

Cas cliniques ... cas cliniques

Relance d'une lactation après prise de cabergoline

Cas présenté par Mme Myriam Graulus et Mme Marie-Anne Glineur (Belgique)

Mme G a accouché le 11 décembre 2004 d'un 4^{ème} enfant de 3850 g et 53 cm, qu'elle a commencé à allaiter. De retour à son domicile le 14 décembre, elle a vite été confrontée aux horaires des 3 aînés ; submergée par ses diverses obligations et prise de panique, elle décide de stopper net l'allaitement à J7. Son gynécologue lui prescrit donc ce qui se fait de plus efficace comme médicament pour « couper » le lait, la cabergoline : 4 prises, à 12 heures d'intervalle. Elle commence le traitement le soir même. Le lendemain de la fin du traitement (J10), Mme G commence à regretter sa décision de sevrer, prise dans un moment de découragement. Elle n'ose pas appeler son médecin pour savoir s'il lui est possible de reprendre l'allaitement, et commence à chercher des informations (auprès de la pharmacie, sur Internet, auprès de La Leche League...), sans obtenir de données concluantes, hormis le fait que la reprise de l'allaitement semble impossible.

Suite aux informations recueillies sur des forums Internet de discussion sur l'allaitement, elle décide de tenter un traitement par sulpiride. Mais une ordonnance est nécessaire, et Mme G n'ose pas aller consulter pour la demander. Elle trouve ensuite des informations sur le dompéridone, beaucoup plus facile à se procurer, car en vente libre sous certaines formes en Belgique. Elle commence à en prendre à J13, à la dose de 3 fois 30 mg/jour, et tire son lait au moins 5 à 6 fois par jour. Les premiers résultats se font sentir dès le lendemain : à chaque séance d'expression, elle obtient 20 ml de lait au lieu de quelques gout-

tes. Mme G décide aussi de consulter son gynécologue, qui accepte de lui prescrire 3 comprimés de sulpiride 50 mg pour faciliter une éventuelle montée de lait ; mais le sulpiride n'aura qu'un impact minime. 10 jours après le début du traitement par dompéridone, Mme G arrive à tirer 80 ml par jour en moyenne. Elle ne met pas son enfant au sein (et ne lui donne pas le lait tiré), car on lui a dit que la cabergoline ayant une longue demi-vie, il était préférable d'attendre 3 semaines après la fin du traitement avant de recommencer les mises au sein.

Au bout de ce délai, l'enfant a accepté très facilement et rapidement de reprendre le sein, et à 6 semaines il était presque exclusivement allaité ; il recevait un complément de 60 ml de lait industriel le soir, la mère souhaitant être certaine qu'il n'avait pas faim. La mère a progressivement arrêté le dompéridone. Le bébé a été exclusivement allaité jusqu'à environ 4 mois 1/2. Sa mère a alors enchaîné plusieurs maladies (angine, grippe puis bronchite) qui l'ont beaucoup fatiguée, et elle a décidé d'introduire les solides. Le bébé a été sevré à 6 mois.

Etant donné la très longue demi-vie de la cabergoline (environ 80 heures), il était jusqu'à présent estimé que sa prise rendait plus ou moins impossible la reprise de l'allaitement. Ce cas démontre qu'avec de la motivation, il reste possible de relancer une lactation, de remettre un bébé au sein 1 mois après l'accouchement, et de vivre ce qui a été pour cette mère « une merveilleuse aventure ».

Transplantation multiviscérale

Six-organ transplant a rare chance at life. S Singer. Palm Beach Post, Nov 25, 2004.

Natalia est née à 25 semaines d'âge gestationnel. Elle pesait 680 g. Elle a présenté une entérocolite ulcéronécrosante, suite à laquelle elle a subi au fil des mois 5 chirurgies digestives sans qu'il soit possible de stopper l'évolution de la maladie, le bébé semblant condamné en raison d'une insuffisance multiviscérale. L'équipe soignante a alors décidé d'effectuer une greffe multiviscérale : estomac, pancréas, foie, rate, intestin grêle et gros intestin, prélevés chez un bébé décédé de 2 mois. L'opération a duré 11 heures.

Pendant toute la période d'hospitalisation de Natalia, sa mère a tiré son lait en attendant qu'il puisse être donné à sa fille. Elle avait l'impression que si elle cessait de tirer son lait, cela impliquerait qu'elle acceptait la mort de son bébé. Elle était

encouragée par l'équipe soignante qui lui affirmait que son lait serait de loin le meilleur choix pour son bébé dès qu'il pourrait être nourri par voie entérale, et que cela l'aiderait à se remettre de la transplantation.

