



Ente Ospedaliero Cantonale

# Quando il seno non collabora...



Manuela Lo Piccolo Sciaroni  
Consulente allattamento IBCLC

EOC

# Sintomo più comune: il dolore

È la causa principale di :

- Interruzione precoce dell'allattamento
- Introduzione di aggiunte di latte artificiale





**Dolore**



Limitazione  
tempo delle  
poppate

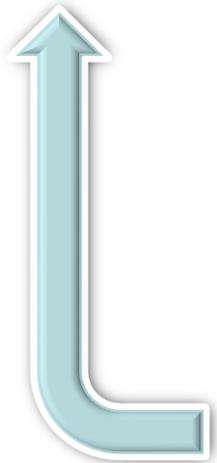
Il seno non viene  
stimolato e drenato in  
modo corretto



Ingorgo: il latte  
fatica ad essere  
drenato

Bambino  
insoddisfatto,  
irrequieto al seno:  
l'allattamento viene  
messo in dubbio

Abbattimento  
empowerment  
materno



Aumenta FIL:  
diminuiscono i  
quantitativi di LM

# Dove è localizzato il dolore?

Sul capezzolo

Dietro/dentro il  
capezzolo

Vari quadranti del  
seno

A livello areolare

«All'interno»...

# Diagnosi solitamente menzionate



➤ Ma sono davvero «solo» queste?

# Cosa può causare mastodinia:

Candida

Ingorgo

Dolore a spilli

Mastite  
subclinica

Galattocele

Infezione

Infiammazione



Mastite infiammatoria

Vasospasmo

Mastite  
subacuta

Disbiosi

Mastite batterica

Ascesso

Mastite ricorrente

Ragade

Dotto ostruito

# Dolore ai capezzoli

- ❑ Non tutte le donne che riferiscono dolore ai capezzoli in corso di allattamento hanno delle ragadi o lesioni visibili
- ❑ Causa principale: attacco scorretto
- ❑ Altre cause: anatomia del capezzolo, del seno, bocca bambino, età bambino, utilizzo di mezzi ausiliari scorretto,...
- ❑ Se ci sono delle lesioni è importante curarle subito

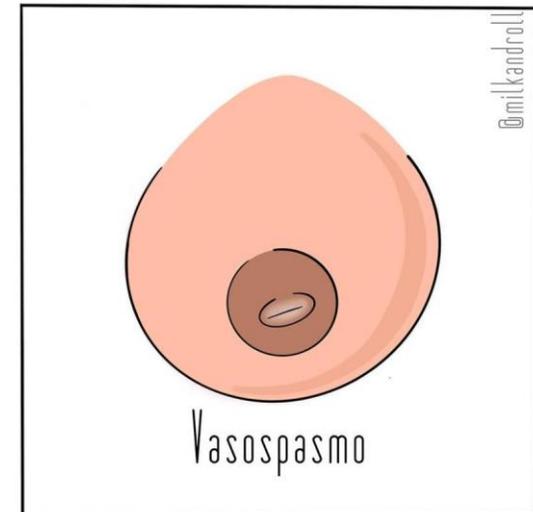
# Ragadi

- ❑ Controllare anatomia del capezzolo e anatomia bocca bebè
- ❑ Controllare ed ev correggere l'attacco
- ❑ Lasciare i capezzoli all'aria, ev gocce di LM (proprietà antiinfiammatorie e antibatteriche)
- ❑ Ev creme x ammorbidire (es: lanolina)
- ❑ In alcuni casi valutare con il medico ev crema antibiotica
- ❑ Se non curata può essere «una porta d'entrata»



# Vasospasmo

- ❑ Spesso chiamato erroneamente «Sindrome di Raynaud»
- ❑ Dolore a spilli – a fitte – dolore che torna ciclicamente anche lontano dalla poppata
- ❑ Capezzolo che sbianca
- ❑ Causa:
  - attacco scorretto
  - predisposizione materna
- ❑ Può aiutare: calore quando arriva il dolore
- ❑ Ev. trattamento SOM con nifedipina

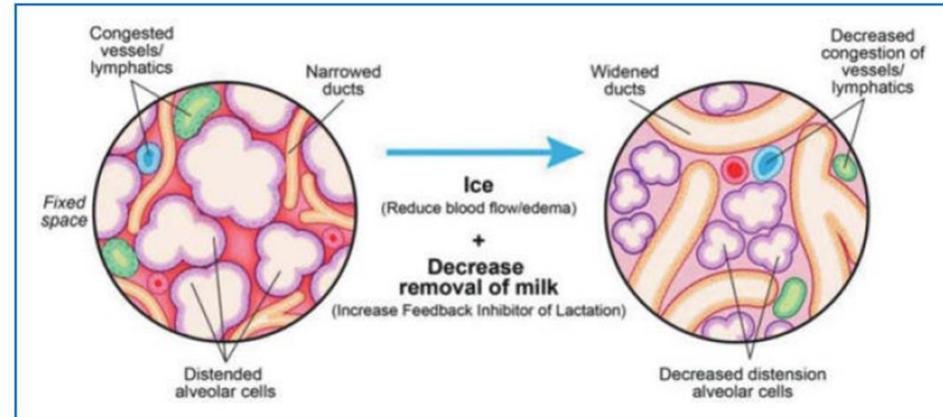


# Ingorgo

- ❑ Seno arrossato e caldo
- ❑ Sensibilità / dolore locale alla pressione
- ❑ Diminuzione o assenza del riflesso d'eiezione
- ❑  $T < 38.5^{\circ}\text{C}$
- ❑ Neonato irrequieto al seno
- ❑ Se mal gestito può portare ad uno stato patologico



# Fisiopatologia dell'ingorgo



- ❑ Se il latte non viene rimosso c'è una sovradistensione alveolare con conseguente restringimento dei dotti
- ❑ Può portare a un restringimento di tutti i vasi del sistema circolatorio
- ❑ I vasi congestionati perdono fluidi, che vanno nello spazio interstiziale provocando edema

