

Cas cliniques ... cas cliniques

Hyperthyroïdie chez un nourrisson

Interesting and unusual case. D Vanderstoep. Consultante en lactation. Lactnet, 9 Jan 2005.

Cette mère s'est présentée à J4 en consultation de lactation, pour un problème de mamelons douloureux et d'engorgement. Une meilleure pratique de mise au sein a permis de résoudre le premier problème, et une certaine amélioration a été apportée au second lorsque la mère a commencé à tirer son lait. Toutefois, la mère a continué à souffrir d'engorgement chronique, en dépit de mises au sein régulières, d'un bébé très efficace, et de l'expression du lait destinée à améliorer son confort. Par ailleurs, en dépit des quantités de lait importantes qu'il absorbait, le bébé prenait peu de poids. A la naissance, il pesait 4250 g. A J3 il pesait 4025 g, 4000 g à J4. Par la suite, le poids variait entre 4000 et 4130 g. Une tétée en consultation a pourtant montré qu'il avait pris 180 ml au sein à J11, et 130 ml lors d'une consultation à J14 ; il pesait alors 4060 g.

La mère décrivait son bébé comme étant irritable et voulant téter tout le temps. La mère souffrait d'hyperthyroïdie (maladie de Graves), et était traitée par propylthiouracile, à doses relativement élevées : 200 à 300 mg/jour pendant toute la grossesse

et depuis l'accouchement. Elle a été référée à un pédiatre, qui a constaté que le bébé présentait une tachycardie. Un bilan thyroïdien a été effectué chez lui. Le taux de T4 était élevé, mais le reste du bilan était normal. Le pédiatre a conclu à une thyrotoxicose chez le bébé suite à la maladie maternelle, et un traitement par propylthiouracile et propranolol a été institué. Cette hyperthyroïdie du bébé était responsable de son appétit insatiable et de sa stagnation staturo-pondérale. Dès le début de traitement, sa prise de poids s'est normalisée. Au fil des semaines, son hyperthyroïdie s'est améliorée. A 1 mois 1/2, il ne prenait plus de propranolol, la posologie de propylthiouracile avait pu être réduite de façon importante, et il pesait 5130 g.

La mère présente toujours une production lactée dont la surabondance est gênante, mais elle arrive à la gérer. On peut d'ailleurs se demander si cette surabondance est liée à son hyperthyroïdie, dans la mesure où une hypothyroïdie induit une baisse de la sécrétion lactée.

Allaitement et scintigraphie à l'iode 131

Cas présenté par Sophie Chevalier, animatrice LLL. St Lambert de la Potherie (49)

Madame B a été opérée d'un cancer de la thyroïde à l'âge de 19 ans, avec ablation totale de la thyroïde et prise d'iode 131. Elle est depuis traitée par hormones thyroïdiennes. Sa première grossesse se passe normalement. Elle accouche de son premier enfant à l'âge de 28 ans. Dès le démarrage de l'allaitement, cette mère contacte une animatrice LLL dans sa région ; après quelques petits tracas au début, l'allaitement se déroule bien. Mme B a repris son travail d'enseignante alors que son bébé avait 2 mois 1/2. Elle tire son lait de façon fréquente.

Un contrôle de l'évolution de son cancer est effectué par des scintigraphies réalisées avec de l'iode 131, tous les 3 ans environ. En accord avec son endocrinologue, l'examen à l'iode 131 sera retardé du fait d'abord de la grossesse, puis de l'allaitement. Comme elle ne souhaitait pas arrêter l'allaitement, Mme B contacte à nouveau l'animatrice pour s'informer sur l'utilisation d'iode 131 pendant l'allaitement. En effet, une scintigraphie est programmée, avec injection de 5 millicuries d'iode 131, alors que son enfant a 21 mois.

