

# Allaitement et utilisation du lait humain

Breastfeeding and the Use of Human Milk. Académie Américaine de Pédiatrie.  
Groupe de travail sur l'allaitement. Pediatrics 2005 ; 115 : 496-506.

**D**e nombreuses études ont été publiées ces dernières années, démontrant les avantages de l'allaitement pour les bébés, les mères, les familles et la société, sur le plan de la santé, de la nutrition, du statut immunitaire, du développement physique et psychologique de l'enfant, de l'économie et du respect de l'environnement. Cette déclaration de l'Académie Américaine de Pédiatrie remplace la déclaration précédente, publiée en 1997, et reflète les avancées de la science.

Le lait humain est spécifique à notre espèce. L'allaitement exclusif représente la norme, par rapport à laquelle on devrait évaluer tant la croissance que la santé des bébés. Le non-allaitement augmente la prévalence de nombreuses pathologies infectieuses. Même dans les pays industrialisés, la morbidité et la mortalité infantile sont plus élevées chez les enfants qui ne sont pas allaités. Le non-allaitement augmente aussi le risque de mort subite du nourrisson, de diabète, de lymphome, de leucémie, de maladie de Hodgkin, de surpoids, et d'asthme. Il induit un développement cognitif légèrement plus bas. Chez les mères, le non-allaitement augmente le risque d'hémorragie du post-partum, de grossesses répétées, de cancer du sein ou des ovaires ; il pourrait augmenter le risque d'ostéoporose après la ménopause. Le non-allaitement augmente de façon importante les dépenses de santé pour le traitement des pathologies qu'il favorise ; il a aussi un coût économique sur le plan de l'absentéisme des parents en cas de maladie infantile. Il a enfin un coût environnemental : la fabrication du lait, sa distribution, sa préparation, puis le traitement des emballages vides sont polluants et coûteux. Les économies que permettrait, à divers niveaux, l'augmentation de la prévalence et de la durée de l'allaitement permettraient d'augmenter le nombre des consultant(e)s en lactation remboursés par les assurances, et la mise à disposition des mères de tire-lait ou autres produits susceptibles de favoriser la poursuite de l'allaitement.

Il existe de rares contre-indications à l'allaitement : galactosémie classique chez l'enfant, tuberculose pulmonaire active non traitée, séropositivité pour le HTLV chez la mère. L'allaitement devra être suspendu lorsque la mère reçoit certains radio-isotopes, ou des antimétabolites, ou de rares médicaments, ou présente des lésions d'herpès sur les mamelons. L'allaitement est déconseillé chez les mères séropositives pour le VIH vivant dans les pays industrialisés. En revanche, l'allaitement ne devrait pas être déconseillé : aux mères qui sont séropositives pour l'hépatite B ou C ; aux mères souffrant d'une affection fébrile (sauf en présence d'un autre facteur contre-indiquant l'allaitement) ; aux mères exposées à un agent polluant à dose modérée ; aux mères séropositives pour le CMV si l'enfant est né à terme (si l'enfant est un grand prématuré, la pasteurisation ou la congélation du lait permet d'abaisser fortement le risque de contamination de l'enfant). Le tabagisme n'est

pas une contre-indication ; la mère sera informée des pratiques limitant l'exposition de son enfant. La consommation d'alcool n'est pas contre-indiquée, mais l'enfant ne devrait pas être mis au sein dans les 2 heures qui suivent la prise d'une boisson alcoolisée. L'allaitement peut être poursuivi dans la grande majorité des cas lorsque le nourrisson souffre d'ictère.

