

L'allaitement maternel en 36 questions

Ce manuel est destiné
à la formation médicale continue
des professionnels de santé

Avril 2000

Gisèle Gremmo-Féger

Pédiatre, consultante en lactation diplômée IBCLC, CHU de Brest

sommaire

Pré-test	3
Introduction	8
A. Mamelons et/ou seins douloureux	10
B. Insuffisance de lait et stagnation staturo-pondérale	14
C. Autres problèmes	20
D. Contre-indications à l'allaitement	22
E. Allaitements et médicaments	23
F. Généralités	28
G. Propriétés du lait maternel	29
H. Le sevrage	30
I. Références bibliographiques	31

Pré-test

A. Problèmes de mamelons et/ou de seins douloureux

- 1 - La mère doit laver ses mamelons avant chaque tétée :
 vrai faux ne sait pas
- 2 - Il ne faut pas donner le sein plus de 8 fois par jour en raison du risque de voir survenir rapidement des crevasses :
 vrai faux ne sait pas
- 3 - La cause la plus fréquente de mamelons douloureux c'est la mauvaise position du bébé au sein :
 vrai faux ne sait pas
- 4 - La façon dont le bébé fait fonctionner sa langue et ses mâchoires pour téter au sein et au biberon est totalement différente :
 vrai faux ne sait pas
- 5 - En dehors de la lymphangite, quelle est la cause la plus fréquente de douleurs des seins après un intervalle libre sans problème ?
 spasme du canal lactifère abcès du sein
 candidose réflexe d'éjection trop fort

B. Insuffisance de lait et stagnation staturo-pondérale

- 6 - Le lait maternel de certaines mères n'est pas assez riche :
 vrai faux ne sait pas
- 7 - Si un bébé allaité et qui est en bonne santé ne grossit pas c'est parce que sa mère ne produit pas assez de lait :
 vrai faux ne sait pas
- 8 - Pendant les premières semaines, les bébés au sein tètent en moyenne :
 4 à 8 fois/jour 8 à 12 fois/jour > 12 fois/jour
- 9 - Les bébés prennent 90 % de leur ration les dix premières minutes de la tétée ?
 vrai faux ne sait pas
- 10 - À chaque tétée le bébé doit prendre :
 un seul sein les 2 seins ne sait pas

- ▶ 11 - La mère d'un bébé de 17 jours vous téléphone : elle est inquiète car son bébé n'a pas eu de selles depuis 48 heures ; elle vous dit qu'il a l'air en bonne santé et commence à bien s'éveiller, qu'il tète 5 à 6 fois par jour et dort parfois 6 à 7 heures d'affilée la nuit...
 vous la rassurez, c'est une « constipation » au lait maternel
 vous lui dites de passer vous voir car il est indispensable de contrôler le poids du bébé
 ne sait pas
- ▶ 12 - La croissance des enfants allaités est différente de celle des enfants nourris au biberon :
 vrai faux ne sait pas
- ▶ 13 - La mère d'un bébé de 6 semaines vous téléphone : elle est inquiète car depuis deux jours alors que tout se passait bien (poids + 950 g depuis la naissance, 7 à 8 tétées par jour et bébé repu après les tétées), son bébé qui a pourtant l'air en bonne santé, donne l'impression de vouloir téter en permanence à tel point qu'elle pense ne plus avoir de lait (d'ailleurs ses seins lui paraissent vraiment très souples)
 vous la rassurez, c'est une étape normale de l'allaitement, il faut qu'elle donne le sein aussi souvent que possible pendant quelques jours et puis tout rentrera dans l'ordre ;
 vous lui conseillez d'introduire des biberons de complément car elle n'a manifestement plus assez de lait ;
 ne sait pas.

C. Autres problèmes

- ▶ 14 - La cause la plus probable d'un ictère prolongé chez un nourrisson d'un mois bien portant et qui grossit bien est « l'ictère au lait maternel » :
 vrai faux ne sait pas
- ▶ 15 - Pour en confirmer le diagnostic, il est préférable d'arrêter l'allaitement pendant quelques jours :
 vrai faux ne sait pas
- ▶ 16 - Les bébés allaités ont souvent des « coliques » :
 vrai faux ne sait pas
- ▶ 17 - En cas d'engorgement, la mère doit boire moins et ne pas donner le sein trop souvent pour faire baisser la production de lait :
 vrai faux ne sait pas
- ▶ 18 - En cas de mastite aiguë (lymphangite), il faut suspendre l'allaitement pendant 24 à 48 heures :
 vrai faux ne sait pas

D. Contre-Indications à l'allaitement

- 19 - Si un bébé vomit ou qu'il a la diarrhée, il est préférable de suspendre l'allaitement :
 vrai faux ne sait pas
- 20 - Si une mère qui allaite a de la fièvre elle ne doit pas donner le sein :
 vrai faux ne sait pas
- 21 - L'hépatite C chez la mère est une contre-indication formelle à l'allaitement :
 vrai faux ne sait pas

E. Allaitement et médicaments

- 22 - Pour la majorité des médicaments, la dose reçue par l'enfant par rapport à la dose maternelle totale est :
 = 1 % comprise entre 5 et 10 % > 20 %
- 23 - La plupart des anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être utilisés pendant l'allaitement pour un traitement de courte durée :
 vrai faux ne sait pas
- 24 - Une mère traitée par Prednisone peut allaiter si la dose journalière est inférieure à :
 20 mg 50 mg 80 mg
- 25 - Les antidépresseurs sont contre-indiqués pendant l'allaitement :
 vrai faux ne sait pas
- 26 - Le Monuril® utilisé en prise unique pour le traitement de l'infection urinaire peut être utilisé pendant l'allaitement :
 vrai faux ne sait pas
- 27 - Le Mopral® est contre-indiqué pendant l'allaitement :
 vrai faux ne sait pas

F. Généralités

- 28 - Une mère qui fume et est incapable de réduire sa consommation de tabac ferait mieux de ne pas allaiter :
 vrai faux ne sait pas
- 29 - Une mère qui allaite doit faire très attention à ce qu'elle mange :
 vrai faux ne sait pas

- 30 - Pour un enfant nourri au lait artificiel pendant 6 mois :
- la quantité de poudre de lait absorbée est en moyenne de :
 20 kg 30 kg 40 kg
 - il faudra laver les biberons en moyenne :
 800 fois 1 000 fois 1 400 fois
 - le coût moyen généré par les dépenses de lait et d'équipements est de :
 4 000 FF 6 500 FF 8 000 FF

G. Propriétés du lait maternel

- 31 - Grâce aux progrès réalisés par les laboratoires pharmaceutiques la composition des laits artificiels actuels est très proche de celle du lait maternel :
 vrai faux ne sait pas
- 32 - En absorbant du colostrum un nouveau-né reçoit une dose d'IgA en moyenne de :
 0,05 g/kg/jour 0,1 g/kg/jour 0,5 g/kg/jour
- 33 - Les nourrissons qui ne sont pas allaités ont plus de risques :
- d'otites : vrai faux ne sait pas
 - de gastro-entérites : vrai faux ne sait pas
 - d'infections respiratoires : vrai faux ne sait pas
 - d'infections urinaires : vrai faux ne sait pas
 - d'allergies : vrai faux ne sait pas
 - de malocclusions dentaires vrai faux ne sait pas
- 34 - Les bébés allaités ont une meilleure réponse aux vaccins que ceux nourris aux laits industriels : vrai faux ne sait pas
- 35 - L'allaitement maternel diminue l'incidence :
- du diabète : vrai faux ne sait pas
 - de la maladie de Crohn : vrai faux ne sait pas
 - de la recto-colite hémorragique :
 vrai faux ne sait pas
 - de la mort subite du nourrisson :
 vrai faux ne sait pas

► 36 - Les mères qui allaitent ont moins de risque d'avoir :

- un cancer du sein préménopausique :

vrai

faux

ne sait pas

- un cancer de l'ovaire :

vrai

faux

ne sait pas

- de l'ostéoporose :

vrai

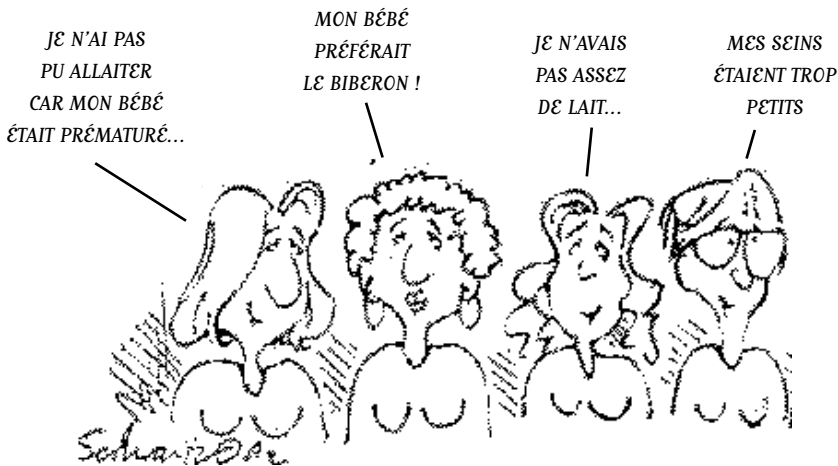
faux

ne sait pas

Le lait maternel apporte des substances qui sont nutritionnellement parfaites pour les bébés et qui les protègent de nombreuses maladies. Certaines substances propres au lait maternel sont indispensables pour la croissance et le développement rapide du cerveau et du système nerveux central du nourrisson. Grâce aux nombreuses interactions qu'il encourage, l'allaitement favorise également l'attachement mère-enfant qui est un élément fondamental permettant l'élaboration de la personnalité.

