

L'allaitement maternel : de la physiologie à la pratique

Breastfeeding : from physiology to practical aspects

E. Damis^{1,2}, L. Gucciardo³, L. Berrefas¹ et P. Goyens⁴

¹Clinique de la Maternité, C.H.U. Brugmann, ²Service de Pédiatrie, H.U.D.E.R.F., ³Service de Gynécologie-Obstétrique, C.H.U. Brugmann, ⁴Clinique de Nutrition et Métabolisme, Service de Pédiatrie, H.U.D.E.R.F.

RESUME

L'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à 6 mois et peut être poursuivi avec une diversification alimentaire jusque l'âge de 2 ans. Il constitue l'alimentation naturelle idéale pour le nouveau-né.

Actuellement, le changement des politiques de soins au niveau des maternités, l'adhésion au projet Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB), une meilleure information, l'effet de l'éducation ont permis de promouvoir l'allaitement maternel. Cet article aborde la physiologie de l'allaitement maternel et les aspects pratiques, utiles pour le médecin de famille. Celui-ci joue un rôle central à la fois dans l'information, pouvant influencer le choix de l'allaitement, et également dans la prise en charge des difficultés rencontrées par la mère ou son nouveau-né.

C'est au niveau de la durée de l'allaitement maternel qu'il faudra placer les nouveaux objectifs, en amenant la mère allaitante à consulter plus fréquemment, en cas de problème, les soignants compétents dont le médecin de famille.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 318-27

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding is recommended up to 6 months of age, and may be continued in combination with a more diversified diet until 2 years of age. It represents the ideal natural diet for the newborn.

The current change of maternity care policy and the adherence to the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) project, have been associated with a significant improvement of patient information. This positive aspect combined with the effect of perinatal education were major contributors for breastfeeding promotion.

This article presents the physiology of breastfeeding and its practical aspects, useful for the family doctor. The doctor plays a central role both in the information, which might influence the choice of breastfeeding, and also in the support of the mother or her baby.

The duration of breastfeeding represents the new goal to be emphasized. Lactating mothers should be encouraged to consult competent caregivers, including the family doctor in case of breastfeeding difficulties.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 318-27

Key words : breastfeeding, physiology, practical aspects, the role of the family doctor, BFHI

INTRODUCTION

L'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à 6 mois et peut être poursuivi avec une diversification alimentaire jusque l'âge de 2 ans (Organisation Mondiale de la Santé, O.M.S.)¹.

Il constitue l'alimentation naturelle idéale pour le nouveau-né.

Actuellement, le changement des politiques de soins au niveau des maternités, l'adhésion au projet " Initiative Hôpital Ami des Bébé " (IHAB), une meilleure information, l'effet de l'éducation ont permis de promouvoir l'allaitement maternel^{2,3}.

L'allaitement maternel est un nouveau choix moderne et valorisant pour la maman dans une société où cette tradition a parfois disparu.

En Belgique, dans notre société multiculturelle, certaines cultures ont gardé cette tradition d'allaitement maternel pendant les premiers mois de vie comme un choix évident.

Maman et bébé apprennent à se connaître, prennent confiance dans leurs compétences mutuelles. L'allaitement maternel devient naturel et est une source de plaisir partagé, d'intimité.

LE CHOIX DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Ce choix sera abordé pendant la grossesse par le gynécologue, le médecin de famille ou par la sage-femme lors des consultations de préparation à la naissance. L'information est donnée aux deux futurs parents, de manière non normative mais bienveillante, en tenant compte de leurs souhaits, leur éducation, leurs croyances et de l'opinion de chacun des partenaires⁴.

Le choix ne sera alors pas ressenti comme une soumission mais comme une réelle volonté intériorisée d'aboutir au projet familial d'allaiter, ce qui est associé à un meilleur succès de l'allaitement maternel. L'adhésion du partenaire au projet est primordiale.

La mère doit pouvoir garder son libre choix, sans se sentir culpabilisée. Si elle opte pour une alimentation artificielle, elle recevra des conseils concernant le type de lait adapté, et elle sera soutenue dans son projet.

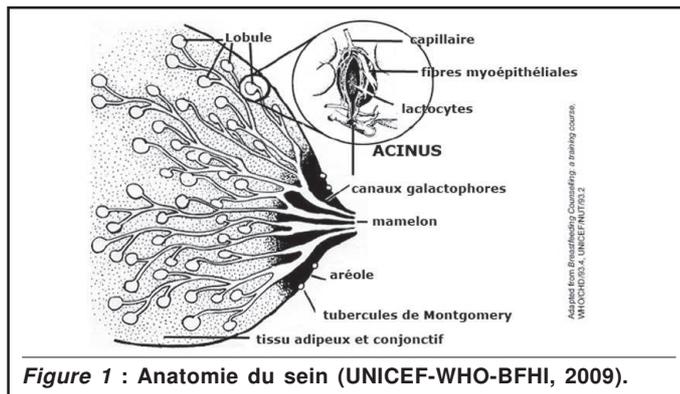
Des informations complètes données avant la naissance permettront aux mères qui ont choisi l'allaitement maternel, de le confirmer, d'être motivées, de prendre confiance en elles. Elles pourront donc mieux gérer les éventuelles difficultés et trouver des soutiens dans la famille, auprès des soignants, d'associations et des personnes ressources.

ANATOMIE DU SEIN

Le sein est constitué de tissu glandulaire, mêlé au tissu adipeux et conjonctif. Le tissu glandulaire se localise surtout dans la région rétro-aréolaire. Le volume du sein, en relation avec la quantité de tissu adipeux, ne détermine pas la production de lait maternel. Le volume du tissu glandulaire est assez comparable chez toutes les femmes. Toutes sont donc capables d'allaiter⁵.

