

Revue de presse

Impact des pratiques en maternité sur le démarrage de l'allaitement chez des primipares et des multipares

Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomized trial in St Petersburg. K Bystrova, AM Widström, AS Mathiesen et al. Int Breastfeed J 2007 ; 2 : 9. Mots-clés : allaitement, démarrage, pratiques médicales, services de maternité, primipares, multipares.

Les pratiques en vigueur dans les maternités ont passablement changé depuis quelques décennies. L'un de ces changements est la recommandation de mettre le nouveau-né contre la peau de sa mère immédiatement après la naissance, afin (entre autres) de faciliter la prise du sein par l'enfant. En Russie, plus de 99% des femmes accouchent dans un service de maternité, et en 1995-98, la routine était d'emballer immédiatement le nouveau-né à la naissance, de le placer en nurserie, le bébé étant amené à la mère 7 fois par jour à intervalles fixes pour les mises au sein. Or, ces pratiques ont un impact défavorable sur le démarrage de l'allaitement. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact des pratiques en post-partum immédiat sur le démarrage de l'allaitement, sur l'engorgement, sur l'état émotionnel de la mère, et sur la durée de l'allaitement exclusif ou presque exclusif.

Cette étude a été menée dans une maternité de Saint Petersburg. 176 mères et leurs enfants ont été répartis par tirage au sort en 4 groupes. Les enfants du groupe 1 (n = 37) ont été placés nus contre la peau de leur mère immédiatement après la naissance ; ceux du groupe 2 (n = 40) ont été emmaillottés et placés dans les bras de leur mère. Les enfants de ces 2 groupes sont restés par la suite avec leur mère pendant le séjour en maternité. Les enfants du groupe 3 (n = 38) ont été placés dans un berceau après la naissance (aucun contact avec la mère), et sont ensuite restés à la nurserie ; et ceux du groupe 4 (n = 38) ont également été placés dans un berceau, qui a ensuite été placé dans la chambre de la mère. On a noté pendant toute la durée du séjour en maternité le nombre de tétées, la quantité de lait absorbée par l'enfant, le degré d'engorgement, la durée de l'allaitement exclusif ou presque exclusif, et l'état émotionnel de la mère.

A J4, les multipares avaient une production lactée plus basse que les primipares lorsqu'elles étaient séparées de leur bébé, qui restait à la nurserie, alors qu'il n'y avait aucune différence entre les primipares et les multipares sur le plan de la production lactée lorsque l'enfant restait dans la chambre de sa mère. La fréquence des tétées était plus élevée chez les multipares. Ces dernières avaient également un engorgement plus important au moment de la montée de lait, et un sentiment moindre de « baby blues » que les primipares. Une première mise au sein avait un impact positif sur la production lactée, quelle que soit la parité : les bébés des 2 premiers groupes, qui avaient pris le sein pour la première fois dans les 2 heures qui suivaient la naissance, absorbaient significativement plus de lait à J4 que ceux des 2 autres groupes (respectivement 284 et 184 ml en moyenne).

Après analyse par régression logistique multiple, les facteurs les plus fortement corrélés à la production lactée chez les primipares étaient une première mise au sein précoce, un engorgement significatif, et une fréquence élevée de tétées à J3 ; chez ces mères, la quantité de lait absorbée par l'enfant était inversement corrélée au baby blues. Chez les multipares, le principal facteur était une mise au sein précoce. Chez toutes ces femmes, la production lactée à J4 était fortement corrélée à la durée de l'allaitement quasi-exclusif.

Cette étude montre que les pratiques en post-partum précoce ont un impact sur la production lactée. Les facteurs influençant le démarrage de l'allaitement pourraient être différents chez les primipares et les multipares : un précédent allaitement pourrait « programmer » dans une certaine mesure les allaitements suivants. Toutefois, d'autres études sont nécessaires sur le sujet.

Détection de l'apoptose dans le lait humain

A novel method for the detection of apoptosis in human breast milk. Berry CA et al. 13th International Conference of the International Society for Research in Human Milk and Lactation. J Hum Lact 2007 ; 23(1) : 74. Mots-clés : lait humain, apoptose.