# Cosa fare per l'ingorgo

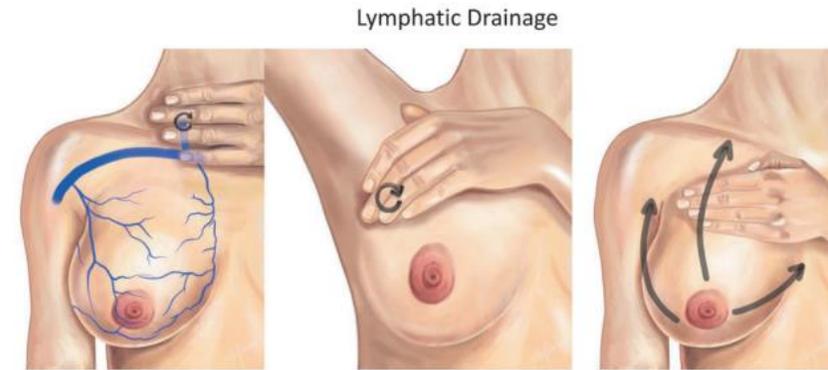


- Raccolta dati gestione allattamento
- Drenaggio del seno
- No caldo ma SI impacchi freschi
- SOM antiinfiammatori (ideale in allattamento ibuprofene)
- Massaggio inverso – vasi linfatici - per alleviare l'edema

# Massaggio giusto

- ❑ Massaggio profondo e «forte» da evitare
- ❑ Provoca:
  - un aumento dell'infiammazione
  - aumento edema
  - danno microvascolare

- ❑ Massaggio leggero sulla cute
- ❑ Ideale il massaggio linfatico



- Reduces swelling by assisting movement of lymph fluid, decreasing edema, softening fibrosis
- Technique
  - "Very gentle touch/traction of skin - "like petting a cat" (lift skin to allow flow of lymphatic drainage/vascular decongestion)
  - Ten small circles at junction of IJ and subclavian vein
  - Ten small circles in axilla
  - Continue with light touch massage from nipple towards clavicle, axilla
- Start during pregnancy if experiencing painful rapid breast growth, and use as needed postpartum for engorgement

Images: Kelly Rosso, MD

**FIG. 21.** Technique of lymphatic drainage.

# Definizione di mastite

- ❑ Infiammazione del seno che potrebbe essere associata ad un'infezione batterica
- ❑ Colpisce 3 - 20% delle donne che allattano
- ❑ La maggior parte dei casi si presentano nelle prime 6 settimane
- ❑ Il principale fattore iniziale è la stasi del latte



# Fattori predisponenti

- Lesione ai capezzoli (anche pregressa)
- Gestione allattamento (ritmi/orari imposti, ...)
- Recidiva
- Costrizione del seno (reggiseno, fasce strette)
- Stress
- Cattiva alimentazione
- Fumo, obesità, diabete,...

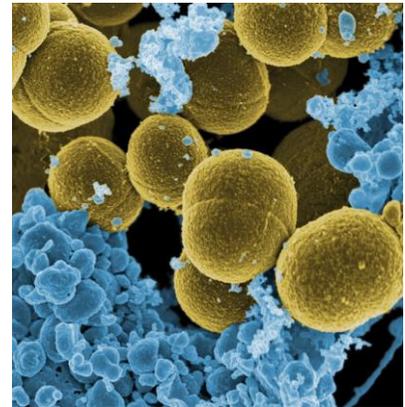


# Clinica

- ❑ Zona del seno indurita, dolente, rossa, calda
- ❑ T >38.5 C° con brividi
- ❑ Debolezza, malessere generale



- Germi patogeni: 90% stafilococco Aureus  
10% streptococco e altri batteri



# Mastite bilaterale

- ❑ È rara
- ❑ Solitamente causata da streptococco  $\beta$
- ❑ Coltura del latte
- ❑ Per 24-48 ore il LM non va dato al bambino (se non pastorizzato)



# Gestione mastite

- ❑ NO STOP allattamento
- ❑ Drenaggio del latte frequente ed efficace / massaggio
- ❑ **Riposo**, nutrizione ed idratazione
- ❑ Alleviare il dolore con impacchi freddi
- ❑ Ibuprofene (preferibile ad altri FANS) - Paracetamolo
- ❑ Sostegno (famiglia, levatrice a domicilio)
- ❑ SOM antibiotico

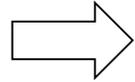
# Indagini

- ❑ Solitamente non sono necessari esami di laboratorio, la diagnosi è fatta in base alla clinica
- ❑ Leuco e PCR sono di utilità limitata
  
- ❑ Coltura del LM, OMS suggerisce in caso di:
  - Mastite ricorrente
  - Nessuna risposta dopo 2 gg di th antibiotica
  - Mastite «ospedaliera»
  - Casi insoliti o gravi
  - Allergia agli antibiotici comunemente usati per il trattamento
  - Mastite bilaterale



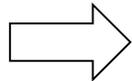
# Terapia farmacologica SOM

**antidolorifici**



Brufen e Dafalgan

**antibiotici**



Co-amoxicillina

Se intolleranza penicillina:

Clindamycina

# L'importanza del saper trattare

- ❑ Sostegno e terapia adeguata sono fondamentali
- ❑ L'infiammazione trattata in modo inappropriato porta a complicanze
  - Recidive
  - Dolore durante la poppata / dolore a spillo
  - Disbiosi
  - Ascesso
  - Slattamento precoce

# Follow -up

- ❑ La risposta alla terapia è di solito rapida ed evidente
- ❑ Se i sintomi non si risolvono entro diversi giorni di trattamento appropriato si deve considerare una diagnosi differenziale più ampia
- ❑ Ulteriori indagini possono essere necessarie per verificare la presenza di batteri resistenti, disbiosi, formazione di un ascesso, ...
- ❑ Due o tre recidive nella stessa sede meritano una valutazione per escludere altre anomalie
- ❑ Interdisciplinarietà e confronto sono fondamentali

# Casi clinici

A domicilio ci chiama la signora MX: da questa mattina verso le 7.00 avverte sensazione di brividi, non ha misurato la T°, ha dolore al seno sinistro.

