

Cas cliniques ... cas cliniques

Allaitement d'un enfant fragile placé en famille d'accueil

Breastfeeding of a medically fragile foster child. KD Gribble. *J Hum Lact* 2005 ; 21(1) : 42-46.

La mise en nourrice était fréquente à une époque dans les pays occidentaux. Avec la disponibilité croissante des laits industriels, cette coutume s'est perdue, alors qu'elle reste prévalente dans de nombreux pays dans le monde ; dans ces pays, il est courant qu'un enfant soit allaité par une autre femme que sa mère, pour diverses raisons. En 2001, il existait aux USA environ 542 000 enfants placés dans des familles d'accueil, dont 23 000 enfants de moins de 12 mois. L'auteur de cet article présente un cas d'allaitement d'un enfant placé en famille d'accueil.

Ce bébé est né d'une mère toxicomane, à 35 semaines d'âge gestationnel, avec un poids de 1927 g. Il présentait une anomalie du septum ventriculaire, une éventration diaphragmatique, une hypotonie, et une sténose anale. Par la suite, un syndrome de Kabuki a été diagnostiqué (maladie orpheline rare). L'enfant a présenté un syndrome de sevrage après la naissance. Il a été placé à l'âge de 3 semaines dans une famille d'accueil. Son alimentation était extrêmement difficile. De nombreux laits industriels ont été essayés, mais le bébé pesait moins de 2700 g à 3 mois, passait quotidiennement des heures à pleurer, et le pronostic vital restait médiocre. Sa « mère d'accueil » avait allaité ses 5 enfants. Elle pensait que le lait humain pourrait présenter des avantages spécifiques pour ce bébé, et elle a demandé au Centre de gestion des familles d'accueil si elle avait le droit de tenter d'allaiter ce bébé. Elle a été adressée aux services sociaux, qui l'ont autorisée à essayer.

Cette mère a donc commencé à mettre le bébé au sein jour et nuit, avec un DAL. Une légère amélioration dans son état a été constatée ; cette amélioration est devenue franche lorsqu'il a reçu, dans le DAL, du lait humain provenant d'un lactarium et non un lait industriel. Pendant ce temps, sa mère d'accueil relançait sa lactation en stimulant ses seins avec un tire-lait (le bébé avait une succion faible), et en prenant des galactogogues. La croissance et la santé du bébé se sont progressivement améliorées avec le temps. Il a continué à recevoir du lait humain provenant d'un lactarium jusqu'à environ 9 mois, âge auquel sa mère d'accueil avait suffisamment de lait pour continuer à allaiter presque exclusivement le bébé. L'allaitement quasi exclusif s'est poursuivi, sous suivi médical, jusqu'à 12 mois, le seul autre produit reçu par l'enfant étant un supplément nutritionnel. A l'âge de 25 mois, l'enfant pesait 9,1 kg ; il était toujours allaité. S'il a des problèmes de santé liés au syndrome de Kabuki, il n'a plus présenté de problème important à partir du moment où il a été nourri avec du lait humain.

Le lait humain est l'aliment normal du bébé humain. Lorsqu'un enfant ne peut pas recevoir le lait de sa mère, tout devrait être mis en œuvre pour lui permettre de recevoir du lait humain provenant d'autres femmes. Soulager la souffrance éprouvée par un bébé est indispensable, non seulement d'un point de vue humain, mais aussi parce que cette souffrance a un impact majeur sur le développement de l'enfant, tant sur le plan physiolo-

gique que sur le plan comportemental. On a utilisé avec succès du lait humain pour nourrir des enfants présentant des intolérances graves, ou pour soigner des enfants malades. Le fait de téter au sein a un impact relaxant, calmant et analgésique qui a été constaté chez des bébés en bonne santé, ainsi que, dans le cas présenté ici, dès les premières mises au sein. Le comportement d'allaitement favorise l'attachement entre l'enfant et la femme qui s'en occupe, attachement fondamental pour le développement de l'enfant.

