

Supplémenter le bébé allaité

D'après : Supplementation of the breastfed baby.
M Walker. LLLI 2005 International Conference, July 4, n°202.

De nombreux bébés allaités reçoivent des suppléments dès les premiers jours post-partum. Une étude américaine effectuée en 2002 sur 1583 mères a constaté que 67% des mères souhaitaient allaiter exclusivement, mais que 59% allaitaient exclusivement à J7 ; 80% des mères qui souhaitaient allaiter exclusivement avaient reçu, de la part de l'équipe soignante, des échantillons de lait industriel, et 47% ont dit que leur enfant avait reçu des suppléments d'eau ou de lait industriel pendant le séjour en maternité.

Diverses raisons sont invoquées pour donner des compléments. Certaines sont culturelles : le colostrum est « impur », le supplément aide le nouveau-né à digérer, la mère doit se reposer après l'accouchement... On affirme également que cela permet de savoir ce que le bébé reçoit, que le père peut nourrir le bébé, que la mère n'a pas suffisamment de lait, ou que le lait n'est pas suffisamment riche. Le don de biberons est bien souvent considéré comme plus pratique : cela prend moins de temps que de soutenir la mère dans son allaitement, la mère n'a pas besoin d'être disponible pour toutes les tétées, et il semble plus facile de donner des biberons à heures fixes. Dans certains cas, on invoque une raison médicale, mais cette dernière est rarement justifiée.

Le don de suppléments d'eau pure ou sucrée, ou même celui de lait industriel, ne prévient pas la perte physiologique de poids en post-partum précoce, et peut même contribuer à cette perte de poids si les compléments apportent peu de calories et de nutriments. Pendant les premiers jours, les quantités de colostrum absorbées par le bébé sont encore faibles, et il élimine le méconium ; cela participe à la perte de poids. A la naissance, le nouveau-né a 6 à 44 ml d'urine dans la vessie. 92% des nouveau-nés ont uriné pendant les premières 24 heures, et 99% pendant les premières 48 heures. Par la suite, avec la montée de lait, les apports de l'enfant augmenteront ainsi que le volume de ses urines. Le don de compléments n'est pas non plus indiqué en cas d'ictère : le taux de bilirubine est inversement corrélé à la quantité de colostrum absorbée par l'enfant et à la fréquence des tétées. Le colostrum a un impact laxatif, et favorise une élimination rapide du méconium. Une hypoglycémie physiologique transitoire est normale chez tous les nouveau-nés, et fait partie des mécanismes d'adaptation à la vie extra-utérine. Aucun bébé né à terme et en bonne santé ne développera de signes cliniques d'hypoglycémie uniquement parce qu'il n'a pas été suffisamment nourri. Le don de compléments ne fera que perturber les mécanismes de compensation physiologique du nouveau-né. Le don d'eau sucrée pourra même augmenter le risque d'hypoglycémie. Les meilleurs moyens d'éviter une réelle hypoglycémie sont le contact peau à peau avec la mère et les tétées fréquentes dès la naissance.

Le don précoce de suppléments a divers effets négatifs : interférence avec le déroulement normal de l'allaitement, risque de confusion sein-tétine, baisse de la prévalence de l'allaitement exclusif, baisse de la durée de l'allaitement exclusif et de la durée totale d'allaitement, augmentation du risque d'allergie, perte de confiance de la mère en sa capacité à allaiter. Des études ont constaté que les bébés qui recevaient des compléments pendant le séjour en maternité ou qui recevaient une tétine dès les premiers jours avaient un risque nettement plus élevé de sevrage précoce, et les mères avaient une prévalence plus élevée de problèmes d'allaitement. Plus le bébé est petit au moment où il commence à recevoir des suppléments, et plus la quantité de suppléments reçue est importante, plus le sevrage sera rapide. Par ailleurs, un seul biberon de lait industriel suffit à modifier la flore bactérienne digestive de l'enfant ; un seul biberon peut également suffire à déclencher une allergie chez un enfant à risque.

