

# Cas cliniques ... cas cliniques

## Quand la mise au sein n'est pas possible : le tire-lait, une alternative à apprivoiser

Sylvie Senanedj, St Germain en Laye (78).

A l'occasion de l'échographie du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse, il a été découvert que le bébé de Mme X était porteur d'une fente labiopalatine. Passé le choc psychologique, Mme X a commencé à se documenter sur cette malformation et ses conséquences au niveau de l'alimentation du nouveau-né. Tous les articles et témoignages sur le sujet parlaient de la difficulté à alimenter normalement ces bébés, la non-fermeture du palais empêchant une succion normale. En particulier, il était précisé que l'allaitement était la plupart du temps rendu impossible, puisque la fente palatine ne permet pas la création d'une dépression dans la bouche. Mme X avait allaité son aîné jusqu'à l'âge de 18 mois. Elle a commencé à faire le deuil de l'allaitement de ce second enfant.

Elle avait appris que les bébés porteurs d'une fente labiopalatine avaient un risque élevé d'otites à répétition, en raison de la communication entre la cavité buccale et les voies aériennes. Elle a alors décidé que son bébé recevrait son lait, au moins pour la protection contre les infections, et pour favoriser la cicatrisation après les futures chirurgies réparatrices.

La maternité où elle devait accoucher ne disposant pas de tire-lait double pompage, elle a loué, une semaine avant la date prévue d'accouchement, un tire-lait électrique double pompage « Lactaline Personal » d'Ameda qu'elle prévoyait d'apporter à la maternité. La première journée post-partum fut particulièrement éprouvante (choc d'une césarienne inattendue, injection de morphine contre la douleur, séparation mère-enfant imposée, le bébé étant admis en néonatalogie en raison des difficultés prévues pour son alimentation). D'après les recommandations d'une consultante en lactation, Mme X savait qu'elle devait tirer son lait 8 à 10 fois par 24 heures pour bien lancer sa lactation. Elle a commencé à tirer son lait environ 26 heures après la césarienne. Les premiers jours, à la maternité, elle tirait son lait entre 6 et 8 fois par 24 heures, pendant 10 à 15 minutes. Elle a tiré aussi un certain nombre de fois son lait manuellement pour désengorger ses seins. Elle a très mal vécu le fait qu'elle devait jeter son colostrum, le personnel lui ayant dit que la morphine qu'elle recevait interdisait le don à son bébé (NDLR : ce qui est inexact). A partir du 4<sup>ème</sup> jour, elle a exigé que son lait lui soit donné. La montée de lait a eu lieu le 5<sup>ème</sup> jour. Elle obtenait alors en moyenne 20 à 50 ml par séance d'extraction (avec un pic de 140 ml).

Mme X est rentrée chez elle à J7. Elle a continué à tirer son lait entre 6 et 8 fois par 24 heures, et elle notait scrupuleusement, pour chaque séance d'expression, l'heure et la quantité obtenue, ainsi que la quantité de lait absorbée par son bébé (au biberon). Pendant la première semaine qui a suivi le retour au domicile, la production de lait a été très irrégulière d'un tirage à l'autre, mais en constante augmentation. Si elle tirait environ 25 à 80 ml par séance d'expression à J7, elle en tirait 65 à 190 ml à J14 (ce qui représentait quotidiennement près du double des be-

soins du bébé). A partir de J15, la production lactée est devenue plus régulière. A J20, elle tirait de 130 à 215 ml par séance d'expression. Pendant la 4<sup>ème</sup> semaine post-partum, elle tirait son lait 6 fois par jour, et à partir de 5 semaines elle a pris un rythme de 5 séances d'expression par 24 heures. Le tire-lait double pompage lui permettait de gagner du temps et d'obtenir un volume nettement supérieur aux besoins de son bébé : elle avait toujours au minimum 2 biberons d'avance.