La prévalence de l'allaitement en post-partum précoce a augmenté aux USA, mais elle reste inférieure à la prévalence souhaitée par les services de santé publique. De plus, de nombreuses mères cessent rapidement d'allaiter, et/ou introduisent rapidement des compléments. De nombreuses organisations recommandent un allaitement exclusif d'environ 6 mois (l'enfant ne recevant rien d'autre que du lait maternel, exception faite des compléments vitaminiques et minéraux, et des médicaments). Les obstacles à l'allaitement sont une information insuffisante, des pratiques hospitalières inappropriées, l'absence de suivi correct des mères allaitantes, la reprise rapide du travail dans un environnement ne favorisant pas la poursuite de l'allaitement, l'image du biberon comme norme sociale pour l'alimentation des bébés, les pratiques promotionnelles des fabricants de lait industriel...

## Les recommandations en matière d'allaitement des bébés nés à terme

- Les pédiatres et les autres professionnels de santé devraient recommander l'allaitement pour tous les enfants chez qui il n'est pas spécifiquement contre-indiqué, et fournir aux parents les informations qui leur permettront de faire un choix informé. Lorsque le bébé ne peut pas être mis au sein, les parents recevront des informations sur l'expression du lait, ainsi que si l'allaitement doit être suspendu.
- Il est nécessaire d'encourager des réglementations et des pratiques qui favorisent l'allaitement.
- Les enfants nés à terme devraient être placés contre la peau de leur mère immédiatement après la naissance, et y rester jusqu'à ce qu'ils aient pris une première tétée. Peser et mesurer l'enfant, le baigner, lui mettre des gouttes dans les yeux... sera fait après cette première tétée. Sauf circonstances exceptionnelles, le bébé restera avec sa mère.
- Les enfants allaités ne devraient pas recevoir de suppléments de quelque nature que ce soit, sauf indication médicale. Le bébé ne devrait pas recevoir de sucette tant que l'allaitement n'est pas bien installé, sauf cas particulier (suction non-nutritive chez les prématurés, par exemple).
- Le bébé devrait téter 8 à 12 fois par jour pendant les premières semaines. Il devrait être mis au sein dès qu'il en manifeste le désir par son comportement (éveil, recherche du sein...). Les pleurs sont l'ultime manifestation de faim. La mère devrait

laisser l'enfant téter au premier sein aussi longtemps qu'il le désire, et lui proposer ensuite l'autre sein. Veiller à ce que les deux seins soient stimulés. Lorsque l'allaitement est bien établi, la fréquence des tétées pourra se stabiliser à environ 8 tétées par jour, mais l'enfant pourra augmenter la fréquence à certaines périodes s'il a besoin de recevoir davantage de lait.

- Le déroulement de l'allaitement devrait être évalué de façon approfondie par un professionnel compétent au moins 2 fois par jour pendant le séjour en maternité. Si un problème est détecté, des mesures devront être prises immédiatement, et un plan d'action établi avec les parents.
- Tous les bébés allaités devraient être vus par un professionnel de santé expérimenté entre J3 et J5. Cette visite devrait donner lieu à un examen clinique détaillé du bébé, et à une évaluation approfondie de la pratique d'allaitement, tout particulièrement si l'enfant a perdu plus de 7% de son poids de naissance. Une autre visite de routine sera effectuée entre 2 et 3 semaines, afin de mieux soutenir et informer la mère allaitante pendant la période critique du démarrage.
- Les pédiatres et les parents devraient savoir que l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois permet une croissance et un développement optimaux, et protège l'enfant vis-à-vis des diarrhées et des pathologies infectieuses respiratoires. L'allaitement devrait être poursuivi jusqu'à au moins 12 mois, et ensuite pendant aussi longtemps que la mère et l'enfant le souhaitent. Des aliments riches en fer seront introduits progressivement à partir d'environ 6 mois. Certains enfants pourront avoir besoin de suppléments de fer avant 6 mois (prématurés, bébés souffrants de pathologies hématologiques...). Les bébés ont des comportements différents ; certains souhaiteront recevoir des solides dès 4 mois, tandis que d'autres refuseront tous les aliments jusqu'à environ 8 mois. Pendant les 6 premiers mois, et même sous les climats chauds, l'enfant n'a pas besoin de recevoir de l'eau ou des jus. Une longue durée d'allaitement présente des avantages spécifiques sur le plan de la santé maternelle (espacement des naissances en particulier) et infantile. Il n'existe pas de limite supérieure d'âge à ne pas dépasser pour le sevrage. Rien ne permet de penser que la poursuite de l'allaitement jusqu'à 3 ans ou au-delà puisse présenter un quelconque inconvénient pour l'enfant. Les bébés sevrés avant 12 mois ne devraient pas recevoir de lait de vache du commerce courant, mais plutôt un lait industriel enrichi en fer.
- Tous les enfants allaités devraient recevoir 1 mg de vitamine K en IM, après la première tétée, et avant 6 heures de vie. Tous les enfants allaités devraient commencer à recevoir de la vitamine D dans les 2 premiers mois de vie, à la dose de 200 UI/jour. L'enfant ne devrait pas recevoir de suppléments de fluor pendant les 6 premiers mois ; entre 6 mois et 3 ans, la décision de donner un tel supplément sera prise au cas par cas.
- La mère et son bébé devraient dormir l'un près de l'autre afin de faciliter l'allaitement.
- Si une hospitalisation est indispensable pour la mère ou l'enfant, tout devrait être fait pour préserver l'allaitement, de préférence en permettant au bébé de prendre le sein, ou sinon en permettant à la mère de tirer son lait pour qu'il soit donné à son bébé.