Actuellement, la petite fille se porte bien. Elle va avoir 12 mois dans quelques jours, pèse environ 7500 g. Elle prend de nombreux médicaments contre le rejet. Elle tolère bien l'alimentation entérale, et elle a même commencé à manger des solides, à la grande surprise des médecins : après une chirurgie de ce type, de nombreux enfants dépendent pendant des années d'une sonde gastrique pour se nourrir. Elle continue toujours à recevoir le lait de sa mère.

L'assouplissement par contre-pression

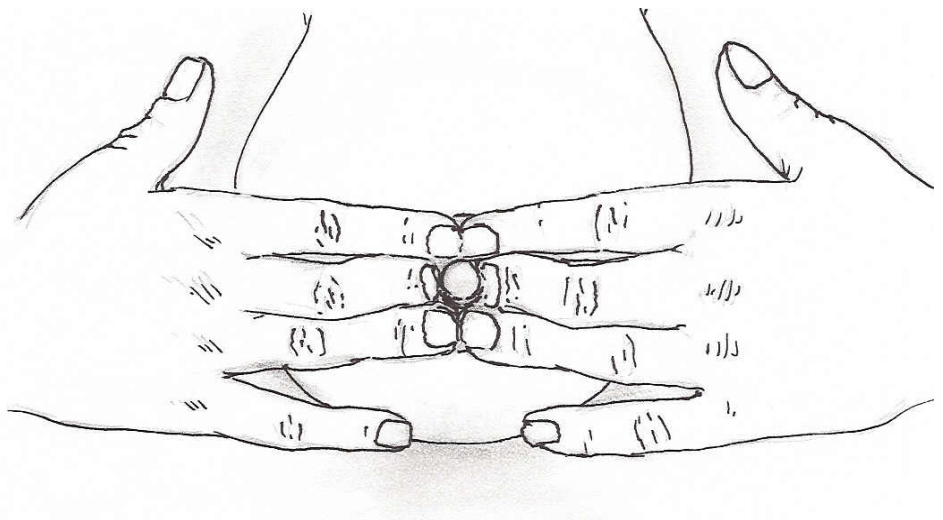
Reverse pressure softening : a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement.
KJ Cotterman. J Hum Lact 2004 ; 20(2) : 227-37.

La « montée de lait » s'accompagne habituellement d'un engorgement. L'auteur de cet article a constaté une augmentation de l'incidence des engorgements sévères au fil des années. Dans certains cas, les seins sont tellement durs qu'il devient impossible pour l'enfant de le prendre en bouche. L'utilisation d'un tire-lait pourra alors aggraver le problème en augmentant l'œdème aréolaire. Les causes de l'engorgement restent mal connues. L'auteur fait le point sur le sujet, et présente une technique d'assouplissement de l'aréole destinée à aider les mères à mettre leur bébé au sein.

