

REVUE DE PRESSE

Effacité d'un soutien précoce à l'allaitement

Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit : a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. J Labarere, N Gelbert-Baudinon AS Ayrat et al. Pediatrics 2005 ; 115 : e139-146. Mots-clés : allaitement, soutien, professionnels de santé, soins de base.

La prévalence de l'allaitement en France reste nettement inférieure à ce qui serait souhaitable. De plus, de nombreuses femmes ont cessé d'allaiter au bout d'un mois. Dans le service où travaillent les auteurs (service de maternité du CHU de Chambéry, environ 2000 naissances/an), la prévalence de l'allaitement est de 70,8% en maternité, mais elle est de seulement 58,1% à 1 mois. Ces abandons précoces sont souvent liés à un manque de confiance en elle de la mère, et à l'absence de soutien pour surmonter les difficultés du démarrage de l'allaitement. Le but de cette étude prospective randomisée était de voir dans quelle mesure une visite de routine dans un cabinet médical, à l'occasion de laquelle des informations sur l'allaitement seraient données à la mère, permettrait d'augmenter la durée de l'allaitement.

Au total, 231 mères ont participé à l'étude. Elles avaient accouché à 37 semaines et plus d'un enfant en bonne santé, et elles allaitaient à leur sortie de maternité. Elles ont été réparties par tirage au sort en 2 groupes. Les mères du groupe témoin (n = 115) ont bénéficié du soutien prodigué en routine dans le service : encouragements de la part de l'équipe soignante, évaluation de la santé de l'enfant et du déroulement de l'allaitement effectuée par un pédiatre le jour de la sortie du service, don du numéro de téléphone d'un groupe local de soutien aux mères, puis suivi pédiatrique de routine en France pendant les 6 premiers mois. Les mères du groupe intervention (n = 116) ont été invitées à se présenter à une visite de suivi chez l'un des 17 médecins (pédiatres et généralistes) participant à cette étude, dans les 2 semaines suivant l'accouchement, à l'occasion de laquelle la pratique d'allaitement était passée en revue. Tous les médecins impliqués avaient reçu une formation de 5 heures sur l'allaitement pendant le mois précédant le début de l'étude. Des données ont été recueillies sur la prévalence de l'allaitement exclusif et partiel à 4 semaines, sur la durée de l'allaitement, les difficultés éventuellement rencontrées, et sur le niveau de satisfaction de la mère. Toutes les données nécessaires ont pu être recueillies pour 226 mères (112 dans le groupe intervention, et 114 dans le groupe témoin).

92 mères (79,3%) du groupe intervention et 8 mères (7%) du groupe témoin sont allées consulter l'un des 17 médecins impliqués. Les mères du groupe intervention étaient plus nombreuses à allaiter exclusivement à 4 semaines (83,9% contre 71,9%), et elles ont allaité pendant plus longtemps (durée médiane 18 semaines, contre 13 semaines). Cet impact persistait après correction pour les variables confondantes. Les mères du groupe intervention étaient moins nombreuses à faire état de problèmes d'allaitement (55,3% contre 72,8%). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour ce qui était de la prévalence de l'allaitement à 4 semaines (89,3% dans le groupe intervention, 81,6% dans le groupe témoin), ni dans le pourcentage de mères satisfaites ou très satisfaites de leur expérience d'allaitement (respectivement 91,1% et 87,7%).

Cette étude présente des biais ; les 17 médecins participant au suivi des mères étaient motivés pour soutenir les mères allaitantes ; l'étude n'était pas en double aveugle ; les mères appartenaient à une population spécifique (population à risque faible vivant dans une ville de moyenne importance). Ces résultats montrent toutefois que le fait de bénéficier d'une visite de routine au cabinet d'un médecin formé à l'allaitement avant 2 semaines post-partum permet d'augmenter le taux d'allaitement exclusif à 4 semaines, ainsi que la durée totale d'allaitement, et d'abaisser la prévalence des problèmes d'allaitement, même si la durée d'allaitement constatée dans le groupe intervention restait inférieure aux recommandations officielles. Cette étude montre également qu'une courte formation à l'allaitement destinée aux médecins peut contribuer à améliorer les pratiques d'allaitement des mères de leur clientèle.

La succion de l'enfant allaité abaisse les réponses allergiques chez la mère atopique

Suckling reduces allergic skin responses and plasma levels of neuropeptide and neurotrophin in lactating women with atopic eczema/dermatitis syndrome. H Kitama. Int Arch Allergy Immunol 2003 ; 132 : 380-83. Mots-clés : succion, dermatite, prick tests, facteurs neurotropes.

On a constaté chez les femmes allaitantes un abaissement de la réponse hypothalamique/hypophysaire au stress physique et psychologique. La succion de l'enfant semble avoir un impact calmant chez la mère. L'état de stress ou de relaxation peut avoir un impact sur l'évolution d'un trouble atopique. Par ailleurs, les variations d'intensité de la réponse cutanée aux allergènes sont associées à une variation du taux plasmatique de la substance P (SP) et du peptide intestinal vasoactif (VIP). De plus, les taux plasmatiques de SP, de VIP et du facteur de croissance des nerfs (NGF) sont élevés chez les mères atopiques, mais pas le taux de la neurotrophine-3 (NT-3). Le but de cette étude était de voir si la succion de l'enfant avait un impact sur le taux de ces divers neuropeptides chez des femmes allaitantes présentant un problème d'eczéma/dermatite.

