Cas cliniques ... cas cliniques

Impact des sévices sexuels sur l'allaitement

Sexual abuse and breastfeeding. SK Klingelhafer. J Hum Lact 2007 ; 23(2) : 194-7.

Un rapport publié en 1993 estimait que 25 à 40% des femmes avaient subi des sévices sexuels pendant l'enfance. Ils induisent un état chronique d'hypervigilance et de stress, qui affecte la santé physique et émotionnelle de la femme. L'auteur travaille dans un centre du programme WIC (programme d'aide alimentaire) dans l'Ohio (USA). Elle s'est intéressée à l'impact que pouvaient avoir ces sévices sur l'allaitement. L'auteur présente plusieurs cas de mères ayant subi des sévices sexuels.

L'auteur a vu Carrie en période prénatale pour un suivi de routine. Elle a affirmé ne pas vouloir allaiter, car elle trouvait cela dégoûtant. L'auteur lui a demandé si elle acceptait de réfléchir à la raison pour laquelle elle avait cette vision de l'allaitement, et lui a dit qu'elle se demandait dans quelle mesure il existait un rapport entre cette perception et le fait d'avoir subi des sévices sexuels. Carrie a alors raconté qu'elle avait effectivement subi ce type d'abus lorsqu'elle avait 5 à 6 ans. L'auteur a engagé avec elle une discussion sur les raisons pour lesquelles le fait d'allaiter lui semblait inenvisageable, au contraire d'une utilisation érotique des seins, alors que l'allaitement était la fonction physiologique des seins. Carrie a répondu que la sexualité se jouait entre adultes, tandis que l'allaitement impliquait le bébé, et que si la mère allaitait, le bébé n'avait pas le choix, et il était obligé de subir le contact du sein maternel. Elle était heureuse que le bébé qu'elle attendait soit un garçon, car elle pensait qu'elle n'aurait pas été capable de changer la couche d'une petite fille, ou de la laver. L'auteur a suivi cette mère après la naissance. Elle était apparemment une mère affectueuse et attentionnée. La croissance du bébé a été normale, mais pendant sa première année il a souffert de fréquentes otites et infections respiratoires, et il a été hospitalisé une fois pour pneumonie.

Elle a également connu Teresa à l'occasion d'une visite prénatale de routine pour son second enfant. Cette mère envisageait de tirer son lait pour le donner à son bébé au biberon. L'auteur lui a dit que c'était effectivement possible, mais que cela prenait a priori plus de temps que de mettre le bébé directement au sein. Elle a discuté avec elle du fait que certaines mères qui souhaitent que le bébé reçoive leur lait mais ne veulent pas le mettre au sein avaient, dans son expérience professionnelle, subi des sévices sexuels. Teresa a reconnu qu'entre 12 et 16 ans, elle avait été régulièrement battue et violée par son beau-père et son oncle. Après la naissance de son premier enfant, elle avait éclaté en sanglots lorsqu'on le lui avait mis au sein, et avait demandé à le nourrir au biberon. Elle savait que l'allaitement est une fonction naturelle, ni sale ni anormale, mais elle ne supportait pas l'idée de mettre une partie de son corps dans la bouche de son bébé. L'idée de tirer son lait pour le donner au biberon était la conséquence de la pression exercée sur elle par sa belle-famille, et de son souhait de faire au mieux pour son bébé.

L'auteur a été contactée par une conseillère en allaitement de leur centre au sujet d'une mère qu'elle suivait. Cette mère avait 2 petites filles de 3 et 6 ans, et un petit garçon de 2 semaines. Les 2 petites filles avaient été violées par le compagnon de la mère et par un oncle. La mère et ses enfants étaient suivis par un service social, qui avait dit à la mère qu'elle ne devait pas allaiter son fils devant ses 2 filles. La mère ne voyait pas pour quelle raison on mettait une telle restriction à l'allaitement. L'auteur a donc contacté l'assistante sociale qui suivait cette famille. Cette dernière a rapporté que les 2 petites filles, outre un comportement typique des jeunes enfants ayant subi des sévices sexuels, dessinaient des seins « partout » lorsqu'elles étaient à l'école, ce qui perturbait l'enseignant. Elle en avait déduit que la vision de leur mère en train d'allaiter était à l'origine de ce comportement. L'auteur a discuté avec l'assistante sociale du fait que dissimuler l'allaitement amènerait au contraire les 2 petites filles à croire que ce dernier était un sévice sexuel, que leur mère faisait subir à leur petit frère. Elle a également discuté avec elle des autres moyens de gérer le comportement des fillettes à l'école. En résultat, l'assistante sociale a supprimé les restrictions à l'allaitement.