Toutes les informations retrouvées préconisent un arrêt total de l'allaitement d'au moins 40 jours à partir du jour de la prise du produit. Les médecins qui suivent Mme B lui interdisent la reprise de l'allaitement, sauf une praticienne ; suite à la lecture des données publiées sur le sujet dans Les Dossiers de l'Allaitement (n°59, p.20), elle propose à la mère une reprise

possible de l'allaitement 6 semaines après la prise d'iode 131. Mme B a également été mise en contact avec une autre mère, qui avait subi le même examen, et avait témoigné dans Les Dossiers de l'Allaitement (n°47, p.6), et qui avait réussi à reprendre l'allaitement après l'arrêt imposé de 80 jours, durée plus longue car la quantité d'iode était plus importante (traitement d'un cancer thyroïdien).

Mme B a donc poursuivi l'allaitement jusqu'à la date de l'examen. Sa petite fille a été séparée d'elle pendant 72 heures par mesure de précaution, en raison de la radioactivité dégagée par la thyroïde de la mère. Ensuite, elle a materné son enfant sans l'allaitement. Elle a entretenu sa lactation pendant toute la durée de la suspension de l'allaitement, en tirant son lait 2 à 4 fois/jour.

Cette période a été éprouvante pour la mère, car si au début son enfant manifestait très fortement l'envie de téter, elle est ensuite devenue colérique, et a rapidement cessé de demander à téter ; ce comportement a fait penser à Mme B que sa fille allait se sevrer. Au 43ème jour, elle a proposé à sa petite fille de téter. Elle n'a pas accepté d'emblée. Mme B a profité de la sieste pour proposer le sein à sa fille, qui l'a pris. L'allaitement a repris comme avant l'examen pour leur plus grande satisfaction à toutes les deux.

Evaluer une prise de poids lente survenant après une prise de poids normale

Case report : slow weight gain after initial rapid gain. J Newman. Part I. ABM News and Views 2004 ; 10(3) : 23-24. Part II. ABM News and Views 2004 ; 10(4) : 38-39.

Il arrive qu'une mère vienne consulter parce que son bébé, dont la prise de poids a été normale pendant les premiers mois, a cessé de grossir, ou que la courbe de poids s'est cassée. Une cause fréquente est un problème de succion chez l'enfant allié à une sécrétion lactée maternelle abondante. Au début, l'abondance de la sécrétion lactée compense la succion incorrecte de l'enfant, mais avec le temps la sécrétion lactée baisse en raison d'une stimulation incorrecte, et le bébé cesse de prendre du poids. L'auteur fait le point sur les principales causes de prise de poids lente survenant après une période de prise de poids normale.

La mère prend une contraception orale

C'est aussi une cause fréquente. Ce type de contraception, tout particulièrement les pilules contenant un œstrogène, peut induire une baisse significative de la production lactée chez certaines femmes, qui survient habituellement 7 à 10 jours après le début de l'utilisation de cette contraception. Même les pilules uniquement progestatives peuvent avoir cet impact chez certaines mères. Et cela peut être constaté même chez une femme qui avait déjà utilisé un contraceptif pendant un allaitement précédent sans le moindre problème. La solution est simple : cesser de prendre le contraceptif, prendre un galactogène (le dompéridone est le premier choix) pendant quelques semaines (ou moins longtemps), mettre souvent l'enfant au sein. Le plus souvent, la production lactée réaugmente rapidement, au bout de quelques jours. Toutefois, l'arrêt de la pilule ne permet pas toujours d'obtenir une augmentation de la production lactée.

