

Juillet,
Août,
Septembre 2004

N° 15



Le lien entre
les professionnels
de la périnatalité

La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon

Rédacteur en Chef

Dr Françoise Montoya
Hôpital Arnaud de Villeneuve
Pédiatrie II
371, Av. du Doyen Giraud
34 295 Montpellier Cdx 5
Tel.: 04 67 33 66 06

Coordination-Directeur de la rédaction et de la publication

Catherine Cecchi - Cadre supérieur de Santé
GEN Languedoc-Roussillon
Hôpital Arnaud de Villeneuve
371, Av. du Doyen Giraud
34 295 Montpellier Cdx 5
Tel.: 04 67 33 81 46, Fax : 04 67 33 58 27
e-mail : c-cecchi@chu-montpellier.fr

Comité éditorial

Président : Pr J.C. Picaud, pédiatre-néonatalogiste,
P. Culiandez, pédiatre, M. Dédie, cadre puéricultrice,
I. Giraud, médecin urgentiste, M. Grémy MIRS DRASS,
D. Héve, médecin DIM, M. Hoffet, gynécologue-obstétricien,
J.B. Mariette, pédiatre, G. Masson, gynécologue-obstétricien,
N. Meier, pédiatre CAMPS, M.C. Passouant URCAM,
F. Pérez, sage-femme, J. Rambaud, médecin-URML.

EDITORIAL

Dr Françoise MONTOYA
Rédactrice en Chef

Pour marquer la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) 2004, des actions sont conduites simultanément en région par les services de Protection Maternelle et Infantile de chacun des départements et par un grand nombre de municipalités. Nous vous invitons à prendre contact, à cette occasion, avec les interlocuteurs référents de proximité.

Ce numéro de la Lettre vous propose des arguments pour informer les mères et les aider à débiter et à poursuivre l'allaitement, pour encourager l'allaitement au sein à la demande en combattant les idées reçues.

Vous trouverez aussi par l'analyse d'une approche fonctionnelle de la succion, une justification pour ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle.

Vous éviterez des inquiétudes injustifiées en sachant expliquer les modalités de croissance de l'enfant nourri au sein.

Sans se laisser abuser par les nombreuses fausses contre-indications ou les contre-indications susceptibles d'être contournées, vous n'omettez pas de reconnaître les vraies contre-indications de l'allaitement maternel.

Enfin les compléments de l'allaitement maternel resteront une indication médicale réfléchie et seront conduits de sorte à préserver l'objectif de la poursuite d'un allaitement maternel.

Bonne lecture...

Par vos réponses documentées et harmonisées vous contribuerez à la promotion de l'allaitement maternel. ■

COMBATTRE LES IDEES RECUES SUR L'ALLAITEMENT

A.M. ZABARINO Puéricultrice - Cadre Supérieur de santé - Service de pédiatrie II,
Lactarium F. DOMERGUE Sage-Femme - Cadre de santé - Service d'obstétrique -
Lactarium, CHU A de Villeneuve - Montpellier.

Comment faire pour rassurer une mère et lui permettre de profiter pleinement de la durée de son allaitement et de l'échange extraordinaire qui va se développer entre elle et son bébé ? Certainement pas en répétant comme on l'entend trop souvent :

Ton lait n'est pas assez riche ...

Tu n'as pas assez de lait ...

L'allaitement va te fatiguer ...

Tu donnes de mauvaises habitudes à ton bébé. ...

Tu vas reprendre ton travail, ce sera difficile de le sevrer

Ton lait n'est pas assez riche ...

Il faut insister sur le fait que le lait maternel est un produit vivant, sa composition et notamment sa teneur en graisses, évolue durant la tétée, pendant la journée, et pendant toute la durée de l'allaitement. Sa composition est ainsi adaptée aux besoins de l'enfant et à son évolution en fonction de son âge.

Les tétées sont toutes différentes tout comme pour vous lorsque vous vous alimentez sur une journée avec plus ou moins d'appétit.

Tu n'as pas assez de lait...