En France, moins d'un bébé sur deux est allaité à la naissance, et ils sont moins de 20 % à l'être encore à trois mois. Ainsi, avec seulement 48,8 % de mères allaitant à la naissance en 1997, la France a l'un des taux d'allaitement les plus bas d'Europe : 98 % à la naissance en Norvège et toujours 86 % à trois mois, 94 % en Suède, 92 % pour la Suisse, 87 % pour l'Allemagne, 74 % au Luxembourg, 63 % au Royaume uni. Seul, l'Irlande, avec 34 % fait moins bien que nous.

Pourtant, même une femme bien nourrie et d'un haut niveau socio-économique verra augmenter le risque de maladies et la mortalité chez ses enfants si elle n'allaite pas. Dans les pays comme le nôtre où le taux de mortalité infantile est bas, le risque d'hospitalisation est 5 fois plus élevé pour les enfants qui sont nourris au lait industriel par rapport à ceux qui sont allaités.



Les très nombreux et très importants bénéfices de l'allaitement au sein ont amené des organismes internationaux à exprimer des recommandations qui concernent tous les bébés du monde, y compris ceux des pays riches : l'OMS, l'Unicef mais aussi l'académie américaine de Pédiatrie, recommandent d'allaiter de façon exclusive environ pendant les six premiers mois et de diversifier progressivement l'alimentation durant la seconde moitié de la première année.

En tant que professionnels de santé, nous devons toujours nous souvenir que l'allaitement maternel est LA méthode normale d'alimentation des bébés. C'est vers nous que l'on se tourne pour obtenir des conseils sur la croissance et le développement harmonieux des enfants, et si nous sommes tous convaincus de la supériorité du lait maternel, en tenons-nous tous réellement toujours compte ? Tout bébé mérite le lait de sa mère, et toute mère mérite de pouvoir allaiter son bébé.

Pourtant, beaucoup de mères ont des difficultés à allaiter et il est très frustrant de voir la fréquence avec laquelle elles se voient conseillées d'arrêter d'allaiter et ce presque toujours de façon inappropriée.

La méconnaissance notamment de la conduite pratique de l'allaitement maternel tant chez les mères que chez les professionnels de santé et les nombreuses idées reçues sont à l'origine de la majorité des difficultés.

Nous devons cependant non seulement encourager les mères à allaiter mais nous devons aussi faire en sorte que toutes les mères qui choisissent d'allaiter reçoivent le meilleur soutien possible au moment du démarrage de l'allaitement ainsi qu'en cas de difficultés. Et c'est en améliorant nos connaissances sur la conduite pratique de l'allaitement que nous pourrions réellement apporter une aide efficace aux mères qui allaitent.

La majorité des problèmes d'allaitement est totalement évitable : qu'il s'agisse de mamelons douloureux, de stagnation staturo-pondérale, d'ictère, de coliques, d'engorgement ou de lymphangite, tous ces problèmes, éventuellement intriqués, sont généralement la conséquence d'une conduite pratique de l'allaitement inadéquate.

L'essentiel est de faire en sorte que le bébé prenne correctement le sein. C'est le principal facteur de réussite de l'allaitement.

A - Mamelons et/ou seins douloureux

Beaucoup de femmes ont des mamelons douloureux ce qui ne veut pas dire que c'est normal. Une sensibilité douloureuse est très fréquente dans les premiers jours du post-partum : souvent maximale aux troisième-quatrième jours elle s'améliore ensuite ; la gêne est habituellement vive au moment où le bébé commence à téter et cède au cours de la tétée. Des douleurs intenses, associées à la présence de crevasses, persistant pendant toute la tétée ou ne s'améliorant pas à la fin de la première semaine ne doivent pas être considérées comme normales.

■ **1** ▶ *La mère doit laver ses mamelons avant chaque tétée : **faux***

Il ne faut pas nettoyer les mamelons avant et/ou après chaque tétée ; cela supprime la lubrification qui protège naturellement le mamelon et en plus cela rend l'allaitement inutilement compliqué. La peau des mamelons est fragile et une hygiène normale est largement suffisante ; il faut éviter d'avoir recours à des savonnages intempestifs ou d'appliquer divers produits desséchants ou susceptibles d'induire des réactions allergiques. Au moment du démarrage de l'allaitement on peut conseiller à la mère d'étaler sur le mamelon, à la fin de la tétée, un peu de colostrum ou de lait « gras » de fin de tétée.

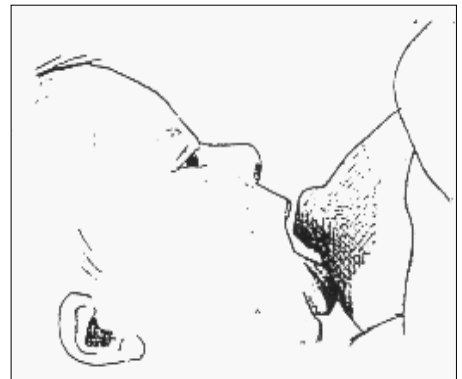
■ **2** ▶ *Il ne faut pas donner le sein plus de 8 fois par jour en raison du risque de voir survenir des crevasses rapidement : **faux***

La principale cause de crevasses est la mauvaise position du bébé au sein ; le nombre et la durée des tétées importent peu lorsque le bébé prend le sein correctement.

■ **3** ▶ *La cause la plus fréquente de mamelons douloureux c'est la mauvaise position du bébé au sein : **vrai***

La principale cause de mamelons douloureux est une mauvaise position du bébé au sein ; plus rarement il s'agit d'un problème de succion ou les deux. Le meilleur traitement des mamelons douloureux est la prévention qui consiste essentiellement à assurer une bonne prise du sein dès le premier jour.

Pour cela il faut que la mère s'installe confortablement et qu'elle mette son bébé dans différentes positions mais toujours bien face à elle avec la bouche grande



ouverte pour que le bébé prenne le sein le plus loin possible ; il faut faire en sorte que la prise du sein soit légèrement asymétrique, le bébé touchant le sein d'abord avec le menton, le mamelon pointant vers le toit du palais ; le bébé recouvre alors plus d'aréole avec sa lèvre inférieure qu'avec sa lèvre supérieure ; ses lèvres sont complètement retroussées sur le sein.

C'est quand il est positionné de façon correcte au sein que le bébé peut téter efficacement, il a alors une succion tout à fait caractéristique faite de mouvements amples et réguliers généralement associés à des bruits de déglutition audibles.

Même si la plupart des problèmes de mamelons dans le post-partum sont dûs à une mauvaise position du bébé au sein et/ou à des problèmes de succion, il est quand même important de traiter les crevasses en accélérant leur cicatrisation.

Des crèmes peuvent être utiles :

- à base de lanoline purifiée : Lansinoh® (commercialisée par la LLL) ou Purelan® (commercialisée par Medela), à appliquer après la tétée et sans chercher à nettoyer le mamelon avant la tétée suivante.



- **Mycolog®** : anti-inflammatoire (c'est souvent l'inflammation associée à l'infection ou à la plaie qui provoque la douleur), antibiotique (on trouve toujours des bactéries au niveau des crevasses) et antifongique (le candida peut causer des irritations et crevasses) ; appliquer la pommade en petite quantité après chaque tétée ; ne pas nettoyer, ni essuyer avant la tétée suivante ; les substances actives sont très vite absorbées par la peau et n'induiront pas de problèmes chez le bébé.