L'apoptose est une mort cellulaire programmée qui permet l'élimination des cellules anormales, et joue un rôle important dans l'équilibre entre la mort des cellules et leur prolifération. Le lait humain est un bon moyen d'obtenir facilement et de façon non invasive des cellules glandulaires mammaires, qui peuvent être utilisées pour la recherche sur la biologie de la lactation. Déterminer le degré d'apoptose dans les cellules présentes dans le lait humain est un bon moyen d'évaluer le stade physiologique de ces cellules.

En utilisant la détection par cytométrie de flux des agrégats formés après exposition au réactif JC-1, les auteurs ont constaté que des signes précoces de dépoliarisation des mitochondries, liés à l'apoptose, étaient détectables dans les cellules du lait. Par rapport à la lignée cellulaire MCF-7 utilisée comme témoin, et qui présentait un taux de 43,3% d'apoptose induite par staurosporine, les cellules du lait humain présentaient dans les mêmes conditions un taux d'apoptose de 84,5%. Les auteurs ont appliqué ces méthodes sur des cellules de lait humain qui avait été conservé dans différentes conditions. Le lait humain stocké à température ambiante pendant moins de 6 heures présentait le taux le plus bas d'apoptose. Une augmentation significative du nombre des cellules était constatée lorsque ces cellules étaient stockées à 37°C. Par ailleurs, il existait une corrélation entre le degré de « remplissage » des seins et le degré d'apoptose dans les cellules du lait. Le pourcentage de cellules présentant une apoptose était le plus élevé dans le lait de début de tétée (20,4%), contre 5,14% dans le lait de milieu de tétée et 7,62% dans le lait de fin de tétée.

La méthodologie décrite par les auteurs permet d'étudier de façon fiable et non invasive la physiologie de la glande mammaire. Elle représente un outil intéressant pour l'étude de la lactation.

Facteurs influençant l'allaitement de prématurés et la perception maternelle d'une production lactée insuffisante

Predictors of preterm infant feeding methods and perceived insufficient milk supply at week 12 postpartum. PD Hill, JC Aldag, M Zinaman, RT Chatterton. J Hum Lact 2007 ; 23(1) : 32-8. Mots-clés : allaitement, prématuré, production lactée insuffisante.

Le lait maternel est particulièrement important pour les bébés prématurés. Cependant, les études sur le sujet montrent que ces enfants sont moins souvent et moins longtemps allaités que les bébés nés à terme. Le but de cette étude était de voir quels facteurs, pendant les 8 premières semaines post-partum, étaient corrélés à la méthode d'alimentation à 12 semaines, et à la perception maternelle d'une production lactée insuffisante, ainsi que les relations entre les apports de l'enfant entre 1 et 6 semaines et la méthode d'alimentation à 12 semaines.

Pour cette étude longitudinale prospective, on a inclus des mères ayant accouché sur une période de 30 mois, d'un enfant de ≤ 31 semaines d'âge gestationnel et pesant moins de 1500 g, qui avaient plus de 18 ans, ne fumaient pas, n'avaient pas de troubles endocriniens, et souhaitaient allaiter pendant au moins 12 semaines. Toutes ces mères tiraient leur lait. Elles notaient tous les jours la fréquence des séances d'expression du lait, la quantité de lait obtenue, le temps passé en portage kangourou avec leur enfant, et tout autre fait que la mère souhaitait noter. A 8, 10 et 12 semaines, les mères ont été contactées pour répondre à un questionnaire sur l'alimentation de leur enfant, leur impression éventuelle de manquer de lait, une reprise éventuelle du travail, le soutien reçu pour leur allaitement... A chaque suivi, les enfants ont été définis comme exclusivement allaités si le seul lait qu'ils recevaient était le lait maternel, partiellement allaités s'ils recevaient également un lait industriel, et exclusivement nourris au lait industriel s'ils ne recevaient plus du tout de lait maternel. On a également noté si le lait maternel était ou non enrichi.

