

# Cas cliniques ... cas cliniques

## Production lactée surabondante en raison de consignes devenues inadaptées

K Cadwell, C Turner-Maffei. Case studies in breastfeeding. Sarah & Isaac. Ed Jones and Barlett 2004 ; 105-9.

Cette primipare avait accouché à 32 semaines. Son bébé est resté hospitalisé pendant 6 semaines, et il a été nourri presque exclusivement avec le lait tiré par sa mère. Après la sortie de son bébé, la mère l'a allaité exclusivement, et elle a continué à tirer son lait 8 à 10 fois par jour, pour être sûre que son bébé serait correctement nourri. Elle avait pris un congé parental de longue durée, et comptait allaiter pendant au moins 1 an.

Elle s'est présentée en consultation de lactation à 12 semaines. Depuis la naissance, elle avait souffert de 3 mastites et de 2 candidoses mammaires. La croissance du bébé était excellente, il était en parfaite santé. Les tétées n'étaient pas douloureuses pour la mère, mais elles semblaient difficiles pour le bébé : il suffoquait et s'étranglait. Il avait des selles très abondantes et liquides, et de fréquentes coliques. La mère estimait que le comportement de son bébé et ses coliques étaient dus à une intolérance à quelque chose dans son alimentation. Elle suivait un régime alimentaire très restrictif, sans le moindre résultat. Elle allaitait son bébé à la demande (environ 12 fois par jour), 10 mn à chaque sein. En outre, elle tirait toujours son lait à la même fréquence qu'au début.

Les auteurs ont évoqué l'hypothèse d'une production lactée surabondante. Elles ont expliqué leur point de vue à la mère, et lui ont suggéré diverses techniques pour abaisser sa production lactée : laisser le bébé au premier sein aussi longtemps qu'il ne le lâchait pas spontanément, et lui proposer éventuellement

l'autre sein s'il semblait avoir encore faim, réduire progressivement le nombre d'expressions du lait. Elles ont également suggéré une visite chez le pédiatre pour vérifier que le bébé se portait bien. La mère était réticente au départ, car elle craignait que son bébé ne reçoive plus assez de lait si elle ne lui proposait plus qu'un sein, et qu'elle arrêterait de tirer son lait, mais elle a accepté de suivre pendant quelques jours les suggestions qui lui étaient faites.

Son bébé s'étant réveillé, les auteurs ont pu observer une tétée. Le lait giclait violemment des seins de la mère, avant même que son bébé prenne le sein. Très rapidement, le bébé s'est mis à s'étrangler. Les auteurs ont suggéré à la mère de le retirer du sein et de tirer un peu de lait manuellement, pendant que son bébé reprenait son souffle. La tétée a ensuite été plus calme, et au bout de quelques minutes, après avoir avalé goulûment, le bébé a lâché spontanément le sein, visiblement repu. La mère a attendu un moment, pour voir si son bébé manifestait l'envie de téter à nouveau, ce qu'il n'a pas fait.

La mère a recontacté les auteurs une semaine plus tard. La croissance de son bébé continuait à être excellente, il avait moins de coliques, la mère ne tirait plus son lait que 4 fois par jour. Un mois après la consultation, les tétées étaient beaucoup plus agréables, le bébé n'avait plus de coliques, la mère ne tirait plus son lait qu'une seule fois par jour « par sécurité », elle n'avait plus souffert de mastite.

