

Cas cliniques ... cas cliniques

Dystrophie polykystique ovarienne et allaitement

PCOS and breastfeeding. CG Kelley. Breastfeed Update 2003 ; 3(3) : 6-7.

À 4 semaines, ce bébé exclusivement allaité à la demande ne pesait pas plus que son poids de naissance. Le pédiatre consulté par la mère lui a dit qu'elle devait immédiatement commencer à lui donner des suppléments de lait industriel, sinon le bébé devrait être hospitalisé. La mère, après en avoir discuté avec une consultante en lactation, a commencé à donner ces suppléments avec une seringue, et à tirer son lait après chaque tétée.

En 48 heures, le bébé a pris 225 g. Mais l'expression du lait n'a pas permis à la mère d'augmenter sa production lactée. Elle a continué à le tirer jusqu'à 7 mois post-partum avant de renoncer, et elle a allaité son bébé en utilisant un DAL sur le sein, rempli de lait industriel, jusqu'à environ 2 ans. Elle était heureuse d'avoir pu bénéficier d'une relation d'allaitement gratifiante, mais frustrée de ne pas avoir pu allaiter « normalement ». Pendant son allaitement, elle a eu l'occasion de lire un article sur l'impact négatif de la dystrophie polykystique ovarienne sur la sécrétion lactée. Or, ce syndrome avait été diagnostiqué chez elle. Elle a donc cherché à en savoir davantage.

Ce problème touche 5 à 10% des femmes, et peut induire des troubles de la pilosité, une obésité, des cycles irréguliers, une résistance à l'insuline, et des difficultés à débiter et maintenir une grossesse, ainsi que des problèmes d'allaitement. Il existe de nombreuses formes de dystrophie polykystique, ce qui rend difficile de prédire l'impact sur l'allaitement : certaines femmes allaiteront tout à fait normalement, d'autres n'auront pas assez de lait, d'autres auront une sécrétion lactée surabon-

dante. Pendant sa grossesse, cette mère n'avait constaté à peu près aucune augmentation de volume de ses seins. Mais elle en a constaté une pendant sa seconde grossesse, après laquelle elle a pu allaiter normalement.

La première chose à faire pour aider ces mères est de veiller à une pratique optimale d'allaitement afin de maximiser la production lactée. On peut tenter la prise de médicaments ou de plantes galactogènes, mais le résultat est aléatoire et imprévisible. La prise de progestérone et de metformine pendant la grossesse est utilisée dans certains cas pour favoriser le maintien de la grossesse ; ce traitement peut aussi favoriser le développement de la glande mammaire, et donc permettre une sécrétion lactée suffisante en post-partum. La metformine semble être un bon traitement en post-partum pour les mères souffrant de dystrophie polykystique ovarienne et présentant une sécrétion lactée insuffisante ; de nombreuses femmes traitées par metformine ont réussi à avoir une sécrétion lactée adéquate ; et le taux lacté de metformine est très bas. Toutefois, ce traitement sera inefficace chez certaines femmes. La prise de fenugrec et de galéga pourra être tentée ; la posologie sera discutée avec un professionnel compétent, et évaluée au cas par cas. Le dompéridone est un meilleur choix que le métoclopramide (qui peut induire des dépressions). Enfin, il semble que la sécrétion lactée soit plus abondante chez les multipares, peut-être en raison d'un nombre plus élevé de récepteurs pour la prolactine dans la glande mammaire. On peut donc faire preuve d'un optimisme prudent pour les grossesses suivantes chez les femmes souffrant de dystrophie polykystique ovarienne.

Alimentation au doigt

« Finger » milk. K Bonestroo. New Beginnings 2003 ; 21(2) : 50.

Mme B a commencé à présenter des saignements vaginaux à 29 semaines lors de sa seconde grossesse. Elle a été hospitalisée pendant 1 semaine. Devant la persistance des saignements après le retour au domicile, une césarienne a été programmée et effectuée à 36 semaines de gestation.

Le bébé pesait 2550 g. Il a présenté presque immédiatement une détresse respiratoire, et a été transféré en urgence dans un service de néonatalogie situé à une centaine de kilomètres de la maternité où était sa mère. Cette dernière a commencé à tirer son lait. Dans le service où était l'enfant, du lait humain provenant de donneuses était utilisé, et le bébé n'a reçu que du lait humain, donné au doigt avec un tube de gavage par le père, dès qu'il a pu se rendre près de son enfant.

