

Allaitement et lactarium

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 2011-1012

Table des matières

SPECIFIQUE :	3
I Conduite de l’allaitement	4
I.1 S’informer avant la naissance	4
I.2 Accueil en salle de naissances	4
I.3 Prise du sein correcte pour une tétée efficace	5
I.4 Allaitement à la demande	6
II Sevrage	7
III Contre-indications	7
IV Allaitement et médicament	8
V Lactarium	8
VI Bibliographie et annexes	10
VI.1 Bibliographie	10
VI.2 Annexes	11

PRÉ-REQUIS

- Physiologie de l'allaitement
- Intérêt de l'allaitement (lien : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-pediatrie/cycle3/DESpediatrie/poly/Neonat-Interets%20allaitement%20maternel%20fev06.pdf>)
- Composition du lait maternel

OBJECTIFS

SPECIFIQUE :

- Savoir conduire un allaitement

INTRODUCTION

Les modalités pratiques contribuant au succès de l'allaitement maternel ont été identifiées et validées. Il est en effet établi qu'un bon démarrage dans les premiers jours améliore les chances que l'allaitement soit une expérience durable pour la mère et l'enfant. Il est important de s'informer avant la naissance, de mettre le nouveau-né en peau à peau précocement, et de favoriser une préhension correcte du sein, d'encourager des tétées fréquentes et sans en restreindre la durée, de favoriser la cohabitation mère-bébé, de transmettre aux mères les coordonnées d'associations ou de personnes ressources à contacter en cas de difficultés.

Les réflexions concernant l'allaitement et les mesures mises en place pour faciliter son démarrage bénéficient à toutes les mères et à tous les enfants. Elles permettent également l'améliorer les relations interprofessionnelles.

Le soutien à l'allaitement maternel fait partie du Programme National Nutrition Santé ; il est intégré au plan de lutte contre l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile.

I CONDUITE DE L'ALLAITEMENT

I.1 S'INFORMER AVANT LA NAISSANCE

Pendant la grossesse l'objectif est de former les futurs parents sur l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel, dans le respect de leur culture au sujet de l'allaitement maternel. Le professionnel de santé intervenant au sujet de l'allaitement maternel peut aborder des sujets tels que les idées reçues, l'inhibition. Cette information aidant à la décision sans imposer de choix est intégrée à la préparation à la naissance et à la parentalité, voire à un réseau de périnatalité

I.2 ACCUEIL EN SALLE DE NAISSANCES

Les réflexes nutritionnels sont activés immédiatement après un accouchement physiologique. La décharge de catécholamines après la naissance entraîne le démarrage respiratoire, la thermo-régulation et un comportement exceptionnel de vigilance et d'attention soutenue dans les 1 à 2 heures suivant la naissance. Cette période est propice aux apprentissages et à leur mémorisation chez le nouveau-né. Les informations sensorielles (odeur de l'aréole maternelle ou celle du colostrum en écho à celle du liquide amniotique, la voix maternelle...) associées à l'état d'éveil sont des facteurs déclencheurs des comportements relationnels innés (recherche de contacts visuels, mobilisation motrice, recherche du sein...)

Les professionnels de salle de naissances proposent fréquemment un épisode de peau à peau au moment de la naissance entre le nouveau-né, sa mère, son père. Cette pratique favorise la rencontre entre le bébé et ses parents et initie l'allaitement. Si le nouveau-né est laissé sur le ventre de sa mère en peau à peau, les réflexes de fuissement et de succion lui permettent de prendre seul le sein correctement et de sa propre initiative. La mise en place de ces comportements pouvant prendre jusqu'à 1 heure, il est souhaitable que la mère et le nouveau-né ne soient pas dérangés. En effet ces réflexes sont fragiles et facilement perturbés par des interférences (bruit, lumière, aspiration, mode d'accouchement, soins). Ce temps demande de la patience aussi bien de la part des professionnels que des parents. Le contact peau à peau avec la mère ou le père peut également s'appliquer au bébé non allaité. Ce contact intime induit chez le parent la sécrétion de l'ocytocine qui a des effets apaisants. Pendant ce moment d'intimité, **il est important de ne pas négliger la surveillance du nouveau-né et de la mère car leur sécurité doit rester la première priorité.**