Les objections à l'allaitement d'un bébé par une mère adoptive ou une mère d'accueil sont la possibilité du risque de transmission d'une maladie à l'enfant. Toutefois, il est possible de faire des tests chez la femme pour dépister une éventuelle maladie transmissible, et globalement, ce risque est inférieur au risque couru par l'enfant s'il n'est pas allaité. Il semble également possible que l'enfant transmette une maladie à la femme qui l'allait. Ce risque reste peu évalué, et il est peu probable qu'il soit significatif. Dans l'ensemble, un bilan soigneux mettra en évidence un risque possible. Enfin certains estiment que l'allaitement dans ces circonstances induira un attachement trop fort entre l'enfant et la femme qui l'a allaité. Cet argument est dépourvu de fondement : toutes les études ont constaté qu'il est capital pour un enfant de pouvoir développer un attachement fort à la personne qui s'occupe de lui. Si l'allaitement favorise un tel attachement, alors c'est un avantage supplémentaire, non un inconvénient.

S'il ne semble guère envisageable de voir ressurgir la coutume de l'allaitement par une nourrice dans les pays occidentaux, il est en revanche possible d'envisager le don de lait humain provenant de donneuses aux enfants qui ne sont pas allaités. Si on ne peut pas non plus recommander l'allaitement de tous les bébés placés en famille d'accueil, il y a toutefois 3 types de situations dans lesquelles cela pourrait être envisagé : le bébé doit rester pendant au moins 6 à 12 mois dans la famille d'accueil ; l'enfant était allaité avant d'être placé en famille d'accueil ; et la mère de l'enfant qui est placé souhaite qu'il soit allaité. Si le bébé est en mauvaise santé physique ou émotionnelle, l'allaitement pourrait être particulièrement bénéfique.

Il est clair que la principale barrière dans de tels cas est d'ordre social ; cette barrière pourrait disparaître si les travailleurs sociaux étaient mieux informés, et s'ils pouvaient constater par eux-même tous les avantages de l'allaitement pour ces enfants. Une autre barrière est paradoxalement le fait que l'allaitement est vu comme « l'alimentation optimale » et non comme la norme ; cette façon de voir le lait humain comme « un luxe » et non comme un besoin de base prive de lait humain de nombreux bébés qui pourraient en bénéficier.

Importante perte de poids en période néonatale

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

Madame G vit une grossesse difficile avec une menace d'accouchement prématuré. L'accouchement se déclenche à terme. Une péridurale est posée, qui se transforme en rachianesthésie sans pour autant devenir efficace. Madame G se voit alors proposer du protoxyde d'azote, qui provoque chez elle une syncope. Une autre péridurale est posée, mais la naissance d'un petit garçon finira par avoir lieu par césarienne sous anesthésie générale. Pour calmer les douleurs post-opératoires dans les jours qui suivent la naissance, Madame G reçoit des antalgiques en IV. A l'arrêt de la perfusion, Madame G souffre de fortes céphalées, à cause d'une brèche durale liée aux péridurales. Elle reçoit un blood patch : injection de sang autologue dans l'espace péridural lombaire, dont le but est d'éviter la pérennisation de la fuite et de permettre la restitution progressive d'un volume normal de LCR pour colmater cette brèche.

Pendant son séjour en maternité, les tétées ont été difficiles à cause des complications de la naissance. Le petit garçon pesait 4220 g à la naissance ; à la sortie de la maternité, il pèse 3900 g. La mère sort sans prise en charge particulière. Dans les jours qui suivent la sortie de la maternité, Madame G souffre de crevasses qui l'amèneront à utiliser des bouts de sein. Elle aura une mastite avec hyperthermie, et utilisera un tire-lait manuel sur le sein malade, mais n'exprimera que 20 ml. A J 24, l'enfant est pesé tout habillé par un professionnel de santé : 3600 g ; aucune prise en charge spécifique n'est effectuée. A J 27, avec une couche propre et un body, il pèse 3490 g. Le médecin prescrit un traitement pour les coliques. A J 28, avec une couche souillée et un body, il pèse 3500 g. A J 29, Madame G appelle une animatrice LLL qui habite à 60 km de chez elle. La mère décrit un petit garçon qui :

