

Cas cliniques ... cas cliniques

Utilisation du lait humain : 3 cas

Stories of success : the use of donor milk is increasing in North America. MR Tully, L Lockhart-Borman, K Updegrave. *J Hum Lact* 2004 ; 20(1) : 75-77.

Le lait humain a été utilisé avec succès pour traiter diverses pathologies chez des enfants. Les auteurs présentent 3 cas d'utilisation de lait humain provenant d'un lactarium pour traiter des enfants présentant des problèmes spécifiques. En 2002, plus de 300 enfants et 15 adultes ont reçu du lait humain provenant des 6 lactariums américains et du lactarium canadien.

Lyla est née à 39 semaines, avec un syndrome vélocardiofacial (ou syndrome de DiGeorge, ou microdélétion 22q11). Il associe dans sa forme complète une cardiopathie congénitale de type conotruncal, une fente palatine ou une insuffisance vélaire, une dysmorphie faciale, une hypoplasie du thymus et des parathyroïdes, et un retard mental. En raison des anomalies buccales, le bébé ne pouvait pas être mis au sein, et la mère a commencé à tirer son lait pour le donner à son bébé à l'aide d'un biberon spécial. L'état de santé de l'enfant a nécessité de fréquentes hospitalisations, et la sécrétion lactée de la mère a baissé. De nombreux laits industriels ont été utilisés, mais l'enfant ne les tolérait pas (vomissements, selles sanglantes, perte de poids). Du lait humain provenant d'un lactarium a été introduit alors que le bébé avait 5 semaines, et son état clinique s'est alors rapidement amélioré. A 3 mois, Lyla en recevait environ 1 litre, et 680 ml à 6 mois. Les solides ont été introduits à 8 mois, et l'enfant s'est avérée être allergique à l'arachide. A 17 mois, elle tolérait suffisamment bien l'alimentation solide pour que le don de lait humain soit stoppé. A l'âge de 2 ans, son état est satisfaisant, bien meilleur que ce qui était prévisible, en particulier à cause des problèmes immunitaires liés à l'hypoplasie du thymus. Le lait humain qu'elle a reçu lui a apporté des anticorps particulièrement utiles dans son cas, et a éventuellement favorisé son développement neurologique.

En dépit de l'hospitalisation de la mère, Grace est née à 28 semaines, la première de triplés (les 2 autres enfants sont nés à 35 semaines et 4 jours). Elle pesait 670 g. Elle a été nourrie avec du lait humain provenant d'un lactarium, jusqu'au moment où la mère a pu commencer à tirer son lait après la naissance des autres enfants. Elle a reçu du lait provenant de mères de prématurés jusqu'à 34 semaines d'âge gestationnel, puis du lait de mères ayant accouché à terme par la suite. A 8 semaines, elle pesait 1815 g et prenait 55 à 85 g de lait humain par repas.

Shea est né à terme, mais a passé ses 6 premiers mois de vie à l'hôpital en raison d'une intolérance au lait industriel, avec reflux, stagnation staturo-pondérale, et syndrome de malabsorption. Une chirurgie de correction de sa malrotation intestinale, effectuée à 7 semaines, a amélioré la symptomatologie sans la supprimer. L'enfant ne tolérant absolument aucun lait industriel, il a commencé à recevoir du lait humain à partir de 6 mois. A partir de ce moment, son état s'est considérablement amélioré. A l'âge de 18 mois, il reçoit toujours du lait humain, et on ignore pendant combien de temps il en aura encore besoin. Il tolère très peu d'aliments, et le lait humain constitue la pres-

que totalité de son alimentation. En 12 mois, il en a consommé près de 234 litres.

Ces cas sont particulièrement spectaculaires. Mais le lait humain peut être utilisé dans de nombreuses circonstances. Au fur et à mesure qu'on prend conscience de l'intérêt de cette utilisation, la demande va augmenter. Il est donc important, pour les lactariums, de trouver suffisamment de mères donneuses.