Ces pommades peuvent être très utiles, **mais corriger la position reste le meilleur des traitements.**

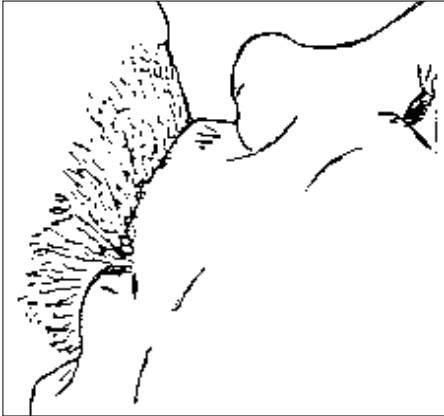
■ 4 ▶ La façon dont le bébé fait fonctionner sa langue et ses mâchoires pour téter au sein et au biberon est totalement différentes : **vrai**

Pour attraper le sein correctement le sein, le bébé doit ouvrir grand la bouche pour prendre une grande quantité de tissu aréolaire qui va remplir sa cavité buccale ; ses mâchoires exercent une pression sur les sinus lactifères qui se remplissent de nouveau au fur à mesure des contractions des fibres myoépithéliales qui entourent les alvéoles et les canaux lactifères. En un mouvement rythmique, à la fois de va-et-vient et ondulant, la langue allonge et comprime l'aréole contre le palais. Il se crée une dépression intrabuccale qui participe à l'éjection du lait et l'enfant déglutit bouche grande ouverte et langue en avant.

Au biberon, l'enfant prend la tétine en entrouvrant la bouche ; celle-ci est ferme et ne remplit pas la cavité buccale, elle est peu élastique, le bébé ne peut donc pas la comprimer avec sa langue. Dès que la tétine est dans la bouche, le lait

coule et certains bébés apprennent à relever le bout de leur langue devant la tétine, afin de ralentir l'écoulement de lait, pour pouvoir respirer et avaler.

La « confusion sein-tétine » est une réalité : un bébé confronté à ces deux méthodes très différentes peut être perturbé et ne pas arriver à téter correctement s'il fait ses premières expériences d'alimentation au biberon ; en fait souvent le bébé va



Bébé qui suce façon tétine



Bébé qui tète bien un sein...

adopter la méthode qui lui donne le flot de liquide le plus rapide et il risque de refuser le sein, ou bien de mal le prendre et ainsi de ne pas obtenir suffisamment de lait et/ou d'induire des douleurs et des lésions des mamelons chez sa mère.

Certains bébés utilisent les deux méthodes sans difficulté, d'autres ont d'énormes problèmes à prendre le sein après avoir pris un ou des biberons seulement. Si des compléments sont nécessaires, il faut les donner autrement qu'au biberon (à la tasse, à la seringue, au doigt, avec un DAL-dispositif d'aide à la lactation-) et n'introduire biberons et tétines que quand l'enfant maîtrise parfaitement la technique de succion au sein.

Téter a beau être une activité innée, pour laquelle tous les nouveaux nés sont programmés, une période d'apprentissage est nécessaire (pour les mères aussi d'ailleurs).

■ **5** ▶ *En dehors de la lymphangite, quelle est la cause la plus fréquente de douleurs des seins après un intervalle libre sans problème ?*

La candidose des canaux lactifères
La surinfection, et notamment la candidose, peut être à l'origine de lésions des mamelons ou de seins douloureux. La douleur, qui survient en général *après un intervalle libre*, est souvent à type de brûlure, lancinante, elle dure *pendant toute la tétée et souvent après*. Il arrive qu'un seul sein soit atteint. La douleur diminue avec l'application de violet de gentiane.

La candidose nécessite un traitement antifongique local : **violet de gentiane à 1 %** : une application par jour pendant 4 jours et Mycolog : une application après chaque

autre tétée ; éventuellement associé à un traitement antifongique par voie générale : **Triflucan**, 200 mg en une prise, puis 100 mg deux fois par jour pendant au moins 15 jours.

Il y a d'autres causes plus rares de mamelons douloureux : frein de langue, troubles de succion, vasospasme du mamelon comme dans les syndromes de Raynaud... mais, la cause de loin la plus fréquente, c'est la mauvaise position du bébé au sein.

B. Insuffisance de lait et stagnation staturo-pondérale

Les problèmes de poids concentrent tout ce qui fait la difficulté d'allaiter, à savoir le fréquent manque de confiance dans la possibilité qu'ont les femmes de faire grandir normalement leurs bébés avec le lait que produisent leurs seins. Ce doute est partout, chez les mères elles-mêmes, dans leur entourage familial et médical, dans les maternités où des biberons de compléments sont facilement proposés, et ce, de façon très souvent injustifiée alors qu'il est très largement reconnu que les biberons de compléments sont l'une des causes essentielles des échecs précoces de l'allaitement.

■ 6 ▶ Le lait maternel de certaines mères n'est pas assez riche : faux

Contrairement à une croyance largement répandue, il n'y a pas de lait maternel « pas assez riche » ; la composition du lait maternel varie au cours de la lactation, au cours de la journée, au cours de la tétée ; elle varie d'une mère à l'autre mais ces variations, qui concernent notamment le taux des graisses et la nature des acides gras, n'ont pas de conséquence sur la croissance de l'enfant.

Les nourrissons **régulent leurs apports en fonction de la valeur calorique**, pas par le volume ; si le lait d'une mère a une teneur en graisse un peu plus faible que la moyenne, (si elle a par exemple de très faibles réserves de graisse), le volume produit sera plus important pour satisfaire les besoins de l'enfant.

Quand un enfant allaité ne prend pas

assez de poids ce n'est pas à cause de la qualité du lait. Le problème, c'est la quantité de lait.

■ 7 ▶ Si un bébé allaité et qui est en bonne santé ne grossit pas, c'est parce que sa mère ne produit pas assez de lait : faux

L'énorme majorité des femmes a en fait **largement assez de lait**, beaucoup en ont plus qu'assez. Lorsqu'un bébé ne prend pas de poids ce n'est donc généralement pas parce que sa mère ne produit pas assez de lait mais **parce qu'il ne reçoit pas le lait disponible**, surtout parce qu'il ne prend pas bien le sein (et/ou pas assez souvent et/ou pas assez longtemps). En réponse à cela, la sécrétion lactée va diminuer mais **cette baisse de lait est la conséquence d'un mauvais transfert du lait à l'enfant**, ce n'est pas une insuffisance primaire de lait. L'insuffisance primaire de lait existe, mais c'est très rare.

Pendant de très nombreuses années, on a cru que la nutrition maternelle était le facteur le plus déterminant dans la synthèse du lait ; de nombreuses études ont montré que la production lactée qui est en moyenne de 750 ml par jour, et ce de façon relativement constante entre 1 et 6 mois *post-partum*, est identique quelque soit le niveau socio-économique des mères.

La connaissance de la physiologie de la lactation permet de comprendre les problèmes responsables de l'insuffisance de lait.

Le lait est sécrété de façon continue dans les lactocytes et il est stocké dans la lumière des acini jusqu'à ce que l'extraction de lait soit initiée. Le mécanisme de fabrication-éjection du lait est bien connu, il dépend des hormones principales de la lactation, la prolactine (qui contrôle la fabrication du lait) et l'ocytocine (qui permet l'éjection du lait) ; mais les hormones n'expliquent pas complètement la régulation du volume de lait produit. Il existe un **mécanisme de régulation locale**, à la fois chimique et mécanique, connu sous le terme de contrôle autocrine de la lactation ; *c'est un mécanisme de rétrocontrôle négatif qui inhibe la sécrétion lactée tant qu'il reste un important volume de lait résiduel dans les seins.*

En fait, on a pu constater que le taux de synthèse du lait est inversement proportionnel au degré de remplissage des seins. Ce mécanisme explique pourquoi tous les facteurs qui limitent l'extraction du lait (suction inefficace, tétées insuffisantes et/ou trop courtes, anomalie du réflexe d'éjection) entraînent une diminution du volume de lait produit. Ce mécanisme explique aussi qu'une femme peut rapidement augmenter sa production de lait en augmentant la fréquence des tétées (« jours de pointe »).

En fait, le déterminant le plus important de la quantité de lait produite, c'est l'efficacité et la fréquence de l'extraction du lait, et donc la demande de l'enfant.

Il existe différentes solutions pour augmenter la production de lait (améliorer la prise du sein, augmenter le nombre de tétées et aussi leur durée en faisant la « compression du sein », galactogogues) et il en existe aussi pour donner des compléments s'ils s'avèrent nécessaires et ce sans compromettre la poursuite de l'allaitement.