94 mères ont été incluses ; 19 avaient accouché de jumeaux, et 3 de triplés. Les facteurs influençant la pratique d'alimentation infantile à 12 semaines étaient l'âge de la mère, la durée d'allaitement prévue au départ par la mère et le nombre d'enfants : les mères plus jeunes (RR : 7,64 chez les mères de moins de 29 ans par rapport aux mères plus âgées), qui prévoyaient d'allaiter pendant moins de 34 semaines (RR : 6,91), et qui avaient accouché de multiples (RR : 15,61), étaient plus nombreuses à avoir cessé d'allaiter. La fréquence d'expression du lait, la durée du séjour en néonatalogie de l'enfant, le pourcentage de mères ayant repris leur travail à 8 semaines et la fréquence du portage kangourou n'avaient pas d'impact significatif sur l'alimentation de l'enfant. Les mères qui avaient sevré à 12 semaines ($n = 27$) étaient beaucoup plus nombreuses à estimer que leur production lactée avait été insuffisante (70,4% contre 28,6% des mères qui allaitaient exclusivement). A 12 semaines, 42 mères allaitaient exclusivement ; 40 d'entre elles utilisaient toujours un tire-lait, 14 mettaient leur bébé au sein régulièrement (1 à 8 fois par jour), 36 donnaient leur lait au biberon. 11 enfants recevaient du lait maternel par sonde gastrique, le lait maternel était enrichi pour 18 enfants.

Outre les facteurs décrits ci-dessus, l'autre facteur significativement corrélé au fait que l'enfant était partiellement allaité ou

exclusivement nourri au lait industriel à 12 semaines était la perception maternelle d'une production lactée insuffisante à 6 semaines (RR : 11,16). Les facteurs corrélés à la perception maternelle d'une production lactée insuffisante entre 8 et 12 semaines étaient l'existence d'une telle perception à 6 semaines (RR : 6,23), le fait que la mère n'avait pas repris un travail à 8 semaines (RR : 5,05), et que l'enfant était resté hospitalisé plus de 42 jours (RR : 3,62). La quantité de lait obtenue par la mère (> 500 ml/jour) était un facteur déterminant de l'alimentation de l'enfant à 12 semaines, les mères allaitant exclusivement obtenant quotidiennement nettement plus de lait dès la première semaine post-partum que les mères qui allaitaient partiellement ou qui avaient sevré à 12 semaines ; de plus, la production lactée des mères qui allaitaient exclusivement augmentait avec le temps, tandis que celle des mères des 2 autres groupes baissait progressivement ; toutefois, la fréquence d'expression était légèrement plus élevée chez les mères qui allaitaient exclusivement (respectivement $6 \pm 1,6$ séances d'expression par jour contre $5,6 \pm 1,6$ et $5,3 \pm 1,8$).

Dans cette étude portant sur des mères de grands prématurés qui tiraient leur lait, les facteurs prédictifs d'une introduction précoce du lait industriel ou d'un sevrage avant 12 semaines étaient la naissance de multiples, un âge inférieur à 29 ans, le souhait d'allaiter pendant moins de 34 semaines, et la perception d'une production lactée insuffisante à 6 semaines. Il est nécessaire de mieux cerner les actions qui permettront d'aider efficacement ces mères à réussir leur allaitement.

Combien coûte la fourniture de 100 ml de lait maternel aux grands prématurés ?

What is the cost of providing 100 mls of own mothers' milk (OMM) for very low birth weight (VLBW < 1500 g) infants ? Jegier BJ et al. 13th International Conference of the International Society for Research in Human Milk and Lactation. J Hum Lact 2007 ; 23(1) : 87. Mots-clés : lait maternel, prématurés, coût économique.

Le lait que tire pour son bébé la mère d'un grand prématuré (moins de 1500 g à la naissance) protège ce bébé particulièrement vulnérable contre de nombreuses pathologies dont le traitement est coûteux, et qui sont susceptibles d'induire des handicaps à long terme. Toutefois, les mères de ces enfants devront lancer et entretenir leur production lactée en tirant leur lait, éventuellement pendant des semaines ou des mois. Le coût de la location d'un tire-lait performant pourra être un handicap, s'il n'est pas remboursé par les systèmes d'assurance maladie. Le but de cette étude était d'évaluer le coût du don de lait maternel exprimé à des grands prématurés.

L'étude a inclus 111 mères dont les enfants étaient admis dans 4 services, et qui ont tiré leur lait pour leur grand prématuré pendant en moyenne 22 jours. Le coût de ce don de lait a été calculé à partir du prix mensuel de la location d'un tire-lait électrique, du kit individuel d'expression du lait, et du temps consacré par la mère à tirer son lait (coût horaire). Le coût de la fourniture quotidienne de 100 ml de lait maternel exprimé s'élevait à 2,47 \$, ou à 0,65 \$ si on ne prenait pas en compte le coût horaire du temps consacré par la mère à tirer son lait.