La mère est enceinte

C'est rare chez les mères qui allaitent exclusivement, mais cela peut arriver, en particulier lorsque le bébé a plus de 6 mois. L'augmentation des taux d'œstrogène et de progestérone suite à la grossesse a un impact négatif sur la lactation (comme une pilule contraceptive). Si le bébé a plus de 6 mois et consomme des solides, il n'est habituellement pas nécessaire d'introduire un lait industriel donné au biberon. Si on estime que l'enfant doit vraiment recevoir du lait, il peut être donné autrement qu'au biberon, ou mélangé aux solides. Si le bébé a moins de 4 mois, la mère peut donner les suppléments à l'aide d'un DAL pour éviter l'introduction de biberons. S'il a entre 4 et 6 mois, on peut débiter l'introduction des solides. En dépit de ce que l'on dit couramment, rien ne permet de penser que l'allaitement pendant la grossesse augmente le risque de fausse couche.

La mère prend un médicament qui abaisse la production lactée

On sait que certains médicaments abaissent la production lactée, mais il existe peu de données sur le sujet. Les antihista-

miniques peuvent avoir cet impact, d'après notre expérience, ainsi que les diurétiques, même s'il n'existe guère de données convaincantes. Une étude de Thomas Hale a montré qu'une dose unique de pseudoéphédrine pouvait abaisser significativement la production lactée, tout particulièrement en cas de lactation bien établie (cet effet était plus net après 2 mois post-partum que plus tôt). Dans cette étude, la sécrétion lactée revenait à la normale dans les 24 heures qui suivaient la prise. Toutefois, cette étude évaluait l'impact d'une dose unique ; une prise multiple pourrait avoir un impact plus important et plus durable. La bromocriptine et la cabergoline sont des antagonistes de la sécrétion de prolactine, et ne devraient pas être utilisées chez des femmes allaitantes.

La mère est malade

Dans notre pratique, la cause la plus fréquente de baisse de la sécrétion lactée liée à une maladie maternelle est la survenue d'une mastite ou d'un problème de canal lactifère bouché. Probablement parce que l'inflammation induit une compression des canaux lactifères qui rend l'écoulement du lait plus difficile. Toutefois, la baisse de la production lactée peut parfois persister même après guérison du problème. La prise de dompéridone (Bipéridys®, Motilium®...) ou de métoclopramide (Anausin®, Primpéran®...) peut dans certains cas permettre le retour à la normale de la production lactée. Toute maladie fébrile chez la mère peut induire une baisse nette de la production lactée, qui pourra parfois perdurer après guérison de la maladie. La prise de dompéridone pourra souvent aider, mais le résultat n'est pas garanti.

Un choc émotionnel important

C'est beaucoup moins fréquent qu'on le pense. La plupart du temps, la prise de dompéridone avec tétées fréquentes permet de restaurer rapidement une production lactée normale.

Ne donner qu'un seul sein par tétée

C'est une technique souvent proposée pour résoudre certains problèmes tels que les coliques ou la prise de poids insuffisante chez le bébé. Elle se fonde sur le fait que le taux de graisses est plus élevé dans le lait de fin de tétée, et qu'il est donc nécessaire que le bébé « vide » totalement un sein pour recevoir davantage de lipides. Toutefois, si le bébé ne grossit pas parce qu'il ne reçoit pas de lait quand il tète, il ne recevra pas non plus de lait de fin de tétée, et cette approche ne résoudra pas le problème. Cette technique fonctionne souvent bien lorsque le bébé souffre de coliques, lorsque la mère a une sécrétion lactée abondante, mais elle finira par induire une baisse de la production lactée. On peut conseiller à la mère de veiller à ce que le bébé ait « vidé » un sein (en utilisant par exemple la compression du sein) avant de lui proposer l'autre.

L'utilisation régulière d'une tétine

Pour diverses raisons, la mère peut avoir introduit des biberons ; elle peut donner régulièrement une sucette à l'enfant. Le principal résultat est une baisse de la production lactée. Il n'est pas toujours facile de résoudre le problème, par exemple si la mère a repris son travail, et qu'elle ne peut pas mettre son bébé au sein plus souvent ou tirer son lait fréquemment. Le meilleur moyen de résoudre bon nombre de problèmes de cette catégorie serait que les mères bénéficient de congés de maternité d'une durée décente (6 mois au minimum). Dans d'autres cas, la mère a introduit les biberons ou la sucette parce qu'elle pense que c'est bien pour le bébé, ou suite à la pression de son entourage. En pareil cas, lui donner des informations adaptées est souvent efficace.

