

REVUE DE PRESSE

Age à l'introduction des solides, et pathologies allergiques à 6 ans

Timing of solid food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis, and food and inhalant sensitization at the age of 6 years : results from the prospective birth cohort study LISA. Zutavern A et al. Pediatrics 2008 ; 21(1) : e44-52. Mots-clés : aliments solides, eczéma, asthme, rhinite allergique, sensibilisation.

On recommande actuellement de retarder l'introduction des solides pour la prévention des pathologies allergiques jusqu'à 4 à 6 mois. Toutefois, il existe peu de données scientifiquement fondées pour appuyer cette recommandation. Le but de cette étude était d'évaluer les relations entre l'âge du bébé au moment de l'introduction des solides et les pathologies allergiques à 6 ans (eczéma, asthme, rhinites allergiques, allergies alimentaires et respiratoires).

Les données utilisées ont été obtenues dans le cadre de l'étude LISA. Cette étude, toujours en cours, suit depuis la naissance 3097 enfants nés à terme et en bonne santé dans 4 services de maternité allemands. Pour cette étude, les auteurs ont analysé les données recueillies à partir de questionnaires administrés à la naissance, puis à 6 mois, 1 an, 18 mois, 2, 4 et 6 ans, pour recueillir entre autres des données détaillées sur l'alimentation de l'enfant et la survenue de pathologies allergiques. A 2 et 6 ans, les enfants ont été vus pour examen clinique et prise de sang. Les IgE spécifiques d'un certain nombre d'allergènes aériens et alimentaires ont été recherchés dans les échantillons de sang. Des tests plus poussés ont été effectués chez les enfants chez qui la recherche d'IgE était positive.

Toutes les données nécessaires pour cette analyse étaient disponibles pour 2073 enfants. Après analyse par régression logistique multiple, l'introduction des solides après 4 à 6 mois n'avait pas d'impact mesurable sur la prévalence de l'asthme, de la rhinite allergique, ou de la sensibilisation aux allergènes alimentaires ou aériens ; il semblait même au contraire qu'une introduction tardive des solides était corrélée à une sensibilisation plus fréquente. La relation entre le moment de l'introduction des solides et l'eczéma atopique était peu claire ; une introduction retardée des solides semblait n'avoir aucun impact protecteur ; toutefois, si on analysait séparément les enfants qui n'avaient pas présenté de manifestations allergiques précoces, l'eczéma était significativement plus fréquent lorsqu'ils avaient commencé à recevoir une grande variété de solides avant 4 mois.

Au vu des résultats de cette étude, rien ne permet de penser que le fait d'attendre 4 à 6 mois avant d'introduire des solides puisse avoir un impact sur la prévalence des pathologies allergiques à 6 ans, sauf pour l'eczéma, pathologie pour laquelle on ne peut pas exclure la possibilité d'un impact protecteur de l'allaitement exclusif pendant 4 mois. Le fait qu'une introduction tardive des solides semble susceptible d'augmenter le risque de pathologie allergique est à interpréter avec prudence. Cela peut être en rapport avec le fait que les parents souffrant d'allergies seront plus enclins à introduire plus tardivement les solides. Ou avec le fait qu'une introduction précoce des solides induit une tolérance alimentaire. Une introduction tardive des solides peut également ne rien faire de plus que retarder l'apparition des manifestations allergiques. La sensibi-

lisation sans manifestations cliniques d'allergie peut être un phénomène physiologique. Enfin, on ne peut éliminer la possibilité de variables confondantes non prises en compte.

Accouchement prématuré, corticothérapie anténatale, et montée de lait

Effect of preterm birth and antenatal corticosteroid treatment on lactogenesis II in women. Henderson JJ et al. Pediatrics 2008 ; 121(1) : e92-100. Mots-clés : lactation, accouchement prématuré, corticothérapie anténatale, production lactée.