En début de lactation si vous prenez le soin d'allaiter votre enfant aussi souvent et aussi longtemps qu'il le réclame en respectant une bonne position de sa bouche, vous ne manquerez jamais de lait : la succion du mamelon stimule la lactation.

Pour rassurer les mamans par rapport à ces deux affirmations, il n'est pas nécessaire de peser les nouveaux nés entre chaque tétée comme on peut le voir encore trop souvent, il y a d'autres moyens d'observation à enseigner aux mères comme : le nombre de couches mouillées, la coloration de la peau, la tonicité du bébé etc ...

L'allaitement va te fatiguer...

Le lait maternel peut être donné sans aucune retenue et sans aucune contrainte d'horaire ni de durée tout au long de la journée mais aussi de la nuit, si le nouveau-né en éprouve le besoin et particulièrement en début de lactation lorsque celle-ci se met en place.

Les tétées de nuit sont indispensables en début de lactation, le sommeil qui suit ces tétées est très récupérateur pour la maman.

Contrairement aux idées qui circulent ce n'est pas l'allaitement qui fatigue une maman c'est toute une nouvelle organisation à trouver ainsi qu'un autre équilibre pour le reste de la famille.

Tu donnes de mauvaises habitudes à ton bébé...

En début de lactation si vous prenez le soin de nourrir votre enfant à la demande, ensuite les tétées vont s'espacer et contrairement à de fausses idées, votre bébé ne deviendra pas capricieux. Le temps consacré à votre bébé pour le bercer, l'allaiter, le changer et le mater va contribuer à le rendre paisible et à le rassurer.

Tu vas reprendre ton travail ce sera difficile de le sevrer...

Il est possible d'allaiter et de reprendre son travail. Il faut bien sûr pour cela être organisée et déterminée dans la poursuite de l'allaitement. ■

Formation allaitement maternel :

3-4-5 novembre 2004 au CFPH de Montpellier

Renseignements : Lactarium entre 10h00 et 16h00 - tél. : 04 67 33 65 72

Etudier l'allaitement consiste le plus souvent à comparer le lait maternel et les préparations industrielles autrement dit à se préoccuper du « contenu » et à ignorer, le plus souvent, l'importance du « contenant ». **Pourtant, le mécanisme d'écoulement du lait met en jeu une activité musculaire différente - en qualité et en quantité - selon que le nourrisson tète le sein ou le biberon. Cette spécificité fonctionnelle a des répercussions importantes sur le développement du massif facial.**

MÉCANISME DE LA TÉTÉE

Le bébé **happe le sein** en bouche en propulsant le couple langue-mandibule en avant. Il serre énergiquement le mamelon. La langue comprime le sein contre le palais, et effectue un mouvement ondulatoire antéro-postérieur énergétique **synchrone d'une propulsion itérative de la mandibule qui étire le sein** (il s'agit d'une véritable traite.) Les lèvres sont coaptées, réalisant un joint hermétique et une dépression intra-buccale qui complète le dispositif de maintien du sein dans la bouche de l'enfant.

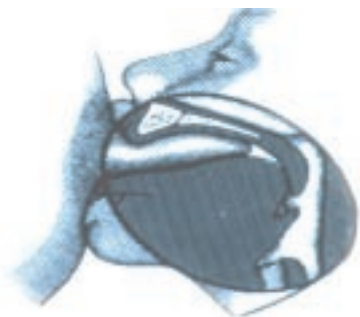


Figure 1
Position du tétin du sein (d'après Bu'lock')

La tétée du **sein** est un mouvement complexe qui implique :

- ♦ tous les muscles de la langue,
- ♦ les muscles propulseurs de la mandibule (en particulier les ptérygoïdiens latéraux),
- ♦ les masséters,
- ♦ les orbiculaires des lèvres
- ♦ les buccinateurs.

La puissance de cette action musculaire qui étire la zone aréolaire jusqu'à la faire doubler de longueur, étonne très souvent la mère.

La succion du **biberon**, bien que semblable en apparence, est un exercice différent qui requiert une activité musculaire moindre. Cette différence peut perturber le nouveau-né si les deux modes de succion sont alternés (confusion sein-tétine). Cette situation conduit le plus souvent à l'abandon du sein.

