

UNIVERSITE DE LILLE 2

Diplôme inter-universitaire d'acupuncture obstétricale

Etude prospective et comparative sur
l'effet préventif de l'acupuncture chez les
femmes à risque d'hypogalactie et
agalactie

Mémoire rédigé et soutenu par
DELLAL Noémie et COTON Rébecca

Lille 2015

PLAN

INTRODUCTION	4
<u>PREMIERE PARTIE : Du sein à la physiologie de l'allaitement en médecine occidentale et en médecine traditionnelle chinoise.....</u>	<u>5</u>
I) <u>Le sein en médecine occidentale</u>	<u>6</u>
1) <u>Structure anatomique et fonctionnelle du sein.....</u>	<u>6</u>
a) Le tissu glandulaire	
b) Le tissu adipeux	
c) Le tissu conjonctif	
d) La plaque aréolo-mamelonnaire	
e) Vascularisation et réseau lymphatique	
f) Innervation	
2) <u>Embryologie et développement du sein.....</u>	<u>8</u>
a) Etape embryonnaire et foetale	
b) La naissance	
c) La puberté	
d) La grossesse	
3) <u>Physiologie de la lactation</u>	<u>9</u>
a) L'accouchement	
b) Mécanismes et changements hormonaux	
c) Impact du système limbique	
d) La montée de lait	
II) <u>Le sein en médecine traditionnelle chinoise.....</u>	<u>11</u>
1) <u>Organes, méridiens et branches profondes concernées.....</u>	<u>11</u>
a) Les méridiens principaux	
b) Les merveilleux vaisseaux	
c) Le triple réchauffeur	
d) Les méridiens tendino-musculaires	
e) Les méridiens distincts	
f) Les enveloppes	
g) Les lo	
2) <u>La lactation et les différents mouvements énergétiques.....</u>	<u>16</u>
a) Qi/Xue	
b) Les cinq éléments	
c) Vide, Plénitude/ Yin, Yang	
d) Importance du Shen sur la lactation	

III)	<u>Troubles de l'allaitement : Hypogalactie/Agalactie</u>	17
1)	<u>Patientes à risque</u>	17
	a) Difficultés liées à la santé de la mère	
	b) Les situations où la mise en route de la lactation se fait en l'absence de l'enfant	
	c) Autres facteurs	
2)	<u>Recommandations et traitements en Occident</u>	19
	a) Recommandations	
	b) Traitements	
3)	<u>Bases scientifiques et état des lieux dans le traitement de l'hypogalactie-agalactie par acupuncture</u>	22

DEUXIEME PARTIE : Etude prospective et comparative du traitement préventif par acupuncture de l'hypogalactie et de l'agalactie.....24

I)	<u>Présentation de l'étude et méthodologie de recherche</u>	25
	1) Objectif principal	
	2) Les Hypothèses	
	3) La population ciblée et le déroulement de l'étude	
	4) Les outils de l'étude	
	a) Fiche de recueil de données	
	b) Questionnaires	
	5) Raisonnement et choix des points	
II)	<u>Présentation des résultats</u>	30

TROISIEME PARTIE : Discussion

I)	<u>Aspects positifs et limites de l'étude</u>	37
II)	<u>Analyse et interprétation des résultats</u>	38
	1) Répartition des critères d'inclusion	
	2) Répartition des syndrome de vide Vs plénitude dans le groupe acupuncture	
	3) Délai d'apparition de la montée de lait dans les deux groupes	
	4) Interprétation des questionnaires de satisfaction	

CONCLUSION

ANNEXES.....

BIBLIOGRAPHIE.....

INTRODUCTION

D'après l'HAS et l'OMS, l'allaitement maternel est un enjeu de santé publique. Les sages-femmes sont au cœur de la mise en place de l'allaitement.

D'après de nombreuses études, les facteurs de risques d'hypogalactie et d'agalactie sont multiples. Cet état de fait engendre de nombreuses difficultés en maternité pour la mise en place de la montée laiteuse chez les patientes concernées. Il est actuellement proposé un accompagnement souvent ressenti contraignant par ces mères. En tant que sages-femmes ; cela ne nous apporte pas pleinement satisfaction.

En effet, nous avons constaté dans notre pratique que les conséquences d'une montée de lait mal installée pouvaient être mal supportées et mal vécues par nos patientes engendrant du stress et des perturbations dans la relation mère-enfant.

Nous avons voulu, en tant que sages-femmes acupunctrices, leur proposer une alternative. Nous avons donc réalisé un protocole dont l'objectif est de stimuler la lactation dans le but d'améliorer la prise en charge et le bien-être des patientes en suites de naissance. Nous avons également voulu savoir si l'acupuncture était perçue comme une supplémentaire pour ces patientes.

Pour cela, nous avons ciblé en amont les patientes présentant des facteurs de risques.

Ainsi, nous décrirons tout d'abord la physiologie du sein et de la montée laiteuse par la médecine occidentale et par la médecine traditionnelle chinoise ainsi que l'hypogalactie-agalactie et ses facteurs de risque.

Nous présenterons ensuite notre étude et la méthodologie de recherche, nous en donnerons les résultats et l'analyse.

Enfin, la discussion nous permettra de confirmer ou non les hypothèses émises.

1^{ère} PARTIE : DU SEIN A LA PHYSIOLOGIE DE
L'ALLAITEMENT EN MEDECINE OCCIDENTALE
ET EN MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE

I) Le sein en médecine occidentale (21,22,23)

1) Structure anatomique et fonctionnelle du sein

Voici les différentes parties composant le sein :

a) Le tissu glandulaire

L'unité sécrétrice du lait se situe au niveau des alvéoles de la glande mammaire. Ces alvéoles sont constituées de lactocytes ou cellules sécrétrices qui sont entourées par les cellules myoépithéliales contractiles qui permettent-quant à elles- l'éjection du lait produit. Un ensemble de plusieurs alvéoles forment un lobule et plusieurs lobules forment un lobe. Le drainage des alvéoles, des lobules et donc des lobes est assuré grâce à la ramification des canaux galactophores qui se terminent au niveau de l'area cribosa.

b) Le tissu adipeux

Le tissu adipeux se situe en périphérie de la glande et a un rôle protecteur. La proportion de tissu adipeux varie de manière individuelle et est responsable du volume des seins.

c) Le tissu conjonctif

C'est le tissu de soutien de la structure glandulaire. Les « ligaments de Cooper » sont le prolongement de ce tissu au niveau de la peau.

d) La plaque aérolo-mamelonnaire

Cette unité est formée par l'aréole et le mamelon.

Le mamelon est cylindrique, pigmenté, séparé de l'aréole par un sillon. A la surface du mamelon, les pores des canaux galactophores formant l'area cribosa sont disposés de façon circonférentielle.

L'aréole, disque cutané plus ou moins pigmenté entoure le mamelon. Sa surface est irrégulière, on y observe de petites saillies (12 à 20) : les tubercules de Morgagni. Ce sont des glandes sébacées qui, pendant la grossesse sont plus volumineuses et plus nombreuses : les tubercules de Montgomery.

e) Vascularisation et réseau lymphatique

Très vascularisé, le sein va avoir une circulation sanguine augmentée pendant la grossesse et l'allaitement. Le sang apporte les nutriments nécessaires à la fabrication du lait. Associé à la lymphe, ils permettent l'évacuation des déchets sanguins du sein.

L'augmentation de volume du sein qui accompagne la montée laiteuse est causée par les augmentations de la production lactée et de l'apport sanguin. Ce dernier, associé à la pression du lait, entraîne un ralentissement du retour lymphatique. Il y a donc apparition d'un œdème.

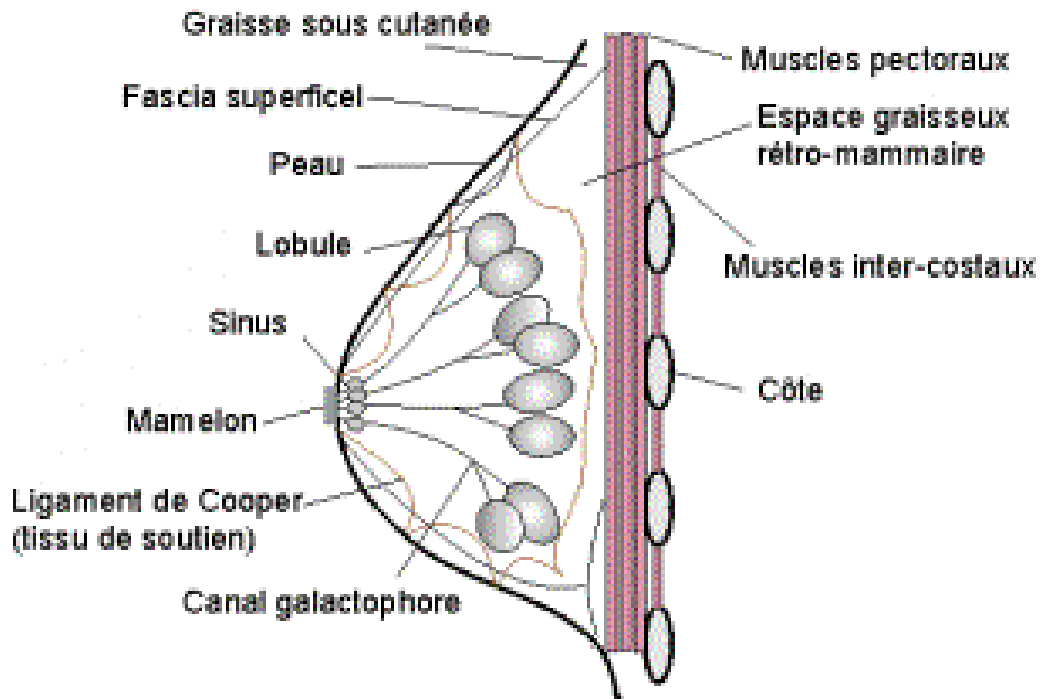
f) Innervation

L'innervation du sein se fait par le biais de deux groupes nerveux :

- Nerfs superficiels, cutanés issus des plexus cervical, brachial et des nerfs intercostaux
- Nerfs profonds qui suivent le trajet des vaisseaux dans la glande

Tous ces nerfs envoient de nombreuses ramifications vers l'aréole et le mamelon, zones extrêmement sensibles.

L'excitation de ces nerfs par la succion entraîne l'érection du mamelon et engendre le réflexe neural qui est responsable de la sécrétion des hormones de lactation par l'hypothalamus.



2) Embryologie et développement du sein

a) Etape embryonnaire et fœtale

Comme la peau, l'origine de la glande mammaire est l'épiblaste. Dès la 5^{ème} semaine de vie embryonnaire, se différencient deux bandelettes mammaires le long de la ligne thoraco-abdominale, puis les crêtes mammaires épaississements localisés situés latéralement du creux axillaire à la région inguinale. Elles régressent rapidement dans l'espèce humaine, pour ne laisser qu'une seule crête de chaque côté ou bourgeon thoracique, origine de chacune des deux glandes mammaires.