Allatta la sua bimba di 1 mese e mezzo ed è la prima volta che le succede.

Decidete di andare a farle visita. Il seno si presenta arrossato, le provate la temperatura ha 38.6°. E il seno è così...



# Casi clinici

Un collega ginecologo vi invia per un consulto la Signora MY, che allatta in modo esclusivo il suo bimbo di 5 mesi.

Da 2 mesi circa l'allattamento è diventato un incubo: frequenti ingorghi, che variano di posizione con dolore a spillo, fitte interne.

Più volte la paziente ha chiamato il medico ginecologo curante, che l'ha sempre visitata e non ha mai trovato nulla di anomalo.

Labor silente ed ecografie nella norma.

È stata trattata anche per la candida con

Daktarin, con un miglioramento iniziale seguito da un peggioramento.



# Cosa c'è di nuovo?



BREASTFEEDING MEDICINE  
Volume 17, Number 5, 2022  
© Mary Ann Liebert, Inc.  
DOI: 10.1089/bfm.2022.29207.kbm

***ABM Protocol***

Open camera or QR reader and  
scan code to access this article  
and other resources online.



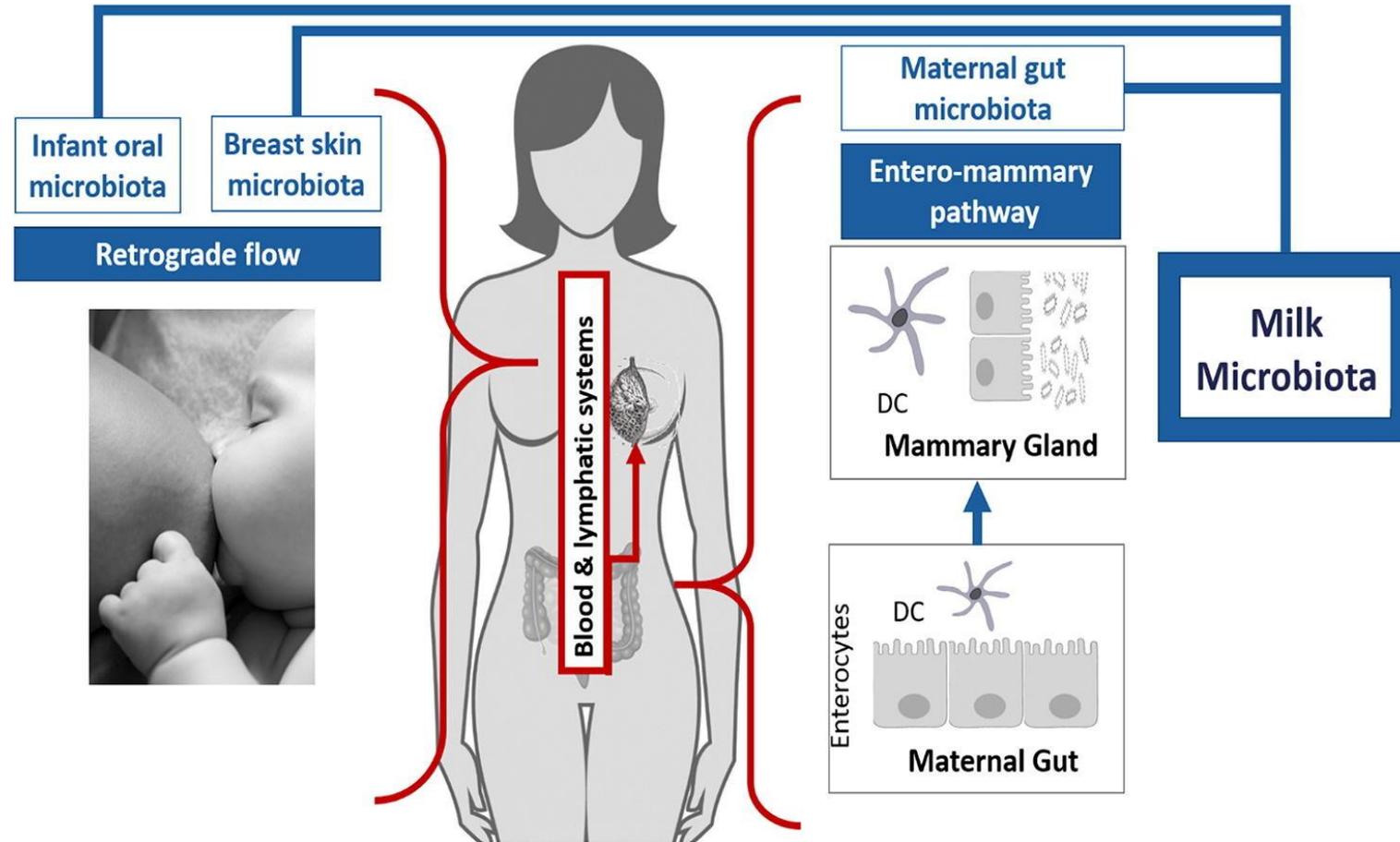
## Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022

Katrina B. Mitchell,<sup>1</sup> Helen M. Johnson,<sup>2</sup> Juan Miguel Rodríguez,<sup>3</sup> Anne Eglash,<sup>4</sup>  
Charlotte Scherzinger,<sup>5</sup> Irena Zakarija-Grkovic,<sup>6</sup> Kyle Widmer Cash,<sup>7</sup> Pamela Berens,<sup>8</sup>  
Brooke Miller,<sup>9</sup> and the Academy of Breastfeeding Medicine

N:B La maggior parte delle immagini che seguiranno sono state prese da questo procolo

# La via entero-mammaria

Una via di trasporto biologica unica!

