

Cas cliniques ... cas cliniques

L'allaitement par une mère souffrant du syndrome de Turner

Turner's syndrome and breastfeeding. R Parker. Breastfeed Rev 2005 ; 13(3) : 23-25.

Le syndrome de Turner est lié à l'absence partielle ou totale d'un chromosome X. Dans environ la moitié des cas, un chromosome X manque en entier et le caryotype s'écrit 45,X0. Dans plus de 20 % des cas, le syndrome de Turner est en mosaïque, c'est-à-dire qu'il existe à la fois des cellules 45,X et des cellules normales 46,XX. Enfin, dans 30 % des cas environ, il existe deux chromosomes X mais la structure de l'un des deux est altérée. Ces anomalies sont accidentelles. La prévalence du syndrome de Turner est d'environ 1/2500 nouveau-nés de sexe féminin. Les deux principales manifestations en sont la petite taille et la dysgénésie gonadique. Il peut également y avoir diverses malformations ou anomalies. Ce problème est diagnostiqué soit rapidement après la naissance (en présence de malformations associées) ou à l'âge pubertaire devant l'absence de développement des caractères sexuels secondaires et l'aménorrhée. Le traitement fait essentiellement appel à l'hormone de croissance commencée dès l'enfance, et aux œstro-progestatifs de remplacement à partir de 12-13 ans, afin d'obtenir une apparence sub-normale à l'âge adulte.

Toutefois, étant donné l'atrophie des ovaires, le traitement n'aura aucun impact sur l'infertilité. Avant le développement des techniques de fécondation in vitro et des programmes de don d'ovules, il était impossible à ces femmes de concevoir un enfant. C'est maintenant possible. Toutefois, il n'existe aucune donnée sur la capacité de ces femmes à allaiter. Les hormones sécrétées pendant la grossesse préparent la glande mammaire à allaiter. Les œstrogènes sensibilisent la glande mammaire à l'action de la prolactine. La progestérone stimule le développement de la glande mammaire. L'hormone lactogène placentaire induit la production de colostrum pendant la grossesse. Après la naissance, le taux d'œstrogènes et de progestérone chute, ce qui permet l'action de la prolactine. Ensuite, la production lactée dépendra de la succion de l'enfant et de la quantité de lait qu'il absorbera. L'auteur rapporte un cas d'allaitement chez une femme souffrant d'un syndrome de Turner.

Cette primipare de 32 ans souffrait d'un syndrome de Turner associé à un diabète insulino-dépendant. Elle était sous traitement hormonal substitutif depuis l'adolescence, et avait été enceinte suite à une fécondation in vitro sur ovule donné. Elle souhaitait allaiter, et a commencé à se renseigner à ce sujet. Le traitement hormonal substitutif a été stoppé à la fin du premier trimestre de grossesse, et cette dernière s'est déroulée normalement. A 39 semaines de gestation, elle a accouché par césarienne avant tout travail, sous anesthésie péridurale, d'un enfant pesant 3304 g.

Elle présentait divers problèmes susceptibles d'avoir un impact négatif sur la lactation : son diabète, le risque d'hypoglycémie chez son bébé, ainsi qu'un niveau d'anxiété élevé, et des anomalies structurelles des seins. L'examen de ces derniers a permis de constater une taille normale et similaire des deux seins. Le sein gauche avait une consistance fibreuse autour de l'aréole, et un mamelon rétracté que l'on pouvait faire ressortir. Le sein droit était plus souple, et avait un mamelon rétracté qui ne ressortait pas à la pression.

En raison du diabète maternel, la glycémie du bébé a été suivie régulièrement, et il a reçu des compléments suite à la constatation d'une glycémie de 0,32 g/l à 3 heures post-partum (25 ml de lait industriel toutes les 3 heures). La glycémie a été recherchée avant chaque don d'un complément jusqu'à ce que le bébé soit âgé de 39 heures, moment auquel ce suivi a été stoppé. Le bébé a donc été nourri de lait maternel exprimé et de lait industriel, toutes les 3 heures pendant les 24 premières heures, puis toutes les 4 heures pendant les 12 heures suivantes. Par la suite, il a été allaité à la demande.

