvaise hygiène, ou, au contraire, utilisation répétée de savons et produits de toilette agressifs pour la peau

A noter : le risque de candidose est nettement plus élevé en cas de diabète ou de trouble immunitaire grave (séropositivité pour le VIH, certains cancers...) ; la survenue, chez une mère, de candidoses récidivantes doit faire rechercher une telle pathologie.

D'autres problèmes peuvent avoir pour conséquence des mamelons douloureux. Il faudra donc interroger soigneusement la mère, examiner les seins et assister à une tétée dans toute la mesure du possible, pour apprécier la mise au sein et la succion de l'enfant. **Les caractéristiques de la douleur sont le critère diagnostique le plus fiable.** La douleur éprouvée lors d'une mise au sein incorrecte est maximale en début de tétée, et diminue ensuite. Celle liée à un réflexe d'éjection diminue aussi pendant la tétée. Un vasospasme peut induire une douleur présentant des caractéristiques similaires, mais il s'accompagne de modifications caractéristiques de la couleur du mamelon. Un bébé en âge de percer des dents peut serrer le mamelon entre ses gencives (le mamelon est blanc après la tétée). Un herpès induira des lésions cutanées spécifiques. Les mamelons peuvent être le siège d'un eczéma, d'une allergie de contact ou d'un psoriasis. Le recours à un dermatologue pourra être utile pour faire un diagnostic précis. Pratiquer un prélèvement pour recherche du Candida sur la peau ou dans le lait est inutile. Le Candida étant un hôte normal, ni sa présence ni son absence sur les cultures ne prouvent quoi que ce soit (de plus, les facteurs immunologiques du lait – lyzosome, IgA – inhibent le Candida).

Traitement

Le but essentiel du traitement n'est pas de supprimer le Candida (il ne faut pas perdre de vue le fait qu'il est un germe saprophyte), mais de l'amener à reprendre sa place « normale » dans notre flore. Cela peut se faire en utilisant des produits qui

limiteront sa prolifération, et en rétablissant des conditions qui restaureront la flore normale et le niveau immunitaire.

La mère et l'enfant seront traités simultanément et pendant la même période de temps, **et ce même si l'enfant ne présente aucun symptôme**. Pour limiter le risque de récurrence, ce traitement sera long ; les spécialistes recommandent de le poursuivre jusqu'à 2 semaines après disparition de tous les symptômes ; il sera donc très important d'expliquer à la mère les raisons d'un traitement aussi long. On pourra utiliser des traitements locaux et généraux, seuls ou en conjonction. Les traitements locaux devront être appliqués sur toutes les zones atteintes. La mère peut allaiter en commençant la tétée par le sein le moins douloureux, et en faisant de petites tétées courtes et fréquentes. Si les mises au sein sont trop douloureuses, la mère pourra tirer son lait pour le donner à son bébé pendant quelques jours, en attendant que la situation s'améliore.

Traitements locaux

Le violet de gentiane

Il reste un très bon traitement pour les candidoses, y compris chez des femmes pour qui les autres traitements antifongiques ont échoué, même si des résistances apparaissent depuis quelques années. Il est normalement facile de se le procurer, il est spécifique de la candidose (s'il n'est pas efficace il faudra toutefois suspecter une autre cause au problème), il est efficace rapidement et il est peu coûteux. Son seul défaut est d'être très salissant. On utilisera une solution aqueuse à 1% de violet de gentiane, selon des modalités très précises. La poudre étant peu soluble dans l'eau, le pharmacien préférera généralement la dissoudre dans quelques gouttes d'alcool, puis rajouter l'eau ; la solution finale ne contiendra pas plus de 5 à 10% d'alcool, ce qui ne risque pas d'irriter les muqueuses. C'est le traitement recommandé en première intention dans la consultation de lactation dirigée par le Dr Jack Newman. Il en décrit les modalités dans un feuillet (résumé en encadré).

Antifongiques locaux

Ils peuvent être utilisés en même temps que le violet de gentiane chez la mère et l'enfant : suspensions buvables, crèmes ou gels (à base de kétoconazole, miconazole, éconazole...). Les suspensions buvables seront appliquées sur les seins et dans la bouche du bébé à l'aide d'un coton tige ; pour administrer au bébé les crèmes et gels, le plus facile est que la mère en mette sur son doigt et le donne à sucer à son bébé. Le *Candida* ayant un cycle reproductif d'environ 1 heure à 1 heure 1/2, le traitement sera appliqué après chaque tétée (toutes les 3 heures environ). Une pommade telle que le

La prescription antalgique s'est avérée efficace ; la douleur était facilement tolérée par la mère, mais tant elle que son enfant étaient somnolents pendant la majeure partie de la journée ; la posologie en a été abaissée. Cependant, au bout de 15 jours de ce traitement, il n'y avait qu'une légère amélioration, la mère ne pouvant rester plus de quelques heures sans antalgiques. Elle a donc reçu une nouvelle prescription de fluconazole : 200 mg/jour pendant 15 jours. Pendant ce traitement, la situation s'est graduellement améliorée, la mère pouvant réduire la prise d'antalgique sans que la douleur soit insupportable.