Suite à ce cas, l'auteur a été mise en contact avec l'assistante de direction des services sociaux de l'état, pour discuter des relations entre les sévices sexuels et l'allaitement. Cette responsable n'avait encore jamais eu l'occasion de prendre en compte l'allaitement chez une mère ayant subi des sévices sexuels. Par la suite, elle a toutefois eu connaissance d'un cas où un enfant qui avait subi de tels sévices était devenu hystérique en voyant sa mère allaiter ; entre autres sévices, cet enfant avait subi des morsures des mamelons. L'auteur a également assisté aux réunions d'un groupe de soutien aux femmes ayant subi des sévices sexuels. Toutes les mères de ce groupe avaient allaité, et la plupart d'entre elles estimaient que la maternité et l'allaitement les avaient aidées à se réapproprier leur corps. De plus, le soutien du groupe avait un puissant effet réparateur, même si elles estimaient que les sévices subis avaient changé leur vie. Une mère de 5 enfants, tous allaités, disait par exemple qu'elle n'aurait probablement jamais eu autant d'enfants si elle n'avait pas été violée. Les enfants de ces mères sont eux-mêmes des survivants secondaires des sévices subis par leurs mères.

Ces cas peuvent nous donner un aperçu de la façon dont les antécédents de sévices sexuels peuvent affecter le choix de la mère concernant la façon dont elle nourrira son bébé. Ces mères veulent protéger leur enfant de ce qu'elles ont elles-mêmes subi. Certaines pourront se souvenir de ce qu'elles ont vécu seulement après la naissance, qui peut faire ressortir les souvenirs et libérer les émotions. La promotion de l'allaitement est nécessaire, mais elle doit respecter le vécu de ces mères. Bien sûr, toutes les mères qui ne souhaitent pas allaiter n'ont pas été violées, mais nous ne pouvons pas savoir ce qu'une femme donnée a vécu. Les mères suivies par l'auteur étaient heureuses de parler de leur vécu. Elles souhaitaient être comprises, et être perçues comme de bonnes mères. Il est important que ces femmes puissent bénéficier d'un soutien approprié, et qu'elles soient référées aux personnes ou organisations compétentes pour ce faire si nécessaire.

Utilisation inappropriée d'un tire-lait

Response to Geraghty et al regarding the use of pumps and breastfeeding. SA Lederman, J Hopkinson. J Hum Lact 2006 ; 22(4) : 387.

L'article de Geraghty et al (J Hum Lact 2005, 413-20) évaluait la prévalence de l'expression du lait par des mères allaitant un enfant né à terme et en bonne santé, et posait la question de l'impact éventuel de cette pratique. Les auteurs présentent un cas où l'utilisation d'un tire-lait s'est faite au détriment de l'allaitement.

Une mère a accouché de jumeaux à 37,5 semaines de grossesse. L'un des bébés est resté avec sa mère, tandis que l'autre était admis en néonatalogie le jour de sa naissance pour un problème mineur. Lorsque la mère a dit qu'elle souhaitait allaiter, on lui a dit qu'on allait lui apporter un tire-lait, pour « lancer sa lactation ».

La mère a donc commencé à tirer son lait, qui était donné au biberon à ses bébés, qui recevaient par ailleurs du lait industriel. La mère a mis au sein à plusieurs reprises le bébé qui était resté avec elle, mais elle a rapidement eu les mamelons douloureux, et on lui a dit alors d'espacer les mises au sein, et de continuer à tirer son lait. La consultante en lactation du service a expliqué à la mère que la cause des douleurs des mamelons était que son bébé avait une bouche trop petite ; aucune autre cause possible n'a été recherchée. Le bébé admis en néonatalogie est revenu en maternité le jour de la sortie de la mère, et il n'a pas été mis au sein une seule fois. La mère a loué un tire-lait électrique automatique dès son retour à la maison.