Au biberon, l'écoulement du lait dépend essentiellement de facteurs sur lesquels l'enfant ne peut exercer aucun contrôle. Il s'agit essentiellement de la pesanteur (verticalité du biberon et inclinaison de l'enfant) et de l'entrée d'air dans le biberon.



Figure 2
Position de la tétine du biberon (d'après Bu'lock')

Le nourrisson adapte son « geste » afin de se nourrir. Il crée un mode de succion moins tonique caractérisé par une position linguale et mandibulaire plus postérieure qui varie en fonction de la tétine utilisée (consistance, densité, perforations...).

Au final, le lait est obtenu avec moins de travail !

SYNCHRONISATION DES FONCTIONS

Durant les premiers jours de la vie, la coordination succion-déglutition-ventilation se met en place « autour » de la fonction de téter. C'est une phase de maturation neuro-fonctionnelle primordiale au cours de laquelle il est vital d'éviter les fausses-routes.

Pour que l'apprentissage des fonctions et leur synchronisation se poursuivent – tout a commencé in utero - le nouveau-né doit pouvoir établir une relation de cause à effet entre la pression qu'il exerce sur le sein et le lait qu'il reçoit en échange de cet effort. Seul le sein offre au nourrisson un tel contrôle.

Les bébés nourris au sein parviennent à synchroniser plus rapidement les mouvements de succion-déglutition-ventilation que les enfants nourris au biberon, parce qu'ils ont un meilleur contrôle du débit et de la pression du lait. En définitive, cette capacité du nourrisson à **contrôler sa source d'alimentation** constitue la caractéristique fonctionnelle essentielle de l'allaitement.

Par ailleurs, le maintien du sein dans la bouche par la dépression intra-buccale, entre autre, contraint le nourrisson à ventiler par le nez. Il est donc logique de supposer que l'allaitement au sein contribue à l'**apprentissage de la ventilation nasale**. De fait, plus la durée de l'allaitement sera longue, meilleure sera la programmation cérébrale de cette fonction.

En effet, l'obstruction nasale consécutive, par exemple à un rhume, peut contraindre le nourrisson à ventiler par la bouche. Dans ce cas, il doit lâcher le sein pour pouvoir respirer ce qui l'oblige à faire ensuite de substantiels efforts pour reprendre sa tétée.

A l'inverse, lorsqu'il prend un biberon, le nourrisson peut avaler et ventiler alternativement par la bouche, car cela ne nécessite ni fermeture labiale jointive avec dépression intra buccale permanente, ni travail musculaire important. L'enfant peut alors s'accommoder de ce compromis et le risque est grand de voir la ventilation buccale se pérenniser au-delà de l'épisode congestif. Les orthodontistes ou les chirurgiens maxillo-faciaux, entre autres, connaissent bien les conséquences morbides de la ventilation buccale (pathologique) sur le développement maxillo-facial et plus particulièrement sur les bases osseuses maxillaire et mandibulaire. On rencontrera donc divers tableaux cliniques selon le schéma facial initial de l'enfant, les diverses influences du milieu et leur temps d'action.

MODELAGE BUCCO-FACIAL

La première année de vie est une période de croissance exceptionnellement rapide durant laquelle il est souhaitable que le nourrisson bénéficie de tous les stimuli nécessaires à un développement maxillo-facial optimal. **La tétée au sein, par le nombre de muscles qu'elle réquisitionne et par la puissance musculaire qu'elle produit, représente un élément moteur de la croissance faciale du nourrisson.**

De ce point de vue, un allaitement au sein prolongé – 6 à 12 mois – ne peut être que bénéfique, d'autant plus que la mastication n'offre pas encore à cet âge une activité musculaire conséquente. Chez les nourrissons, le cartilage de croissance condylien est mitotiquement très actif. Cette activité est potentialisée par les muscles ptérygoïdiens latéraux, forts sollicités lors de la tétée au sein. Conjugué à l'action des ligaments sphénomandibulaires, le condyle contribue au rattrapage de la **rétrognathie mandibulaire congénitale du nouveau-né**. Notons que la période de l'allaitement est le seul moment de la vie au cours de laquelle les deux articulations temporo-mandibulaires fonctionnent de façon identique (lors de la mastication il y a alternance de la propulsion condylienne). Par ailleurs, l'énergique travail musculaire nécessaire à la tétée au sein va avoir un impact sur la croissance des os sur lesquels ces muscles sont insérés.