## Grossesse et allaitement chez une femme souffrant de galactosémie

Pregnancy and lactation in a woman with classical galactosemia heterozygous for p.Q188R and p.R333W. Ohlsson et al. J Inher Metab Dis 2007 ; 30(1) : 105

Une femme de 31 ans, souffrant d'une galactosémie hétérozygote pour les 2 mutations de la galactose-1-phosphatase uridylyltransférase p.Q188R et p.R333W a accouché à terme de 2 garçons, après 2 grossesses spontanées et normales. Cette femme a décidé d'allaiter son premier bébé, et les métabolites du galactose ont été étroitement suivis dans son sang et ses urines. On a constaté une augmentation temporaire de son taux de galactose-1-phosphate, qui a atteint un maximum de 0,30 mmol/l à J2, et qui était revenu à la normale à J10. Le retour de couches s'est fait à 8 mois, au moment du sevrage, et le taux des

stéroïdes sexuels était normal. La nouvelle grossesse a débuté 2 mois plus tard. Elle a également allaité cet enfant. On a constaté à nouveau une augmentation du taux de galactose-1-phosphate jusqu'à 0,25 mmol/l à J7, avec retour à la normale à 3 semaines. Des modifications mineures de son taux urinaire de galactitol ont été notées, les valeurs restant dans les limites de la normale pour les personnes traitées pour galactosémie. Les auteurs concluent que les mères présentant une galactosémie classique peuvent allaiter, l'allaitement n'induisant que des modifications mineures du taux des métabolites du galactose.

# Asymétrie mandibulaire et problèmes d'allaitement

Mandibular asymmetry and breastfeeding problems: experience from 11 cases.

Wall V, Glass R. *J Hum Lact* 2006; 22(3): 328-34.

Un problème fréquent pendant les premiers jours post-partum est l'existence de difficultés de mise au sein, souvent accompagnées de problèmes de mamelons douloureux. Les auteures sont consultantes en lactation dans un service de Seattle (USA), où ont lieu tous les ans environ 1850 naissances. Elles ont collecté 11 cas d'asymétrie mandibulaire rencontrés dans leur pratique sur une période de 2 ans.

Le torticolis est un problème relativement fréquent chez les nouveau-nés : on estime que 10% des enfants de moins de 8 semaines préfèrent tourner la tête d'un côté. Il est plus fréquent chez les garçons que chez les filles, chez les enfants de primipares, les nourrissons de poids de naissance élevé, les multiples, ou les bébés de mères ayant une anomalie utérine. On suppose que le torticolis congénital est lié à une mauvaise position du fœtus pendant la vie intra-utérine. Cela induit une asymétrie au niveau structures (yeux, oreilles, mâchoires...), des positions et des mouvements, souvent renforcée par inadvertance par les parents. Il est à noter que la promotion du sommeil des bébés sur le dos a induit une augmentation très importante des cas de torticolis et de plagiocéphalie positionnelle. Ces bébés pourront téter correctement d'un côté, mais il pourra leur être très difficile de téter de l'autre.

Les 11 enfants vus par les auteurs présentaient tous une asymétrie mandibulaire marquée, un côté de la mâchoire étant plus élevé que l'autre. Au moment où ils ont été vus par une consultante en lactation, aucun de ces enfants n'avait été diagnostiqué comme présentant un torticolis. C'est dommage dans la mesure où un dépistage dès les premiers jours pourrait permettre d'aider les mères de ces enfants de façon plus efficace. 10 des 11 mères avaient eu un accouchement difficile ; il y avait 6 cas de travail prolongé avec un accouchement instrumental, et 4 césariennes. 3 mères avaient souffert d'éclampsie. Tous les enfants étaient nés à terme, avec un poids allant de 3172 à 4447 g. 8 enfants étaient des garçons. 8 mères avaient les mamelons douloureux. 5 enfants avaient perdu plus de 8% de leur poids de naissance. Une mère a sevré son bébé à 1 mois, 3 mères ont été perdues de vue, et les 7 autres mères ont réussi à allaiter, l'allaitement étant bien mis en route au bout de 1 à 8 semaines. Une mère a tiré son lait pour le donner au biberon pendant la première semaine ; à 2 mois son bébé était partiellement nourri directement au sein, et il l'était totalement à 4 mois. Une autre mère a tiré son lait pour le donner avec un DAL pendant 2 mois avant d'allaiter exclusivement directement au sein. Les auteurs décrivent plus spécifiquement 3 de ces cas.