2 jours après l'accouchement, la mère a pu se rendre elle aussi près de son bébé, et a commencé à tenter de le mettre au sein, sans résultat. Les problèmes respiratoires du bébé s'amélioraient, mais il ne prenait pas le sein. La mère a continué à tirer son lait pour le lui donner au doigt. Le bébé est sorti du service de néonatalogie au bout de 10 jours. Sa mère a continué les tentatives de mises au sein à chaque repas, mais il s'est passé 6 semaines avant que l'enfant l'accepte. Ces semaines ont été très difficiles, entre les séances d'expression du lait, les essais frustrants de mise au sein, le nettoyage du matériel. Vers la date à laquelle le bébé aurait dû naître s'il était né à terme, il a commencé à accepter occasionnellement le sein. Il a fallu 2 semaines supplémentaires de patience avant qu'il soit exclusivement nourri directement au sein. À 4 mois, c'est un bébé allaité en parfaite santé.

Allaitement d'un bambin gravement brûlé

Triumphs in breastfeeding. LS Marx. New Beginnings 2004 ; 21(2) : 55-56.

A l'âge de 22 mois, ce bébé a été brûlé au 3^{ème} degré sur plus de 10% du corps par de l'acide sulfurique concentré. Il a été hospitalisé dans un service spécialisé dans le traitement des grands brûlés, et 3 semaines se sont écoulées avant que les greffes de peau puissent être effectuées. Pendant ces 3 semaines, l'enfant a été exclusivement allaité, il n'acceptait strictement rien d'autre.

Après les greffes, l'enfant a été placé en soins intensifs, et la mère n'a pu le revoir que des heures après la chirurgie. Les greffons ayant été pris sur le bas du dos et les fesses de l'enfant, il avait été partiellement suspendu en l'air de façon à ce que les zones de prélèvement des greffons ne touchent pas le matelas, avec les 4 membres attachés aux quatre coins du lit. Pour l'allaiter, la mère est montée sur une chaise, s'est penchée sur son enfant au-dessus du petit lit, de façon à lui mettre le sein devant la figure. Il a tété immédiatement. La mère a négocié avec l'équipe soignante pour qu'on enlève la perfusion de sérum glucosé de son enfant, afin que cela n'interfère pas avec son appétit ; elle avait décidé de rester dans le service afin de pouvoir l'allaiter aussi souvent qu'il le souhaiterait. Sa demande

a été acceptée, et elle a même été félicitée pour sa détermination à poursuivre l'allaitement et à s'occuper de son enfant ; il était en effet important que celui-ci pleure et s'agite le moins possible, et la présence de la mère facilitait beaucoup le travail des infirmières. Et ce même si l'une des infirmières a dit qu'à son avis il n'allait pas être possible de ne donner que du lait maternel à l'enfant, étant donné les besoins énergétiques très importants des personnes gravement brûlées ayant subi des greffes de peau. La mère ne s'est donc pas étonnée de constater que son fils voulait téter très souvent.

2 jours après la chirurgie, le transit avait repris. Cela inquiétait les parents et l'équipe soignante, car les selles pouvaient induire une infection des plaies. Mais les selles n'ont eu aucun impact négatif sur l'évolution des plaies locales, ces dernières ont cicatrisé rapidement (malgré une épidémie de septicémie qui a touché le service pendant l'hospitalisation de l'enfant), et la mère a eu suffisamment de lait pour couvrir tous les besoins de son enfant. Il est probable que l'allaitement exclusif a facilité la guérison rapide de cet enfant, et l'a protégé vis à vis de la septicémie. Il s'est sevré spontanément à 4 ans 1/2.

Chirurgie chez une mère allaitante

Cas présenté par Mme Karine SIZGORIC, Villeneuve St George (94).

Une appendicectomie était prévue chez cette femme qui allaitait un bébé de 6 mois et 10 jours, exclusivement allaité. Elle a commencé à se renseigner sur l'impact de cette chirurgie sur son allaitement. Suite à une aggravation soudaine, elle a dû être opérée en urgence.