La mère a tenté de mettre ses bébés au sein pendant les 2 jours suivants, et la consultante en lactation qui est venue la voir à son domicile pour le problème persistant de mamelons douloureux lui a dit de continuer à tirer son lait jusqu'à ce que les mamelons soient guéris, même s'il n'y avait aucune crevasse visible. A 6 semaines post-partum, la mère ne mettait toujours pas ses enfants au sein. Ses mamelons étaient toujours douloureux, et elle attendait de ne plus avoir mal pour tenter une remise au sein. Personne n'a envisagé la possibilité que le problème de mamelons douloureux était dû non pas aux mises au sein, mais au tire-lait. Elle tirait de moins en moins de lait, et à partir de 10 à 12 semaines ses bébés ont été totalement nourris au lait industriel.

Pour cette mère, tirer son lait était désagréable, et cela lui prenait du temps. Toute son expérience d'allaitement s'étant résumée à cela, elle a de l'allaitement le vécu d'une chose désagréable et faisant perdre beaucoup de temps.

Alimentation au lait humain d'un bébé souffrant d'amyotrophie spinale

The miracle of breast milk – A recipient profile. DJ Miracle, M Tagge. HMBANA Matters 2007 ; 4 : 6.

L'amyotrophie spinale est une pathologie autosomique récessive qui touche environ 1/10.000 enfants. Dans plus de 50% des cas, l'enfant décède avant l'âge de 2 ans. Le principal problème est l'atrophie musculaire, en particulier celle des muscles respiratoires, qui rend ces bébés particulièrement fragiles devant les infections respiratoires. Veiller à ce que ces bébés aient un statut nutritionnel optimal est très important. Le meilleur choix pour leur alimentation est le lait maternel exprimé. En l'absence de lait maternel, ou si la mère n'arrive pas à en tirer suffisamment, le lait humain provenant d'un lactarium peut être utilisé. Le lactarium de l'Indiana a fourni du lait humain pour 2 bébés souffrant d'amyotrophie spinale.

Cette petite fille a commencé à perdre du poids et à souffrir de troubles respiratoires. Les changements de marque de lait industriel n'ont induit aucune amélioration, et les tentatives pour enrichir ces laits en divers éléments ont aggravé son état clinique. Sa croissance pondérale a été nulle pendant 6 mois, en dépit de la mise sous assistance respiratoire. La famille a enfin réussi à obtenir qu'elle reçoive du lait humain. 2 semaines après avoir commencé à en recevoir, les problèmes respiratoires s'amélioraient, et l'enfant avait recommencé à prendre du poids. Elle a pu sortir du service de néonatalogie, et elle n'a plus été hospitalisée depuis qu'elle reçoit du lait humain. Elle est âgée de 4 ans. Sa prise de poids est considérée comme satisfaisante étant donné sa maladie, et les médecins qui la suivent attribuent cet état de fait au lait humain qu'elle continue à recevoir.

L'autre petite fille a reçu le lait tiré par sa mère pendant 8 mois. Peu de temps après le sevrage, elle a commencé à être malade, et à présenter des infections respiratoires et des allergies alimentaires. Le médecin qui la suivait a donc prescrit du lait humain comme partie intégrante de son traitement. Cela a permis la reprise de la croissance, et la disparition des pathologies infectieuses, chez cette enfant maintenant âgée de 3 ans. D'après l'expérience acquise avec ces 2 fillettes, il semble que le mieux pour l'alimentation des bébés souffrant d'amyotrophie spinale est le lait humain apportant environ 75 kcal/100 ml, un apport calorique plus élevé semblant induire davantage de troubles digestifs.

Douleur mammaire chronique chez une mère allaitante

A breastfeeding mother with chronic breast pain. A Eglash, R Proctor. Breastfeed Med 2007 ; 2(2) : 99-104.

Cette primipare de 31 ans a accouché après une grossesse normale, à terme et par voie basse. Le bébé a présenté des difficultés respiratoires en post-partum immédiat, et il a été transféré en néonatalogie, où il est resté pendant 5 jours. La mère a tiré son lait régulièrement à l'aide d'un modèle hospitalier de tire-lait électrique automatique pendant les 3 premiers jours, et la première mise au sein est survenue à J3. Dès les premières mises au sein, la mère a commencé à présenter des crevasses sur les mamelons.