Les bourgeons thoraciques se ramifient et se différencient en canaux galactophores au cours du 7^{ème} et du 8^{me} mois du développement. A leur extrémité, les acini ou unités glandulaires apparaissent.

En fin de période fœtale, le sein est représenté par un léger relief cutané où se situent les orifices des canaux galactophores. L'aréole correspond à la zone de l'épiderme qui entoure le mamelon. Elle contient de nombreux bourgeons de glandes sudoripares et sébacées apocrines.

b) La naissance

A la naissance, la structure de la glande mammaire est inachevée. La glande reste au repos jusqu'à la puberté.

c) La puberté

La puberté va générer des modifications morphologiques significatives. Les sécrétions hormonales d'œstrogènes et de progestérone liées aux premiers cycles ovulatoires vont stimuler la croissance et la ramification du tissu glandulaire.

Durant chaque cycle menstruel, les seins vont subir des fluctuations en fonction de concentrations plasmatiques d'œstrogènes et de progestérone. Mais ces variations restent minimales. Le développement mammaire reprendra et s'achèvera lors de la première grossesse avec l'élaboration des structures permettant la lactation.

d) La grossesse

Pendant la grossesse, deux phénomènes achèvent le développement du sein :

- La mammogénèse. C'est un processus de multiplication cellulaire : les bourgeons épithéliaux se transforment en alvéoles, les canaux collecteurs s'allongent et se ramifient.
- La lactogénèse. C'est un processus de différenciation cellulaire des cellules glandulaires avec mise en place des éléments nécessaires à la synthèse des constituants du lait.

Ces phénomènes sont sous la dépendance d'hormones : les œstrogènes, la progestérone, l'hormone placentaire lactogène, la prolactine mais aussi l'insuline, l'hormone de croissance, les glucocorticoïdes et les hormones thyroïdiennes.

3) Physiologie de la lactation

a) L'accouchement

Grâce aux phénomènes de mammogénèse et lactogénèse, la grossesse est l'étape préparatoire à la lactation. La lactogénèse comporte cependant deux stades. Dès le 4^{ème} mois de grossesse, tous les éléments nécessaires à la synthèse du lait se mettent en place ; pourtant il ne peut y avoir de réelle sécrétion lactée : c'est la lactogénèse dite infra-clinique. Ce n'est qu'au moment de l'accouchement que les changements hormonaux vont permettre de déclencher le processus actif de la lactation.

b) Mécanisme et changements hormonaux

- Lors de la délivrance, la chute brutale du taux des stéroïdes circulant- en particulier la progestérone mais aussi les oestrogènes- va libérer la prolactine par levée du facteur inhibiteur. Celle-ci est responsable de la synthèse et la sécrétion du lait.
- L'accueil de l'enfant, les interactions précoces mère-enfant et la mise au sein vont stimuler le réflexe neuroendocrinien induisant la sécrétion d'ocytocine qui fera contracter les cellules myoépithéliales des acini. L'ocytocine est l'hormone d'excrétion du lait.

La synthèse et l'éjection du lait sont donc dans un premier temps sous l'influence combinée des différentes hormones, puis dans un second temps sous l'influence de la succion du nouveau-né.

c) Impact du système limbique

Les sécrétions hormonales sont pulsatiles et réflexes ; mais comme tous réflexes conditionnés, ces sécrétions peuvent être inhibées par le stress, l'anxiété, la douleur, etc.

De ce fait, la meilleure sécrétion est obtenue quand le cerveau « intellect » se met au repos et diminue son contrôle sur les structures plus archaïques dont le rôle est de sécréter les hormones.

C'est pourquoi, il ne faut pas considérer les seins d'une accouchée comme une simple mécanique mais prendre en compte tous ses aspects émotionnels.

d) La montée de lait

Toutes ces modifications vont induire la mise en place de la montée de lait dont voici les caractéristiques principales :

- Physiologique
- Son délai est de 36 à 72h après l'accouchement
- Présence d'un œdème transitoire
- Sensation d'inconfort voire de douleur
- Variabilité individuelle
- Apparition possible même chez la femme non-allaitante

II) Le sein en médecine traditionnelle chinoise (1)(7)(23)(24)(25)(26)(27)(28)

1) Organes, méridiens et branches profondes concernés

a) Les méridiens principaux

Le sein est traversé par quatre méridiens : Zu Yang Ming (Estomac), Zu Shao Yang (Vésicule Biliaire), Zu Tai Yin (Rate Pancréas) et Zu Shao Yin (Rein)

- **Zu Yang Ming**

Le méridien de l'estomac (E) est le plus important, Yang parmi les Yin.

L'estomac est en lien horaire 7h-19h avec le Maître-cœur (d'où son rôle sur l'émotionnel)

Il est associé à la Rate par l'élément Terre.

Il est couplé à Vésicule Biliaire en époux/épouse.

Son rôle est la digestion, le tri. Il est appelé aussi la « mer des liquides et des céréales ».

L'estomac nourrit le sein, il traverse le sein en ses points 16 E, 17 E et 18 E.

Les points de ce méridien sont parmi les plus importants pour éliminer l'excès de Yang qui peut se manifester par une chaleur qui monte perturber le cœur et l'esprit. De plus si les reins sont épuisés, ce qui se rencontre souvent après une grossesse et un accouchement, c'est l'estomac qui prend le relais. C'est le méridien qui a beaucoup de sang et d'énergie. Un de ses rôles est d'abaisser le Qi et faire descendre les aliments vers l'intestin grêle et donc de libérer la poitrine. Il est nommé « Yang lumineux » évoquant la lumière des canaux galactophores.

- **Zu Shao Yang**

Le méridien de la Vésicule Biliaire (VB) est en lien horaire 11h-23h avec le Cœur.

Il est associé au Foie dans l'élément Bois.

Il est couplé avec l'Estomac en époux/épouse.

La Vésicule Biliaire stocke en excès la bile, aide l'Estomac à descendre le « trouble ».

Le méridien principal de la Vésicule Biliaire descend à travers la poitrine. Certains points de ce méridien sont utilisés dans des pathologies mammaires telles que les abcès du sein, douleur du sein (21 VB, 37 VB, 41 VB, 42 VB) mais nous ne retiendrons pas de points pour le traitement de l'hypogalactie et l'agalactie.

- **Zu Tai Yin**

Le méridien de la Rate (RP) est en lien horaire 9h-21h avec le Triple Réchauffeur.

Il est associé à l'Estomac dans l'élément Terre.

Il est couplé au Foie en époux /épouse.

Son rôle est important dans la production du Sang, du lait. Il calme et régule l'esprit.

Le méridien de la Rate trouve plus son rôle lors de la régulation de la production lactée, notamment par le 21 RP « la grande enveloppe », envelopper, régulariser l'énergie, intéressant en cas de surproduction lactée. C'est pourquoi nous ne retiendrons pas de points pour le sujet ici traité.

- **Zu Shao Yin**

Le méridien du Rein (Rn) est en lien horaire 5h-17h avec le Gros Intestin.

Il est associé avec la Vessie dans l'élément Eau.

Il est couplé avec Maître Cœur en époux /épouse.

Le méridien du Rein gouverne l'eau, contrôle la réception du Qi et contribue à la production du sang.

Il est en relation avec Ming Men, avec l'énergie Yuan, il est la racine de Chong Mai et Ren Mai.

Son importance est grande pendant la grossesse, en général, la grossesse et l'accouchement épuisent les Reins.

Notons que le sein est aussi le lieu où se font les jonctions termino-terminales entre les méridiens Zu et Shou Yin du même nom.

TAI YIN Poumon - Rate Pancréas

JUE YIN Maître Cœur – Foie

SHAO YIN Cœur – Rein

Ainsi que les anastomoses selon la grande circulation énergétique :

Rate Pancréas – Cœur

Rein – Maître Cœur

Foie – Poumon

b) Les merveilleux vaisseaux

Le sein est en étroite relation avec les deux méridiens curieux Chong Mai et Dai Mai , qui pour rappel sont en relation avec les reins et sont chargés de la régularisation de l'énergie. Ces deux méridiens sont complémentaires. Le méridien Ren Mai (vaisseau conception) est pris en compte par son trajet principal entre les seins et son association avec Ren Mai pour l'équilibre énergie/sang.

- Chong Mai

Chong Mai naît du « Rein » et descend jusqu'au périnée.

Il est la réserve des énergies et du sang des méridiens, des organes et des entrailles.

Il contrôle l'utérus avec Ren Mai .

Chong Mai prend sa fonction à la période de développement du sein à la puberté avec Ren Mai et pendant la grossesse où il prépare la lactation. De par son trajet thoracique, il agit sur la lactation, il a un contrôle important dans l'équilibre énergie / sang. En effet, ce sont ses branches thoraciques en plénitude qui provoquent le gonflement des seins et la sécrétion du colostrum. De plus après l'accouchement, la lactation s'établit sous l'influence de l'hypothalamus et de l'hypophyse, eux même sous l'influence du Chong Mai et du Dai Mai.

Après l'accouchement, le sang de Chong Mai ne nourrit plus l'utérus mais les seins. Le sang se transforme en lait pour nourrir le bébé, ce qui explique qu'à l'arrêt de l'allaitement survient le retour de couches qui correspond au sang qui n'est plus transformé en lait. D'après LS 65, Chong Mai et Ren Mai passent par l'utérus ce qui explique qu'à la délivrance du placenta, la lactation se déclenche et aussi que le fait de mettre le bébé au sein à l'accouchement aide à la délivrance.

- Ren Mai ou vaisseau conception

Ren signifie responsabilité. Ren Mai est donc responsable de tous les méridiens Yin du corps. Pendant la grossesse et l'accouchement, son rôle est prédominant et s'explique bien par ses propriétés de méridien le plus Yin qui fait croître et naître et par son trajet abdominal (8 VC est la racine du placenta).

Chong Mai et Ren Mai ont un rôle fondamental pour l'équilibre énergie/sang. De ce fait, en ce qui concerne l'agalactie ou l'hypogalactie, on peut associer ces troubles à un accouchement pénible ayant épuisé le Qi ou à une perte de Sang importante. Nous verrons plus tard quel point situé sur le Vaisseau Conception peut alors nous aider dans le traitement de l'agalactie ou hypogalactie.

- Dai Mai ou vaisseau ceinture

C'est le seul méridien horizontal. Il sépare le corps en deux, harmonise le haut et le bas. Complémentaire de Chong Mai, il est le Yang qui fait circuler le Yin.

Selon Soulié de Morant : « Il guérit les maux des règles et de l'allaitement ».

En régulant le haut et le bas, il commande ainsi les réchauffeurs inférieur et supérieur qui agissent eux-mêmes sur la lactation.

NB : Citons juste Yin Qiao Mai, vaisseau accélérateur du Yin, qui par son trajet profond thoracique, a aussi une relation avec les seins mais ne nous intéressera pas dans le traitement de l'agalactie ou l'hypogalactie.

c) Le Triple Réchauffeur

Le méridien Shou Shao Yang n'a pas de correspondance avec une entraille. Le sein semble refléter l'activité des trois foyers du Triple Réchauffeur, qui est chargé de la nutrition.

Le Triple Réchauffeur est dit « voie des eaux » et se trouve impliqué par rapport au réseau lymphatique du sein.