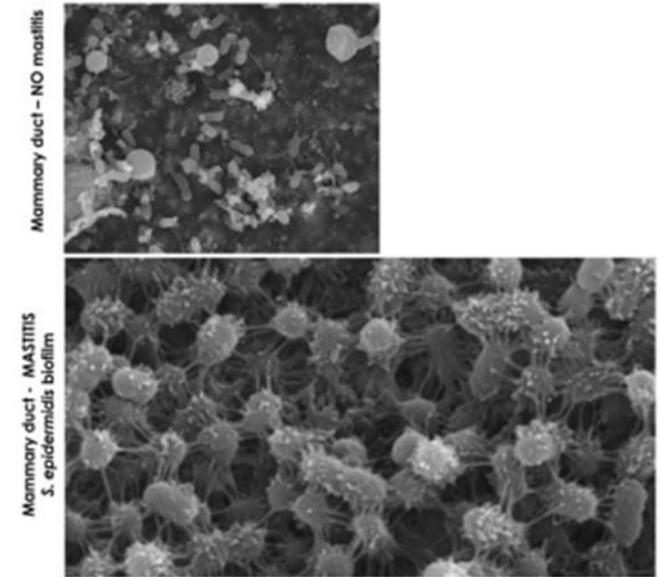


# Flora mammaria

- ❑ Il latte materno è un'importante fonte di batteri commensali
- ❑ Fornisce batteri probiotici essenziali necessari per colonizzare l'intestino infantile
- ❑ LM influenza la normale funzione gastrointestinale e la maturazione del sistema immunitario
- ❑ I probiotici del LM sono anche importanti per la salute del seno
- ❑ Qualsiasi disturbo dell'equilibrio batterico mammario aumenta il rischio di sviluppare mastite

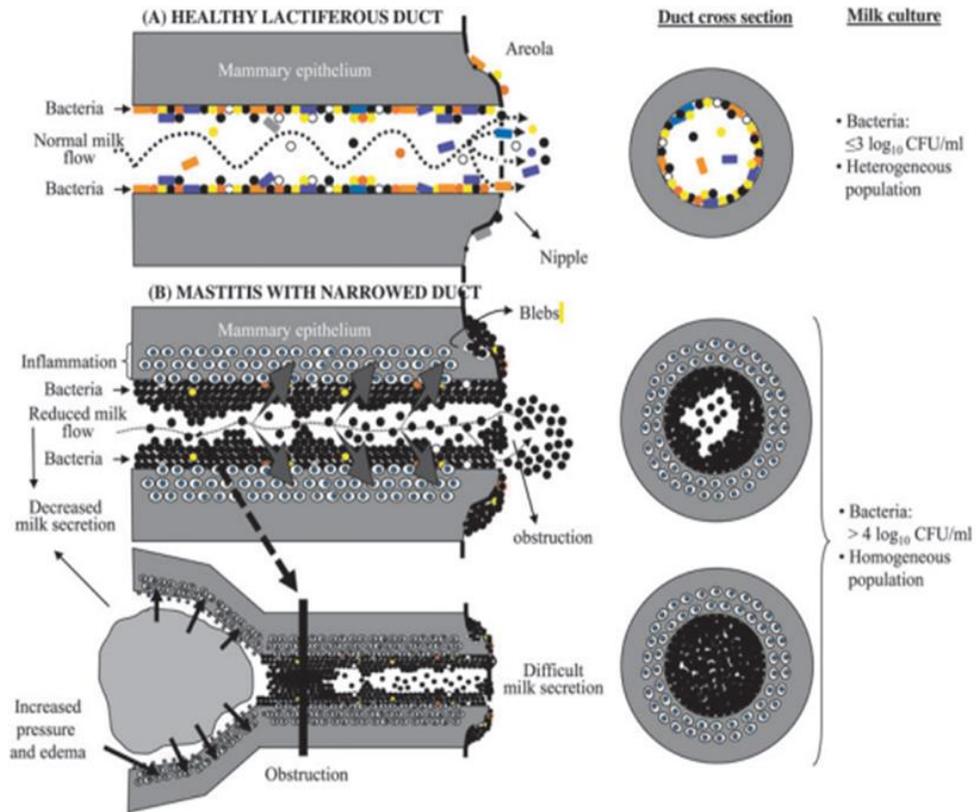
# Disbiosi mammaria

- ❑ Cambiamento nella qualità e nella quantità del microbioma
- ❑ La perdita di bio diversità porta ad un aumento dei patogeni
- ❑ Stafilococchi coagulasi – negativi e gli streptococchi viridans (*S. mitis* e *S. Salivarius*) formano un biofilm sottile che riveste l'epitelio dei dotti mammari
- ❑ Nella disbiosi proliferano e vanno a formare biofilm spessi, riducendo significativamente il lume dei dotti



**FIG. 17.** Electron microscopy showing normal mammary ducts compared with mammary ducts with biofilm formation.

# Disbiosi mammaria



**FIG. 2.** Compared with a healthy lactiferous duct (A), ductal inflammation can result in narrowed lumens, stromal edema, dysbiosis, nipple bleb formation, and mastitis (B).