Présentation de cas

Ce bébé était le premier enfant d'une femme de 33 ans ; il est né à terme après une grossesse normale, avec un poids de 3,4 kg. La première mise au sein a été rapide, et le démarrage de l'allaitement s'est parfaitement bien passé. À J7, le bébé pesait 3,3 kg, 4,5 kg à 1 mois, et 5,7 kg à 2 mois. À 3 mois, il pesait 5,9 kg. Le médecin a considéré que le poids enregistré à 2 mois était probablement erroné. Mais à 4 mois l'enfant pesait toujours 5,9 kg. La mère a donc été référée à notre consultation d'allaitement.

La mère n'était pas enceinte, ne prenait pas de contraception orale, n'avait pas de troubles thyroïdiens, et le bébé était exclusivement allaité. Il tétait en moyenne 8 fois par jour (dont 2 fois la nuit). Typiquement, il tétait pendant quelques minutes, puis repoussait le sein. Si la mère tentait de le remettre au sein, il se débattait. Si elle lui proposait l'autre sein, il acceptait souvent de le prendre, mais pas toujours, et là encore il le lâchait au bout de quelques minutes. Après les tétées, le bébé suçait sa main et semblait tout à fait satisfait. L'examen clinique de l'enfant était parfaitement normal. L'enfant était mince, mais éveillé, souriant, et sans le moindre signe d'une quelconque pathologie. Le jour de la consultation, il pesait 5,880 kg. L'observation d'une tétée a permis de constater que le bébé recevait peu de lait. La cause de la stagnation pondérale semblait être une absorption insuffisante de lait.

Ce type de situation n'est pas rare, et cela peut être en rapport avec la prise d'une contraception orale, la survenue d'une nouvelle grossesse, la prise maternelle de médicaments ayant un impact négatif sur la lactation, une maladie chez la mère, ou un choc émotionnel sévère chez elle. Toutefois, la cause probablement la plus fréquente est une mauvaise succion de l'enfant associée à une sécrétion lactée très abondante. Moins la succion du bébé est bonne, et plus il dépend de l'abondance de la sécrétion lactée maternelle pour recevoir suffisamment de lait. Un bébé habitué à recevoir facilement beaucoup de lait cesse de téter lorsque le lait ne coule plus que lentement. Lorsque cela survient dès les premières semaines, de nombreux bébés s'endorment sur le sein dès que le lait coule lentement (même si

certain repoussent le sein dès ce moment) ; d'autres bébés s'endorment sur le sein même s'ils sont plus âgés. Le bébé réagit à la rapidité avec laquelle le lait coule, pas à la quantité de lait qui est disponible : il s'endort ou repousse le sein même si ce dernier contient encore beaucoup de lait, qu'il pourrait recevoir s'il tétait efficacement. Souvent, les choses se passent bien pendant les premières semaines ou les premiers mois, puis la sécrétion lactée finit par baisser en raison de la succion incorrecte de l'enfant. Le bébé qui grossissait normalement jusqu'à alors cesse de grossir, voire même perd du poids.

En pareil cas, il est nécessaire d'augmenter la production lactée. Tirer le lait est un bon moyen, mais ce n'est pas toujours facile à faire en pratique pour la mère. Par ailleurs, si la situation évolue depuis un certain temps, tirer le lait suffira rarement, et la sécrétion lactée n'augmentera que lentement.