Tous les nouveau-nés ne sont pas prêts à téter au même moment. Forcer un nouveau-né avant qu'il ne soit prêt peut inhiber le réflexe de fuissement et se solder par une incapacité du bébé à téter. Il est important de considérer cette première rencontre comme la construction d'une relation d'attachement et non pas sur le mode alimentaire. Ainsi, comme le conseille D. W. Winnicott dans « la nature humaine », il est nécessaire d'« observer l'intimité sans attendre le succès et ne pas avoir peur des échecs ». Il est important de mettre le nouveau-né au sein dès qu'il le demande et aussi longtemps qu'il le souhaite. Les petits signes montrant qu'il est prêt sont ; éveil calme, ouverture de la bouche, la langue sort, réflexe de fuissement.

I.3 PRISE DU SEIN CORRECTE POUR UNE TÉTÉE EFFICACE

La prise correcte du sein permet une succion efficace et un transfert du lait optimal. Pour que le bébé prenne correctement le sein, il doit être en état d'éveil optimal. Il doit également être bien positionné : face à sa mère, tête dans l'axe (cf schéma). Il doit toucher le sein d'abord avec le menton, le mamelon pointant vers le toit du palais. Dans cette position la lèvre inférieure recouvre plus d'aréole que la lèvre supérieure, les deux étant complètement retroussées sur le sein. On peut obtenir une bonne prise au sein quelque soit la position adoptée par la mère : position allongée, assise, bébé tenue en travers de la mère ou sous son bras. En respectant les principes de base, la mère peut choisir la position qui lui permet d'être le plus à l'aise.

Figure 1 :



Source : UVMaF

I.4 ALLAITEMENT À LA DEMANDE

La restriction de la fréquence et/ou de la durée des tétées peut entraîner une restriction de l'apport en lait mais aussi en graisse et en calories (prise de poids insuffisante, coliques...), un engorgement et une insuffisance de la production lactée à court, moyen et long terme.

La durée des tétées dépend du débit de lait qui est variable selon le rythme et l'intensité de la succion, de la fonction du réflexe maternel d'éjection. Elle est conditionnée aussi par la concentration lactée en graisse entraînant un état de satiété.

La fréquence des tétées est fonction de la quantité de lait reçue à chaque tétée. Il faut donner le sein à la demande.

Les mères doivent être informées que les tétées sont fréquentes et irrégulières les premières semaines de vie. L'importance est de reconnaître si l'enfant tète efficacement.

Il est important que les mères :

- adoptent des horaires souples,
- reconnaissent les signaux d'éveil (changement de la respiration de bébé, étirement, ses lèvres et langue en mouvement) pour ne pas attendre que le nouveau-né réclame à grands cris (perturbant la mise au sein),
- surveillent le comportement de leur enfant,
- sachent s'il tète de façon efficace.

II SEVRAGE

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Il s'agit de réduire graduellement le nombre de tétées en introduisant des biberons de lait artificiel. Un sevrage complet peut se faire sur 4 semaines pour permettre aux seins de s'adapter. Pour commencer il faut remplacer la tétée la « moins aimée » de la journée en évitant celle du matin ou du soir. Quand les seins ne sont plus tendus (souvent après 2 à 3 jours) une autre tétée peut être remplacée sans sauter 2 tétées consécutives.

III CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications médicales sont rares :

- Galactosémie congénitale du nourrisson (déficit en galactose 1 phosphate uridyl transférase qui est une enzyme nécessaire au métabolisme du galactose (composé du lait))
- Séropositivité HIV en occident sauf si pasteurisation (dans le Tiers Monde, le rapport risque-bénéfice reste favorable à l'allaitement maternel),

Les contre-indications relatives sont : tuberculose évolutive, psychose, prise de médicaments toxiques (antithyroïdiens de synthèse en particulier).

En revanche, des seins petits, des mamelons ombiliqués, des antécédents de chirurgie mammaire, ne sont pas des contre-indications.

En fait, la principale contre-indication est le non désir d'allaiter qu'il faut savoir respecter : un biberon donné avec amour vaut mieux qu'un sein donné avec réticence ; il en va de la relation mère-enfant.