Des prick tests ont été effectués avant et après une tétée pour évaluer les réponses à divers allergènes. Des échantillons de sang ont été prélevés pour dosage de la substance P, du VIP, du NGF et de la NT-3. La succion de l'enfant abaissait la réponse cutanée induite par les allergènes, mais pas la réponse histamino-induite, ce qui n'était pas le cas d'une période de portage de l'enfant dans les bras sans mise au sein. La succion de l'enfant abaissait aussi les taux lactés de la substance P, du VIP et du NGF, mais pas celui de la NT-3 ; le fait de porter l'enfant dans les bras sans le mettre au sein n'avait aucun impact sur le taux lacté de ces facteurs.

Les auteurs concluent que les mises au sein abaissent les réponses allergiques chez les femmes atopiques, tant sur le plan clinique, avec modification des réactions cutanées, que sur le plan biologique, avec abaissement du taux de certains neuropeptides. Cela pourrait avoir des implications sur les manifestations d'allergie chez la mère allaitante.

Allaitement et espacement des naissances

Estimation of births averted due to breast-feeding and increases in levels of contraception needed to substitutes for breast-feeding. S Becker et al. J Biosoc Sci 2003 ; 35 : 559-74. Mots-clés : allaitement, espacement des naissances, aménorrhée lactationnelle.

Le temps qui s'écoule entre 2 naissances successives a un impact important sur le taux de mortalité infantile et maternelle. Dans les pays en voie de développement, où peu de femmes ont accès à une méthode de contraception, l'intervalle entre 2 naissances est rarement inférieur à 2 ans. Cet impact de l'allaitement est connu depuis des décennies, mais ce n'est que depuis une vingtaine d'années qu'on en connaît le mécanisme, qui n'est d'ailleurs pas totalement élucidé. A partir des données physiologiques a été créée la MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée), qui permet d'utiliser l'allaitement comme méthode d'espacement des naissances. Il est évident que l'allaitement, en tant que facteur biologique déterminant de la fertilité féminine, joue un rôle important dans les pays où l'allaitement long est la norme. L'allaitement constitue une méthode plus efficace que toutes les méthodes contraceptives dans de nombreux pays. Toute baisse du taux d'allaitement pourrait alors avoir des conséquences importantes sur la fertilité féminine. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact démographique de l'allaitement, et le niveau de contraception qu'il faudrait assurer pour remplacer cet impact.

Le modèle de Bongaarts est la base des 3 méthodes proposées pour évaluer le nombre de naissances évitées par l'allaitement. Ce modèle de calcul de la fertilité se fonde sur 4 variables : l'index de mariage (le nombre de femmes vivant avec un compagnon) ; l'index d'avortement (le pourcentage d'avortements) ; l'index de contraception (pourcentage de femmes utilisant une contraception, et efficacité de cette contraception) ; l'index d'infécondabilité du post-partum (durée de l'infertilité du post-partum). Ce dernier index est en grande partie fonction de l'allaitement. Le taux moyen de fertilité en l'absence de tout facteur susceptible de l'abaisser est de 15,3 enfants par femme. Dans cette étude, l'impact de l'allaitement a été calculé à partir de l'intervalle moyen entre 2 naissances avec ou sans allaitement, et ce à partir de données provenant de 6 pays : Burkina Faso, Ouganda, Inde, Indonésie, Brésil et Pérou, qui effectuent des enquêtes démographiques et des études sur la santé de la population comportant toutes les données nécessaires à cette analyse (durée de l'allaitement, durée de l'aménorrhée lactationnelle, nombre d'enfants par femme, espacement entre les naissances, âge au moment du mariage, utilisation d'une méthode de régulation des naissances...).

Pays	Nombre actuel de naissances par an	Nombre moyen de naissances évitées par l'allaitement
Burkina Faso	568.000	221.000
Ouganda	1.165.000	441.000
Indonésie	4.395.000	457.000
Inde	23.699.000	3.521.000
Brésil	3.370.000	45.000
Pérou	603.000	91.000

Si aucune mère n'allaitait dans ces pays, on pourrait constater une augmentation de la natalité d'environ 40% à 50% au Burkina Faso et en Ouganda, 15 à 20% en Inde et au Pérou, 10% en Indonésie, et 2% au Brésil. Il serait nécessaire d'augmenter en conséquence la mise à la disposition des mères d'une contraception efficace pour obtenir le même niveau de natalité qu'avec l'allaitement. Ces données reflètent la faible durée de l'allaitement au Brésil (6,1 mois en moyenne) et sa prévalence et sa durée élevées au Burkina Faso ou en Ouganda (24,6 mois en moyenne).

Le non-allaitement : un facteur prédictif de la mortalité infantile en situation d'urgence

Breastfeeding status as a predictor of mortality among refugee children in an emergency situation in Guinea-Bissau. M Jakobsen et al. Trop Med Int Health 2003 ; 8(11) : 992-96. Mots-clés : allaitement, mortalité infantile, situation d'urgence, Guinée-Bissau.