- tête sept fois par 24h, sans que la mère ne puisse dire si l'enfant déglutit ;
- prend un sein par tétée, dort la nuit de 23h30 à 7h30 ;
- mouille d'urine trois couches par 24h, et a des selles peu abondantes ;
- présente un léger ictère ;
- pleure beaucoup après les tétées, ces pleurs étant mis sur le compte de coliques.

Il n'a pas de tétine. La maman n'utilise plus de bout de sein, n'a pas de contraception orale, n'a pas à sa connaissance de problème de thyroïde, n'a pas subi d'intervention sur les seins. Au vu de la situation, une consultation en milieu hospitalier est demandée le jour même en vue d'une hospitalisation. A l'hôpital, l'enfant complètement nu pèse 3360 g. Il a perdu 20% par rapport à son poids de naissance. Le bilan sanguin est normal, et l'ECBU est stérile. L'enfant n'est pas gardé à l'hôpital.

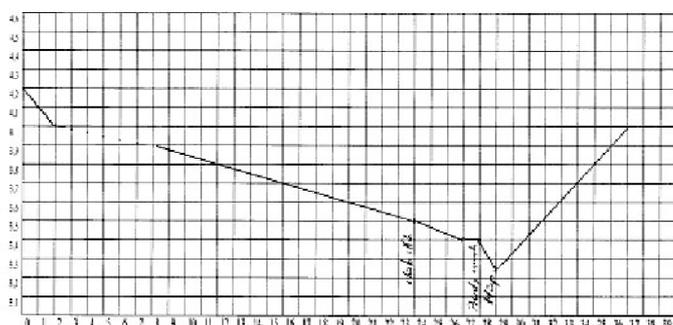
Le praticien hospitalier propose à Madame G de continuer à donner une tétée le matin et ensuite de nourrir l'enfant avec 6 biberons de 120 ml de lait industriel. L'enfant va très vite reprendre du poids : à J 37, il pèse 4000 g, et il reprendra son poids de naissance à J 52.

La maman va essayer d'entretenir sa lactation avec l'aide d'un tire-lait double pompage et l'utilisation d'un DAL (Dispositif d'Aide à la Lactation) pour apporter la quantité prescrite de lait industriel. A six semaines, la mère dit : « *si je me suis tant accrochée à l'allaitement, c'est parce qu'il représente le petit fil de vie qui me relie à mon fils : le petit fil que je ne voulais pas couper, puisque l'accouchement fut tellement difficile pour nous deux qu'il nous faut garder notre lien d'amour le plus possible...Ce n'est pas de ma faute, mais j'aurais l'impression de rater quelque chose de plus* ». Mais l'isolement, la fatigue extrême, le stress, la déprime, auront raison de son allaitement. Deux mois après son accouchement, à bout, elle consultera un psychiatre qui lui prescrira de la risperdone et ordonnera l'arrêt des dernières « tétées câlins » que Madame G. donnait encore à son fils.

Au vu des conditions de naissance, il est certain que la mise en route de la lactation ne s'est pas faite correctement, et qu'il aurait fallu un suivi et un accompagnement après la sortie de la maternité avec consultation entre J 8 et J 15 :