A 3 semaines, devant la douleur persistante, elle a contacté son médecin traitant, qui lui a prescrit un premier traitement de 3 jours avec du fluconazole, puis un second traitement de 14 jours supplémentaires. La mère a également demandé l'avis d'une consultante en lactation, qui a constaté l'existence d'une mastite au niveau du sein gauche, pour laquelle le médecin traitant a fait une prescription de céphalexine, 500 mg 4 fois par jour pendant 10 jours. A 5 semaines post-partum, devant la persistance des problèmes de mamelons et de seins douloureux, la mère est venue consulter.

Les douleurs à type d'élancement en profondeur dans les seins avaient disparu suite au traitement par fluconazole, et la mastite avait guéri. Les mamelons étaient douloureux, tout particulièrement du côté gauche. La mère décrivait également une douleur profonde, qui était plus importante après la tétée. Elle avait une production lactée abondante. Elle ne mettait son bébé au sein que 2 fois par jour, en raison de la douleur que cela induisait. Le reste du temps, elle tirait son lait, ce qui était moins douloureux que les tétées. Elle n'avait aucun antécédent médical particulier. Elle continuait à prendre les vitamines prescrites en période prénatale, et elle prenait 400 mg d'ibuprofène toutes les 4 à 6 heures pour traiter la douleur. Le bébé était en parfaite santé, et sa prise de poids était excellente.

A l'examen, on constatait de petites crevasses sur les mamelons, plus importantes du côté gauche. La palpation des seins était normale. L'expression manuelle à partir des 2 seins était très douloureuse. Les seins ont été nettoyés avec une compresse mouillée avec du sérum physiologique, et des prélèvements ont été effectués pour examen bactériologique. La succion du bébé était normale, il ne présentait aucune anomalie au niveau du palais ou de la langue, et n'avait pas de muguet. La mise au sein était correcte, et le bébé s'avérait efficace au sein. Les mamelons n'étaient pas déformés après la tétée. La bactériologie était négative, avec uniquement croissance modérée d'une flore cutanée.

Les causes de douleurs persistantes au niveau des mamelons et des seins peuvent être difficiles à élucider. Elles peuvent être dues à des traumatismes mammaires (inexpérience maternelle, succion inadéquate…), à une dermatose, à un vasospasme, à une surinfection bactérienne, virale ou mycosique, à la survenue d'une nouvelle grossesse (douleur survenant plus tardivement). Le diagnostic posé chez cette mère à l'occasion de cette consultation était celui d'infection bactérienne des canaux lactifères, d'une part en raison de l'absence de signes de dermatose, de candidose ou de vasospasme, et d'autre part en raison des crevasses persistantes et de la survenue d'une mastite. La mère étant allergique aux pénicillines, on lui a prescrit de la clindamycine, 300 mg 4 fois par jour pendant 2 semaines.

13 jours plus tard, la douleur avait beaucoup diminué, et la mère mettait son bébé au sein un repas sur deux. Les crevasses étaient en cours de guérison. On lui a prescrit à nouveau 2 semaines de clindamycine. Mais après ce délai, aucune amélioration supplémentaire n'était survenue, et il y avait toujours des crevasses sur le mamelon droit. Le traitement par clindamycine a été prolongé, et on y a ajouté du fluconazole. 2 semaines plus tard (et après 6 semaines de clindamycine), il n'y avait toujours aucune amélioration supplémentaire, et l'examen clinique restait inchangé. Il a été décidé d'arrêter la clindamycine et le fluconazole, et de débuter un traitement par azithromycine, 500 mg/jour pendant 5 jours. Une nette amélioration a été rapportée par la mère, et ce traitement a été prolongé de 2 fois 5 jours. Au bout de 15 jours de traitement par azithromycine, la mère ne présentait plus aucune douleur, et elle allaitait exclusivement son bébé directement au sein. Un suivi 2 mois plus tard a constaté l'absence de récidive.