Circonstances ayant donné lieu à l'utilisation de lait humain provenant d'un lactarium en Amérique du nord en 2002 :

- Bébés adoptés souffrant de mucoviscidose, ayant été exposés à l'alcool ou à la drogue pendant la grossesse, ou présentant une intolérance aux laits industriels ;
- Bébés ayant des antécédents d'allergie, une intolérance aux laits industriels, ou nés prématurément ;
- Bébés présentant une anomalie chromosomique ou congénitale ;
- Stagnation staturo-pondérale chez un enfant né à terme ou un prématuré ;
- Problèmes digestifs : diarrhée chronique, maladie de Hirschprung, entérocolite ulcéronécrosante, syndrome de l'intestin court ;
- Problèmes immunitaires ;
- Maladie métabolique ;
- Enfants multiples ;
- Problèmes chez la mère : traitement médical contre-indiquant l'allaitement, sécrétion lactée insuffisante, maladie grave ;
- Traitement post-chirurgical après correction d'une malformation cardiaque, d'une fente labiale ou palatine, d'une chirurgie digestive ;
- Traitement chez des adultes : cancer, insuffisance rénale, insuffisance immunitaire, syndrome du colon irritable ;
- Etudes sur le lait humain.



La Clinique de Pforzheim (Allemagne) fournit aux mères admises dans le service de maternité des berceaux « side-car » permettant au bébé de dormir près de sa mère, et qui facilitent l'allaitement pendant la nuit.

Toute histoire d'engorgement qui traîne doit faire évoquer un abcès

Marie Courdent, infirmière, puéricultrice, animatrice LLL, consultante en lactation IBCLC, formatrice LLL France Formation. Lille (59).

Mme L a accouché le 25 novembre 2003 d'une petite fille qui pesait 2,875 kg prénommée Lou. En salle de naissance, il n'a pas été proposé à Mme L d'allaiter sa fille, et occupée à découvrir Lou, elle ne l'a pas demandé. L'enfant a été mise au sein environ quatre heures après sa naissance, une fois Mme L installée dans sa chambre.

Pendant tout le temps passé à la maternité, les mises au sein ont été difficiles et cela, plus encore, pendant la « montée de lait ». L'enfant n'arrivait pas à prendre le sein seule, Mme L avait besoin de l'aide du personnel de la maternité à chaque tétée. La « montée de lait » a été douloureuse. Les seins sont devenus très volumineux et très durs. Les deux seins ont été enduits d'Osmogel[®] et bandés pendant deux nuits complètes. Il a été conseillé à Mme L de prendre des douches chaudes et d'exprimer le lait de ses seins. Mme L est parvenue à vider son sein droit mais pas le gauche. A chaque tétée, Mme L ne proposait qu'un sein à l'enfant et mettait une coquille sur le sein « au repos » pour que le lait s'évacue. Bien informée durant les cours de préparation à la naissance des risques de crevasses en cas de mauvaise position au sein, Mme L a fait attention et n'a jamais eu de crevasses.

En sortant de la maternité, le sein droit de Mme L était souple et elle pouvait facilement en exprimer le lait tandis que le sein gauche était partiellement engorgé. Cet engorgement s'est amplifié et s'est localisé à la partie inférieure et centrale du sein. La maman pouvait sentir une zone dure, chaude, douloureuse. Mme L essaiera tout pour réduire l'engorgement (douches chaudes et massages ; application de feuilles de choux ; faire téter l'enfant en variant les positions tout autour du mamelon ; application d'Osmogel[®], etc...). Elle achètera un tire-lait qui ne lui sera pas utile pour résoudre cette difficulté.

Face à cette gêne et à cette douleur que Mme L. ressentait en permanence dans le vie courante, elle a consulté. A la première consultation, le lundi 15 décembre, son médecin généraliste l'a examinée et a déclaré que ce n'était qu'un engorgement. Le 16 décembre, sa gynécologue confirme l'engorgement. Elle prescrit la poursuite des cataplasmes d'Osmogel[®] pour applications nocturnes.

Le 23 décembre Mme L. revoit son médecin généraliste. Il presse son mamelon d'où s'écoule du lait clair et il en déduit qu'il n'y a pas de pus et donc pas d'abcès. Peut être a-t-il pensé au signe de Budin, caractéristique purement française (sa mention n'apparaît dans aucune publication médicale internationale). Il prescrit à la maman de l'acide tiaprofénique pendant 5 à 7 jours, traitement à débiter le jour même, et de l'amoxicilline (1 g matin et soir pendant 5 à 6 jours) à commencer en l'absence d'amélioration dans les quelques jours.