A la fin du traitement antifongique, la mère n'avait plus mal pendant les tétées (sauf en début de tétée) ; toutefois, la douleur revenait entre les tétées ; par ailleurs, les mamelons étaient toujours crevassés. La consultante en lactation a suggéré à la mère d'utiliser des bouts de sein, en lui expliquant leurs inconvénients potentiels, et comment les minimiser autant que faire se pouvait. Après nouvelle consultation avec le spécialiste, la poursuite du traitement maternel par fluconazole (200 mg/jour pendant 2 à 4 semaines) a été décidée, l'enfant étant toujours traité par nystatine ; on a aussi prescrit à la mère l'application locale d'un traitement antifongique et bactéricide.

*Après 6 semaines de traitement par fluconazole (8 semaines post-partum), un bilan biologique a été effectué chez la mère et l'enfant, pour rechercher un éventuel effet iatrogène du fluconazole ; les résultats étaient dans les limites de la normale. Les crevasses cicatrisaient lentement, et la douleur diminuait progressivement. La mère a tenté de supprimer les bouts de sein, avec pour résultat la réapparition immédiate des crevasses. On a donc décidé de supprimer les bouts de sein très progressivement sur plusieurs semaines. A 16 semaines post-partum, la mère n'utilisait plus les bouts de sein ; les mamelons étaient encore sensibles, mais uniquement en début de tétée ou lorsque les tétées étaient très fréquentes. Le suivi à 9 mois post-partum a montré que la mère allaitait toujours. Elle continuait à prendre quotidiennement le *Lactobacillus*, car si elle cessait de le prendre, elle recommençait à avoir les mamelons douloureux.*

Certaines personnes semblent prédisposées aux mycoses tenaces, qui ne répondent pas à un traitement classique. Dans le cas présenté ici, 6 semaines de traitement au fluconazole ont été nécessaires pour obtenir une sédation des symptômes jugée suffisante. Le fluconazole semble donc utilisable à ces posologies et pendant une telle durée chez la femme allaitante. Il sera cependant utile de surveiller l'enfant, et de pratiquer un bilan sanguin chez la mère et l'enfant après quelques semaines de traitement. La douleur intense ressentie dans certains cas par la mère étant une cause fréquente de sevrage précoce, il ne faut pas sous-estimer l'importance d'un traitement antalgique efficace comme étant une composante majeure du traitement.

Traitement au long cours d'une candidose mammaire par le fluconazole : un cas clinique

Long-term treatment of a breastfeeding mother with fluconazole-resolved nipple pain caused by yeast : a case study.

V Bodley and D Powers. JHL 1997 ; 13 : 307-311.

Cette mère avait déjà allaité ses deux enfants précédents pendant une longue durée. Sa 3^{ème} grossesse avait été normale, en dehors d'un traitement antibiotique pour suspicion de mastite pendant le second trimestre de grossesse. Elle s'est présentée à J13 avec son troisième enfant pour une douleur mammaire extrêmement intense (presque syncopale) à chaque tétée. La douleur avait débuté dès les premiers jours, et elle durait pendant toute la tétée.

L'examen des seins a retrouvé des crevasses sur les deux mamelons, ainsi qu'une zone indurée, rouge et douloureuse sur le quadrant supéro-externe du sein droit. L'observation de l'enfant au sein a montré qu'il prenait correctement le sein, et que sa succion était parfaite. Pendant la tétée, le bébé était très calme, en dépit de la tension maternelle visiblement très forte due à la douleur éprouvée. Il n'y avait aucun signe particulier de candidose sur les mamelons, et l'enfant ne présentait aucun signe de candidose buccale ou d'érythème fessier.

La mère avait déjà consulté son médecin traitant quelques jours plus tôt ; ce dernier avait suspecté une mycose et prescrit l'application locale d'un antifongique ; la mère l'appliquait 2 fois par jour depuis 2 jours, sans qu'il y ait d'amélioration. Elle prenait aussi de la dicloxacilline, prescrite par son obstétricien pour suspicion de mastite. La consultante en lactation a discuté avec la mère de l'intérêt d'un traitement au fluconazole en cas de candidose persistante, et lui a donné de la documentation médicale sur cette molécule, à donner à son médecin traitant. En raison du peu de données existant sur son utilisation pendant l'allaitement, le médecin a préféré prescrire de la nystatine per os à la mère et à l'enfant, ainsi qu'un antalgique à base de paracétamol et de codéine, la mère continuant à appliquer l'antifongique localement.