Une autre contre-indication est le cancer du sein en cours de traitement. À distance du traitement, l'avis du cancérologue est indispensable avant d'entreprendre l'allaitement. Il est de toute façon indispensable avant d'entreprendre une grossesse.

Les contre-indications temporaires sont : la consommation par la mère d'un aliment dont le goût déplaît au bébé qui refuse alors de téter, la prise maternelle de toxiques (alcool, cannabis...). L'infection d'un sein par engorgement (lymphangite ou abcès) n'exclut pas l'allaitement, mais il faut le vider avec un tire-lait ; le lait contaminé est jeté.

Attention, beaucoup de médicaments passent dans le lait, la mère doit toujours demander conseil au médecin ou la sage-femme avant d'y exposer son enfant.

IV ALLAITEMENT ET MÉDICAMENT

La prise de médicaments durant l'allaitement entraîne souvent un arrêt abusif de l'allaitement.

Malgré la rareté des effets indésirables observés chez des nourrissons allaités, de nombreuses femmes allaitantes et devant prendre des médicaments s'entendent dire qu'elles doivent arrêter d'allaiter. Si le prescripteur s'enquiert de la rubrique « grossesse et allaitement » du résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du dictionnaire Vidal, la conduite à tenir la plus couramment mentionnée est de déconseiller ou de contre-indiquer l'allaitement ceci pour éviter tout risque médico-légal. Il ne faut souvent pas se contenter de ces indications mais faire appel à des informations complémentaires actualisées.

La plupart des médicaments passent dans le lait. Cependant leur concentration y est généralement très faible et les quantités reçues par le nourrisson souvent infra-cliniques. Certains médicaments peuvent poser un risque significatif chez des enfants fragiles. Aussi, il est important de connaître les mécanismes de la pharmacocinétique et les données de la pharmacovigilance pour choisir le traitement posant le moins de risques d'effets indésirables. **En effet, la plupart des médicaments sont compatibles avec l'allaitement et ses bénéfices dépassent souvent les risques liés au traitement. Il est souvent possible de trouver une alternative thérapeutique compatible avec la poursuite de l'allaitement.**

V LACTARIUM

Il actuellement il existe 19 lactariums sur l'ensemble du territoire.

« Les lactariums répondent à des besoins de santé publique à l'intention des nouveau-nés pouvant difficilement ou ne pouvant pas recevoir un allaitement maternel direct. Ils assurent à cet effet une mission de collecte, de préparation, de qualification, de distribution et de délivrance du lait maternel, produit à finalité sanitaire dès lors qu'il est prescrit par un médecin pour un nourrisson. » (INSTRUCTION N° DGOS/R3/2010/459 du 27 décembre 2010 relative à l'autorisation et à l'organisation des lactariums : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2010/12/cir_32302.pdf)

Le lactarium est ainsi un centre de collecte de lait maternel, d'analyse, de traitement et de distribution auprès des établissements hospitaliers. Il a un rôle également de sélection des donneuses, de leurs dépistages, leurs accompagnements et les conseille. Le lait de femme collecté par les lactariums est délivré sur prescription médicale aux particuliers et aux hôpitaux. Son prix de vente est fixé par arrêté ministériel publié au Journal Officiel. Le don de lait n'est pas rémunéré en France.

Le lait de femme est indispensable pour les enfants prématurés, les nourrissons présentant certaines pathologies gastro-entérologiques, une insuffisance rénale sévère ou une intolérance très importante au lait de vache. C'est à ces enfants que le don de lait s'adresse prioritairement.

Toute femme qui allaite et désire donner son lait peut le faire. Conseillée par un professionnel de santé, un contact est pris avec le lactarium le plus proche de son domicile pour étudier la faisabilité de son projet (il existe des zones géographiques qui ne sont pas couvertes par la collecte). Pour des raisons de santé publique et afin d'assurer la qualité du lait maternel distribué, un dossier médical est constitué pour chaque donneuse.

Un entretien avec la maman allaitante ainsi qu'un questionnaire médical envoyé au médecin ayant suivi la maman pendant sa grossesse permettent de mettre à jour certains facteurs de risque (tabagisme, prise régulière de certains médicaments toxiques....) incompatibles avec le don de lait.