La glande mammaire est une glande exocrine qui est constituée d'acini comprenant une seule couche de lactocytes (cellules sécrétrices), entourés de cellules myoépithéliales contractiles. Les acini rassemblés en grappe, forment les lobules, eux-mêmes rassemblés en lobes, drainés par les canaux galactophores lobaires et principaux. Ces canaux, au nombre d'une douzaine, s'abouchent au niveau du mamelon, qui est entouré par l'aréole, zone circulaire et pigmentée. L'aréole renferme des glandes sudoripares et sébacées (tubercules de Montgomery), dont le sébum a un rôle olfactif de repère pour le nouveau-né, et également un

pouvoir antibactérien et hydratant. Elle contient également des fibres musculaires responsables de l'érection du mamelon, et des récepteurs sensibles à l'étirement et à la douleur (figure 1).



Le tissu glandulaire mammaire se développe pendant la grossesse. L'augmentation de volume du sein résulte d'une hypertrophie de ce tissu glandulaire par multiplication des acini et d'une augmentation de la vascularisation du sein⁶.

Il n'y a pas de fonction de stockage de lait.

La glande mammaire produit du lait à la demande dans les lactocytes, qui est transporté via les canaux galactophores.

PHYSIOLOGIE

Contrôle endocrine

La succion de l'aréole par le nouveau-né stimule les récepteurs sensibles à l'étirement de l'aréole, ce qui envoie un signal à l'hypothalamus qui lève son inhibition sur l'hypophyse, permettant la sécrétion de pics de prolactine et d'ocytocine par l'hypophyse.

La prolactine stimule la synthèse du lait au niveau des lactocytes. Le taux de base en prolactine est plus élevé la nuit, rendant les tétées nocturnes plus abondantes.

L'ocytocine permet le réflexe d'éjection du lait par la contraction des fibres myoépithéliales autour des acini et des canaux galactophores. La sécrétion d'ocytocine peut être inhibée par le stress ou la douleur entre autres⁷ (figure 2).

Contrôle autocrine

C'est le contrôle local au niveau de chaque sein.

Il dépend de 3 facteurs :

1. Le facteur inhibiteur de la lactation (FIL), une glycoprotéine qui freine la synthèse du lait au fur et à mesure que les acini se remplissent.
2. La pénétration de la prolactine intra-mammaire dans le lactocyte augmente avec la vidange de l'acinus, stimulant ainsi la production de lait.
3. L'action de pression mécanique créée par

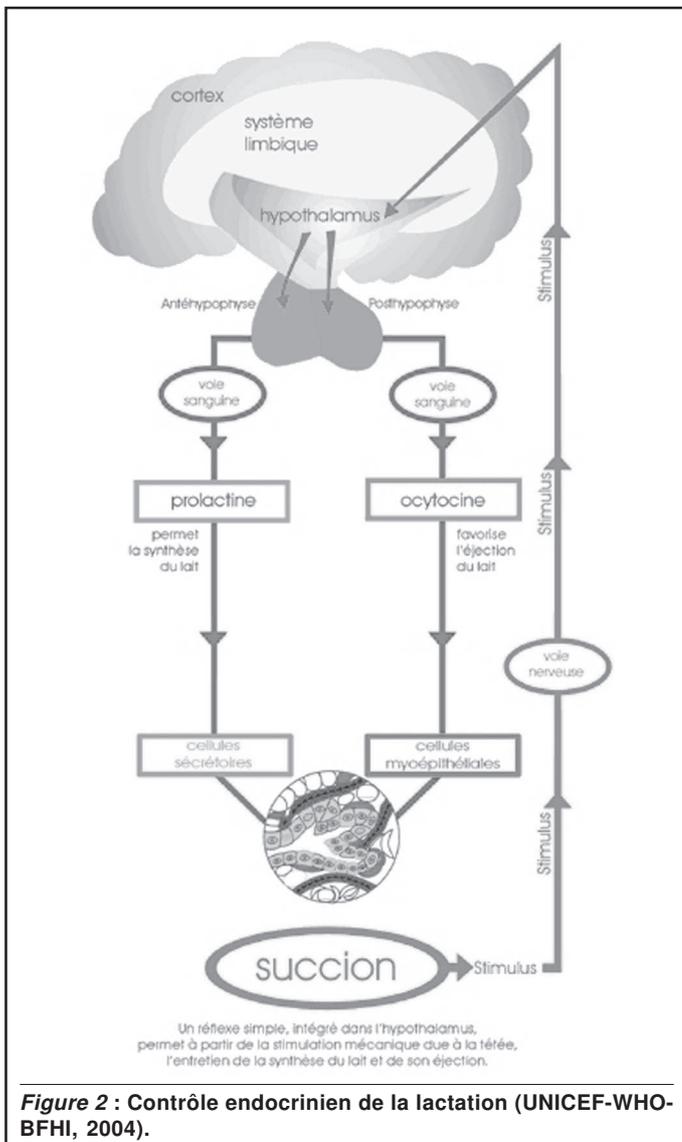


Figure 2 : Contrôle endocrinien de la lactation (UNICEF-WHO-BFHI, 2004).

l'accumulation de lait dans les acini freine la production de lait⁷.

CONSEQUENCES PRATIQUES

La prise de l'aréole et pas uniquement du mamelon, par le nouveau-né, est à la base de la stimulation endocrine des hormones de la lactation. Seule la position du nouveau-né face à la mère permet une bonne technique de succion (tableaux 1, 2 et 3)^{7,8} (figure 3).

C'est donc la demande du nouveau-né qui détermine le volume du lait produit.

Des tétées fréquentes et efficaces permettent le maintien d'une production stable de lait.

La tétée complète d'un sein avant de présenter l'autre permet de bien vider les acini et donc de restimuler les lactocytes et également de profiter des graisses qui sont plus abondantes en fin de tétée. Le nouveau-né est alors mis au deuxième sein et décide lui-même de l'arrêt de la tétée lorsqu'il n'a plus faim. La tétée suivante commence par ce deuxième sein^{9,10}.