Les mises au sein n'ont pas été faciles, en raison de l'anatomie des seins maternels, et d'un manque d'intérêt du bébé suite au don de compléments. Pour remédier à ces difficultés, une personne compétente a assisté à toutes les tétées jusqu'à ce que la mère arrive à mettre seule correctement son bébé au sein. Pour encourager le bébé à prendre le sein, un bout de sein a été utilisé, et les compléments encore donnés l'étaient au sein à l'aide d'un tube, et ils ont été cessés dès que possible, le bébé étant allaité à la demande. La mère a été soutenue activement. On lui a expliqué comment reconnaître que son bébé pouvait être mis au sein, et comment savoir qu'il tétait efficacement et recevait suffisamment de lait. La mère a utilisé des bouts de sein pendant tout son séjour en maternité, et on lui a conseillé de cesser de les utiliser dès qu'elle se sentirait prête à le faire. Elle devait également tirer son lait toutes les 3 heures, le lait étant donné à la tasse au bébé.

A la sortie de maternité, le bébé pesait 3258 g. A J7, il pesait 3384 g. La mère a poursuivi l'allaitement avec un bout de sein pendant les 4 mois 1/2 de la durée de l'allaitement. Le bébé a eu une croissance parfaitement normale. Par la suite, cette femme a mené à bien 2 autres grossesses, dont une grossesse gémellaire. Elle a allaité tous ses enfants. L'expérience de sa première grossesse lui ayant appris que ses bébés auraient des compléments en post-partum précoce en raison de son diabète insulino-dépendant, elle a même tiré du colostrum pendant sa grossesse pour qu'il soit donné à ses bébés en remplacement partiel d'un lait industriel.

Relactation et allaitement d'un prématuré

Virginie Benazech, puéricultrice,
et l'équipe du service de néonatalogie du CH de Béziers (34).

Mme C, primipare, donne naissance à Romane à 32 semaines d'aménorrhée, dans une maternité de niveau III, par césarienne effectuée pour suspicion de chorio-amnionite, qui ne sera pas confirmée en post-partum. L'enfant pèse 1765 g. Son adaptation à la vie extra-utérine est excellente compte tenu de son âge gestationnel.

Elle est transférée dans notre service de néonatalogie de niveau II à 33 SA + 1J, soit à 8 jours de vie, et elle est placée en incubateur. Son poids à l'entrée est de 1680 g. Elle est alimentée avec du lait humain provenant d'un lactarium, ainsi que par perfusion. Il est noté dans son dossier que sa mère ne souhaite pas l'allaiter. Le lendemain de son arrivée, une sucette est donnée à Romane en raison d'un besoin de succion intense. Le jour suivant, soit à J10, elle reçoit son premier biberon. C'est également ce jour-là que Mme C exprime son regret de ne pas avoir pu allaiter : on le lui avait déconseillé à la maternité en raison de la suspicion d'infection, et de son traitement antibiotique (amoxicilline, traitement qu'elle terminait le jour même, et qui est en fait compatible avec l'allaitement).

Après avis favorable du pédiatre, nous avons expliqué à cette maman qu'il lui était encore possible d'allaiter. Elle a donc cessé de prendre la bromocriptine, et un tire-lait a été mis à sa disposition dans le service. Elle a également reçu une ordonnance pour louer un tire-lait électrique. Un portage kangourou a également été débuté (6 à 7 heures par jour).

Mme C commence donc à tirer son lait. L'alimentation parentérale est arrêtée, Romane étant nourrie au biberon. A J12 survient la première tentative de mise au sein. Mme C commence à avoir une montée de lait, mais si Romane est bien tonique, elle est inefficace au sein et pince le mamelon. L'équipe décide alors de cesser les biberons et de la nourrir à la tasse (dans notre service, l'alimentation à la tasse est la règle pour les bébés allaités). A J13, Romane est exclusivement nourrie à la tasse, et les mises au sein commencent à devenir effica-

ces. A J16, elle tète 2 fois par jour, et a 6 repas à la tasse par 24 heures. A J19, elle sort de l'incubateur et passe en chambre mère-enfant, pour faciliter l'allaitement. Elle pèse alors 1810 g, et on tente un allaitement exclusif directement au sein. Mais Romane se refroidit, devient hypotonique, et perd du poids. A J21, elle pèse 1760 g, et elle est placée en berceau chauffant.