Un dépistage sérologique gratuit est pratiqué lors du 1er don à partir d'une prise de sang de la maman, et renouvelé tous les 3 mois pendant la durée du don pour contrôle de : virus de l'immunodéficience humaine, Hépatite B, Hépatite C, le virus T-lymphotropique humain (HTLV)

Le lactarium met gracieusement à la disposition de la donneuse le matériel nécessaire pour le recueil quelque soit la technique choisie : expression manuelle, tire-lait, port de coquilles pendant la tétée. Dans tous les cas des mesures d'hygiène simples doivent être scrupuleusement respectées :

- matériel de recueil lavé et dégraissé au liquide vaisselle puis stérilisé (L'alimentation lactée : <http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/besoinsvne/site/html/>)
- avant chaque recueil, lavage des mains et des seins avec un savon non parfumé, séchage avec un mouchoir jetable,
- le recueil terminé, le lait est refroidi sous un robinet d'eau froide puis placé dans la zone la plus froide du réfrigérateur (+4°C),
- si des coquilles sont utilisées pour recueillir le lait, le temps de port ne doit pas excéder la demi-heure, la température du corps étant favorable à la multiplication des germes.

Le lait peut ensuite être stocké au réfrigérateur puis au congélateur dans un récipient adéquat préalablement étiqueté. Dans tous les cas, il est collecté et transporté dans des glacières isothermes afin de respecter la chaîne du froid.

Après contrôle bactériologique et contrôle d'authenticité pour éliminer toute adjonction, le lait décongelé est pasteurisé à 58°C pendant 1 heure ou à 63°C pendant 30 minutes. Ce procédé peut détruire des composants comme les cellules B, les cellules T, les

macrophages et les neutrophiles. Une récente étude a mis en évidence que certains facteurs immunologiques, dont des cytokines pro-inflammatoires et des facteurs de croissance, sont aussi affectés par la pasteurisation. Les gangliosides et les acides gras polyinsaturés à longues chaînes eux ne sont pas modifiés.

Il peut alors être distribué. Si il est congelé, sa conservation à -18°C est possible pendant 6 mois. S'il a été lyophilisé, sa conservation à température ambiante sera de 18 mois.

VI BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES

VI.1 BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie : Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS et al, Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. Birth. 2009 Jun, 36 (2), 97-109

Bibliographie : Ewaschuk J B, Unger S, O'Connor D L, Stone D, Harvey S et al, Effect of pasteurization on selected immune components of donated human breast milk. Journal of Perinatology 2011, 31, 593–598

Bibliographie : Girard L, De la première rencontre à la première tétée ; observer l'intimité. Les dossiers d'obstétrique, novembre 2011, n°409, 3-9

Bibliographie : Harter T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight : a meta-analysis. Am J Epidemiol 2005, 162(5), 397-403

Bibliographie : HAS, Favoriser l'allaitement maternel processus-évaluation 2006, 55p

Bibliographie : HAS, Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, recommandations, Mai 2002, 177p

Bibliographie : International Lactation Consultant Association . Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding. Raleigh(NC), ILCA, june 2005, 32p

Bibliographie : Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K, Postpartum maternal oxytocin release by new-borns : effects of infant hand massage and sucking. Birth, 2001 mar,28(1),13-9

Bibliographie : Rigourd V, Cheung K, Amirouche A, Serreau R, Allaitement et médicaments. EMC-obstétrique, avril 2012,7 (2)

Bibliographie : Widtröm AM, Lilja G, Aaltomaa-Michallias P, Dahllöf A et al, Newborn behavior to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr., 2011 Jan, 100(1),79-85

Bibliographie : Winnicott D.W. La nature humaine. collection connaissance et l'inconscient, Gallimard, 1990, 216p