La façon dont l'aide humanitaire est distribuée en cas de catastrophe naturelle ou de guerre est capitale. Les jeunes enfants constituent un groupe à haut risque, et l'allaitement est particulièrement important dans ce type de situation. La fourniture de lait industriel par les associations humanitaires est susceptible d'avoir un impact négatif sur l'allaitement, et donc sur la survie des enfants. En Guinée-Bissau, comme dans la plupart des pays d'Afrique noire, l'allaitement long est la norme, avec une durée médiane de 22 mois. Le pays est l'un des plus pauvres du monde, et la mortalité infantile y est très élevée. Les auteurs ont cherché à évaluer l'impact de l'allaitement sur la mortalité infantile chez des enfants réfugiés pendant les 3 premiers mois de la guerre en Guinée-Bissau en 1998.

Les données utilisées étaient celles recueillies par un système de surveillance sanitaire mis en place depuis 1978 pour suivre tous les mois la population de la banlieue de la capitale. En juin 1998, une guerre civile a débuté dans ce pays, et près de 300.000 personnes ont fui la capitale pour aller se réfugier dans les campagnes environnantes. Après la fin de la guerre en mai 1999, quasiment tous les habitants sont retournés chez eux, et le suivi sanitaire a pu être repris. Pour cette étude, on a recueilli des données sur tous les enfants âgés de 9 à 35 mois pendant le second trimestre 1998, et on a analysé chez eux le taux de mortalité pendant les 3 premiers mois de la guerre, par rapport à celui constaté chez les enfants du même âge en 1996 et 1997.

En 1998, 3214 enfants âgés de 9 à 35 mois faisaient partie du groupe suivi, et des données complètes sur l'allaitement et le statut nutritionnel ont été recueillies pour 1741 enfants. Ces chiffres étaient respectivement de 3295 et 2265 enfants en 1996, et de 3304 et 2211 en 1997. Parmi les 1741 enfants du groupe de 1998, 740 étaient sevrés au moment du début du conflit, et 16 d'entre eux sont décédés pendant les 3 premiers mois de guerre. Par rapport aux enfants du même âge dans ce groupe, le taux de mortalité était 6 fois plus élevé chez les enfants qui n'étaient plus allaités que chez ceux qui l'étaient encore. En comparaison, dans les groupes de 1996 et 1997, on ne constatait pas d'augmentation de la mortalité chez les enfants qui étaient sevrés par rapport à ceux qui étaient encore allaités au même âge. Et il n'existait aucune différence dans le taux de mortalité entre les enfants du groupe de 1998 et ceux des groupes des 2 années précédentes lorsqu'ils étaient toujours allaités. La mortalité pendant les 3 premiers mois de guerre chez les enfants sevrés était 5 fois plus élevée que celle constatée chez les enfants sevrés du même âge pendant les 2 années précédentes. La correction pour des facteurs tels que le fait d'être avec la mère, le sexe, le groupe ethnique, le niveau d'éducation de la mère, son lieu d'habitation habituel... ne modifiait pas les résultats.

Les auteurs concluent que l'allaitement en situation d'urgence semble particulièrement important. Promouvoir sa poursuite ou recommander une reprise de l'allaitement devrait faire partie des stratégies d'aide aux populations vivant ce type de situation.

Lait industriel à base de soja et traitement de l'hypothyroïdie congénitale

Soy formula complicates management of congenital hypothyroidism. SC Conrad, H Chiu, BL Silverman. Arch Dis Child 2004 ; 89 : 37-40. Mots-clés : alimentation infantile, soja, hypothyroïdie congénitale.

Des études ont conclu que les produits à base de soja pouvaient avoir un impact négatif sur la fonction thyroïdienne. L'objectif des auteurs était de voir dans quelle mesure le don de lait industriel à base de soja à des enfants présentant une hypothyroïdie congénitale pouvait avoir un impact sur leur statut thyroïdien.

Les dossiers de 78 enfants ont été analysés en ce qui concernait les données médicales pendant leur première année de vie. Ces enfants étaient nés entre 1990 et 1998. On a collecté des données sur les signes cliniques, l'âge au moment du diagnostic et de la mise en route du traitement, le taux de TSH, la posologie du traitement substitutif, les paramètres de croissance de l'enfant, et son alimentation.

8 enfants ont été nourris avec un lait industriel à base de lait de soja, et 78 n'ont pas consommé un tel lait. Il n'existait aucune différence entre ces 2 groupes d'enfants pour ce qui était de la posologie de lévothyroxine à la mise en route du traitement, ou à l'âge de 12 mois. Il existait une différence significative entre les 2 groupes pour ce qui était du temps nécessaire pour obtenir la normalisation du taux de TSH après le démarrage du traitement, du risque d'avoir un taux de TSH trop élevé à 4 mois, et du pourcentage d'enfants gardant un taux de TSH élevé pendant toute la première année.

Les auteurs concluent que le taux de TSH reste significativement plus élevé pendant plus longtemps chez les enfants souffrant d'hypothyroïdie congénitale lorsqu'ils reçoivent un lait industriel à base de soja que lorsqu'ils ne reçoivent pas un tel lait. Ces enfants nécessitent un suivi plus étroit, des bilans biologiques plus réguliers, et ils pourront avoir besoin d'une posologie plus élevée de lévothyroxine pour stabiliser leur statut thyroïdien.