Après 5 jours de traitement, l'induration du sein droit avait disparu, mais les crevasses étaient toujours présentes, la douleur toujours aussi intense, et devenue permanente. Le médecin traitant de la mère étant absent, la consultante en lactation lui a conseillé de consulter un spécialiste dans le traitement des mycoses ; celui-ci a recommandé une prise initiale de 200 mg de fluconazole, suivie d'un traitement de 15 jours avec 100 mg/jour de fluconazole, la mère devant poursuivre le traitement local sur les mamelons, et le traitement antifongique chez l'enfant ; on lui a aussi prescrit un dosage plus élevé d'antalgique, ainsi que la prise quotidienne de *Lactobacillus acidophilus*.

Utiliser le violet de gentiane

Bon nombre de mères préféreront l'appliquer juste avant de se coucher, ce qui leur permettra de laisser leurs seins à l'air et évitera de tacher les vêtements (sinon, utiliser un vieux soutien-gorge).

- Dénuder largement l'endroit où le violet de gentiane sera appliqué
- Tremper un coton-tige dans la solution, et le donner à sucer au bébé pendant quelques secondes ; en général, le violet de gentiane se répandra rapidement dans sa bouche ; si nécessaire, passer le coton tige dans la bouche du bébé pour bien badigeonner l'intérieur des joues et la langue.
- La mère mettra ensuite immédiatement son bébé au sein : les mamelons seront traités par la même occasion.
- Si, après la tétée, les lèvres du bébé et les mamelons de la mère sont violets, il n'y a rien de plus à faire. Si un mamelon n'est pas bien coloré, la mère appliquera du violet de gentiane avec un coton-tige.
- **Ce traitement sera répété une fois par jour pendant 3 à 4 jours.**
- Après les autres tétées, la mère appliquera un autre antifongique local sur ses seins et dans la bouche du bébé

Souvent, un soulagement survient dès les premières heures qui suivent la première application, la douleur ayant plus ou moins disparu au bout de 3 jours. Le violet de gentiane sera alors arrêté, tandis que l'application de l'autre antifongique local sera diminuée progressivement pour être stoppée au bout d'environ 1 semaine. Si les symptômes douloureux se sont nettement améliorés mais n'ont pas totalement disparu (ou s'ils ont disparu chez la mère, mais que le bébé présente toujours un muguet), il est possible de continuer le traitement au violet de gentiane pendant 1 à 3 jours, ainsi que l'application de l'autre antifongique local. Dans tous les cas, **le traitement au violet de gentiane ne sera pas poursuivi au-delà d'un total de 7 jours.**

Si aucune amélioration n'est observée, il est possible que le problème ne provienne pas d'une candidose (bien que le *Candida* commence à devenir résistant au violet de gentiane). Il peut aussi y avoir un autre problème, qui rend les mamelons douloureux même après guérison de la candidose. *Quoi qu'il en soit, arrêter le violet de gentiane et réévaluer soigneusement la situation.*

Lorsque la solution est trop concentrée, trop alcoolisée, ou utilisée pendant trop longtemps, il peut arriver, exceptionnellement, que le bébé développe des lésions buccales douloureuses qui l'amèneront à refuser le sein. Dans ce cas, ou si le bébé semble avoir mal à la bouche pendant la tétée, il faudra arrêter immédiatement le violet de gentiane, et consulter un professionnel de l'allaitement. Ce problème disparaît dans les 24 heures.

Si la candidose récidive, on peut recommencer le traitement décrit ci-dessus. Mais un 3^{ème} épisode de candidose devra amener à chercher une cause à cette réinfection (mère porteuse chronique du *Candida*, tétine que l'enfant porte régulièrement à la bouche...). Dans ce cas, un traitement par voie générale allié au traitement local pourra éliminer tout risque de réinfection.

D'après : Using gentian violet – Feuillet n°6 – Révisé en janvier 1998

D' Jack Newman – Pédiatre – Responsable d'une consultation de lactation – Toronto – Canada

Mycolog sera souvent trs utile ; sa composition lui permet de traiter tant la candidose que l'inflammation et une éventuelle surinfection bactérienne. Quelques cas de grève de la tétée suite à l'application de ces produits ont été rapportés par des mères, attribués à leur goût peu agréable.