L'opération s'est bien passée. Bien que le cas d'une mère qui souhaitait poursuivre l'allaitement n'avait jamais été rencontré dans le service, le personnel soignant a fait preuve de capacités d'écoute et d'adaptation qui ont surpris la mère et l'ont enchantée. Tout a été fait pour lui permettre d'être avec son bébé ; un lit d'enfant a été placé dans sa chambre, et elle a pu garder son bébé avec elle, y compris la nuit. La mère n'a pas reçu de prémédication, et elle a pu allaiter juste avant de partir au bloc opératoire. Elle a reçu de la morphine en sous-cutané, et non en IV. Elle a remis son bébé au sein pour la première fois environ 3 heures après son réveil. Pendant les 24 heures qui ont suivi la chirurgie, le bébé a aussi reçu du lait que la mère avait tiré, ainsi que son premier petit suisse. Dès le lendemain de la chirurgie, la mère a repris l'allaitement exclusif. La principale difficulté pour la reprise de l'allaitement a été de trouver une position pour les tétées dans laquelle la douleur était supportable. La mère a été placée sous antibiothérapie suite à une complication infectieuse (diverticulite du cæcum), et on lui a demandé de suspendre l'allaitement pendant 24 heures à cause du traitement. Lorsque la mère a su qu'il s'agissait d'amoxicilline,



(qui lui avait été prescrit juste avant la chirurgie, et dont le chirurgien lui avait dit qu'il était compatible avec l'allaitement), elle n'a pas suspendu l'allaitement.

La mère est sortie de clinique 48 heures après l'intervention, avec une prescription d'amoxicilline pendant 1 semaine, et de paracétamol pour la douleur. Le bébé a été exclusivement allaité jusqu'à 7 mois, âge auquel la mère a commencé la diversification. Il s'est toutefois avéré que cette appendicite était en fait le premier signe d'un cancer du colon droit, qui a été diagnostiqué alors que le bébé avait près de 10 mois. La mère a subi une colectomie totale sans stomie dès le lendemain, avec mise en route d'une chimiothérapie. Elle a alors dû sevrer brutalement son bébé, ce qui a été une frustration importante pour elle, mais a été facilement accepté par son bébé. Elle garde toutefois un souvenir très positif de son appendicectomie, qui lui a permis de constater que la poursuite de l'allaitement était faisable même en cas d'hospitalisation maternelle, et qu'il était possible de discuter avec le corps médical et de faire accepter ses souhaits sans confrontation.

Camphre dans le lait maternel

Mme Charlotte Bodeven-Charles. Consultante en Lactation. Lactitude. Montigny le Bretonneux (78).

Cette maman allaitait exclusivement sa petite fille âgée de 2 mois et 3 jours. Suite à un problème de dorsalgie, elle a eu un massage du dos effectué par un kinésithérapeute avec un « baume oriental contenant du camphre » (d'après le kinésithérapeute, sans plus de précisions). Le massage a eu lieu vers 17 heures. Le bébé tète normalement jusqu'à minuit, l'odeur du camphre sur la peau de sa mère ne semble donc pas le déranger. A 6 heures le lendemain matin, il refuse obstinément de téter, ne prend même pas le sein en bouche, il hurle. La petite fille reproduit ce comportement à chaque fois que la maman lui propose le sein. Le passage du camphre dans le lait est alors soupçonné d'être la cause de ce refus.

A 8 heures, elle n'accepte de boire à la seringue que 20 ml de lait tiré le matin même. A 10 heures, même chose. Ensuite, elle refuse de s'alimenter jusqu'à 17 heures ; elle accepte alors quelques millilitres de lait maternel, que la maman avait tiré bien avant le massage et stocké au congélateur. Une éruption érythémateuse est apparue dans la journée sur le ventre de l'enfant. Le surlendemain, à 5 heures du matin, elle prend quelques

millilitres de ce même lait tiré avant le massage. La mère lui propose le sein juste après, sans la changer de position (le bébé est dans un transat), elle accepte de le prendre. C'est exactement 36 heures après le massage ; ce temps correspond parfaitement au délai nécessaire pour que le camphre soit en totalité éliminé du corps de la mère. Pendant les 36 heures suivantes, elle accepte de nouveau régulièrement le sein, mais avec des pleurs systématiques lorsqu'elle s'en approche ; elle garde donc une forte appréhension. 4 jours après le massage, elle tète de nouveau tout à fait normalement et sans pleurs. Pendant toute la période où l'enfant refusait de téter, la maman a utilisé le tire-lait pour ne pas être engorgée et maintenir sa lactation.