Le 23 décembre Mme L appelle une animatrice LLL, consultante en lactation IBCLC qui, au vu de cet engorgement qui dure depuis près d'un mois, qui s'est progressivement localisé, et dont la douleur s'aggrave sous antibiothérapie, envisage la constitution d'un abcès. Elle explique à la mère que le dia-

gnostic ne se fait pas en pressant un peu de lait du mamelon car rien ne prouve que le lait qui en sort vienne de la zone justement bloquée. L'abcès ne peut être détecté que par un contrôle échographique. Elle encourage Mme L à retourner au service des urgences de la maternité où elle a accouché.

Le 24 décembre Mme L consulte aux urgences, est examiné par une interne qui ne prescrit ni échographie, ni prélèvement de lait pour une étude bactériologique. L'interne diagnostique un engorgement sans signe inflammatoire, sans adénopathie. La patiente n'a pas de température lors de l'examen. L'interne conseille à Mme L de surveiller sa température, d'effectuer des massages sur le sein, de poursuivre les applications d'Osmogel[®], et de prendre de l'aspirine. Il est demandé à Mme L de revenir sous 48h si les symptômes persistent.

Le 26 décembre Mme L se représente aux urgences en ayant de plus en plus mal, les mêmes examens sont effectués. Mme L précise qu'elle a de la température, qu'en tentant de presser son sein du pus en est sorti. Cela n'est pas constaté pendant l'examen. Le diagnostic de lymphangite est posé. Mme L peut poursuivre l'allaitement. L'interne prescrit de l'amoxicilline et un antalgique (paracétamol-dextropropoxyphène).

Le sein devient de plus en plus douloureux et dur. La partie douloureuse s'étend et la maman a des pics fébriles (grelottements, sueurs...). Le bébé n'arrive plus à prendre le sein. Mme L retourne donc aux urgences le 27 décembre. Elle est revue par la même interne qui fait appel à un interne de chirurgie. Celui-ci prescrit du tramadol-paracétamol (Ixpri[®], 1 comprimé trois fois par jour), du diclofénac (1 comprimé par jour), du paracétamol selon la douleur. Il demande à Mme L de réaliser une échographie mammaire en externe et de revenir avec les résultats. L'arrêt de l'allaitement est prescrit pendant la durée de ce traitement, mais elle peut continuer à tirer son lait au sein droit non douloureux pour maintenir la stimulation afin de reprendre l'allaitement ensuite.

Mme L arrête l'allaitement le 27 décembre. Lou est donc sevrée brutalement, prend son premier biberon sans difficulté et s'habitue doucement au lait industriel. L'enfant a plus de difficulté à faire ses selles. De la trimébutine lui sera prescrit ultérieurement. Le lundi 29 décembre le radiologue de ville visualise en écho une masse de 6 à 7 cm de diamètre, rétro-mammellaire, profonde, échogène, se déformant sous la pression de la sonde. Cette image est compatible avec un abcès à contenu épais.

Le 30 décembre, Mme L voit un chirurgien aux urgences de la maternité, qui l'hospitalise le soir même. Il explique à la mère que « vu le volume de l'abcès, une antibiothérapie seule ne sera plus efficace », et qu'une intervention sous anesthésie générale est nécessaire. Le 31 décembre, Mme L est opérée. Une incision sous aréolaire semi-circulaire de deux cm est pratiquée au bistouri jusqu'à la coque de l'abcès. Son contenu est aspiré, et des prélèvements bactériologiques sont effectués. Ils reviendront positifs au Staphylocoque doré multisensible. Deux lames de

Delbet sont posées pour permettre le drainage et le nettoyage de la cavité au sérum physiologique bétadiné. Le 3 janvier 2004 Mme L sort de l'hôpital avec une prescription pour des pansements quotidiens réalisés par une infirmière jusqu'à cicatrisation. Elle est sous amoxicilline pendant 10 jours, et peut prendre du paracétamol selon la douleur.

Elle n'aura pas de traitement pour stopper la lactation. Le lait s'écoulera de sa plaie et de ses seins jusqu'à ce qu'elle se tarisse. A cause du retard apporté au diagnostic d'abcès, Madame L a vécu une expérience très douloureuse au niveau physique mais aussi en ce qui concerne son projet d'allaiter sa fille. A ce jour, elle ne sait pas si elle osera allaiter ses autres enfants tant elle appréhende de vivre à nouveau ce cauchemar.

La consultation en lactation

Nadia Faradji. Soins Pédiatrie-Puériculture 2003 ; 213 : 24-25.