### Recommandations supplémentaires concernant les enfants à risque

L'allaitement, ou le don de lait humain, devrait être recommandé pour les prématurés ou les bébés à risque. La mère devrait être informée sur l'expression du lait dès que possible. Elle devrait pouvoir prendre son bébé en peau à peau et le mettre au sein aussi rapidement que possible. L'enrichissement du lait

maternel exprimé est conseillé pour les très grands prématurés. Le lait humain provenant de donneuses est une bonne alternative pour ces bébés, si la mère ne souhaite pas ou ne peut pas donner son lait. Les enfants souffrant de déficit en G6PD devront bénéficier d'un suivi étroit.

## Rôle des pédiatres et des autres professionnels de santé en matière d'allaitement

Ils devraient :

- Promouvoir activement l'allaitement, et soutenir adéquatement les mères allaitantes. Leur engagement à protéger l'allaitement devrait être évident. Ils devraient promouvoir l'allaitement afin qu'il redevienne la norme culturelle, et encourager la famille de la mère à la soutenir dans son allaitement. Ils doivent connaître l'impact des normes culturelles et sociales sur les pratiques d'allaitement, et savoir encourager des pratiques d'allaitement acceptables pour les différentes cultures.
- Veiller à devenir compétents en matière de physiologie de la lactation, et de suivi de l'allaitement. Il est nécessaire d'encourager la mise en œuvre de cours sur l'allaitement pendant les études des professionnels de santé.
- Utiliser toutes les opportunités de fournir des informations sur l'allaitement aux enfants et aux adultes, dans toutes les circonstances possibles.
- Travailler en collaboration avec les services locaux de maternité, et avec les autres professionnels de santé locaux susceptibles d'avoir affaire à des mères allaitantes ou à des enfants allaités. Il faudrait promouvoir des pratiques hospitalières qui favorisent l'allaitement, et travailler à éliminer les pratiques défavorables (séparation de la mère et de l'enfant, don de lait industriel gratuit, informations incorrectes, absence de soutien et de suivi...). Les équipes soignantes de maternité devraient être formées à l'allaitement, et comporter des spécialistes en allaitement.
- Permettre aux mères de disposer facilement d'un tire-lait.
- Veiller à ce que leur cabinet médical soit « ami de l'allaitement ».
- Connaître les ressources locales spécialisées dans l'aide aux mères allaitantes : groupes de soutien aux mères, consultant(e) en lactation, etc.
- Encourager les médias à donner de l'allaitement une image positive et normative.
- Encourager les employeurs à rendre le lieu de travail « ami de l'allaitement ».
- Encourager la poursuite de l'allaitement en cas de séparation ou de divorce des parents.
- Soutenir et informer les mères qui souhaitent induire une lactation pour allaiter leur enfant adopté.
- Encourager la mise en œuvre de législations favorisant l'allaitement.
- Promouvoir les recherches dans le domaine de l'allaitement.