Ce rythme n'était pas facile à assurer pour la mère, entre les séances d'expression du lait, le nettoyage du matériel, le don des biberons... Elle estime qu'elle a pu « tenir » grâce aux nombreux contacts pris, avant la naissance, avec des consultantes en lactation et des animatrices de La Leche League, qui ont répondu à ses interrogations, lui ont envoyé des articles et de la documentation, et lui ont permis d'anticiper la vie avec son bébé. Elle a aussi été mise en contact avec des mamans ayant connu des expériences similaires, auxquelles elle a pu poser des questions par téléphone. La documentation recueillie sur Internet lui a également été précieuse. Le fait de consigner toutes les données concernant l'alimentation de son bébé dans un cahier l'a beaucoup aidée au quotidien, ainsi que la maniabilité et l'efficacité du tire-lait, utilisé très souvent. Le soutien moral et matériel de son mari s'est avéré très important. Enfin, sa motivation, en particulier vis-à-vis des professionnels de santé rencontrés (qui trouvaient incongru de vouloir allaiter un enfant souffrant de fente labiopalatine), lui a donné l'énergie nécessaire pour faire valoir son choix.

La première chirurgie (fermeture de la fente labiale) a été effectuée lorsque l'enfant avait 1 mois. Par la suite, lorsque sa mère essayait de le mettre au sein, Jérémy acceptait parfois de « tétouiller », mais pas lorsqu'il était affamé. Cette situation était très frustrante pour la maman, qui préférait donc le nourrir au biberon. Jérémy a été exclusivement nourri avec du lait maternel jusqu'à 4,5 mois ; il a alors commencé à recevoir des solides donnés à la cuillère, en vue de la chirurgie (on avait dit à sa maman qu'il ne pourrait pas prendre le biberon pendant un certain temps après cette chirurgie). La fermeture de la fente palatine a été effectuée à 8 mois. Dans les semaines qui ont suivi, Mme X a décidé d'arrêter de tirer son lait, et Jérémy était sevré à 9 mois.

### Médicaments et Allaitement Compilation des Coins du prescripteur des Dossiers de l'Allaitement

A commander à : F. Railhet, 68 av P.V. Couturier  
93330 NEUILLY SUR MARNE  
Tél : 01 43 08 56 02 – Fax : 01 43 08 50 95  
Courriel : dossiers@llf.fr

Paieement à l'ordre de LLL France : 12,00 € port compris

## Le vasospasme du mamelon : un problème qu'on peut traiter

Raynaud's phenomenon of the nipple : a treatable cause of painful breastfeeding. JE Anderson, N Held, K Wright. *Pediatrics* 2004 ; 113 : 360-64.

Maurice Raynaud a décrit le vasospasme des artérioles pour la première fois en 1862. Ce qu'on connaît actuellement comme la maladie de Raynaud est un problème vasculaire qui touche jusqu'à 20% des femmes en âge de procréer. On a constaté qu'elle pouvait toucher les mamelons chez les mères allaitantes, et ce problème est de mieux en mieux connu en tant que cause de mamelons douloureux. En 1997, LS et CL Lawlor-Smith ont rapporté 5 cas de maladie de Raynaud ou vasospasme des mamelons chez des mères allaitantes. Toutefois, ce phénomène reste peu étudié dans la littérature médicale, et ses éventuelles corrélations avec une chirurgie mammaire n'ont jamais été étudiées. Dans la mesure où les problèmes de mamelons douloureux sont une cause importante de sevrage, il est nécessaire de savoir dépister et traiter ce problème. Les professionnels de santé qui suivent des femmes allaitantes doivent connaître ce problème afin de savoir le dépister et le traiter adéquatement. Cela permettra aux mères de poursuivre l'allaitement et d'éviter des traitements inutiles prescrits pour d'autres causes diagnostiquées à tort. Les auteurs rapportent leur expérience en la matière.