Cette primipare a accouché d'un garçon pesant 3543 g au bout de 32 heures de travail, par césarienne. La première mise au sein a eu lieu 55 mn après la naissance. Une consultante en lactation a été appelée rapidement, car il était très difficile de faire prendre le sein à l'enfant, et il ne le gardait pas. La consultante en lactation a vu l'enfant 27 heures après la naissance. Cette dernière a immédiatement constaté l'asymétrie mandibulaire. Soutenir le menton du bébé pendant la tétée l'a aidé à mieux prendre le sein, mais les mamelons de la mère sont devenus très douloureux. 2 jours après la naissance, il avait perdu 9,5% de son poids de naissance et avait une température à 37,9°C. Il a été admis en néonatalogie pour réhydratation et

bilan infectieux (qui était négatif). Il en est sorti au bout de 3 jours. Il recevait environ 45 ml de lait maternel exprimé et donné au biberon toutes les 3 heures, mais avait des difficultés à prendre ce volume. A 1 mois, la mère avait cessé d'allaiter.

Cette autre primipare a accouché par voie basse et sans complications d'un garçon de 3827 g. Elle avait été alitée à partir de 31 semaines de gestation pour une menace d'accouchement prématuré. Les infirmières ont rapidement constaté que le bébé ne prenait pas le sein, et on lui a donné 5 ml de lait industriel le premier jour ; on a également apporté un tire-lait à la mère. A J5, la mère est allée voir une consultante en lactation ; elle avait les mamelons douloureux, le bébé ne prenait pas le sein sans l'aide d'un bout de sein, et il était essentiellement nourri au biberon. Avec une aide appropriée, la mère a pu faire prendre le sein correctement à son bébé, mais ce dernier ne prenait presque pas de lait, et la mère a pu tirer ensuite 120 ml de lait. Elle a nourri son bébé de lait maternel exprimé et donné au biberon pendant les 8 premières semaines, tout en continuant à mettre régulièrement son bébé au sein. Entre 5 et 7 semaines, le bébé a commencé à prendre de plus en plus de lait directement au sein, et à 8 semaines il était exclusivement nourri au sein. La mère allaitait toujours à 10 mois.

Cette 3<sup>ème</sup> primipare a accouché par voie basse d'un garçon de 4053 g. Les mises au sein posaient problème, et la mère a commencé à avoir les mamelons douloureux. La consultante en lactation a confirmé une prise du sein correcte par le bébé, mais a noté l'asymétrie mandibulaire. Pendant les premiers jours de son retour au domicile, la mère a donné des compléments de lait industriel à son bébé au doigt car elle craignait qu'il se déshydrate. A 1 semaine post-partum, l'enfant tétait correctement. La mère l'a allaité jusqu'à 13 mois. A 18 mois, l'asymétrie au niveau du visage était toujours visible.

Chez tous ces enfants, vus par une consultante en lactation dès les premiers jours post-partum, la seule cause apparente aux difficultés rencontrées par la mère était l'asymétrie mandibulaire. Les difficultés pour mettre le nouveau-né au sein peuvent être le signe le plus précoce d'une telle asymétrie non diagnostiquée. Les auteurs ont constaté l'asymétrie mandibulaire avant de faire le rapport avec un possible torticolis, et n'ont donc pas recherché d'autres signes de torticolis, sauf pour 2 nouveau-nés vus à l'hôpital, et qu'elles ont pu examiner soigneusement. Il faut toutefois garder à l'esprit que ce type d'anomalie reste peu fréquent ; il sera donc nécessaire d'éliminer les autres causes d'absorption insuffisante de lait et de mamelons douloureux, à savoir le plus souvent une mise au sein inadéquate.