-le Triple Réchauffeur moyen et inférieur : Au moment de la digestion, il existe un premier tri des aliments ingérés. Ce tri est effectué par l'Estomac situé au Triple Réchauffeur moyen. Un second tri est réalisé au Triple Réchauffeur inférieur par l'Intestin Grêle. Ces tris permettent d'isoler les liquides purs, ces derniers remontent alors au Triple Réchauffeur moyen formé par la Rate et l'Estomac. La Rate produit alors les liquides organiques Yin Ye à partir des liquides purs et permet leur ascension jusqu'au Triple Réchauffeur supérieur, aidée par le Qi du Rein.

-le Triple Réchauffeur supérieur gouverne le Cœur, le Maître Cœur et le Poumon. Le couple Poumon/Cœur intervenant dans l'équilibre énergie/Sang. Le Poumon en tant que maître de tous les Qi et le Cœur en tant que maître du Sang. Le Triple Réchauffeur supérieur a donc un rôle sur le Sang, le Mental et l'énergie. La glande mammaire est située au Triple Réchauffeur supérieur, l'énergie du Triple Réchauffeur supérieur et l'arrivée des liquides organiques du Triple Réchauffeur moyen et inférieur forment le lait.

d) Les méridiens tendino-musculaires : Jing Jin

Le Sein est parcouru par les méridiens tendino-musculaires du Zu Yang Ming (Estomac) qui passe au mamelon, du Zu Shao Yang (Vésicule Biliaire) et du Zu Tai Yang (Vessie) plus en dehors.

La réunion des trois méridiens tendino-musculaires des méridiens Yin des membres supérieurs se fait au 22 VB (au niveau du sein également). Les troubles des Jing Jin ont pour symptômes caractéristiques la contracture et la douleur sur leur trajet.

Pour rappel, les énergies perverses pénètrent tout d'abord dans les Jing Jin pour y provoquer un état de plénitude alors que le méridien principal se trouve en état de vide. Dans un second temps, le Xie passe dans le méridien principal en y provoquant la plénitude tout en laissant le Jing Jin en vide.

e) Les méridiens distincts

Le Sein est aussi traversé par les méridiens distincts de l'Estomac, du Gros Intestin, du Maître Cœur et surtout par le couple Cœur / Intestin Grêle.

Pour rappel, les méridiens distincts partent des douze méridiens principaux au niveau d'une grosse articulation et offrent une liaison avec la profondeur, l'entraille ou organe.

f) Les enveloppes

Le Sein possède du Hun, âme végétative du Foie que domine l'imagination, ce qui nous conduit au Triple Réchauffeur inférieur et à l'enveloppe de l'utérus Bao Luo Gang, dont le Sein reflète fidèlement l'équilibre énergie/sang.

g) Lo

Nous ne ferons que citer ici les lo passant par le sein. Le sein présente des connexions avec le grand Lo de l'estomac qui distribue les énergies pures de l'Estomac. Les autres Lo qui traversent le sein sont ceux de la Rate, du Poumon et du Maître Cœur.

En résumé, le Sein est sous l'influence :

- des cinq organes : Rate / Cœur / Poumons / Foie / Reins

- des deux entrailles : Estomac et Intestin Grêle
- des deux méridiens curieux : Chong Mai et Dai Mai
- du Triple Réchauffeur
- des deux enveloppes Bao Luo Gang (utérus) et Xin Lao (Maître Cœur)

2) La lactation et les différents mouvements énergétiques

La nature a doté la femme de « deux » seins. Cette dualité anatomique reflète le Yin et le Yang, la Terre et le Ciel.

Après l'accouchement, le Sang de Chong Mai ne nourrit plus l'utérus mais les seins : le Sang se transforme en lait pour alimenter le bébé. Ce moment correspond à l'effondrement hormonal et va permettre l'action de la prolactine sur le sein et déclencher la lactation. Par la suite, le phénomène de succion va entretenir la production de lait. Pour que l'allaitement se passe bien, il faut un bon équilibre Qi/Sang et un Shen apaisé.

a) Qi / Xue

Le Qi permet au Sang de se transformer en lait sous l'action de Chong Mai et Ren Mai puis le Qi grâce à la succion permet au lait de s'éjecter.

L'équilibre Energie / Sang est donc assuré par le Chong Mai et le Ren Mai qui après l'accouchement, une fois l'utérus vide, libèrent l'énergie et le Sang vers les seins. De même l'énergie des Reins se dégage vers la Rate et l'Estomac. De l'Estomac et du Triple Réchauffeur, le lait tire l'équilibre de ses énergies et ses liquides.

b) Les cinq éléments

D'autre part, le Sein par son anatomie concerne les cinq éléments : cellules myoépithéliales et ligaments de soutien du sein (**Bois**), réseau vasculaire (**Feu**), cellules sécrétoires et canaux galactophoriques (**Terre**), innervation de la peau et du mamelon (**Métal**), charpente osseuse du thorax (**Eau**).

c) vide, plénitude / Yin, Yang

La lactation est une conséquence physiologique de la grossesse, toutes deux se traduisent par un état Yin. Il y a donc un parallèle entre l'état de grossesse et

l'accumulation de Yin dans les seins. On dit que « le vide du ventre est comblé par la plénitude des seins ». Il existe donc un déséquilibre haut et bas du corps. Le Yin en haut du corps favorise la lactation et le Yang en bas favorise l'involution utérine et retarde les menstruations. Lors de la montée laiteuse, cette forte accumulation de Yin dans les seins provoque des manifestations Yang telles que rougeur, chaleur et douleur et lorsque l'allaitement s'arrête, le Yin véritable descend et donne les menstruations.

d) importance du Shen sur la lactation

La Médecine Traditionnelle Chinoise considère l'homme de façon holistique : le corps, l'esprit, les énergies et les émotions forment « un tout ». Une grande émotion peut donc perturber l'allaitement : un accouchement difficile, un travail long, la douleur, la fatigue peuvent retarder la mise en place de la lactation. Le psychisme a une grande influence sur la lactation. Si le Shen est bloqué, il empêche la montée laiteuse car le Sein est sous la dépendance du Hun, de l'imaginaire mais le Hun n'est que l'ombre du Shen.

Selon Christian Rempp « la santé et l'état du Sein sont influencés par l'état psychique, moral, spirituel et bien sûr, physique de la patiente ». Rappelons que le Shen agit sur le système limbique qui agit sur l'hypothalamus, qui agit sur l'hypophyse ou c'est l'hypophyse antérieure qui fait sécréter la prolactine.

III) Troubles de l'allaitement : Hypogalactie et agalactie

Le défaut d'allaitement maternel lié à l'hypogalactie voire l'agalactie constitue l'un des problèmes majeurs en suites de couche face auquel la sage-femme et les autres professionnels sont souvent confrontés.

1) Patientes à risque (12) (13)

Certains événements ou pathologies augmentent le risque de ces troubles :

a) Les difficultés liées à l'état de santé de la mère

- Le retard de délivrance (7)

Chez la femme, la montée laiteuse se produit environ 48 heures après l'accouchement, suite à l'expulsion du placenta, source importante d'hormones placentaires comme les œstrogènes et la progestérone qui bloquent la fonction de lactation et d'éjection du lait jusqu'à l'accouchement.

Dès cette expulsion, on observe une chute du taux oestradiol et de progestérone entraînant une libération de prolactine : on entre dans la lactogénèse de stade 2. Ceci explique alors qu'en cas de rétention placentaire la montée de lait est retardée.

- Le Stress

Le stress pendant le travail et l'accouchement peut retarder la « montée de lait ». On retrouve le stress notamment dans les accouchements très longs, dans le cadre de césariennes(15) ; en particulier celles qui n'étaient pas programmées, etc.

Une partie de l'explication réside au fait que le stress génère la sécrétion d'adrénaline et de dopamine. Or, l'adrénaline est l'antagoniste de l'ocytocine et la dopamine l'antagoniste de la prolactine.

Nous précisons que nous parlons ici de tous types de stress. On peut distinguer le stress moral de la mère lié à la peur, l'incompréhension mais aussi le stress physique : fatigue, douleur.

A noter que l'enfant lui-même peut en être atteint et qu'en cas de césarienne ; celle-ci représente une expérience « hors norme » pour le bébé, il lui manque tout ou partie du processus d'adaptation à la naissance. De ce fait, l'allaitement maternel n'est pas forcément compromis, mais ses débuts peuvent être retardés et plus laborieux, et la future maman a particulièrement besoin de soutien pour son projet d'allaitement.

- L'Obésité (16)

L'obésité maternelle se définit par un Indice de Masse Corporelle $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Des études ont montré que l'obésité maternelle peut modifier la lactogénèse. En 2001, Rasmussen et co (17) a démontré que comme chez l'animal la lactogénèse de stade II est retardée chez la femme obèse. En 2004, le même auteur (18) montre une réponse diminuée de la prolactine à 48h à la succion du bébé chez les femmes présentant un IMC > 26 avant la grossesse.

De plus, Mok en 2008 (19) montre que les femmes obèses présentent des facteurs augmentant la difficulté à allaiter. Elles témoignent d'un plus grande gêne à allaiter en public, une plus grande crainte de manquer de lait et ont moins recours aux professionnels de santé en cas de difficultés. D'où un besoin de soutien encore plus fort que dans la population des mères non obèses.

- Le Diabète (20)

Le Diabète tend à retarder le moment de la « montée de lait » car le tissu mammaire contient du tissu sensible à l'insuline. Et L'insuline a un rôle d'induction et de maintien de l'expression des gènes des protéines du lait. (Neville, J.Nutr 2001)

Chez la femme diabétique, l'insuline peut donc ne peut être suffisante pour compétitionner tous ses rôles dont le nouveau : déclencher la montée de lait.

- b) Les situations où la mère doit mettre en route la lactation en l'absence de l'enfant

- La prématurité peut multiplier par 2,8 le risque d'insuffisance de lactation chez la mère. (14) En effet, la prématurité tend à retarder la lactogénèse. De plus, la prématurité est souvent associée à une césarienne en urgence, à du stress, à l'hospitalisation du nouveau-né, etc.
- L'hospitalisation de l'enfant en néonatalogie quelqu'en soit la cause va induire l'éloignement mère-enfant, ce qui peut empêcher la mise au sein régulière de l'enfant et va nécessiter la mise en place d'un tire-lait. Celui-ci ne permet pas une aussi bonne et fréquente stimulation que lors d'une mise au sein classique. Ajouté à cela, le stress lié à l'éloignement de l'enfant et à sa pathologie.

- c) Autres facteurs

- Primiparité : le fait d'être mère pour la première fois
- Primo-allaitante
- Multipare ayant présentée un retard de montée de lait lors d'un précédent allaitement

2) Recommandations et traitements en occident

- a) Recommandations (9)

Depuis plusieurs années, il y a une importante promotion de l'allaitement maternel. C'est pourquoi, les grandes institutions de la santé (OMS, HAS, IHAB, Leche league, etc.) ont établis des recommandations pour le succès de l'Allaitement maternel.