Quantité de prolactine absorbée par l'enfant exclusivement allaité

Variation in prolactin consumption by fully breastfed infants. MD Cregan, LR Mitoulas, PE Hartmann. Adv Exper Med Biol 2004 ; 554 : 431-33. Mots-clés : lait humain, prolactine.

Le lait contient de la prolactine biologiquement active, qui passe dans le sang du petit. Des études sur les mammifères ont constaté qu'elle avait un impact sur le développement de l'hypophyse, des surrénales, des organes reproducteurs, des tractus digestifs et respiratoires, et qu'elle modulait le système immuni-

taire. Le but de cette étude était d'évaluer la quantité de prolactine absorbée par un bébé allaité.

15 femmes allaitant un bébé de 1 à 6 mois ont participé à l'étude. Leur production lactée quotidienne a été évaluée, et des échantillons de lait de début et de fin de tétée ont été prélevés à chaque tétée sur une période de 24 heures. Le taux de prolactine de chaque échantillon a été déterminé, afin d'évaluer la quantité de prolactine absorbée par l'enfant (voir tableau). Cette étude a permis de constater que la quantité de prolactine absorbée par l'enfant est la plus importante pendant les premières semaines d'allaitement, et que l'impact éventuel de la prolactine sera donc le plus important pendant cette période.

Variations du taux lacté de lactoferrine

Variations in concentrations of lactoferrin in human milk : a nine country survey. E Lien et al. Adv Exper Med Biol 2004 ; 554 : 423-26. Mots-clés : lait humain, lactoferrine.

La lactoferrine est une glycoprotéine de 80 kD. Elle fixe fortement le fer, et le relâche lorsqu'elle est dans un milieu où le pH est inférieur à 3. Elle a des propriétés anti-inflammatoires, antibactériennes et anti-oxydantes. Un certain nombre d'études ont été effectuées sur son taux lacté, mais la plupart ont été effectuées sur un nombre limité d'échantillons, et par des méthodes immunologiques. Le but de cette étude était d'évaluer le taux de lactoferrine dans des échantillons de lait provenant de 9 pays situés dans les 5 continents, par chromatographie de haute performance en phase liquide.

Des femmes ont donné des échantillons d'au moins 50 ml de lait provenant d'un seul sein. Elles avaient accouché à terme, étaient âgées de 18 à 40 ans, mettaient leur enfant au sein au moins 5 fois par jour, et ne prenaient aucun traitement antimicrobien, anti-inflammatoire, ou laxatif. Elles vivaient en Australie, Chine, Chili, Canada, Mexique, Japon, Philippines, Angleterre, et USA.

Pour l'ensemble des échantillons, le taux de lactoferrine était en moyenne de $1,83 \pm 0,67$ g/l. Par pays, il allait en moyenne de 1,37 g/l au Mexique à 2,12 g/l en Chine. Il était le plus bas au Mexique et en Australie. Le taux de lactoferrine baissait avec le temps écoulé depuis l'accouchement, de façon variable suivant les pays. Alors qu'il restait plus ou moins stable pendant toute la lactation (de 0 à 350 jours) en Australie, il baissait très fortement en Angleterre, et de façon plus faible et progressive dans les autres pays. Le taux de lactoferrine était positivement corrélé au taux de protéines totales dans tous les pays, mais cette corrélation n'était significative que pour le Japon, les Philippines et les USA. Il existait une corrélation positive entre les taux de lactoferrine et d'alpha-lactalbumine dans le lait humain provenant du Canada, de Chine, du Japon, des Philippines et des USA.

Ces échantillons provenaient de femmes vivant dans des pays très différents, et de niveau de vie différent. Les taux constatés par cette étude ne permettent pas de penser que le taux de lactoferrine est affecté par le niveau socio-économique, dans la mesure où les variations constatées d'un pays à l'autre n'étaient pas corrélées à ce critère. Il existait des corrélations entre le taux de lactoferrine et le taux d'autres protéines du lait, ce qui avait déjà été constaté par d'autres études.

	Mois post-partum		
	1-2 mois	3-4 mois	5-6 mois
Production sur 24 heures	749 ± 89	841 ± 64	801 ± 104
Taux moyen de prolactine / 24 heures (µg/l)	31,3 ± 4,3	13,7 ± 3,1	10 ± 4,9
Quantité moyenne de prolactine reçue par l'enfant / 24 heures (µg)	23,3 ± 4,1	10,2 ± 2,9	7,7 ± 4,7

Impact négatif à long terme de l'aspiration gastrique des nouveau-nés

Gastric suction at birth associated with long-term risk for functional intestinal disorders in later life. KJS Anand, B Runeson, B Jacobson. J Pediatr 2004 ; 144 : 449-54. Mots-clés : aspiration gastrique, nouveau-nés, impact à long terme.

Il existe une forte corrélation entre les événements survenus en période périnatale et le développement de certains problèmes par la suite. Par exemple, le taux de schizophrénie est 10 fois plus élevé chez les personnes dont la naissance a été difficile. Certains traumatismes mécaniques pendant ou juste après la naissance peuvent induire un comportement violent dirigé vers soi ou vers autrui. Les enfants des mères ayant reçu des analgésiques pendant l'accouchement ont un risque plus élevé de toxicomanie par la suite (Nyberg et al, 2000...). Les auteurs se sont demandés dans quelle mesure certains stimuli anxiogènes à la naissance pouvaient affecter le risque de développer une pathologie psychosomatique ou fonctionnelle plus tard dans la vie.