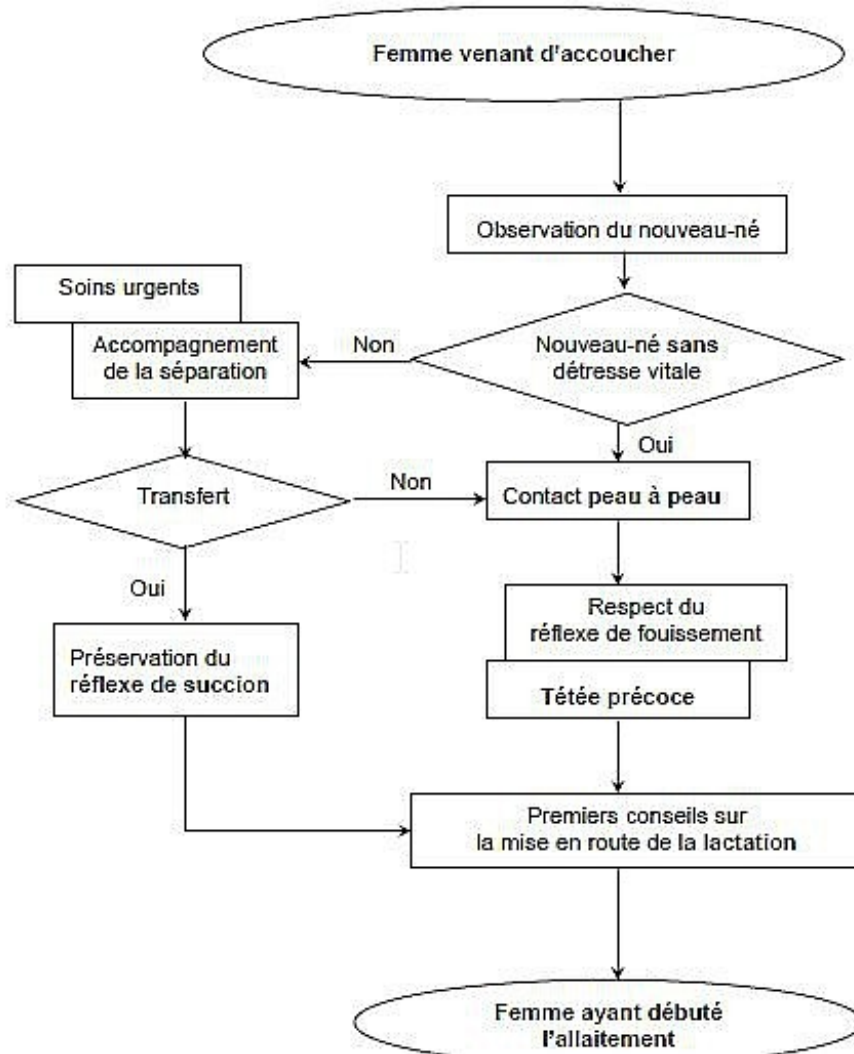
VI.2 ANNEXES

Figure 2 : Les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » d'après OMS/UNICEF, 1999

Dix conditions pour le succès de l'allaitement
<ul style="list-style-type: none">- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de la pratique de cet allaitement- Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique

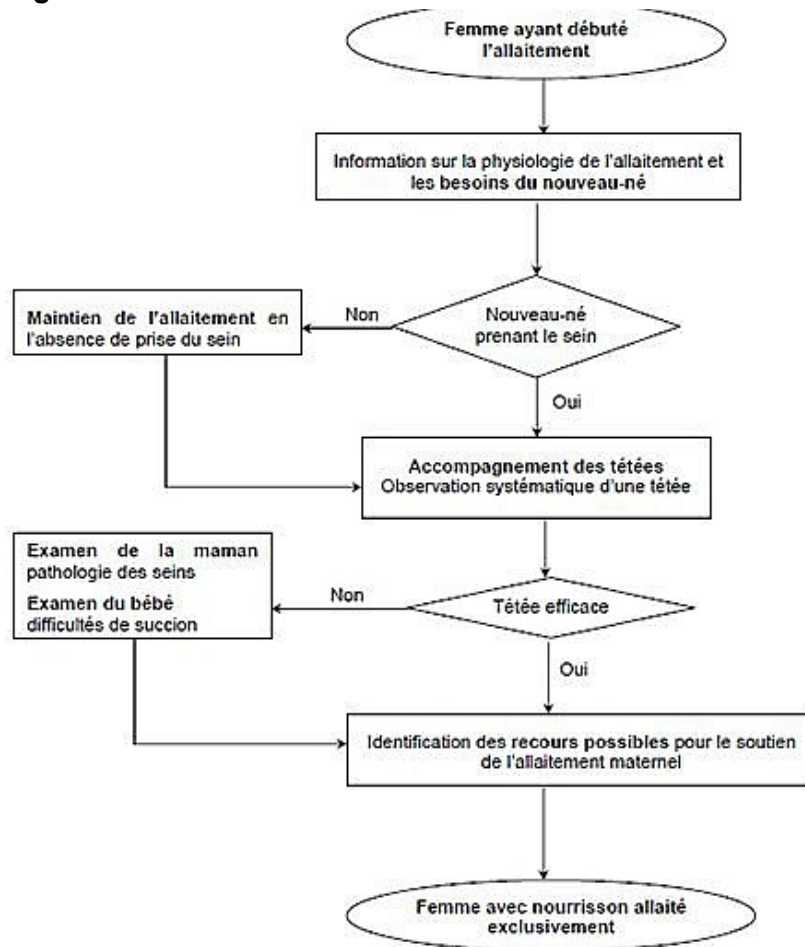
Source : Allaitement maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, recommandations, HAS, Mai 2002