1. L'enfant a été imprégné d'une quantité importante d'anesthésiques, qui n'ont pu qu'affaiblir sa capacité à téter et à stimuler l'arrivée du lait en abondance. Madame G a eu des crevasses compliquées d'une lymphangite, ce qui confirme que l'enfant tétait mal et vidait mal le sein, d'où une faible production de lait.
2. La maman a quitté la maternité sans qu'on lui ait donné des critères de surveillance de son allaitement (surveillance du poids bi-hebdomadaire, suivi du nombre d'émission d'urines et de selles).
3. Les pleurs ont été étiquetés dès la maternité pleurs de coliques et traités comme tels, alors que l'enfant perdait du poids.
4. A J 24, l'enfant tout habillé avait déjà perdu 620 g soit 14 % de son poids de naissance, et l'insuffisance de la production lactée n'a pas été pointée.
5. A J 27, l'enfant avait perdu 730 soit 17% de son poids de naissance ; aucune évaluation clinique n'a cherché à en comprendre la cause, aucun complément n'est proposé à l'enfant.
6. Le bilan hospitalier effectué à J 29 étant normal, la mère et l'enfant n'ont pas été hospitalisés, et Madame G. rentre chez elle sans rendez-vous de suivi et sans conseils pour augmenter la production de lait. Seule chez elle, avec la souffrance de cet accouchement si difficile, la déception de ne pas avoir réussi à allaiter son bébé, Madame G. va être de plus en plus fatiguée et déprimée et va devoir sevrer à cause d'un traitement pour lequel on a peu de recul.

Il ne suffit pas d'encourager les mères à allaiter, encore faut-il les accompagner avec compétence. Cette maman devra surmonter non seulement la douleur de ne pas avoir accouché par voie basse, mais aussi le deuil de son allaitement, qu'elle n'a pas pu vivre comme elle le souhaitait. Qui se préoccupera des séquelles de ces traumatismes ?



Allaitement chez une femme ayant subi une double mastectomie

Double mastectomy doesn't stop cancer survivor from feeding baby breast milk.
AFCM News Service Release, Jan 14, 2004.

Mme J présentait une petite tumeur du volume d'un pois depuis 12 ans dans le sein gauche, qui avait été diagnostiquée comme étant un kyste. Comme elle envisageait de faire une chirurgie d'augmentation mammaire, elle est allée consulter en 2002 un chirurgien plasticien. Ce dernier l'a avertie que cela pouvait avoir un impact négatif sur l'allaitement (Mme J a alors renoncé à une telle chirurgie), et lui a proposé d'enlever le kyste pour vérifier qu'il n'était pas cancéreux. Le kyste n'était pas cancéreux, mais le tissu mammaire qui l'entourait contenait des cellules cancéreuses. Le diagnostic de carcinome ductal in situ a été posé. Mme J avait alors 31 ans. Une mammographie a été effectuée, qui n'a retrouvé aucune anomalie au niveau des deux seins.

Les médecins consultés ont recommandé une mastectomie bilatérale ; dans la mesure où rien n'était visible à la mammographie, ils estimaient que l'autre sein pouvait être, lui aussi, le siège d'un carcinome ductal in situ. Outre le diagnostic de cancer, Mme J a dû affronter la décision d'accepter ou non une chirurgie qui lui interdirait totalement d'allaiter. Elle a subi cette chirurgie en septembre 2002, une reconstruction mammaire étant effectuée dans la foulée. Les biopsies effectuées ont montré qu'il n'y avait qu'un carcinome in situ dans le sein gauche, et que le sein droit était parfaitement normal ; Mme J n'a donc subi ni chimiothérapie, ni radiothérapie.

2 semaines après cette chirurgie, Mme J a constaté qu'elle était enceinte, mais elle a rapidement fait une fausse couche. En avril 2003, elle était à nouveau enceinte. Elle avait toujours vivement désiré allaiter, et elle a commencé à se demander s'il ne serait pas possible que son bébé reçoive du lait humain, qu'elle lui donnerait avec un DAL posé sur ses « seins ». Mais acheter du lait humain à un lactarium allait coûter beaucoup d'argent, sans remboursement par l'assurance maladie dans la mesure où, a priori, le bébé n'avait pas d'indication médicale pour recevoir du lait humain. Les parents ont donc lancé un appel aux dons pour financer l'alimentation de leur bébé avec du lait humain. De nombreuses mères les ont contactés, en disant qu'elles étaient prêtes à donner directement leur lait. Ces mères ont accepté de subir les tests requis par les lactariums pour les dons de lait. Mme J pasteurise ce lait avant de le donner à son bébé.

