

Cas cliniques ... cas cliniques

Les malformations respiratoires : une cause méconnue de problèmes d'alimentation

Respiratory malformations : an underrecognized cause of feeding difficulty.

C Watson Genna. Breastfeed Abs 2007 ; 26(2) : 9, 11.

Pour se nourrir, un bébé doit savoir coordonner sa succion, sa déglutition et sa respiration. Un nourrisson normal a 30 à 40 mouvements respiratoires par minute. Le cycle respiration/succion/déglutition prend environ 1 seconde, il y a environ 15 à 20 cycles dans un épisode de succion, qui sera suivi d'une pause respiratoire. Pendant la tétée, les nourrissons en bonne santé avalent à la fin de l'inspiration ou de l'expiration. La déglutition chez les enfants nourris au biberon est beaucoup plus variable, la coordination étant moins bonne que chez les enfants allaités. Les pauses respiratoires permettent à l'enfant de maintenir son niveau de saturation en oxygène. Si le lait coule trop rapidement pour les capacités de déglutition de l'enfant, il aura beaucoup plus de mal à respirer, et cela augmentera le risque de fausse route.

Les enfants qui ont un rythme respiratoire de base élevé, ou les enfants qui ont des problèmes respiratoires, auront des difficultés pour se nourrir. Les épisodes de succion seront plus courts (3 à 5 mouvements), et l'enfant aura besoin de pauses respiratoires plus fréquentes. La respiration pourra être anormale entre les salves de mouvements de succion : trop rapide, rauque, stridente... en fonction du problème. Les repas seront donc plus longs. Avec de la patience, la mère pourra bien souvent surmonter ces difficultés, mais certains problèmes sont au-delà des capacités d'adaptation de la mère et de l'enfant.

L'existence d'un stridor augmente les besoins en oxygène de l'enfant pendant les repas, les pleurs, l'agitation, ainsi que dans la position couchée sur le dos. La difficulté de l'enfant à obtenir suffisamment d'oxygène se manifestera au niveau de ses expressions faciales, et il pourra présenter un tirage intercostal et sus-sternal, un battement des ailes du nez. Si ces efforts sont insuffisants, une cyanose pourra survenir. Ces efforts respiratoires augmentent également le risque de reflux. La laryngomalacie (ou stridor congénital) est l'anomalie du larynx la plus fréquente, et des signes tels qu'un stridor intermittent ou un tirage pourront ne pas apparaître avant 2 semaines post-partum. Elle correspond à une bascule des replis ary-épiglottiques pendant l'inspiration, qui entraîne une obstruction relative de la voie aérienne. Ce problème est habituellement bénin, et il disparaît spontanément entre 18-24 mois. Toutefois, jusqu'à 10% des enfants pourront avoir besoin d'un traitement pour prévenir des obstructions pharyngées récidivantes, ou une stagnation staturopondérale. La trachéomalacie est plus rare, mais son impact sur l'allaitement sera plus sévère. Les anneaux cartilagineux qui constituent la trachée peuvent être trop mous et/ou malformés, et il y aura collapsus trachéal à l'expiration, sous l'effet de l'augmentation de la pression intra-thoracique. Le stridor est plus souvent expiratoire, et la détresse respiratoire et ses manifestations cliniques sont souvent plus importantes qu'en cas de laryngomalacie.

Bien que la laryngomalacie ait été identifiée comme une cause de problèmes d'allaitement, le praticien ne pensera pas toujours à une malformation respiratoire devant un bébé dont la prise de poids est mauvaise. L'abandon de l'allaitement exposera le bébé aux risques de fausse route avec du lait industriel (beaucoup plus agressif que le lait humain pour les muqueuses), alors que l'alimentation au biberon posera les mêmes problèmes, voire sera encore plus stressante pour ces enfants que la prise du sein. Des aménagements de la pratique d'allaitement pourront aider ces enfants à mieux gérer la situation.

Mettre l'enfant au sein dans une position où il sera sur le ventre et la tête en extension sera bien souvent efficace pour diminuer le stridor, et pour améliorer la coordination entre la succion, la déglutition et la respiration. La mère peut s'installer de façon à être penchée en arrière, le bébé étant couché sur le ventre en travers de sa poitrine. Elle soutiendra les épaules et la tête de son bébé afin d'augmenter l'extension de la tête, et de permettre à son bébé de lâcher facilement le sein s'il a besoin de faire une pause respiratoire. L'expression du lait sera conseillée si la production maternelle est basse et/ou si l'enfant n'arrive pas à obtenir suffisamment de lait au sein. La mère pourra trouver difficile en pratique de tirer son lait en plus des longues tétées. Des tétées plus courtes et fréquentes seront éventuellement à proposer. L'utilisation d'un galactogène sera envisagée au cas par cas.