- Biofilm spesso
- Infiammazione epitelio
- Lume ridotto
- Aumento della pressione sull'epitelio infiammato
- Può bloccare il flusso di latte
- Ingorgo
- Dolore bruciante a spilli
- Mastite infiammatoria
- Mastite subacuta

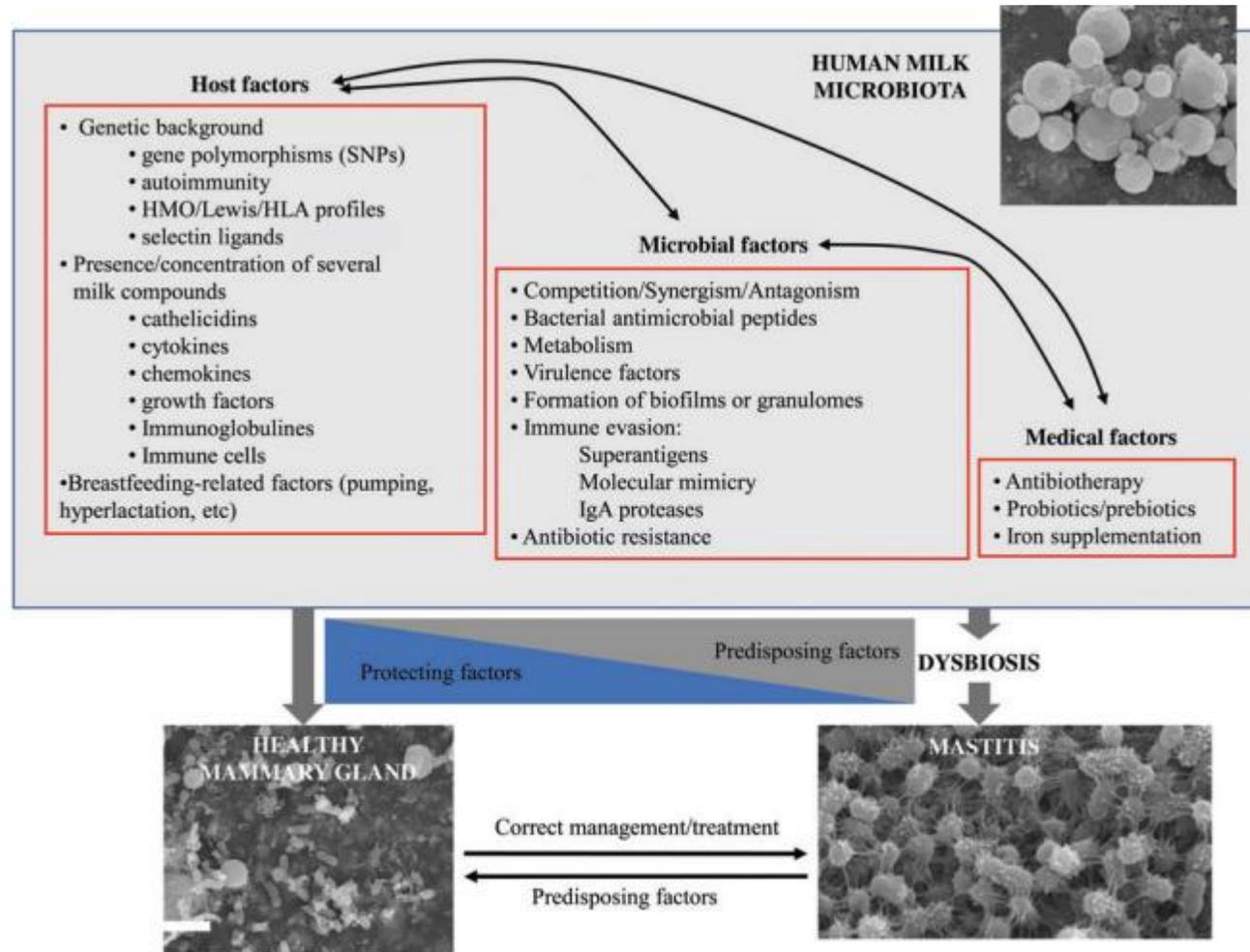
# Cosa può causare disbiosi?

- ❑ Fattori microbici e «medici»
- ❑ Utilizzo di antibiotici (intrapartum e dopo)
- ❑ Taglio Cesareo (colonizzazione bebè)
- ❑ Utilizzo esclusivo di tiralatte
- ❑ Copricapezzolo
- ❑ Coppette d'argento – Coquillage
- ❑ Antimicotici
- ❑ Allattamento misto
- ❑ E...fattori predisponenti

Tipo di parto	
<u>Caesarean section</u>	<u>Vaginal</u>
↑ <i>Staphylococcus</i> <i>Corynebacterium</i> <i>Propionibacterium</i>	↑ <i>Lactobacillus</i> <i>Prevotella</i> <i>Sneathia</i>

Trattamenti	
<u>Probiotics-Prebiotics</u>	<u>Antibiotics</u>
↑ <i>Bifidobacterium</i> <i>Lactobacillus</i>	↓ Reduction in microbial diversity

# Fattori predisponenti



**FIG. 4.** Factors that may play a role in the composition of the human milk microbiota and in protecting or predisposing to mastitis.

# Infectious lactational mastitis insights into breast milk microbiome

**PAINFUL INFLAMMATORY** **#1** reason women **STOP BREASTFEEDING**  
condition of the milk ducts

Lactational mastitis affects

**1 IN 3** breastfeeding mothers!

**20-35%**

of those affected will experience **recurrent episodes**

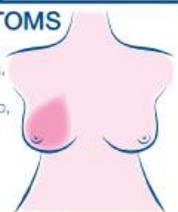
## SIGNS & SYMPTOMS

### LOCAL

pain, tenderness, erythema, engorgement, swelling, nipple damage, breast lump, nipple discharge

### SYSTEMIC

flu-like symptoms – fever, malaise, rigors, nausea, vomiting, lethargy, myalgia



**RAPID** disease progression  
**IMMEDIATE TREATMENT REQUIRED**

## STANDARD MANAGEMENT APPROACH

### SYMPTOM MANAGEMENT

#### Support continued breastfeeding

- Warm compress before feeding
- Cold compress after feeding
- Massage any breast lumps towards nipple when feeding or expressing
- Maintain hydration
- Rest

#### Simple analgesia

- Paracetamol or ibuprofen (short-term only)

#### ANTIBIOTIC THERAPY

- Flucloxacillin or dicloxacillin
- Cephalosporin or clindamycin (if penicillin allergy)

High incidence of **ANTIBIOTIC RESISTANCE** and/or **BIOFILM FORMATION**

## ...INSUFFICIENT EVIDENCE

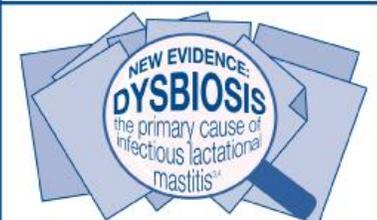
to confirm or refute the effectiveness of antibiotic therapy for the treatment of lactational mastitis?