Son petit garçon est né le 22 décembre 2003, avec un poids de 3515 g. A 2 semaines, il pesait 3800 g. Il était exclusivement nourri avec du lait humain. Mme J conclut qu'elle ne souhaite pas culpabiliser les mères qui ne souhaitent pas allaiter, mais qu'elle se serait sentie elle-même profondément coupable si elle n'avait pas fait le maximum pour que son bébé puisse recevoir du lait humain pendant aussi longtemps qu'elle pourrait en obtenir pour lui.

Refus des tétées

Refusing the breast. S Fitzgerald. N Beg 2004 ; 21(3) : 91-4.

Meaghan était toujours majoritairement allaitée 2 semaines avant son premier anniversaire lorsqu'elle a brutalement commencé à refuser tous les aliments liquides ou solides, ainsi que de prendre le sein. Elle avait visiblement envie de téter, se mettait en position d'allaitement, mais lorsque sa mère tentait de la mettre au sein elle se rejetait en arrière en pleurant. La seule façon de lui faire accepter un peu de liquide a été de le lui donner à la seringue.

Le lendemain, elle était grincheuse et visiblement affamée, mais elle repoussait toujours le sein en pleurant lorsque sa mère essayait de l'allaiter. Elle a essayé sans succès de faire boire sa fille à la tasse et au biberon, mais à nouveau elle n'a accepté que la seringue. La mère l'a donc emmenée aux urgences pour savoir si elle avait un problème médical. Le médecin n'a rien trouvé d'anormal. C'était le 4^{ème} enfant allaité par cette mère ; elle avait donc une solide expérience en matière d'allaitement. Les jours suivants, elle a essayé tout ce qu'elle a pu trouver comme moyen de gérer une grève de la tétée. Elle a gardé sa fille contre elle plus ou moins en permanence, elle a tenté de la mettre au sein en prenant un bain avec elle, elle l'avait contre elle la nuit. Elle souffrait d'un engorgement et était très angois-

sée par le comportement de sa fille. Elle a obtenu un rendez-vous avec le pédiatre qui suivait sa fille ; ce dernier a constaté que le bébé avait une angine, très probablement virale, mais qui devait la faire souffrir dès qu'elle avalait quoi que ce soit. Il a conseillé à la mère de continuer à la nourrir à la seringue, et lui a dit qu'elle recommencerait certainement à téter lorsqu'elle irait mieux.

Le bébé a perdu près de 500 g en quelques jours. Après une petite semaine, elle a commencé à accepter de boire à la tasse. Mais elle a continué à refuser le sein, de plus en plus calmement avec le temps. Elle ne pleurait plus et ne se rejetait plus en arrière ; elle se contentait de détourner la tête lorsque sa mère tentait de la mettre au sein. De temps en temps, elle prenait le sein dans sa bouche, mais le lâchait au bout de quelques secondes sans avoir tété. Parallèlement, elle consommait de plus en plus de solides, et buvait facilement au verre. Deux mois après le début de la « grève », la petite fille n'avait pas repris le sein, et la mère a dû faire le deuil de l'allaitement long qu'elle souhaitait. Elle ignore pour quelle raison sa fille n'a pas voulu reprendre le sein, et elle a trouvé difficile de mater sans l'aide de l'allaitement et des vertus calmantes des tétées.