Si l'enfant n'arrive pas à obtenir suffisamment de lait pendant les tétées, des méthodes alternatives d'alimentation peuvent être mises en œuvre : alimentation au doigt, alimentation au biberon avec une tétine à débit très lent, utilisation d'un matériel spécial comme le biberon de Haberman (Medela®). L'utilisation d'un DAL (dispositif d'aide à la lactation) peut aussi être envisagée avec prudence : ces enfants ne peuvent pas gérer un flot de lait abondant. Un suivi par une personne compétente en matière d'allaitement sera utile, ainsi que le soutien par un groupe de mères. Un reflux devrait être régulièrement recherché, et traité si nécessaire, car il aggravera le problème ; à noter qu'il n'y a pas de consensus précis en matière de traitement du reflux chez les enfants allaités.

La plupart du temps, ce type de problème respiratoire est bénin et spontanément résolutif, la difficulté la plus marquante étant l'alimentation. Un suivi régulier du poids sera indispensable, afin d'optimiser le statut nutritionnel du bébé et de protéger la production lactée maternelle. Si ces mesures sont insuffisantes, une évaluation approfondie sera indispensable : l'enfant peut souffrir d'un problème plus sérieux (compression, anomalie des arcs aortiques...) susceptible de nécessiter un traitement chirurgical.

Reprise de l'allaitement après la prise de cabergoline

Grazia De Fiore. Consultante en Lactation IBCLC, Association ConTatto a Catania (Mascalucia – Italie).

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 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 les mamelons. La pédiatre qui suivait l'enfant a recommandé le port de coupelles 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 indurés, en particulier le sein gauche. La mère n'avait pas de fièvre. Une tétée a été observée. En dépit d'une succion efficace et d'une « bonne » tétée, l'induration mammaire a persisté. En l'absence d'amélioration après 48 heures de suivi, la consultante en lactation a suggéré à la mère d'effectuer un prélèvement pour examen bactériologique. Le médecin a refusé ce prélèvement, et prescrit un traitement par amoxicilline.

Ce traitement n'a apporté aucune amélioration, et la consultante en lactation a proposé à la mère de passer une échographie, qui révélera la présence de 3 foyers d'abcédation au niveau du sein gauche. La mère est allée consulter un sénologue, qui a imposé un sevrage immédiat afin de drainer les abcès. La mère a pris 1,5 mg de cabergoline, et a subi le drainage chirurgical en ambulatoire.

Dès le lendemain de l'intervention, la mère a remis son bébé au sein. La quantité de lait industriel dont le bébé a eu besoin a augmenté rapidement, pour passer de 2 biberons le lendemain du drainage à 800 ml par jour 10 jours après l'intervention. Très frustrée d'avoir dû interrompre l'allaitement, la mère a mis son bébé au sein « toute la journée », pour maintenir au moins le contact physique de l'allaitement. Le bébé tétait volontiers le sein droit, mais refusait le sein gauche. A 2 mois et une semaine, la mère a commencé à diminuer la quantité de lait industriel donnée à son bébé. A 3 mois et une semaine, le bébé ne recevait plus qu'un seul biberon de lait industriel de 120 ml par jour. 5 jours plus tard, il était 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 accouchement. 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.

Guillaume – Réflexe d'éjection fort et refus de têter

Mme Frédérique VEAUX. Infirmière, Consultante en Lactation IBCLC, Chinon (37)

Les parents se présentent aux urgences avec leur bébé de 2 mois, pour « refus de têter » depuis 24 heures. C'est le second enfant de cette maman qui a allaité pendant 8 mois son premier enfant. L'enfant est né par déclenchement 3 semaines avant le terme. Le démarrage de l'allaitement en maternité se passe bien, et le bébé a repris son poids de naissance à J7. Pendant la semaine précédant l'hospitalisation, la durée des tétées a régulièrement diminué. Le bébé lâche le sein, rejette la tête en arrière, et se met à hurler.