## CAUSATIVE & CONTRIBUTING FACTORS

- infection – bacterial, fungal, viral
- poor attachment
- cracked nipples
- blocked milk ducts
- incomplete breast emptying
- ceasing breastfeeding too quickly

### Likely infectious agents:

- *Staphylococcus aureus*
- *Staphylococcus epidermidis*
- *Streptococcus mitis*
- *Candida albicans*
- *Herpes simplex*



Staphylococci seem to be the main aetiological agents of human lactational mastitis.

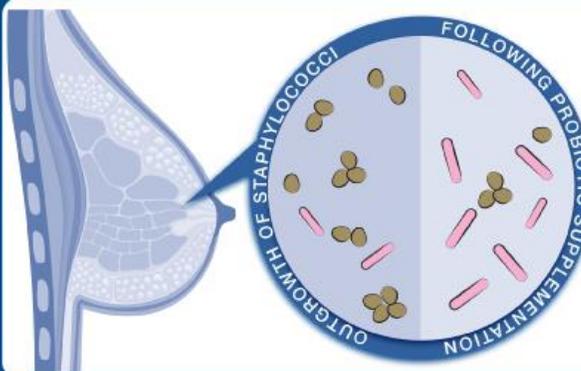
Staphylococci are the most predominant bacteria found in breast milk.

Women experiencing lactational mastitis appear to have an **outgrowth of Staphylococci**, particularly *S. epidermidis*.

**Lactobacilli and other lactic acid forming bacteria have shown high probiotic potential. They are protective against Staphylococci, and their bacterial count is depleted following Staphylococci outgrowth.**

Commensal bacteria found to be helpful in lactational mastitis:

- *Lactobacillus salivarius* anti-inflammatory, antimicrobial, immunoregulatory
- *Lactobacillus gasseri* antimicrobial, inhibits *S. aureus* growth
- *Lactobacillus fermentum* antimicrobial, immunostimulatory
- *Lactobacillus rhamnosus* antimicrobial, acts against *S. aureus*



## BACTERIA IN HUMAN BREAST MILK

Orally administered probiotics have proven to be an effective alternative to antibiotics in the treatment of mastitis.

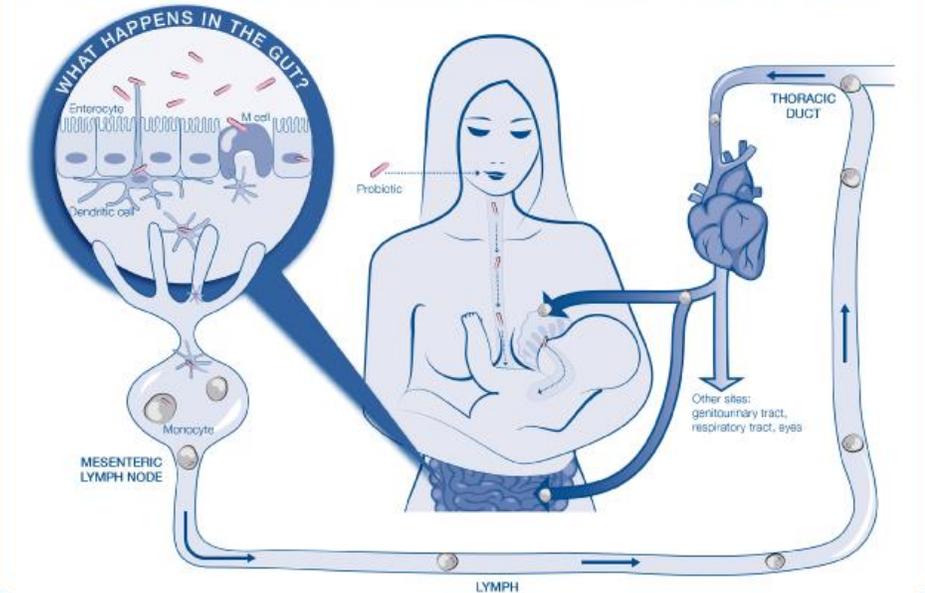
Specific probiotic species are able to modulate the human milk microbiome by decreasing total bacterial count and replacing mastitis-causing bacteria with *Lactobacillus spp.*

Some probiotics have been shown to impact both innate and acquired immunity, and induce pro- and anti-inflammatory cytokines and chemokines.

In particular, *L. salivarius*, *L. fermentum*, *L. gasseri* and *L. rhamnosus* have demonstrated an ability to competitively inhibit *S. aureus*.<sup>1,5,6</sup>

## ENTERO-MAMMARY PATHWAY

The translocation of bacteria: GUT ► DENDRITIC CELL ► MONOCYTE ► TARGET TISSUE



# «Nuova» definizione di mastite

La mastite è un'infezione della ghiandola mammaria che si presenta sovente in una parte segmentaria dei dotti, alveoli e tessuto connettivo circostante.