Nous avons expliqué à la mère comment reconnaître que son bébé recevait du lait en observant sa façon de téter (mouvements de succion amples et lents, pause lorsque le bébé a la bouche grande ouverte, d'autant plus longue que la gorgée avalée est importante). Nous lui avons conseillé de mettre son bébé au sein en utilisant la compression pour qu'il obtienne davantage de lait, et de changer de sein lorsque le bébé ne recevait plus de lait ou repoussait le sein. Changer ainsi de sein encore et encore (super-alternance) aussi longtemps que le bébé accepte de téter, sans le forcer. Utiliser un DAL pour donner des suppléments si le bébé a réellement besoin d'en recevoir (ce qui est peu fréquent) ; en effet, notre expérience en la matière est que les bébés à qui on donne les suppléments au biberon en arriveront rapidement à refuser totalement de prendre le sein. En pareil cas, nous prescrivons aussi du dompéridone, 30 mg 3 fois par jour (ou du métoclopramide, mais il a beaucoup plus d'effets secondaires). Si le bébé est plus âgé (5 à 6 mois), on peut commencer à lui proposer des solides, mais il reste important d'augmenter la production lactée afin que l'allaitement puisse se poursuivre.

Dans le cas présenté ci-dessus, toutes ces mesures ont été préconisées, sauf le don de suppléments et l'introduction des solides. Une semaine après la première consultation, le bébé pesait 5,920 kg ; la prise de poids était minime, mais la mère faisait état d'une sécrétion lactée plus abondante, et son bébé restait plus longtemps au sein ; de plus, ses urines étaient plus abondantes. 15 jours après la première visite, il pesait 6,1 kg, 6,5 kg à 5 mois, et 7,3 kg à 6 mois, âge auquel la mère avait commencé à introduire les solides depuis une semaine. La mère a pris du dompéridone pendant environ 6 semaines. Le bébé a été allaité jusqu'à 18 mois.

En conclusion

Quelle que soit la cause d'une prise de poids lente suivant une période de prise de poids normale, elle peut souvent être résolue en donnant à la mère des informations adaptées à sa situation. Le soutien apporté par le professionnel de santé permettra à la mère de poursuivre l'allaitement.

Allaitement maternel, 100 % naturel

Un concept développé en Afrique, mais tellement universel !

En décembre 2005, parmi les travaux réalisés par les étudiants au département de la santé de l'Université Senghor, à Alexandrie en Égypte, ont été créés un visuel et un slogan qui font la promotion de l'allaitement, qui pourraient être utilisés en Afrique comme ailleurs, dans toutes les langues. Aussi, tous les organismes sans but lucratif ou les ministères de la santé au monde qui seraient intéressés à récupérer ces éléments pour toute campagne de sensibilisation sur l'allaitement maternel sont les bienvenus. Ils n'ont qu'à communiquer avec Publici-Terre pour en obtenir gracieusement les droits et le visuel retravaillé par Alain Roy, directeur artistique.

Allaitement
maternel

100%
naturel

Chirurgie mammaire et allaitement : 2 cas

Mme Geneviève De Pena. Sage-femme, consultante en lactation. St Florent sur Cher (18)

L'allaitement est le plus souvent possible après une chirurgie mammaire, mais il nécessite une surveillance très rigoureuse dès la naissance afin d'éviter d'aboutir à des situations « difficiles ». Les deux exemples ci-dessous illustrent les soucis qui peuvent survenir, soit dès les premiers jours, soit aussi à distance de la naissance. Il me semble indispensable de prévenir et repérer ces difficultés le plus tôt possible.

Premier cas

Madame R avait accouché en 1988 par césarienne d'un premier enfant de 3200g qui a été allaité pendant 4 mois sans problème. En 1992, elle subit une chirurgie de résection mammaire. Le chirurgien lui avait alors certifié que ce geste n'aurait aucun impact sur un allaitement futur.