Pour cette étude suédoise cas-témoin, on a étudié les enfants d'une même fratrie nés entre 1935 et 1945. Des données ont été recueillies sur les enfants de 494 femmes qui avaient eu au moins 2 enfants pesant au moins 2500 g à la naissance. Leur grossesse avait été normale, mais au moins l'un des accouchements avait présenté des complications. Parmi les 1110 enfants de ces femmes, 108 ont été hospitalisés pour des troubles fonctionnels digestifs. Parmi eux, 96 cas ont été comparés à 116 membres de leur fratrie en bonne santé. Les données nécessaires ont été recueillies à partir des dossiers tenus par les maternités, puis à partir des dossiers médicaux de ces personnes.

9,5% de ces 1110 personnes présentaient des troubles intestinaux fonctionnels (contre 3,4% dans la population générale). 22,9% des cas avaient subi une aspiration gastrique à la naissance, contre 11,2% des témoins. Il n'y avait aucune différence entre les 2 groupes pour ce qui était des traumatismes périnataux ou d'une asphyxie à la naissance. Après analyse par régression logistique multiple, l'aspiration gastrique à la naissance était associée à un risque 2,99 fois plus élevé de troubles digestifs fonctionnels à l'âge adulte, tandis que les autres facteurs maternels, périnataux et autres, n'avaient aucun impact significatif sur ce risque.

L'aspiration gastrique à la naissance provoque indiscutablement un stress chez le nouveau-né, comme le démontrent ses expressions faciales, et l'augmentation de sa pression sanguine pendant l'aspiration. De plus, elle perturbe les réflexes qui amèneront le nouveau-né à prendre le sein. Les auteurs estiment qu'elle est en outre susceptible d'induire une hypersensibilité viscérale au long cours, avec augmentation de la prévalence des troubles digestifs fonctionnels à l'âge adulte. A la naissance, le nouveau-né est essentiellement sensible aux stimuli intéroceptifs (faim, soif, douleur...), les stimuli extéroceptifs étant peu perçus. Il n'est donc pas étonnant que l'exposition à des stimuli douloureux soit perçue par lui de façon très intense, et soit donc susceptible de laisser une empreinte durable par le biais des réactions hormonales. Certes, ces résultats ne permettent pas d'affirmer que l'aspiration gastrique à la naissance est la cause principale de l'apparition de troubles digestifs fonctionnels par la suite. Ils s'ajoutent toutefois aux résultats des études de plus en plus nombreuses sur la possibilité d'une programmation à long terme du cerveau immature du nourrisson par les événements survenant en période périnatale. Il est nécessaire de faire d'autres études sur le sujet, et de repenser la nécessité des actes stressants pour le nourrisson.

Sommeil partagé en France

Etude de la prévalence du sommeil partagé chez les nourrissons de moins de 6 mois en France. MP Streicher, F Undreiner, B Escande, C Langlet, J Messer. Congrès National de la Société Française de Pédiatrie, Lille, 2-5 juin 2004. Mots-clés : sommeil partagé, facteurs associés.

Le sommeil partagé est défini comme le sommeil de l'enfant dans la même chambre que la mère, voire dans le même lit. Cette pratique est plus ou moins taboue, et sa prévalence en France est inconnue. L'objectif des auteurs était d'évaluer cette prévalence, ainsi que les raisons pour lesquelles les parents pratiquent le sommeil partagé.

Pour cette enquête nationale anonyme, 2900 pédiatres répartis sur toute la France ont reçu un lot de questionnaires à remettre à tous les parents d'un enfant de moins de 6 mois venus les consulter un jour donné. 370 pédiatres ont participé, ce qui a permis le recueil de 1789 questionnaires interprétables.

L'âge moyen des enfants était de 13 semaines. 57,7% des enfants dormaient seuls dans une chambre à part, 5,7% dormaient avec d'autres enfants dans une chambre à part, 36% dormaient dans la chambre des parents dans un berceau, et 0,6% dormaient dans le lit parental. Au total, 62% des enfants de 0 à 6 mois ont dormi régulièrement dans la chambre parentale. Dans 95,1% des cas, le passage de la chambre parentale à une chambre à part n'a posé aucun problème. Le lieu de sommeil variait en fonction de l'âge de l'enfant. Ce dernier était mis dans une chambre à part en moyenne à 7,3 semaines.

En ce qui concernait le sommeil de l'enfant dans le lit parental (cité dans 32% des questionnaires), il durait en moyenne jusqu'à 8 semaines. 15% des enfants y passaient toute la nuit et 85% quelques heures par nuit. 16,5% y dormaient régulièrement, dans 70,4% des cas avec les 2 parents et avec la mère uniquement dans 27,3% des cas. 70% des parents prenaient des précautions. 9% des parents ont dit avoir rencontré une situation où l'enfant a été potentiellement en danger.