Cette étude est la première à évaluer le coût de la fourniture de lait maternel exprimé. Ce coût très bas démontre que la prise en charge de la location d'un tire-lait électrique d'un modèle hospitalier est très rentable sur le plan économique, tout particulièrement

au vu du surcoût lié à la morbidité induite par l'alimentation des prématurés avec un lait industriel.

Allaitement : les responsabilités des médecins généralistes

Breastfeeding and the responsibilities of GPs. A qualitative study of general practice registrars. W Brodribb, C Jackson, AB Fallon, D Hegney. Aus Fam Phys 2007 ; 36(3) : 283-5. Mots-clés : allaitement, médecins généralistes, soutien aux mères.

Les études les plus récentes ont fait état d'un taux de démarrage de l'allaitement de plus de 90% en Australie. Toutefois, moins de 50% de ces femmes allaitent encore à 6 mois. Les mères seront plus enclines à poursuivre l'allaitement si les professionnels de santé les encouragent à le faire, même si ces derniers estiment que leur opinion n'a que peu d'importance aux yeux de leurs patientes. Le but de cette étude était de faire le point sur la perception que les médecins généralistes australiens ont de leur rôle auprès des mères allaitantes.

L'étude a inclus 8 médecins généralistes (4 hommes et 4 femmes), sélectionnés à partir des registres professionnels du sud du Queensland, de façon à présenter des caractéristiques aussi diverses que possible sur le plan de l'âge et de l'expérience en matière d'allaitement. Ils ont été interrogés à l'occasion d'entrevues qui ont duré en moyenne 30 mn. Ces entrevues ont été enregistrées et retranscrites, puis analysées pour en dégager les principaux thèmes.

Les participants avaient de 28 à 43 ans. 7 d'entre eux travaillaient en zone rurale. La moitié (2 hommes et 2 femmes) avaient des enfants, ces enfants ayant été allaités. Tous considéraient que donner aux mères des informations correctes sur l'alimentation infantile faisait partie de leur rôle, mais cette information était le plus souvent donnée après la naissance, ces médecins étant très centrés sur la grossesse et l'accouchement avant ce dernier. Par ailleurs, ils s'efforçaient d'être neutres, et même ceux qui étaient très favorables à l'allaitement hésitaient à faire part de ce point de vue à la mère. Tous estimaient qu'il était de leur devoir d'être « présents » pour la mère, de la soutenir, de l'encourager, de l'écouter, de lui envoyer des messages positifs. La plupart d'entre eux posaient des questions à la mère sur l'alimentation infantile à l'occasion de leurs consultations, et répondaient aux questions des mères. Un seul de ces médecins avait une liste de questions posées en routine aux mères allaitantes, afin de vérifier la pratique d'allaitement ; c'était une femme qui n'avait pas d'enfants, mais elle s'intéressait particulièrement à la santé féminine, et avait mis ce questionnaire au point d'après son expérience professionnelle. Ces généralistes reconnaissaient que leurs compétences avaient des limites, et qu'ils réfèrent les mères à un spécialiste en allaitement lorsque c'était possible, en cas de problème.

Ces résultats montrent que les généralistes se sentent peu concernés par l'allaitement. Les médecins généralistes doivent soutenir et encourager les mères allaitantes. L'allaitement devrait être abordé dès la première visite d'une femme enceinte, et à chaque visite par la suite, afin de renforcer la motivation maternelle, et de l'informer optimalement, même si la mère reçoit des informations d'une autre source. Ces médecins devraient systématiquement poser un certain nombre de questions aux mères allaitantes, afin d'évaluer son déroulement. Ils devraient être capables de dépister un problème d'allaitement, et savoir à qui référer la mère en cas de problème dépassant leurs compétences.

Allaitement et Initiative Hôpital Ami des Bébés

Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative : more important and with more evidence than ever. MH Labbok. J Pediatr 2007 ; 83(2) : 99-101. Mots-clés : allaitement, Initiative Hôpital Ami des Bébés.