Un moyen simple d'aider la mère dont le bébé présente ce problème est de trouver avec elle la position dans laquelle le bébé pourra téter correctement. Si le bébé arrive à téter correctement quand sa tête est tournée d'un côté, la mère pourra le « glisser » d'un sein à l'autre, afin qu'il reste dans la même position aux deux seins. Pendant les premiers jours, les priorités seront de nourrir l'enfant et de stimuler la production lactée. Soutenir le menton de l'enfant pourra aider dans certains cas, ainsi que l'utilisation de bouts de sein. Lorsque le bébé prend correctement du poids à 2-3 semaines post-partum, on pourra

envisager le traitement du torticolis, et l'enfant sera référé à un professionnel approprié (kinésithérapeute, ostéopathe, chiropracteur...). La mère pourra commencer à mettre son bébé au sein dans différentes positions pour encourager un développement symétrique.

Tout nouveau-né présentant un problème de mise au sein devrait être examiné soigneusement. Si un torticolis est dépisté, la mère devra recevoir un soutien adapté aussi rapidement que possible.

## Allaitement d'un bébé trisomique

K Cadwell, C Turner-Maffei. Case studies in breastfeeding. Kelly, Andy & Sam. Ed Jones and Barlett 2004 ; 120-25.

Cette mère avait allaité pendant 15 mois son premier enfant, âgé de 22 mois au moment de la naissance de son second enfant. Elle souhaitait au départ poursuivre l'allaitement pendant toute la grossesse, puis co-allaiter ses 2 enfants, mais ses mamelons sont devenus tellement douloureux qu'elle a sevré son aîné à 4 mois de grossesse. A la naissance de son second enfant, le diagnostic de trisomie 21 a été posé.

Elle a contacté les auteurs à 5 semaines post-partum. Malgré tous ses efforts, son bébé prenait peu de poids. Pendant les premières semaines, le pédiatre ne s'était pas inquiété (d'autant que la mère avait à ce moment une production lactée abondante), et lui avait dit que c'était généralement le cas des bébés trisomiques ; mais maintenant il commençait à trouver la prise de poids préoccupante. Il a recommandé à la mère de s'adresser à la consultation de lactation, ou de donner des compléments de lait industriel. La mère souhaitait vivement allaiter, pour faire bénéficier au maximum son bébé des avantages de l'allaitement. Elle avait l'impression d'avoir de moins en moins de lait ; elle avait essayé à plusieurs reprises de tirer son lait pour stimuler sa production et augmenter les apports de son bébé, mais elle obtenait très peu de lait, et elle avait rapidement abandonné. Les auteurs sont allées la voir à son domicile.

La mère habitait en zone rurale. En arrivant devant sa maison, les auteurs ont constaté le bruit très important provenant de la maison : on entendait hurler en même temps au moins une radio, une télévision, et une chaîne stéréo. 4 chiens se sont mis à aboyer en les voyant s'approcher. La mère leur a ouvert, son bambin jouant aux « autos tamponneuses » contre ses jambes en faisant un bruit perçant de sirène. La maison était dans un désordre indescriptible. La mère s'en est excusée, et a expliqué qu'outre son mari et ses enfants, sa maison était le domicile de ses 3 jeunes frères et sœur, dont elle s'occupait depuis des années suite au décès de leur mère et à l'absence de leur père, et qu'elle était submergée de travail.

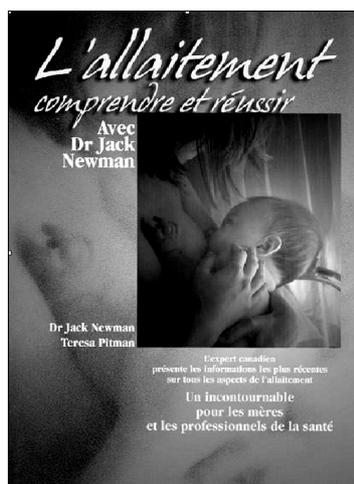
Les auteurs ont demandé quelle était la fréquence des tétées. La mère a dit qu'elle ne savait pas, qu'elle allaitait « à la demande ». En y réfléchissant, elle s'est rappelée que la dernière tétée avait eu lieu tôt le matin, 4 heures auparavant. Son bébé était dans une chambre à l'étage. Les auteurs y ont accompagné la mère, pour assister à une tétée. La mère a essayé de mettre son bébé au sein, mais ce dernier n'a démontré aucune envie de le prendre. La mère l'a alors reposé dans un transat.