Aujourd'hui, toutes les interventions visent à changer les pratiques fondées sur « les dix conditions pour le succès de l'Allaitement maternel » proposées par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de l'initiative « Hôpitaux Amis des bébés » (IHAB) (Annexe 1). Ceci améliore le taux

d'allaitement à la sortie de la maternité et entraîne une augmentation de l'allaitement maternel exclusif. La mise en œuvre de ces conditions a nécessité un profond changement des pratiques dans les maternités et la participation de l'ensemble des professionnels impliqués.

Nous citons ici quelques recommandations essentielles à la mise en place de la lactation :

- Contact peau à peau et tétée précoce
- Cohabitation du nouveau-né avec sa mère 24/24h
- Bonne position du nouveau-né et prise du sein
- Durée et fréquence des tétées (allaitement à la demande)

b) Traitements (10) (11)

Si malgré la mise en place des recommandations pour l'encouragement de l'allaitement maternel, la lactation se verrait insuffisante ou inexistante ; des substances qui induisent ou augmentent la production lactée existent : les galactagogues.

- Les spécialités homéopathiques

Elles ont l'avantage de n'induire aucun effet iatrogène même si aucune étude n'a prouvé leur efficacité. De nombreux remèdes peuvent être utilisés en fonction des caractéristiques et des symptômes de la patiente. Les plus souvent recommandés sont Lac caninum (5CH), Ricinus (4 ou 5CH), calcarea carbonica (5CH).

- Les plantes médicinales

De tout temps et dans tous les pays, les femmes ont cherché à augmenter leur sécrétion lactée par la consommation de différentes plantes (fenugrec, fenouil, anis vert, cumin, galéga...). Il n'existe que très peu d'études portant sur ces plantes, et l'impact réel de bon nombres d'entre elles est inconnu.

* Fenugrec : il est largement cultivé en Inde et en Chine. Il est utilisé comme légume et traditionnellement pour favoriser l'allaitement. A noter qu'une étude Egyptienne effectuée en 1945 avait fait état d'une augmentation de la sécrétion lactée de 900% suite à la prise de Fenugrec. L'augmentation semble être dose-dépendante, vendu en pharmacie, le Fenugrec est débuté à 6 gélules par jour et augmenté si nécessaire. Il faut compter 1 à 3 jour pour apprécier l'impact du Fenugrec.

* Le Galéga : il est connu depuis la renaissance pour son effet galactogène

* L'Anis vert (*pimpinella anisum*) et l'Anis étoilé (*badiane*) : Ils sont aussi connus depuis des siècles. Ils ont de plus la réputation de donner au lait un goût agréable et de calmer les coliques du bébé allaité.

* Le Fenouil et le Cumin (tisane ou gélules) : ils ont été aussi conseillés pour augmenter la sécrétion lactée.

* La bière : Une étude effectuée par Houdebine et ses collègues permet de constater que la bière a un pouvoir lactogène provenant du malt d'orge. Ce sont des Béta-glucanes qui agissent en stimulant l'hypophyse et en augmentant la sécrétion de prolactine. Ils sont présents en grande quantité dans l'orge. Les auteurs recommandaient de conseiller à la mère d'absorber une à plusieurs fois par jour plusieurs centaines de millilitres de bière sans alcool riche en malt lorsque l'on souhaitait augmenter la sécrétion lactée.

Une partie ou l'ensemble de ces plantes peuvent être regroupées dans une préparation. Par exemple, le Galactogil ; couramment conseillé par les professionnels et utilisés par les patientes contient du Galega, du Malt et des excipients comme le Cumin, et le Fenouil. Sa posologie usuelle est de une à deux cuillères à soupe 3 fois par jour.

- Traitements médicamenteux

* *Le domperidone* (*motilium*®) : utilisé comme stimulant de la motricité intestinale et pour le traitement symptomatique des nausées et des vomissements, il a pour effet secondaire d'augmenter la sécrétion de prolactine par le biais de son action sur la dopamine. La posologie de départ est de 10 à 20mg 4 fois par jour. La plupart des mères l'utiliseront pendant 3 à 8 semaines. Certaines mères commencent à ressentir une augmentation de leur sécrétion lactée au bout de 24h ; mais généralement cet effet ne sera guère perceptible avant 3 ou 4 jours. Il faut baisser la posologie progressivement avant d'arrêter.

* *Le metoclopramide* (*primperan*®) : c'est la molécule la mieux étudiée et la plus utilisée pour l'induction ou l'augmentation de la lactation aux Etats-Unis. Il favorise la production lactée en bloquant les récepteurs dopaminergiques au niveau du système nerveux central, ce qui induit une augmentation de la sécrétion de prolactine. La posologie habituelle est de 30

à 45 mg par jour en 3 à 4 reprises. Habituellement utilisé pendant 7 à 14 jours avec diminution progressive de la dose sur 5 à 7 jours. A noter que les effets secondaires sont plus fréquents qu'avec le domperidone.

L'inventaire des galactagogues ici fait nous montre bien qu'il n'existe pas énormément de solutions aux patientes en insuffisance de lactation. Certes, ces substances ou médicaments peuvent apporter une aide à la mère en parallèle des recommandations et de l'aide des professionnels pour la promotion de l'allaitement ; mais peu d'entre elles ont fait leur preuve scientifiquement. C'est pourquoi, tout nous laisse penser que l'acupuncture peut trouver sa place dans l'aide à l'allaitement.

3) Bases scientifiques et état des lieux dans le traitement de l'hypogalactie et agalactie par acupuncture (6) (7)

Nous avons vu précédemment l'influence de Chong mai sur les seins de même Ren mai qui a un rôle essentiel durant la grossesse et l'accouchement.

La lactation est selon Rempp, en rapport « avec le Sang, les jinye, mais aussi avec zong qi (l'énergie du milieu de la poitrine), la Mer du qi et la Mer de la Nourriture. » (1) Ainsi le lait résulterait selon la MTC de la transformation du Sang sous l'action de chongmai et du renmai.

Les études cliniques pour évaluer l'action de l'acupuncture dans l'hypogalactie sont nombreuses et pratiquement toutes d'origine chinoise. Nous avons décidé de ne prendre en compte que les essais contrôlés randomisés ayant un score de Jadad supérieur ou égal à 3/5 (2) afin de ne garder que ceux ayant une bonne qualité méthodologique.

Un essai contrôlé randomisé pragmatique paru en 2008 en Chine a étudié le rôle clinique du point d'acupuncture VC17 (shanzhong) connu pour améliorer l'insuffisance de production de lait en post-partum. Il s'agit d'une étude multicentrique en simple aveugle incluant 276 femmes en hypogalactie aléatoirement réparties dans un groupe acupuncture (VC17, poncturé 1 fois par jour pendant 3 jours) et un groupe thérapeutique de médecine traditionnelle chinoise (Décoction Tongre). L'étude a un score de Jadad égal à 3 et conclut qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux traitements : la poncture de VC17 a le même effet sur la lactation que la plante chinoise Tongru Decocnon. (3) Malgré une bonne qualité méthodologique, notons qu'il n'y a malheureusement pas de groupe placebo comme souvent dans le ECR pragmatique. De plus, il compare l'acupuncture à une phytothérapie peu évaluée en occident.

En septembre 2008 un ECR évaluait l'efficacité du point IG1 (shaoze) dans l'insuffisance de la lactation après accouchement en fonction de l'âge de la patiente mais aussi selon la différenciation des syndromes. Quatre-vingt-douze mères souffrant d'hypogalactie ont été

randomisées dans un groupe traité IG1(n=46) et un groupe témoin GI1(n=46). Le groupe traitement IG1 a bénéficié d'électroacupuncture pendant 30 minutes après obtention du de qi bilatéralement une fois par jour durant 5 jours puis renouvellement de la session après un intervalle libre de 2 jours. Le suivi a été réalisé sur un mois. Selon la différenciation des syndromes, les femmes (n=92) ont été classées selon deux tableaux : déficit de qi et de Sang pour le premier sous-groupe et stase de qi de Foie pour le second ; et selon la classe d'âge : 20-29 ans et 30-39 ans. Les résultats montrent une efficacité statistiquement significative ($p<0.01$) de 100% dans le groupe traité versus 69.6 % dans le groupe contrôle. Quelque soit le syndrome et l'âge des patientes, GI1 a un meilleur effet dans l'accroissement de la lactation et le maintien du taux de prolactine. Malgré un score de jadad de 3/5, cet essai, non réalisé en double aveugle ainsi que certains critères méthodologiques non décrits nécessiteraient un ECR de plus grande puissance.(4)

D'après Maciocia, on distingue deux étiologies aux hypogalactie toutes deux atteignant chongmai. L'hypogalactie de type Plénitude liée à la stase de qi du Foie et l'hypogalactie de type Vide en rapport avec un vide de qi et de sang.(5)

De cette théorie découle une étude réalisée en Italie en 2011 avec suivi jusqu'à trois mois après traitement. Quatre-vingt-dix femmes ont été randomisées en deux groupes : entre un groupe acupuncture (IG1-E18-VC17 et points selon le syndrome) et groupe conseils de soins habituels. Le groupe « vide qi et de Sang » a bénéficié en plus de la poncture des points E36-RP6-V20, alors que celle dont le diagnostic était « stase de qi du Foie » ont eu F3 et MC6 en plus. L'allaitement exclusif à 3 semaines était de 60% dans le groupe contrôle versus 100% dans le groupe acupuncture ($p<0.03$). A trois mois, on retrouve 35% dans le groupe acupuncture versus 15 % dans le groupe contrôle ($p<0.03$). A noter que malgré ses bons résultats et un score de Jadad à 3/5, l'ECR n'a pas été réalisé en aveugle. De plus, il existe de nombreux biais ; on ignore par exemple si les femmes traitées par acupuncture ont également bénéficié des soins habituels pour le maintien de l'allaitement.(8)

Nous pouvons remarquer que les points 17VC, 18 E et 1IG ont fait leur preuve dans les traitements de l'hypogalactie et l'agalactie selon les études chinoises précédemment présentées. De plus, d'autres points peuvent être associés comme 36 E, 20 V, 6MC...selon le syndrome de vide ou de plénitude rencontré.

A partir des mécanismes étudiés en médecine traditionnelle chinoise ainsi que des études scientifiques chinoises déjà réalisées, nous allons établir et vous présenter un protocole de traitement par acupuncture de l'hypogalactie-agalactie dans la deuxième partie de ce mémoire.

2^{ème} PARTIE : ETUDE PROSPECTIVE ET
COMPARATIVE DU TRAITEMENT PREVENTIF
PAR ACUPUNCTURE DE L'HYPOGALACTIE ET
AGALACTIE

I) Présentation de l'étude et méthodologie de recherche

Nous avons réalisé une étude de cohorte, prospective et comparative. Elle s'est déroulée du 24 février au 25 septembre 2013 à la maternité Paul Gellé de Roubaix (59) dans le service de suites de naissances.

1) Objectif général

L'objectif principal de notre étude est de démontrer l'efficacité du traitement par acupuncture chez les patientes à risque d'hypogalactie-agalactie mais également d'évaluer le ressenti des patientes par rapport à la mise en place de leur montée de lait.