A J23, devant une courbe de poids qui stagne (1790 g), des urines peu abondantes et une seule selle par jour, je conseille à Mme C de proposer les 2 seins à chaque tétée (elle ne donnait qu'un seul sein). En 3 jours, Romane prend 60 g, le berceau chauffant est arrêté. Elle sort du service à 1 mois post-partum, soit à un âge gestationnel de 36 SA + 2 jours, avec un poids de 1950 g.

Mme C revient 1 semaine plus tard aux urgences pédiatriques, car Romane souffre de selles vertes « fluorescentes » et de coliques. Elle pèse alors 2060 g. Devant la description des tétées faite par Mme C, je suspecte un réflexe d'éjection trop fort, et je suggère de ne lui redonner qu'un seul sein par tétée, voire le même sein pendant deux tétées d'affilée.

J'ai revu Mme C à 7 mois post-partum. Elle a allaité exclusivement Romane jusqu'à 5 mois, âge auquel elle a commencé à introduire des biberons de lait industriel. Romane a été sevrée à 5 mois 1/2 car Mme C a dû subir une intervention chirurgicale en urgence. Elle n'a pas repris l'allaitement, car Romane a commencé à faire ses nuits. Mme C était ravie d'avoir pu allaiter pendant plusieurs mois.

Relancer une lactation est possible, même 8 jours après la naissance, même lorsque le bébé est prématuré. La tâche sera plus facile si le bébé est bien portant malgré sa prématurité, si la mère se rend disponible, et si l'équipe soignante est motivée pour soutenir la mère, et sait patienter devant une prise de poids lente.

Allaitement difficile en raison d'un ictère néonatal

K Cadwell, C Turner-Maffei. Case studies in breastfeeding. Siobhan, Kevin & Aisling.
Ed Jones and Barlett 2004 ; 113-16.

Les parents ont contacté les auteurs par téléphone au sujet de leur premier enfant, car ils habitaient loin de la consultation de lactation, et la mère était une amie des auteurs. L'accouchement avait été long et difficile. Le bébé (une petite fille) avait fait un arrêt respiratoire de courte durée 1 heure après la naissance, et avait été mis sous monitoring pendant 24 heures par mesure de précaution. Le démarrage de l'allaitement avait été difficile lui aussi, le bébé étant somnolent. Cette situation perdurait toujours lorsque la mère est sortie de maternité.

Les parents étaient tous les deux médecins. Ils s'inquiétaient de voir qu'à J5 leur fille restait somnolente, et ils avaient pratiqué à plusieurs reprises un examen neurologique détaillé qui n'avait strictement rien retrouvé d'anormal. Les auteurs ont suggéré de déshabiller l'enfant en ne lui laissant que sa couche, pour la placer contre la poitrine nue de sa mère. Pendant la discussion, le père, chargé de la déshabiller, a parlé de la « jolie peau dorée » de sa petite fille. Cela a été un signal d'alarme pour les auteurs : les parents étaient tous les deux d'origine

irlandaise, et avaient le teint très blanc. Elles ont donc demandé si le bébé avait cette teinte dorée depuis sa naissance. Ce n'était pas le cas... et les parents ont brutalement réalisé que leur bébé présentait un ictère important, chose à laquelle ils n'avaient absolument pas pensé. Le père a dit qu'il allait immédiatement contacter un pédiatre.

Il a retéléphoné le lendemain. Le bébé avait été hospitalisé pour photothérapie. Les parents se sentaient très coupables de n'avoir pas repéré plus rapidement le problème en dépit de leur

formation. La mère tirait son lait pour le lui donner par sonde gastrique. Les parents attendaient les résultats du dernier dosage sérique de la bilirubine. On leur avait dit que si le taux de bilirubine avait baissé, l'alimentation par sonde serait arrêtée et leur fille pourrait être remise au sein, la photothérapie étant poursuivie entre les tétées.