Les auteurs présentent 12 cas de femmes qui ont allaité 14 enfants, et qui ont été vues dans un cabinet pédiatrique et une consultation de lactation de San Francisco pendant les 3 dernières années. Toutes éprouvaient des douleurs mamelonnaires intenses, aggravées par le froid, et qui s'accompagnaient d'une série de modifications de la couleur des mamelons : décoloration, suivie de cyanose et/ou érythème. Une mauvaise prise du sein par l'enfant peut induire une décoloration du mamelon et une douleur intense. Toutefois, 10 de ces 12 mères ont été vues par une consultante en lactation expérimentée qui a pu constater que la prise du sein par l'enfant était correcte. Ce type de douleur peut souvent être pris pour une candidose ; 8 des 12 mères et leurs enfants avaient suivi plusieurs traitements antifongiques locaux ou généraux, sans aucune amélioration.

Pour diagnostiquer un vasospasme, il est nécessaire de constater un ensemble de symptômes : déclenchement ou aggravation par le froid, survenue des symptômes en dehors de l'allaitement, modifications biphasiques ou triphasiques caractéristiques de la couleur du mamelon. Les 12 mères suivies par les auteurs voyaient leurs symptômes aggravés par le froid, et toutes présentaient les modifications de couleur du mamelon. 6 mères sur 12 avaient commencé à présenter ce problème pendant leur grossesse. 3 des 12 mères avaient des antécédents de chirurgie mammaire : ablation d'un fibroadénome chez une mère, réduction mammaire chez 2 mères. Etant donné le petit nombre de mères de cette étude, il est impossible de savoir si la chirurgie mammaire favorise ou non la survenue d'une maladie de Raynaud au niveau des mamelons.

Le traitement fait appel à des mesures telles que protéger les mamelons du froid (découvrir les seins le moins possible, appliquer de la chaleur immédiatement sur les mamelons, allaiter dans un endroit suffisamment chauffé), supprimer la prise de vasoconstricteurs (nicotine, caféine), et traitement médical. Des articles ont fait état de bons résultats avec la phytothérapie, la

prise de suppléments alimentaires (calcium, magnésium, vitamine B6, huile de poisson), ou la pratique d'un exercice physique. Néanmoins, dans la mesure où ces mères souhaitent souvent un soulagement le plus rapide possible pour pouvoir continuer l'allaitement, un traitement par un inhibiteur calcique tel que la nifédipine sera habituellement proposé (5 mg 3 fois par jour, ou 30 mg par jour sous forme à libération lente). Elle est prescrite pendant 2 semaines ; cela suffit souvent pour faire disparaître le vasospasme ; toutefois, il est parfois nécessaire de faire 2 ou 3 cures. La nifédipine a un effet vasodilatateur, et elle est utilisée pour le traitement de la maladie de Raynaud. Ce produit passe peu dans le lait, et il est compatible avec l'allaitement. 6 des 12 mères ont souhaité prendre de la nifédipine, et toutes ont constaté un soulagement rapide. Une seule mère a présenté un effet secondaire (céphalées pendant la seconde cure de nifédipine).

Cette primipare de 28 ans a accouché par césarienne d'un bébé de 3450 g. Le démarrage de l'allaitement s'est bien passé, sans douleur au départ. La mère a consulté à 3 semaines post-partum pour une douleur importante des mamelons. La mère et l'enfant ont été traités pour une candidose, sans aucune amélioration. A 6 semaines post-partum, la mère avait cessé de mettre son bébé au sein ; elle tirait son lait pour le lui donner, car c'était moins douloureux pour elle. Elle avait subi l'ablation d'un fibroadénome mammaire à l'âge de 19 ans. Elle ne fumait pas et n'avait aucun antécédent personnel ou familial particulier. Cette mère a refusé de prendre de la nifédipine. Elle a continué à tirer son lait pendant 1 an, et son enfant n'a reçu que son lait jusqu'à 6 mois. Elle a commencé à allaiter son second enfant, né par césarienne, mais a rapidement commencé à avoir les mamelons très douloureux. De nouveau, elle n'a pas souhaité prendre de nifédipine. Elle a tiré son lait pour le donner à son enfant pendant 1 an.