Les principales raisons pour lesquelles l'enfant dormait dans le lit parental étaient l'allaitement (30,9% des cas), les pleurs de l'enfant (43%) et le désir de mieux surveiller l'enfant (14,8%). 15,3% des parents approuvaient le partage du lit parental, essentiellement parce que cela rassurait l'enfant (37,8%), qu'il pouvait mieux être surveillé (22,8%), que cela facilitait les contacts affectifs (19,3%) et rendait l'allaitement plus facile (8,6%). 67,4% des parents désapprouvaient le partage du lit parental, essentiellement parce qu'ils estimaient que c'était une « mauvaise habitude donnée à l'enfant » (44%), une pratique dangereuse (26,7%), ou que cela empêchait l'intimité du couple (23,1%).

62% des enfants sur lesquels portait cette étude ont été allaités, en moyenne jusqu'à 9,2 semaines. L'allaitement était un facteur de choix du sommeil partagé pour 58% des parents, qui estimaient que la présence de l'enfant dans leur chambre facilitait l'allaitement (proximité lors des réveils nocturnes, possibilité d'allaiter allongée).

Cette étude permet de constater que le sommeil partagé est une pratique fréquente (62%) pendant les premières semaines, et que le sommeil de l'enfant dans le lit parental n'est pas exceptionnel, même si la majorité des parents y sont défavorables, peut-être en raison des avis officiels.

Laits premier âge : pourquoi payer plus ?

F Guibert, R Victoria. 60 Millions de Consommateurs 2004 ; 382 : 39-43. Mots-clés : lait 1er âge, coût.

L'aliment normal du bébé est le lait de sa mère. Sa composition est parfaitement adaptée aux besoins du petit humain. Toutes les femmes ne souhaitent pas ou ne peuvent pas allaiter. De plus, de nombreuses femmes cessent d'allaiter après quelques semaines. Les parents se tourneront donc vers un lait industriel pour nourrisson. En la matière, ils n'ont que l'embarras du choix. La réglementation distingue les laits dits « de 1^{er} âge », et les laits dits « de 2^{ème} âge ». Il existe peu de différences entre les deux catégories, que ce soit au niveau de l'aspect de l'emballage ou au niveau de la composition (ce qui permet aux fabricants de contourner la législation sur la publicité des laits pour nourrisson). Parmi les laits de 1^{er} âge destinés aux nourrissons nés à terme et en bonne santé, on trouve des laits « standards » et des laits « spécifiques » (confort, transit, avec bifidus...). Ces laits présentent-ils réellement un intérêt par rapport aux laits standards, comme l'affirment les fabricants ?

La première constatation à leur sujet, c'est que leur « petit plus » a pour conséquence de faire nettement grimper les prix. Une famille dépensera en moyenne 130 € pour 4 mois d'alimentation avec un lait industriel standard, contre 325 € pour le plus coûteux des laits « spéciaux ». La réglementation impose des normes strictes pour la composition des laits pour nourrissons, et les laits standards conviennent à 99% des bébés ; il est donc inutile de payer plus cher un lait spécial. Par ailleurs, ces laits doivent être exempts d'antibiotiques et leur teneur en polluants est censée être très basse ; les laits « bio » ne présentent donc pas réellement d'avantages.

Les laits « confort » sont en fait des laits épaissis à l'amidon. Les laits « transit » sont censés accélérer le transit et lutter contre la constipation. Les laits « au bifidus » sont censés favoriser une flore intestinale proche de celle des bébés allaités. Les laits HA abaissent le risque d'allergie. Toutes ces allégations sont illégales ; pourtant, la DGCCRF n'intervient pas et n'a fait aucun commentaire sur l'absence de contrôles. En particulier, le lait « Lémiel confort » a présenté, pendant des années, un taux de lipides inférieur au minimum imposé par la législation, sans que personne s'en aperçoive. Un cadre réglementaire serait donc nécessaire, d'autant que les « avantages » de ces laits sont loin d'être démontrés ; pour l'instant, les fabricants se contentent de quelques données théoriques pour lancer un produit sur le marché. Les laits hypoallergéniques n'ont aucun effet préventif démontré ; en cas d'allergie aux protéines du lait de vache, il faut privilégier l'allaitement, ou utiliser des hydrolysats.

Les auteurs ont évalué la qualité de l'étiquetage de 34 laits, sur le plan du respect des mentions obligatoires selon la réglementation, le mode d'emploi, et la présence d'affirmations non autorisées. Deux laits de marque Gallia ne mettent pas la formule obligatoire rappelant la supériorité du lait maternel. Le mode d'emploi de plusieurs laits présente de regrettables lacunes. De nombreux emballages comportent des affirmations illégales.

La publicité pour ces laits commence à la maternité. Si dans certains services, comme celui de Port-Royal, la publicité pour les laits industriels a disparu, ce n'est pas le cas partout. À Bichat, on dispose de publicités, d'échantillons gratuits et de coupons réponse. Dans une enquête, 59% des parents disaient avoir reçu des publicités pour des aliments pour enfants provenant directement des fabricants. La réglementation actuelle n'empêche pas le démarchage des parents et celui des professionnels de santé, ni la prolifération des

publicités pour les laits 2^{ème} âge (qui ne diffèrent du lait 1^{er} âge que par le chiffre). Face à une telle abondance de produits, les parents doivent garder à l'esprit que les laits standards conviennent à la quasi-totalité des bébés. Il n'est pas nécessaire d'acheter un lait prétendument plus adapté au moindre petit problème digestif.