J'observe une tétée. La maman met au sein son bébé encore endormi. La position au sein est bonne, ainsi que la prise en bouche. Le bébé déglutit très bruyamment, il s'étrangle, avale

de travers, lâche le sein en recrachant du lait, se met à hurler et refuse de reprendre le sein. Je demande à la maman de presser son sein, et un abondant jet de lait en jaillit. J'explique à la maman qu'elle a un réflexe d'éjection fort, et comment le gérer : donner un seul sein par tétée, vider un peu le sein manuellement avant chaque tétée, redonner le même sein plusieurs fois de suite (à ajuster en fonction du comportement du bébé). Le bébé sort du service au bout de 24 heures, et je propose un suivi téléphonique.

A 6 mois, le bébé est toujours allaité, et il a commencé à recevoir des solides. Sa prise de poids est bonne.

Régression d'une mastite lymphocytaire après la grossesse et l'allaitement

Regression of the fibrous disease of the breast in a non-diabetic woman after pregnancy and breastfeeding. Pereira MA et al. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2007 ; 51(9) : 1539-43.

La mastite lymphocytaire (mastopathie fibreuse, ou mastopathie diabétique) est une pathologie bénigne dont la symptomatologie est évocatrice d'un cancer du sein, à l'examen clinique, à la mammographie et à l'échographie. Sa pathogenèse est inconnue, et probablement multifactorielle. Elle se traduit par la présence de masses dures, mal délimitées, uniques ou multiples, uni ou bilatérales. L'IRM révélera habituellement sa nature bénigne, qui sera confirmée par la biopsie. Les auteurs rapportent le cas d'une femme présentant une mastite lymphocytaire qui a disparu après la grossesse et l'allaitement.

Cette femme de 30 ans a été vue en consultation pour une masse mammaire devenue palpable 1 mois auparavant, de croissance rapide. Elle était en bonne santé, n'avait pas d'antécédents personnels particuliers, mais une tante du côté paternel et sa grand-mère maternelle avaient eu un cancer du sein. A l'examen, on retrouvait une tumeur mal définie et fixée

d'environ 2 cm de diamètre dans le sein droit. Le bilan (mammographie, échographie, IRM et biopsie) a permis le diagnostic de mastite lymphocytaire. Le bilan biologique était parfaitement normal, y compris la glycémie et le test de tolérance orale au glucose (ce type de mastite est essentiellement rencontré chez les femmes diabétiques). Un suivi régulier a été décidé.

6 mois plus tard, elle a débuté une grossesse, qui s'est déroulée normalement. En particulier, elle n'a pas présenté de diabète gestationnel. Elle a accouché à terme d'un enfant en bonne santé. Elle a allaité exclusivement pendant 6 mois, et a sevré à 7 mois. Le suivi échographique des seins pendant la grossesse et l'allaitement a permis de constater une diminution du volume de la lésion. Au bilan effectué après le sevrage, plus aucune masse n'était palpable, ni détectable à l'échographie. 3 ans plus tard, aucune récurrence n'était constatée.

Démarrage et poursuite de l'allaitement malgré une pathologie cardiaque

Mme Frédérique VEAUX. Infirmière, Consultante en Lactation IBCLC, Chinon (37)

Ruben, né le 1er décembre 2007, est le 3^{ème} enfant de cette mère. Elle a allaité son 1^{er} enfant pendant 4 mois, et son 2^{ème} enfant pendant 10 mois. Je rencontre la maman pour la première fois à J7, dans le cadre d'une consultation en prévision de la chirurgie cardiaque. Ruben est exclusivement allaité depuis la naissance. La maman se procure un tire-lait pour entretenir sa lactation pendant la période où son bébé ne pourra pas téter. A J10, le bébé ne tète plus du tout, il est très essoufflé. Il doit être opéré le lendemain. Je montre à la maman comment tirer son lait avec un tire-lait à double pompage, et lui recommande de le faire aussi souvent que son bébé tétait (8 fois par jour).

A J14 (3 jours après l'intervention), Ruben dort beaucoup. Il tète, et il est nourri par sonde gastrique. La mère est inquiète, sa production lactée est en baisse. 6 jours après l'intervention, la sonde est enlevée, les tétées à la demande sont autorisées, sans pesée avant et après. J'observe une tétée : le bébé se réveille facilement, il est alerte et il réclame vigoureusement le sein ; il est bien positionné, il prend bien le mamelon en bouche ; il tète activement et efficacement pendant 2 à 3 mn, puis s'endort. Le changement de sein le réveille.