■ 8 ▶ Pendant les premières semaines, les bébés au sein tètent en moyenne :

8 à 12 fois/jour ; ils passent ainsi, en **moyenne**, 4 à 6 heures par jour au sein.

Le comportement « normal » d'un bébé au sein étant assez mal connu, le besoin de téter fréquemment est souvent interprété comme étant un problème et en particulier un problème d'insuffisance de lait. Les mères doivent être informées que pendant les premières semaines de vie les tétées sont fréquentes et irrégulières, **la majorité des bébés tètant en moyenne 8 à 12 fois par jour**. Mais il ne faut pas établir de règles strictes du genre « 8 tétées par jour pendant 15 minutes » car **ce qui est vraiment le plus important c'est de savoir comment le bébé tète** ; un bébé qui tète efficacement 5 fois par jour se portera beaucoup mieux qu'un bébé qui « est au sein » 8 fois par jour pendant 15 minutes mais qui ne tète pas correctement.

Il est très important d'apprendre aux mères à bien **faire la différence entre téter et « être au sein »**.

Il est clair qu'il existe une grande variabilité interindividuelle quant au nombre de tétées quotidiennes ; l'une des raisons de ces variations est la différence



importante qui peut exister entre les mères (et chez une même mère d'un sein à l'autre) quant à leur capacité de stockage mammaire : à production lactée quotidienne équivalente, les femmes ayant une capacité de stockage mammaire plus basse doivent faire téter leur enfant plus souvent.

■ **9** ▶ *Les bébés prennent 90 % de leur ration les dix premières minutes de la tétée ? faux*

Plusieurs études ont montré qu'il existe une très grande variation interindividuelle ; certains enfants sont capables d'obtenir une tétée « complète » en 5 minutes sur un seul sein, alors que d'autres ont besoin de 20 minutes sur chaque sein pour obtenir la même quantité. Si un bébé ne tète correctement qu'une minute au premier sein puis qu'il « tétouille » et s'endort puis fait la même chose au deuxième sein, il ne boira jamais assez

de lait, quelque soit le temps que dure la tétée.

On peut aider un bébé pas assez « efficace » ou qui s'endort vite au sein à téter plus longtemps, en faisant « *la compression du sein* » ; cela aide le lait à couler et permet au bébé d'avaler davantage de lait, et aussi d'obtenir du lait de fin de tétée riche en graisse.

■ **10** ▶ *A chaque tétée le bébé doit prendre : un sein ou les 2 seins*

Il n'y a pas et il ne doit pas y avoir de règles strictes.

Si un bébé tète vraiment efficacement pendant 15 ou 20 minutes sur le premier sein, il se peut qu'il n'ait aucune envie de prendre le deuxième sein. La composition du lait change au cours de la tétée, notamment en ce qui concerne la teneur en graisses qui augmente de façon linéaire au fur à mesure de la tétée. Si un bébé ne prend que du lait de début de tétée, (parce qu'il s'endort vite au sein ou parce que sa mère limite le temps passé à un sein pour lui donner systématiquement les deux seins), il n'obtiendra qu'une faible quantité de graisses, et donc moins de calories ; il se peut alors qu'il ait besoin de boire beaucoup plus et beaucoup plus souvent pour satisfaire ses besoins énergétiques ; à cause de l'important volume de lait qu'il absorbe le bébé risque de vomir et aussi d'avoir des coliques parce qu'avec d'importants volumes de lait pauvre en graisse l'estomac se vide rapidement et de grandes quantités de lactose arrivent brutalement dans un intestin qui n'est pas capable d'y faire face. Le bébé présente alors

tous les symptômes de l'intolérance au lactose (cris, pleurs, gaz, selles vertes explosives...), mais il n'est pas intolérant au lactose, tout ceci est la conséquence d'un déséquilibre « lait de début de tétée-lait de fin de tétée ». Il se peut même que le bébé ne grossisse pas suffisamment.

Il faut donc encourager l'enfant à « finir » le premier sein et éventuellement lui proposer l'autre s'il semble vouloir encore téter.

■ 11 ▶ *La mère d'un bébé de 17 jours vous téléphone : elle est inquiète car son bébé n'a pas eu de selles depuis 48 heures ; elle vous dit qu'il a l'air en bonne santé et commence à bien s'éveiller, qu'il tète 5 à 6 fois par jour et dort parfois 6 à 7 heures d'affilée la nuit :*

vous lui dites de passer vous voir car il faut contrôler le poids du bébé.

Sans que cela devienne une obsession, observer la fréquence et l'aspect des selles est un bon moyen de savoir si un bébé reçoit assez de lait.

Une fois la lactation installée, et *pendant les 3 à 4 premières semaines un bébé allaité qui reçoit assez de lait doit avoir au moins 2 à 3 selles abondantes par jour* (jaunes, pâteuses, molles ou liquides, d'odeur faible). Après les 3 à 4 premières semaines, la fréquence des selles peut passer de plusieurs selles par jour à une selle tous les 3, voire tous les 15 jours, ou même encore plus rarement ; dans tous les cas les selles doivent conserver leur aspect habituel ; ce n'est pas une constipation, il n'y a pas lieu de s'inquiéter et aucun

traitement n'est nécessaire.

Mais, entre le 4-5^e et le 21^e jour, l'absence de selles pendant une période de 24 heures ou plus témoigne d'une absorption lactée insuffisante et il est nécessaire d'évaluer la situation.

Il y a d'autres moyens qui permettent de s'assurer qu'un bébé prend assez de lait :

- **la prise de poids** est le meilleur indicateur à moyen et à long terme.

- **le déroulement des tétées** : un bébé qui reçoit beaucoup de lait tète d'une manière très caractéristique : il a la bouche largement ouverte, le rythme de succion est lent et régulier ; au moment où sa bouche est ouverte au maximum il fait une pause perceptible que l'on peut aussi se voir au niveau de son menton. Cette pause, qui n'est pas une pause entre deux succions consécutives, mais une pause au milieu d'une succion correspond à la prise d'une gorgée de lait, et plus la pause est longue, plus il avale de lait. À ce moment, on peut entendre le bruit de déglutition, mais ce n'est pas obligatoire. Un bébé qui tète comme cela, plusieurs minutes, plusieurs fois par jour, reçoit sûrement assez de lait. Un bébé qui ne fait que « tétouiller » ou n'a que très peu de succion efficace n'en reçoit sûrement pas assez. Un bon moyen de vérifier que tout se passe bien est d'observer le déroulement d'une tétée.

- **les urines** : elles doivent être claires et abondantes (au moins 5 à 6 couches bien « mouillées », donc bien lourdes par jour).

Certains éléments ne sont pas de bons indicateurs :

- **le bébé « fait » sa nuit** : cet événement, très attendu par tous les parents, n'est pas forcément rassurant : un bébé de 15 ou 25 jours qui dort 8 à 10 heures de suite n'est pas nécessairement bien nourri. La notion qu'un bébé ne se laisse pas mourir de faim est une idée reçue ! Certains bébés très « sages », trop somnolents et qui doivent être réveillés pour les tétées, ne reçoivent probablement pas assez de lait. S'il faut, en effet, allaiter les enfants « à la demande », cela ne veut pas forcément dire qu'il faut attendre qu'un bébé pleure ou manifeste bruyamment sa faim ; certains bébés ne pleurent presque jamais et les pleurs sont une manifestation tardive de la faim. Il est nécessaire d'apprendre aux parents à reconnaître les petits « signaux de faim » (passage en sommeil léger, mouvements de bouche ou de langue...) et à proposer le sein à ces moments-là.

- **les seins ne sont pas « tendus »** : après les premiers jours ou semaines, les seins redeviennent souples ce qui ne veut pas dire qu'ils ne produisent pas assez de lait.

■ 12 ► *La croissance des enfants allaités est différente de celle des enfants nourris au biberon : vrai*

Plusieurs études ont montré que les enfants allaités jusqu'à au moins l'âge d'un an grossissent plus vite pendant les deux 1ers mois et moins vite du 3^e au 12^e mois, comparativement aux enfants nourris au lait artificiel. Si la norme de l'alimentation infantile c'est l'allaitement maternel il est indispensable que l'on puisse disposer de courbes de croissance adaptées.

Pendant les premières semaines de l'allaitement une courbe de poids hésitante ne doit pas être considérée comme normale ; si à partir de la fin de la première semaine le nouveau-né ne prend pas au moins 120 à 130 grammes par semaine il est probable qu'il ne reçoit pas suffisamment de lait. Des mesures précoces visant à améliorer la conduite de l'allaitement sont préférables à une attitude attentiste afin d'éviter que les problèmes ne se compliquent d'une insuffisance de lait.

