

REVUE DE PRESSE

Choix de l'allaitement et personnalité maternelle

The role of personality and other factors in a mother's decision to initiate breastfeeding. CL Wagner, MT Wagner, M Ebeling et al. J Hum Lact 2006 ; 22(1) : 16-26. Mots-clés : allaitement, personnalité maternelle, facteurs socio-économiques.

On sait très peu de choses sur l'impact de la personnalité maternelle sur la décision d'allaiter ou non. Les études sur le sujet ont constaté des différences entre les femmes qui décidaient d'allaiter et celles qui ne le souhaitaient pas, comme une meilleure acceptation de la féminité, des contacts physiques ou de la sexualité. Pour cette étude prospective observationnelle, des femmes ayant accouché dans un grand CHU américain ont été incluses entre 24 et 96 heures post-partum. Elles ont été réparties suivant qu'elles allaient exclusivement, ou donnaient exclusivement un lait industriel. Toutes ont répondu à un questionnaire semi-structuré, et elles devaient compléter un test écrit de personnalité (NEO-PI-R) à renvoyer par la suite.

Parmi les 234 mères incluses au départ, 87 ont renvoyé le test de personnalité : 50 mères allaitant exclusivement, 31 mères donnant un lait industriel, et 6 mères allaitant partiellement en post-partum précoce qui ont été exclues de l'analyse finale. Les mères qui allaient étaient significativement plus âgées, plus souvent mariées, d'un statut socio-économique plus élevé, et plus souvent d'origine européenne. Elles étaient également plus nombreuses à avoir planifié leur grossesse, à avoir été allaitées, à avoir un compagnon qui avait été allaité et qui souhaitait que sa compagne allaite, et à avoir des amies qui avaient allaité.

29,6% des mères avaient décidé comment elles nourriraient leur enfant avant la conception, 55,6% ont fait leur choix pendant la grossesse, et 14,8% au moment de la naissance. Parmi les multipares, 66,7% des femmes qui allaient dans cette étude avaient allaité un enfant précédent, contre 5,3% des femmes qui n'allaitaient pas. La principale raison donnée par les mères allaitantes pour leur choix était la santé du bébé (raison donnée par 39 mères allaitantes et aucune mère non-allaitante), tandis que la principale raison de leur choix donnée par les mères non-allaitantes était le côté plus pratique pour la mère de l'alimentation choisie (raison donnée par 1 mère allaitante et 17 mères non-allaitantes). Dans l'ensemble, les raisons des mères ayant choisi l'allaitement étaient surtout centrées sur le bébé, tandis que celles des mères ayant choisi l'alimentation avec un lait industriel étaient surtout centrées sur la mère. Les mères qui allaient étaient beaucoup plus nombreuses à penser que l'allaitement était pratique, meilleur pour la santé du bébé, meilleur pour le lien mère-enfant, et plus naturel. Elles étaient également plus souvent extraverties et ouvertes, optimistes, et réceptives à de nouvelles expériences.

La décision maternelle d'allaiter est influencée par divers facteurs socio-économiques et psychologiques. Dans cette étude, l'impact de la personnalité maternelle restait significatif après correction pour les facteurs démographiques et socioéconomiques. Les programmes de promotion de l'allaitement devraient prendre en compte ces divers facteurs ; en effet, le don aux mères d'informations présentées d'une façon scientifique et/ou impersonnelle risque de n'avoir qu'un impact modeste sur de nombreuses mères.

Étiquetage et allégations relatifs aux aliments destinés aux nourrissons et enfants en bas âge

J Ghisolfi. Archives de Pédiatrie 2006 ; 13(6) : 560-1. Mots-clés : étiquetage, allégation, nutrition, enfant.

On entend par étiquetage toutes les mentions, indications et illustrations figurant sur tout emballage ou document accompagnant la denrée alimentaire. Cet étiquetage doit obligatoirement informer sur la composition, la teneur énergétique, la date limite d'utilisation, les conditions de conservation et d'utilisation. En ce qui concerne les aliments pour jeunes enfants, l'étiquetage doit également préciser la catégorie d'âge ciblée. Mais ces données ne sont pas suffisantes pour permettre aux parents et aux professionnels de santé de savoir quels produits sont les mieux adaptés aux jeunes enfants.