Tableau 1 : Position correcte au sein.

- Position maternelle confortable.
- Bébé montrant les premiers signes d'éveil calme, cherchant le sein, le corps face à la maman, tout contre elle, soutenu au niveau des fesses, du dos et de la nuque.
- La tête dans l'axe du corps : ligne droite entre l'oreille, l'épaule et la hanche, le visage face au sein, sans avoir à tourner la tête.
- La tête libre de mouvement, ni fléchie, ni en hyper-extension.
- Le nez mis à la hauteur du mamelon.
- Stimulation des lèvres avec le mamelon.
- Sa bouche grande ouverte, il va prendre largement le mamelon et l'aréole, le plus loin possible.
- Le menton touche le sein en premier lieu et est collé au sein.
- Prise asymétrique de l'aréole, surtout la partie inférieure.
- Les lèvres sont retournées vers l'extérieur, prise étanche au sein.
- Le nez est dégagé, ce qui est un signe de prise correcte du sein.

Tableau 2 : Mécanismes de la tétée, signes d'une tétée efficace.

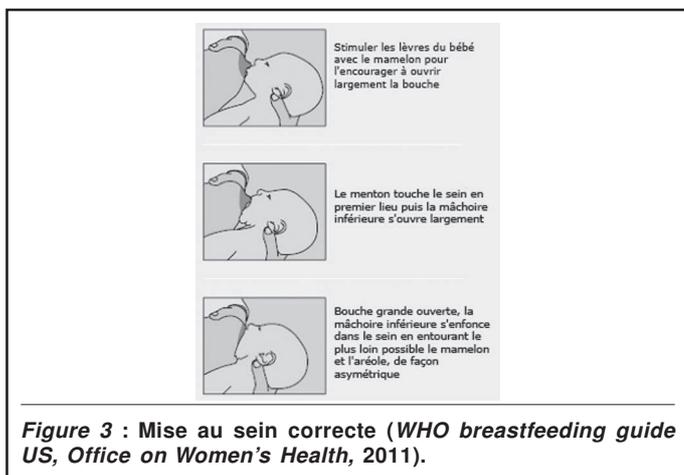
- Mouvements de tétée visibles au niveau des oreilles et des tempes.
- Mouvement en trois temps : ouverture, pause lors de la déglutition, fermeture.
- Mouvement d'ouverture avec baisse uniquement de la mâchoire inférieure pour créer une forte dépression dans la bouche.
- Extrusion de la langue au-delà de la gencive inférieure qui étire une grande partie de l'aréole.
- Mouvement ample et lent de succion de la langue qui comprime le mamelon et l'aréole et permet le transfert du lait dans la bouche.
- Mouvement de déglutition alors que la langue est sortie (réflexe de déglutition de type infantile), visible au niveau du menton par une pause, la bouche étant ouverte au maximum, ou parfois audible par un bruit de déglutition.
- Mouvement de fermeture de la bouche.
- Respiration continue pendant ces mouvements de succion, en se coordonnant avec la déglutition.
- Une déglutition par mouvement de succion si le débit de lait est abondant (une fois par seconde), signe de tétée efficace.
- Mouvements répétés de tétée en longues salves ininterrompues de 8 à 15 salves sans lâcher le sein.
- Joues bombées pendant la succion.
- Bébé détendu en fin de tétée, succion de contact, lâchant le sein spontanément.

Tableau 3 : Signes d'une tétée efficace chez la mère.

- Apparition de contractions utérines les premiers jours.
- Ecoulement de l'autre sein durant la tétée, au moins quelques gouttes de lait.
- Sensation de soif.
- Sensations, fourmillement ressentis lors du passage des flux de lait.
- Diminution du volume du sein après la tétée.
- Sentiment de bien-être, envie de repos.

A l'inverse, une tétée faible produira une inhibition de la lactation notamment dans les situations d'engorgement ou de bébé peu actif qui présente des mouvements de succion rapides sans déglutition même s'il reste longtemps au sein.

L'absence de douleur lors de la tétée par une bonne prise au sein, un climat de confiance et de confort permettront le transfert du lait et le maintien d'une sécrétion optimale d'ocytocine. Après 15 jours à



3 semaines, la production de lait se stabilise, ce qui est appelée le calibrage. Un minimum de 500 ml/jour est requis pour permettre un allaitement de longue durée. La quantité de lait pour un nouveau-né à terme est évaluée aux alentours de 750 ml/j. A ce moment, la réduction du volume des seins par rapport au moment de l'accouchement est normale, et liée à une diminution de la congestion et non pas à une réduction de production du lait.

Les tétées nocturnes étant plus nutritives, elles doivent être maintenues, ce qui peut paraître très fatigant pour la mère. Néanmoins, par les effets de l'ocytocine et de la prolactine, les rythmes de son sommeil sont différents. Des éveils rapides sont suivis de périodes de sommeil profond réparateur¹¹. L'entourage peut soutenir la mère par d'autres aides et lui permettre ainsi de garder des périodes de repos.

Le sevrage est un phénomène physiologique où l'espacement des tétées va produire une réduction de la production de lait.

VITAMINES ET LAIT MATERNEL

Seules la vitamine D et la vitamine K ne sont pas présentes en quantité suffisante dans le lait maternel.

Chez le nouveau-né, en France comme en Belgique, l'apport de vitamine D sera de 800 UI à 1.000 UI/j (ANAES)² car la population adulte est souvent carencée, alors qu'aux Etats-Unis, un apport minimal de 400 UI/j est recommandé.

Si un des parents présente un diabète de type 1, un apport de vitamine D de 1.000 UI/j est nécessaire^{12,13}.

Un apport oral de vitamine K, soit 25 µg/j (Vitamon K®, 5 gouttes/j) ou 2 mg/semaine (Konaktion Paediatric®, 0,2 ml/semaine), est donné pendant toute la durée de l'allaitement maternel exclusif pour prévenir le risque d'hémorragie intracrânienne¹⁴.