Par contre, si la croissance d'un nourrisson en bonne santé, allaité de façon exclusive, a tendance à s'infléchir à partir du 3^e ou du 4^e mois, il n'y a pas lieu de s'alarmer ni de conseiller à la mère de donner des compléments ou encore moins d'arrêter d'allaiter.

■ **13** ▶ *La mère d'un bébé de six semaines vous téléphone : elle est inquiète car depuis deux jours, alors que tout se passait bien (poids + 950 g depuis la naissance, 7 à 8 tétées par jour et bébé repu après les tétées), son bébé qui a pourtant l'air en bonne santé, donne l'impression de vouloir téter en permanence à tel point qu'elle pense ne plus avoir de lait (d'ailleurs ses seins lui paraissent vraiment très souples) :*

vous la rassurez, c'est une étape normale de l'allaitement, il faut qu'elle donne le sein aussi souvent que possible pendant quelques jours et puis tout rentrera dans l'ordre.

Pendant les 3 premiers mois de l'allaitement, une mère sur deux sera confrontée à des jours un peu difficiles pendant lesquels elle aura la perception d'une insuffisance de lait parce que son enfant est agité et qu'il réclame le sein beaucoup plus souvent ; dans cette situation la mère pense qu'elle n'a plus assez de lait et ses doutes sont renforcés par son entourage ; c'est la première cause de sevrage précoce non souhaité.

Les mères doivent donc être prévenues de la possibilité de ces « jours de pointe » encore appelés poussées de croissance pendant lesquels l'enfant réclamera plus souvent, à la fois pour obtenir plus de lait afin de satisfaire des besoins augmentés, mais aussi pour trouver auprès de sa mère le réconfort dont il a besoin.

C. Autres Problèmes

■ **14** ▶ La cause la plus probable d'un ictère prolongé chez un nourrisson d'un mois bien portant et qui grossit bien est « l'ictère au lait maternel » : **vrai**

■ **15** ▶ Pour en confirmer le diagnostic il est préférable d'arrêter l'allaitement pendant quelques jours : **faux**

Il est généralement admis que l'ictère est souvent plus fréquent et plus important chez les nouveaux nés allaités. Une certaine confusion existe entre :

- l'ictère « lié à l'allaitement », qui est un ictère précoce associé à une perte de poids importante avec des selles peu fréquentes ; c'est en fait un ictère physiologique aggravé par un allaitement mal conduit (mise au sein retardée, tétées inefficaces et/ou trop espacées) avec pour conséquence une exagération du cycle entéro-hépatique de la bilirubine ;
- l'ictère « au lait maternel » qui est un ictère prolongé, à bilirubine libre, chez un nouveau-né bien portant et qui prend du poids ; il est dû à la présence dans le lait maternel d'un facteur augmentant l'absorption intestinale de bilirubine non conjuguée.

En fait, ces deux ictères sont liés car le nouveau-né qui fait un ictère lié à l'allaitement (ou à une autre cause d'ictère) a un pool de bilirubine circulante plus élevé ce qui le rend plus sensible au facteur présent dans certains laits maternels lequel augmente l'absorption intestinale de bilirubine. L'arrêt de l'allaitement n'est pas nécessaire.

■ **16** ▶ Les bébés allaités ont souvent des « coliques » : **faux**

Les coliques ne sont pas l'apanage du bébé allaité. Parmi les causes connues qui peuvent favoriser la survenue de coliques chez le nourrisson allaité, citons :

- 1 - des tétées trop courtes avec absorption de grandes quantités de lactose (voir plus haut)
- 2 - un réflexe d'éjection du lait trop fort : cela peut se voir chez les mères qui produisent « trop » de lait ; le bébé peut s'étouffer à cause du flot de lait trop rapide, il tousse, crache, avale de travers et il peut aussi avoir des coliques parce qu'il avale beaucoup d'air en tétant et parce qu'il reçoit surtout du lait de début de tétée. On peut conseiller à la mère :
 - de faire couler un peu de lait avant de mettre le bébé au sein ;
 - de donner le sein en mettant le bébé dans une position aussi verticale que possible (à califourchon sur ses genoux) ou bien en se couchant sur le dos avec le bébé allongé sur son ventre ;
 - de donner le même sein 2 ou 3 fois de suite, en exprimant manuellement un peu de lait de l'autre sein pour éviter les engorgements douloureux
- 3 - une intolérance à certains produits consommés par la mère : café, tabac, protéines du lait de vache.

■ **17** ▶ En cas d'engorgement, la mère doit boire moins et ne pas donner le sein trop souvent pour faire baisser la production de lait : **faux**

L'engorgement : en *post-partum* immédiat, c'est une étape « normale » de la lactogénèse ; il est dû à une congestion vasculaire associée à l'accumulation de lait dans le tissu glandulaire et à un œdème interstitiel. À distance de la naissance il est la conséquence d'un mauvais drainage des seins (suction inefficace, tétées espacées...).

Il peut se voir également chez les mères qui produisent trop de lait.

Le meilleur traitement consiste en des tétées fréquentes en position correcte éventuellement associées à des applications froides entre les tétées et chaudes juste avant les tétées.

■ **18** ▶ En cas de mastite aiguë (lymphangite), il faut suspendre l'allaitement pendant 24 à 48 heures : **faux**

La lymphangite (ou mastite) : c'est une cellulite du tissu conjonctif interlobulaire allant de la simple inflammation localisée à l'abcès ; elle est favorisée par la fatigue, l'existence de lésions des mamelons et par tous les facteurs qui empêchent un bon drainage du sein (suction inefficace, tétées espacées, port de « bouts de sein », engorgement...).

Le traitement doit associer le **repos** et surtout **la poursuite de l'allaitement avec des tétées fréquentes du côté atteint** ; en l'absence d'amélioration au bout de 24 h ou, d'emblée en cas de signes importants, il faut débiter une antibiothérapie à visée anti-staph. surtout (Céphalosporine de première ou deuxième génération, Bristopen®, Augmentin®, etc.) qui devra être poursuivi au moins 10 jours.

D. Contre-indications à l'allaitement

■ **19** ▶ Si un bébé vomit ou qu'il a la diarrhée, il est préférable de suspendre l'allaitement : **faux**

Les gastro-entérites sont plus rares chez les enfants allaités ; elles ne sont absolument pas une contre-indication à la poursuite de l'allaitement, au contraire. La seule maladie de l'enfant qui contre-indique l'allaitement est la galactosémie.

■ **20** ▶ Si une mère qui allaite a de la fièvre, elle ne doit pas donner le sein : **faux**

Pour la majorité des infections courantes, si la mère est fiévreuse, toussue, ou vomit, ou a la diarrhée, ou une éruption, elle a déjà probablement transmis l'infection à son bébé car elle était contagieuse avant l'apparition des premiers symptômes. La meilleure protection pour l'enfant est qu'il continue à être allaité, ce qui lui permettra d'être moins malade que s'il n'était pas allaité et même bien souvent de ne pas être malade du tout.

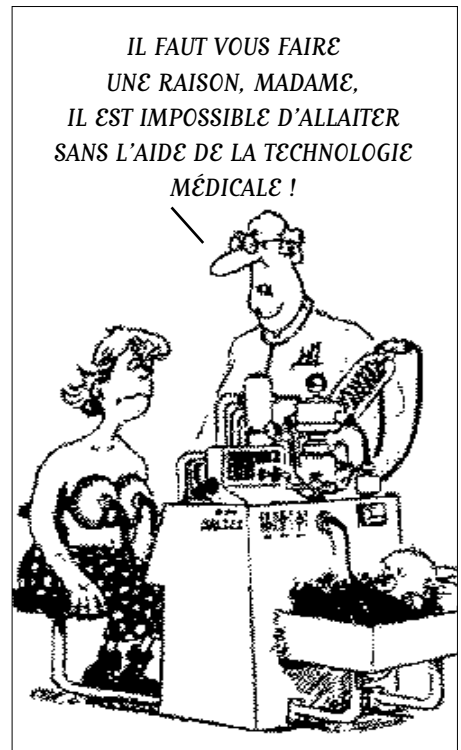
■ **21** ▶ L'hépatite C chez la mère est une contre-indication formelle à l'allaitement : **faux**

Les situations où l'allaitement est véritablement contre-indiqué sont très rares :

- *certaines maladies infectieuses* :
 - sida, infection à HTLV, herpès du sein et tuberculose évolutive.
 - l'hépatite B ou le portage chronique d'AgHBs n'est pas une CI si le nouveau-né est sérovacciné dès la naissance.
 - Il n'existe pas de prévention à la nais-

sance pour la transmission du virus de l'hépatite C ; les études les plus récentes ne montrent aucune augmentation du risque de transmission chez les NN allaités et les dernières conférences de consensus tant américaines qu'euro-péennes ne contre-indiquent pas l'allaitement chez les mères VHC

- *les insuffisances viscérales graves, psychoses sévères et cancers* surtout en raison des risques liés aux traitements.