L'article original intégral avec toutes ses références peut être téléchargé à l'adresse suivante :  
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/115/2/496>

# Maladies auto-immunes, grossesse et allaitement

**D**epuis quelques décennies, nous comprenons mieux les maladies auto-immunes. Elles sont mieux diagnostiquées et mieux traitées. De plus en plus de personnes atteintes de maladies auto-immunes survivent longtemps, et leur qualité de survie est meilleure.

Les maladies auto-immunes les plus fréquentes chez les femmes en âge de procréer sont la polyarthrite rhumatoïde (PR) et le lupus érythémateux disséminé (LED). La PR touche environ 1% de la population, dont 85% de femmes. Le LED est moins fréquent, mais là aussi 80 à 85% des personnes touchées sont des femmes. Par ailleurs, si la PR est plus fréquente chez les personnes âgées, le LED débute souvent chez les adultes jeunes. La sclérose en plaque (SEP) est une maladie multifactorielle qui semble avoir une composante auto-immune ; elle débute le plus souvent entre 20 et 40 ans, et touche les femmes dans 2/3 des cas. Lorsqu'une femme jeune est atteinte d'une telle maladie, l'impact éventuel de la maladie et de son traitement sur la grossesse et la lactation sera à prendre en compte.

Les mères souffrant de maladies auto-immunes peuvent aussi se poser des questions sur les médicaments qu'elles seront amenées à prendre (anti-inflammatoires, immunosuppresseurs...). Ces femmes peuvent aussi avoir besoin de traitements pour les troubles plus spécifiques induits par leur pathologie. Le risque éventuellement lié au médicament doit être mis en balance avec les inconvénients d'un sevrage précoce.

Ces mères sont souvent chroniquement fatiguées, et cela peut être un grand souci pour elles. Elles auront besoin de savoir que l'allaitement en soi n'est pas fatigant, et qu'il ne sera pas à l'origine d'une exacerbation de leur symptomatologie. Une aide à domicile sera importante pendant l'allaitement.

## Le lupus érythémateux disséminé

Pendant la grossesse, environ 60% des femmes présenteront une aggravation de la symptomatologie. Les femmes souffrant de LED et traitées par corticoïdes par voie générale ont un risque plus élevé d'hypertension et d'hyperglycémie. De plus, les femmes qui souffrent de néphrite lupique ont un risque considérablement plus élevé de pré-éclampsie. Il n'existe aucune corrélation entre le risque de LED et le nombre de grossesses.

L'allaitement pourrait protéger vis-à-vis du LED. Dans une étude publiée en 2002, un impact protecteur dose-dépendant de l'allaitement était constaté : le degré de protection augmentait avec le nombre d'enfants allaités et la durée de l'allaitement. On ignore totalement si le LED a un impact sur la physiologie de la lactation ou sur la composition du lait. Il est tout à fait possible que certains leucocytes du lait soient anormaux chez les femmes souffrant de LED et de leucopénie auto-immune ; par exemple, il est probable que si la femme a une neutropénie auto-immune, le taux de neutrophiles sera aussi abaissé dans son lait. L'impact

de ce taux plus bas de neutrophiles dans le lait ou au niveau de la glande mammaire est inconnu.