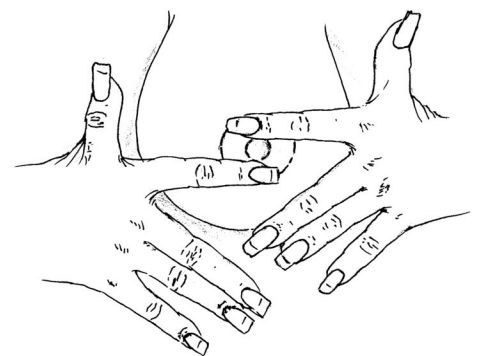
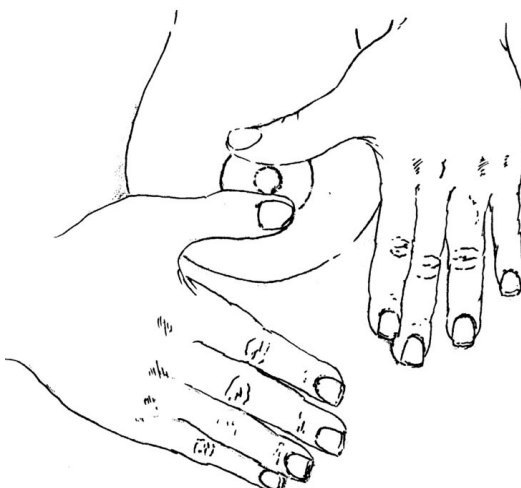
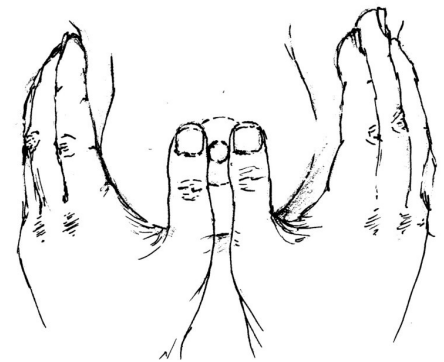
Une des possibles causes de l'engorgement fait intervenir les 3 différents compartiments de la glande mammaire : le tissu conjonctif, le tissu glandulaire, et le compartiment circulatoire. Entre les capillaires artériels et veineux circule le liquide interstitiel par le biais de forces osmotiques et hydrostatiques. En temps normal, 90% du liquide interstitiel repart dans la circulation veineuse, les 10% restants étant drainés par la circulation lymphatique (vers les ganglions axillaires). Pendant la lactation, le tissu glandulaire prélève dans le liquide interstitiel les composants du lait ; ce dernier n'a qu'une porte de sortie : le mamelon. Si le lait ne sort pas, cela va retentir sur toute la circulation des fluides dans le sein.

Lorsque le volume du liquide interstitiel augmente, cela signifie qu'il y a un déséquilibre entre l'arrivée du liquide dans le secteur interstitiel et sa sortie, les mécanismes de réabsorption étant saturés. Cela pourrait être en rapport avec la pression colloïdale, déterminée par le taux de protéines plasmatiques (un facteur majeur de la régulation de la circulation interstitielle). Cette pression colloïdale baisse normalement pendant les 24 heures qui suivent la naissance. Une équipe a constaté une baisse de la pression colloïdale plasmatique chez les femmes qui avaient reçu des perfusions de cristalloïdes pendant l'accouchement (sérum physiologique...) d'autant plus importante que le volume perfusé avait été important, et pouvant persister jusqu'à 5 jours après l'accouchement. Cela peut augmenter le risque d'œdème et

d'engorgement mammaire par le biais d'une augmentation du liquide interstitiel, qui peut perdurer jusqu'à 10 à 14 jours après l'accouchement. Il serait donc nécessaire de restreindre le volume de liquide perfusé au strict minimum nécessaire. Par ailleurs, il est utile de se souvenir que l'oxytocine (une molécule dont la structure est similaire à celle de la vasopressine), souvent utilisée pour déclencher ou accélérer l'accouchement, a un impact antidiurétique.



L'assouplissement par contrepression sera exercé avec les deux mains, soit avec 3 à 4 doigts de chaque main, soit avec un doigt de chaque main (pouce ou index). Appuyer doucement vers la poitrine pendant 60 secondes, en alternant les quadrants lorsque la pression est exercée avec un seul doigt de chaque main. Répéter si nécessaire.



Le terme « plaque aréolo-mamelonnaire » est fréquemment utilisé en chirurgie mammaire. Il se réfère à l'unité anatomique que constituent le mamelon, l'aréole, et le tissu rétro-aréolaire qui contient les canaux lactifères et les fibres nerveuses, enrobés dans du tissu musculaire et conjonctif. Un engorgement au niveau de cette plaque pourra réduire la « profondeur » de cette plaque et augmenter le diamètre de l'aréole, suite à la distension du tissu sous-jacent. Le mamelon devient presque plat, voire s'inverse en cas d'engorgement sévère, ce qui rend impossible sa prise par l'enfant, d'autant que le tissu rétro-aréolaire est gonflé et durci par l'œdème. L'utilisation d'un tire-lait aggraverait le problème, la dépression induite par le tire-lait attirant le liquide interstitiel vers l'aréole. Il a été constaté que même le fait d'utiliser un tire-lait sur un sein non engorgé augmentait le volume de la plaque aréolo-mamelonnaire.

L'assouplissement par contre-pression (ACP) agit à 3 niveaux :

- L'excès de liquide interstitiel est temporairement évacué en direction du système lymphatique.
- La compression déplace le lait en amont dans les canaux lactifères, ce qui aide à réduire la dissension aréolaire et rend la mise au sein plus confortable.
- L'éjection du lait est automatiquement déclenchée par la stimulation des terminaisons nerveuses situées dans le mamelon et l'aréole, ce qui amène plus rapidement le lait au mamelon, souvent en 1 à 2 minutes.