L'allaitement est un des fondements de la survie et de la santé infantile depuis la nuit des temps. L'utilisation des laits industriels constitue une expérimentation à l'échelle planétaire, susceptible d'affecter négativement la santé d'innombrables bébés et de leurs mères. Dès 1939, le Dr Cicely Williams mettait en garde contre « le massacre des innocents » induit par le don de substituts aux nourrissons. En dépit de la constatation de l'impact désastreux du non-allaitement, les laits industriels se sont répandus grâce à un marketing efficace, leur donnant une image moderne et scientifique. La prévalence de l'allaitement a baissé de façon inquiétante. L'Initiative Hôpital Ami des Bébés est l'un des résultats d'un long cheminement pour tenter de renverser cette tendance, de même que la Déclaration d'Innocenti et le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel.

Un des fondements de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés est la mise en œuvre des 10 Conditions pour le succès de l'allaitement, de l'OMS / UNICEF. Un cours de 18 heures a été créé, destiné à la formation des équipes soignantes. Un certain nombre d'études ont démontré l'impact favorable de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés sur l'allaitement. L'étude PROBIT est probablement la plus connue. Globalement, la prévalence et la durée de l'allaitement exclusif sont plus élevées chez les femmes qui ont accouché dans un service ayant le label Hôpital Ami des Bébés. Mais beaucoup d'efforts restent à faire partout dans le monde.

On pourrait se demander si tous les efforts accomplis ces dernières décennies valent vraiment le coup. Depuis la Déclaration d'Innocenti, la prévalence de l'allaitement exclusif a augmenté, ce qui a probablement joué un rôle important dans la baisse de la mortalité infantile dans les pays en voie de développement. Une série d'articles parus dans le Lancet en 2003 a évalué les causes de la mortalité infantile, ainsi que les actions qui pourraient l'abaisser. Il s'avérait que les actions dont le rapport bénéfice/coût était le plus élevé étaient l'allaitement exclusif, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à la fin de la première année. Mais on continue à contester le résultat de ces études au lieu de redoubler d'efforts pour soutenir les mères allaitantes. Peut-être parce qu'il est plus difficile d'évaluer l'impact économique de l'allaitement que celui d'un médicament.

Une difficulté majeure de l'évaluation de l'impact économique de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés est le faible nombre d'études qui fournissent des données sur des groupes importants. L'étude de Caldeira et al publiée dans le même numéro de cette revue (*Assessment of the impact of implementing the Baby Friendly Hospital Initiative*) vient s'ajouter aux études existantes, pour démontrer l'impact indiscutable de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés dans une population.

L'Initiative Hôpital Ami des Bébés a 15 ans. Elle a certainement besoin d'être adaptée afin de mieux convenir à la situation actuelle. L'OMS et l'UNICEF ont révisé leurs recommandations pour sa mise en œuvre. Au Brésil comme dans d'autres pays, elle est l'un des quatre piliers du soutien à l'allaitement, avec la protection de la maternité sur le plan légal, la protection des femmes vis-à-vis des pratiques agressives de marketing des fabricants d'aliments pour enfant, et l'information de la population dans son ensemble.

Facteurs corrélés à la perte de poids en maternité

Factors associated with newborn in-hospital weight loss : comparisons by feeding method, demographics, and birthing procedures. PJ Martens, L Romphf. J Hum Lact 2007 ; 23(3) : 233-41. Mots-clés : allaitement, perte de poids, prise de poids, post-partum précoce.

Une perte de poids pendant les premiers jours post-partum est normale, habituellement comprise entre 5 et 7% du poids de naissance. Une perte de poids qui atteint 10% du poids de naissance doit donner lieu à une évaluation par un professionnel de santé. Son importance est fonction d'un certain nombre de facteurs, et elle peut être influencée par les pratiques hospitalières : poids de naissance du bébé, mode d'accouchement, perfusion maternelle, mode d'alimentation... Le but de cette étude était de déterminer les facteurs corrélés à la perte de poids des nouveau-nés pendant le séjour en maternité.

Cette étude a été menée dans le Manitoba (Canada). Le taux d'allaitement y est d'environ 80%. Dans le cadre du suivi des pratiques hospitalières et de leur respect des recommandations du système de santé canadien, des formulaires doivent être remplis par les équipes soignantes pour chaque naissance. Ces formulaires ont été analysés pour cette étude. Les critères d'inclusion étaient un accouchement à au moins 37 semaines, d'un enfant en bonne santé. Les données prises en compte pour l'analyse étaient le sexe, le poids de naissance, l'âge gestationnel, la parité, le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne), la pose d'une péridurale, la durée du séjour en maternité, et le mode d'alimentation. Les bébés ont été répartis en 3 groupes suivant qu'ils étaient exclusivement allaités, partiellement allaités, ou exclusivement nourris au lait industriel.