Il existe des indications médicales réelles pour le don de suppléments, répertoriées par l'OMS/UNICEF : grands prématurés, enfant très hypotrophique, hypoglycémie sévère, mère gravement malade et ne pouvant allaiter, bébé souffrant de déshydratation, maladie métabolique nécessitant une alimentation spécifique, prise par la mère d'un médicament contre-indiquant l'allaitement. Dans d'autres cas, une supplémentation pourra être utile : séparation mère-enfant, prise de certains médicaments ou de drogues par la mère, montée de lait tardive, tétées très douloureuses, anomalies de la glande mammaire, problème chez l'enfant qui fait qu'il ne tète pas efficacement et/ou ne reçoit pas suffisamment de lait au sein. Mais il n'est pas nécessaire de donner un supplément à un nouveau-né qui a perdu moins de 7% de son poids de naissance, dont le taux de bilirubine est < 20 mg/dl, ou qui pleure souvent et veut téter très souvent en l'absence d'autre problème.

Si un bébé doit recevoir des compléments, le premier choix est le colostrum ou le lait tiré par la mère et donné frais. Vient ensuite le lait maternel qui a été tiré et réfrigéré ou congelé, puis réchauffé. Si le nourrisson est un prématuré, le lait maternel (frais chaque fois que possible), éventuellement enrichi, est également le meilleur choix. Le lait humain provenant d'un lactarium constitue le 3^{ème} choix. S'il n'est pas possible de donner du lait humain, il est préférable d'utiliser un lait industriel hypoallergénique ou un hydrolysé ; viennent ensuite le lait industriel à base de lait de vache, puis le lait industriel à base de soja. L'eau pure ou sucrée représente le moins bon choix. La méthode utilisée pour donner les suppléments a également son importance. Le biberon est ce qui vient à l'esprit de la plupart des gens. Mais la tétine du biberon ne ressemble en rien au mamelon : elle n'a ni le même volume, ni la même élasticité, le lait en coule très facilement. Le travail musculaire au biberon est

totale­ment différent du travail musculaire au sein, et la coordination suc­tion/déglu­tion/respiration est souvent diffé­rente. Les suppléments peuvent être donnés à l'aide d'un tube fixé sur le sein ou sur le doigt (la meilleure option), à la seringue, avec un compte-gouttes, à la tasse ou à la cuillère.

Le don de suppléments à un nourrisson allaité peut poser des problèmes légaux, en particulier si cela induit un problème de santé chez l'enfant. Il est donc nécessaire que la mère soit informée des avantages et des risques liés au don de suppléments, et qu'elle donne son autorisation écrite à ce don.