La directive 2000/13/CE précise que l'étiquetage a pour but essentiel de permettre un choix informé. En pratique, le choix sera très orienté par les mentions d'une propriété particulière de l'aliment, particularité qui sera soulignée tant sur l'étiquetage que sur toute la communication qui se développera autour du produit auprès des parents et des professionnels de santé. Or, mettre en évidence une propriété particulière, à savoir tout message sous toute forme que ce soit suggérant ou affirmant qu'un aliment possède des propriétés particulières, n'est rien d'autre qu'une allégation. Il existe 2 types d'allégations. Les allégations nutritionnelles suggèrent ou affirment qu'un produit possède des qualités particulières du fait de sa composition spécifique ; les allégations relatives à la santé attribuent à une denrée ou à certains de ses composants un impact bénéfique sur la santé, la croissance ou le développement.

L'utilisation des allégations est réglementée : elles doivent être fondées sur des faits scientifiques avérés. En dépit de cette réglementation, les allégations portant sur les produits alimentaires destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants posent souvent des problèmes à divers niveaux. L'obligation d'une justification scientifique n'est pas toujours respectée. Ces allégations devraient se limiter à la liste de l'annexe III de l'arrêté modifié du 1er juillet 1976, et ce n'est pas toujours le cas. Les publicités devraient éviter toute confusion avec les préparations commerciales de 1er âge (pour lesquelles la publicité est interdite) ; or, l'ambiguïté est fréquemment constatée, ce qui amène à attribuer à une préparation 1er âge des allégations qui ne sont autorisées que pour les laits de suite. La formulation de ces allégations peut évoquer un effet thérapeutique, ce qui est strictement interdit (par exemple un effet bénéfique sur les coliques). Enfin, les appellations génériques sur les boîtes de préparation pour nourrissons (confort, transit...) constituent en pratique des allégations interdites pour cette catégorie d'aliments.

Ces allégations conditionnent bien souvent la prescription médicale et les achats des parents, avec des conséquences possibles sur la santé des nourrissons et des jeunes enfants. Ces préparations variées ne sont pas forcément adaptées à tous les enfants, qui pourront ainsi recevoir un produit présenté comme innovant, alors que cette innovation ne sera pas toujours démontrée, et qu'elle ne

conviendra pas à un enfant donné. Il est regrettable que les pratiques de marketing et les démarches commerciales prennent aujourd'hui trop le pas sur la justification scientifique. Le développement important de l'offre commerciale de produits alimentaires destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants se fonde de plus en plus sur des innovations ayant des effets physiologiques, ce qui peut présenter des risques pour leur santé. Les allégations concernant ces produits devraient respecter la réglementation en vigueur, afin de garantir l'innocuité de l'innovation, et son intérêt pour la santé des enfants.

Production lactée, fréquence des tétées, et taux lacté de lipides

Volume and frequency of breastfeeding and fat content of breast milk throughout the day. JC Kent, LR Mitoulas, MD Cregan et al. Pediatrics 2006 ; 117(3) : e387-95. Mots-clés : lactation, fréquence des tétées, volume des tétées, lipides lactés.

Les mères !Kung, une tribu de chasseurs-cueilleurs, allaitent environ 4 fois par heure pendant la journée, et au moins 1 fois par heure pendant la nuit. En revanche, un recueil anglais de 1748 recommandait de limiter les tétées à 4 par 24 heures, pour « empêcher l'enfant de devenir trop gros ». Depuis les années 1950, les consignes sur la fréquence des tétées se sont assouplies, et on conseille plus souvent l'allaitement à la demande. Les études sur le sujet ont constaté d'importantes variations dans la fréquence des tétées chez des enfants exclusivement allaités. Les auteurs de cet article ont étudié la fréquence des tétées et la quantité de lait absorbée par des enfants âgés de 1 à 6 mois qui étaient exclusivement allaités, ainsi que le taux lacté de lipides et son évolution sur le nyctémère.

Pour cette étude transversale, 71 mères ont été incluses entre 2000 et 2004. Elles devaient peser leur bébé sur une balance électronique avant et après la prise de chaque sein, et ce à chaque tétée sur une période de 24 heures + une tétée. À partir de ces pesées, on a estimé les apports de l'enfant. Par ailleurs, les mères ont tiré des échantillons de lait (environ 1 ml) à chaque sein immédiatement avant et après chaque tétée. Ces échantillons ont été congelés jusqu'à analyse. Un crématocrite a été effectué, et le taux de graisse a été calculé pour chaque échantillon ; à partir des résultats, on a évalué la capacité de stockage de chaque sein pour chaque mère. Une tétée a été définie comme la prise d'au moins un sein par l'enfant ; si l'enfant reprenait l'autre sein dans les 30 mn qui suivaient la fin de la prise du premier sein, cela était considéré comme faisant partie de la même tétée ; si plus de 30 mn s'étaient écoulées, cela était considéré comme une autre tétée. Le nyctémère a été divisé en 4 périodes : matin (4 à 10 heures), midi (10 à 16 heures), soir (16 à 22 heures) et nuit (22 à 4 heures).