Allaitement long de triplées

Danièle Bruguières, consultante en lactation IBCLC, formatrice LLL France Formation (Hérault)

Pour sa première grossesse spontanée, Mme B a rapidement appris qu'elle portait des triplées. Très motivée par la naissance naturelle et l'allaitement, elle a néanmoins accepté le protocole hospitalier peu négociable pour assurer la sécurité des bébés : hospitalisation à partir de 28 SA, accouchement déclenché selon l'état des fœtus, au plus tard à 34 SA et naissance par césarienne. Ce protocole permet que trois pédiatres soient présents au bloc pour prendre en charge chaque enfant de façon appropriée. En revanche, elle a cherché à s'informer aussi largement que possible sur l'allaitement de multiples : les premiers témoignages qu'elle avait lus faisaient état d'un nombre important d'échecs chez les primipares. Elle a donc contacté plusieurs associations de soutien à l'allaitement et à la parentalité en cas de naissances multiples et lu beaucoup de documentation dont un livre de référence sur l'allaitement des multiples « *Mothering multiples* » de Karen Kerkhoff Gromada. De nombreuses personnes, y compris parmi les professionnels de santé, ont émis des doutes sur sa capacité à nourrir ses enfants au sein. Elle a réservé un tire-lait à double set de pompage (Symphony® de chez Medela disponible en location auprès de JCS Médical à Lyon) et s'est procuré une soft-cup pour faire donner les compléments par voie orale pendant la phase de gavage. Elle a également acheté un DAL dont elle ne s'est servie que pour tenter de stimuler un peu plus la lactation plusieurs mois après la naissance des bébés.

Elle a accouché par césarienne à 34 SA de trois petites filles, qui ont été nourries par sonde gastrique (lait du lactarium au début). Les bébés pesaient 1,700 kg pour D, 2,080 kg pour A et 2,240 kg pour C. C et A ont eu besoin d'une assistance respiratoire (CPAP) pendant 48 à 72 heures.

La mère a commencé à tirer son lait le lendemain de l'accouchement à J2 mais les suites de la césarienne lui permettaient difficilement de bouger et il lui a été impossible de recueillir les quelques ml extraits. À J2, elle a aussi pu se rendre à l'unité de soins intensifs et faire du peau à peau avec deux des bébés. À J4, une première mise au sein peu efficace a été faite avec A. Elle a été beaucoup soutenue et encouragée dans ces premiers contacts avec les bébés par le personnel de la maternité et des soins intensifs. À J5, la mère et l'un des bébés, C, ont été transférés dans une chambre de l'unité Kangourou mais malgré l'aide pour les mises au sein, le bébé avait du mal à garder le sein en bouche d'autant que la sonde de gavage était toujours en place. À J6, un deuxième bébé, A, est sorti de l'unité de soins intensifs et a commencé à essayer de téter sans la sonde de gavage. La mère se rendait tous les jours au service des soins intensifs pour faire une ou deux séances de peau à peau avec le troisième bébé. Depuis J4, chaque bébé recevait du colostrum en gavage ou à la seringue car la mère tirait plus de 30 ml à chaque extraction. Elle gardait le tire-lait électrique dans sa chambre et avait un tire-lait manuel qui restait à l'unité de soins intensifs dans un bac de stérilisation à froid pour éviter le déplacement d'appareils et les éventuels risques au niveau de l'hygiène.

À J7, la mère n'a pas pu tirer son lait, tant ses seins étaient tendus par la montée de lait. Après une séance de peau à peau avec la petite D restée en unité de soins intensifs, le bébé s'est mis à téter efficacement et a soulagé sa mère fort à propos. La

mère s'est alors mise à tirer son lait toutes les 3 heures et demie, jour et nuit. Les jours suivants ont été plus difficiles, car la mère espérait allaiter ses bébés exclusivement au sein rapidement et a dû revoir ses attentes concernant les délais. La sonde de gavage maintenue posait aussi toujours problème pour la mise au sein, et « énervait » visiblement les bébés. De toute façon, les bébés tétaient très lentement et devaient être beaucoup stimulés. La mère a reconsidéré ses objectifs, accepté l'idée qu'avoir tous ses bébés exclusivement au sein allait prendre encore du temps, et s'est autorisée à profiter pleinement des séances de peau à peau. L'exigence de la mère que ses enfants soient nourries sans biberon a créé des tensions avec le personnel par rapport au besoin de succion supposé des bébés. La mère a plusieurs fois retrouvé des tétines dans le berceau de l'un ou l'autre des bébés.