Une consultation de lactation existe depuis novembre 2001 à Drancy à l'initiative du Conseil Général de Seine Saint Denis, conduite par l'auteur, sage-femme en PMI et consultante en lactation IBCLC. Les familles sont adressées par des professionnels de santé qui souhaitent un avis spécialisé, et chaque consultation dure environ 1 heure. L'auteur présente ici quelques cas.

Malika vient avec son bébé de 10 jours, et souhaite une re-lactation. Elle a allaité son premier enfant sans problème, mais a subi une chirurgie de réduction mammaire entre ses 2 grossesses. Comme son bébé perdait toujours du poids à J4, on a insisté pour qu'elle cesse d'allaiter. Elle a pris de la bromocriptine pendant 3 jours. Après son premier accouchement, elle avait eu une montée de lait tardive (au 5ème jour), et on peut donc supposer que cette fois aussi elle aurait fini par avoir sa montée de lait si on ne lui avait pas donné de la bromocriptine à J4. Le chirurgien qui l'a opérée a confirmé que le mamelon n'a pas été détaché et que la glande mammaire a été très peu touchée. Une tentative de mise au sein pendant la consultation donne un résultat mitigé, et la consultante propose à la mère d'allaiter avec un DAL, et de prendre du dompéridone. 2 semaines plus tard, le bébé est presque complètement allaité.

Nhu Ngoc vient consulter avec son bébé de 9 jours pour des douleurs insupportables, ayant débuté dès les premières mises au sein. Le bébé a reçu un biberon dès sa naissance, et la mère n'a pu le mettre au sein pour la première fois que 8 heures après la naissance, alors qu'elle souhaitait allaiter exclusivement. La montée de lait a été très douloureuse, et cette mère n'a reçu aucun soutien. Après sa sortie de maternité, la mère a décidé de donner un seul sein par jour pour laisser l'autre au repos. La tétée pendant la consultation permet à la consultante en lactation de corriger la mise au sein, ce qui se traduit par une amélioration immédiate du confort de la mère. Il est suggéré à la mère de donner les deux seins à chaque tétée, et d'augmenter la fréquence des tétées ; une prescription pour une pommade à la lanoline purifiée est aussi donnée. Une semaine plus tard, les choses vont beaucoup mieux, les crevasses ont disparu, le bébé tète beaucoup plus efficacement, il a pris du poids.

Stéphanie est adressée par un pédiatre pour une douleur intense au moment des mises au sein. Son bébé a 10 jours. Elle a d'importantes crevasses sur les 2 seins, apparues dès le lendemain de l'accouchement. Le bébé se met à pleurer pendant l'installation de la mère pour une tétée, ce qui permet de constater une langue « en cœur », révélatrice d'un frein de la langue très serré. Les parents acceptent d'aller consulter un pédiatre ORL, qui pratiquera la section du frein de la langue. Dès la première tétée suivante, la mère sent immédiatement la diffé-

rence, et quelques jours plus tard les crevasses sont totalement guéries.

L'aide apportée a permis à ces femmes de vivre l'allaitement qu'elles souhaitaient. Il est nécessaire de rester modeste quant aux résultats, et de ne pas essayer d'aller plus loin que ce qui est souhaité par les mères. Un soutien psychologique est nécessaire pour les femmes qui vivent l'allaitement comme un échec. Il faudrait davantage de consultations de lactation, afin de fournir aux mères une aide appropriée. La plupart des femmes, une fois les problèmes résolus, retrouvent confiance en elles. Les échecs de l'allaitement ne devraient plus être considérés comme la conséquence d'un manque de motivation de la mère.

Le CREFAM

Centre de Recherche, d'Évaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel
prépare à l'examen de consultant en lactation IBCLC

Formule de base : 150 € par jour

Les 9 premiers jours de la formule complète.

Formule complète : 140-150 € par jour

24 journées de formation (150 heures de formation + 18 heures d'entraînement aux questions de l'examen), en 7 ou 8 modules + 40 heures de stage pratique, rédaction et présentation d'un mémoire

Dates des premiers modules préparant à l'examen de 2006 :

2006 – I – 1^{er} module : 26 au 28 novembre 2004
2006 – II – 1^{er} module : 28 au 30 janvier 2005
2006 – III – 1^{er} module : 19 au 21 janvier 2005

Module fondamental

16 au 19 décembre 2004

Anatomie, physiologie, sociologie, nutrition, développement de l'enfant, relation d'aide, terminologie médicale.