Mort subite du nourrisson en Europe

Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe : case control study. RG Carpenter, LM Irgens, PS Blair et al. Lancet 2004 ; 363 : 185-91. Mots-clés : mort subite du nourrisson, Europe.

L'augmentation importante du taux de mort subite du nourrisson (MSN) aux alentours de 1990 a fait prendre conscience de la nécessité d'études sur le sujet. 4 grandes études cas-témoin ont été entreprises en Europe pour rechercher les facteurs de risque et l'épidémiologie de la MSN. Le Comité européen de lutte contre la MSN a regroupé toutes les données recueillies par ces études et par d'autres plus récentes, afin de faire le point sur les facteurs de risque de la MSN en Europe. Ces études ont été menées dans 20 régions d'Europe : Suède, Norvège, Danemark, Irlande, Allemagne, Hollande, Autriche, Hongrie, Ukraine, Espagne, Italie, Russie, Slovénie, France, Belgique, Pologne, et 4 régions différentes de la Grande Bretagne. Plus de 60 variables ont été recueillies à propos de 745 cas de MSN et de 2411 enfants constituant le groupe témoin.

Les différents facteurs de risque étaient largement indépendants les uns des autres, et leur impact était globalement similaire dans toutes les régions. Le principal facteur de risque était le sommeil de l'enfant sur le ventre : RR : 13,1 si l'enfant était placé dans cette position, et 45,4 si l'enfant avait été placé sur le côté et s'était mis lui-même sur le ventre ; on pouvait estimer que ces deux facteurs étaient à l'origine d'environ 48% des décès. Le sommeil de l'enfant dans le lit parental était un facteur de risque si la mère était fumeuse, tout particulièrement pendant les premières semaines de vie (RR : 27 à 2 semaines post-partum). Ce facteur de risque était aussi partiellement attribuable à la consommation d'alcool par ces mêmes mères. La consommation maternelle d'alcool avait un impact indépendant uniquement si l'enfant passait toute la nuit dans le lit parental (RR : 1,66 par boisson alcoolisée consommée). Si la mère ne fumait pas et ne buvait pas, le fait que l'enfant dorme dans le lit parental était corrélé à une très faible augmentation du risque de MSN (RR : 2,4 à 2 semaines), qui était significative uniquement pendant les 8 premières semaines post-partum ; cela était probablement en rapport avec la fatigue de la mère en post-partum. Environ 16% des décès étaient corrélés au sommeil de l'enfant dans le lit parental, et 36% au sommeil de l'enfant dans une pièce séparée. Les enfants décédés de MSN avaient été mis à dormir dans une chambre séparée 26 jours plus tôt en moyenne que les enfants du groupe témoin.

La raison pour laquelle le risque de MSN baisse avec le temps chez les enfants qui dorment dans la chambre des parents reste à découvrir. Si certains facteurs de risque de MSN sont difficilement modifiables (sexe masculin, faible poids de naissance, bas niveau socio-économique, mère célibataire...), d'autres sont modifiables : tabagisme, enfant placé sur le ventre, mauvaises conditions de couchage (oreiller, couvertures...), et de nombreux décès pourraient être évités. Il semble que les meilleures conditions pour la prévention de la MSN soient que l'enfant dorme dans la chambre parentale, sur le dos, sans oreiller ni couverture susceptibles de couvrir son visage.

Acides gras polyinsaturés, et maladies à l'âge adulte

Perinatal supplementation of long-chain polyunsaturated fatty acids, immune response and adult disease. UN Das. Med Sci Monit 2004 ; 10(5) : HY19-25. Mots-clés : acides gras polyinsaturés à longue chaîne, réponse immunitaire, programmation périnatale, atopie, maladies à l'âge adulte.

Le développement du système immunitaire se fait suivant 2 axes : acquisition d'une protection vis-à-vis de certaines molécules, et acquisition d'une tolérance vis-à-vis d'autres molécules. Tout ce qui survient pendant la période critique de la mise en place du système immunitaire, avant et après la naissance, pourra donc avoir un impact à court et à long terme. Les acides gras polyinsaturés (AGPI) en ω -3 et en ω -6 modulent les lignées lymphocytaires T1 et T2, ainsi que leur production de cytokines. Ils jouent donc un rôle important dans le contrôle de l'inflammation. Ils ont un effet suppresseur sur la sécrétion de TNF- α , ce qui permet de penser qu'ils ont un impact suppresseur vis-à-vis des pathologies auto-immunes. L'amélioration de la symptomatologie des polyarthrites rhumatoïdes et des lupus grâce à la prise d'AGPI est en faveur de cette hypothèse. Le lait humain contient des quantités appréciables d'AGPI, qui sont susceptibles d'abaisser le risque de ces pathologies à l'âge adulte.

Il existe normalement un équilibre entre les cellules T1 et T2. Un déséquilibre favorisera la survenue de pathologies allergiques. Les cellules T1 sécrètent l'interféron- α , l'IL-2 et le TNF- α , tandis que les cellules T2 sécrètent l'IL-4, l'IL-10 et l'IL-13. Les acides eicosapentaénoïque et docosahexaénoïque, tous deux en ω -3, inhibent fortement la sécrétion d'IL-1, d'IL-2 et de TNF- α , et augmentent la sécrétion de TGF- β , ce qui retarde la survenue de pathologies auto-immunes en expérimentation animale. Il semble que le mode d'action des AGPI varie suivant les tissus, peut-être en fonction du taux des divers AGPI dans les membranes cellulaires des différents tissus.