- Mastite subclinica
- Mastite subacuta
- Mastite ricorrente (*frequenti ingorghi con dolore*)
- Mastite infiammatoria
- Mastite batterica

# Cosa fare?

- ❑ Prevenire è meglio che curare 😊
  - Informazioni alle mamme sulla corretta gestione allattamento
  - Allattamento a richiesta
  - Massaggio del seno – estrazione manuale
  - Meccanismo produzione latte (FIL)
  
- ❑ Anamnesi corretta e approfondita
  
- ❑ Interdisciplinarietà

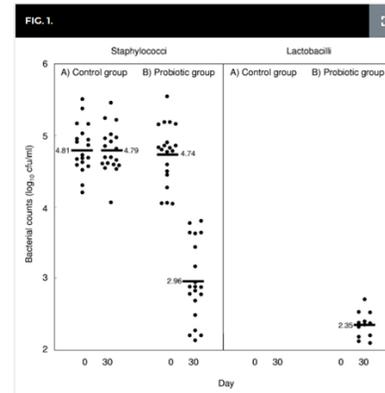
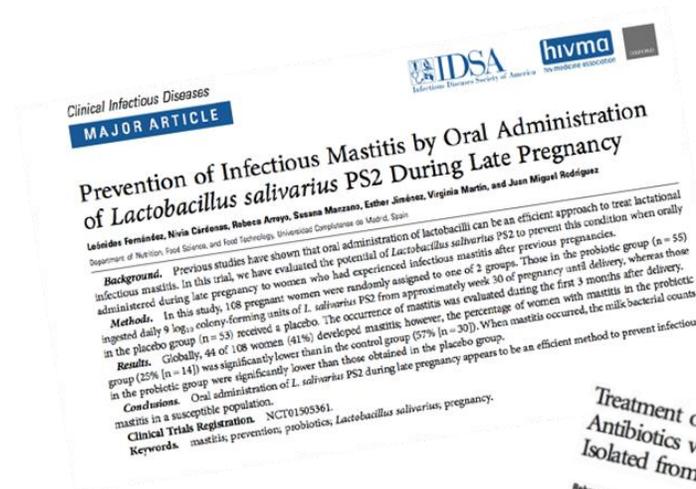
# La terapia abituale rimane

- Sostegno
- Antinfiammatorio
- Antibiotico
- Riposo



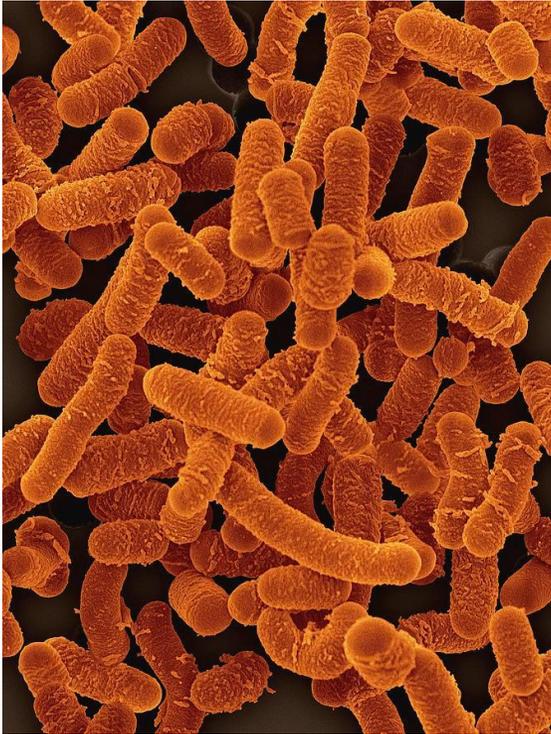
# Cosa di nuovo?

Gli studi hanno dimostrato che la somministrazione orale di alcuni ceppi di probiotici hanno trattato efficacemente la mastite lattazionale e sembra essere una considerazione utile per la prevenzione e il trattamento.

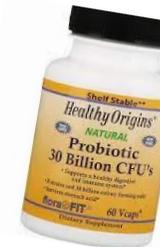


I risultati ottenuti qui suggeriscono che *L. salivarius* CECT 5713 e *L. gasseri* CECT5714 possono essere utilizzati come alternativa efficace agli antibiotici per il trattamento della mastite infettiva durante l'allattamento.

# Aggiunta di probiotici alla terapia



- ❑ Lactobacillus fermentum Lc40
- ❑ Lactobacillus salivarius
- ❑ Riducono la concentrazione di Staphylococcus nella flora batterica mammaria
- ❑ Riducono il dolore
- ❑ Riducono l'incidenza di mastiti



## Composizione di Acronelle

- Lactobacillus salivarius LS 33
- Bifidobacterium bifidum BGN 4
- Lactobacillus acidophilus LA 14
- Vitamina C
- maltodestrine da mais; gelatina (ingrediente capsula); antiagglomerante: magnesio stearato.

# Altre problematiche in allattamento

## ➤ Vesciche sul capezzolo



FIG. 20. Examples of different presentations of nipple blebs.

- Non bucare
- Solitamente con la suzione passano
- Ev. impacco caldo
- Lecitina di soia
- Ev. se infiammazione crema steroidea (es: fucidin crema compatibile)

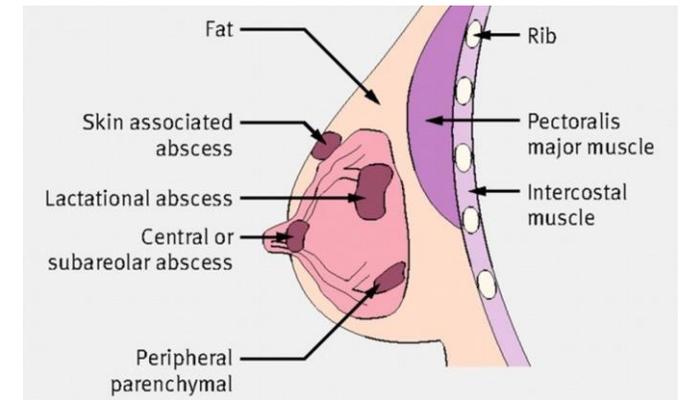
## ➤ Micosi - Mughetto

- ❑ Sintomatologia simile alla disbiosi
- ❑ Si pensa ancora alla candida come prima soluzione se ci sono bruciori o dolore a spillo
- ❑ Generalmente bilaterale
- ❑ Prurito al capezzolo e all'areola
- ❑ Capezzoli dolorosi, tipo bruciore e sensibili
- ❑ Epitelio roseo (color lampone), brillante, che si esfolia facilmente
- ❑ Presenza di un eritema
- ❑ Dolore pungente tipo aghi o bruciore