2) Hypothèses

Les différentes hypothèses sont :

- L'association des points choisis permet-elle d'améliorer la mise en place de la lactation chez les patientes à risque d'hypogalactie-agalactie ?
- L'acupuncture est-elle une aide supplémentaire à l'installation de la montée de lait d'après les patientes ?

3) La population ciblée et le déroulement de l'étude

D'après la revue de la littérature et au vue des études menées, les patientes incluses dans notre étude sont des femmes majeures, ayant accouché et choisi un mode d'allaitement au sein pour leur nouveau-né et situées dans une population dite à risque d'hypogalactie ou agalactie donc présentant un ou plusieurs critères suivants :

- Primo-allaitante
- Mère de nouveau-né prématuré et/ou hospitalisé
- Mère ayant subi une césarienne
- Travail long (>12h)
- Patiente angoissée ayant subi un stress pendant le travail et/ou fatiguée
- Patiente diabétique insulino-dépendante
- Obésité ≥ 30 en début de grossesse
- Multipare avec antécédent de retard de montée de lait
- Rétention placentaire

Après avoir sélectionné les dossiers en fonction des critères d'inclusion, une patiente sur deux se verra proposer l'acupuncture de façon aléatoire ; par chronologie de date d'accouchement.

Pour les patientes bénéficiant de l'acupuncture : Nous avons réalisé la première séance à J1 du séjour c'est-à-dire le lendemain de l'accouchement puis une séance par jour jusqu'à l'installation de la montée de lait. De plus, un questionnaire de satisfaction leur a été remis après la dernière séance.

Pour les patientes ne bénéficiant pas d'acupuncture : Nous avons uniquement évalué la présence ou non de montée laiteuse ainsi que son délai d'apparition. De plus, un questionnaire de satisfaction leur a été également remis avant la sortie.

4) Les outils de l'étude

Les patientes ont été suivies pendant la totalité de leur séjour.

a) Fiche de recueil de données (cf Annexes 2 et 3)

Les données retenues sont :

- La parité
- Le mode d'accouchement
- Le ou les critères d'inclusion
- La prise d'un traitement associé pour stimuler la lactation
- L'examen des seins (Vide ou plénitude)
- La cotation de la montée de lait (de 0 à 3)

Concernant la cotation de la montée laiteuse :

0 : aucune montée de lait

1 : simple augmentation du volume des seins

2 : une tension mammaire de moyenne intensité

3 : une tension mammaire très importante

On considère que les cotations 0 et 1 correspondent à une absence de montée de lait et que les cotations 2 et 3 correspondent à une montée de lait.

Les Cotations ont été effectuées par nos soins.

b) Les questionnaires (Annexes 4 et 5)

De plus, des questionnaires ont été distribués à toutes les patientes ayant participé à l'étude ; même celles qui n'ont pas bénéficié d'acupuncture.

Le questionnaire a été récupéré après la dernière séance d'acupuncture pour les patientes en ayant bénéficié et avant la sortie pour les autres.

Le questionnaire nous a aidé à apprécier le ressenti des patientes sur la prise en charge de leur montée laiteuse.

Les items demandés chez les patientes poncturées :

- Leur ressenti lors de la séance : agréable/désagréable/douloureux/autre.
- L'estimation de la prise en charge de l'installation de leur montée de lait : d'insatisfaisante à très satisfaisante.
- Leur sentiment sur l'amélioration ou non de leur montée de lait avec l'acupuncture.

Les items pour les patientes non poncturées :

- L'estimation de la prise en charge de l'installation de leur montée de lait : d'insatisfaisante à très satisfaisante.
- Savoir si elles auraient souhaité que l'acupuncture leur soit proposé pour la mise en place de leur montée de lait.

5) Raisonnement et choix des points

Ce sont les points utilisés et efficaces retrouvés dans la littérature chinoise qui nous ont permis de sélectionner les points suivants et de les utiliser dans le protocole que nous avons élaboré. (annexe 6)

Nous avons retenu trois points qui seront utilisés pour toutes les patientes à risques :

- 17VC/ Tan Zhong
C'est le point Hui de Qi ou mer de Qi de la poitrine, appelé aussi « la mer supérieure de Qi », il est aussi le point Mu du méridien Maître du Cœur.
Il s'utilise pour tonifier et/ou circuler le Qi dans la poitrine Il se situe à mi-distance des deux mamelons.
- 18 E/Rugen
C'est le point du sein .
Il débloque l'énergie et le sang du Yang Ming.

Il se situe directement sous le mamelon, dans le creux du sillon sous-mamelonnaire , dans le 5^{ème} espace intercostal

- 1IG/Shaoze
Il stimule la montée laiteuse, active la fonction d'absorption des liquides, nourrit le Qi du Cœur et a une action sur le baby blues.

Il se situe sur le bord cubital de l'auriculaire, environ 2mm en arrière du coin de l'ongle.

Nous avons vu précédemment que l'hypogalactie et l'agalactie sont liées soit à un syndrome de vide de Qi et du sang soit à un syndrome de plénitude par stase du Qi du Foie. En fonction du tableau clinique rencontré, nous ajouterons aux trois points précédents : RP6 ; 36 E et 20 V en moxas pour le syndrome de vide et 3F, 6 MC en dispersion auxquels nous ajoutons 14F pour le syndrome de plénitude.

- 36 E/Zusanli
Il fortifie l'énergie pour faire circuler le sang.

Il se situe 3 cun en dessous de E35, à un travers de doigt de la crête tibiale antérieure.
- 20V/Pishu
C'est le point shu de Rate-Pancréas, mouvement énergétique Tai Yin Estomac/Rate-Pancréas gérant la prolactine.

Il se situe 1,5 cun en dehors du bord inférieur de l'épineuse de D11

- RP6/Sanyinjiao
Il nourrit le sang.

3 cun au-dessus de l'extrémité de la malléole interne ; juste derrière le bord postérieur du tibia.
- 6MC/Neiguan
C'est le point clé du Yin Wei Mai et le point luo du méridien du Maître du cœur. Il tonifie tous les Yin et disperse tous les Yang. Il calme le cœur et l'esprit. Il élimine vent, chaleur et humidité

Il se situe 1 cun au-dessous de 5MC, 2 cun au-dessus du poignet

- 14F/Qi Men

C'est le point Mu du Foie et le point de réunion de Yin Wei et du méridien de la Rate.

Au niveau du tronc, il gouverne la fin du Yin thoracique en provenance du pelvis et le Yin de la poitrine. Il gouverne la fin des mutations Yin

Il s'utilise pour faire circuler le Qi du Foie lorsqu'il stagne dans les hypochondres. Il harmonise le Foie et l'estomac.

Il dissout les amas et les stagnations.

Il se situe sur la ligne mamelonnaire, droit sous le mamelon, dans le 6^{ème} espace intercostal.

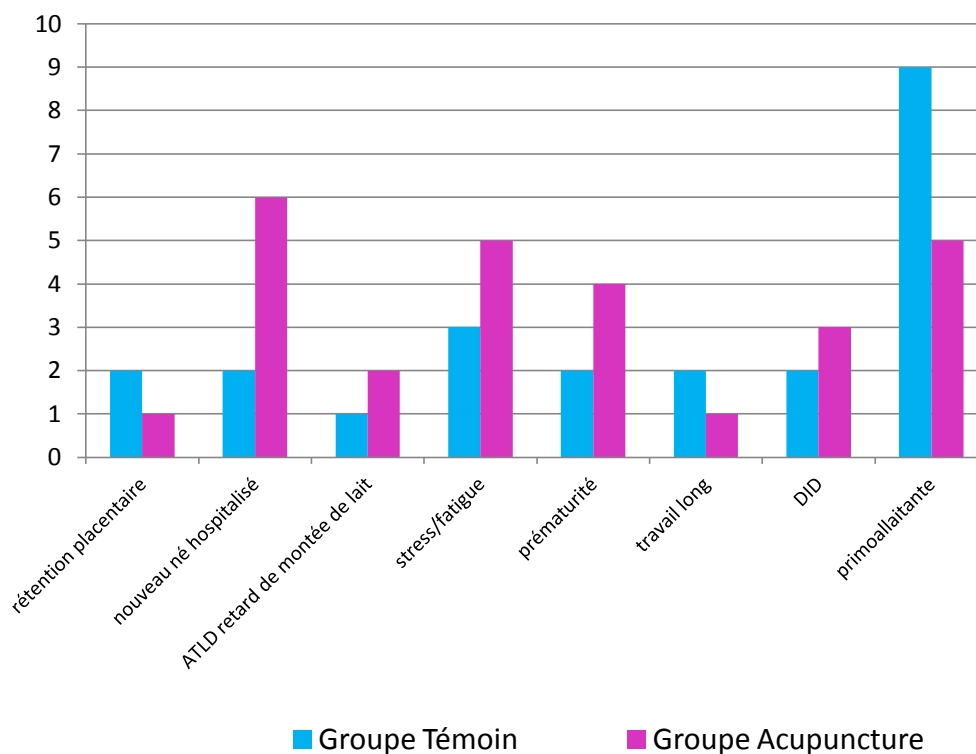
- 3F/Taichong

Il se situe entre les 1^{er} et 2^{ème} orteils. A 2 cun en dedans du bord libre de la palme, à la réunion des bases des 1^{er} et 2^{ème} métatarsiens, dans l'espace interosseux.

II) Présentation des résultats

Les résultats ont été traité à l'aide des logiciels Microsoft Word et Excel.