Il est utile de garder à l'esprit qu'un problème d'allaitement peut être en rapport avec un problème médical chez le bébé.

Carence en vitamine B12 chez un bébé allaité : 2 cas

Le bébé naît avec un stock de vitamine B12 acquis pendant la vie intra-utérine, qui suffit normalement à couvrir ses besoins pendant toute sa première année, même si le taux lacté de vitamine B12 est bas. La carence en vitamine B12 induit une anémie mégaloblastique. Cette carence est rare chez les bébés. Elle peut être causée par une anomalie génétique du métabolisme de cette vitamine, mais la cause la plus fréquente est une carence maternelle en vitamine B12 induite par le végétarisme ; l'enfant naît avec un stock très faible de vitamine B12, et l'allaitement aggrave encore cet état de fait, en raison du taux lacté très faible de vitamine B12 chez ces mères. Cette carence, si elle n'est pas rapidement détectée et traitée, pourra induire des dommages neurologiques importants et durables, voire même le décès de l'enfant.

Severe vitamin B12 deficiency in an infant associated with a maternal deficiency and a strict vegetarian diet. R Weiss, Y Fogelman, M Bennett. J Pediatr Hematol Oncol 2004 ; 26(4) : 270-71

Les auteurs rapportent un cas d'anémie mégaloblastique grave et de troubles neurologiques chez un bébé de 6 mois. L'enfant est né à terme et en bonne santé, et son développement a été normal pendant les 2 premiers mois. Sa mère était végétarienne. Ses 2 premiers enfants étaient en bonne santé. Le bébé a été vu en consultation à l'âge de 6 mois, pour une stagnation staturo-pondérale et des anomalies du développement d'apparition récente. A l'examen, il était pâle, hypotonique, et présentait des fasciculations. Le bilan sanguin a retrouvé un taux d'hémoglobine à 6,8 g/dl, un hémocrite à 24%, et une mégaloblastose. Les taux sériques de fer et de folates étaient normaux, tandis que le taux de vitamine B12 était très bas : 75 ng/l (normale : 170 à 900 ng/l). La mère avait un taux normal d'hémoglobine, mais un taux bas de vitamine B12 (130 ng/l). L'enfant a été traité par injections intramusculaires de vitamine B12, ce qui a permis une amélioration rapide de la croissance.

Toutefois, à l'âge de 5 ans, si son développement physique est subnormal, il existe encore un déficit significatif au niveau de son développement moteur.

Les signes cliniques d'une carence en vitamine B12 peuvent survenir des mois après la naissance, après une période de développement normal. Les signes les plus précoces sont l'irritabilité, l'anorexie, l'apathie, des vomissements, et une régression du développement, en particulier moteur. En l'absence de traitement, l'état de l'enfant s'aggrave rapidement. On sait peu de choses sur l'impact à long terme d'une telle carence pendant la petite enfance. La gravité des signes neurologiques au moment du diagnostic est corrélée au pronostic à long terme. Il est nécessaire d'envisager la possibilité d'une carence en vitamine B12 pendant la grossesse et l'allaitement, tout particulièrement chez les mères végétaliennes.

Vitamin B12 deficiency anaemia in a 7,5 months old girl. M Jarosz, N Irga, J Wierzb. Med Wieku Rozwoj 2004 ; 8(2 Pt 1) : 283-8.

Les auteurs présentent le cas d'un bébé admis en service d'hématologie pédiatrique à 7,5 mois, pour suspicion de leucémie aiguë. Les examens détaillés qui ont été entrepris ont permis d'établir le diagnostic d'anémie par carence en vitamine B12. Ce bébé était exclusivement allaité au moment du diagnostic. La mère a subi à son tour divers examens, et une anémie liée à une carence en vitamine B12 a été diagnostiquée chez elle. Le diagnostic d'anémie avait déjà été posé chez la mère pendant la grossesse, mais aucune investigation supplémentaire n'avait été menée, et aucun traitement n'avait été institué. Après mise en œuvre d'un traitement par vitamine B12 et modification de l'alimentation, le statut de la mère s'est rapidement amélioré ; chez le bébé, les quelques mois de suivi ont permis d'observer une amélioration remarquable du développement psychomoteur.