## ➤ Ascesso

- ❑ Accumulo di pus incapsulato in una cavità formata da tessuti lesionati da batteri
- ❑ Si verifica nel 3% circa di donne con la mastite
- ❑ Non sempre è preceduto da una mastite
- ❑ Segni d'infiammazione locali e temperatura non necessariamente presenti



## Diagnosi

- Clinica: Palpazione di un nodulo – indurimento
- Ecografia

## Gestione

- Punzione con coltura del materiale
- Incisione, drenaggio ⇒ spazio per la pompa tiralatte
- Antibiotico
- Antiinfiammatori
- Probiotici
- Massaggi dolci
- Continuare ad allattare / drenare!
- Riposo

## ➤ Galattocele

- Ciste di latte
- Diagnosi ecografica con ago aspirato
- Solitamente si risolvono spontaneamente
- DD: ascesso



# Sempre da tener presente

- Anche in corso d'allattamento ci possono essere altre patologie importanti del seno, in caso di situazioni non chiare e/o dubbi rivolgersi sempre ad un ginecologo competente per escludere qualsiasi altra patologia.

# Casi clinici

A domicilio ci chiama la signora MX: da questa mattina verso le 7.00 avverte sensazione di brividi, non ha misurato la T°, ha dolore al seno sin.

Allatta la sua bimba di 1 mese e mezzo ed è la prima volta che le succede.

Decidete di andare a farle visita. Il seno si presenta arrossato, le provate la temperatura ha 38.6°. E il seno è così...



# Casi clinici

Un collega ginecologo vi invia per un consulto la Signora MY, che allatta in modo esclusivo il suo bimbo di 5 mesi.

Da 2 mesi circa l'allattamento è diventato un incubo: frequenti ingorghi, che variano di posizione con dolore a spillo, fitte interne.

Più volte la pz ha chiamato il collega, che l'ha sempre visitata e non ha mai trovato nulla di anomalo.

Labor silente ed ecografie nella norma.

E' stata trattata anche per la candida con

Daktarin, con un miglioramento iniziale seguito da un peggioramento.





GRAZIE  
PER L'ATTENZIONE

# Bibliografia

- [Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022](#)
- Jimenez E, Fernandez L, Maldonado A, et al. Oral administration of Lactobacillus strains isolated from breast milk as an alternative for the treatment of infectious mastitis during lactation. *Appl Environ Microbiol* 2008
- Arroyo R, Martin V, Maldonado A, et al. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of lactobacilli isolated from breast milk. *Clin Infect Dis* 2010
- Raynaud phenomenon of the nipple in breastfeeding mothers: an underdiagnosed cause of nipple pain [Meagan E Barrett](#)<sup>1</sup>, [Misha M Heller](#), [Honor Fullerton Stone](#), [Jenny E Murase](#), 2013 Mar;149(3):300-6.
- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2012, 129, 827–841. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)][[Green Version](#)]
- Victora, C.G.; Bahl, R.; Barros, A.J.; França, G.V.; Horton, S.; Krasevec, J.; Murch, S.; Sankar, M.J.; Walker, N.; Rollins, N.C.; et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016, 387, 475–490. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)][[Green Version](#)]
- Spencer, J.P. Management of mastitis in breastfeeding women. *Am. Fam. Physician* **2008**, 78, 727–731. [[Google Scholar](#)] [[PubMed](#)]
- Bolman, M.; Saju, L.; Oganessian, K.; Kondrashova, T.; Witt, A.M. Recapturing the art of therapeutic breast massage during breastfeeding. *J. Hum. Lact.* **2013**, 29, 328–331. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Fetherston, C.M.; Lai, C.T.; Hartmann, P.E. Relationships between symptoms and changes in breast physiology during lactation mastitis. *Breastfeed. Med.* **2006**, 1, 136–145. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Yoshida, M.; Shinohara, H.; Sugiyama, T.; Kumagai, M.; Muto, H.; Kodama, H. Taste of milk from inflamed breasts of breastfeeding mothers with mastitis evaluated using a taste sensor. *Breastfeed. Med.* **2014**, 9, 92–97. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)][[Green Version](#)]
- Lawrence, R.A.; Lawrence, R.M. Chapter 16: Medical Complications of the Mother. In *Breastfeeding*, 6th ed.; Lawrence, R.A., Lawrence, R.M., Eds.; Mosby: Philadelphia, PA, USA, 2005; pp. 559–627. [[Google Scholar](#)]
- Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. *Breastfeed. Med.* **2016**, 11, 46–53. [[Google Scholar](#)]
- Brent, N.B. Thrush in the breastfeeding dyad: Results of a survey on diagnosis and treatment. *Clin. Pediatr.* **2001**, 40, 503–506. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Jiménez, E.; Arroyo, R.; Cárdenas, N.; Marín, M.; Serrano, P.; Fernández, L.; Rodríguez, J.M. Mammary candidiasis: A medical condition without scientific evidence? *PLoS ONE* **2017**, 12, e0181071. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Thrush and Breastfeeding. The Breastfeeding Network. 2020. Available online: <https://www.breastfeedingnetwork.org.uk/thrush-detailed/> (accessed on 15 June 2020).
- UNICEF. National Infant Feeding Network Statement on Thrush. Available online: [https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2013/10/NIFN\\_statement\\_thrush\\_2014.pdf](https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2013/10/NIFN_statement_thrush_2014.pdf) (accessed on 15 June 2020).
- Wiener, S. Diagnosis and management of Candida of the nipple and breast. *J. Midwifery Womens Health* **2006**, 51, 125–128. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]