En raison d'un moindre travail musculaire, la tétée du biberon a une action morphogénétique différente de la tétée du sein. Il est cependant difficile d'évaluer avec précision la quantité de sous-développement induite par l'utilisation du biberon. La superposition des influences morphogénétiques de l'ensemble des fonctions orofaciales et de leurs interactions respectives aboutit à une multitude de phénotypes :

il n'existe pas de « dysmorphose » spécifique du biberon.

On rencontrera donc divers tableaux cliniques selon le schéma facial initial de l'enfant, les diverses influences du milieu et leur temps d'action.

Des études publiées ces dernières années, on retiendra qu'avec l'allaitement au biberon la fréquence des malocclusions est plus grande (+ 44% pour Labbok et coll.²).

Le sous-développement facial est tridimensionnel. Davis et coll.³ note une prédominance des dysmorphoses suivantes :

- ◆ Sens sagittal : la rétrognathie mandibulaire (menton trop en arrière)
- ◆ Sens transversal : l'endognathie maxillaire (palais pas assez large)
- ◆ Sens vertical : la béance antérieure (les incisives ne peuvent pas se rencontrer).

L'allaitement au sein

- Permet un meilleur rattrapage de la rétrognathie mandibulaire congénitale.
- Induit un meilleur développement bucco-facial.
- Contribue à l'apprentissage de la ventilation nasale et, plus globalement, à une optimisation de la synchronisation des fonctions orofaciales
- Permet au nourrisson de contrôler sa source d'alimentation

Depuis quelques années, une équipe travaille à la mise au point d'un biberon dont le principe de fonctionnement est celui d'une pompe. A l'instar du sein, il permet au nourrisson de contrôler sa tétée de sorte que seule la vigueur de son activité musculaire conditionne l'écoulement du lait. Ce biberon « fonctionnel » n'a pas pour objectif de remplacer le sein - qui demeure le meilleur moyen d'allaiter - mais, au contraire, d'encourager son usage et de compléter éventuellement son action (résoudre certains problèmes liés au sevrage, permettre l'allaitement mixte sans abandon du sein, apprendre à téter aux prématurés dès que possible...)

EN CONCLUSION

Les vertus de l'allaitement au sein sont connues, du moins en ce qui concerne les qualités du lait maternel. Elles le sont moins en ce qui concerne l'aspect fonctionnel de la tétée. Il s'agit d'une fonctionnalité de la plus haute importance pour deux raisons principales : la période à laquelle elle s'exerce : à cette période, la croissance de l'être humain a un potentiel colossal, inégalé durant le reste de sa vie.

L'apprentissage et la synchronisation de nombreuses fonctions dont le rôle morphogénétique est très important pour un développement maxillo-facial harmonieux de l'enfant. Par conséquent, un allaitement bien conduit peut être considéré comme un moyen de prévention néonatale des dysmorphoses maxillo-faciales ou, tout au moins, un moyen de réduire leur gravité. ■

¹ Bu'lock F, Woolridge NW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing : ultrasound study of term and preterm infants. *Develop Med Child Neurol* 1990 ;32 :669-78

² Labbok MH, Hendershot GE. Does breast-feeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 child health supplement to the national health interview survey. *Am. J. Prev. Med.*1987 ;3:227-32.