Le fœtus ou le nouveau-né pourra présenter un lupus provoqué par les auto-anticorps maternels qui traversent le placenta. Cela peut survenir quel que soit le degré d'activité du LED chez la mère. Les lésions chez le fœtus sont provoquées par les IgG maternelles dirigées contre les phospholipides. Il est important d'identifier le plus rapidement possible ce problème pendant la grossesse : la prise maternelle d'héparine de bas poids moléculaire, seule ou en combinaison avec de l'aspirine à faible dose, permet d'augmenter la probabilité d'un enfant vivant à la naissance de 0-40% à 70-80%. Si la présence d'un lupus chez le nouveau-né est peu fréquente, les symptômes peuvent être sévères. Dans une étude portant sur 128 enfants nés de 112 mères souffrant de LED, les principaux signes cliniques présentés par les enfants étaient un lupus cutané (16%), des anomalies hématologiques (16%), une augmentation des enzymes hépatiques (16%). L'existence d'un bloc cardiaque est beaucoup moins fréquente (1,6%), mais son taux de mortalité est élevé ; ce problème est lié à la transmission à l'enfant d'IgG maternelles anti-SSA/Ro et SSB/La. Les expérimentations in vitro permettent de penser que ces anticorps induisent une fibrose progressive du système conducteur cardiaque. D'autres problèmes cardiaques peuvent être constatés, comme des cardiomyopathies survenant à long terme. On ignore toutefois pourquoi seulement un faible pourcentage d'enfants présenteront ces lésions cardiaques lorsqu'ils sont exposés aux IgG maternelles.

Certains se demandent dans quelle mesure les auto-anticorps peuvent passer dans le lait, et si, dans ce cas, ils sont susceptibles d'induire des problèmes chez l'enfant allaité. Quelques études ont été effectuées sur le sujet. L'une d'entre elles a retrouvé de faibles taux d'IgA et d'IgM anti-ADN natif dans le colostrum humain normal. Mais dans la mesure où ces anticorps peuvent aussi agir sur certains antigènes environnementaux, il est possible qu'ils aient un rôle protecteur vis-à-vis de ces antigènes. D'autres études ont d'ailleurs montré que des IgA anti-ADN étaient également des enzymes qui clivaient l'ADN et l'ARN. En pareil cas, l'ADN sera reconnu à la fois comme antigène et comme substrat pour l'enzyme/anticorps. Comme les IgA sécrétoires sont résistantes à la digestion dans le tractus digestif, il est possible que les IgA anti-ADN protègent l'enfant vis-à-vis de l'ADN fabriqué à l'occasion de l'apoptose ou de l'inflammation au niveau du tube digestif, ou vis-à-vis du matériel génétique des divers germes pathogènes présents dans le tractus digestif. Au vu de tous ces faits, il est hautement improbable que les IgA anti-ADN du lait humain aient un quelconque impact négatif chez l'enfant ; ils sont probablement présents pour le protéger.

Le lait humain contient un faible taux d'IgG. Une étude récente a constaté que certaines IgG du lait de femmes atteintes de LED pouvaient réagir avec le complexe SSA/Ro – SSB/La. Toutefois, aucune étude n'a jamais constaté que les IgG du lait humain étaient absorbées au niveau du tube digestif de l'enfant. Au vu des connaissances actuelles, rien ne permet de penser que

l'allaitement puisse transmettre à l'enfant des auto-anticorps susceptibles d'avoir chez lui un impact négatif.

## La polyarthrite rhumatoïde

Plus de 70% des femmes bénéficient d'une amélioration de leur symptomatologie pendant la grossesse. L'existence d'une disparité entre la mère et l'enfant quant à certains allèles HLA est plus fréquente chez les femmes qui présentent une amélioration pendant leur grossesse.

Certains auteurs avaient conclu que le fait d'allaiter augmentait le risque de PR. Toutefois, une grande étude prospective récente a constaté le contraire : la durée totale d'allaitement chez une femme était inversement corrélée au risque de PR après la lactation. Il n'existe aucune donnée sur l'impact de la PR sur le déroulement de l'allaitement ou sur la composition du lait. Aucun impact sur le fœtus ou sur le nouveau-né n'a été rapporté chez les mères souffrant de PR. Dans la mesure où la pathogenèse de la PR implique des cellules T auto réactives, il serait intéressant de savoir si de telles cellules se retrouvent dans le lait de ces femmes. Actuellement, aucune étude sur le sujet n'a été effectuée.