E. Allaitement et médicaments

■ **22** ▶ Pour la majorité des médicaments, la dose reçue par l'enfant par rapport à la dose maternelle totale est :

1 % (et même souvent inférieure à 1 %)

■ **23** ▶ La plupart des anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être utilisés pendant l'allaitement pour un traitement de courte durée : **vrai**

■ **24** ▶ Une mère traitée par Prednisone® peut allaiter si la dose journalière est inférieure à 80 mg

(même à des doses plus élevées, l'enfant reçoit des doses insignifiantes, < 0,1 % de la dose maternelle)

■ **25** ▶ Les antidépresseurs sont contre-indiqués pendant l'allaitement : faux mais certains sont plus recommandés que d'autres

■ **26** ▶ Le Monuril® utilisé en prise unique pour le traitement de l'infection urinaire peut être utilisé pendant l'allaitement : **vrai**

■ **27** ▶ Le Mopral® est contre-indiqué pendant l'allaitement : **faux**

Beaucoup de mères qui allaitent s'entendent dire qu'elles doivent arrêter d'allaiter - au moins temporairement - si elles doivent prendre des médicaments. Or, l'expérience prouve que les arrêts « temporaires » de l'allaitement sont très souvent définitifs et, surtout, **il faut savoir que**

la plupart des médicaments ont très peu d'effets secondaires chez les enfants allaités car la dose qui passe dans le lait est presque toujours trop basse pour avoir un effet cliniquement appréciable. Ainsi, pour la majorité des médicaments l'enfant allaité recevra au maximum 1 % de la dose maternelle totale.

Exemple : Si une mère prend 500 mg d'amoxicilline 3 fois/jour, l'enfant en recevra moins de 15 mg/jour, ce qui est déjà très inférieur aux doses pédiatriques préconisées. En fait, les données pharmacologiques actuelles montrent que moins de 0,7 % de la dose maternelle d'amoxicilline est sécrétée dans le lait maternel et que la dose reçue par l'enfant via le lait maternel est au maximum de 0,3 mg/kg/jour.

Pourquoi n'y a-t-il qu'une si petite quantité qui passe dans le lait ? Parce que généralement le médicament se distribue et se dilue plus ou moins à l'ensemble de l'organisme alors que le déterminant le plus important du passage d'un médicament dans le lait c'est *sa concentration dans le sang de la mère* ; ainsi, même si les posologies se chiffrent en milligrammes, les taux sériques thérapeutiques sont de l'ordre du microgramme voire du nanogramme par millilitre.

Exemple : la paroxétine (Deroxat® qui est un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine est extrêmement lipophile et se distribue dans le cerveau et la graisse avec seulement 1 % restant dans le compartiment plasmatique ; ainsi

chez une mère qui prenait 20 mg/j de Derogat® le taux lacté mesuré au moment du pic n'était que de 7,6 microgr/litre.

*Malheureusement, le **dictionnaire Vidal** n'encourage guère les praticiens à recommander la poursuite de l'allaitement, car pour éviter tout risque médico-légal éventuel, les laboratoires pharmaceutiques préfèrent contre-indiquer l'allaitement et ce pour la majorité des médicaments. Le **Vidal** n'est donc pas une bonne source pour trouver une information de qualité sur les médicaments et l'allaitement, par contre il est utile car il apporte pour beaucoup de molécules des données pharmacologiques (liaison aux protéines plasmatiques, poids moléculaire, biodisponibilité orale, demi-vie, métabolites...) qui peuvent aider à choisir le traitement le plus adapté.*

Allaitement et données pharmacologiques

• 1 - Liaison aux protéines plasmatiques : c'est le paramètre le plus important ; en effet, les médicaments sont plus ou moins fortement liés aux protéines plasmatiques et seule la fraction libre peut pénétrer dans le lait.

Si on reprend l'exemple de la paroxétine, elle est liée à 95 % aux protéines plasmatiques, ce qui fait que de la petite quantité (1 %) présente dans le compartiment plasmatique, seuls 5 % sont

susceptibles de passer dans le lait.

L'Ibuprofène (Brufen®, Nurofen® comme la plupart des autres anti-inflammatoires non stéroïdiens est très fortement lié aux protéines plasmatiques (99 %), le passage lacté est donc très faible.

On considère que la liaison aux protéines plasmatiques est forte quand elle est supérieure à 80-90 %.

• 2 - Poids moléculaire

Les médicaments dont le poids moléculaire est élevé (600) ne peuvent pas passer dans le lait. C'est le cas de l'insuline (6 000), de l'héparine (30 000) (y compris celles à bas poids moléculaire), de l'interféron (28 000), des immunoglobulines.

• 3 - Biodisponibilité orale

Si elle est basse chez l'adulte, elle l'est probablement aussi chez l'enfant. C'est le cas notamment de la Gentalline® et des aminosides en général, de la vancomycine, des céphalosporines de 3^e génération (ces médicaments sont d'ailleurs tous administrés par voie parentérale), de la morphine (26 %), du lopéramide (Imodium®, du Mopral® (30 à 40 %). Ce dernier qui est déjà fortement lié aux protéines plasmatiques (95 %) est détruit en milieu acide, raison pour laquelle il est administré sous forme de granules gastrorésistants ; non seulement son passage lacté sera faible mais l'essentiel sera détruit dans l'estomac de l'enfant.

• 4 - Demi-vie

Plus la demi-vie est courte, moins le médicament a de chance de passer dans le lait, car si le pic plasmatique est rapi-

dement atteint, le médicament quitte aussi le compartiment plasmatique rapidement. Ainsi, parmi les anti-inflammatoires non stéroïdiens, à liaison aux protéines plasmatiques équivalente (99 %), on prescrira Brufen[®], Nurofen[®], Surgam[®], Voltarène[®] ou Cebutid[®] à demi-vie est courte (2 heures) plutôt qu'Apranax[®] dont la demi-vie est élevée (14 heures). Il est généralement conseillé de prendre le médicament juste après une tétée et d'éviter les formes retard ou à libération prolongée.

• 5 - Métabolites actifs

Certaines molécules ont des métabolites actifs dont la demi-vie est très longue : Valium[®], Tranxène[®], Prozac[®]. Tous autres facteurs étant similaires, on utilisera de préférence une molécule qui n'a pas de métabolite actif, par exemple comme benzodiazépine Temesta[®] ou Seresta[®] et comme inhibiteur de la recapture de la sérotonine Deroxat[®] ou Zoloft[®].

Comment choisir ?

• 1 - Ne traiter que quand c'est nécessaire.

Ce grand principe thérapeutique n'est pas autant respecté qu'il le devrait. Beaucoup de mères qui allaitent s'entendent dire d'arrêter d'allaiter pour prendre un médicament dont elles n'ont en fait pas besoin, et qui, de plus, est de toute façon compatible avec la poursuite de l'allaitement.

• 2 - Le médicament est-il utilisé chez les enfants ?

Si l'enfant reçoit environ 1 % de la dose maternelle, il est évident que ce qu'il recevra par le biais du lait maternel est très inférieur à ce qu'il prendrait s'il était lui-même traité. Exemple : la Dompéridone (Motilium[®], outre ses effets sur le tractus digestif, est un galactogogue (il augmente le taux basal de prolactine) ; quand il est prescrit à la dose de 10 mg 3 fois/jour, le taux lacté moyen est de 2,6 microgr/litre ce qui pour un enfant qui consomme en moyenne 7 à 800 ml de lait par jour représente 0,002 mg par jour soit moins du millième de la posologie utilisée en pédiatrie (1 mg/kg/jour).

• 3 - Le médicament est-il compatible avec la grossesse ?

Un médicament compatible avec la grossesse ne l'est pas obligatoirement avec l'allaitement (et **vice-versa**) : en effet la mère métabolise le médicament pour le fœtus et il n'y a ainsi généralement pas d'accumulation du médicament chez lui. Cependant, la dose reçue par l'enfant via le lait maternel est *très souvent nettement* inférieure à celle qu'il aurait reçue pendant la grossesse et ce *à une période de sa vie moins cruciale pour son développement que la période fœtale*. C'est le cas notamment pour tous les psychotropes (antiépileptiques, antidépresseurs...)