Cette primipare de 31 ans a accouché à terme et par voie basse après une grossesse et un accouchement parfaitement normaux. Elle a commencé à allaiter, mais a rapidement demandé l'aide d'une consultante en lactation en raison de la douleur éprouvée au niveau des mamelons. La position de l'enfant au sein était bonne, sa succion était normale, il n'y avait aucun signe d'anomalie morphologique au niveau de l'enfant. La douleur était très intense à 2 semaines post-partum, et la mère a été vue à plusieurs reprises en consultation de lactation. Elle a suivi plusieurs traitements antifongiques, y compris 3 traitements par fluconazole, sans aucune amélioration. A 2 mois, la mère a consulté un pédiatre pour cette douleur persistante ; elle avait constaté une nette amélioration à l'occasion de vacances dans un pays chaud. A partir de cet indice, l'interrogatoire a retrouvé les symptômes classiques de maladie de Raynaud. La mère n'a pas souhaité prendre de nifédipine. Elle a choisi d'appliquer de la chaleur sur ses seins pendant et après les tétées. Les symptômes ont disparu avec l'arrivée de l'été. La mère a sevré son enfant à 6 mois.

Cette primipare de 35 ans a accouché par voie basse et à terme après une grossesse et un accouchement parfaitement

normaux. Elle avait subi une chirurgie de réduction mammaire bilatérale. Elle avait eu les mamelons douloureux pendant sa grossesse, avec des moments où les mamelons se décoloraient. Dès le démarrage de l'allaitement, elle a commencé à avoir les mamelons douloureux, et a noté leurs modifications de couleur, et l'aggravation du problème au froid. Elle s'est adressée à une consultante en lactation qui a confirmé une mise au sein correc-

te. Le diagnostic de maladie de Raynaud a été fait par le pédiatre. La mère a accepté le traitement par nifédipine, qui a rapidement fait disparaître la douleur. La mère en a pris pendant 1 mois, et a pu ensuite arrêter le traitement sans que la douleur récidive immédiatement. A 8 mois son enfant était toujours allaité. La mère a dû reprendre à 2 reprises un traitement par nifédipine pendant les 6 derniers mois.

## Saturnisme : penser à doser le plomb dans le lait maternel

Dr Patricia Denzler, généraliste, et Marie Courdent, animatrice LLL, formatrice LLL France Formation, puéricultrice, consultante en lactation IBCLC.

Madame X. a allaité exclusivement Claire, son 3<sup>ème</sup> enfant, pendant six mois. La petite fille a ensuite vu son alimentation se diversifier avec l'introduction progressive des légumes, puis des fruits. A l'âge de neuf mois, elle recevait encore quatre tétées par jour.

Son père avait entrepris de décaper les vieilles peintures de leur nouveau logement. Le diagnostic de plomb étant maintenant obligatoire lors de l'achat d'un bien immobilier, il savait que la plupart des peintures de l'habitation contenaient du plomb. Aussi, par précaution, il avait réalisé une grande partie des travaux avant le déménagement, et ensuite en l'absence des enfants. Néanmoins, connaissant la toxicité du plomb sur les jeunes enfants, il s'interrogeait quant à la possible exposition de ses enfants. Une plombémie est alors demandée d'abord chez le bébé. A l'âge de 9 mois, la petite fille avait une plombémie à 280 µg/litre (norme : < 200 µg/l).