Si la mère a les ongles courts, elle peut appuyer avec le bout des doigts recourbés des deux mains ensemble (6 à 8 doigts), l'extrémité des ongles touchant le bord du mamelon. L'objectif est de créer un anneau de 6 à 8 « fossettes » tout autour de l'aréole à la base du mamelon. Si la manœuvre est effectuée par un professionnel de santé, la pulpe des deux pouces peut aussi être utilisée, créant de chaque côté du mamelon une contre-

pression au niveau d'une zone d'environ 2,5 cm, au-dessus et au-dessous du mamelon. La pression douce et continue, orientée vers le gril costal, sera exercée pendant 60 secondes, davantage si nécessaire, en se focalisant sur la zone où l'aréole rejoint la base du mamelon. Il sera alors nécessaire de répéter la manœuvre sur les quadrants opposés pendant 60 secondes supplémentaires, en recouvrant partiellement la zone précédemment traitée, afin d'assouplir la totalité de la zone entourant la base du mamelon. Recommencer plusieurs fois jusqu'à ce que la zone aréolaire soit suffisamment assouplie et élastique pour que l'enfant puisse la prendre en bouche facilement, et étirer le mamelon avec sa langue. Prendre 3 à 5 mn pour pratiquer l'ACP avant chaque tétée aussi longtemps que perdure l'engorgement rendra la tétée beaucoup plus facile et confortable. Si la mère a les ongles plus longs, ou qu'elle a des difficultés à effectuer l'ACP, il sera possible d'utiliser le bout d'une tétine en silicone pour biberon ; découper la tétine en rond environ 1,5 cm derrière le bout de la tétine, et appliquer la pulpe des doigts sur cette « collerette » après avoir recouvert le mamelon avec le bout de la tétine. L'auteur souligne que l'utilisation de l'ACP doit être très prudente chez les femmes porteuses d'implants mammaires, et qu'elle ne doit pas être utilisée si la mère souffre de mastite ou d'un canal lactifère bouché.

Etant donné la fréquence de l'engorgement en post-partum, il serait utile de faire des études sur les facteurs susceptibles de l'aggraver, tels que la perfusion de cristalloïdes en péri-partum, l'injection d'oxytocine, et la fréquence et les modalités de l'utilisation d'un tire-lait. Dans la mesure où les perfusions et les injections d'oxytocine sont de plus en plus fréquentes, nous risquons de voir de plus en plus d'engorgements sévères. Il est donc nécessaire d'évaluer les diverses techniques (dont fait partie l'ACP) susceptibles d'aider la mère à surmonter le problème.

Traiter l'engorgement par la compression aréolaire

Treating postpartum breast edema with areolar compression. V Miller, J Riordan.
J Hum Lact 2004 ; 20(2) : 223-26.

Pendant la grossesse, la masse liquidienne maternelle augmente : augmentation de la masse sanguine maternelle, liquide amniotique, masse liquidienne du fœtus et du placenta. Après l'accouchement, ce liquide excédentaire doit être éliminé ; un œdème périphérique modéré est fréquent ; il disparaîtra en quelques jours à quelques semaines, en fonction de son importance et des conditions de la naissance ; la perfusion d'un volume important de liquide augmente cet œdème, ainsi que les injections d'ocytociques. L'œdème qui constitue l'engorgement de la montée de lait pourra en être aggravé. Dans certains cas, le sein, et en particulier la zone aréolaire, pourra devenir tellement engorgé que le bébé n'arrivera plus à prendre le sein correctement. Cet œdème disparaîtra au fur et à mesure que l'organisme élimine les liquides superflus, mais une mère pourra renoncer précocement à l'allaitement en raison des difficultés importantes et de l'inconfort induits par un engorgement important. Les auteurs décrivent un cas d'engorgement important, dans lequel la mère a utilisé une technique simple de compression de l'aréole pour diminuer l'œdème local.