• 4 - Utilisez au maximum les données pharmacologiques pour choisir le meilleur traitement.

Quand on a le choix entre plusieurs médicaments, il faut choisir celui qui est

le plus fortement lié aux protéines plasmatiques, qui a le taux sérique le plus bas, la biodisponibilité orale la plus basse, la demi-vie la plus courte, qui n'a pas de métabolites actifs et le moins d'effets iatrogènes.

Les médicaments utilisés par voie locale (cutanée, oculaire...) ou par inhalation induisent rarement des taux sériques significatifs et encore plus rarement des taux lactés détectables.

Quelques exemples pratiques :

• 1 - Analgésiques :

- le **paracétamol** peut être administré sans risque (faible passage lacté ; le NN est capable de le métaboliser) ;
- l'**aspirine** (pic lacté 2 à 4 heures après la prise), en prise occasionnelle (0,5 à 1 g), après la première semaine, est sans danger ; pas de prise chronique (risque d'accumulation) ;
- la **codéine** comme antalgique ou anti-tussif n'est pas contre-indiquée.
- le **Di-antalvic**® peut également être prescrit en prise occasionnelle.
- les **AINS** sont pour la plupart des acides faibles avec une importante fixation aux protéines plasmatiques ; on prescrira de préférence des molécules à demi-vie courte, sans métabolite actif : **Brufen**®, **Nurofen**®, **Surgam**®, **Voltarène**®, **Cebutid**® ou **Ponstyl**®, à prendre juste après la tétée, en évitant les formes retard ou à libération prolongée.
- le **Nubain**® ou le **Temgésic**® en injection IM d'une dose occasionnelle sont également sans risque pour l'enfant allaité.

- la **Colchicine** peut être utilisée chez la femme qui allaite.

• 2 - Antibiotiques et autres anti-infectieux :

- tous les antibiotiques qui passent dans le lait peuvent exposer l'enfant au risque de sensibilisation (possibilité de réactions allergiques ultérieures) et de modification de la flore intestinale (candidose, diarrhée). Il y a **peu de contre-indication** dans cette classe de médicaments ; les **pénicillines**, les **céphalosporines**, les **macrolides**, les **aminosides**, le **Bactrim**® et le **Monuril**® peuvent être utilisés en période d'allaitement ; les **tétracyclines** sont à éviter, quoiqu'un traitement court d'une semaine soit probablement sans danger chez le NN allaité. Le chloramphénicol est contre-indiqué.
- Les **quinolones de deuxième génération** posent des problèmes en raison du risque d'atteinte du cartilage articulaire et du peu de données disponibles concernant leur passage lacté. La **norfloxacine** (qui est le métabolite actif de la **péfloxacine**) n'est pas détectée dans le lait après une prise unique de 200 mg ce qui rend son utilisation possible en dose unique (**Péflacine monodose**®, **Monofloctet**® pour le traitement de l'infection urinaire basse ; par contre, il faut éviter de prescrire les quinolones pour un traitement de longue durée.
- Les **antifongiques** sont compatibles avec l'allaitement : le **Nizoral**® passe faiblement dans le lait et est donc beaucoup moins efficace que le **Triflucan**® pour le traitement de la candidose des canaux lactifères (aux doses habituelles on considère que l'enfant reçoit par le

lait maternel moins de 5 % de la dose pédiatrique usuelle).

- Le **Flagyl**[®], le **Zovirax**[®] peuvent aussi être prescrits en période d'allaitement.

• 3 - *Psychotropes* :

C'est la classe de médicaments qui pose le plus de problèmes et le plus de controverses ; en effet, et bien que ce ne soit pas vrai pour tous, les médicaments qui affectent le cerveau donnent souvent des taux lactés plus élevés du fait de leurs particularités pharmacocinétiques ; ils peuvent se concentrer dans le système nerveux et leurs effets chez l'enfant à moyen et long terme sont mal connus.

- **Les benzodiazépines** :

elles sont toutes lipophiles et diffèrent essentiellement par la longueur de leur demi-vie et l'existence de métabolites actifs ; une prise unique occasionnelle d'une dose modérée est sans risque pour l'enfant allaité. Par contre elles sont contre-indiquées en prise répétée ou chronique et notamment le **Valium**[®], le **Tranxène**[®], l'**Urbanyl**[®], le **Lysanxia**[®].

Le **Seresta**[®] et le **Temesta**[®] sont un bon choix pour un traitement de plus longue durée.

Comme hypnotiques, le meilleur choix est le **Stilnox**[®].

- **Les antidépresseurs** :

Mêmes si les tricycliques sont, dans l'ensemble, considérés comme utilisables pendant l'allaitement (**Laroxyl**[®], **Motival**[®] sans dépasser 100 mg/j, **Tofranil**[®], **Anafranil**[®], on utilisera de préférence *les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine* car ils ont moins d'effets secondaires ; parmi ceux-ci le **Deroxat**[®] ou le **Zoloft**[®] sont le meilleur choix.

- **Les anticonvulsivants** :

Le fœtus y a généralement déjà été exposé pendant la grossesse.

La **Dépakine**[®] et le **Tégrétol**[®] sont compatibles et préférables au **Gardéna**[®] qui se concentre dans le lait ; il faut surveiller les taux sanguins chez la mère et si possible chez l'enfant.

L'**Haldol**, les **IMAO**, le **Lithium**, les dérivés de l'ergot de seigle sont contre-indiqués pendant l'allaitement.

• 4 - *Divers*

- Parmi les **antihistaminiques**, la **cetirizine** (**Zyrtec**[®], **Virlix**[®]) est le meilleur choix.

- Parmi les **anti-hypertenseurs**, l'**Avlocardyl**[®], le **Trandate**[®] et le **Timacor**[®] sont les bêtabloquants de première intention.

La plupart des inhibiteurs calciques (**Adalate**[®], **Isoptine**[®], **Loxen**[®] et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (**Lopril**[®], **Rénitec**[®]) est également compatible.

Parmi les **anticoagulants**, les **héparines** ne passent pas dans le lait maternel.

Si on doit utiliser des antivitamines K, le **Sintrom**[®] peut être prescrit.

Si la mère doit prendre des médicaments il est presque toujours possible de trouver des médicaments compatibles avec la poursuite de l'allaitement que ce soit pour le traitement d'une infection, d'une dépression, d'une HTA, d'une sciatique, d'une phlébite ou d'hémorroïdes...

L'allaitement est trop important pour la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant pour être sacrifié à la légère.

F. Généralités

■ **28** ▶ Une mère qui fume et est incapable de réduire sa consommation de tabac ferait mieux de ne pas allaiter : **c'est faux !**

Les mères qui fument choisissent moins souvent d'allaiter et allaitent généralement moins longtemps.

Le tabac diminue la production de lait en agissant sur le taux basal de prolactine (de 30 à 50 % si elle fume plus de 15 cig/j). Le tabac peut aussi être responsable de coliques chez l'enfant.

L'absorption de nicotine est plus importante à partir des poumons que par l'intermédiaire du lait maternel (<5% de la dose de nicotine journalière moyenne).

Les enfants de mères fumeuses, non allaités, ont également des dérivés nicotiques dans leurs urines ; ils sont exposés aux effets du tabagisme passif sans pouvoir bénéficier des effets protecteurs de l'allaitement. De même l'incidence de la mort subite du nourrisson est plus élevée chez les enfants de mères fumeuses qui ne sont pas allaités que chez ceux de mères fumeuses qui sont allaités.

Bien sûr, il vaudrait mieux que la mère ne fume pas, mais si elle ne peut pas arrêter ou même réduire sa consommation de tabac, **il vaut mieux fumer et allaiter que fumer et ne pas allaiter**. Il faut conseiller à la mère de ne pas fumer dans les deux heures qui précèdent une tétée.

■ **29** ▶ Une mère qui allaite doit faire très attention à ce qu'elle mange : **c'est faux !**

Elle doit essayer d'avoir une alimentation équilibrée (comme chacun d'entre nous d'ailleurs), mais rien ne l'oblige à manger certains aliments ou à en éviter d'autres. Elle n'a pas besoin d'éviter les aliments épicés, le chou, l'ail ou le vin, elle n'est pas obligée de boire du lait pour produire plus de lait, ni de se forcer à boire beaucoup d'eau ; elle doit boire en fonction de sa soif et avoir une alimentation normale et saine. Les règles alimentaires ne font que compliquer l'allaitement inutilement.