Les travaux sont aussitôt stoppés et il est décidé de faire un dosage chez tous les membres de la famille, dont voici les résultats : Antoine, 5 ans, 160 µg/l ; Margaux, 7 ans, 80 µg/l ; le père : 220 µg/l ; la mère : 110 µg/l, la plombémie de la petite Claire était alors à 240 µg/l. Au vu de ces résultats, Antoine et Claire sont déclarés atteints de saturnisme (plombémie supérieure à 100 µg/l), et le plomb passant théoriquement dans le lait maternel, il est recommandé à la mère d'arrêter l'allaitement. L'examen clinique de la petite fille est normal. Les enfants ont reçu une supplémentation en fer. La maman, à la fois convaincue des bienfaits de l'allaitement, mais craignant en même temps d'empoisonner sa fille, réduit les tétées à une par jour, sans parvenir psychologiquement à la sevrer complètement.

Après avoir contacté une animatrice LLL, la maman a fait faire un dosage du plomb dans son lait (Claire avait alors 10 mois 1/2) ; il y était indétectable. La maman soulagée et rassurée poursuit son allaitement. A l'âge de 14 mois, la plombémie de Claire était descendue à 180 µg/l, celle d'Antoine à 100 µg/l. L'examen des enfants était normal. En conclusion, dès que l'on a connaissance de travaux dans une maison ancienne et surtout occupée par de jeunes enfants ou une femme enceinte, il faut recommander les précautions suivantes :

- éviter de décaper en présence des enfants (5 semaines d'éviction sont en théorie nécessaires, car la poussière reste longtemps en suspension),
- éviter les méthodes de décapage qui provoquent le plus de poussières (ponçage),

- privilégier le décapage chimique,
- nettoyer les sols avec une serpillière humide,
- et bien sûr, il faut penser à demander une plombémie au moindre doute.

En cas d'allaitement, il peut être judicieux de demander un dosage du plomb dans le lait (ce cas en est la preuve), avant d'imposer, trop hâtivement, un arrêt de l'allaitement.

### Bibliographie

- *Medications and Mother's milk.* Tom Hale. Pharmasoft, ed 2004 ; 406-408.
- *Nutrition during lactation.* National Academy of sciences, 1991 ; p. 178.
- *Longitudinal study of daily intake and excretion of lead in newly born infants.* BL. Gulson. Environ Res 2001 ; 85(3) : 232- 45. Doss All 2002 ; 51 : 24.
- *Adresses des sites qui traitent du saturnisme :* [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr), et [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr) où l'on trouve les recommandations de la conférence de consensus des 5 et 6 nov 2003 à Lille (présidée par O Kremp) sur « L'intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte - Prévention et prise en charge médico-sociale ».

Je t'aime  
Vicky Ceelen



C'est toujours au travers de magnifiques analogies visuelles entre l'Homme et la nature que l'artiste aborde cette fois le thème de l'allaitement. Un sujet qui lui tient beaucoup à cœur : c'est pour elle une des plus belles choses qu'une maman puisse offrir à son bébé.

Ed 761 – Sept 2005 – 15 €  
En librairie

# Constipation et intolérance aux protéines du lait de vache

Véronique Blet, animatrice LLL, et Marie Courdent, animatrice LLL, formatrice LLL France Formation, puéricultrice, consultante en lactation IBCLC.

Faute d'informations correctes et d'un accompagnement approprié, Madame B. n'a pas allaité ses deux premiers enfants comme elle le souhaitait. Durant sa troisième grossesse, elle s'est documentée et a fréquenté un groupe de soutien de LLL. Elle a accouché à terme par césarienne programmée d'une petite Elise, 3200 g. Les premiers jours d'allaitement ont été marqués par des crevasses importantes tout autour du mamelon, avec abrasion du bout des mamelons, et saignements.