D'après l'expérience professionnelle des auteurs, 4 à 8 semaines d'antibiothérapie couvrant le Staphylocoque doré (même si la bactériologie est négative) sont habituellement nécessaires en cas de suspicion d'infection profonde des canaux lactifères. L'efficacité d'un antibiotique peut être très variable d'une femme à l'autre ; en l'absence d'amélioration franche au bout de 2 à 3 semaines d'antibiothérapie, il sera nécessaire de changer le traitement. Les macrolides (comme l'érythromycine) pénètrent bien dans les bactéries, et peuvent agir en synergie avec les protéines cationiques locales. C'est peut-être la raison pour laquelle l'azithromycine s'est avérée efficace dans ce cas, alors que la céphalexine, qui agit au niveau de la membrane bactérienne, a échoué.

Les femmes présentant des douleurs chroniques au niveau des mamelons et/ou des seins représentent un défi pour les professionnels de santé qui les suivent. En pareil cas, il est indispensable de faire un interrogatoire détaillé et un examen clinique soigneux. Dans tous les cas où une cause n'est pas évidente devant l'historique et les signes cliniques, une infection doit être envisagée.

Hors Série JIA 2008
Tous les textes des interventions

Commandes :
Françoise RAILHET
68 av PV Couturier
93330 Neuilly sur Marne
Paiement à l'ordre de LLLF
10 € port compris

Présence de germes dans le lait : est-ce réellement un problème ?

C Dupuy. Saintes (17)

Après une grossesse parfaitement normale, cette primipare a accouché d'une petite fille née à terme et par voie basse en mars 2006. L'allaitement a bien démarré. Toutefois, 3 jours après sa sortie de maternité (J8), la mère a présenté des céphalées et une fièvre importante, avec douleur au niveau du sein droit. La sage-femme qui effectuait le suivi à domicile a diagnostiqué un engorgement, et prescrit un traitement homéopathique (Apis 15CH, Bryona 15CH) ainsi qu'une pommade en application locale, traitement qui a résolu le problème.

6 semaines plus tard, la mère a présenté un nouvel épisode de fièvre et de douleur au niveau du sein droit. Le médecin a tout d'abord conclu à un engorgement, mais a prescrit une bactériologie du lait « par précaution ». Il a également demandé à la mère de suspendre l'allaitement. La mère a donc commencé à tirer son lait et à le jeter, avec pour objectif de reprendre l'allaitement au plus tôt, la petite fille recevant un lait industriel donné au biberon, facilement accepté.

La bactériologie a constaté la présence d'un Staphylocoque doré. Le médecin a prescrit un traitement par ofloxacine pendant 10 jours, avec poursuite de la suspension de l'allaitement. La nouvelle bactériologie effectuée après ce traitement a retrouvé le Staphylocoque doré, ainsi qu'un Entérocoque fécal. La mère ne présentait plus aucun signe local ou général de mastite, mais elle était très fatiguée, et elle était à 3 kg en-dessous de son poids antérieur à la grossesse. Le médecin a prescrit un nouveau traitement par sulfaméthoxazole-triméthoprime pendant 15 jours, avec poursuite de la suspension de l'allaitement. La mère, très motivée, a continué à tirer son lait régulièrement.

Après 12 jours de ce nouveau traitement, la mère a recommencé à avoir de la fièvre, ainsi qu'une éruption cutanée, effets secondaires induits par le traitement, que la mère a décidé d'arrêter. 24 heures après l'arrêt du traitement, la mère a proposé le sein à sa fille, qui l'a pris immédiatement. La mère a ensuite poursuivi l'allaitement sans problème.

Le médecin n'a prescrit aucune bactériologie supplémentaire. Il est donc tout à fait possible que les germes retrouvés par les 2 premières bactériologies soient restés présents. Le lait maternel n'est pas stérile, et la présence de germes n'est pas en soi un problème dans la grande majorité des cas. La petite fille n'a présenté aucun signe d'infection. La mère a su par la suite que les traitements qui lui avaient été prescrits ne nécessitaient pas de suspension de l'allaitement. Elle a continué à allaiter après la reprise du travail à 4 mois 1/2, en tirant son lait pour que sa fille le reçoive chez la nourrice, et elle l'a complètement sevrée le jour de ses 15 mois.

Alimentation de grands prématurés avec du lait humain

Going the extra mile to make a difference. A Vickers, B Vastine.
HMBANA Matters 2007 ; 4 : 4, 8.