Elle accouche en avril 2003 à 38 semaines d'aménorrhée, par voie basse sous anesthésie péridurale d'un enfant de 3390g. La première tétée a lieu à 1 heure de vie, et les suivantes toutes les 3 à 4 heures sans problème particulier. A J1, l'enfant pèse 3370g ; à J2, 3220g ; à J3, 3140g. La sortie est autorisée à J3, et il est demandé à la mère de faire contrôler le poids de son bébé au 6^{ème} jour. Pourtant, Mme R a fait part au personnel de la maternité de son inquiétude au 3^{ème} jour car elle ne sentait pas la « montée laiteuse » comme pour son premier enfant. Il lui aurait alors été répondu qu'elle devait patienter encore un peu. Appel du papa à J4, qui me demande de passer les voir car, dit-il, la nuit a été très difficile, l'enfant ayant tété sans arrêt et la mère ayant l'impression de ne pas avoir de lait.

A l'examen de la mère, les seins sont très souples avec une impression d'engorgement axillaire, il y a présence de deux cicatrices péri-aréolaires. L'enfant tète peu vigoureusement et aucune éjection n'est constatée. Un essai de massage et extraction manuelle permet d'obtenir quelques gouttes de colostrum. Par ailleurs, le poids du bébé est de 2990g soit 150g de perte de poids en 24 heures, et 400g de perte de poids totale (environ 12%). Il n'a émis que des selles méconiales depuis la naissance, et les parents n'ont pas vu d'urines depuis le retour à la maison. Il n'y a pas de signes de déshydratation.

Devant l'urgence présentée, il est décidé de faire téter l'enfant toutes les deux heures et de compléter chaque tétée avec 30g de lait industriel. Il est prévu de réévaluer l'état de l'enfant après 24 heures. Le lendemain, le poids est inchangé, mais le bébé a émis deux selles au cours de la nuit. A J6, les selles et les urines sont nombreuses et le poids est de 3130g. La mère commence à utiliser le tire-lait après chaque tétée pour stimuler la lactation. A J9, elle dit bien sentir la montée laiteuse. L'enfant prend 10 tétées par 24 heures, une tétée sur deux étant complétée avec 60g de lait industriel. Madame R a poursuivi cet allaitement jusqu'au mois d'août (4 mois). Cet allaitement est resté partiel, la lactation de cette mère n'ayant jamais été suffisante pour assurer un allaitement exclusif.

Quelques remarques :

- Cette mère a affirmé que ses seins n'avaient jamais été examinés au cours de la grossesse, ni pendant le séjour en maternité

- La sortie a été autorisée alors que la courbe de poids était toujours descendante.
- La sortie a eu lieu sans que l'on se soit assuré de la bonne mise en route de la lactation.
- La mère a insisté pour faire part de son absence de ressenti de la montée laiteuse sans que cet élément soit pris en compte.

Second cas

Madame P est venue la première fois en consultation d'allaitement alors que son bébé était âgé de 1 mois et 11 jours. Motifs de la consultation : rythme épuisant du bébé et douleurs au cours des tétées. Au moment de la consultation, elle envisage l'arrêt de l'allaitement si cette situation perdure. L'interrogatoire retrouve une chirurgie mammaire pour ptose à l'âge de 18 ans (elle en a actuellement 36). Un premier enfant né en 1998 a été allaité pendant 4 jours, puis l'allaitement a été arrêté devant des douleurs intenses aux mamelons et des pleurs importants du bébé. Un 2^{ème} enfant, né en 2000, a été allaité pendant 10 jours avec les mêmes difficultés, puis sevré sur recommandation du médecin sur un diagnostic de mastite.

L'examen des seins met en évidence des cicatrices péri-aréolaires bilatérales, un sein droit beaucoup plus volumineux, mais cela date de son intervention, dit-elle. Les aréoles sont très tendues autour des cicatrices évoquant de possibles adhérences. La tétée est observée, et ne semble pas poser d'autre problème que les douleurs des mamelons ; l'enfant est bien positionné, a une succion efficace. Il pèse 4470g pour un poids de naissance de 3475g (+ 995 g sur 40 jours, soit presque 25 g/jour).