Lieu : Paris ou la banlieue parisienne

Autres lieux sur demande

Renseignements et inscriptions :

CREFAM - Laure Marchand-Lucas

7 avenue de la Porte de Choisy – Esc 5 – 75013 PARIS

Tél : 01 45 82 03 94 – Fax : 01 45 86 62 36

FormationCREFAM@aol.com

Allaitement d'un bébé présentant une trisomie 21

Cas présenté par Marion Maglione, Grenoble (38), et Isabelle Stefan, animatrice LLL.

Cette mère a accouché de son second enfant, un petit garçon, à 37 semaines d'âge gestationnel. Il pesait 2350 g. Le bébé a peu tété en post-partum immédiat, et la sage-femme a dit à la mère qu'il allait peut-être falloir lui donner des biberons de lait industriel. La mère avait dû sevrer son premier enfant à l'âge de 6 mois en raison de conseils inadéquats, et elle souhaitait vivement allaiter nettement plus longtemps son second enfant. Elle a donc déclaré que si son bébé devait recevoir des compléments, il recevrait à la seringue le lait qu'elle aurait tiré pour lui. C'est ce qui a été fait, dès J2, car le bébé dormait beaucoup et sa glycémie baissait.

A J3, le diagnostic de trisomie 21 a été posé. Malgré le choc, la mère était bien déterminée à poursuivre l'allaitement, en dépit de l'hypotonie du bébé, qui rendait les tétées difficiles : il s'endormait, et avait du mal à prendre le sein correctement. La mère a continué à lui donner son lait à la seringue en plus des tétées pendant tout le premier mois : dès qu'elle cessait de le faire, il ne prenait presque plus de poids. Elle a aussi commencé à utiliser un bout de sein sur l'un des seins pour le début de la tétée, car le bébé n'arrivait pas à le prendre. Malheureusement, le bébé s'est très rapidement habitué au bout de sein, et n'a plus voulu que la mère l'enlève, puis l'a voulu sur les deux seins. Il obtenait moins de lait avec les bouts de sein, et la mère a dû augmenter la quantité de compléments donnés.

Le bébé était âgé de 1 mois lorsqu'on a constaté qu'il souffrait d'une malformation cardiaque (communication interventriculaire importante, et fuite de la valve mitrale). On a expliqué aux parents qu'une chirurgie cardiaque serait pratiquée lorsque l'enfant aurait 3 à 4 mois. Le cardiologue a aussi dit à la mère que les tétées étaient trop fatigantes pour le bébé, et qu'elle devait lui donner son lait au biberon. Mais le bébé refusait le biberon. La mère s'est alors souvenue du conseil d'une sage-femme lorsqu'elle était encore à la maternité, qui lui avait montré comment nourrir son bébé à l'aide d'un dispositif d'aide à l'allaitement (DAL) artisanal constitué d'une sonde de gavage passée par le trou de la tétine d'un biberon et fixée sur le sein. La mère a contacté cette sage-femme, qui lui a procuré des sondes. La mère a commencé à donner les compléments (uniquement son lait) à son petit garçon à l'aide de cette technique, jusqu'au moment de l'opération. La prise de poids du bébé a été excellente. Lors d'une hospitalisation de l'enfant pour décompensation cardiaque à 3 mois, la cardiologue du service a découvert cette technique, qu'elle a trouvée très intéressante, et elle a soutenu totalement la mère dans son allaitement.

La chirurgie a été plus difficile que prévu. La valve mitrale était mal positionnée, il a fallu la déplacer pour pouvoir fermer la CIV. La fuite mitrale en a été aggravée, et l'arrêt cardiaque a été évité de peu. La mère a continué à tirer son lait pour que son petit garçon puisse le recevoir dès la reprise de l'alimentation orale. Le lait transitait par un lactarium. Plusieurs essais d'extubation ont été nécessaires avant la reprise de l'alimentation orale. La mère a alors tiré son lait le plus possible au chevet de son bébé (il était conservé pendant 6 heures dans le service*) pour qu'il puisse recevoir son lait frais et éviter le long délai du passage par le lactarium. Le bébé a accepté un

biberon pour son premier repas, puis il n'en a plus voulu par la suite. L'équipe soignante l'a alors nourri au compte-goutte, et une infirmière a accepté d'utiliser une soft-cup Medela fournie par la mère. Quand le bébé est sorti de réanimation, on a dit à la mère qu'il était trop faible pour téter, et qu'il était hors de question de lui donner des compléments au sein avec le DAL utilisé par la mère. On lui a même dit qu'il ne fallait pas utiliser de compte-goutte, car son bébé devait réapprendre à téter, et qu'il ne pouvait le faire qu'avec un biberon. La mère n'a pas réussi à faire respecter son désir de mettre son enfant au sein, et le biberon a été imposé au bébé (ce qui n'a pas été sans grosses difficultés).