Certaines mères suivront une corticothérapie anténatale pour accélérer la maturation pulmonaire du fœtus. Or, des études sur des animaux ont constaté que l'administration de bétaméthasone avant la mise bas avait un impact négatif sur le stade II de la lactogénèse, ou « montée de lait ». Le but de cette étude était d'évaluer l'impact d'un accouchement prématuré et d'une corticothérapie anténatale sur le déroulement de la montée de lait.

L'étude a suivi 50 mères qui avaient accouché prématurément, qui avaient reçu de la bétaméthasone avant la naissance (2 doses IM à 24 heures d'intervalle), et qui tiraient leur lait pour leur bébé. Elles ont été encouragées à tirer leur lait au moins 6 fois par 24 heures à l'aide d'un tire-lait électrique automatique. La quantité de lait obtenue à chaque séance d'expression pendant les 10 premiers jours post-partum a été pesée sur une balance de haute précision. Des échantillons de lait ont été collectés une fois par jour sur l'ensemble du lait recueilli pendant la journée, pour détermination du taux de lactose et de citrate.

L'âge gestationnel à la naissance était en moyenne de 31 semaines. 40% des mères étaient primipares, et 56% souhaitaient allaiter pendant au moins 6 mois. Toutes les données ont été recueillies pour 320 jours d'expression. Le volume de lait obtenu était positivement corrélé à l'âge gestationnel, à la fréquence des séances d'expression, et à la durée d'allaitement prévue au départ par la mère. La montée de lait était constatée en moyenne 24 heures plus tard chez les femmes qui avaient accouché à moins de 28 semaines. L'impact de la corticothérapie anténatale était fonction du temps écoulé entre l'injection de bétaméthasone et la naissance, et de l'âge gestationnel à la naissance. Les femmes qui ont accouché entre 28 et 34 semaines dans les 2 jours qui suivaient l'administration de bétaméthasone avaient significativement plus de lait que celles qui ont accouché 3 à 9 jours après cette administration, mais cela n'était pas le cas chez les femmes qui avaient accouché à moins de 28 semaines. Le taux de lactose était positivement corrélé à l'âge gestationnel, et inversement corrélé à la fréquence d'expression du lait. Le taux de citrate était indépendant de l'âge gestationnel, mais il était positivement corrélé à la fréquence d'expression du lait.

Les mères d'un grand prématuré avaient une montée de lait plus tardive. La montée de lait était également retardée chez les femmes qui avaient accouché plus de 3 jours après avoir reçu de la bétaméthasone. Ces mères auront besoin d'un soutien actif afin de réussir le démarrage de l'allaitement.

Durée de l'allaitement et incidence du diabète de type 2 chez les femmes

Duration of breast-feeding and the incidence of type 2 diabetes mellitus in the Shanghai Women's Health Study. Villegas R, Gao YT, Yang G et al. Diabetologia 2008 ; 51 : 258-66. Mots-clés : durée totale d'allaitement, diabète de type 2, femmes.

La prévalence du diabète de type 2 a fortement augmenté partout dans le monde, et tous les moyens possibles de prévention sont donc à envisager. Des études sur les animaux comme sur les humains ont fait état d'une meilleure sensibilité à l'insuline pendant la lactation, et 2 études américaines ont fait état d'une baisse du risque de diabète de type 2 chez les femmes qui avaient allaité longtemps. Le but de cette étude était de rechercher l'impact de la durée totale de l'allaitement sur l'incidence du diabète de type 2 chez des femmes d'âge moyen.

Les données ont été recueillies dans le cadre d'une grande étude prospective de population, qui suit 75 221 femmes vivant à Shanghai. Parmi elles, 74 942 avaient entre 40 et 70 ans (critère requis pour cette analyse). Toutes les femmes ont répondu à un questionnaire détaillé, qui comprenait des données sur leur alimentation, leur niveau d'activité physique, ainsi que divers autres facteurs du mode de vie, et des données anthropométriques ont été recueillies. Le diagnostic de diabète de type 2 a été posé par un médecin sur la base d'examens biologiques. La durée de l'allaitement a été notée pour chaque enfant.