³ Davis dw, bell pa. Infant feeding practices and occlusal outcomes : a longitudinal study. *Can. Dent. Ass.*1991;57(7):593-4

QUALITES NUTRITIVES DU LAIT MATERNEL ET CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS ALLAITES

Pr Jean Charles PICAUD, Service de Néonatalogie (Pédiatrie II) CHU A de Villeneuve - Montpellier

Pour une mère qui souhaite allaiter ou qui allaite, la principale crainte réside dans la qualité nutritionnelle de son lait. C'est une question particulièrement importante au cours des premiers mois d'allaitement, qui peut être à l'origine d'un sevrage anticipé. Cette crainte est accentuée par la constatation que cet enfant allaité prend moins rapidement du poids que les enfants recevant du lait artificiel au cours des tous premiers mois de vie. Dans ce contexte, les professionnels de santé doivent, avant même la naissance, expliquer à la mère quels sont les avantages nutritionnels du lait maternel et quelle est la croissance normale d'un enfant au sein.

Certes, les apports en protéines, énergie et minéraux du lait maternel sont faibles, mais la qualité de ces apports est nettement supérieure à ce que l'on trouve dans les préparations pour nourrissons. Ainsi, l'apport protéique est peu élevé (0,9 à 1,1 g/dl) mais apporte des éléments essentiels pour constituer une meilleure défense vis-à-vis des agressions infectieuses (Ig A, lactoferrine, lysozyme, oligo-saccharides...). Par ailleurs, ces protéines du lait maternel ne comprennent pas de bêta-lactoglobuline, qui est à l'origine des allergies aux protéines du lait de vache. De plus, la faiblesse de l'apport protéique dans le lait maternel pourrait être un avantage à long terme. En effet, il a été suggéré que les enfants recevant des apports protéiques trop élevés pendant les deux premières années avaient un rebond d'adiposité trop précoce et donc un risque d'obésité ultérieure. Les fabricants de préparations pour nourrissons ont bien compris cette notion et ont récemment réduit les quantités de protéines dans leurs produits. De la même façon les minéraux (calcium, phosphore) sont présents en quantité faible dans le lait maternel mais ils ont une meilleure disponibilité que toutes les préparations à base de lait de vache actuellement disponibles. Enfin, contrairement au lait de vache, le lait maternel contient des acides gras essentiels qui interviendraient au niveau du développement cérébral, rétinien, mais aussi au niveau de la synthèse des médiateurs de l'inflammation et des médiateurs vasculaires.

Reste la question du fer, de la vitamine D et de la vitamine K qui ne sont pas présents en quantité suffisante dans le lait maternel. Ainsi, il est actuellement recommandé de supplémenter l'enfant en vitamine D car les mères sont actuellement moins exposées au soleil qu'elles ne l'étaient à d'autres périodes de l'évolution humaine. Leurs réserves en vitamine D étant moins importantes, cela induit un risque d'hypocalcémie néonatale puis, le risque d'une moins bonne minéralisation osseuse ultérieure. Le lait maternel induit la mise en place d'une flore intestinale anaérobie caractéristique chez le nouveau-né et le nourrisson. Dans cette flore prédominent les bifido-bactéries et les lactobacilles, au détriment d'autres bactéries qui ne peuvent pas synthétiser la vitamine K. Associé à un contenu faible en vitamine K du lait maternel et à la situation particulière du nouveau-né concernant la synthèse des facteurs de coagulation, il apparaît indispensable

d'administrer de la vitamine K en supplémentation, tant que dure l'allaitement maternel.

Les concentrations de fer dans le lait maternel sont très faibles mais ce fer a une bio-disponibilité excellente. Cependant, cela ne sera pas suffisant si l'allaitement maternel exclusif est prolongé au delà de six mois. En cas de diversification, il existe d'autres sources d'apport en fer. S'il n'y a pas de diversification, il faut alors apporter un supplément médicamenteux en fer, jusqu'à ce que la diversification soit mise en place.

La densité calorique du lait maternel est plus faible que dans les préparations pour nourrissons, ce qui peut expliquer des différences de rythme de croissance chez les enfants allaités par rapport aux enfants recevant des préparations à base de lait de vache. Toutefois, l'analyse des courbes de croissance des enfants allaités de façon exclusive pendant un an montre que ceux-ci ont une taille similaire aux autres enfants à la fin de la première année, tandis que leur poids est légèrement inférieur. La croissance osseuse est donc satisfaisante, ce qui est essentiel puisqu'il s'agit de la base même de la croissance.

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation de référence pour le nouveau-né.