Un plan d'action est mis en œuvre, en accord avec les parents et l'équipe soignante : tétées à volonté, essentiellement pour reconforter l'enfant, et expression du lait après chaque tétée, le lait tiré étant donné au bébé (les parents choisissent le

biberon pour ce faire). A J18 (7 jours après l'intervention), les parents sont très perturbés. Ils estiment que l'allaitement devrait rester simple, sans horaires, ni pesées, ni biberons, comme pour leurs deux premiers enfants pour lesquels tout s'était parfaitement bien passé. Je leur explique que Ruben ne peut pas pour le moment se nourrir au sein, car il est convalescent, mais qu'il peut s'y apaiser et s'y endormir, et que cette situation est transitoire. Ruben pourra se nourrir efficacement au sein dès qu'il aura repris suffisamment de forces. Les tétées de reconfort permettent au bébé de garder l'habitude du sein, et de préserver la confiance maternelle en sa capacité à allaiter. Je recommande à nouveau de tirer le lait pour le lui donner (la mère a une production lactée amplement suffisante).

A J20 (9 jours après l'intervention), Ruben continue les tétées « plaisir », mais il est alimenté exclusivement au biberon. Il prend du poids, réclame le sein moins souvent. La maman est toutefois sereine. Le lendemain, Ruben sort du service. Après le retour au domicile, la mère a mis son bébé au sein à la demande. Au fur et à mesure qu'il reprenait des forces, il prenait de plus en plus de lait au sein et de moins en moins au biberon. Deux semaines après le retour au domicile, il ne prenait quotidiennement plus qu'un seul biberon de lait maternel exprimé. Le 4 janvier 2008, au suivi téléphonique, il est exclusivement nourri au sein.

Dishydrrose infantile apparemment liée à une allergie au chrome via le lait maternel

Pompholyx of the infant possibly induced by systemic metal allergy to chromium in mother's milk. Adachi A, Horikawa T. *Alerugi* 2007 ; 56(7) : 703-8.

Les auteurs présentent le cas d'un bébé de 7 mois qui a souffert de dishydrrose persistante (éruption vésiculeuse prurigineuse au niveau des paumes et de la plante des pieds), en dépit d'un traitement local de 3 mois par corticostéroïdes. Des tests allergologiques ont été effectués ; ils étaient positifs au chrome à 48 et 96 heures. Le bébé était allaité, et sa mère consommait quotidiennement des quantités importantes de chocolat et de cacao, produits qui contiennent beaucoup de chrome. La dishydrrose a disparu dans les 2 semaines qui ont suivi la suppression du chocolat et du cacao de l'alimentation maternelle. Un test de

provocation orale a été tenté : la reprise de la consommation maternelle de chocolat et de cacao a induit la récurrence de la dishydrrose chez le bébé dans les 48 heures.

Une allergie systémique au chrome a donc été diagnostiquée chez le bébé, susceptible d'avoir été induite par la présence d'un taux élevé de chrome dans le lait maternel. C'est le premier cas jamais rapporté d'allergie à un métal chez un bébé, apparemment liée à la consommation du lait d'une mère consommant en quantité importante des aliments contenant le métal en cause.

Allaitement de triplés souffrant de fente labiale

Breastfeeding miracle. Seager J. *Mothering*, May/june 2007 ; 142.

Cette femme avait décidé d'allaiter avant même d'être enceinte. A l'occasion d'une échographie à 12 semaines de sa première grossesse, on a découvert qu'elle attendait des triplés, et la principale question que s'est posée la future mère était : « Est-ce que j'arriverai à allaiter 3 enfants ? » Après s'être fait beaucoup de souci sur le sujet, et sur la façon dont elle arriverait à gérer 3 bébés avec 2 seins, elle a décidé de prendre les choses au jour le jour.

La grossesse étant considérée comme à haut risque, elle a eu des échographies tous les 15 jours pour le suivi de la croissance des bébés. Cela a permis de constater que les 3 bébés présentaient une fente labiale, un des bébés présentant en outre une fente palatine, et les parents ont immédiatement été référés à une consultation spécialisée. Ils ont reçu de nombreuses informations sur les fentes labiales et palatines, mais une de leurs questions est restée sans réponse : les bébés pourraient-ils être allaités ? Même si elle savait que la malformation dont souffraient ses enfants était très probablement en rapport avec des anomalies de la division d'un œuf fécondé en trois, la mère se sentait très coupable.