Mary, primipare de 32 ans, a accouché à 39 semaines. En raison d'une rupture des membranes suivie par un travail lent,

elle a reçu des injections d'ocytociques et une péridurale. Le travail restant très lent et la parturiente présentant une fièvre, une césarienne a été effectuée. En l'espace de 48 heures, elle a reçu environ 14 litres de liquides. Le bébé était en bonne santé, et pesait 4308 g. Dès son transfert en chambre, Mary a essayé de mettre son bébé au sein à de nombreuses reprises, sans résultat. Des compléments ont été donnés au bébé pour maintenir sa glycémie. La mère a commencé à tirer son lait toutes les 3 heures, mais elle n'a pas obtenu de colostrum ; de plus, l'expression était très douloureuse, même en utilisant le réglage le plus bas du tire-lait électrique.

A J2, il était toujours impossible d'arriver à faire prendre le sein à l'enfant, et la mère a continué à tirer son lait, l'enfant recevant des compléments de lait industriel. A J3, une consultante en lactation est venue voir la mère, et a constaté un œdème important au niveau des extrémités et des seins. Lorsqu'on plaçait le pouce sur le sein au niveau de l'aréole et tous les autres doigts en dessous et qu'on comprimait l'aréole entre les doigts pendant 10 secondes, on pouvait observer l'empreinte des doigts. La consultante en lactation a expliqué à la mère comment pratiquer la compression aréolaire pour réduire

l'œdème local, en effectuant le geste décrit ci-dessus près du mamelon à plusieurs reprises, en remontant progressivement sur l'aréole, en tournant autour de celle-ci pour comprimer toutes les régions de l'aréole, et en augmentant doucement la pression exercée. Le geste sera répété autant de fois que nécessaire pour assouplir totalement l'aréole (de quelques minutes à une demi-heure, en fonction de la gravité de l'engorgement).

Le bébé a ensuite été mis au sein sur lequel avait été effectué la compression aréolaire, et il a tété efficacement pendant 20 mn. La mère a ensuite effectué la compression sur l'autre sein. Elle a utilisé cette technique avant chaque tétée pendant toute la journée. Au moment de sa sortie de maternité, Mary se débrouillait bien avec l'allaitement de son bébé.

Les premiers jours post-partum constituent une période sensible pour la mise en route de la lactation. L'engorgement est un problème courant, et il peut rendre l'allaitement très difficile. La technique de compression aréolaire décrite par les auteurs n'a pas été évaluée par une étude, mais les auteurs l'ont trouvée très efficace pour assouplir l'aréole, ce qui permet à l'enfant de prendre correctement le sein. Un tire-lait, par la dépression aréolaire qu'il crée, aggrave habituellement l'œdème local en attirant le liquide interstitiel ; assouplir l'aréole permettra à la mère de mettre son bébé au sein ou de tirer son lait plus efficacement et confortablement.

Prise de poids lente chez un bébé allaité

K Cadwell, C Turner-Maffei. Case studies in Breastfeeding. Shawna, Mike & Colin. Ed Jones and Barlett 2004 ; 52-58.

Shawna s'est présentée à la consultation de lactation des auteurs un vendredi matin avec son mari et son bébé, envoyée par le pédiatre local qu'elle venait d'aller consulter, pour une stagnation pondérale chez son bébé.

Shawna avait accouché par césarienne de ce premier enfant après 2 jours de « travail inefficace ». Les suites de couches ont été difficiles, Shawna souffrait beaucoup et tolérait mal les analgésiques qui lui étaient donnés (nausées, vertiges). Elle voulait absolument allaiter, et son mari la soutenait totalement dans ce choix. Le bébé pesait 3939 g à la naissance, et 3684 g à la sortie de maternité. Le démarrage de l'allaitement a été difficile, le bébé n'ayant commencé à prendre le sein régulièrement qu'après la sortie de maternité. A J15, jour de la visite chez le pédiatre, il pesait 3712 g. Shawna vivait déjà sa césarienne comme un échec personnel, et le fait que son bébé ne prenne pas de poids ajoutait encore à sa détresse et à son sentiment d'incompétence et de culpabilité.

Le bébé tétait au moins 8 fois par 24 heures. Les parents le réveillaient s'il dormait plus de 3 heures, pour le faire téter. Il mouillait 3 à 5 couches et avait 1 à 2 selles par jour. Les seins de Shawna avaient un aspect parfaitement normal, et elle avait l'impression d'avoir une sécrétion lactée abondante. Au début de la consultation, le bébé dormait dans son siège auto, puis il a commencé à porter ses mains à sa bouche. Immédiatement, son père l'a pris dans ses bras pour le tendre à sa femme. Le bébé a été pesé, puis Shawna l'a mis au sein. Le bébé a pris le sein très facilement, et a commencé à téter efficacement, en recevant visiblement du lait. Au bout d'environ 10 mn, comme il commençait à « tétouiller », il a été changé de sein, et a tété efficacement environ 7 mn avant de lâcher le sein et de se mettre à somnoler. La pesée a montré qu'il avait pris 85 g de lait. S'il prenait une quantité similaire 8 fois par jour, il recevait plus de 650 g de lait, soit une quantité amplement suffisante pour un nourrisson de cet âge.