A ce stade, les auteurs avaient déjà une bonne idée des causes du problème. Cette jeune mère, noyée sous

les responsabilités, savait que son bébé était trisomique, mais elle n'avait pas encore pris conscience de ce que cela impliquait en pratique ; elle pensait plus ou moins inconsciemment qu'il se comporterait comme son premier enfant, allaité sans la moindre difficulté. Un bébé trisomique est habituellement léthargique et exprime peu ses besoins. Même s'il avait hurlé dans sa chambre, il n'était pas sûr que la mère l'aurait entendu étant donné le niveau sonore ambiant. La mère mettait donc son bébé au sein avec une fréquence notoirement insuffisante, et sa production lactée baissait en conséquence. Les auteurs ont fait part de leur point de vue à la mère, et ont discuté avec elle des moyens de remédier à la situation.

La mère a pris conscience du fait qu'elle devait aller au devant des besoins de son bébé « spécial », et prendre l'initiative de lui proposer le sein. Les auteurs lui ont suggéré de tirer son lait régulièrement, et d'utiliser un DAL pour le donner à son bébé pendant les mises au sein. La mère avait un stock de lait dans son congélateur, tiré pendant les 3 premières semaines, période où elle avait beaucoup de lait et où elle le tirait pour se soulager. Elle a décongelé 50 ml de lait. Les auteurs lui ont montré comment donner ce lait à son bébé avec un DAL quand il était au sein.

Le lendemain, la mère avait tiré près de 300 ml de lait en 24 heures, et les avait donnés à son bébé. Ce dernier avait commencé à téter plus activement, et la production lactée maternelle était en augmentation. Par ailleurs, la mère avait décidé de porter son bébé en permanence dans un porte-bébé, afin de repérer plus facilement tous ses moments d'éveil où elle pourrait essayer de le mettre au sein. Ce cas illustre les difficultés que peut rencontrer une mère qui a connu un allaitement facile, et qui pourra donc avoir du mal à prendre conscience du fait que les choses vont être nettement plus difficiles avec un bébé « différent ».



### L'allaitement comprendre et réussir

Jack Newman est un pédiatre canadien, spécialisé dans le suivi des mères allaitantes. Son livre est maintenant traduit en français, et il est disponible auprès de LLL France.

**A commander auprès de :**  
Françoise RAILHET  
68 rue PV Couturier  
93330 NEUILLY SUR MARNE

ou auprès des groupes locaux de LLL  
**Prix : 33 € port compris**, paiement à l'ordre de LLL France

# Infection à Streptocoque B liée à l'allaitement chez un prématuré

Neonatal group B streptococcal infection related to breast milk.  
PA Byrne, C Miller, K Justus. *Breastfeed Med* 2006 ; 1(4) : 263-70.

Les Streptocoques du groupe B sont actuellement les principaux germes responsables de septicémies, de pneumonies et de méningites chez les nouveau-nés. Ces infections surviennent chez environ 0,5 à 1% des enfants dont la mère est porteuse d'un streptocoque B. Les enfants prématurés sont particulièrement vulnérables. Dans 75% des cas, la contamination devient symptomatique dans la première semaine de vie. Dans 25% des cas, la contamination devient symptomatique plus d'une semaine après la naissance, et dans la moitié de ces cas l'origine de la contamination de l'enfant est inconnue. Certains auteurs suggèrent que le lait maternel pourrait être en cause, mais cela n'a jamais été démontré. Toutefois, une étude a rapporté la présence de Streptocoque B dans le lait de 3,5% de femmes en bonne santé. Les auteurs présentent un cas de possible transmission via l'allaitement, ainsi que son traitement.