Au suivi à 29 semaines, on a constaté un problème de vascularisation chez 2 des fœtus, qui nécessitait une césarienne en urgence. Les 3 bébés pesaient chacun moins de 1000 g. A la naissance, on leur a donné une solution sucrée. La mère a demandé à recevoir un tire-lait, et a dit qu'elle souhaitait que ses bébés reçoivent son lait dès qu'ils pourraient être nourris par voie orale. Elle a passé les 4 jours qui ont suivi l'accouchement à tirer son lait avec un tire-lait à double pompage, sans obtenir une goutte de lait. Lorsqu'elle est sortie du service de maternité, elle a immédiatement loué un tire-lait et s'est installée un « coin allaitement » dans la chambre destinée à accueillir ses enfants, avec des photos de ses bébés. Et pour la première fois elle a obtenu du lait.

Tirer son lait est devenu une routine. Elle le tirait toutes les 3 heures, remplissant des biberons qu'elle amenait ensuite au service de néonatalogie. Le personnel soignant encourageait les mères à allaiter, et il a soutenu activement cette mère ; le fait qu'elle remplissait le réfrigérateur du service avec les biberons de son lait est même devenu une plaisanterie dans le service. Mais personne ne pouvait lui dire si elle arriverait un jour à mettre ses enfants au sein.

La mère a alors rencontré une consultante en lactation, qui l'a encouragée à tenter de mettre ses bébés au sein alors que beaucoup de membres de l'équipe soignante estimaient qu'ils étaient encore trop petits. Et le premier qui a accepté de le prendre (mais la tétée a été inefficace) était le bébé qui avait une fente palatine, celui pour lequel on pensait que l'allaitement serait impossible. Dans les jours suivants, les 2 autres bébés ont commencé à prendre également le sein, avec succès. La consultante en lactation a activement soutenu la mère, sur le plan pratique et émotionnel, pendant les 2 mois 1/2 de séjour de ses enfants en néonatalogie. La mère mettait régulièrement au sein les 2 bébés souffrant de fente labiale, et continuait à tirer son lait pour son 3^{ème} bébé souffrant de fente palatine.

Le retour au domicile a été difficile, entre les tétées et les séances d'expression du lait, mais la croissance des bébés a été excellente. La mère a eu rapidement son retour de couches, ce qui s'est accompagné d'une baisse de sa production lactée, et à 6 mois la mère a commencé avec regret à les sevrer. La chirurgie réparatrice s'est parfaitement déroulée. A 22 mois, la croissance des 3 petits garçons est excellente dans tous les domaines, et la mère est convaincue que son lait y est pour beaucoup. Elle est très fière d'avoir réussi à allaiter des triplés, souffrant en outre de fente labiale et palatine, et elle remercie de tout cœur les personnes qui l'ont soutenue pendant toute cette période.

Allaitement d'un bébé sévèrement allergique

Nursing and allergic baby, mom goes on « total elimination ». R Boone.
Ass Press, October 6, 2007.

L'auteur est journaliste, et elle décrit son expérience personnelle d'allaitement d'un bébé présentant des allergies sévères. Elle souhaitait vivement allaiter, et elle s'était renseignée sur la pratique d'allaitement. Mais elle ignorait qu'un bébé peut s'avérer allergique à certaines molécules de l'alimentation maternelle, qui passent dans le lait.

Primipare, elle manquait d'expérience. Elle a donc commencé par supposer que les coliques, les rhinites et la diarrhée chronique dont souffrait son bébé étaient des phénomènes normaux, qui allaient disparaître avec le temps, dans la mesure où par ailleurs sa petite fille avait une croissance parfaitement normale. Mais à 6 semaines, la présence de sang dans les selles l'a amenée à consulter un gastroentérologue pédiatrique. Ce dernier a diagnostiqué une allergie sévère aux produits à base de lait de vache et de lait de soja, et lui a dit que ce type d'allergie disparaissait spontanément au bout de quelques années dans la très grande majorité des cas.

Sous la supervision du médecin, l'auteur a donc débuté un régime d'éviction des produits laitiers et du soja, et elle a commencé à tenir un « journal de bord » de son alimentation et des troubles présentés par son bébé. Le régime n'a induit aucune amélioration chez la petite fille. Au contraire, les saignements dans les selles ont empiré, et la durée quotidienne des pleurs a encore augmenté. Le gastroentérologue a donc conseillé un régime d'éviction plus sévère : suppression du blé, des œufs et des oléagineux. La mère ayant remarqué, grâce à son journal, une aggravation des signes cliniques chez sa fille quand elle consommait du poisson, des fruits de mer, des citrons, des tomates et du maïs, elle a également décidé de les éliminer de son alimentation.