L'utilisation d'un bout de sein proposé par une puéricultrice a grandement aidé les mises au sein (voir le point sur l'utilisation des bouts de sein, DA n°59). À J11, A qui pesait alors 1,960 kg prenait sa ration entièrement au sein, avec le bout de sein, C (poids à J11 : 2,130 kg) s'entraînait toujours, et le troisième bébé D qui avait rejoint sa mère en unité Kangourou, faisait surtout des câlins (poids à J11 : 1,760 kg). À 14 jours, les trois bébés tétaient toutes au sein, pour C et A la nuit aussi. D était toujours sous gavage (au lait de la mère) la nuit, ce qui obligeait la mère à tirer son lait plusieurs fois par jour. À J18, jour de sortie de l'hôpital, les petites filles étaient exclusivement allaitées et pesaient respectivement 1,940 kg pour D, 2,270 kg pour A, 2,320 kg pour C, et leurs courbes de croissance étaient régulières.

La grand-mère des enfants était là pour aider au retour à la maison et le père était très présent pour la nuit. La mère ne tirait plus son lait, mais passait réellement ses journées à allaiter tout en le vivant plutôt bien. Néanmoins, les parents ont traversé des périodes de doutes sur la quantité de lait, et l'hospitalisation de deux des petites pour des opérations chirurgicales courtes a perturbé ce rythme de l'allaitement à la demande. D a été opérée à 2 mois pour une hernie de l'ovaire ; C a été opérée à J30 d'une cataracte congénitale, puis a été réhospitalisée 3 jours à 2 mois et demi pour un étouffement resté inexplicable (lié semble-t-il à des régurgitations et à la présence de glaires). Lors de l'opération de la cataracte de C, la mère et les trois bébés ont été hospitalisés ensemble dans un autre centre hospitalier, et la mère a déploré que beaucoup de membres du personnel « défilent » dans sa chambre pour contempler ses triplées. La mère l'a ressenti comme un grand manque d'empathie vis-à-vis de ses bébés et d'elle-même ...

Les bébés ont toujours tété assez lentement et ont visiblement été gênés par les biberons reçus malgré les précautions prises par les parents. La mère a identifié que les bébés étaient très impatients au moindre retard du réflexe d'éjection, en revanche, la succion des bébés n'a pas été particulièrement perturbée par l'introduction de ces biberons. Les moments où les bébés étaient décalés dans leurs heures de tétée étaient particulièrement éprouvants. L'allaitement quasi exclusif a duré 6 semaines et les enfants ont été allaités jusqu'à environ 10 mois. Jusqu'à 6 mois, l'une ou l'autre des enfants voire les trois recevait au plus un biberon de lait en poudre par jour. La diversifi-

cation alimentaire a commencé à 6 mois et a permis de ne presque plus avoir recours au lait en poudre jusqu'au sevrage complet qui s'est fait en douceur. Malgré la culpabilité ressentie

temporairement à l'introduction de lait en poudre, cette mère est très satisfaite de son expérience d'allaitement.

Surmonter la peur de la douleur

Latch and the fear response : overcoming an obstacle to successful breastfeeding. V Thorley. Breastfeed Rev 2005 ; 13(1) : 9-11.

Pour que le bébé puisse téter efficacement, il doit être positionné de façon à pouvoir prendre correctement le sein en bouche. Pour cela, son corps doit être contre le corps de sa mère, et sa bouche doit être amenée juste devant l'aréole. Lorsque les mises au sein sont douloureuses, la mère aura une réaction instinctive de crainte au moment de mettre son bébé au sein. Cette réaction, compréhensible, aura toutefois un impact négatif sur la prise du sein par le bébé. La mère a en effet tendance à se reculer et/ou à éloigner son bébé, ce qui empêchera ce dernier de prendre le sein correctement, et fera perdurer la douleur éprouvée par la mère. Résoudre le problème nécessite de rompre ce cercle vicieux. Il n'est pas facile de supprimer un réflexe conditionné, et une « rééducation » sera nécessaire. L'auteur présente un tel cas.