D'après le centre antipoison, le camphre est très convulsif chez les nourrissons. Il passe dans le sang, et donc dans le lait maternel. Il faut 24 heures pour qu'il soit en grande partie éliminé, et 36 heures pour qu'il le soit en totalité. Il sera donc recommandé d'éviter les spécialités contenant du camphre chez une mère allaitante, y compris en application cutanée.

Utilisation de toxine botulinique pendant l'allaitement

Use of Botox during lactation : a case report. KA Marinelli, RH Raleigh, JC Haliburton, TW Hale.
8th Annual Meeting of the Academy of Breastfeeding Medicine, Chicago, Oct 16-20 2003.
ABM News and Views 2003 ; 9(4) : 31

La toxine botulinique (Botox[®]) est de plus en plus utilisée à des fins médicales et esthétiques. Par exemple, on l'utilise pour le traitement des plaies rectales en post-partum. Il n'existe actuellement qu'un seul cas publié sur le passage lacté de la toxine botulinique chez une mère allaitante souffrant d'un botulisme grave. Cet article présente un cas d'utilisation de toxine botulinique chez une mère allaitante.

Cette femme de 33 ans allaitait exclusivement son second enfant âgé de 6 semaines lorsqu'elle a contacté les auteurs pour des renseignements sur l'utilisation de toxine botulinique. Une semaine après l'accouchement, elle a commencé à souffrir de douleurs anales, et une fissure anale a été diagnostiquée. Le spécialiste a proposé soit une injection de Botox[®] pour réduire le spasme local et faciliter la cicatrisation, soit une correction chirurgicale susceptible d'induire des effets secondaires sérieux. Etant donné l'absence de données sur l'excrétion lactée de la toxine botulinique, le chirurgien a dit à cette femme qu'il refuserait de faire l'injection s'il n'avait pas un courrier de l'obstétricien affirmant que la mère avait subi un bilan sanguin prouvant qu'elle avait cessé d'allaiter.

La mère a été consulter un autre chirurgien. Ce dernier a admis que le produit était censé rester au niveau du site d'injection, et qu'en conséquence c'était à la mère de décider ; il estimait que la mère pourrait tirer et jeter son lait pendant une semaine par mesure de sécurité, ou décider de sevrer, d'autant qu'il pensait que la constipation est plus fréquente pendant l'allaitement, ce qui aggravait les fissures anales. Ce chirurgien

était d'accord pour effectuer des prélèvements de sang chez la mère pour suivi du taux sérique de toxine botulinique.

La mère a reçu une injection de 40 unités de Botox[®] dans le sphincter anal à 3 mois post-partum. 7 échantillons de lait maternel et 4 échantillons de sang ont été collectés entre 1,5 et 19,5 heures après l'injection. La mère avait tiré son lait avant l'injection, et elle a donné à son bébé le lait qu'elle avait tiré, ainsi que des compléments de lait industriel. Les échantillons de plasma et de lait ont été envoyés à un laboratoire spécialisé. Ils ont été mélangés, et 1cc du mélange a été injecté à des souris pesant environ 30 g. Aucune des souris n'a présenté la moindre réaction à l'injection pendant les 48 heures suivantes, ce qui signifiait que le taux de toxine botulinique dans le mélange plasma / lait était inférieur à 1 unité/ml.

La première injection n'a permis aucune amélioration de la symptomatologie douloureuse chez la mère. Une seconde injection de 80 unités a été effectuée 1 mois après la première, et a induit une amélioration pendant 2 jours. Une 3^{ème} injection a été effectuée 2 mois plus tard. Après chacune de ces injections, la mère a tiré et jeté son lait pendant 48 heures, puis a remis son enfant au sein. La 3^{ème} injection a fait enfin céder le spasme sphinctérien, et a permis une cicatrisation à 90%. Une dernière dose a permis la guérison totale. A 15 mois, l'enfant était toujours allaité. Après injection rectale, la toxine botulinique n'est pas retrouvée dans le sérum ou dans le lait. On peut donc penser que l'arrêt de l'allaitement n'est pas nécessaire lorsqu'un tel traitement doit être entrepris chez une mère allaitante.