Au vu de toutes ces données (faible prise de poids, fréquence des selles et des urines un peu basse, mais bonne prise

du sein, succion efficace, quantité de lait absorbée apparemment suffisante), les auteurs ont émis l'hypothèse d'un démarrage difficile de l'allaitement, la situation étant en train de se normaliser. Elles ont contacté le pédiatre, lui ont exposé la situation, et lui ont demandé s'il était d'accord pour attendre jusqu'au lundi pour voir comment les choses évolueraient sur le week-end, avant de demander aux parents de donner des compléments à leur bébé ; le pédiatre a accepté. Elles ont ensuite proposé aux parents, pendant tout le week-end, de noter soigneusement l'heure de début de chaque tétée, sa durée, et la quantité de lait prise par l'enfant (par pesée avant et après, le pèse-bébé étant prêté par la consultation d'allaitement). Et on leur a demandé de revenir lundi à la consultation pour une nouvelle évaluation.

Les parents se sont présentés le lundi matin à l'ouverture de la consultation, très contents : ils pensaient avoir trouvé l'origine de la faible prise de poids de leur bébé. Grâce aux pesées, ils ont constaté, dès le samedi, que si leur bébé prenait 80 à 85 g de lait lorsque Shawna le mettait au sein en position assise, il prenait à peine 30 g de lait lorsqu'elle s'allongeait pour l'allaiter. Or, la position assise étant douloureuse, Shawna s'allongeait pour mettre son bébé au sein pour plus de la moitié des tétées. A partir du moment où ils ont fait cette constatation, elle s'est systématiquement assise pour les tétées. Le bébé avait pris 85 g pendant le week-end.

Les auteurs ont communiqué au pédiatre un rapport sur l'évolution pendant le week-end. Elles ont proposé à Shawna de regarder ce qui se passait quand elle allaitait en position allongée, afin de voir si on pouvait améliorer la prise de lait dans cette position, mais la mère a décliné l'offre en disant qu'elle préférerait rester assise si cela permettait à son bébé de bien téter, et qu'elle reviendrait éventuellement consulter si elle en ressentait le besoin. Les auteurs ont conseillé aux parents de poursuivre les tests de pesée et le suivi des tétées pendant encore une semaine pour vérifier que tout se passait bien, et de recontacter leur pédiatre pour le suivi de leur bébé.

Allaitement d'un bébé souffrant de trisomie 21

Baby with cardiac problems and Down syndrome. C Swisher. Lactnet, 13/12/2004.

Ce bébé, premier enfant de jeunes parents, est né porteur de trisomie 21, et avec une malformation cardiaque dont la réparation chirurgicale est prévue vers le second anniversaire. Il pesait 2636 g à la naissance. La mère tire son lait depuis la naissance avec un tire-lait électrique automatique, mais a beaucoup de difficultés à obtenir suffisamment de lait. Le bébé prend mal le sein depuis la naissance. A l'occasion de la visite d'une consultante en lactation, il est arrivé à le prendre avec un bout de sein et un DAL, et a obtenu ainsi 30 à 55 ml de lait (seulement quelques grammes sans DAL) avant de se fatiguer et d'arrêter de téter. Sa respiration est difficile, et il a du mal à la coordonner avec la succion et la déglutition, qu'il soit au sein ou qu'il reçoive un biberon. Les parents ont essayé de le nourrir au doigt 1 à 2 fois par jour, dans l'espoir d'améliorer sa succion, mais cela semblait le fatiguer encore davantage, et il prenait moins de lait. La mère a essayé le portage kangourou, mais ce n'est pas facile à mettre en œuvre, le bébé étant sous oxygène. La consultante en lactation a suggéré de le mettre au sein avec un DAL 2 fois par jour, de lui proposer le sein après chaque repas au biberon,

la mère devant tirer son lait régulièrement sur la journée. La mère a souffert d'une gastro-entérite, et pendant 2 jours elle n'a pas pu tirer son lait plus de 4 fois par jour. Cela a induit une baisse de la production lactée, et une mastite, pour laquelle un traitement antibiotique a été prescrit.