Cette primipare âgée de 42 ans a contacté l'auteur alors que son bébé était âgé de 8 semaines, pour un problème de mamelons douloureux. La douleur était intense (cotée à 10 par la mère, le niveau maximal). Cette douleur était partiellement en rapport avec les séquelles d'une lésion spinale. Elle était tellement intense que la mère n'arrivait pas du tout à mettre son enfant correctement au sein, en raison de ses réactions instinctives de défense. L'auteur lui a conseillé d'aller consulter un médecin pour avoir un traitement antalgique efficace pour son problème neurologique, puis de venir la consulter.

La mise au sein pendant la consultation a permis de constater la réaction de défense de la mère, liée à sa crainte de la douleur qu'elle allait éprouver. L'auteur l'a aidée à prendre conscience de cette réaction, et du fait qu'elle enlevait à son bébé toute chance de prendre le sein correctement ; elle lui a appris à détendre ses épaules et ses bras au lieu d'être crispée et de se rejeter en arrière en éloignant les bras dès que son bébé approchait du sein. Elle lui a aussi montré comment laisser son bébé prendre le sein de lui-même, ce qu'il a fait facilement et correctement. Grâce à ces techniques, la douleur pendant la tétée n'était plus cotée qu'à 2 / 10 par la mère.

L'auteur craignait qu'après 2 mois de douleur et de réaction de défense au moment des tétées, la mère mette du temps à se détendre. Mais en fait, quelques jours ont suffi à cette mère pour surmonter la panique qu'elle éprouvait au moment de mettre son bébé au sein. Le suivi 4 semaines plus tard a permis de constater que l'allaitement se passait bien ; la mère n'avait plus mal.

Les réactions de défense par crainte de la douleur sont un réflexe conditionné contrôlé par la partie la plus primitive de notre cerveau. Lorsque les mises au sein sont très douloureuses, la mère pourra réagir de façon intense et difficilement contrôlable sous l'effet de la peur. Plus la situation perdurera, et plus le réflexe de défense sera profondément ancré dans la « mémoire corporelle » de la mère, et plus il sera difficile de le surmonter.

Cette réaction pourra suffire à elle seule à entretenir le problème de mamelons douloureux. Les étapes pour aider la mère à surmonter le problème sont les suivantes :

- prendre conscience du fait que la peur est devenue la principale cause du problème ; cela nécessite de bien observer la mère au moment de la mise au sein, et de penser systématiquement à la possibilité d'un tel réflexe ;
- comprendre le mécanisme de la réaction de défense instinctive, et savoir l'expliquer à la mère ;
- apprendre à la mère à surmonter cette réaction, et à briser le cercle vicieux : lui apprendre à relaxer ses épaules et ses bras, pour permettre à l'enfant de prendre le sein correctement (une consultation avec un kinésithérapeute pourra être utile).

Venir à bout de la peur pourra prendre du temps, en particulier si la douleur était très intense et/ou si les tétées étaient douloureuses depuis longtemps. La mère sera encouragée à rompre doucement la succion du bébé (en glissant un doigt au coin de ses lèvres) pour l'enlever du sein si la douleur est trop forte. Poser son bébé pendant quelques minutes pour aller « respirer » un moment pourra aider la mère. Dans certains cas, un traitement antalgique efficace sera nécessaire pour aider la mère à surmonter sa peur.

Sur l'allaitement... un livre

Biologie de l'Allaitement

M Beaudry, S Chiasson, J Lauzière
Presses de l'Université du Québec – 2006 – 624 pages



Les auteures passent en revue la physiologie de l'allaitement, la composition du lait, et les répercussions de l'allaitement et de l'alimentation avec un lait industriel sur la santé infantile, sur la mère, la famille et la société. Leur objectif est de faire prendre conscience de l'immense potentiel du lait humain et de l'allaitement pour nos sociétés.

Disponible prochainement sur Alapage
(Internet) au prix de 48,40 €