C'est la courbe de croissance pondérale du nourrisson nourri au sein qui doit rester la référence.

Au total, il faut que l'ensemble des professionnels de santé amenés à conseiller et à guider les mères soient convaincus que les différences de croissance entre l'enfant allaité et l'enfant recevant une préparation à base de lait de vache ne sont que transitoires et sans conséquence ultérieure. Bien au contraire, ces différences pourraient être bénéfiques à long terme (obésité, maladies cardio-vasculaires...).

Tout se passe donc comme si l'allaitement, qui n'est pas toujours facile à réaliser, était un mode d'alimentation adapté pour les mères les plus patientes et les plus déterminées à fournir à leur enfant une alimentation dont elles connaissent les inconvénients à court terme et les avantages à long terme. Cette patience et cette détermination pourraient participer aux effets positifs à long terme décrits chez les enfants allaités, par exemple concernant le développement intellectuel.

Il ne faut donc pas se contenter de répondre aux mères inquiètes que leur lait est « toujours bon », mais il est nécessaire d'expliquer que les quantités de protéines et d'énergie légèrement plus faibles que dans les préparations à base de lait de vache expliquent une croissance légèrement inférieure, sans conséquence à long terme. Ce discours gagne à être accompagné d'une présentation claire, sans prosélytisme, des avantages reconnus de l'allaitement, au delà de la simple prévention des infections. ■

LES INDICATIONS MÉDICALES DE COMPLÉMENTS D'UN ALLAITEMENT EN MATERNITÉ

Dr Joëlle Dendale Nguyen Sy Hung - Service de Pédiatrie - CHU Caremeau- Nîmes.

Les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif qui ne sont plus à démontrer, ont été rappelés dans cette lettre trimestrielle.

Il permet à lui seul un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois.

Il le protège entre autres, contre les infections gastro-intestinales, ORL, respiratoires et permet la poursuite optimale du lien mère-enfant.

Aussi faut-il aider, entourer les mamans qui souhaitent allaiter, et donc, dans un premier temps se remémorer les risques de l'introduction de compléments, sur la mise en place et la poursuite prolongée de cet allaitement.

L'introduction précoce de complément nuit à l'apprentissage correct de la succion du sein.

Effectivement les techniques de tétée au sein et au biberon étant différentes, la « confusion sein-tétine » devient possible, entravant alors la bonne mise en place, ou la poursuite de l'allaitement.

De fait, l'apparition d'un bon flux lacté répond à la loi de l'offre et de la demande.

Plus la mise au sein sera précoce et répétée, plus l'enfant tétera efficacement le mamelon et plus la production de lait en temps réel par la glande mammaire sera importante (par étirement de récepteurs sensitifs aréolaires, avec stimulation rétro active de l'hypophyse, et donc sécrétion de prolactine, et d'ocytocine).

Inversement, un mamelon peu ou mal stimulé n'enverra pas les bons signaux au cerveau et de cette situation, résultera une insuffisance de production de lait (en général à l'origine d'un sevrage précoce, avec un sentiment d'échec maternel).

Une succion inefficace ou insuffisante peut également être responsable d'un engorgement mammaire pathologique (avec risque secondaire de lymphangite) dont le meilleur traitement est la vidange complète du sein concerné.

Celle-ci se fera au mieux par la reprise des tétées efficaces et rapprochées.

En cas d'impossibilité d'une succion efficace par le nouveau-né, l'expression lactée se fera dans un premier temps manuellement, ou à l'aide d'un tire lait.

Les compléments lactés ne sont donc pas une réponse logique à cette situation...

Dans quelques cas cependant, les compléments sont nécessaires.

Chez des nouveaux nés à terme et sans pathologie initiale, mais qui présentent une **perte de poids importante** (>10%), associée à des signes cliniques de dénutrition.

Ces compléments ne doivent pas dispenser d'un surcroît d'aide à la mise au sein, de la part du personnel soignant. De même lorsque des nouveaux nés fragiles sur le plan glycémique sont gardés auprès de leur mère en maternité, ceux-ci doivent faire l'objet d'une stimulation importante des tétées, et d'une surveillance accrue.