J'ai proposé à cette patiente des massages aréolaires doux à la lanoline (Lansinoh®). Nous avons longuement discuté du rythme de l'enfant. Je lui ai expliqué que ce rythme était probablement propre à l'enfant et à ses capacités, et qu'il risquait de durer sans que cela soit anormal. Je l'ai revue la semaine suivante. Les douleurs s'étaient beaucoup atténuées et la zone aréolaire était beaucoup plus souple. Les tétées étaient toujours très fréquentes, y compris la nuit, mais le couple acceptait facilement ce rythme car il était rassuré sur sa normalité. A 4 mois, l'enfant est toujours allaité exclusivement, pèse 7400g et mesure 65cm (52 cm à la naissance). Il prend en moyenne 15 tétées par 24 heures (toutes les deux heures la nuit). Les seins sont très souples et il n'y a plus de douleurs.

Mes hypothèses pour cette mère sont les suivantes :

- Une probable lésion des canaux lors de la chirurgie. Je ne l'ai pas vue pour ses deux premiers allaitements, mais elle décrit une lactation insuffisante à chaque fois, avec des bébés « affamés », pleurant beaucoup et ayant des courbes pondérales « limites »
- Un phénomène d'adhérence ayant entraîné des douleurs vives, et ayant probablement cédé avec la succion du bébé et les massages.
- Sa détermination à réussir cette fois l'allaitement de son bébé lui a permis de surmonter ces difficultés malgré la fréquence élevée des tétées.

Freinectomie : une expérience pouvant s'avérer difficile

Challenging tongue-tie experience to share. K Berggren. Lactnet, 24 Feb 2005.

Cette mère a accouché par césarienne programmée ; elle avait subi une chirurgie utérine de très mauvaise qualité, qui avait laissé son utérus fragilisé. Le bébé a pris le sein rapidement et facilement après la naissance. La mère trouvait les tétées inconfortables. A J2, l'auteur (doula auprès de cette mère) a eu l'occasion de voir le bébé pleurer alors qu'elle était dans la chambre de la mère, et a constaté qu'il présentait un frein de la langue trop court, mais comme la mère ne trouvait pas les tétées franchement douloureuses, elle a pensé que le frein de la langue n'avait pas d'impact significatif sur la succion de l'enfant. Toutefois, quand elle est allée voir la mère à son domicile à J4, cette dernière avait les mamelons très douloureux, et des crevasses étaient visibles. De plus, l'auteur a appris que le père de l'enfant avait présenté ce même problème, et avait eu une freinectomie en post-partum précoce.

L'auteur a donc suggéré aux parents de consulter pour que leur bébé puisse avoir une freinectomie ; elle leur a expliqué que c'était une intervention bénigne, et que l'amélioration de la succion de l'enfant était bien souvent immédiate. La mère était réticente, et a décidé d'essayer de mieux positionner son bébé, et d'attendre de voir si les choses s'amélioraient d'elles-mêmes. A J5, une consultante en lactation est venue au domicile des parents, sur recommandation de l'auteur. Elle a confirmé l'existence d'un frein de la langue trop court, a suggéré un rendez-vous avec un pédiatre, et a revu avec la mère les diverses positions pour mettre l'enfant au sein.

A J6, les parents sont allés consulter le pédiatre. Ce dernier a effectué la freinectomie à l'occasion de cette consultation. A

J7, l'auteur a recontacté la mère. Elle n'était pas satisfaite. La freinectomie s'était mal passée. Le bébé a pleuré pendant près de 30 mn après l'intervention, a refusé de téter pendant des heures, et quand il a accepté de prendre le sein, il tétait très mal, et la mère avait les mamelons encore plus douloureux qu'auparavant. Elle regrettait d'avoir accepté la freinectomie. Deux jours ont été nécessaires pour que la douleur éprouvée par la mère redescende au niveau antérieur à la freinectomie, et deux jours supplémentaires pour que les tétées deviennent confortables pour elle. De plus, la mère a présenté un important engorgement 48 heures après la freinectomie. Toutefois, après ces 4 jours difficiles, le bébé s'est mis à téter parfaitement bien, et la mère n'avait plus mal.