Cette mère attendait des jumeaux. Pendant la grossesse, un hydramnios a été constaté chez le fœtus B, et a été traité par ponction amniotique 10 jours avant la naissance (drainage de 1 litre de liquide amniotique). La mère a été hospitalisée à 31 semaines et 3 jours suite à une rupture des membranes. Le décès in utero du fœtus A a été diagnostiqué la veille de la naissance. Le fœtus B présentait à nouveau un polyhydramnios. La mère a eu une césarienne. Le décès de l'enfant A semblait être en rapport avec la torsion majeure du cordon ombilical. Le bébé B pesait 1883 g. La mère avait commencé à prendre de la céfoxitine avant l'accouchement, et elle a continué à en recevoir à 3 reprises toutes les 6 heures après la naissance. Elle a immédiatement commencé à tirer son lait avec un tire-lait électrique, en respectant les consignes données par le service pour l'expression du lait.

Le bébé B a été admis en néonatalogie. Un prélèvement pour hémoculture a été effectué, et il a commencé à recevoir en IV de l'ampicilline et de la gentamycine. Les cultures bactériologiques étant négatives, l'antibiothérapie a été arrêtée. Dès J1, le bébé a commencé à recevoir le colostrum tiré par sa mère, ainsi que des compléments de lait industriel. A partir de J5, la mère tirait suffisamment de lait, et le bébé était exclusivement nourri avec du lait maternel frais donné par sonde nasogastrique. A partir de J8, le lait maternel a été enrichi.

A J10, la mère a commencé à présenter des signes cliniques de mastite. Le soir même, le bébé a commencé à présenter de fréquents épisodes d'apnée et de bradycardie, et il est devenu léthargique. Des prélèvements de sang et de LCR ont été effectués, et l'enfant a été mis sous ampicilline, gentamycine et vancomycine en IV. L'hémoculture était positive pour le Streptocoque B, les cultures du LCR étaient négatives. Le traitement a été adapté à l'antibiogramme : arrêt des 3 antibiotiques donnés jusque là, remplacés par de la pénicilline G, donnée pendant 10 jours. De son côté, la mère a été mise sous céphalexine pendant 7 jours. Pendant 24 heures, elle a tiré et jeté son lait, puis l'enfant a recommencé à recevoir le lait maternel par sonde nasogastrique à J12. La première mise au sein s'est faite à J17, l'enfant étant mis au sein avec un bout de sein 2 fois par jour pendant les jours suivants, les autres repas étant donnés par

sonde. L'antibiothérapie a été cessée à J20 chez le bébé. A J25, l'enfant a recommencé à présenter des épisodes d'apnée et de bradycardie. Divers prélèvements ont été refaits, et l'enfant a été remis sous vancomycine, ampicilline et gentamycine. A nouveau, l'hémoculture était positive pour le streptocoque B, les autres prélèvements étant négatifs.

Un prélèvement de lait a été effectué dans des conditions rigoureuses d'hygiène (la mère ne présentait aucun signe d'infection à ce stade) pour mise en culture, et on a également mis en culture un échantillon de lait tiré à J10 qui avait été congelé. Le lait exprimé à J10 était fortement contaminé par des Streptocoques B, le lait prélevé à J27 présentait une légère contamination par des Streptocoques B. Au vu du résultat de la bactériologie, l'enfant a été alimenté uniquement avec du lait industriel à partir de J29, et il a été admis dans une unité de soins intensifs, où il est resté pendant 3 jours. La mère a recommencé à prendre de la céphalexine, et le lait qu'elle tirait était jeté. Au bout de 7 jours de traitement maternel, les cultures du lait étaient négatives pour le streptocoque B, et elles étaient toujours négatives 1 semaine après l'arrêt de l'antibiothérapie. Toutefois, le lait contenait à ce stade un Staphylocoque doré résistant à la méthicilline, la mère étant totalement asymptomatique. Elle a été référée à un infectiologue pour un traitement adapté. 28 jours après la constatation de la présence de S doré dans le lait, les cultures du lait étaient redevenues négatives. La mère, qui avait continué à tirer son lait et à le jeter pendant toute cette période, a été autorisée à reprendre l'allaitement. Le bébé était âgé de 11 semaines. La reprise des mises au sein a été difficile, mais l'enfant a fini par reprendre correctement le sein. La mère allaitait toujours à 1 an.