Le régime était difficile à suivre, mais il a été partiellement efficace. La rhinite et la conjonctivite chroniques ont disparu, mais pas les saignements dans les selles ni les coliques. A ce stade, il était devenu difficile de savoir à quoi exactement la petite fille était allergique, et l'auteur a discuté les alternatives avec le gastroentérologue. Ce dernier lui a donné à choisir entre 2 options : le sevrage, avec don au bébé d'un hydrolysat poussé jusqu'à disparition des manifestations d'allergie (solution qu'il recommandait), ou un régime drastique, la mère ne devant plus consommer que quelques aliments, en réintroduisant un aliment à la fois afin de découvrir à quoi réagissait sa fille. Le gastroentérologue a toutefois précisé qu'il avait très peu d'expérience sur ce type de régime particulièrement sévère, qu'un tel régime était très controversé, qu'il ne pouvait pas garantir son efficacité pour sa fille, que cela pouvait de plus induire chez elle des problèmes nutritionnels, et que « à quoi bon continuer à allaiter dans de telles conditions ». Mais l'auteur restait persuadée des bénéfices de l'allaitement. De plus, l'hydrolysat était très coûteux, et il n'était pas couvert par l'assurance maladie des parents. La mère a donc choisi de poursuivre l'allaitement et de suivre le régime.

Elle a débuté avec la consommation uniquement de dinde biologique, de riz et de courgette, le tout assaisonné uniquement avec du sel, du poivre et de l'huile de colza. Au bout d'une semaine, elle avait perdu 5 kg, et elle a augmenté la quantité

d'huile de colza afin d'obtenir davantage de calories. Ce régime devait être poursuivi jusqu'à la disparition totale des symptômes chez la petite fille. Par la suite, elle devait réintroduire très progressivement d'autres aliments. La chose la plus difficile était de préparer ses repas pour les emporter à son travail, et d'avoir toujours quelque chose sous la main à manger lorsqu'elle avait faim à l'extérieur. Ce régime a permis une nette amélioration, mais la petite fille avait toujours des saignements occasionnels dans ses selles après 2 mois d'éviction alimentaire totale chez la mère. L'auteur et le gastroentérologue ont alors été d'accord pour conclure que l'enfant était extrêmement allergique, et la mère a accepté de sevrer pour lui donner un hydrolysat poussé. L'alimentation exclusive avec l'hydrolysat a permis la disparition progressive de la totalité des manifestations d'allergie.

Son vécu a amené l'auteur à se poser beaucoup de questions. Avait-elle eu tort de vouloir poursuivre l'allaitement ? Le régime aurait-il été efficace si, au lieu de manger uniquement de la dinde, du riz et des courgettes elle avait consommé du quinoa, des myrtilles, ou n'importe quelle autre combinaison de 3 ou 4 aliments ? Elle ne regrettait pas d'avoir suivi un régime aussi strict, mais elle était profondément déçue de voir qu'il n'avait pas réussi à guérir totalement sa petite fille. Mais après tout, ce régime avait permis à l'enfant d'être exclusivement allaitée jusqu'à 4 mois, et à la famille d'économiser la somme élevée que représentaient 2 mois d'alimentation avec l'hydrolysat.

Un film : *Orgasmic Birth*



Des études récentes ont montré que le vécu de l'accouchement pouvait avoir un impact majeur sur la vie d'une femme. Les bébés sont également affectés par le vécu de leur naissance, physiquement et émotionnellement.

Douloureux. Atroce. Insupportable. Ces termes sont souvent utilisés pour qualifier les sensations qu'éprouve une femme pendant l'accouchement. Ce film montre qu'il peut en être autrement : la joie, la sensualité, la passion, des sensations physiques et émotionnelles intenses peuvent amener la femme jusqu'à un état extatique, orgasmique. A travers 11 témoignages de femmes et l'expérience de 12 professionnels de santé (obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, néonatalogiste...), il démontre comment une approche respectant la femme et la physiologie de l'accouchement est non seulement plus sûre pour la mère et l'enfant que les méthodes utilisées par la plupart des services obstétricaux, mais également qu'elle permet un vécu totalement différent de l'accouchement.

Sous-titrage français, espagnol, allemand et portugais.
www.orgasmicbirth.com