En fin de compte, la freinectomie a donné de bons résultats : la mère allaitait toujours à 14 mois. Mais les quelques jours qui l'ont suivie ont été très difficiles à vivre pour la mère. En raison de son expérience personnelle, elle était très méfiante vis-à-vis de toute intervention chirurgicale. Elle ne s'attendait pas à ce que le pédiatre effectue aussi rapidement la freinectomie, et elle s'est sentie plus ou moins « forcée » de l'accepter alors qu'elle n'y était pas encore prête ; ses sentiments négatifs ont encore été exacerbés par les jours difficiles qui ont suivi l'intervention, alors que tout le monde lui avait affirmé qu'elle était bénigne et donnerait très probablement de bons résultats immédiatement. Même si les études sur le sujet montrent que c'est effectivement le cas, l'auteur estime qu'il est nécessaire de prévenir la mère qu'il pourra y avoir, dans certains cas, une période d'adaptation, pendant laquelle les choses pourront être difficiles.

Problème de mamelons douloureux

Case studies in breastfeeding. Symptoms versus problems. Kate & Peggy. K Cadwell, C Turner-Maffei. Ed Jones and Barlett 2004 ; 70-72.

Peggy est venue consulter avec son bébé de 3 semaines. Les tétées étaient très douloureuses depuis J3-J4, essentiellement au début de la tétée. Elle avait appliqué sans succès tous les conseils qu'on lui avait donnés. Elle avait allaité ses 2 premiers enfants pendant 1 an, sans souffrir de problèmes de mamelons douloureux, et elle souhaitait allaiter aussi longtemps ce 3^{ème} enfant. Ses mamelons présentaient de petites lésions. Elle a expliqué qu'il commençait à y avoir une petite zone blanche, puis la peau partait au bout d'un jour ou deux. Elle avait pensé à une candidose, mais le médecin consulté lui avait affirmé que ce n'était pas le cas, son bébé n'ayant pas de muguet. Elle a placé son bébé bien tourné contre elle, il a ouvert la bouche à 90° et a commencé à téter, avec des mouvements rapides et peu amples, en mâchouillant visiblement le mamelon, pendant que sa mère grinçait des dents sous l'effet de la douleur. Au bout d'environ une minute, le bébé a tout à coup ouvert la bouche à 120°, et a commencé à téter lentement, avec une déglutition à chaque mouvement de succion. Peggy a signalé que maintenant la tétée n'était plus douloureuse.

Le problème se situait au niveau de la prise en bouche du sein. Le bébé s'était habitué à ne pas ouvrir la bouche suffisamment et à mâchouiller le sein, jusqu'au moment où survenait le réflexe d'éjection. A partir de ce moment, il ouvrait beaucoup plus grand la bouche, prenait le sein correctement, et tétait efficacement. Pour le résoudre, il était donc nécessaire d'amener le bébé à ouvrir la bouche correctement pour mieux prendre le sein dès le début de la tétée. Les auteurs ont expliqué à Peggy qu'elle devait attendre que son bébé ouvre bien grand la bouche pour le mettre au sein, et qu'elle ne devait pas le laisser téter s'il ne le faisait pas. Elles l'ont encouragée à essayer, en le mettant à l'autre sein. Après quelques tentatives, le bébé a pris le sein correctement, sans douleur pour sa mère. Les auteurs lui ont recommandé de continuer à être vigilante à chaque tétée, et d'enlever immédiatement son bébé du sein s'il ne le prenait pas correctement, pour recommencer la mise au sein. Trois jours plus tard, les lésions sur les mamelons avaient presque complètement disparu.