Prochaine Journée Internationale de l'Allaitement

**14 mars 2008
Espace Reuilly
Paris**

Stephen Beuscher : Le lait humain, ses qualités de protection : anti-infectieuses, anti-inflammatoires...
Nathalie Charpak : La méthode Kangourou
Carlos Gonzales : Les bienfaits nutritionnels de l'allaitement au-delà de 6 mois.
Ros Escott : La sexualité et l'allaitement
Elisabeth Coryllos : Le frein de langue

Production lactée surabondante

Milk oversupply. B Wilson-Clay. J Hum Lact 2006 ; 22(2) : 218-20.

Mme R a accouché à terme d'un bébé en bonne santé, qui pesait 3485 g. Elle a allaité son enfant exclusivement et à la demande. La prise de poids du bébé a été excellente. A 1 mois, il pesait 5045 g. La mère a rapporté que son enfant passait de moins en moins de temps au sein, s'étranglait souvent pendant la tétée, et semblait avoir davantage de gaz depuis quelques jours. Elle trouvait également difficile à vivre le fait d'avoir les seins régulièrement engorgés, des problèmes de mamelons douloureux, et elle avait débuté une mastite 4 jours plus tôt.

Habituellement, on dit à la mère qui a beaucoup de lait qu'elle a beaucoup de chance. Or, une production lactée surabondante peut être suffisamment difficile à vivre au quotidien pour induire un sevrage précoce. Il existe peu de littérature sur le sujet, et une mère pourra avoir du mal à trouver une solution pour réduire sa production lactée, et pour gérer les problèmes induits par une hyperproduction très importante.

On sait relativement peu de choses sur ce phénomène. Il n'existe pas de consensus quant à sa description ou à son mécanisme. Certains estiment qu'il est iatrogène, induit par une surstimulation des seins. Livingstone décrit l'hyperlactation comme étant un problème de dyade mère-enfant, qui fait courir à la mère un risque de problèmes liés à la stase lactée, et à l'enfant un risque de colique et de comportement de refus du sein. Lawrence le décrit comme un excès de production de lait, indépendant de la stimulation mammaire, persistant après 1 à 2 semaines. Elle suggère de rechercher l'existence d'un prolactinome ou d'une hyperthyroïdie, mais estime que l'hyperproduction peut être idiopathique et persister pendant des mois en l'absence de traitement.

Tandis que Lawrence estime que ce problème est le plus fréquent chez les primipares, les personnes qui travaillent auprès des mères allaitantes et qui pourront suivre une même mère pendant plusieurs allaitements ont constaté que l'hyperproduction pouvait s'aggraver à chaque nouvel allaitement. Il existe des rapports de nourrices capables d'allaiter 4 à 5 enfants en même temps, ce qui montre que certaines femmes peuvent produire beaucoup de lait. Toutefois, on peut considérer que, chez une femme allaitant un enfant, la survenue d'un engorgement qui persiste pendant plus de 2 semaines est un marqueur de problèmes d'allaitement, avec risque de sevrage précoce.

Les femmes qui présentent ce problème peuvent avoir les seins engorgés juste après une tétée où l'enfant est repu. Si elles tirent leur lait après la tétée, elles pourront obtenir 170 à 225 ml de lait. Les seins peuvent couler en permanence, ce qui affecte la vie sociale, la mère n'osant plus sortir quand ses vêtements sont plus ou moins en permanence tachés de lait. Le lait peut détrempier la literie pendant la nuit. Ces femmes présentent souvent des problèmes de mamelons et de seins douloureux, comme des mastites récidivantes pouvant être sévères, ou dégénérer en abcès.

Il n'existe aucune documentation fiable ayant évalué l'efficacité des cataplasmes de choux ou des tisanes de sauge. Il

est donc préférable de ne pas trop compter sur ces stratégies. La recommandation souvent faite de ne donner qu'un seul sein pendant une période de temps donnée ne sera pas applicable par une mère dont la sécrétion lactée est très importante : une telle mère aura habituellement besoin de tirer son lait de l'autre côté pour se soulager. Il existe quelques articles ayant évalué l'impact de certains médicaments pour aider les mères dans cette situation.