Si la mère est traitée pendant la grossesse par certains médicaments comme le phénobarbital, la

phénytoïne, la rifampicine ou les coumariniques, il faut être très attentif à ce que cette substitution par la vitamine K soit bien administrée régulièrement.

Si la mère est végétarienne, elle devra prendre des suppléments d'acide folique et de vitamine B12.

TABAC ET ALLAITEMENT MATERNEL

La grossesse et la naissance sont des moments clés où la mère fumeuse peut avoir la motivation d'arrêter le tabac ou au moins de diminuer sa consommation¹⁵.

Elle pourra alors être aidée par son médecin de famille ou un tabacologue.

Le tabac est nocif pour le fœtus et pour le nouveau-né. Le tabagisme est en effet associé à un risque accru de retard de croissance intra-utérin ainsi qu'à un risque plus élevé de mort subite du nourrisson.

S'il y a consommation de tabac, ce ne sera pas près du nouveau-né pour diminuer le tabagisme passif, et juste après une tétée, pour éviter le pic lacté de la nicotine.

Le choix de l'allaitement maternel reste indiqué en cas de consommation de tabac.

CONTRE-INDICATIONS A L'ALLAITEMENT MATERNEL

Les contre-indications formelles à l'allaitement maternel sont rares^{1,3} :

- Pour la mère :
 - VIH en Europe ;
 - tuberculose active non traitée ;
 - certaines maladies mentales décompensées ;
 - de très rares médicaments, certaines toxicomanies.
- Pour le nouveau-né :
 - galactosémie congénitale.

L'allaitement maternel est autorisé pour les mamans porteuses d'hépatite B (antigène de surface hépatite B positif) mais ces nouveau-nés reçoivent dès la naissance une séro-vaccination spécifique anti-hépatite B puis un schéma vaccinal classique¹⁶. Le médecin de famille veillera à administrer le premier vaccin hexavalent dès 6 semaines de vie plutôt qu'à 2 mois.

Pour les nouveau-nés de mères porteuses d'hépatite C et virémiques (PCR ARN-HCV positive > 100.000 copies/ml), l'augmentation du risque de transmission par l'allaitement maternel n'est pas prouvée mais le contraire non plus¹⁷. C'est pourquoi, en Europe et après discussion avec les parents, l'allaitement maternel est en général déconseillé dans cette situation¹⁸.

LE SEJOUR A LA MATERNITE

Le séjour à la maternité est de plus en plus court ; le retour de la patiente à son domicile après un accouchement normal est prévu entre 72 et 96 h après la naissance de l'enfant.

Certaines mères désirent une sortie précoce, de quelques heures après la naissance à 48 h de vie. Ces projets doivent être planifiés avant la naissance avec l'organisation d'un suivi rapproché à domicile pour la mère et le nouveau-né.

Pendant le séjour à la maternité, l'allaitement maternel est soutenu par tous les soignants. Ceux-ci donnent des informations cohérentes et personnalisées, en harmonie avec les recommandations inhérentes au programme IHAB ainsi qu'à sa philosophie^{3,19}.

La mise en peau à peau dès la naissance et la cohabitation maman-bébé 24 heures sur 24, favorisent un bon démarrage de l'allaitement. Ce rapprochement permet un allaitement à la demande dès les premiers signes d'éveil, avec une fréquence élevée de tétées, sans quantité, sans horaire, ni durée fixes. Cette fréquence est de 8 à 12 fois par jour le premier mois. Ces pratiques montrent également un allongement de la période d'allaitement maternel²⁰.

La position correcte au sein (tableau 1) et les signes de tétées efficaces (tableau 2) sont observés et éventuellement corrigés (figure 4).

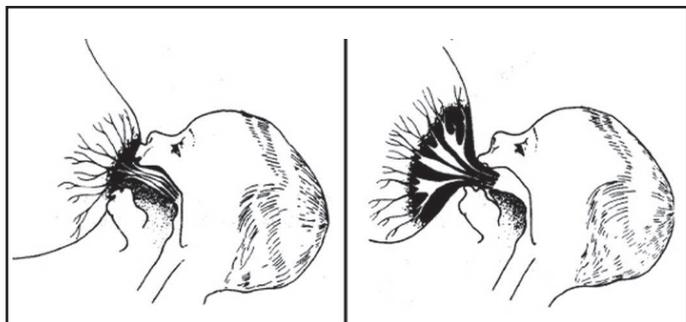


Figure 4 : Technique de succion. A gauche : prise au sein correcte ; à droite : mauvaise prise au sein (UNICEF-WHO-BFHI, 2009).

Les malpositions au sein, les tétées peu fréquentes sont à l'origine de la plupart des problèmes comme les crevasses, l'engorgement, l'insuffisance de lait.

Le bébé né par césarienne, dysmature ou prématuré demande une surveillance plus rapprochée au vu d'une mise en route de la lactation souvent retardée. La présence d'un frein de langue court provoque une mauvaise technique de succion et une frénectomie est recommandée²¹.

La chirurgie de réduction mammaire, contrairement à l'augmentation mammaire peut être la cause d'une lactation faible lorsque le tissu glandulaire

ou les canaux galactophores ont été atteints. Ce n'est toutefois pas une contre-indication à l'allaitement maternel^{5,19}.

Un suivi de l'allaitement est organisé à la sortie de la maternité dans ces différentes situations.

Un suivi par une sage-femme à domicile et des consultations postnatales d'allaitement leur sont proposés, conjointement à un suivi pédiatrique. Celui-ci sera réalisé soit par le pédiatre traitant, soit par le médecin de famille, en parallèle avec les consultations des nourrissons (Office de la Naissance et de l'Enfance, ONE - *Kind & Gezin*). Une brochure d'information sur l'allaitement maternel comprenant les adresses de contact d'associations de soutien est fournie et expliquée lors de la sortie.