Après avoir contacté LLL, Madame B. a choisi de suspendre momentanément les mises au sein, et de tirer son lait. Le personnel de la maternité lui a installé un tire lait sur la prise de vide qui se trouvait dans la nurserie. Ce système de pompage était douloureux, et les crevasses continuaient à saigner. De plus, le fait de devoir se déplacer pour tirer du lait à 72h de la césarienne était particulièrement pénible. La maman a demandé à une société de location de lui livrer un tire lait Médéla Lactina simple pompage. Cette initiative a été très mal vue par la puéricultrice de la maternité qui tout d'abord, sous des prétextes de sécurité incendie, a refusé l'utilisation de ce matériel. Elle a ensuite dit à la maman qu'il y avait dans le service ce genre de matériel moderne mais qu'il n'était proposé aux mères en location qu'à la sortie du bébé, car elle ne voyait pas l'avantage de ce tire-lait par rapport à celui du service branché sur le vide. Le bébé a reçu exclusivement du lait maternel exprimé, donné à la tasse pendant 48 heures. L'utilisation de la tasse a été bien expliquée par le personnel de la maternité. Le poids du bébé a stagné pendant cette période. Par la suite, il y a eu réintroduction progressive des tétées, un des seins étant plus atteint que l'autre. Le bébé a été remis au sein exclusivement à 17 sans difficultés, son poids, qui était de 3025 g, a recommencé à monter régulièrement. L'élimination du méconium a pris 5 à 6 jours.

Les crevasses ont guéri totalement au bout d'un mois grâce à une meilleure position du bébé, au fur et à mesure que la maman retrouvait une bonne autonomie, avec séchage des seins à l'air libre et application de lait de fin de tétée. A 1 mois, le bébé pesait 3720 g. Ses selles ont été rares à partir de cet âge : environ une tous les dix jours, mais émises sans aucune difficulté et d'aspect parfaitement normal. La prise de poids était bonne (800 g par mois en moyenne pendant les 4 premiers mois). Elise souffrait par contre de nombreuses rhinites et rhino-pharyngites.

Aux alentours des six mois d'Elise, Madame B. a commencé à lui proposer des aliments solides, fruits et légumes ; les quantités absorbées par le bébé étant infimes, les selles continuaient à avoir la même fréquence et le même aspect. L'enfant a commencé véritablement à accepter les solides aux alentours de 10 mois. Les produits laitiers n'ont pas été introduits, les tétées étant très fréquentes. De plus, il y avait des antécédents familiaux d'allergie : mère allergique, père ayant fait de l'asthme pendant la petite enfance, sœur aînée ayant eu de l'eczéma et de l'asthme... La mère consommait toutefois beaucoup de produits laitiers.

A partir de cette époque, l'enfant (âgée de 10 mois) a commencé à être réellement constipée. Elle avait des selles desséchées, difficiles à émettre, et pouvait rester plus d'une semaine sans aller à la selle, avec des épisodes où elle se retenait visi-

blement en serrant fortement les fesses, en tendant tout le corps et en pleurant. L'émission était ensuite particulièrement douloureuse, avec de nombreux pleurs et cris. La prise de poids continuait à être bonne, sauf une stagnation entre 18 et 22 mois autour de 10 kg. Un diagnostic de fissure anale a été posé par le généraliste. Les parents ont tout essayé :

- Une diversification alimentaire à base de légumes, fruits et fibres : céréales complètes, jus de pruneaux, jus d'aloès, épinards... Les produits laitiers étaient toujours quasiment absents du régime alimentaire d'Elise.
- Des traitements médicamenteux avec des laxatifs.
- Un traitement homéopathique avec une crème au Ratanhia, Nitric Acidum 9CH, Arsenicum Album 9CH et Chamomilla 9CH.
- Deux séances d'ostéopathie qui ont révélé des tensions assez fortes chez l'enfant, estimées être dues à une forte angoisse au moment de la naissance (césarienne ?).

Une légère amélioration est survenue pendant l'été. Mais à l'automne, les selles étaient à nouveau très sèches, avec émission tous les 7 à 8 jours ; déféquer dans un bain chaud était moins douloureux pour l'enfant. Un pédiatre a vu Elise à l'âge de 16 mois : la fissure existait toujours. Un nouveau traitement par laxatif a été entrepris pendant un mois, associé à une crème cicatrisante et à des micro-lavements tous les 2 jours afin de rétablir un certain rythme des défécations. Au bout de ce délai, les douleurs étaient toujours intenses, et l'administration des lavements était particulièrement pénible pour l'enfant et sa mère (qui avait l'impression d'agresser son bébé). L'examen clinique révélait toutefois une cicatrisation de la fissure, et le pédiatre lui a alors parlé de consulter un pédopsychiatre.