Avec en cas d'équilibre glycémique insuffisant, administration de compléments lactés.

Ceux-ci doivent être proposés de façon à ne pas compromettre secondairement la bonne succion au sein. Il convient donc si possible, d'éviter les biberons, et d'utiliser pour cela une seringue, ou une tasse...

Ces nouveaux nés fragiles sont :

- Ceux dont la consommation en glycogène est accrue (les nouveaux nés ayant présenté une souffrance fœtale aigue en péri-partum, ou post matures, ou hypothermiques),
- Ceux présentant un hyperinsulinisme (nouveaux nés de mères diabétiques, ou de mères traitées par bêta-bloquants),
- Ceux dont la réserve en glycogène, et en graisses brunes est faible (prématurés ≤ 36 SA, nouveaux nés ayant un retard de croissance intra utérin).

De plus une surveillance particulière de la courbe de poids doit être réalisée chez ces nouveaux nés hypotrophes en raison de leur malnutrition constitutionnelle, une perte de poids avoisinant les 10% justifiant une complémentation systématique.

Ainsi l'administration de complément lacté en maternité, doit rester une indication rare, en tout cas réfléchie, et non une solution de facilité, ceci afin de ne pas compromettre un allaitement prolongé ultérieur, en accord avec la maman.

Le recours à des compléments de l'allaitement maternel doit rester l'exception.

Les indications peuvent être d'ordre quantitatif ou qualitatif. L'objectif devant rester le maintien de l'allaitement maternel. Les pratiques divergent encore beaucoup et une formalisation semblerait nécessaire.

Des compléments d'information sont en ligne sur le portail professionnel sécurisé du site officiel de la périnatalité en Languedoc-Roussillon

<http://www.perinat-lr.org>

EXISTE-T-IL DES CONTRE INDICATIONS À L'ALLAITEMENT MATERNEL ?

Mme Odile Puel Sage - Femme, Conseillère en Lactation, Clinique Champeau - Béziers

Les vraies contre indications à l'allaitement maternel

Situations liées à la santé de l'enfant :

♦ La galactosémie, maladie rare liée à un déficit enzymatique constitutionnel entraîne des vomissements, une perte de poids, une cataracte, des troubles de la fonction hépatique et un retard mental. Elle est diagnostiquée dans les premières semaines de vie. Ces bébés doivent alors être nourris avec des préparations spéciales sans lactose.

Certaines substances sont interdites pendant l'allaitement : alcool, tabac, drogues.

♦ La phénylcétonurie, maladie rare liée à un déficit enzymatique constitutionnel s'accompagne d'une accumulation de phénylalanine qui nuit au développement normal du cerveau et peut entraîner un retard mental. Les apports quotidiens en phénylalanine doivent être limités. Le dépistage néonatal systématique permet un ajustement nutritionnel dès les premiers jours de vie. Ces bébés peuvent être allaités partiellement tout en recevant un lait artificiel spécial pauvre en phénylalanine. Le taux sanguin de phénylalanine étant régulièrement surveillé chez l'enfant.

Situations liées à la santé de la mère :

♦ Le cancer : La plupart des examens en vue d'un diagnostic ne nécessitent pas l'arrêt de l'allaitement. La radiothérapie ne rend pas le lait radioactif mais peut endommager les tissus du sein et de ce fait diminuer la production lactée. Les traitements par chimiothérapie et les traitements utilisant des substances radioactives imposent l'arrêt temporaire ou définitif de l'allaitement.

♦ Le virus de l'immunodéficience humaine. L'allaitement est considéré comme un mode de transmission potentiel. Le risque paraît dépendre du stade de l'infection de la mère et de la durée de l'allaitement. Ce risque est augmenté si la mère contracte l'infection pendant l'allaitement ou si elle se trouve dans une phase active de la maladie.

En France, comme dans les pays où les maladies infectieuses ne sont pas la cause principale de mortalité infantile, il faut conseiller aux femmes enceintes séropositives de ne pas allaiter et d'utiliser un mode d'alimentation sans danger pour leur bébé.