Lorsque le séjour à la maternité a révélé une situation à risque, le suivi à domicile est renforcé. Les consultations postnatales par les consultantes en lactation sont prévues (tableau 4)^{19,22}.

Tableau 4 : Facteurs favorisant l'allaitement maternel.

- Choix et motivation après information complète dispensée en prénatal.
- Adhésion au choix par le père, la famille, soutien et aide réelle de l'entourage.
- Tradition culturelle d'allaitement maternel.
- Apprentissage de l'allaitement maternel favorisé dans une maternité labellisée IHAB (10 conditions pour un bon démarrage de l'allaitement maternel).
- 2 contacts de suivi dans les 15 jours.
- Suivi régulier :
 - o Sage-femme à domicile.
 - o Consultante en lactation (consultation postnatale).
 - o Aide d'une personne ressource.
- Consultation chez le pédiatre traitant.
- Consultation chez le gynécologue.
- Consultation chez le médecin de famille.
- Suivi en consultation préventive : consultation des nourrissons ONE - *Kind & Gezin*.
- Accès par contact téléphonique auprès des soignants en cas de problème.

LE RETOUR A DOMICILE

A la sortie de la maternité, la mère a déjà trouvé une certaine autonomie et une confiance dans son allaitement maternel. La sortie se fera en sérénité.

Néanmoins, elle peut quitter la maternité en phase de congestion mammaire, de *baby blues*. Parfois la succion au sein du nouveau-né, même si elle est correcte, doit encore être stimulée ; les rythmes des tétées sont encore irréguliers. L'évaluation du bon démarrage à l'allaitement est poursuivie à domicile (tableau 5)^{22,23}.

La surveillance attentive de l'allaitement se focalise sur une mise au sein correcte, non douloureuse, une fréquence des tétées élevée, y compris la nuit, en éveil calme, des signes audibles de déglutition, l'émission quotidienne de 2 à 3 selles jaunes claires, grumeleuses et liquides, la présence de 6 couches mouillées claires après 4 jours de vie. La

Tableau 5 : Poursuite des conditions IHAB à domicile pour favoriser l'allaitement maternel.

- Formation et compétence des soignants assurant le suivi.
- Maintien de périodes en peau à peau, stimulant la fréquence des tétées et la bonne prise au sein.
- Cohabitation maman-bébé 24 h sur 24 : le nouveau-né reste la nuit dans la chambre des parents.
- Guider la mère dans la bonne pratique, position et mise au sein, signes de tétée efficace.
- Encourager l'allaitement maternel à la demande dès les premiers signes d'éveil sans restriction d'horaire ou de durée.
- Ne donner aucun complément au nouveau-né, sauf rares indications médicales.
- Il est préférable de ne pas donner de tétine, en tout cas pas pendant les premières semaines²³.
- Informer la mère à propos des associations de soutien à l'allaitement maternel.

tension du sein est améliorée après la tétée^{19,22}.

Ces questions peuvent être précisées à la maman anxieuse au cours de contacts téléphoniques avec son médecin de famille.

Par la suite, une reprise de poids (~ 20 g/j) régulière dès le quatrième jour de vie, le rattrapage du poids de naissance au J10 sont d'autres éléments objectivant un transfert de lait efficace.

La croissance physiologique du nouveau-né allaité suit les courbes de croissance O.M.S., qui sont mises dans le carnet de l'enfant. Cette croissance est moins rapide que celle du nouveau-né alimenté par du lait artificiel.

La présence de 6 urines claires par jour est le meilleur témoin d'une bonne lactation^{5,8,19}.

Au contraire, un soutien actif à l'allaitement maternel doit être instauré en cas de :

- perte de poids supérieure à 10 % si le nouveau-né tête mal ;
- absence de reprise de poids après 4 jours de vie ;
- persistance de selles méconiales après 4 jours, selles rares ;
- moins de 5-6 couches mouillées par jour ;
- ictère persistant ou récidivant ;
- un nouveau-né très irritable ou endormi, hypotonique, déshydraté ;
- engorgement non diminué après la tétée ;
- retard de congestion après 5 jours ;
- douleur persistante au mamelon ;
- absence de reprise du poids de naissance à 14 jours de vie.

Une insuffisance de lactation est alors à envisager^{5,8,19}. Différentes solutions sont proposées en fonction de la situation. Si le bébé a une bonne technique de succion au sein, les mises au sein plus fréquentes augmenteront la production de lait maternel.

Si la succion est peu efficace, une stimulation de lactation pourra se faire par du lait maternel exprimé et donné au nouveau-né.

L'administration d'un complément de lait artificiel sera évitée au maximum car celle-ci diminuera la lactation, et n'est donc pas la bonne réponse à une insuffisance de lactation, en première intention en tout cas.

Lorsqu'une insuffisance de lactation persiste malgré une stimulation fréquente, et si le nouveau-né présente des signes de déshydratation, d'ictère, de stagnation pondérale, des compléments peuvent être donnés temporairement^{5,8,19}.

Idéalement, toute mère allaitante devrait avoir deux contacts avec un soignant dans les 15 premiers jours, afin de détecter un éventuel problème chez elle ou chez son nouveau-né (O.M.S.)^{3,19}.

MEDICAMENTS ET ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel est trop souvent arrêté lors de la prescription de médicaments, conséquence du manque d'information concernant l'innocuité de la molécule prescrite^{24,25}.

Les notices des médicaments optent pour une sécurité maximale en déconseillant souvent l'allaitement maternel pour des raisons médico-légales²⁶.

Seuls de rares médicaments sont contre-indiqués pendant l'allaitement maternel. Dans ce cas, l'allaitement maternel peut être suspendu en jetant le lait maternel tiré pendant cette période.