La forte contamination du lait maternel par un Streptocoque B au moment où le bébé a commencé à être malade, puis la persistance d'une faible contamination par ce germe lorsque le bébé a présenté une récurrence, permettent de penser que le lait maternel était en cause dans la contamination de l'enfant. Pour quelle raison cette mère a-t-elle présenté une mastite à Streptocoque B ? En pareil cas, certains auteurs estiment que le bébé, contaminé par le Streptocoque B au moment du passage dans la filière génitale, va contaminer le sein via la succion. Mais dans le cas présenté ici, la mère a pris une antibiothérapie prophylactique avant la naissance, et l'enfant n'avait encore jamais été mis au sein lors du premier épisode clinique. Il est également possible que l'antibiothérapie prophylactique ait induit le développement d'un Streptocoque B particulièrement virulent ; cette hypothèse mérite tout particulièrement d'être étudiée, étant donné le pourcentage élevé de femmes qui se voient administrer ce type de prophylaxie. Il est également possible que le lait industriel donné au bébé pendant les premiers jours ait altéré sa muqueuse intestinale, ce qui l'a rendu plus fragile vis-à-vis des germes pathogènes. Le produit d'enrichissement ajouté au lait maternel pourrait également abaisser l'activité antimicrobienne du lait maternel.

Suite à ce cas, et après un passage en revue de la littérature publiée sur le sujet, les auteurs ont mis en œuvre un plan

d'action pour prévenir ce type de problème. Ils ont vérifié les procédures d'expression et de stockage du lait afin de vérifier qu'elles étaient optimales, et que les mères recevaient toutes les informations nécessaires pour l'expression et le stockage de leur lait. En cas de survenue d'une maladie chez un nourrisson allaité admis en néonatalogie, le don à l'enfant de lait maternel sera arrêté, et le lait maternel sera évalué sur le plan bactériologique ; l'enfant recommencera à recevoir le lait maternel lorsque les cultures bactériologiques reviendront négatives. De même,

le don de lait maternel frais sera arrêté dès les premiers signes de mastite ou de canal lactifère bouché, le lait étant mis en culture, et l'enfant étant étroitement suivi sur le plan clinique. Les auteurs recommandent également de limiter autant que faire se peut le don de lait industriel, et d'utiliser plutôt du lait humain provenant d'un lactarium. La mère et l'enfant seront traités en fonction du résultat des cultures. La mère continuera à tirer son lait afin de pouvoir reprendre l'allaitement après le traitement.

## Poursuite de l'allaitement après la prise de cabergoline

Grazia De Fiore. Animatrice LLL (Mascalucia – Italie). Consultante en Lactation IBCLC.

La cabergoline a une demi-vie beaucoup plus longue que la bromocriptine. Elle est utilisée pour la suppression de la lactation en post-partum, en dose unique, avec moins d'effets secondaires et d'effet rebond que la bromocriptine. En revanche, s'il est habituellement facile de reprendre l'allaitement en cas de prise de bromocriptine si la mère change d'avis et souhaite allaiter, on a longtemps considéré que la prise de cabergoline rendait impossible une reprise de l'allaitement en raison de son action prolongée. Plusieurs cas de mères ayant réussi à allaiter après la prise de cabergoline ont toutefois été rapportés. L'auteur présente un tel cas.