■ **30** ▶ Pour un enfant nourri au lait artificiel pendant six mois :

- la quantité de poudre de lait absorbée est en moyenne de : **40 kg** ;
- il faudra laver les biberons en moyenne : **1 400 fois** ;
- le coût moyen généré par les dépenses de lait et d'équipements est d'environ : **6 500 FF**

G. Propriétés du lait maternel

■ **31** ▶ Grâce aux progrès réalisés par les laboratoires pharmaceutiques, la composition des laits artificiels actuels est très proche de celle du lait maternel : **complètement faux**

Même si les laboratoires de lait de substitution ont réussi à vous convaincre du contraire. Bien sûr, les laits artificiels contiennent des glucides, des protéines (en trop grande quantité), des lipides (fondamentalement différents de ceux contenus dans le lait maternel), des minéraux, des vitamines et des oligo-éléments. Ils contiennent beaucoup plus de fer mais il n'est pratiquement pas absorbé, plus d'aluminium, plus de cadmium, plus de manganèse, plus de phénylalanine, plus de tyrosine... Mais ils ne contiennent ni anticorps, ni cellules vivantes, ni enzymes, ni hormones, ni facteurs de croissance, ni oligosaccharides, ni lysozyme, ni lactotransferrine, ni cholestérol, ni DHA... Il y a plus de 200 facteurs biologiquement actifs présents dans le lait maternel qui ne rentrent pas dans la composition des laits artificiels ; la moindre correction apportée à une déficience du lait artificiel est pourtant l'occasion d'en faire une publicité extraordinaire qui en vante le progrès. Les laits artificiels ne changent pas au cours de la tétée, ni au cours de la journée, ni entre le 1^{er} et le 7^e et le 15^e et le 30^e jour ; ils ne varient pas en fonction de la mère, ni en fonction de l'âge gestationnel du bébé... Les laits artificiels ne sont qu'une approximation grossière du lait maternel. Ils sont conçus pour tous les bébés, alors que le lait d'une mère est adapté aux besoins particuliers de son bébé. Les laits artifi-

ciels arrivent en général à bien faire grossir les bébés, mais l'allaitement maternel c'est beaucoup plus que de faire grossir un bébé rapidement.

■ **32** ▶ En absorbant du colostrum un nouveau-né reçoit une dose d'IgA en moyenne de :

0,5 g/kg/jour, ce qui représente 50 fois la dose de gammaglobulines administrées à un malade hypogammaglobulinémique.

■ **33** ▶ Les nourrissons qui ne sont pas allaités ont plus de risques :

- d'otites : **vrai** ;
- de gastro-entérites : **vrai** ;
- d'infections respiratoires : **vrai** ;
- d'infections urinaires : **vrai** ;
- d'allergies : **vrai** ;
- de malocclusions dentaires : **vrai**.

■ **34** ▶ Les bébés allaités ont une meilleure réponse aux vaccins que ceux nourris aux laits industriels : **vrai**

■ **35** ▶ L'allaitement maternel diminue l'incidence :

- du diabète : **vrai** ;
- de la maladie de Crohn : **vrai** ;
- de la recto-colite hémorragique : **vrai** ;
- de la mort subite du nourrisson : **vrai**.

■ **36** ▶ Les mères qui allaitent ont moins de risque d'avoir :

- un cancer du sein préménopausique : **vrai** ;
- un cancer de l'ovaire : **vrai** ;
- de l'ostéoporose : **vrai**.

H. Le sevrage

Contrairement à l'idée dominante, la reprise du travail à l'extérieur de la maison n'est pas obligatoirement synonyme de sevrage définitif.

Beaucoup de femmes, d'ailleurs, déclarent renoncer à l'allaitement pour cette raison, même si elles sont convaincues de ses bienfaits. Il est évident que dans notre pays les conditions ne sont pas très favorables. Mais même dans ces circonstances, il faut se convaincre qu'il est possible pour toutes les mères qui le souhaitent de poursuivre l'allaitement après la fin des congés maternité. Les mères qui le font ne sont ni des marginales, ni des fanatiques de l'allaitement, ni surhumaines. Il faut faire passer ce message et quand une mère d'un bébé de 1 ou 2 mois vient nous demander comment faire lorsqu'elle devra reprendre son travail, **il faut lui proposer autre chose qu'un « plan de sevrage »**.

Ce que l'on sait de l'expérience des mères qui ont continué à allaiter en retravaillant, c'est qu'il faut :

- 1 - continuer à allaiter complètement jusqu'à la reprise du travail ;
- 2 - après la reprise, allaiter à la demande à chaque fois qu'on est avec le bébé.
- Même si engorgement et petits écoulements intempestifs peuvent se produire les premiers jours, très vite les seins vont s'adapter à ce nouveau rythme.

Références bibliographiques

- American Academy of Pediatrics Work group on Breastfeeding : Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 100 : 1035, 1997
- Brent N, Rudy SJ, Redd b, et al : Sore nipples in breast-feeding women. *Arch Pediatr Adolesc Med* 152 : 1077, 1998
- De Schuinteneer B, De Conink B : Médicaments et allaitement, centre anti-poison de Bruxelles, ed 1996. Arnette Blackwell
- Dewey KG : Growth characteristics of breast-fed compared to formula-fed infants. *Biol Neonate* 74 : 94, 1998
- Didierjean-Jouveau C : Travail et allaitement ; Dossiers de l'allaitement. Hors série/mars 2000
- Gartner LM, Lee KS : Jaundice in the breastfed infant. *Clin Perinatol* 26 : 431, 1999
- Hale T : Medications and mother's milk ed 1999 Pharmasoft Medical Publishing
- Hartmann P : Régulation de la synthèse du lait chez les femmes ; Dossiers de l'allaitement Hors série/mars 2000
- Howard C, Lawrence R : Drugs and Breastfeeding. *Clin Perinatol* 26 : 447, 1999
- Horwood LJ, Ferguson DM : Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics* 101 : e9, 1998
- Lawrence R : Breastfeeding : A Guide for the Medical Profession, ed 5. St. Louis, Mosby Year Book 1999
- LLL France : les cahiers de l'allaitement n° 1, 2 et 3.
- LLL International : Traité de l'allaitement maternel ; ed 1999
- Neifert M. : The Optimization of breast-feeding in the perinatal period. *Clin Perinatol* 25 : 303, 1998
- Neifert M, Lawrence RA : Nipple confusion : Toward a formal definition. *J Pediatr* 126 : 125 1995
- Neville M. : Physiology of lactation. *Clin Perinatol* 26 : 251, 1999
- Newman J : Programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel ; Dossiers de l'allaitement. Hors série/mars 1997
- Newman J : Comment choisir un traitement pour une femme allaitante. Dossiers de l'allaitement n° 37, 1998
- Powers N : Slow weight gain and low milk supply in the breastfeeding dyad. *Clin Perinatol* 26 : 399, 1999
- Powers N, Slusser W : Breastfeeding update 2 : Clinical lactation management. *Pediatrics in Review* 18 : 147,1997
- Thirion M. : L'allaitement ed1999 Albin Michel
- Woolridge MW, Fisher C. : Colic, « overfeeding », and symptoms of lactose malabsorption in the breastfed baby : a possible artifact of feed management ? *Lancet* 2 : 382, 1988

Pour en savoir plus

Sites internet intéressants (parmi tant d'autres)

En français :

- Information pour l'allaitement (IPA) : perso.wanadoo.fr/ipa
vous y trouverez notamment les « feuillets » du Dr J. Newman*
- Action pour l'allaitement (APA) : www.web.superb.net/apastras
- La Leche League France (LLL) : www.lllfrance.org

En anglais :

- Bright Future Lactation Resource Center : www.bflrc.com
- International Lactation Consultant Assn (ILCA) : www.ilca.org
- Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) : www.bfmed.org
- American Academy of Pediatrics (AAP) : www.aap.org
- The Vancouver Breastfeeding Center : www.breastfeeding1.com

* Le docteur Jack Newman est un pédiatre diplômé de l'université de Toronto. En 1984, il a créé la première consultation d'allaitement en milieu hospitalier au Canada. Depuis 1990, il se consacre uniquement à cette activité d'aide à l'allaitement et il voit des mères et leurs bébés quatre jours par semaine, dans quatre hôpitaux différents à Toronto. Chaque année, il voit entre 1 200 et 1 300 nouvelles patientes. Plusieurs autres consultations spécialisées permettent aux mères canadiennes en difficultés de trouver des professionnels compétents en matière d'allaitement mais le Dr Newman reste le dernier recours ; il a ainsi accumulé une très grande expérience clinique de l'allaitement et de ses difficultés.