Des précautions de base sont à appliquer pour évaluer le risque d'exposition du nouveau-né avant la décision de prescription (tableau 6). Cette démarche permet d'estimer " la dose absolue " reçue par l'enfant sur une journée, qui sera comparée à la dose pédiatrique et/ou néonatale couramment utilisée¹⁴.

Tableau 6 : Précautions de base lors de la prescription de médicaments.

- Médicament absolument nécessaire à la santé de la mère.
- Choisir un médicament alternatif dont l'innocuité est reconnue.
- Eviter les associations médicamenteuses surtout d'un même groupe.
- Choisir un médicament habituellement utilisé en pédiatrie.
- Choisir un médicament qui pénètre mal le système nerveux central, qui aura aussi un faible taux lacté.
- Choisir un médicament déjà bien connu, éviter les nouvelles molécules.
- Préférer le traitement topique ou inhalé, dont les taux sériques sont faibles.
- Eviter une ingestion directe d'un médicament appliqué sur le sein.
- Eviter un médicament de longue durée d'action et une forme retard.
- Prendre le médicament juste après une tétée pour les médicaments à demi-vie courte afin d'éviter le pic lacté.
- Eviter un médicament qui inhibe la lactation.
- Choisir des médicaments à forte liaison protéique et à poids moléculaire élevé.
- Choisir un médicament ayant un taux lacté minimal.
- Evaluer la dose reçue par le bébé en fonction de la quantité de lait maternel ingéré.

Tableau 7 : Références médicaments et allaitement.

Références internet

- lactmed.org : site américain reprenant les cas publiés.
- lactancia.org : site espagnol établissant des niveaux de risque.
- cybele, grossesse et allaitement : site belge, niveau de risque et cas publiés.

Références bibliographiques

- *Medication and Mother's Milk* : livre de référence publié par le Pr Thomas Hale.
- Allaitement et médicament : manuel pratique publié par le Dr Bruno De Schuiteneer, disponible aux Presses Universitaires de Bruxelles, PUB Pharmacie 2005

De nombreux médicaments sont compatibles avec le lait maternel en se basant sur des données fiables (tableau 7). Dans chaque classe de médicaments, il existe très souvent un médicament alternatif dont l'innocuité est reconnue²⁵.

La décision finale de prescription devra se baser sur une balance bénéfice-risque entre les avantages du lait maternel et le risque lié à la " dose reçue " par le nouveau-né, tenant compte également de la fragilité de l'enfant qui présente une pathologie¹⁴.

La surveillance du nouveau-né sera rapprochée.

FIEVRE MATERNELLE ET ALLAITEMENT

En règle générale, la fièvre maternelle ne doit pas faire interrompre l'allaitement, ce qui est malgré tout, encore trop souvent le cas.

Les causes de fièvre liées à l'allaitement sont d'abord envisagées :

- L'engorgement, qui est une congestion mammaire extrême, se produit en début d'allaitement entre le troisième et le septième jour²⁷.
- La mastite qui est une réaction inflammatoire localisée du sein avec syndrome grippal. Le traitement est symptomatique, comprenant la prescription d'un anti-inflammatoire, l'utilisation de compresses chaudes, l'expression du lait. L'allaitement est poursuivi avec des mises au sein fréquentes. En l'absence d'amélioration endéans les 48 heures, un traitement antibiotique compatible avec l'allaitement maternel et actif sur le staphylocoque et le streptocoque B peut être prescrit (par exemple amoxicilline-acide clavulanique, flucloxacilline)²⁸.
- L'abcès du sein est souvent une complication d'une crevasse ou d'une mastite. Cette situation grave s'accompagne de fièvre importante et d'une altération de l'état général de la patiente qui doit être référée au gynécologue²⁹. Un bilan complet comprend un diagnostic échographique de l'abcès, avec, si nécessaire, une ponction sous échographie, une culture bactériologique, éventuellement un drainage chirurgical et une antibiothérapie intraveineuse au départ. L'allaitement peut être poursuivi du côté non atteint. L'extraction du lait se fera uniquement du côté atteint pendant l'état fébrile et le lait récolté ne sera pas utilisé en attendant les cultures bactériologiques. L'allaitement maternel

complet peut être repris en phase de convalescence.

Dans toutes ces situations, la sage-femme pourra donner des soins adaptés à domicile ou lors des consultations par les consultantes en lactation. Les techniques de massages aréolaires, d'expression manuelle, de tire-lait, seront, dans ces situations, particulièrement utiles.

Les maladies courantes sont traitées par des médicaments compatibles avec l'allaitement maternel. Celui-ci doit être poursuivi. Il permet de transmettre aux nouveau-nés les anticorps produits par la maman, ce qui le protégera en cas d'infection.

Lors de situations exceptionnelles, la mère devra interrompre ponctuellement l'allaitement, en tirant son lait pour maintenir une lactation après la guérison.

LES RYTHMES DU NOUVEAU-NE

Le nouveau-né a un rythme différent de celui de l'adulte (tableau 8)²⁷. Il est important de l'expliquer aux parents pour qu'ils acceptent mieux ses éveils fréquents. Les modifications du sommeil et de la vigilance de la mère allaitante, ressenties fortement pendant les deux ou trois premiers mois, vont l'aider à suivre le rythme ultradien de son nouveau-né, en faisant de petites siestes juste après les tétées¹¹. Les rythmes du bébé évoluent naturellement, grâce à la maturation cérébrale, vers un rythme circadien sans aucune influence de l'éducation.

Tableau 8 : Rythme éveil/sommeil du nouveau-né.