Alors que dans les pays où les maladies infectieuses et la malnutrition sont la cause principale de mortalité infantile on doit conseiller aux femmes séropositives VIH enceintes d'allaiter. Le risque pour ces bébés de contracter la maladie est moins important que de mourir de maladies infectieuses autres ou de malnutrition, s'ils ne sont pas allaités (Recommandations OMS et UNICEF - 1992)

♦ Le virus de la leucémie humaine à lymphocyte (HTLV1) est responsable d'une maladie très grave et presque toujours fatale. Elle n'est pas courante aux Etats-Unis et en Europe mais elle se voit surtout dans les Caraïbes, en Afrique, en Amérique du sud et au Japon. L'allaitement est un mode de transmission important du virus, en conséquence on recommande aux femmes séropositives HTLV1 de ne pas allaiter.

♦ La tuberculose maternelle est une contre-indication absolue mais temporaire : si la tuberculose maternelle est dans une phase active, la mère et son enfant doivent être séparés pendant une à deux semaines, le temps que la mère reçoive le traitement efficace. Durant ce temps la mère doit exprimer son lait et le jeter. Les médicaments antituberculeux sont en général compatibles avec l'allaitement bien que la concentration du médicament doive être surveillée dans le sang de la mère et du bébé.

Les contre indications susceptibles d'être contournées

Situations liées à la santé de l'enfant :

♦ Le bec de lièvre et la fente palatine (lettre des actualités n° 14) s'accompagnent de difficultés de succion. Le lait maternel, pour ses avantages nutritionnels et immunologiques, est le meilleur choix pour ces bébés. C'est un liquide moins irritant en cas d'inhalation. L'allaitement permet un rapprochement entre la mère et son bébé. Il aide au bon développement oro-facial. Des obturateurs temporaires du palais sont fabriqués pour aider ces enfants à se nourrir. Si le bébé est incapable de téter, la mère peut en attendant utiliser une méthode d'expression efficace. L'allaitement peut être très difficile voire impossible dans le cas d'une fente importante du palais.

Situations liées à la santé de la mère :

♦ L'abcès du sein qui est une complication de la mastite. L'allaitement peut se poursuivre du côté non infecté pendant le traitement de l'abcès. Le lait exprimé du côté malade est jeté jusqu'à guérison de l'abcès.

♦ L'herpès. L'infection par le virus herpès est potentiellement très dangereuse pour le nouveau-né et le nourrisson. L'allaitement doit être interrompu s'il existe des lésions sur le mamelon ou l'aréole. La mère doit être traitée et peut continuer à allaiter du côté non atteint, à condition d'observer des précautions d'hygiène rigoureuses lorsqu'elle s'occupe de son enfant pour éviter toute contamination.

♦ Le cytomégalovirus n'est pas dangereux pour l'enfant à terme. En cas de prématurité, l'allaitement direct au sein est contre indiqué mais le lait conditionné au lactarium (pasteurisation, congélation) peut être donné au prématuré.

♦ L'hépatite A ne contre indique pas l'allaitement.

♦ L'hépatite B ne contre indique pas l'allaitement si le bébé est vacciné à la naissance et reçoit une dose de gammaglobulines hyper immunes dans les 72 heures.

♦ L'hépatite C : En cas de co-infection avec le VIH, il y a une contre indication formelle à l'allaitement. Le principe de précaution actuellement dicte une contre indication à l'allaitement compte tenu du risque de transmission par le lait maternel (5 à 6%). En fonction de la phase évolutive de la maladie et des paramètres biologiques (charge virale) l'allaitement peut être autorisé par le médecin hépatologue.

Les situations considérées à tort comme des contre indications :

Les grossesses multiples, la prématurité, les mamelons invaginés...

En cas de traitements médicamenteux vous pouvez vous référer à la fiche de pharmaco-vigilance que vous trouverez sur le site de la périnatalité du Languedoc-Roussillon portail professionnel à la rubrique « Recommandation pour la pratique clinique en maternité ».

La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon

est financée par la DRASS, l'URCAM, l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Languedoc-Roussillon et le CHU de Montpellier.

N° ISSN 1634-3506