Un total de 812 formulaires présentaient les critères requis pour cette étude, concernant des bébés nés dans 6 services du Manitoba. Les caractéristiques des 3 groupes d'enfants étaient similaires, mis à part le fait que les enfants partiellement allaités étaient plus souvent nés d'une primipare, par césarienne, et/ou sous péridurale. La perte de poids était en moyenne de $5,09 \pm 2,89\%$, pour une durée de séjour en maternité de $2,5 \pm 1,25$ jours après la naissance. L'alimentation de l'enfant avait un impact important, et la perte de poids était en moyenne de $5,49 \pm 2,6\%$ chez les enfants exclusivement allaités, de $5,51 \pm 3,02\%$ chez les enfants partiellement allaités, et de $2,43 \pm 2,12$ chez les enfants exclusivement nourris au lait industriel. Dans l'ensemble, 2,46% des nourrissons ont perdu plus de 10% du poids de naissance : 2,24% des bébés exclusivement allaités, 3,73% des enfants partiellement allaités, et aucun des enfants exclusivement nourris au lait industriel. Après le mode d'alimentation, le facteur qui avait l'impact le plus important sur la perte de poids était le fait d'avoir accouché sous péridurale : par rapport aux enfants des mères ayant accouché sans péridurale, ceux des mères qui avaient accouché sous péridurale perdaient en moyenne 0,5% de plus par rapport à leur poids de naissance. Plus le poids de naissance était élevé, plus le pourcentage de poids perdu était important (1% de plus pour chaque kg supplémentaire de poids de naissance). Les filles perdaient environ 0,4% de poids de plus que les garçons. La perte de poids était également plus importante chez les enfants nés légèrement prématurément (0,4% de perte supplémentaire pour chaque semaine d'avance).

La perte de poids constaté chez ces nourrissons à terme et en bonne santé correspondait à ce qui est considéré comme la norme. Il faut cependant noter que les mères ayant accouché par voie basse sortaient rapidement de maternité, et que ces formulaires ne suivaient pas l'évolution du poids après le retour au domicile. Par ailleurs, ces formulaires ne donnaient aucune information sur la

cause de la césarienne (programmée ou effectuée en urgence), sur la durée de l'accouchement, sur l'Appar à la naissance..., facteurs qui peuvent influencer la perte de poids. Le facteur qui avait l'impact le plus important sur la perte de poids était l'alimentation, les enfants allaités perdant davantage de poids. La perte de poids similaire chez les enfants exclusivement allaités et les enfants partiellement allaités est probablement en rapport avec le faible volume de complément (en moyenne 50 ml au total).

Ce qui se passe chez les enfants allaités doit être considéré comme la norme. De ce point de vue, la faible perte de poids des enfants exclusivement nourris au lait industriel soulève des questions, dans la mesure où l'alimentation du nourrisson peut avoir un impact à long terme sur le fonctionnement de son métabolisme. Cette perte de poids plus faible pourrait être la conséquence d'une suralimentation, susceptible de jouer un rôle dans l'apparition d'un surpoids par la suite. Il serait nécessaire de mener des études sur les relations entre la perte de poids pendant les premiers jours de vie et le risque de surpoids à long terme.

Impact de l'obésité maternelle sur l'allaitement

Maternal obesity impairs breastfeeding success in Danish women. Baker JL et al. 13th International Conference of the International Society for Research in Human Milk and Lactation. J Hum Lact 2007 ; 23(1) : 74. Mots-clés : allaitement, obésité maternelle.

Des études ont constaté que le surpoids et l'obésité avant la grossesse étaient corrélés à un taux plus bas de démarrage et à une durée plus courte de l'allaitement. Le but de cette étude était de voir dans quelle mesure cette corrélation existait également dans la population danoise, où l'allaitement est la norme.