L'analyse a porté sur un total de 775 tétées. Les bébés étaient en moyenne 11 ± 3 fois par jour (6 à 18 fois), et l'intervalle entre 2 tétées était de 2 heures 18 mn $\pm$ 43 mn. Dans 44,5% des cas, le bébé a pris un seul sein, et dans 90% des cas où le bébé n'avait pris qu'un seul sein la tétée suivante est survenue plus d'une heure plus tard. Les bébés prenaient en moyenne $76 \pm 12,6$ g de lait à chaque tétée, cette quantité étant inversement proportionnelle à la fréquence des tétées. Les enfants absorbaient en moyenne 798 ± 160 g/jour de lait (478 à 1356 g) : 459 ± 106 g (253 à 769 g) à partir du sein le plus productif (le plus souvent le sein droit), et 339 ± 90 g (161 à 553 g) à partir du sein le moins productif. Il n'y avait aucune relation significative entre l'âge de l'enfant et la quantité moyenne

de lait absorbée par tétée ; toutefois, le volume maximal susceptible d'être consommé lors d'une tétée augmentait avec l'âge. Ce volume maximal était plus important chez les garçons que chez les filles, mais il n'y avait pas de différence significative liée au sexe dans la quantité moyenne de lait absorbée quotidiennement. La capacité moyenne de stockage était de 193 ± 60 g (76 à 382 g) pour le sein le plus productif, et de 164 ± 53 g (74 à 320 g) pour le sein le moins productif.

64% des enfants étaient 1 à 3 fois pendant la nuit, la fréquence des tétées nocturnes n'étant pas corrélée à l'âge de l'enfant. La quantité de lait absorbée sur 24 heures était similaire chez les enfants qui étaient la nuit et ceux qui ne étaient pas la nuit, ainsi que la fréquence des tétées, et la capacité de stockage des mères. Les tétées nocturnes étaient celles où les enfants absorbaient la quantité la plus importante de lait. Toutefois, la fréquence des tétées nocturnes étant plus basse que celle des tétées diurnes, la quantité de lait absorbée la nuit ne représentait en moyenne que $20 \pm 7\%$ de la quantité totale de lait absorbée sur 24 heures. Chez les enfants qui ne étaient pas la nuit, les tétées du matin étaient les plus abondantes, les enfants absorbant $40 \pm 12\%$ de leur ration quotidienne entre 4 et 10 heures.

Le taux lacté moyen de lipides était de $41,1 \pm 7,8$ g/l (22,3 à 61,6 g/l). Il n'était pas corrélé à l'âge de l'enfant, ni à la fréquence quotidienne des tétées. Il était inversement corrélé à la quantité totale de lait absorbée par l'enfant sur 24 heures. L'enfant absorbait en moyenne $32 \pm 7,7$ g (15,4 à 49,5 g) de lipides par jour, cette quantité étant indépendante de la fréquence des tétées. Le taux lacté de graisses n'était pas non plus corrélé au sexe de l'enfant, au fait que le sein soit le plus productif ou le moins productif, au fait que l'enfant tète ou non la nuit. Il était corrélé à la période de la journée. Il était plus élevé le midi ($42,8 \pm 9,1$ g/l) et le soir ($43,2 \pm 9,1$ g/l), que le matin ($37,1 \pm 10,1$ g/l) ou la nuit ($37,2 \pm 10,3$ g/l). L'intervalle entre 2 tétées successives était indépendant de la quantité de lait absorbée et de la quantité de graisses absorbées à la tétée précédente.