Alijazzaf et al ont décrit l'effet supprimeur de la lactation de la pseudoéphédrine, un antihistaminique couramment prescrit, et considéré comme habituellement compatible avec l'allaitement. Hale note qu'une dose unique de 60 mg de pseudoéphédrine (ce qui est une dose faible) réduit la production lactée d'environ 24%, et recommande de l'éviter lorsque la femme a une production lactée « limitée ». Ce produit soulagera très rapidement certaines femmes, tandis que d'autres devront en prendre pendant une semaine à un mois avant qu'un résultat définitif soit obtenu. Lawrence a évalué l'impact d'une pilule contraceptive œstro-progestative à court terme. La femme qui décide d'essayer cette méthode doit savoir que l'arrêt de la prise une fois le résultat obtenu peut déclencher une ovulation, et qu'une méthode de contraception devra être envisagée.

Il faut noter que de nombreuses mères souffrant d'hyperproduction lactée pourront craindre de ne plus avoir suffisamment de lait si elles mettent en œuvre des stratégies pour abaisser leur production. Elles auront besoin d'être rassurées. Il est également important de garder à l'esprit que l'allaitement est l'affaire d'une dyade. Dans certains cas, l'hyperproduction sera en fait un engorgement lié au fait que le bébé est peu efficace au sein. En pareil cas, les stratégies de traitement seront tout à fait différentes. Il est donc indispensable de recueillir des données sur la croissance du bébé.

La situation pourra également être différente lorsque la mère qui présente une hyperproduction lactée doit reprendre son travail 6 à 8 semaines après son accouchement. Ces mères pourront être satisfaites d'avoir du lait à tirer et à stocker pour plus tard, d'autant que la fatigue d'une reprise rapide du travail induit une baisse de la production lactée chez de nombreuses femmes, et que la production lactée finit par se réguler avec le temps. D'autres femmes seront heureuses de donner d'importantes quantités de lait au lactarium local. Ces possibilités sont intéressantes dans la mesure où la mère ne souffre pas de son hyperproduction lactée, et qu'elle est motivée pour tirer son lait.

L'impact d'une production lactée insuffisante sur la croissance de l'enfant étant particulièrement néfaste, c'est sur ce problème que l'on s'est essentiellement focalisé. Le problème opposé est en revanche resté largement sous-étudié. L'hyperproduction lactée est un problème sérieux, qui peut être très difficile à vivre pour la mère, et qui mérite donc d'être reconnu et traité rapidement, par la prise de médicaments adaptés chaque fois que nécessaire.

Abcès du sein débutant en période prénatale

Antenatal breast abscesses. M Orchiston, infirmière, consultante en lactation.
Lactnet, April 01, 2005.

Mme AW est une primipare de 26 ans. Elle n'a aucun antécédent de traumatisme, de chirurgie ou d'irradiation mammaire, et elle est en bonne santé générale. Elle a subi 3 IVG, et a fait une fausse couche à 23 ans. Dans les 2 semaines qui ont suivi cette fausse couche, elle a développé une mastite dans le sein droit. L'institution d'un traitement antibiotique n'a pas empêché l'abcédation au bout de 3 jours. L'abcès a été drainé chirurgicalement ; il a récidivé au bout d'une semaine ; un nouveau drainage chirurgical a été effectué, avec poursuite du traitement antibiotique, ce qui a permis la guérison.

Elle n'a présenté aucun problème mammaire jusqu'à sa grossesse actuelle. Un abcès s'est développé très rapidement dans le sein gauche pendant le premier trimestre de la grossesse. Il a été drainé chirurgicalement, mais a récidivé au bout d'une semaine ; un nouveau drainage a permis de retirer 50 ml de pus. Cette femme étant allergique à la flucloxacilline, on lui a prescrit de la clindamycine. Une nouvelle récurrence est survenue en fin de second trimestre de la grossesse, et le sein a été drainé au niveau de 3 zones. Une antibiothérapie par fucidine a été instituée, et supprimée rapidement (la fucidine est contre-indiquée pendant la fin de la grossesse) pour être remplacée par de la clindamycine. Au moment de la naissance, il y avait encore un écoulement de pus à partir d'une des incisions de drainage située sous l'aréole gauche.