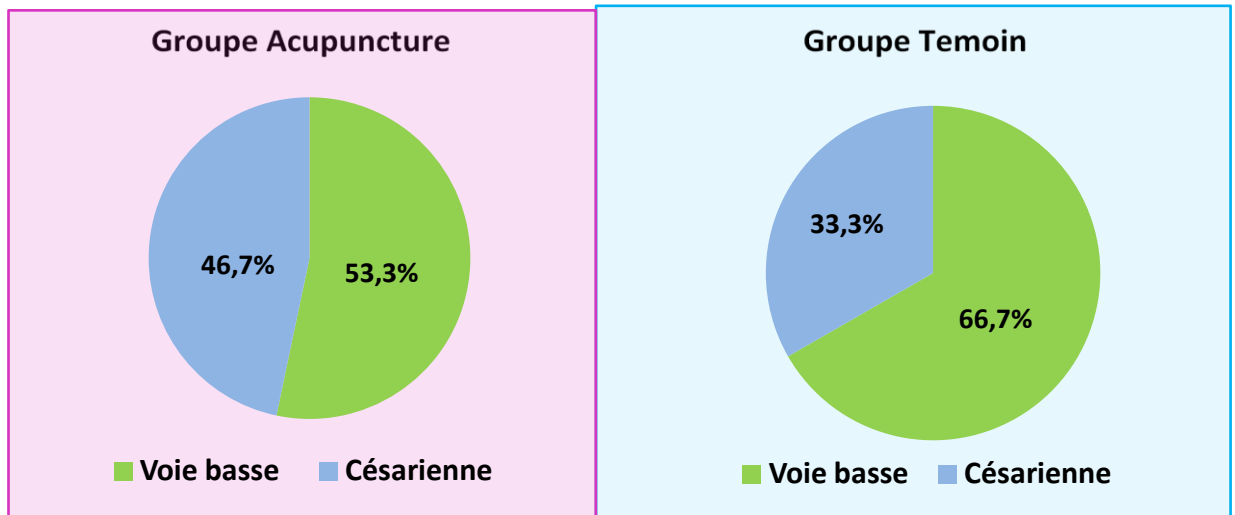
1) Répartition des critères d'inclusion



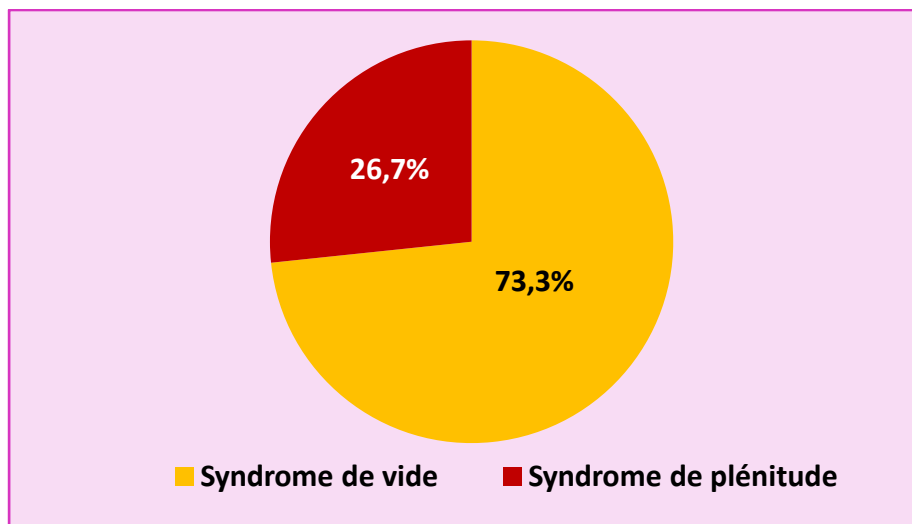
Nb :

- *Aucune patiente n'a présenté le critère d'obésité.*
- *Plusieurs patientes présentaient plusieurs critères associés, « les primo-allaitantes » était le critère le plus représenté.*

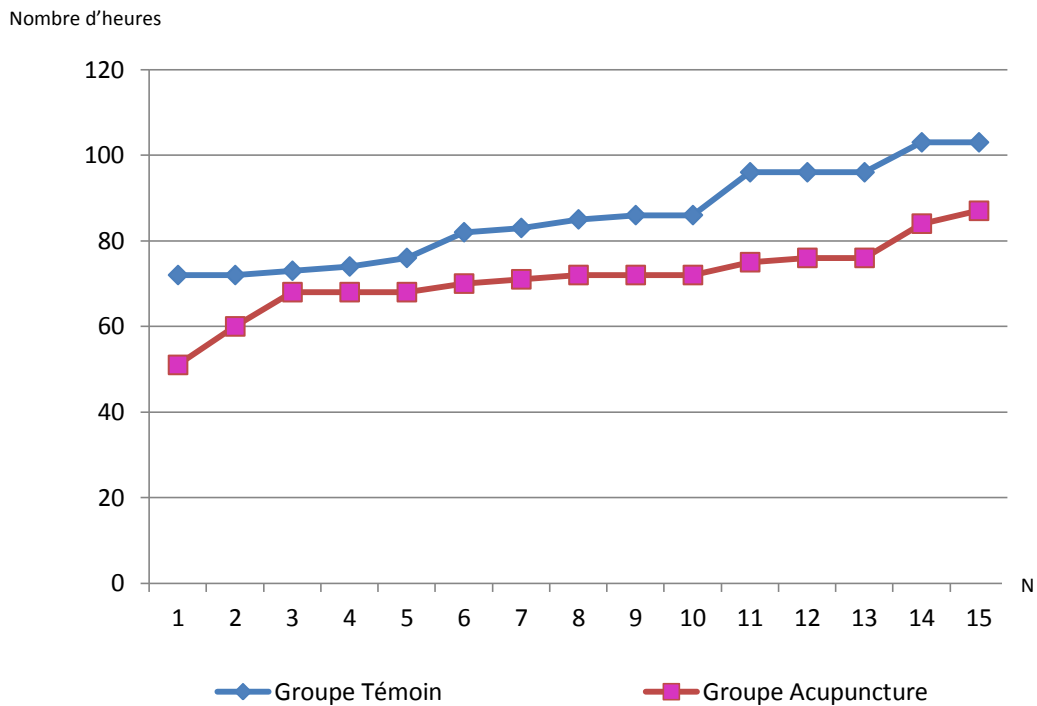
2) Répartition du mode d'accouchement dans les deux groupes



3) Répartition des syndromes de vide et de plénitude dans le groupe Acupuncture

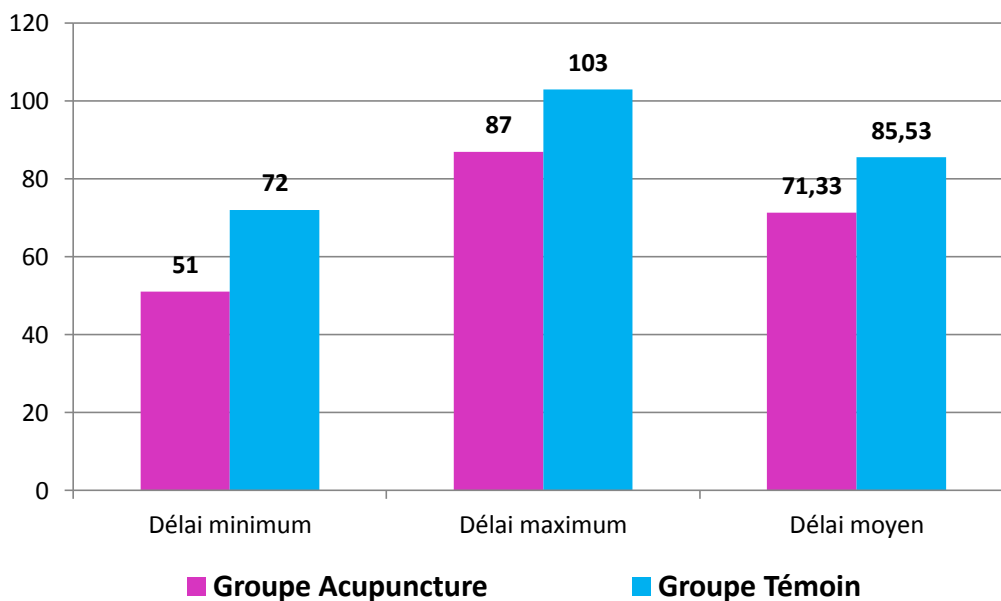


4) Courbes représentatives du délai d'apparition de la montée de lait dans les deux groupes



N représente les patientes par ordre croissant du délai d'apparition de la montée de lait.

5) Comparaison des délais minimum, maximum et moyen d'apparition de la montée de lait dans les deux groupes



6) Autres traitements stimulant la lactation

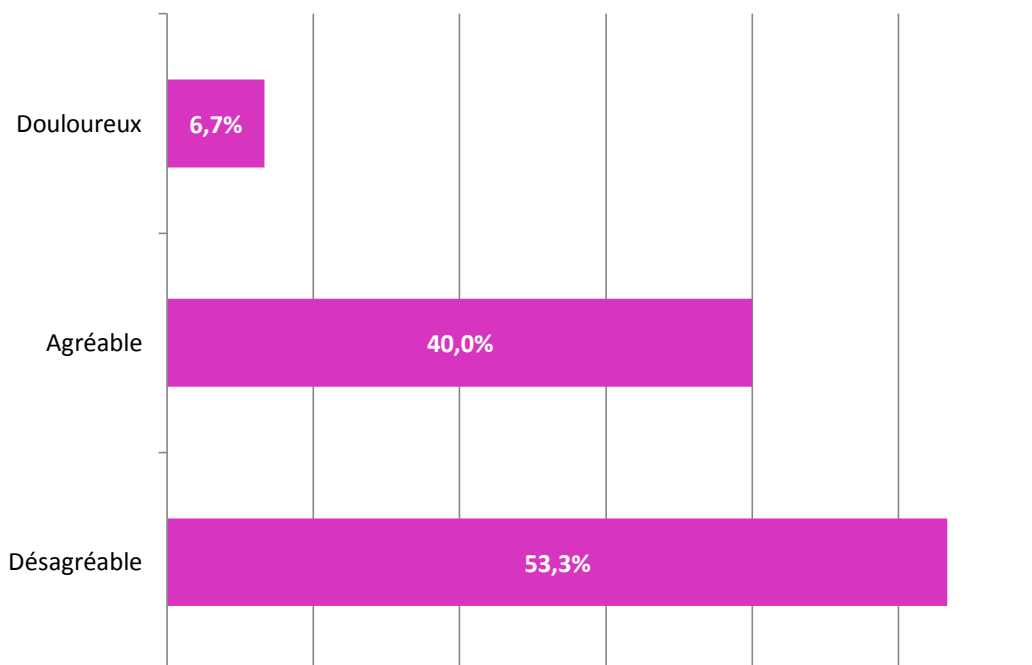
Cet item a été pris en compte lors de notre étude, notons que seul le tire lait a été utilisé par les patientes et ce pour 27 % d'entre elles dans chacun des groupes. Aucun usage d'homéopathie, médicaments ou plantes médicinales n'a été répertorié.

7) Interprétation et questionnaires de satisfaction

a) Dans le Groupe Acupuncture

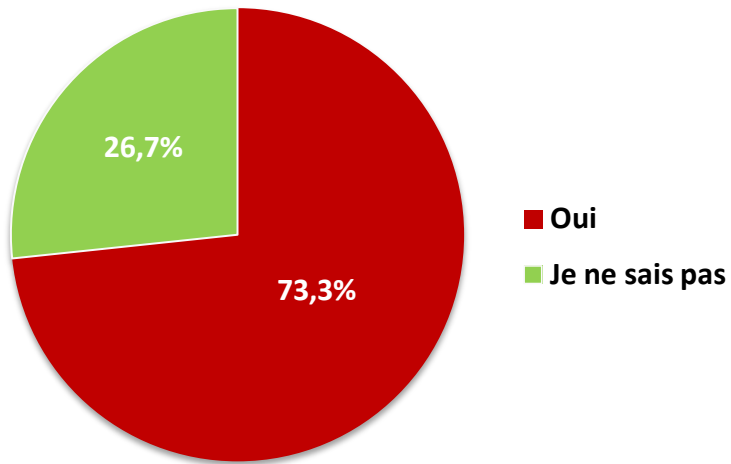
- A la question :

Quel a été votre ressenti général lors des séances d'acupuncture ?