Sécrétion lactée surabondante

Case report : hyperlactation. *ABM News and Views* 2004 ; 10(1) : 4-7.

Cette femme est venue consulter à 6 semaines post-partum en raison de mamelons douloureux, de difficultés d'allaitement, et d'un reflux chez son bébé.

Le bébé régurgitait quotidiennement, fréquemment, et en grande quantité. Un reflux avait été diagnostiqué par le pédiatre. Il pleurait beaucoup, tout particulièrement à partir de 3 semaines post-partum. Il semblait constamment affamé, et tétait au moins 12 fois par jour, pendant au moins 40 mn à chaque fois. Il arrivait à dormir 3 heures d'affilée la nuit. Il avait beaucoup de gaz. Pendant la tétée, le bébé semblait très perturbé, il repoussait le sein, le frappait, le pinçait, le lâchait, il s'étouffait et toussait. La mère avait des seins engorgés, qui coulaient facilement, et les mamelons étaient douloureux.

En post-partum précoce, la mère allaitait selon un schéma strict : toutes les 3 heures, 10 mn à chaque sein. Puis elle s'est mise à allaiter à la demande. Elle a présenté une mastite pendant la seconde semaine. La prise de poids de l'enfant était rapide : 3996 g à la naissance, 4535 g à 2 semaines, 5670 g à 1 mois. Il a 8 à 10 selles aqueuses et « explosives » tous les jours, parfois vertes. Le jour de la consultation, l'enfant pèse 6372 g, il est très tonique et agité, mais il se calme lorsqu'il entend la voix de sa mère. Il ne présente pas de muguet. Les mamelons de la mère sont rouges, rugueux à la palpation, douloureux au toucher. Les seins sont engorgés, avec des masses douloureuses.

L'enfant est mis au sein pour observation d'une tétée. La douleur est importante à la mise au sein, et s'améliore pendant la tétée. L'enfant tête avec le nez dans le sein et le menton loin du sein (une méthode facilitant le contrôle du flot de lait), et résiste aux tentatives pour lui faire améliorer sa prise du sein. La tétée est bruyante, l'enfant avale par grandes goulées en grognant et en respirant bruyamment. Il lâche fréquemment le sein, laisse le lait dégouliner hors de sa bouche, puis le reprend. Il ne tête que peu de temps, uniquement au sein gauche, et prend 70 g de lait en un temps très court. Il refuse ensuite de reprendre le sein malgré des signes évidents de faim, visiblement stressé par l'écoulement du lait. Après la tétée, le mamelon montre des signes de compression.

Devant tous ces signes, on diagnostique une sécrétion lactée surabondante liée aux tétées fréquentes d'un enfant stressé par la quantité importante de lait qu'il reçoit, un lait pauvre en graisses qui ne rassasie pas l'enfant. Cette situation est probablement en rapport avec le non-respect de la demande de l'enfant au démarrage de l'allaitement, qui a interféré avec la régulation de la sécrétion lactée. La mère montre des signes d'une infection des mamelons, secondaire aux traumatismes répétés infligés par la pression exercée par l'enfant pour tenter de limiter l'écoulement du lait. La faim permanente de l'enfant, sa prise de poids très rapide, ses coliques, son reflux et son comportement pendant les tétées sont provoqués par l'écoulement rapide d'un volume important de lait, qui lui apporte une quantité importante de lactose et une faible quantité de graisses ; bien qu'ayant l'estomac rempli de lait, la faible quantité de graisses reçues par l'enfant fait qu'il n'arrive pas à la sensation de satiété.

On recommande à la mère l'application d'une pommade à la mupirocine sur ses mamelons, et la suspension des mises au

sein pendant quelques jours, pour permettre la cicatrisation des mamelons. On suggère à la mère de tirer son lait pour le donner à son enfant selon une technique précise : à chaque séance d'expression, elle tirera un maximum de lait d'un seul sein (en alternant à chaque séance), afin d'obtenir un lait suffisamment riche en graisses, et tirera juste le strict minimum nécessaire de l'autre sein pour se soulager s'il est engorgé, afin d'induire une baisse de la production lactée. On a aussi recommandé à la mère la prise de tisane de sauge jusqu'à ajustement de la sécrétion lactée. La mère devait remettre son enfant au sein dès que ses mamelons auraient cessé d'être douloureux au toucher. Pour cette reprise, on a conseillé à la mère de veiller à la mise au sein, de ne lui proposer qu'un seul sein, et de lui redonner ce même sein « vide » s'il manifestait « trop rapidement » l'envie de téter de nouveau. Cela mis à part, la mère devait mettre son enfant au sein à la demande, et en fonction de son degré de confort.