Références

- *Protocole n° 3 de l'Academy of Breastfeeding Medicine. 2002. Recommandations pour le don de compléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé (disponible sur le site de LLL France).*
- Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breastfed babies in a hot climate. *Acta Paediatr* 1993 ; 82 : 1007-11.
- Bloomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* 1994 ; 83 : 1122-6.
- Bornmann PG, Ross GL. Using the law of battery to protect and support breastfeeding. *J Hum Lact* 2000 ; 16 : 47-51.
- Brown EW, Bosworth AW. Studies of infant feeding : a bacteriological study of the feces and the food of normal babies receiving breast milk. *Am J Dis Child* 1922 ; 23 : 243.
- Bull P : Consent form to supplement newborns. *J Hum Lact* 1986 ; 2 : 27-28.
- Caulfield LE, Gross SM, Bentley ME, et al. WIC-based interventions to promote breastfeeding among African-American women in Baltimore : effects on breastfeeding initiation and continuation. *J Hum Lact* 1998 ; 14 : 15-22.
- Consultants' Corner : When to consider supplementation. *J Human Lact* 1998 ; 14 : 143-9.
- Consultants' Corner : Choosing a supplementation method. *J Human Lact* 1998 ; 14 : 245-7.
- De Carvalho et al : Effects of water supplementation on physiological jaundice in breastfed babies. *Arch Dis Child* 1981 ; 56 : 568-9.
- De Carvalho M, Klaus M, Merkatz RB : Frequency of breastfeeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child* 1982 ; 136 : 737-738.
- DiGirolamo AM et al. Maternity care practices : implications for breastfeeding. *Birth* 2001 ; 28 : 94-100.
- Donnelly A, Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 ; 2 : CD002075.
- Ekstrom A, Widstrom A-M, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact* 2003 ; 19 : 172-8.
- Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, et al. Effective care in pregnancy and childbirth : a synopsis. *Birth* 2001 ; 28 : 41-51.
- Feinstein JM, Berkelhamer JE, Gruszka ME, et al. Factors related to early termination of breastfeeding in an urban population. *Pediatrics* 1986 ; 78 : 210-15.
- Glover J. Supplementation of breastfeeding newborns. A flow chart for decision making. *J Human Lact* 1995 ; 11 : 127-31.
- Glover J, Sandilands M. Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *J Human Lact* 1990 ; 6 : 163-6.
- Gray-Donald K, Kramer MS, Munday S, Leduc DG. Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breastfeeding : a controlled clinical trial. *Pediatrics* 1985 ; 75 : 514-518.
- Grummer-Strawn LM, Li R. US national surveillance of breastfeeding behavior. *J Hum Lact* 2000 ; 16 : 283-290.
- Hall RT, et al. A breastfeeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breastfeeding by 7 to 10 days of age. *J Pediatr* 2002 ; 141 : 659-664.
- Henrikson M. A policy for supplementary/complementary feedings for breastfed newborn infants. *J Human Lact* 1990 ; 6 : 11-14.
- Herrera A. Supplemented versus unsupplemented breastfeeding. *Perinatol/Neonatal* 1984 ; 8 : 70-71.
- Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, Wooley D. Does early supplementation affect long-term breastfeeding ? *Clinical Pediatrics* 1997 ; 36(6) : 345-50.
- Hornell A, Hofvander Y, Kylberg E. Solids and formula : association with pattern and duration of breastfeeding. *Pediatrics* 2001 ; 107(3) : e38.
- Host A, Husby S, Osterballe O. A prospective study of cow's milk allergy in exclusively breastfed infants. Incidence, pathogenic role of early inadvertent exposure to cow's milk formula, and characterization of bovine milk protein in human milk. *Acta Paediatr Scand* 1988 ; 77(5) : 663-70.
- Host A. Importance of the first meal in the development of cow's milk allergy and intolerance. *Allergy Proc* 1991 ; 12 : 227-32.
- Humenick SS, Hill PD. Salespeople and the lactation army : taking a stand for health and human milk. *J Hum Lact* 1996 ; 12 : 5-8.
- Iker CE, Mogan J. Supplementation of breastfed infants : does continuing education for nurses make a difference ? *J Hum Lact* 1992 ; 8 : 131-5.
- Kuhr M, Paneth N. Feeding practices and early neonatal jaundice. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1982 ; 1 : 484-8.
- Kurinij N, Shiono PH. Early formula supplementation of breastfeeding. *Pediatrics* 1991 ; 88 : 745-750.
- Lennon I, Lewis BR. Effects of early complementary feeds on lactation failure. *Breastfeed Rev* 1987 ; 11 : 24-26.
- Newman J. Breastfeeding problems associated with early introduction of bottles and pacifiers. *J Hum Lact* 1990 ; 6 : 59-60.
- Newman J. Decision tree and postpartum management for preventing dehydration in the breastfed baby. *J Hum Lact* 1996 ; 12 : 129-35.
- Nichol A, Ginsburg R, Tripp J. Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta Paediatr Scand* 1982 ; 71 : 759-61
- Nicholl R. What is the normal range of blood glucose concentrations in healthy term newborns ? *Arch Dis Child* 2003 ; 88(3) : 238-9.
- Nommsen-Rivers L. Identifying mothers at risk for early abandonment of breastfeeding. *J Hum Lact* 2003 ; 19 : 217-8.
- Nylander G, Lindemann R, Helsing E. et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. *Acta Paediatr Scand* 1991 ; 70 : 205-9.
- Piper S, Parks PL. Use of an intensity ratio to describe breastfeeding exclusivity in a national sample. *J Hum Lact* 2001 ; 17 : 227-32.
- Powers NG, Slusser W : Breastfeeding update. 2 : Clinical lactation management. *Pediatrics in Review* 1997 ; 18 : 147-61.
- Renfrew MJ, Woolridge MVV, McGill HR. Enabling women to breastfeed : a review of practices which promote or inhibit breastfeeding with evidence-based guidance for practice. London : The Stationery Office, 2000.
- Ruth-Sanchez V, Greene CV. Water intoxication in a three-day-old : a case presentation. *Mother Baby J* 1997 ; 2 : 5-11.
- Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding : a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 1996 ; 23 : 154-60.
- Saarinen KM, Jmtunen-Backman K, Jarvenpaa A-L, et al. Supplementary feeding in maternity hospitals and the risk of cow's