- A la question :

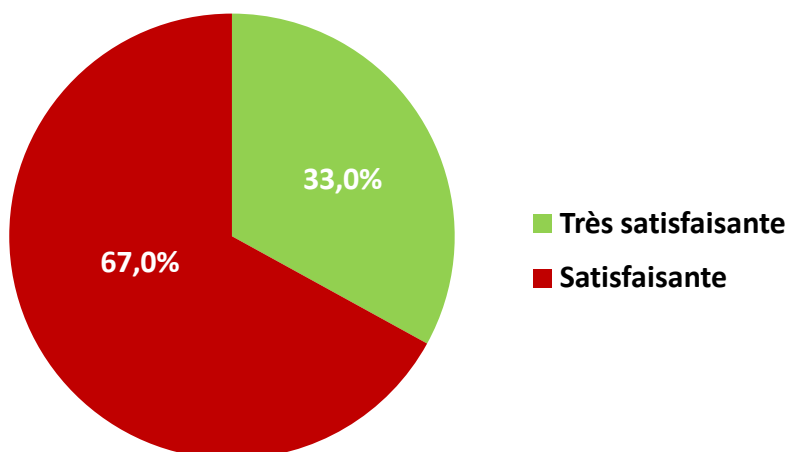
Pensez vous que les séances d'acupuncture ont amélioré la mise en place de votre montée de lait ?



Nb : aucune patiente n'a répondu non à cette question

- A la question :

Que pensez vous de la prise en charge de la mise en place de votre montée de lait ?

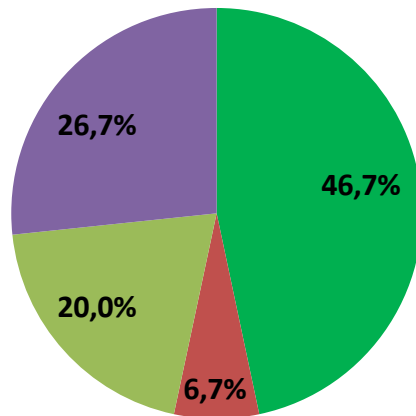


Nb : Aucune patiente n'était peu ou pas satisfaite

b) Dans le Groupe Témoin

- A la question :

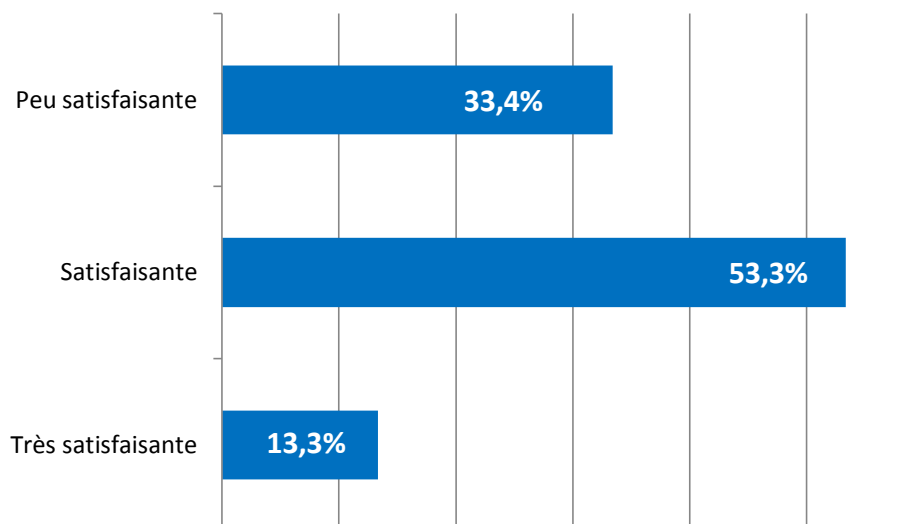
Auriez vous souhaité être aidée par acupuncture pour la mise en place de votre montée de lait ?



■ Oui ■ Non ■ Je ne sais pas ■ Je ne connais pas

- A la question :

Que pensez vous de la prise en charge de la mise en place de votre montée de lait ?



Nb : Aucune patiente n'était insatisfaite

TROISIEME PARTIE : *DISCUSSION*

I) Aspects positifs et limites de l'étude

Une augmentation importante des sorties précoces et PRADO nous a obligées à exclure ces patientes de l'étude, ne nous permettant pas de les voir jusqu'à l'installation de la montée de lait au sein de la maternité. Nous sommes parvenues à obtenir 30 patientes : 15 pour le Groupe Acupuncture et 15 pour le Groupe Témoin.

Cet échantillon ne nous permet pas de pouvoir généraliser nos conclusions mais d'avoir une première approche sur l'utilisation de l'acupuncture dans la prise en charge des patientes à risque d'hypogalactie-agalactie.

Nous notons tout de même plusieurs limites voire biais à notre étude.

- Notre étude étant basée sur un tirage aléatoire des patientes à risque d'hypogalactie, nous n'avons pas les mêmes critères d'inclusion dans les deux groupes, de plus une même patiente peut présenter plusieurs critères d'inclusion. Nous pouvons alors nous poser la question : est-ce que tel ou tel critère est plus à risque qu'un autre ? Une patiente présentant plusieurs critères d'inclusion est-elle encore plus à risque de retard de montée de lait ?
- De même la répartition des modes d'accouchement n'est pas égale : le nombre de patientes ayant accouché par voie basse n'est pas identique au nombre de patientes ayant accouché par césarienne. Sachant que la césarienne est à elle seule un facteur de risque d'hypogalactie, celui-ci peut alors être perçu comme un critère d'inclusion supplémentaire.

Afin d'éviter ces biais, il aurait fallu sélectionner un seul critère d'inclusion et une seule voie d'accouchement mais le recrutement se serait avéré encore plus difficile.

- Autre limite à notre étude, pour les 15 patientes du groupe acupuncture, seuls 4 patientes présentent un syndrome de plénitude contre 11 patientes présentant un syndrome de vide. Les points les plus testés dans cette étude sont donc ceux utilisés dans le syndrome de vide.
- Dernier point : Nous avons fait le choix de poncturer les patientes tous les jours jusqu'à l'apparition de la montée de lait, ce qui a rendu l'étude difficile à mener car très chronophage.

La question que l'on pourrait être amené à se poser : n'est-il pas possible de trouver un protocole avec une seule séance d'acupuncture ? car la charge de travail dans les services de suites de naissance ainsi que l'impossibilité de suivi par la même sage-femme 3 jours de suite rend difficile l'établissement d'un tel protocole pour toutes les patientes à risque.

II) Analyse et interprétation des résultats

1) Répartition des critères d'inclusion

D'après la revue de la littérature et au vue des études menées nous avons constaté que le nombre de facteurs influençant la montée de lait était important.

Pour cette étude, nous avons retenu 9 critères d'inclusion et avons constaté que pour 70 % des patientes, on en retrouvé plusieurs.

2) Répartition des syndromes de vide/syndrome plénitude dans le Groupe Acupuncture

Nous avons aussi pu constaté que pour 73,3% des patientes poncturées, celles-ci présentaient un syndrome de vide contre 26,7% un syndrome de plénitude.

3) Délai d'apparition de la montée de lait dans les deux groupes

Les courbes représentatives du délai d'apparition de la montée de lait dans les deux groupes montrent bien un délai plus bas en général dans le Groupe Acupuncture par rapport au Groupe Témoin.

Avec une moyenne d'apparition de la montée de lait à H=71 dans le Groupe Acupuncture, contre H=85 dans le Groupe Témoin.

Le délai minimum d'apparition constatée chez une patiente du groupe Acupuncture étant H=51 contre H=72 dans le groupe témoin .

Le délai maximal étant H=87 dans le groupe Acupuncture et H=103 dans le groupe Témoin.

4) Interprétation des questionnaires de satisfaction

- dans le groupe Acupuncture

73,3% des patientes ont pensé que la séance d'acupuncture a amélioré la mise en place de leur montée de lait et 26,7% ne savaient pas.

66,7% des patientes étaient très satisfaites de la prise en charge de leur montée de lait quand elles avaient bénéficié d'acupuncture, 33,3% étaient même très

satisfaites .Aucune patiente n'était peu ou pas satisfaite .Par contre 53 ,3% des patientes ont trouvé la séance désagréable et 6,7% l'ont même trouvée douloureuse. Seuls 40% des patientes ont trouvé la séance agréable.

- Dans le groupe Témoin

46,6% des patientes auraient aimé être aidé par acupuncture pour la mise en place de la montée de lait.

A noter que 26,7% des patientes ne savaient pas ce qu'était l'acupuncture et qu'il y avait 33,4% des patientes peu satisfaites de la prise en charge de leur montée de lait, ce que l'on ne retrouvait pas dans le Groupe Acupuncture.

Au terme de l'analyse il semblerait que :

- L'hypothèse : « L'association des points choisis permet d'améliorer la mise en place de la lactation chez les patientes à risques d'hypogalactie-agalactie » soit validée.
- L'hypothèse : « L'acupuncture est une aide supplémentaire à l'installation de la montée de lait d'après les patientes » soit validée.

CONCLUSION

On peut donc conclure que l'acupuncture a toute sa place dans la prise en charge de l'hypogalactie, à l'heure où l'allaitement maternel est un enjeu important en maternité au vu des bénéfices autant pour la mère que pour l'enfant.

Il est donc essentiel pour la sage-femme acupunctrice de repérer dès le début du séjour en maternité les nombreux facteurs de risques, le but étant de répondre de façon optimale à une demande grandissante des patientes en recherche d'alternatives efficaces aux autres méthodes habituellement utilisées.

Notre étude - au vu du nombre de cas - mériterait cependant une étude randomisée plus conséquente.

ANNEXES

ANNEXE 1

Les établissements de soins doivent respecter les 10 recommandations suivantes

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

ANNEXE 2

FICHE DE RECUEIL/ACUPUNCTURE

N° Fiche :

N° Accouchement :

Age :

Date et heure accouchement :

Parité :

Critère(s) d'inclusion :

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Primoallaitante | <input type="radio"/> Obésité | <input type="radio"/> ATCD Retard ML |
| <input type="radio"/> DID | <input type="radio"/> Prématurité | <input type="radio"/> Nné hospitalisé |
| <input type="radio"/> Travail long | <input type="radio"/> Stress/Fatigue | <input type="radio"/> Rétention placentaire |

Mode d'accouchement :

- Accouchement Voie Basse Césarienne

Autre Traitement stimulation lactation : (à remplir après dernière séance)

Homéo : Oui Non Si oui, précisez :

Médicaments : Oui Non Si oui, molécule :

Plante médicinale : Oui Non Si oui, précisez :

Tire-Lait : Oui Non

Examens des seins :

→ souples et non douloureux Syndrome de Vide

→ congestifs et douloureux Syndrome de Plénitude

Examen clinique de la montée laiteuse :

J1 0 1 2 3 Heure :

J2 0 1 2 3 Heure :

J3 0 1 2 3 Heure :

J4 0 1 2 3 Heure :

ANNEXE 3

FICHE DE RECUEIL/ PAS ACUPUNCTURE

N° Fiche :

N° Accouchement :

Age :

Date et heure accouchement :

Parité :

Critère(s) d'inclusion :

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Primoallaitante | <input type="radio"/> Obésité | <input type="radio"/> ATCD Retard ML |
| <input type="radio"/> DID | <input type="radio"/> Prématurité | <input type="radio"/> Nné hospitalisé |
| <input type="radio"/> Travail long | <input type="radio"/> Stress/Fatigue | <input type="radio"/> Rétention Placentaire |

Mode d'accouchement :

- Accouchement Voie Basse Césarienne

Autre Traitement stimulation lactation : (à remplir après dernière séance)

Homéo : Oui Non Si oui, précisez :

Médicaments : Oui Non Si oui, molécule :

Plante médicinale : Oui Non Si oui, précisez :

Tire-Lait : Oui Non

Examen clinique de la montée laiteuse :

J1 0 1 2 3 Heure :

J2 0 1 2 3 Heure :

J3 0 1 2 3 Heure :

J4 0 1 2 3 Heure :

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE/ACUPUNCTURE

Madame,

Voici un questionnaire anonyme lié aux séances d'acupuncture dont vous avez bénéficiées afin de mener à bien notre mémoire de fin d'études pour le diplôme universitaire d'acupuncture obstétricale.