Ce bébé est né à 26 semaines d'âge gestationnel. Pendant son hospitalisation en néonatalogie, il a présenté de nombreuses complications, incluant une entérocolite ulcéronécrosante pour laquelle une résection chirurgicale a été nécessaire. Après cette chirurgie, le bébé ne tolérait absolument aucun lait industriel, et il était exclusivement nourri par voie parentérale. Ce bébé n'aLa famille qui devait accueillir l'enfant après sa sortie de néonatalogie élevait déjà les 2 sœurs aînées de cet enfant, qu'elle avait adoptées. La mère d'accueil (la mère biologique ne souhaitant pas garder l'enfant) connaissait les bénéfices de l'allaitement, et elle a commencé à se renseigner sur la possibilité que le bébé reçoive du lait humain provenant du lactarium local. Elle a fait le tour de toutes les personnes de l'équipe soignante pour leur en parler. Cela n'a pas été facile de les convaincre du fait que cela méritait d'être essayé, mais l'équipe a fini par accepter. Dès que le bébé a commencé à recevoir du lait humain, il a commencé à prendre du poids, et l'alimentation parentérale a été rapidement stoppée. Il a pu sortir de néonatalogie.

La mère biologique a accouché 10 mois plus tard d'un nouvel enfant prématuré, né à 24 semaines de gestation, et qui pesait seulement 625 g. La famille d'accueil a été recontactée pour savoir si elle accepterait d'accueillir ce nouvel enfant. La mère d'accueil connaissait bien le personnel du service de néonatalogie, et elle a immédiatement demandé à ce que ce nouveau bébé soit nourri exclusivement avec du lait humain dès qu'il commencerait à être alimenté par voie orale. En dépit d'un poids de naissance très bas, ce bébé a bien grossi, n'a pas présenté de complication notable, et il est sorti de néonatalogie à 11 semaines post-partum. La détermination de cette mère concernant le don de lait humain a eu un autre impact bénéfique : le service utilise maintenant régulièrement du lait humain provenant du lactarium pour les nourrissons hospitalisés.

Cette famille d'accueil, qui a 3 enfants biologiques outre les 2 fillettes déjà adoptées, a commencé les démarches pour adopter pour ces 2 derniers enfants (ils auront alors adopté 4 enfants d'une même fratrie).

Allaitement de quadruplés

« Exclusive » breastfeeding of quadruplets. CM Berlin. Breastfeed Med 2007 ; 2(2) : 125-26.

Il n'est pas exceptionnel de voir des mères allaiter exclusivement des jumeaux, voire des triplés. Cet article est le premier qui rapporte l'allaitement « exclusif » de quadruplés. Exclusif entre guillemets, dans la mesure où l'un des enfants souffre de phénylcétonurie, et qu'il doit recevoir une faible quantité d'un lait spécial sans phénylalanine pour maintenir un taux sérique de phénylalanine entre 2 et 6 mg/dl.

La mère avait allaité exclusivement son premier enfant pendant 4 mois, moment auquel on a découvert chez elle un choriocarcinome, traité par vincristine et méthotrexate pendant 4 mois. Son second enfant a été exclusivement allaité pendant 7 mois. En 2005, le couple a tenté une fertilisation in vitro, avec pour résultat l'attente de quadruplés. Les bébés sont nés à terme, en novembre 2005 : 3 filles pesant 2239 g, 1332 g (ces 2 enfants étant de vraies jumelles) et 2466 g, et un garçon pesant 2268 g. Chez ce dernier, le test de dépistage en routine de la phénylcétonurie était positif, et ce diagnostic a été confirmé. Les 3 petites filles ont reçu uniquement du lait maternel pendant leur séjour en néonatalogie, tandis que le petit garçon recevait également 30 à 55 ml par jour de lait spécial sans phénylalanine pendant ses 6 premières semaines de vie (Lofenalac).