Une étude a retrouvé un taux plus bas de 70% de leucémies et de lymphomes chez des enfants qui avaient été allaités pendant plus de 6 mois (Bener A et al. Eur J Cancer 2001 ; 37 : 234-8) ; la même constatation a été faite par d'autres études, et il semble que cet impact de l'allaitement soit dose-dépendant. Il existe de plus en plus d'indices permettant de penser que la leucémie infantile débute pendant la vie intra-utérine. L'exposition de l'enfant à certains facteurs après la naissance induira le développement de la leucémie. Des études cliniques ont constaté que certains AGPI peuvent avoir un impact bénéfique sur la prévalence et l'évolution de tumeurs cancéreuses.

Le syndrome métabolique X inclut l'obésité, la résistance à l'insuline, la mauvaise tolérance au glucose, les dyslipidémies, le diabète gras, l'hypertension et les pathologies cardiovasculaires. La résistance à l'insuline semble être le facteur clé de ce syndrome. On pense de plus en plus qu'il est lié à l'existence d'une inflammation systémique chronique, avec augmentation de la sécrétion des cytokines pro-inflammatoires. Il semble que ce déséquilibre puisse débiter dès la petite enfance, voire puisse être favorisé par l'environnement maternel avant la naissance. La prise d'huile de foie de morue pendant la grossesse et la première année de vie est corrélée à une prévalence plus basse de diabète insulino-dépendant.

Le taux plasmatique d'IL-6 et de TNF- α est augmenté chez les personnes souffrant de dépression ou de schizophrénie, et les taux membranaires des AGPI sont différents chez les personnes présentant des troubles psychologiques. Les taux plasmatiques et membranaires des AGPI sont plus bas chez les enfants qui sont nourris

au lait industriel que chez les enfants allaités. Même si la différence n'est pas très importante, il est tout à fait possible qu'elle favorise, chez les enfants non allaités, la survenue d'une légère inflammation chronique non visible cliniquement, mais qui favorisera à long terme le développement d'un certain nombre de maladies.

Pendant la grossesse, le fœtus répond à son environnement en développant des mécanismes d'adaptation génétiques, biochimiques et cellulaires, qui pourront perdurer pendant toute la vie. Cette adaptation est appelée « programmation ». La nutrition joue un rôle majeur. Une alimentation maternelle carencée en protéines ou en calories pendant la grossesse et l'allaitement pourra avoir un impact durable sur la croissance et le développement neuroendocrine de l'enfant. Des rates ayant une alimentation riche en glucides pendant leur gestation ont transmis à leurs petits une prédisposition à l'obésité et à l'hyperinsulinémie. Une étude a constaté que des animaux élevés avec une alimentation carencée en AGPI buvaient moins et consommaient davantage de sodium, ce qui permet de penser que les AGPI jouent un rôle dans la régulation osmotique.

Le lait maternel est riche en AGPI, et les enfants qui ne sont pas allaités ont un moins bon statut pour ces AGPI que les enfants allaités. On ignore quels sont les apports optimaux en AGPI des jeunes enfants, mais on peut supposer que, sur ce plan, le lait maternel est le plus adéquat.

Allaitement de prématurés et profil des lipoprotéines à l'adolescence

Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: follow-up of a prospective randomised study. A Singhal et al. Lancet 2004 ; 363 : 1571-78. Mots-clés : alimentation infantile, prématurés, adolescence, lipoprotéines.

Les auteurs ont évalué l'impact de l'alimentation en début de vie sur le taux de cholestérol à l'adolescence, chez des prématurés suivis à partir de la naissance, et pour qui il avait été possible de déterminer l'alimentation par randomisation.

926 prématurés ont été inclus à leur naissance dans 2 études menées parallèlement. Pour la première étude, ils ont reçu soit du lait humain provenant d'un lactarium, soit un lait industriel spécial pour prématurés, soit comme seule alimentation, soit en complément du lait donné par la mère. Pour la seconde étude, ils ont reçu soit un lait industriel standard, soit un lait industriel spécial pour prématurés, là aussi comme seule alimentation ou en complément du lait donné par la mère. 216 enfants ont pu être revus à l'âge de 13 à 16 ans. Des échantillons de sang ont été prélevés pour recherche du taux de LDL, de HDL, d'apolipoprotéine A-1 et B (apoA-1 et apoB), et de protéine C-réactive (CPR, pour évaluation du processus inflammatoire associé à l'athérosclérose).

Les adolescents qui avaient reçu, après leur naissance, du lait humain provenant d'un lactarium avaient un taux plus bas de CPR et un rapport LDL / HDL plus bas de 14% que ceux qui avaient reçu un lait industriel spécial pour prématurés. Plus la proportion de lait humain reçue par l'enfant était élevée, plus le rapport LDL / HDL était bas, ainsi que le rapport apoB / apoA-1 et le taux de CPR, et ce après correction pour les autres variables confondantes. Les auteurs concluent que les conséquences de l'alimentation avec du lait humain ou industriel se font sentir à long terme, et que les résultats de cette étude sont en faveur d'un impact négatif du non-allaitement sur le risque d'athérosclérose plus tard dans la vie.