Elle a accouché par voie basse sous péridurale, d'un bébé à terme et en bonne santé, pesant 3170 g. Le bébé semblant très peu intéressé par le sein, Mme AW a été vue par une consultante en lactation. Elle a été encouragée à avoir beaucoup de contact peau à peau avec son bébé, et à le mettre au sein aussi souvent que possible. On lui a montré comment exprimer à la main son colostrum. L'expression était facile à droite, mais le sein gauche avait des cicatrices rendant l'expression manuelle difficile et douloureuse, et un tire-lait électrique a été utilisé de ce côté. Dans les heures suivantes, le bébé a commencé à téter efficacement. 48 heures après la naissance, la mère a dit qu'elle se sentait prête à quitter le service. La consultante en lactation

l'a revue pour discuter avec elle de la montée de lait et de sa gestion, ainsi que de la possibilité de lésions mammaires au sein gauche, suite aux diverses chirurgies. Elle a aussi envisagé avec elle la possibilité d'allaiter uniquement avec le sein droit si le sein gauche induisait trop de problèmes.

Mme AW est donc retournée chez elle 48 heures après son accouchement. Elle a été revue 1 semaine plus tard par sa sage-femme. Le bébé n'avait pas repris son poids de naissance, et ses selles étaient foncées. La mère allaitait uniquement avec le sein droit, et donnait de temps à autres des compléments de lait industriel. La sage-femme lui a dit que la sécrétion lactée n'était toujours pas tarie au niveau du sein gauche, et l'a encouragée à mettre son bébé au sein aussi de ce côté, à augmenter la fréquence des tétées, et à tirer son lait après les tétées pour stimuler sa lactation et pour donner ce lait à son bébé à la place de lait industriel.

La sage-femme est revenue voir Mme AW 3 jours plus tard. Le bébé avait pris 125 g dans l'intervalle, et les tétées étaient plus fréquentes. A J17, du pus a recommencé à s'écouler au niveau de l'incision de drainage située sous l'aréole gauche, et un traitement antibiotique a été repris. La mère a commencé à perdre confiance en sa capacité à allaiter ; elle a recommencé à allaiter uniquement avec le sein droit ; comme elle estimait ne pas avoir suffisamment de lait, elle donnait 50 à 100 ml de lait industriel à son bébé à peu près tous les jours. A 4 semaines post-partum, elle allaitait encore, mais le bébé était essentiellement nourri au lait industriel.

L'arrêt brutal de l'imprégnation hormonale et de son impact au niveau de la mammogénèse suite à la fausse couche (qui avait suivi 3 interruptions de grossesse) pourrait avoir favorisé le développement d'un abcès du sein. Cette mère était motivée pour allaiter son bébé, mais les difficultés liées aux abcès récidivants ont progressivement sapé sa confiance en elle et en sa capacité à allaiter.

L'AFCL Formation change de nom pour s'appeler

A. C. L. P.

Association des Consultants en Lactation Professionnels de santé

Nous continuons à proposer en partenariat avec l'équipe européenne :

La formation initiale de consultant en lactation IBCLC :

- au profit des professionnels de santé, validée par l'IBLCE, animée par une équipe pluridisciplinaire, certifiée IBCLC, ou DU Allaitement, avec une expérience de terrain (une quinzaine d'intervenants),
 - sur 2 sites, Lyon et Bordeaux, avec possibilité de se déplacer sur un autre site sur demande.
- Et la formation continue pour les consultants certifiés, pour l'obtention de Cerps.*

Pour toutes informations :

Site : www.consultants-lactation.fr

Adresse : 10 place de l'Eglise 33990 HOURTIN

Contact : Sylvie Balmer, coordinatrice formation.

Mail : formation@consultants-lactation.fr - Tél-Fax : 05 56 73 65 74