Figure 3 : Processus de démarrage de l'allaitement maternel



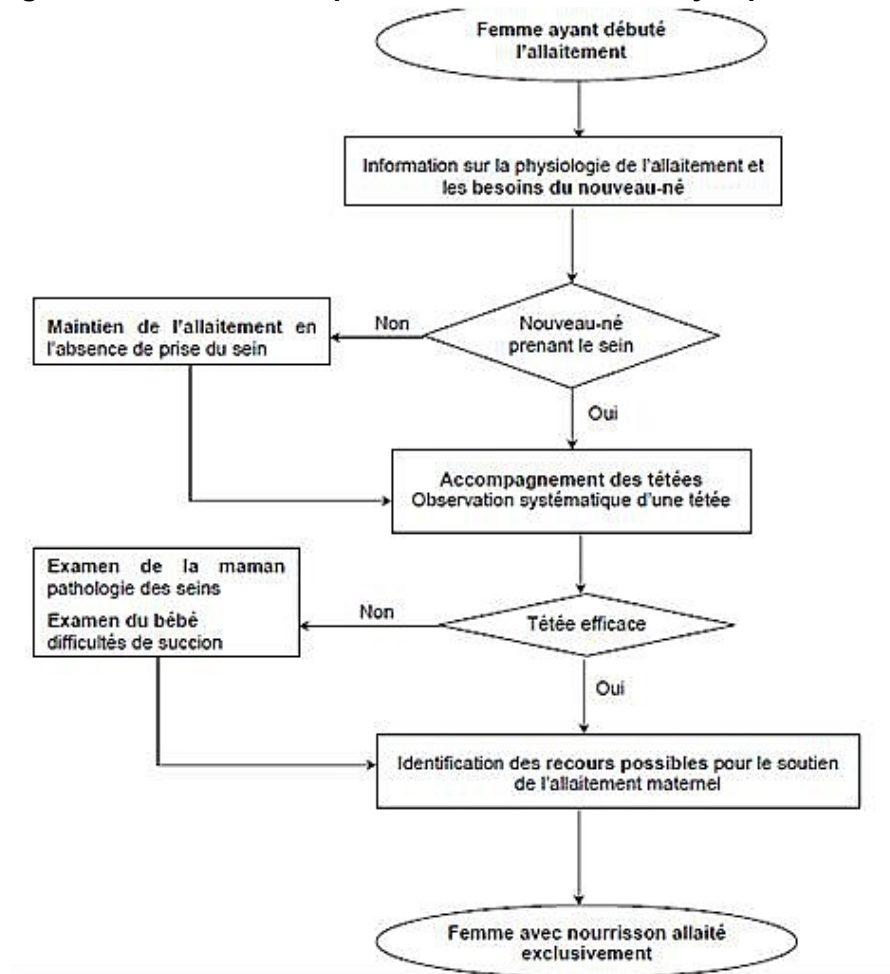
Source : Favoriser l'allaitement maternel processus-évaluation, HAS 2006

Figure 4 : Processus de l'installation de l'allaitement exclusif



Source : Favoriser l'allaitement maternel processus-évaluation, HAS 2006

Figure 5 : Processus de poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage



Source : Favoriser l'allaitement maternel processus-évaluation, HAS 2006