Cette mère a accouché le 30 septembre par voie basse et sans intervention particulière. L'allaitement a bien démarré, l'enfant tétant à la demande. Au bout d'une semaine, la mère a commencé à présenter des crevasses sur le mamelon gauche. La pédiatre qui suivait l'enfant a recommandé le port d'une coupelle d'allaitement, ainsi que l'application d'une pommade au germe de blé. 2 semaines plus tard, les crevasses étaient toujours présentes, et la mère souffrait d'une mastite depuis 3 jours au niveau du sein gauche. La pédiatre a recommandé la poursuite de l'allaitement. A J28, la mastite perdurant, la mère est allée voir une consultante en lactation.

Les 2 seins étaient très durs, en particulier le sein gauche, avec présence d'une plaque rouge, indurée et douloureuse sur la partie externe de ce sein. La mère n'avait pas de fièvre. Une tétée est observée. En dépit d'une succion efficace et d'une « bonne » tétée, l'induration mammaire persistait. En l'absence d'amélioration après 48 heures de suivi, la consultante en lactation suggère à la mère d'effectuer un prélèvement pour examen bactériologique. Le médecin n'est pas d'accord pour ce prélèvement, et prescrit un traitement par amoxicilline.

Ce traitement n'apporte aucune amélioration, et la consultante en lactation propose à la mère de passer une échographie, qui révèle la présence de 3 foyers d'abcédation. La mère consulte alors un sénologue, qui impose un sevrage immédiat afin de drainer les abcès. La mère prend 1,5 mg de cabergoline, et elle subit le drainage chirurgical : 3 incisions au niveau des 3 foyers. Le bébé reçoit un biberon de lait industriel pendant la chirurgie. La mère sort dans les heures qui suivent le drainage, avec une prescription d'amoxicilline.

Dès son retour au domicile, la mère remet son bébé au sein. La cicatrisation se fait normalement. Mais la quantité de lait industriel dont le bébé a besoin augmente rapidement, pour arriver à 800 ml par jour 10 jours après l'intervention. Très frustrée d'avoir dû interrompre l'allaitement, la mère met son bébé au sein « toute la journée », pour maintenir au moins le contact physique de l'allaitement avec son bébé. Le bébé tète volontiers le sein droit, mais refuse le sein gauche. A 2 mois et une semaine, la mère commence à diminuer la quantité de lait industriel donnée à son bébé. A 3 mois et une semaine, le bébé ne reçoit plus qu'un seul biberon de lait industriel de 120 ml par jour. 5 jours plus tard, il est exclusivement allaité, uniquement avec le sein droit. Sa croissance est restée normale pendant toute cette période.

A 6 mois, le bébé a commencé à recevoir des solides. Il était toujours allaité à 2 ans 1/2, lorsque sa mère a débuté une nouvelle grossesse. Il a tété pendant toute la grossesse, et la mère a co-allaité ses 2 enfants avec succès (y compris avec le sein gauche) après son second allaitement. Si la relance de la lactation demande beaucoup plus de temps après la prise de cabergoline, elle s'avère toutefois possible avec de la patience et de la motivation.

## Tendresses lactées - Susanne Klein

Susanne Klein, artiste graphiste et photographe, nous offre dans ce beau livre 13 histoires d'allaitement : la complicité née du lien intime entre la mère et son enfant racontée en mots et en images. Un livre qui montre que l'allaitement, c'est la joie, c'est la vie. Les photographies de ce livre ont fait l'objet d'expositions, en novembre 2006 à Montpellier, et en novembre 2007 dans le cadre du congrès de LLL France.

Format 23 x 23 cm – 82 pages – 120 photos environ

Commandes auprès de :

Susanne Klein – 10 impasse des Myrtilles – 34070 MONTPELLIER - 04 67 51 60 80  
susanneklein@wanadoo.fr - www.susanneklein-portfolio.com

Prix : 20 € + 5 € de frais de port