Prescrire le fluconazole (Triflucan®)

Cet antifongique systémique stoppe la multiplication du Candida albicans, mais ne le détruit pas. Cela implique que le traitement devra durer un certain temps avant de devenir efficace. Il est dans l'ensemble bien toléré ; cela dit, aucun médicament n'est dépourvu d'effets secondaires. Il faut garder à l'esprit la possibilité d'une atteinte hépatique, même si cette complication rare survient habituellement chez des personnes souffrant de déficit immunitaire ou d'une affection grave, prenant d'autres médicaments ou traitées par fluconazole au long cours. Les effets secondaires les plus courants sont les vomissements, diarrhées, douleurs abdominales et rash cutanés. Ils sont le plus souvent bénins, et n'obligent que rarement à arrêter le traitement. Des réactions allergiques sont possibles, mais rares.

Le fluconazole passe dans le lait, ce qui est nécessaire pour qu'il puisse traiter une candidose des canaux lactifères. De ce point de vue, il est préférable au kétoconazole, qui passe peu dans le lait. Le bébé en absorbera donc, et ce médicament n'est habituellement pas utilisé en première intention pour le traitement de candidoses chez les enfants. Cependant, il n'a pas été constaté de problème iatrogène chez les enfants exposés au fluconazole par le biais du lait maternel. La mère traitée par fluconazole peut donc continuer à allaiter.

Le Candida albicans devient actuellement de plus en plus résistant au fluconazole, et les posologies ont augmenté ces dernières années. Il y a seulement quelques années, 100 mg/jour de fluconazole guérissaient 90% des femmes ; ce n'est plus le cas maintenant. Nous prescrivons habituellement une première prise de 200 mg, puis une posologie de 100 mg 2 fois/jour pendant au moins 2 semaines. Nous souhaitons que la mère poursuive le traitement pendant encore au moins 1 semaine après la disparition des symptômes ; notre expérience démontre que ce délai permet d'espérer qu'il n'y aura pas de rechute ; elle démontre aussi que la plupart des mères auront besoin de prendre du fluconazole pendant plus de 2 semaines. Dans certains cas, il faudra jusqu'à une semaine avant que la douleur commence à diminuer (s'il n'y a aucune amélioration au bout d'une semaine, il faudra revoir le problème). Il peut être nécessaire de traiter aussi le bébé. Nous préconisons dans ce cas une première prise de 6 mg/kg, puis une posologie de 3 mg/kg/jour en une seule prise pendant la même durée que la mère.

D'après : Fluconazole – Feuillet n°20 – Janvier 1998 – Dr Jack Newman
Pédiatre – Responsable d'une consultation de lactation – Toronto – Canada

Autres mesures locales

Le Candida est sensible aux modifications de pH. La mère pourra donc, avant application d'un traitement local, rincer les zones atteintes à l'aide de vinaigre blanc dilué (une cuillère à soupe pour une tasse d'eau). On peut aussi utiliser du bicarbonate de soude (une cuillère à café rase pour une tasse d'eau) ou de l'eau de Vichy. Exposer les zones atteintes au soleil pendant quelques minutes plusieurs fois par jour accélérera la guérison.

Traitement général

En cas d'échec du traitement local, ou d'emblée si la candidose semble sévère, un traitement par voie générale sera nécessaire. Il durera au grand minimum 2 semaines, et il est recommandé de le poursuivre jusqu'à 14 jours après disparition des symptômes. On peut utiliser le kétoconazole (Kétoderm®, Nizoral®), le miconazole (Daktarin®, Miconazole®)... Les candidoses s'avèrent de plus en plus résistantes aux antifongiques plus anciens, tout au moins aux USA (le problème est moins aigu en France). Actuellement, les spécialistes commencent à recommander l'utilisation du fluconazole (Triflucan®), selon les modalités décrites par le Dr Jack Newman (voir ci-contre) ; il est compatible avec l'allaitement (il est de plus en plus souvent utilisé chez des nourrissons, voire des prématurés de très petit poids de naissance).

Mesures d'hygiène

Pour éviter tout risque de recontamination, la mère devra impérativement appliquer rigoureusement un certain nombre de mesures d'hygiène :

- se laver soigneusement les mains après avoir touché une zone atteinte par la candidose ; laver soigneusement les mains du bébé s'il a l'habitude de se sucer les doigts
- jeter après chaque tétée les coussinets d'allaitement jetables ; changer à chaque tétée les coussinets lavables, et les laver à l'eau savonneuse très chaude
- tout matériel qui vient en contact avec le sein (tire-lait) ou avec la bouche du bébé (en cas de muguet – jouets, sucettes...) devra être stérilisé quotidiennement, soit par ébullition, soit par désinfection à l'eau de Javel ; nettoyer à l'eau javellisée la baignoire du bébé, le matelas à langer...
- en milieu et en fin de traitement, jeter les tétines et sucettes, et en utiliser de nouvelles
 - pendant la durée du traitement, porter sur la peau des vêtements qui peuvent être lavés à l'eau très chaude, et rincés à l'eau de Javel ; laisser sécher le linge au soleil si possible ; changer quotidiennement de soutien-gorge

Suite p.10