Il existait d'importantes variations individuelles chez ces enfants normaux et exclusivement allaités, ce qui avait déjà été constaté par d'autres auteurs. Certaines mères ne sont pas satisfaites d'une fréquence de tétées qu'elles estiment trop élevée, et souhaitent allonger l'intervalle entre 2 tétées. On pense souvent que si un enfant veut téter à nouveau rapidement, c'est qu'il a consommé peu de lait. Or, cette étude a permis de constater qu'un bébé pouvait réclamer le sein 1 heure après avoir absorbé 175 g de lait, comme il pouvait rester plus de 8 heures sans le réclamer après n'avoir pris que 35 g de lait. La quantité la plus importante de lait absorbée par un enfant en une seule tétée dans cette étude était de 350 g de lait, et le bébé concerné a redemandé le sein au bout de 3 heures 35.

La capacité de stockage des seins des mères de cette étude était plus basse que celle mesurée par l'étude de Daly et al, mais leur étude incluait une femme dont un des seins avait une capacité de stockage de 606 ml. Une autre étude a constaté une augmentation de la capacité de stockage entre 1 et 6 mois. Dewey et al avaient constaté qu'en moyenne 12% du lait disponible restait dans les seins à la fin des tétées. Dans cette étude, en moyenne 67% du lait disponible dans les seins était consommé à chaque tétée (pourcentage plus bas la nuit et le matin). La quantité moyenne de lait consommée par les enfants était similaire à celle constatée par d'autres études, qui avaient également fait état d'importantes variations individuelles. Le taux lacté de lipides et la quantité moyenne de lipides absorbés quotidiennement par les enfants étaient similaires à ce qui a déjà été rapporté. Les mères dont le bébé tète très souvent peuvent être rassurées sur le fait que leur enfant reçoit, sur 24 heures, la même quantité de graisses qu'un bébé dont les tétées sont espacées. Les mères doivent être encouragées à allaiter à la demande, jour et nuit, plutôt que de tenter de suivre un horaire fixe, qui pourra ne pas être approprié pour la dyade mère-enfant.

Lactation et risque de cancer endométrial

Lactation and risk of endometrial cancer in Japan : a case-control study. C Okamura, Y Tsunobo, K Ito et al. Tohoku J Exp Med 2006 ; 208 : 109-15. Mots-clés : allaitement, cancer endométrial, facteurs de risque.

L'incidence du cancer endométrial a doublé au Japon depuis 20 ans. Dans les pays occidentaux, on sait que divers facteurs reproductifs influencent ce type de cancer. Quelques études ont évalué les relations entre l'allaitement et le cancer endométrial, mais leurs résultats sont peu concluants. Toutefois, les Japonaises présentent des caractéristiques différentes de celles des femmes occidentales. Par exemple, seulement 1,5% des Japonaises en âge de procréer utilisent une pilule contraceptive, et le pourcentage de Japonaises prenant des hormones substitutives après la ménopause est tout aussi bas. Le but de cette étude était de rechercher les facteurs de risque de cancer endométrial chez les Japonaises.

Pour cette étude cas-témoin, on a inclus 155 femmes âgées de 20 à 80 ans, vivant à Tokyo, Kanagawa et Miyagi, et dont le cancer endométrial a été diagnostiqué entre le 1er janvier 1998 et le 21 décembre 2000. 96 femmes sélectionnées par tirage au sort parmi les femmes en bonne santé ayant passé un examen gynécologique de routine ont constitué le groupe témoin. Toutes ces femmes ont répondu à un questionnaire pour le recueil de données démographiques et anthropométriques, ainsi que de données sur les antécédents médicaux et gynéco-obstétricaux.

L'âge moyen des femmes était respectivement de 56,1 ans et de 49,6 ans dans le groupe cas et dans le groupe témoin. Le risque de cancer endométrial était positivement corrélé à l'index de masse corporelle, et négativement corrélé à l'utilisation d'un contraceptif oral ; toutefois, seulement 3 femmes du groupe cas et 10 femmes du groupe témoin avaient utilisé un tel contraceptif. Il n'existait aucune corrélation entre le risque de cancer endométrial et l'utilisation d'un stérilet, une thérapie hormonale après la ménopause, le tabagisme, la stérilité, l'hypertension, le diabète, les antécédents personnels de cancer, l'âge au moment des premières règles ou au moment de la ménopause, les antécédents d'interruption de grossesse ou de dysménorrhée. Après ajustement pour l'âge, l'index de masse corporelle et l'utilisation d'une contraception orale, on constatait une relation inverse entre la parité et le risque de cancer endométrial : par rapport aux femmes n'ayant jamais été enceintes, le risque de cancer endométrial était de 0,34 chez les femmes qui avaient été enceintes au moins une fois, et de 0,29 chez celles qui avaient été enceintes au moins 3 fois. Un âge plus élevé au moment de la première ou de la dernière grossesse était également corrélé à un risque plus bas de cancer endométrial.