Madame B. a décidé de consulter un spécialiste. Elle a été orientée vers le Pr Dominique Turck, gastro-entérologue pédiatrique au CHR de Lille, et fervent défenseur de l'allaitement. Il a d'emblée évoqué l'éventualité d'une fissure anale interne, et il a vu l'enfant (âgée de 20 mois) 10 jours plus tard. L'anuscopie effectuée lors de la consultation a révélé la présence de plusieurs fissures anales. Des prick tests cutanés (lait, soja, blé, amandes, arachides, moutarde, chien, chat) ont aussi été effectués, qui étaient négatifs. Un traitement à base de macrogol 4000 et de crème rectale (quinisocaïne et cétrimide) a été prescrit, ce qui a amélioré la situation sans la résoudre totalement. L'enfant est devenue propre, mais la constipation a perduré.

Malgré la négativité des tests cutanés, et se fondant sur une étude décrivant la constipation comme un signe d'allergie aux protéines du lait de vache (*Chronic constipation as a symptom of cow milk allergy. G Iacono. Pediatrics 1995 ; 126 : 34-39. Doss All 1996 ; 26 : 14*), le Pr Turck a alors proposé une éviction complète des produits laitiers, y compris sous leur forme cachée dans les produits industriels (lactose, lactosérum, protéines de lait etc.). Cette éviction concernait l'enfant, alors âgée de 28 mois, mais aussi sa mère puisque l'enfant était toujours allaitée. Au bout d'une semaine, les douleurs à l'émission des selles étaient déjà amoindries. Les selles sont passées de une tous les 8/10 jours, avec parfois nécessité d'un micro-lavement, à une tous les 4/5 jours. Au bout de 15 jours, il y avait une selle

tous les 2/3 jours. Elles étaient bien plus molles, et surtout sans « bouchon ». Au bout d'un mois, la fillette faisait une selle par jour, sans douleur ni frayeur. Elise s'est avérée vraiment très sensible aux protéines du lait de vache : la consommation de 2 petits biscuits apéritifs a fait réapparaître la constipation pendant 2 semaines. Cette éviction totale a été difficile à gérer par la famille, et difficile à vivre pour l'enfant. Elise a

actuellement 43 mois. Après 15 mois d'éviction la plus stricte possible de toutes les PLV, une réintroduction prudente des laitages a été possible en faible quantité (sinon la constipation réapparaît). Les symptômes ont disparu. Elise va à la selle sans crainte et sans douleur. La poursuite de l'allaitement a permis un apport calcique correct sans compléments.

## Prise de fluoxétine et allaitement

Dr Claire Laurent, consultante en lactation,  
médecin attaché du service de néonatalogie du Groupe Hospitalier du Havre.

Mme M. prend depuis longtemps de la fluoxétine pour le traitement d'une dépression, et elle est venue me voir à 8 mois de grossesse avec son compagnon pour savoir si elle pouvait allaiter. Elle n'a pas réussi à arrêter la fluoxétine pendant la grossesse, ni à changer de molécule, comme le lui conseillaient le médecin généraliste, le gynéco-obstétricien et la psychiatre qui la suivaient. Elle a réussi par contre à baisser la dose à 1 comprimé tous les trois jours. Elle prend très occasionnellement 1 comprimé d'alprazolam.