## La sclérose en plaque (SEP)

Cette maladie induit une démyélinisation inflammatoire des fibres nerveuses du système nerveux central, suivie d'une sclérose locale en plaques bien délimitées. La maladie évolue par poussées plus ou moins fréquentes et sévères, entre lesquelles les troubles régressent partiellement. Les symptômes sont très variables en fonction des zones atteintes, et s'aggravent avec le temps, induisant une invalidité progressive. On ignore quels lymphocytes (et/ou quels anticorps) sont spécifiquement impliqués dans le processus démyélinisant. Pour certains spécialistes, inflammation et destruction de la myéline seraient deux processus différents. On a constaté récemment une atteinte axonale, mise en évidence dès le début de la maladie. La SEP ne pose généralement pas de problème particulier pour la grossesse. On a toutefois observé une augmentation du risque d'exacerbation des symptômes pendant la grossesse, et surtout pendant les 3 premiers mois post-partum (sans aucune corrélation avec l'allaitement).

Il n'existe guère de données dans la littérature médicale évaluant l'impact d'une SEP sur l'allaitement. Dans des études évaluant le vécu de mères souffrant de SEP par rapport à la grossesse, quelques-unes ont évoqué la capacité à allaiter ; une femme notait qu'elle arrivait à allaiter tant qu'elle se reposait suffisamment et mangeait correctement ; une autre notait que l'allaitement était gratifiant car il lui permettait d'avoir un lien privilégié avec son enfant, chose particulièrement importante quand la majeure partie des soins devait être assurée par d'autres personnes en raison de l'incapacité de la mère à les assurer elle-même. Bon nombre de ces femmes ne savaient que penser après avoir entendu les avis souvent divergents des professionnels de santé qui les suivaient.

## En conclusion

On connaît un certain nombre de choses sur l'impact de ces maladies auto-immunes sur la grossesse et l'accouchement. Aucun effet secondaire sur la lactation, la composition du lait

maternel ou sur l'enfant allaité n'a été documenté pour le moment. En particulier, rien ne permet de penser que les auto-anticorps éventuellement présents dans le lait maternel constituent un risque pour l'enfant allaité. Des études sur le déroulement de l'allaitement et sur la composition du lait chez des femmes souffrant de maladies auto-immunes seraient utiles et pourraient être effectuées facilement. Des études à long terme sur ces mères et leurs enfants seraient aussi intéressantes, certaines conséquences pouvant ne devenir visibles qu'au bout d'un certain nombre d'années.

## Références

- *Autoimmunity, pregnancy, and lactation. AS Goldman. ABM News and Views 2004 ; 10(1) : 5-6.*
- *Hormonal and reproductive risk factors for development of systemic lupus erythematus : results of a population-based, case-control study. GS Cooper et al. Arthritis Rheum 2002 ; 46 : 1830-39.*
- *Breastfeeding in the woman with a compromised nervous system. LA Halbert. J Hum Lact 1998 ; 14 : 327-331.*

## Contact peau à peau immédiatement après une césarienne

On sait maintenant que les bébés posés contre la peau de leur mère immédiatement après la naissance et pendant au moins une heure :

- sont plus stables sur le plan métabolique (meilleur maintien de leur température, risque plus bas d'hypoglycémie)
- pleurent moins
- seront plus nombreux à prendre le sein et à le faire correctement
- seront allaités plus longtemps (allaitement exclusif et allaitement total)

Une raison souvent avancée pour ne pas mettre l'enfant contre sa mère, parmi d'autres qui ne sont pas davantage scientifiquement fondées, est que l'enfant est né par césarienne. Mais si la mère et l'enfant sont cliniquement stables, il n'y a aucune raison de ne pas permettre ce contact peau à peau. Cette photo l'illustre.

Dr Jack Newman