- De 0 à 3 mois : rythme ultradien, pas d'organisation circadienne :
 - o cycles de sommeil courts de \pm 50 minutes ;
 - o alternance de sommeil calme et de sommeil agité ;
 - o sommeil paradoxal très fragile (éveil facile) ;
 - o moyenne de 15 h de sommeil par jour (varie de 12 à 20 h par jour) ;
 - o éveil 1 ou 2 fois par nuit.
- De 3 à 5 mois : $\frac{3}{4}$ des bébés s'éveillent encore 1 ou 2 fois par nuit :
 - o début de l'influence circadienne ;
 - o diminution du sommeil agité durant la journée ;
 - o peut dormir 5 h d'affilée.
- De 6 à 8 mois : $\frac{2}{3}$ des bébés s'éveillent encore 1 ou 2 fois par nuit :
 - o augmentation de l'influence circadienne.
- De 9 à 12 mois : 47 % des bébés s'éveillent encore 1 ou 2 fois par nuit :
 - o évolution du rythme circadien.
- 2 ans : organisation circadienne terminée :
 - o moyenne de 12-13 h de sommeil.

LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel va évoluer en fonction des rythmes du nouveau-né. Les tétées restent plus fréquentes le soir, au moment des éveils groupés du nouveau-né²⁷. Après quelques semaines, les tétées se feront à la demande du nourrisson, exprimant l'envie de téter au cours des périodes plus prolongées d'éveil calme (figure 5). Après quelques mois, le nourrisson s'est construit une sécurité affective qui va lui permettre



Figure 5 : Nouveau-né au sein, prise au sein correcte (WHO, 2009).

de supporter d'attendre, si la mère le lui demande. L'allaitement se fait à l'amiable²⁷.

Trop souvent, l'allaitement maternel est interrompu pour différentes raisons comme des difficultés non surmontées, l'absence de soutien familial, les critiques de l'entourage, la prescription de médicaments, le découragement, la prévision de la reprise du travail¹⁹.

En 2009, dans la Communauté française seulement 40 % des nourrissons sont encore allaités exclusivement à 12 semaines et 14 % à 24 semaines³⁰. Ces chiffres ne montrent aucune amélioration par rapport à 2003³¹. Une étude statistique prospective réalisée en Flandres en 2003 révèle un choix initial moindre d'allaitement maternel mais une tendance similaire concernant la durée : 58 % de mères ont un allaitement exclusif à la sortie de la maternité puis seulement 25 % à 3 mois pour 11 % à 6 mois³².

Le congé de paternité est trop court en Belgique, ce qui limite la présence et le soutien actif du père.

Un meilleur suivi devrait être organisé notamment avec l'aide du médecin de famille. Celui-ci peut également insister pour orienter la mère ou son nouveau-né vers les autres soignants.

LA REPRISE DU TRAVAIL

La reprise du travail n'est pas synonyme d'arrêt de l'allaitement maternel. Des aménagements permettent de le poursuivre.

Les règlements de reprise de travail ont été améliorés et permettent, dans certaines conditions, à la mère salariée, de ne reprendre le travail qu'après un congé d'allaitement, à 5 mois de vie de son enfant. Après la reprise, des pauses sont aménagées, mais uniquement dans le secteur privé, permettant à la mère allaitante, de tirer le lait (Service Public Fédéral - SPF)³³. Toutefois, la législation belge, beaucoup plus restrictive que celle des pays scandinaves, a encore

un impact négatif sur la durée d'allaitement.

Le lait maternel exprimé peut être gardé au frigo, à 4 °C pendant 72 heures et au congélateur, à -18 °C pendant six mois³⁴. Il est mis en réserve et pourra être utilisé pendant les absences de la mère.

Les tétées du matin et du soir en semaine et celles, plus fréquentes, des jours de congé, sont suffisantes pour maintenir une lactation déjà bien établie.

LE SEVRAGE

Le sevrage peut être réalisé par une diminution progressive de la fréquence des tétées, sans l'aide de médicaments inhibiteurs de la lactation.

CONCLUSION

L'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à 6 mois et peut être poursuivi avec une diversification alimentaire jusque l'âge de 2 ans. Il constitue l'alimentation naturelle idéale pour le nouveau-né.

Actuellement, le changement des politiques de soins au niveau des maternités, l'adhésion au projet IHAB, une meilleure information, l'effet de l'éducation ont permis de promouvoir l'allaitement maternel.

En Communauté française, en 2010, plus de 82 % des mères ont choisi l'allaitement maternel à la sortie de la maternité³⁰ et déjà 78 % en 2003³¹. Mais la durée de l'allaitement maternel reste insuffisante et ne s'est pas améliorée au cours de ces dernières années.

Ce n'est pas le cas dans les pays scandinaves où la culture de l'allaitement maternel de longue durée est bien établie³¹.

C'est au niveau de la durée de l'allaitement maternel qu'il faudra placer les nouveaux objectifs, en amenant la mère allaitante à consulter plus fréquemment, en cas de problème, les soignants compétents dont le médecin de famille.

Celui-ci a un rôle actif dans le soutien de l'allaitement maternel, dans les décisions thérapeutiques de la mère allaitante et dans la recherche des personnes ressources comme la sage-femme, le gynécologue, le pédiatre, les consultations de médecine préventive, les associations d'information et de soutien à l'allaitement maternel.

La réussite de l'allaitement maternel grâce au soutien de l'entourage est valorisante pour toute la famille.

L'allaitement maternel amène, au-delà des quelques difficultés d'apprentissage, une expérience affective intime, du plaisir partagé, ainsi qu'un potentiel de protection à court et à long terme de la santé du

nouveau-né et de la mère.