Les auteurs ont analysé les données provenant d'une grande étude nationale prospective suivant des enfants à partir de leur naissance. Les données provenaient de 41 041 mères et leurs enfants, suivis jusqu'à 18 mois. 98% de ces femmes avaient allaité. Ces femmes ont été réparties en 5 groupes en fonction de leur index de masse corporelle (IMC). Les enfants ont également été répartis en groupes en fonction de la durée pendant laquelle ils avaient été exclusivement allaités (< / ≥ 16 semaines), et de la durée totale de l'allaitement (< 20 semaines, entre 20 et 36 semaines, et > 36 semaines).

Le surpoids maternel avait un impact négatif significatif sur la durée de l'allaitement. Par rapport aux femmes ayant un IMC dans les limites de la normale, les femmes présentant un surpoids modeste étaient 10,7% plus nombreuses à introduire des compléments plus rapidement que la moyenne ; ce taux était respectivement de 25,6% chez les femmes présentant une obésité modeste, de 20,5% chez les femmes présentant une obésité moyenne, et de 42,1% chez les femmes présentant une obésité importante. L'impact de l'obésité sur la durée totale d'allaitement était similaire. En revanche, un IMC inférieur à la normale n'avait pas d'impact significatif sur l'allaitement.

Les auteurs concluent que même dans une population où l'allaitement est la norme, l'existence d'un surpoids ou d'une obésité chez la femme a un impact négatif significatif sur la durée de l'allaitement. Cet impact est dose-dépendant : plus le surpoids est important, plus l'impact négatif sur l'allaitement est visible.

Modifications de la température cutanée des seins pendant la tétée

Changes in breast skin temperature during the course of breastfeeding. C Kimura, M Matsuoka. J Hum Lact 2007 ; 23(1) : 60-9. Mots-clés : tétée, température cutanée, seins, ocytocine.

On a constaté que la température cutanée des seins augmentait dès que la mère entendait son bébé pleurer, ou qu'elle décidait de le mettre au sein. On suppose que cela est en rapport avec la sécrétion d'ocytocine, qui augmente le flux sanguin au niveau des seins. Pendant la tétée, il y a des décharges régulières d'ocytocine, et le niveau plasmatique de cette hormone revient au taux antérieur à la mise au sein environ 6 mn après la fin de la tétée. Le but de cette étude japonaise était de mieux cerner les modifications de la température cutanée des seins par rapport à la tétée.

Une étude préliminaire a été effectuée sur 4 mères qui avaient accouché à terme, et qui allaitaient un bébé de 2 à 4 mois en bonne santé, afin de vérifier la faisabilité de l'étude, et la fiabilité des appareils de mesure. Un capteur thermique a été posé sur les seins, au niveau des quadrants supéro-internes, suffisamment loin du mamelon pour ne pas gêner la mise au sein, et l'évolution de la température a été enregistrée en temps réel toutes les 2 secondes pendant les 5 mn précédant la mise au sein, puis pendant 7 mn de tétée à chaque sein, et enfin pendant les 5 mn qui ont suivi la fin de la tétée. Cette phase a démontré la fiabilité du protocole d'étude.

L'étude principale a porté sur 11 mères primipares qui avaient accouché dans une maison de naissance (52 naissances par an). Au total 47 tétées ont été suivies entre la naissance et 8 semaines post-partum, entre 9 et 12 heures à chaque fois : J1-J2 pendant le séjour en maison de naissance, J4-J5, puis à 2, 4-6 et 7-8 semaines au domicile de la mère. Toutes les mères ont complété un journal pendant les 8 semaines de l'étude, où elles notaient la fréquence et la durée des tétées, la perception maternelle de ses seins (« remplissage », chaleur...), le don éventuel de compléments, les selles et les urines, et toute autre donnée souhaitée par la mère. A chaque suivi, les seins de la mère ont été examinés et palpés, et la mère a été interrogée sur le déroulement de l'allaitement. La température ambiante était mesurée et ajustée, ainsi que le degré d'humidité. La mère se mettait torse nu, et revêtait une chemise ouverte par devant. Les capteurs étaient ensuite posés. La température centrale de la mère et de l'enfant était mesurée. Au moins 5 mn après la pose des capteurs, l'enfant était mis au sein, et la température cutanée des seins était relevée comme décrit ci-dessus.