Les mamelons étaient guéris au bout de 10 jours, et la mère a remis son enfant au sein. Les tétées ont immédiatement été beaucoup plus calmes et agréables. L'enfant s'est mis à téter 7 à 8 fois par jour, et il était satisfait après les tétées. 2 semaines après la remise au sein, l'enfant ne présentait plus de coliques ni de reflux.

L'existence d'une sécrétion lactée surabondante est un problème plus fréquent qu'on le pense, et il est bien souvent méconnu, en dépit des problèmes qu'il peut induire. Lorsqu'il est découvert, il peut le plus souvent être résolu rapidement et facilement. Le bébé présente des symptômes qualifiés de coliques, reflux, allergie au lait maternel, intolérance au lactose, ou hypertonicité. L'enfant pleure beaucoup, est agité, semble ne pas aimer les tétées. Pendant ces dernières, il suffoque, tousse, avale bruyamment, repousse ou frappe le sein, a des rots sonores et importants. Il peut avoir des selles explosives, importantes, éventuellement vertes et mousseuses. Le bébé peut sembler perpétuellement affamé, et pourtant sa croissance peut être impressionnante de rapidité pendant les premiers mois de vie. Il régurgite beaucoup. Ce fait, allié à son inconfort évident, amène souvent à traiter pour un reflux ou des coliques.

Le principal signe chez la mère est l'hyperlactation. Toutefois, certaines mères pensent qu'elles n'ont pas assez de lait en raison du comportement de leur bébé, et elles pourront utiliser des stratégies pour augmenter leur sécrétion lactée, ce qui aggravera le problème. Certaines mères, mais pas toutes, pourront présenter des engorgements chroniques, avoir du lait qui s'écoule en abondance entre les tétées, des problèmes de canaux lactifères bouchés ou de mastites, des mamelons chroniquement douloureux, une candidose, ou un vasospasme du mamelon.

Certaines caractéristiques maternelles et infantiles peuvent certainement participer à la mise en place de ce tableau clinique. Toutefois, il semble qu'une cause importante soit la mauvaise information sur la conduite de l'allaitement, et le fait que les consignes données aux mères ont remplacé la connaissance instinctive et le suivi du vécu corporel. Par exemple, le fait d'enlever le bébé du sein arbitrairement au bout d'un temps donné pour le mettre à l'autre sein pourra avoir pour résultat de mettre en place un cercle vicieux ; le bébé qui a essentiellement reçu du lait de début de tétée pauvre en graisses a l'estomac

rempli, mais n'est pas rassasié. Il voudra rapidement téter de nouveau, ce qui augmentera la production lactée maternelle, et les choses pourront s'aggraver progressivement. Dans des conditions normales, la moitié des calories apportées par le lait se trouvent dans les graisses, que l'enfant reçoit en fin de tétée.

Lorsque le problème est relativement récent, il est habituellement rapidement résolu en conseillant à la mère de ne donner qu'un seul sein à son bébé à chaque tétée, et de le lui laisser aussi longtemps qu'il le souhaite. Lorsque le problème est vraiment important et dure depuis des semaines, une approche personnalisée deviendra nécessaire. Selon les cas, on conseillera à la mère, outre le don d'un seul sein par tétée, de veiller à

« vider » régulièrement le sein donné, si nécessaire en tirant du lait avant ou après la tétée. Le fait que l'autre sein ne soit pas stimulé induira un feed-back négatif qui aboutira à la baisse de la production lactée. Toutefois, il faut se garder d'être trop rigide : si l'enfant semble encore avoir faim après avoir « fini » le premier sein, ou si c'est plus confortable pour la mère, elle pourra lui proposer l'autre sein, après avoir, si nécessaire, exprimé du lait pour éviter à son bébé un écoulement de lait trop abondant, et lui permettre d'obtenir davantage de lait plus riche en graisses. Un suivi et des conseils individualisés permettront de corriger au mieux le problème, et d'abaisser le risque de mastites, de canaux lactifères bouchés, ou d'augmentation de la sécrétion d'un côté tandis qu'elle baisse de l'autre.