Lorsque la mère a été autorisée à remettre son bébé au sein, 10 jours après la chirurgie, on lui a dit de peser son enfant avant et après la tétée, et de donner un complément au biberon s'il n'avait pas pris assez de lait. Mais après avoir repris le sein, le bébé a totalement refusé les biberons. Il ne prenait pas beaucoup de lait au sein, et la sécrétion lactée de la mère avait baissé suite au stress vécu depuis que son enfant était hospitalisé. Elle a ressorti son DAL pour donner les compléments, sans en parler à l'équipe soignante, et le bébé a recommencé à prendre du poids. Il est sorti 12 jours après la chirurgie et seulement 4 jours après sa sortie de réanimation car il allait très bien, alors que 3 semaines d'hospitalisation étaient prévues au départ. La mère est certaine que l'allaitement était en bonne partie à l'origine de l'amélioration rapide de l'état de son enfant (il tétait plus ou moins en permanence).

La mère a continué à lui donner des compléments (toujours de son lait) pendant quelques jours après le retour au domicile, à l'aide de son DAL. Puis elle a réussi à supprimer les bouts de sein, en provoquant la montée de lait par un massage juste avant de mettre son bébé au sein. Elle a constaté que son bébé obtenait alors beaucoup plus de lait, et elle a pu aussi arrêter le don de compléments. Vers 5 mois 1/2, le bébé a fait une grève de la tétée de plusieurs semaines, pour une raison inconnue. A partir du moment où il a recommencé à prendre le sein, les tétées ont toujours dû se passer au calme et dans la pénombre, sinon le bébé se laissait distraire très facilement. Même ainsi, les tétées étaient courtes. La mère en a augmenté la fréquence, et a commencé à introduire les solides à 6 mois, à la cuillère.

L'enfant a actuellement 15 mois, il est toujours allaité et sa santé est excellente. Il ne présente qu'une hypotonie légère, et aucune hypotonie au niveau buccal, ce qui est exceptionnel chez un enfant trisomique. L'allaitement favorise le développement de toute la musculature faciale, et semble donc avoir été particulièrement bénéfique pour ce bébé. Une nouvelle chirurgie cardiaque ne semble pas nécessaire, contrairement au pronostic du chirurgien après la première chirurgie. La mère compte bien allaiter son petit garçon le plus longtemps possible.

** NDLR : La circulaire n°97/785 du 16 décembre 1997 stipule que le lait tiré depuis moins de 12 heures peut être donné directement à l'enfant à condition que les tests sérologiques aient été effectués chez la mère.*

Colite hémorragique chez les nourrissons en allaitement maternel exclusif

S Sorea, A Dabadie, L Bridous-Henno, M Balançon-Morival, H Jouan, E Le Gall.
Arch Pediatr 2003 ; 10 : 772-75.

Des rectorragies peuvent être constatées chez des enfants exclusivement allaités, ce qui doit faire penser à une allergie à des molécules alimentaires passant dans le lait maternel. Les auteurs rapportent ici le cas de 6 enfants exclusivement allaités ayant présenté des rectorragies avant l'âge de 3 mois.

4 enfants étaient nés à terme, et 2 étaient nés à respectivement 31 et 34 semaines. La mère d'un des enfants avait un terrain atopique et une maladie de Crohn. Tous les enfants ont présenté une rectorragie isolée, apparue entre 1 et 2 mois. Une endoscopie rectosigmoïdienne a été effectuée, et a montré une congestion muqueuse. Des biopsies ont été effectuées chez 5 enfants, retrouvant dans tous les cas une infiltration par des éosinophiles.