Après des contacts avec les médecins qui la suivent et le Dr R. Serreau (service de pharmacovigilance de R. Debré), malgré la toxicité connue de la fluoxétine et son élimination très lente chez le nouveau-né, je lui ai proposé d'allaiter sa petite fille et

de lui faire 2 dosages sanguins. Justine est née le 11/01/05. Les dosages ont été pratiqués 24 heures après la prise de fluoxétine à J14 et à J28. Les prélèvements ont été faits à l'hôpital de jour de Dieppe et envoyés à l'hôpital du Havre pour l'analyse. Ils n'ont pas retrouvé de fluoxétine, mais de la norfluoxétine à J14 (16µg/l), et rien à J28.

Mme M. a su s'appuyer sur des personnes compétentes en qui elle avait confiance pour mettre en route l'allaitement. Elle écrit quelques semaines après la naissance : « On dit toujours qu'arriver à faire confiance aux autres c'est aussi se faire confiance, et bien pour la première fois, je crois que j'ai grandi en confiance... »

## Induction d'une lactation pour l'adoption de triplés

Relactation in the intended mother of triplets born via surrogate pregnancy. A Dermer, R Wood Johson, AL Feldman. 8th Annual Meeting of the Academy of Breastfeeding Medicine, Chicago, Oct 16-20 2003.

ABM News and Views 2003 ; 9(4) : 31.

Cette femme de 38 ans, qui devait adopter des triplés nés d'une grossesse menée par une mère porteuse, s'est présentée en consultation pour une induction de lactation. Elle avait un enfant de 14 ans, qu'elle avait allaité pendant 4 mois. Elle avait fait une fausse couche 3 ans plus tôt suite à une grossesse de triplés FIV, qui avait nécessité une hystérectomie en urgence pour un placenta accreta. Elle avait commencé à tirer son lait environ 3 fois par jour, et une amie allaitante tirait son lait et le conservait au congélateur pour le lui donner.

Elle n'avait aucun antécédent de troubles cardiovasculaires ou psychiatriques. Après discussion avec elle des avantages et des risques liés à ce traitement, la mère a commencé à prendre une pilule contraceptive (prise en continu de 1 mg de norethindione + 35 µg d'éthinylestradiol – Ortho-Novum®) selon le protocole Newman-Goldfarb d'induction d'une lactation (*The protocol for induced lactation – A guide for maximizing breastmilk production. L Goldfarb, J Newman*). Le seul effet secondaire enregistré a été une phlébite superficielle pendant la thérapie hormonale, traitée par AINS et applications de compresses chaudes. Après la naissance des bébés à 28 semaines d'âge gestationnel, elle a cessé de prendre la pilule contraceptive et a débuté la prise de dompéridone, de fenugrec et de charbon marie.

Dans la semaine qui a suivi la naissance des enfants, la mère a commencé à avoir les seins engorgés si elle restait plus de 3 heures sans tirer son lait, et elle tirait environ 50 ml de lait à chaque session d'expression, soit une quantité similaire à celle tirée par les autres mères dont l'enfant était dans le même service de néonatalogie. A partir du moment où les bébés ont commencé à être nourris par sonde, ils ont reçu le lait de leur mère adoptive. La sécrétion lactée a encore doublé à partir du moment où la mère a commencé un programme de portage kangourou. Pendant leur séjour en néonatalogie, les bébés ont reçu le lait tiré par la mère, et du lait humain provenant d'un lactarium auquel était ajouté un produit d'enrichissement. Pendant le second mois de vie des enfants, la mère a présenté une mastite ; elle a tiré et jeté son lait pendant une semaine, en raison d'une suspicion de Staphylocoque résistant à la méthicilline.

L'équipe soignante hésitait à laisser la mère mettre les bébés au sein. Mais après la sortie des enfants, la mère les a mis au sein, et elle tirait aussi son lait pour le leur donner. L'alimentation des bébés était constituée d'environ 50% de lait maternel et de 50% de lait industriel, et ce jusqu'à 6 mois, âge auquel la mère a sevré les bébés. Ces derniers ont eu une croissance parfaitement normale. Aucun effet secondaire n'a été constaté pendant les 6 mois du traitement par dompéridone.