Syndrome du tuyau rouillé

Dark nipple discharge. Chris Mulford, infirmière, consultante en lactation. Lactnet 27/03/2004.

Cette infirmière a constaté tout à fait par hasard un écoulement brunâtre au niveau des deux seins d'une mère primipare pendant le premier jour post-partum. Son bébé semblait peu enclin à prendre le sein, et elle a conseillé à la mère de tirer un peu de lait pour le faire « goûter » au bébé, et le colostrum obtenu avait la couleur du chocolat. Au bout de 24 heures, le colostrum avait une couleur « normale », et la mère a poursuivi

l'allaitement sans problème. Lorsqu'elle a accouché de son second enfant, le colostrum était à nouveau de couleur chocolat. Un prélèvement de lait a été fait pour analyse (recherche de sang en particulier), mais les résultats ont été négatifs. La mère a poursuivi l'allaitement sans problème comme la première fois. Le seul antécédent notable de cette mère était un diabète gestationnel.

Maternage au sein d'un bébé adopté

Mme Marie-Alice ROUX, animatrice LLL, consultante en lactation. Cerny (91)

Ce couple ne pouvait pas avoir d'enfant, suite à une stérilité masculine. Il attendait l'adoption d'un enfant depuis 2 ans lorsque la femme a contacté une animatrice de LLL pour envisager l'allaitement de son futur bébé. Parmi les difficultés à prévoir :

- elle n'est pas sûre de se voir confier un bébé (la fourchette d'âge choisie par ce couple est de 0 à 3 ans), et elle n'est donc pas sûre de pouvoir l'allaiter ;
- elle n'a aucune idée du moment où cet enfant arrivera dans leur famille.

Suite aux informations données par l'animatrice, elle réfléchit à l'idée de stimuler ses seins avec un tire-lait. Mais combien de temps devra-t-elle le faire avant l'arrivée de l'enfant ? S'il n'arrive pas rapidement, devra-t-elle tirer pendant des mois ? Et si l'enfant est un bambin ? Elle décide de se donner le temps de la réflexion, et de venir à la réunion suivante du groupe local de LLL, 3 semaines plus tard.

A cette réunion, elle arrive bouleversée : la DDASS leur a proposé un bébé pour les jours qui viennent, mais son mari recule devant l'échéance brusquement aussi proche, et dit ne pas se sentir prêt. Les autres mères présentes à la réunion sont toutes enceintes ou avec un bébé qu'elles allaitent, ce qui met visiblement mal à l'aise cette femme. Mais son histoire émeut les autres mères qui l'entourent avec chaleur. Quelques jours plus tard, un petit garçon de 3 mois arrive dans cette famille, pour le plus grand bonheur des nouveaux parents.

La mère n'a pas stimulé ses seins, mais elle a proposé le sein à son bébé dès le premier jour pour le calmer. Il le prend immédiatement, et tète correctement. La mère assiste à la réunion suivante avec son bébé. Elle dit souhaiter continuer à venir aux réunions pour parler de maternage, même si elle « n'allait pas vraiment son bébé ». Elle lui propose le sein 2 à 3 fois par jour, quand elle sent que son bébé en a besoin, et le bébé est par ailleurs nourri au biberon avec du lait industriel. La mère ne stimulera jamais davantage ses seins, et ne cherchera pas à augmenter sa production lactée.

A 6 mois, le bébé commence à prendre son pouce, et la maman pense que c'est le signe qu'il grandit et qu'il a moins besoin du sein. Il tète d'ailleurs de moins en moins souvent, même si la mère le lui propose encore avec beaucoup de bonheur. L'arrêt des mises au sein a été tellement progressif que la mère ne se souvient pas de l'âge exact de son enfant lors de la dernière tétée.

L'arrivée rapide du bébé n'a pas permis à la maman de préparer l'induction d'une lactation. Mais à partir du moment où elle a tenu le bébé dans ses bras, l'idée de produire du lait est devenue à ses yeux secondaire comparée au bonheur d'avoir enfin un enfant, et à la relation d'allaitement « câlin ». Cette mère envisage de reprendre son travail à la fin de son congé de maternité, lorsque le bébé aura un an.