Le seul traitement prescrit en première intention a été l'éviction des protéines du lait de vache de l'alimentation ma-

ternelle. Les rectorragies ont disparu chez 5 enfants. Chez le 6ème, les symptômes ont perduré jusqu'au sevrage, mais l'éviction totale des protéines du lait de vache de l'alimentation maternelle n'a pas pu être affirmée. Au moment du sevrage, tous les enfants ont reçu un hydrolysate. La réintroduction du lait de vache a été effectuée entre 6 et 23 mois avec succès. L'enfant chez qui elle a été la plus tardive (23 mois) a par la suite développé d'autres allergies alimentaires.

Les nourrissons exclusivement allaités peuvent développer une allergie aux protéines contenues dans l'alimentation maternelle excrétées dans le lait. Les causes physiologiques qui sous-tendent les rectorragies hémorragiques allergiques restent mal connues. L'évolution est habituellement rapidement favorable après éviction des protéines du lait de vache de l'alimentation maternelle.

Utilisation de Niplettes

Niplette use – Success so far. Elise Morse-Gagne. Animatrice LLL, Consultante en lactation. Bath (USA).

Cette mère avait des mamelons très rétractés, et elle n'a pas réussi à allaiter ses 2 premiers enfants. Après de multiples tentatives sans résultat pour mettre ses enfants au sein, elle a tiré son lait pendant quelques mois pour chacun d'entre eux. Lorsqu'elle a été de nouveau enceinte, il s'est avéré qu'elle attendait des jumeaux. Bien que découragée suite aux échecs des précédents allaitements, elle a décidé d'essayer à nouveau d'allaiter. Elle s'est adressée à une consultante en lactation pour savoir s'il existait une opération chirurgicale qui permettrait à ses mamelons de ressortir.

La consultante en lactation s'est renseignée, et a entendu parler de la Niplette (petit appareil conçu pour permettre de faire ressortir le bout de sein en le tirant par aspiration ; vendu par paire, par Avent). Bien que sceptique quant à son efficacité, elle a transmis des informations sur le sujet à la mère et à son médecin. La mère a décidé d'essayer, alors qu'elle était enceinte de 5 mois. Elle a pu en porter pendant 2 mois (il est recommandé d'arrêter de les utiliser à 7 mois de grossesse). Elle a commencé par les porter pendant 12 heures par jour, mais a dû diminuer ce temps pour cause de mamelons douloureux. Elle n'a pas eu de problèmes de contractions utérines. Ses mamelons sont ressortis de plus en plus au fil des semaines, et lorsqu'elle a arrêté d'utiliser les Niplettes, ses mamelons étaient ressortis la plupart du temps. Quelques semaines après avoir cessé de les utiliser, les mamelons avaient tendance à se rétracter à nouveau, mais ils ressortaient facilement au froid.

Le travail s'est déclenché spontanément à 35 semaines 1/2, soit 2 semaines avant la césarienne programmée en raison de la présentation en siège des 2 enfants. Elle a accouché par césarienne. Les bébés pesaient 2239 g (une fille) et 2409 g (un garçon). Quelques heures après l'accouchement, l'état clinique des bébés était stable, et ils ont été amenés à la mère. Le petit garçon a été mis au sein facilement, et il a tété efficacement pendant environ 10 mn. La petite fille était plus somnolente, et la première tétée est survenue alors qu'elle était âgée de 17-18 heures. Par la suite, les 2 bébés ont pris le sein régulièrement, et ont eu des urines et des selles régulières.

La mère a des mamelons volumineux, bosselés, peu sail-lants, très denses, et ils ont tendance à rentrer à l'intérieur du sein dès qu'on appuie de chaque côté de l'aréole, mais il est possible de les faire ressortir en appuyant fermement en dessous et de chaque côté. La mère ne cherche pas à les faire ressortir, elle laisse ses bébés se débrouiller. La mère dit souhaiter vivement allaiter, mais refuse obstinément toutes les suggestions faites par la consultante en lactation pour rendre les choses plus faciles pour les bébés. Toutefois, ces derniers semblent se débrouiller parfaitement. Ils reçoivent suffisamment de lait, et leur succion n'est pas douloureuse pour la mère.

Les Niplettes auront permis à cette mère de réussir le démarrage de l'allaitement. Elles lui ont redonné confiance en elle à la mère, elles ont permis aux mamelons de s'assouplir suffisamment pour que les bébés arrivent à prendre le sein, sans que la mère présente de problèmes de mamelons douloureux.