A 8 semaines, le bébé pesait 3288 g, et n'avait pris que 85 g pendant la semaine précédente. Il était toujours sous oxygène, et n'avait reçu que du lait maternel. Le tonus du bébé était faible, et la prise du biberon semblait plus facile pour lui. Mais même avec le biberon, il se fatiguait rapidement et il devenait alors impossible de lui faire avaler davantage de lait. Toutefois, les choses se sont progressivement améliorées. A 10 semaines, le bébé arrivait à prendre 30 à 45 g directement au sein (sans DAL ni bout de sein). La mère arrivait à tirer plus de lait que nécessaire, et elle l'enrichissait avec du lait industriel en poudre pour 3 à 4 repas par jour, donnés au biberon, le bébé prenant aussi le sein à la plupart de ses repas. La mère était beaucoup plus confiante en elle et en sa capacité à allaiter.

Constipation dans un ciel serein

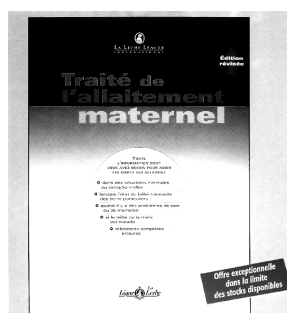
M Bellaïche, C Faber. Médecine & Enfance, février 2006, 123-4.

On sait que la fréquence moyenne des selles chez les nourrissons allaités peut aller de 8 par jour à une par semaine. Le lait humain est riche en lactose, qui accélère le transit, et le nouveau-né a habituellement des selles fréquentes. Mais il ne contient pas de résidus et il est donc très bien absorbé, ce qui peut induire un transit très lent. Parfois, on peut même rencontrer une « constipation sévère » simulant une maladie de Hirschsprung.

L'analyse de 100 dossiers d'enfants ayant subi une manométrie anorectale à l'hôpital Robert-Debré pour suspicion de Hirschsprung a montré que l'examen était normal dans 85% des cas ; ces enfants étaient allaités. En pareil cas, il est possible de dire à la mère que son lait est tellement bon que le bébé l'assimile totalement et qu'il n'a rien à éliminer. Donc, si cette constipation est isolée, que la prise de poids de l'enfant est bonne et que son état général est satisfaisant, elle ne nécessite ni explorations complémentaires, ni traitement. La fréquence des selles se régularisera lorsque l'enfant ne sera plus exclusivement allaité.

La mère de ce bébé de 3 mois, exclusivement allaité, a consulté pour une constipation isolée. La mère utilisait des suppositoires ou un thermomètre pour déclencher les selles. L'examen de l'enfant étant parfaitement normal, le médecin consulté a rassuré la mère. Les informations données à la mère ne l'ont pas satisfaite, et elle est allée consulter un autre médecin. Un interrogatoire plus approfondi a permis d'apprendre que la mère prenait de temps à autre un sirop à la codéine pour une toux. Lorsqu'elle a cessé de prendre ce sirop, la constipation de son bébé a disparu.

En cas de constipation chez un enfant allaité, il sera donc utile de demander à la mère si elle prend un médicament. De nombreux médicaments passent dans le lait, sans que cela présente de risque pour le bébé dans la très grande majorité des cas. Il existe peu de données sur le passage des antitussifs. L'Académie Américaine de Pédiatrie considère que la tripolidine et la pseudoéphédrine sont compatibles avec l'allaitement, ainsi que la codéine pour une utilisation à court terme.



Traité de l'Allaitement Maternel

N Mohrbacher, J Stock. Ligue La Leche, 1999

Il offre, en 650 pages, une information complète et actuelle pour les professionnels travaillant auprès des mères allaitantes, depuis la physiologie de l'allaitement jusqu'aux médicaments utilisables pendant l'allaitement, en passant par le déroulement de l'allaitement, les divers problèmes qui peuvent se présenter, l'impact des maladies de la mère ou du bébé sur l'allaitement, l'allaitement du prématuré, la contraception...

Prix : 99,10 € port compris (à l'ordre de LLL France)

A commander à :

Françoise RAILHET – 68 rue PV Couturier - 93330 NEUILLY SUR MARNE
Tél : 01 43 08 56 02 – Fax : 01 32 08 50 95 – E-mail : dossiers@lllfrance.org