Remerciements

Les auteurs remercient le Dr B. De Schuiteneer, médecin toxicologue responsable de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, pour son avis d'expert concernant la prescription de médicaments pendant l'allaitement maternel et le Dr D. Grossman, pédiatre néonatalogue à la Clinique Edith Cavell-CHIREC pour son aide et son intérêt.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé O.M.S. : Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Genève, O.M.S., 1999
2. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. ANAES 2002
3. BFHI Section 3 : Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-friendly Hospital, a 20-hour course for maternity staff, 2009
4. Caponi I : Allaitement maternel en France, quel héritage ? Cahier de communication Enfanter le monde. Québec, ASPQ, 25 novembre 2010 ; 31
5. Gremmo-Féger G : Allaitement maternel. In : Le pédiatre en maternité. Paris, Edition Flammarion, 2010 : 485-500
6. Thirion M : Physiologie de l'allaitement, juillet 2010. <http://www.santeallaitementmaternel.com>
7. De Schepper C : Allaitement maternel. Guide à l'usage des professionnels de la santé. Bruxelles, ONE, Comité fédéral de l'allaitement maternel. 3^{ème} édition, 2009
8. Pilliot M : Allaitement maternel en maternité : les clefs pour réussir. Les dossiers d'obstétrique 2008 ; 370 : 45-9
9. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ : Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2005 Apr 18 ; (2)
10. Gremmo-Féger G : Lactation humaine : nouvelles données anatomophysiologiques et implications cliniques. Formations Co-Naître, 2006
11. Laurent C : Influence de la proximité mère-bébé sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement. Quelle proximité recommander sans mettre en danger la sécurité de l'enfant ? Rev Med Périnat 2011 ; 3 : 25-33
12. Dorchy H : Facteurs de risque de (pré)diabète chez l'enfant d'une mère ou d'un père diabétique. Rev Med Brux 2002 ; 23 : A116-8
13. Messaaoui A, Dorchy H : Vitamine D : sa physiopathologie, ses rôles dans les pathologies osseuses et extra-osseuses dont les diabètes. Percentile 2012 ; 17 : (sous presse)
14. De Schuiteneer B : Allaitement et médicaments. Bruxelles, Presses universitaires de Bruxelles, 2005
15. Mitchell E, Devlin A, Mannes T : Tobacco use in pregnancy : health risks and intervention for smoking cessation. In : Background Papers to the National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. Background Paper, 2006 : 91-101
16. Conseil Supérieur de la Santé : Guide de vaccination, Bruxelles, 2009 - n° 8586. www.css-hgr.be
17. Mok J, Pembrey L, Tovo P-A, Newell M-L, for the European Paediatric Hepatitis C Virus Network : When does mother to child transmission of hepatitis C virus occur ? Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2005 ; 90 : F156-60
18. Voyer M, Nobre R, Magny JF : Allaitement au sein et virus de l'hépatite C, une mise en examen nécessaire. Arch Pediatr 2001 ; 8 : 66-77
19. HAS, Favoriser l'allaitement maternel. Processus - Evaluation 2006
20. Moore ER, Anderson GC, Bergman N : Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2007 ; (3) : CD003519
21. Block S : Ankyloglossia : When Frenectomy Is the Right Choice. Pediatric Annals 2012 ; 41 : 14-6
22. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ : Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2005 ; (2) : CD001688
23. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ : Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding (Review). Cochrane Databas Syst Rev Published Online : February 15, 2012. <http://summaries.cochrane.org/CD007202/effect-of-pacifier-use-on-duration-of-breastfeeding-in-full-term-infants>
24. Hale TW : Medications and mothers'milk, tenth edition. Pharmasoft Medical Publishing, 2010
25. Ferreira E : Grossesse et Allaitement. Guide thérapeutique. Editions du CHU Sainte Justine, 2007
26. Gremmo-Féger G, Dobrzynski M, Collet M : Allaitement maternel et médicaments. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32 : 466-75
27. Bayot I : Pour une vision globale de l'allaitement maternel. Formations Co-Naître, 2005
28. Crepinsek M, Crowe L, Michener K, Smart N : Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Published Online 4 Aug 2010
29. Fahrni M, Schwarz EI, Stadlmann S, Singer G, Hauser N, Kubik-Huch RA : Breast Abscesses : Diagnosis, Treatment and Outcome. Breast Care 2012 ; 7 : 32-8
30. Fontaine L, Goetgebuer L, Ndam Ebongue S : Rapport 2010, Banque de Données Médico-Sociales, Office de la Naissance et de l'Enfance, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012 : 60-1, 120-3
31. Noirhomme-Renard F, Farfan-Portet M, Berrewaerts J : Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ? Série de dossiers techniques. Service Communautaire de Promotion de la Santé avec le soutien de la Communauté française de Belgique, Juillet 2006, Réf. : 06-41
32. Lenaers S, Goffin I, Vinck J, Alliët P, Raes M : The nutrition situation of young children in Flanders. Verh K Acad Geneeskd Belg 2006 ; 68 : 33-53. journals.cambridge.org/article_S1368980011002667
33. Réglementation relative aux pauses d'allaitement, congé d'allaitement et congé prophylactique. Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. <http://www.emploi.belgique.be>
34. Eglash A : ABM Clinical Protocol #8 : Human Milk Storage. Information for Home Use for Full-Term Infant. Breastfeed Med 2010 ; 5 : 123-6

Adresses utiles

- Le guide de l'allaitement maternel 2009. Institut National de

Prévention et d'Education pour la santé. http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf

- Allaitement maternel en Belgique, répertoire 2005 CFAM, SPF. <http://www.infor-allaitement.be/pages/comite-realisation-2006.php>
- L'allaitement maternel et le tabagisme, Elisabeth Lebailly. Brochure FARES 2007-2008. www.fares.be/memoires/2008LEBAILLY.pdf
- Tabagisme prénatal. Recommandations de bonne pratique pour les gynécologues obstétriciens, 2010. www.naitreetgrandirsanstabac.be/wp-content/.../03/recommandations.pdf.
- Developing a breastfeeding strategy ; evidences and appendices ; 2009. www.unicef.org.uk/documents/baby-friendly/

Correspondance et tirés à part :

E. DAMIS
C.H.U. Brugmann
Clinique de la Maternité
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
E-mail : eliane.damis@chu-brugmann.be

Travail reçu le 1^{er} juin 2012 ; accepté dans sa version définitive le 26 juin 2012.