Veuillez remettre ce questionnaire à une personne du service de suites de naissances avant votre sortie.

Merci d'avance des quelques minutes que vous y consacrerez.

1) Quel a été votre ressenti général lors de ces séances d'acupuncture ?

- agréable désagréable douloureux autre :

2) Que pensez-vous de la prise en charge de la mise en place de votre montée de lait ?

- insatisfaisante
 peu satisfaisante
 satisfaisante
 très satisfaisante

3) Pensez-vous que les séances d'acupuncture ont amélioré la mise en place de votre montée de lait ?

- Oui Non Je ne sais pas

Commentaires libres :

.....
.....
.....

MERCI ! Rébecca & Noémie

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE/ PAS ACUPUNCTURE

Madame,

Voici un questionnaire anonyme afin de nous aider à mener à bien notre mémoire de fin d'études pour le diplôme universitaire d'acupuncture obstétricale.

Veuillez remettre ce questionnaire à une personne du service de suites de naissances avant votre sortie.

Merci d'avance des quelques minutes que vous y consacrerez.

1) Que pensez-vous de la prise en charge de la mise en place de votre montée de lait ?

- insatisfaisante
- peu satisfaisante
- satisfaisante
- très satisfaisante

2) Auriez-vous souhaité être aidée par acupuncture pour la mise en place de votre montée de lait ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne connais pas

Commentaires libres :

.....

.....

.....

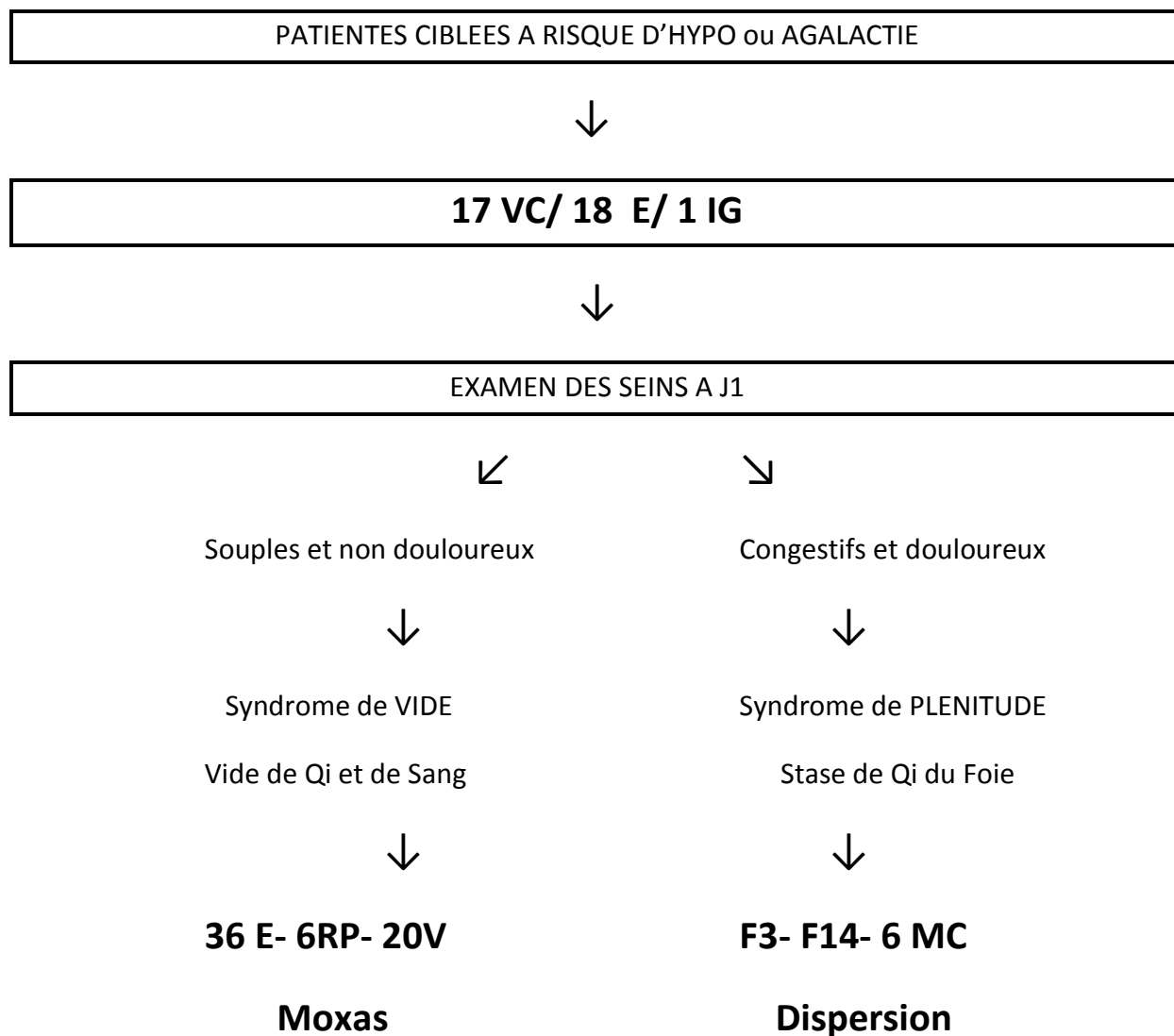
.....

.....

MERCI ! Rébecca & Noémie

ANNEXE 6

TABLEAU : RAISONNEMENT ET CHOIX DES POINTS



PROTOCOLE : 1 Séance/jour à partir de J1 jusqu'à l'installation de la montée laiteuse

BIBLIOGRAPHIE

1. Rempp C, Bigler A. La pratique de l'acupuncture en obstétrique. Paris : Ed, la Tisserande ; 1992
2. Jean-Luc Gelier. Quelques (er) fen de méthodologie. Acupuncture et moxibustion. P66-67 2002, 1(1-2)
3. He JQ, Chen BY, Huang T, LiN, BarJ, GuM, et al [Randomized controlled multi-central study on acupuncture at Tanzhong (CV17) for treatment of postpartum hypolactation]. Zhongguo ZhenJiu.2008 May; 28 (5): 317-20.
4. Weil, Wang H, Han Y, Li C.Clinical observation on the effects of electroacupuncture at Shaoze (SI1) in 46 cases of postpartum insufficient lactation. J Tradit Chin Med. 2008 Sep; 28 (3): 168-72.
5. Macioca G. Les principes fondamentaux de la médecine chinoise. 2^{nde} ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2008
6. J-M Stephan. L'acupuncture autour de la naissance : bases scientifiques et états des lieux / www.acupuncture-medical.org/faformeclille/STEPHAN-OBS.htm
7. J-M Stephan. L'acupuncture en suites de couches : l'hypogalactie. Acupuncture et moxibustion. 2011 ; 10(4) :254-259
8. Neri I, Allais G, Vaccaro V, Minniti S, Airola G, Schiapparelli P, Benedetto C, Facchinetti F. Acupuncture treatment as breast-feeding support: preliminary data. J Altein Complement Med.2011 Feb;17 (2):133-7
9. www.amis-des-bébés.fr/pdf/documents-reference/Allaitement-6-1ers-mois-recommandations-Mai-2002.pdf
10. Galactogogues: les plantes médicinales / <http://vivian.noel.free.fr/allait/galactog.htm>
11. <http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-66-les-galactogogues.html>
12. Allaiter à la maternité : difficultés des mères ou/et des soignants ? Vocations sage-femme n°70- Mars 2009- p 8-14
13. www.lactitude.com
14. Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Comparison of milk output between mothers of preterm and term infants: The first 6 weeks after birth. J Hum Lact.2005;21: 22-30
15. AA65: Vivre une césarienne et réussir son projet d'allaitement. Article leache league France
16. Obésité maternelle : impact des facteurs endocriniens et métaboliques sur la lactogénèse II et la durée de l'allaitement. La revue sage-femme Volume 9- Issu 2 – Avril 2010- p76-79
17. Obesity May Impair Lactogenesis II. Kathleen M.Rasmussen, Julie A. Hilson* and Chris L. Kjolhede I. J, Nutr. 131: 3009S-3011S,2001.

18. Prepregnant Overweight and Obesity Diminish the prolactin Response to suckling in the first week postpartum. Kathleen M. Rasmussen and Chris L. Kjolhede. *Pediatrics* 2004, 113; e465-e471
19. *Pediatrics*.2008 May; 121(5):e1319-24. Decreased full breastfeeding, altered practices, perceptions, and infant weight change of prepregant obese woman: a need for extra support. Mok E, Multon C, Piguel L, Baraso E, Goua V, Christin P, Perez MJ, Hankard R. *Multidisciplinary Pediatrics- Child nutrition ;Centre Hospitalier de Poitiers, 2 rue Milétrie, 86 021 Poitiers Cedex, France.*
20. Neubauer SH, Ferus AM, Chase CG et al/ Delayed lactogenesis in women with ant without insulin-dependent diabete mellitus. *Am J Clin Nutr.* 1993;58.54-60.
21. M.Beaudry, S.Chiasson, J. Lauziere. *Biologie de l'allaitement.* Ed Presses de l'université du Quebec, 2006, 581 pages.
22. Didier Rabineau. *Précis d'embryologie humaine.* Ed ellipses, 1989, 128 pages.
23. Mémoire du DU d'acupuncture obstétricale : Action préventive de l'acupuncture dans l'atténuation des inconvénients de la montée de lait. De Perrine Romion, Anne-Claire Hequet-Proy et Audrey Baratte, Lille 2012.
24. *Naissance et acupuncture de Berthe Salagnac .* Ed Satas, 224 pages, 1998.
25. *La pratique de l'acupuncture en obstétrique* De Christian Rempp et Annick Bigler . Ed La Tisserande, 215 pages, 2008.
26. *Manuel pratique d'Acupuncture en obstétrique* du Dr Augusta Guiraud-Sobral. Editions désiris .
27. *Acupuncture en gynécologie et obstétrique* De B. Auteroche et P. Naveih . Ed Maloine, 308 pages, 1986.
28. Mémoire de fin d'études, *Acupuncture traditionnelle chinoise* De Gaëlle Gubern-Le Métayer, école Imhotep, Promotion 2002-2006