milk allergy : a prospective study of 6209 infants. *J Allergy Clin Immunol* 1999 ; 104 : 457-461.

- Sakala C, Declercq ER, Corry MP. Listening to Mothers : the first national U.S. survey of women's childbearing experiences. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002 ; 31(6) : 633-4.
- Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Water supplementation of infants in the first month of life. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997 ; 151(8) : 830-2.
- Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 1997 ; 99(6) : e5.
- Shrago L. Glucose water supplementation of the breastfed infant during the first three days of life. *J Human Lact* 1987 ; 3 : 82-6.
- Sievers E, Haase S, Oldigs HD, Schaub J. The impact of peripartum factors on the onset and duration of lactation. *Biol Neonate* 2003 ; 83(4) : 246-52.

- Slusser W, Powers N : *Breastfeeding Update 1 : Immunology, nutrition, and advocacy. Pediatrics in Review* 1997 ; 18 : 111-8.
- Van den Driessche M, Peeters K, Marien P, et al. Gastric emptying in formula-fed and breastfed infants measured with the C-octanoic acid breath test. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999 ; 29 : 46-51.
- Vnuk A : *Just one bottle... Breastfeeding Review* 1993 ; 2(8) : 358.
- Wight NE. Supplements and the breastfed infant : when are they needed and how should they be supplied. *Independent Study Module. La Leche League International, 2001.*
- World Health Organization : *Annex to the Global Criteria for the Baby Friendly Hospital Initiative. (A39/8 Add. 1) Geneva : WHO* 1992 ; 122-135
- Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996 ; 97 : 669-75.

1^{ère} Journée Nationale sur l'IHAB en France

Une journée pour les professionnels de santé, organisée par la CoFAM, avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF France

Thèmes abordés :

- Etat des lieux de l'IHAB
- Mise en œuvre : comment y arriver
- Impact de l'IHAB
- L'expérience des services déjà labellisés
- Ethique financière, liens avec l'industrie...

28 novembre 2007

Espace Reuilly – 21 rue Hénard
75012 PARIS
Prix : 75 €

Renseignements – Inscriptions

Secrétariat IHAB de la CoFAM
Tél/Fax : 05 56 26 00 84
E-mail : ihab@coordination-allaitement.org

Programme Relais Allaitement de La Leche League

Un programme de soutien à l'allaitement et de renforcement des compétences parentales spécifiquement adapté aux milieux défavorisés.



Ce programme est conçu pour permettre à des professionnels (de santé, de la petite enfance et opérateurs sociaux) de **créer et d'animer des réseaux d'Accompagnantes à l'allaitement**.

Nous sommes à la disposition des professionnels, institutions ou associations pour une étude de faisabilité.

Nous assurons la **formation** de ces professionnels (Responsables de réseaux) et le **suivi** du programme. Supports pédagogiques, documentations et journées de suivi sont fournis et assurés pendant 3 ans.

Nos formatrices : Elles sont actives dans le domaine de la formation, ont une expérience approfondie du soutien de mère à mère et sont consultantes en lactation IBCLC.

PrALLL

87, rue de Paris - 92110 Clichy
PRALLL@lllfrance.org
☎ 01 47 37 41 46

Organisme de formation Continue
déclaré sous le n° 11 78 011 46 78