L'analyse d'un éventuel impact de l'allaitement a été effectuée uniquement sur les femmes ayant eu au moins un enfant, soit 119 dans le groupe cas et 75 dans le groupe témoin. Après correction pour les autres variables, et par rapport aux femmes qui n'avaient jamais allaité, le risque de cancer endométrial était de 0,37 chez celles qui avaient allaité ; ce risque était d'autant plus bas que le temps écoulé depuis le dernier allaitement était court : par rapport aux femmes dont le dernier allaitement datait de 1 à 19 ans, il était 3,1 fois plus élevé chez les femmes chez qui il datait de 20 à 29 ans, et 3,85 fois plus élevé chez les femmes chez qui il datait de 30 ans et plus. Aucune corrélation n'a pu être mise en évidence entre la durée totale d'allaitement et le risque de cancer endométrial.

Le fait d'avoir allaité abaissait significativement le risque de cancer endométrial après correction pour les autres variables, et cette baisse était d'autant plus importante que le temps écoulé

depuis le dernier allaitement était court. On pense que l'exposition de l'endomètre aux œstrogènes en l'absence de progestérone pourrait augmenter le risque de cancer endométrial. Pendant l'allaitement, le cycle ovarien est supprimé, et le taux d'œstrogènes est abaissé. Lorsque la femme prend une contraception hormonale, la progestérone de cette contraception contrebalance l'action des œstrogènes. Chez les Japonaises, le taux de naissances a été divisé par trois entre 1950 et 2000, et le pourcentage de femmes allaitant exclusivement est passé de 70,5% à 44,8% pendant la même période. Dans cette étude, seulement 52,4% des femmes ont allaité pendant 13 mois et plus. L'augmentation de l'incidence du cancer endométrial actuellement constatée au Japon pourrait être attribuable, au moins en partie, au nombre plus bas de grossesses et à la baisse du taux d'allaitement.

Le principal biais de cette étude est la petite taille du groupe témoin, et la différence d'âge entre les femmes du groupe témoin et celles du groupe cas. Les auteurs prévoient de mener une nouvelle étude portant sur davantage de femmes, avec un groupe témoin sélectionné pour présenter un âge similaire à celui du groupe cas.

Activité musculaire faciale pendant la tétée au sein ou au biberon

Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. CF Gomes et al. J Pediatr 2006 ; 82(2) : 103-9. Mots-clés : succion, nourrisson, électromyographie, muscles faciaux.

La croissance du massif osseux facial est fonction des pressions musculaires qu'il subit, qui sont elles-mêmes fonction des stimuli que constituent la respiration, la succion, la déglutition. Des études ont constaté que le travail musculaire facial était très différent suivant que l'enfant était au sein ou qu'il prenait un biberon. Le but de cette étude était de comparer l'activité du masséter, du temporal et du buccinateur chez des nourrissons pendant qu'ils étaient au sein ou qu'ils prenaient un biberon.

Pour cette étude transversale en double aveugle, 60 enfants nés à terme, âgés de 2 à 3 mois et en bonne santé ont été inclus. Ils ont été répartis en 3 groupes égaux : 20 enfants exclusivement allaités, 20 enfants partiellement allaités, et 20 enfants exclusivement allaités qui ont été nourris à la tasse pour l'étude. L'activité musculaire au niveau du masséter, du temporal et du buccinateur a été suivie par électromyographie pendant un repas (sein, biberon ou tasse suivant le groupe). Les mères ont également répondu à un questionnaire pour recueil de données démographiques et socio-économiques.

L'activité moyenne au niveau du masséter était respectivement de 80 μ V au sein, 76,59 μ V pendant un repas à la tasse, et de 50 μ V pendant un repas au biberon. Ces chiffres étaient respectivement 111,25 μ V, 96,04 μ V et 48,03 μ V pour le temporal. Elle était similaire dans les 3 groupes au niveau du buccinateur.

Il existait une différence significative d'activité musculaire faciale entre la tétée au sein et au biberon. En revanche, la prise d'un repas à la tasse s'accompagnait d'une activité musculaire proche de celle constatée au sein. Les auteurs concluent que sur le plan de l'activité musculaire faciale, la prise d'un repas à la tasse est préférable à celle d'un repas au biberon.