Les enfants sont sortis de néonatalogie à environ 4 semaines post-partum. Au fur et à mesure qu'il grandissait, le petit garçon recevait davantage de lait spécial pour couvrir ses besoins protidiques croissants. Sauf exception, son taux sérique de phénylalanine s'est maintenu dans les limites souhaitées. Il a commencé à consommer des solides à 4 mois. 2 des petites filles ont été exclusivement allaitées jusqu'à 8 mois, la 3ème ayant commencé les solides à 6 mois 1/2. A 12 mois, le lait maternel restait le seul lait consommé par les 4 enfants. 2 des petites filles avaient une croissance inférieure au 3ème percentile, la 3ème et le petit garçon étaient environ au 25ème percentile. Les 4 enfants étaient en bonne santé, et leur développement était normal.

La capacité de production de la mère était remarquable. Pendant le séjour de ses enfants en néonatalogie, elle arrivait à tirer au moins 510 ml de lait toutes les 4 heures, et environ 3250 ml tous les jours. Le volume de ses seins a très fortement augmenté pendant cette lactation. Un bénéfice accessoire pour cette mère est que ce quadruple allaitement lui a permis de perdre près de 30 kg. Ce cas illustre la capacité des seins à ajuster la production lactée à la demande.

Accoucher, tire-allaiter, tire-amour

I Steffan. Animatrice LLL France. Angers (49).

Après une grossesse sereine et parfaitement normale, cette mère a accouché par voie basse sans aucun problème. Une première tentative de mise au sein en salle de naissance échoue : la petite fille ne veut pas téter. Deux heures plus tard, alors que la mère est installée dans sa chambre avec sa fille, celle-ci manifeste le désir de téter, mais semble gênée, puis soudainement s'étouffe, et émet des glaires. L'enfant est emmenée pour aspiration, puis ramenée à sa mère. Mais 2 heures plus tard, à nouveau l'enfant s'étouffe avec ses glaires, et on l'aspire à nouveau.

Le lendemain, on annonce à la mère qu'elle souffre d'une importante fente palatine. Le pédiatre précise à la mère que la fente pourra être corrigée chirurgicalement, mais qu'avant l'opération sa fille sera fragile, et que son alimentation sera très difficile. La petite fille n'arrive pas du tout à prendre le sein, et elle est admise en service de néonatalogie (près du service de maternité). La mère décide alors de tirer son lait. Au départ, elle ne tirait que 5 ml à chaque fois. Pendant les 15 premiers jours, elle tirait 10 mn par sein au moins 6 à 8 fois par jour. Après la montée de lait, la quantité a rapidement augmenté. Ce lait était donné au début à la seringue, puis au biberon avec un débit important, la petite fille ayant une succion peu efficace.

Après le retour au domicile, la mère loue un tire-lait à double pompage, et tire son lait 4 fois par jour à intervalles réguliers. Jusqu'à environ 6 mois, elle a tiré quotidiennement environ 850 ml de lait en 4 séances d'expression. Elle congelait le surplus, et en donnait une partie au lactarium de Nantes. La petite fille a présenté une otite à 1 mois et une seconde à 6 mois, 15 jours avant l'opération ; elle était par ailleurs en bonne santé. La chirurgie réparatrice s'est bien passée. La petite fille ne pouvait rien boire les premiers jours, elle a recommencé à s'alimenter au 4ème jour à la pipette, puis à la cuillère et à la timbale avec bec verseur. Pendant l'hospitalisation, la mère a tiré son lait moins souvent, et elle était plus fatiguée. Elle a présenté une baisse importante de la lactation, et a recommencé à tirer son lait 6 fois par jour pendant 3 jours, avant de revenir à 4 fois par jour. Elle a également tenté de mettre son enfant au sein, mais sans succès.

A 8 mois post-partum, la mère décide de ne plus tirer son lait que 3 fois par jour, et obtient ainsi quotidiennement 700 ml, l'enfant commençant à manger des purées. A 10 mois, la mère passe à 2 séances d'expression par jour, et obtient 600 à 700 ml de lait ; puis une fois, en obtenant environ 250 ml de lait, la petite fille commençant par ailleurs à recevoir du lait industriel. La mère a apprécié d'avoir pris un congé parental d'un an (qu'elle a ensuite décidé de prolonger), ce qui lui a permis de s'occuper plus sereinement de sa fille. Toute situation où les parents voient leur enfant en souffrance est difficile à vivre et vue comme injuste. Mais cela peut se gérer. L'essentiel est de trouver l'énergie d'accompagner l'enfant au mieux.