La température cutanée basale des seins augmentait significativement entre J1-J2 et le reste du suivi, pour passer de 34,213°C à 34,858°C en moyenne. En revanche, l'augmentation de la température cutanée pendant la tétée était moins importante à partir de J4-J5. A tous les moments du suivi, la température cutanée des seins augmentait à partir de la pose du capteur, 5 mn avant que l'enfant soit mis au sein. La température restait plus élevée dans les 2 seins pendant la tétée (y compris dans le sein qui n'était pas tété), puis pendant les 5 mn qui suivaient la fin de la tétée.

Le flux sanguin dans les artères thoraciques qui irriguent les seins augmente en réponse à la sécrétion d'ocytocine pendant la tétée. L'augmentation de la température basale cutanée des seins entre J1-J2 et le reste du suivi est très probablement en rapport avec l'augmentation de la circulation sanguine mammaire liée au lancement de la lactation. Cette augmentation de la température locale pourrait être utilisée comme marqueur d'un bon déroulement du stade II de la lactogénèse, parallèlement à la constatation par la

mère d'une augmentation de volume des seins et d'une augmentation de la production lactée. Il existe une composante psychologique dans la sécrétion d'ocytocine, et on sait que cette sécrétion peut être déclenchée par le fait d'entendre le bébé pleurer, ou le fait que la mère se prépare à le mettre au sein. De même, la persistance d'un taux plasmatique plus élevé d'ocytocine pendant les minutes qui suivent la tétée peut expliquer la persistance d'une température cutanée mammaire plus élevée.

Métabolisme osseux chez des mères gambiennes supplémentées en calcium pendant leur grossesse

Changes in bone turnover and calciotropic hormones in lactating Gambian women supplemented with calcium during pregnancy. Jarjou LMA et al. 13th International Conference of the International Society for Research in Human Milk and Lactation. J Hum Lact 2007; 23(1): 86-87. Mots-clés : grossesse, métabolisme osseux, supplémentation calcique, Gambie.

Les besoins en calcium augmentent chez la femme pendant la grossesse et l'allaitement, et on observe à ces périodes des modifications du métabolisme calcique pour répondre à cette demande accrue. Toutefois, l'essentiel des données actuelles sur le sujet provient d'études menées sur des femmes occidentales ayant des apports adéquats en calcium. On sait peu de choses sur ce qui se passe chez les femmes vivant dans un pays en voie de développement, et ayant des apports calciques bas. Les apports en calcium des femmes gambiennes sont d'environ 350 mg/jour, ce qui correspond à la quantité théoriquement nécessaire uniquement pour les besoins supplémentaires liés à la grossesse et à l'allaitement, ce qui est susceptible d'avoir un impact néfaste, à court et à long terme, sur la santé maternelle et infantile.

Les auteurs ont évalué le métabolisme du calcium chez 125 mères gambiennes incluses dans une étude prospective randomisée en double aveugle, destinée à rechercher l'impact de la prise quotidienne d'un supplément de 1500 mg de calcium versus un placebo, à partir de 20 semaines de grossesse et jusqu'à leur accouchement. Des échantillons de sang et d'urine ont été collectés chez toutes ces femmes à leur entrée dans l'étude, à 36 semaines de grossesse, et à 13 semaines post-partum.

Par rapport au taux constaté au début de l'étude, le taux urinaire de calcium était $59 \pm 15\%$ plus élevé à 36 semaines de gestation chez les femmes supplémentées, mais tous les autres paramètres mesurés étaient similaires dans les 2 groupes. A 13 semaines post-partum, on constatait des perturbations significatives de la régulation du métabolisme calcique chez les femmes qui avaient été supplémentées : taux de PTH plus bas de $17 \pm 9\%$ dans ce groupe, taux de $1,25(\text{OH})\text{D}$ plus bas de $9 \pm 5\%$, taux d'ostéocalcine plus bas de $11 \pm 7\%$, taux de phosphatases alcalines osseuses plus bas de $11 \pm 6\%$; le taux de calcitonine était plus élevé de $11 \pm 6\%$, la calciurie était plus élevée de $32 \pm 16\%$, la phosphaturie était plus élevée de $16 \pm 8\%$, et le taux urinaire de déoxyypyridinoline était plus élevé de $9 \pm 7\%$.

La supplémentation en calcium de femmes enceintes qui sont habituées à avoir de faibles apports calciques est susceptible de perturber la régulation du métabolisme calcique d'une façon néfaste. Les auteurs prévoient d'étudier les implications à long terme de leurs constatations pour la santé osseuse des femmes.