L'âge moyen de ces femmes était de 52,1 ans, et elles étaient âgées d'en moyenne 25,5 ans au moment de leur première grossesse. 3,3% de ces femmes n'ont pas eu d'enfants, 54,4% ont eu un seul enfant, 21,2% ont eu 2 enfants, 10,5% en ont eu 3, 6,2% en ont eu 4, et 4,3% en ont eu 5 et plus. Parmi les 62 095 femmes ayant eu au moins un enfant et qui n'avaient aucun antécédent de diabète, de cancer ou de pathologie cardiovasculaire à leur entrée dans l'étude, 50 700 (81,65%) avaient allaité, pendant en moyenne 14,6 mois au total. Après ajustement pour toutes les autres variables confondantes, le risque de diabète de type 2 était plus bas chez les femmes qui avaient allaité (RR : 0,81). L'impact de l'allaitement était dose-dépendant. Par rapport à l'absence totale d'allaitement, le risque était de 0,88 pour une durée totale d'allaitement de > 0 à < 1 an, de 0,89 pour une durée de 1 à < 2 ans, 0,88 pour une durée de 2 à < 3 ans, de 0,75 pour une durée de 3 à < 4 ans, et de 0,68 pour une durée > 4 ans.

Les auteurs ont analysé les données du sous-groupe de femmes qui avaient accouché dans les 10 années précédentes. Dans ce sous-groupe, et par rapport aux femmes qui n'avaient pas du tout allaité, le risque de diabète de type 2 était de 0,80 pour une durée totale d'allaitement de > 0 à < 1 an, de 0,78 pour une durée de 1 à < 2 ans, 0,58 pour une durée de 2 à < 3 ans, de 0,47 pour une durée de 3 à < 4 ans, et de 0,45 pour une durée > 4 ans. Chez les femmes ayant accouché dans les 5 années précédentes, ces chiffres étaient respectivement de 0,87, 0,68, 0,44, 0,69 et 0,49.

Dans cette grande étude de cohorte, l'allaitement était inversement corrélé au risque de diabète de type 2 chez les femmes, cette corrélation étant indépendante des autres facteurs de risque connus pour ce type de diabète. Les points forts de cette étude sont le nombre important de femmes suivies, le taux élevé de suivi pendant toute l'étude, et le nombre important de variables confondantes prises en compte. La principale limitation est le fait que le diabète de type 2 semble sous-diagnostiqué dans la population de Shanghai, d'après un récent rapport. Au moment de leur entrée dans l'étude,

on a effectué une recherche du glucose urinaire chez toutes ces femmes, ce qui a permis de constater que 1% d'entre elles présentaient un diabète qui n'avait jamais été dépisté (ces femmes ont été exclues de cette analyse). Il est possible que d'autres femmes soient devenues diabétiques pendant le cours de l'étude sans que cela soit dépisté. Par ailleurs, l'allaitement pourrait être le reflet d'autres facteurs de risque qui pourraient ne pas avoir été totalement pris en compte dans le cadre de cette étude. Quoi qu'il en soit, ces résultats concordent avec ceux d'autres études, et ils permettent de penser que l'allaitement abaisse de façon dose-dépendante le risque de diabète de type 2 chez la femme.

Contrôle de l'alimentation infantile par les mères et poids du bambin

Controlling feeding practices : cause or consequence of early child weight ? Farrow CV, Blissett J. Pediatrics 2008 ; 121(1) : e164-9. Mots-clés : pratiques alimentaires, prise de poids, obésité.

Le fait que les parents contrôlent de près l'alimentation de leur enfant en début de vie est corrélé à une augmentation à la fois du risque d'obésité et du risque de sous-poids. Il est toutefois difficile de savoir dans quelle mesure c'est réellement le contrôle parental qui a cet impact, ou s'il est en fait une réponse au souci que les parents se font devant une prise de poids trop faible ou trop importante de leur enfant. Le but de cette étude était d'explorer les relations entre le contrôle parental exercé sur l'alimentation de l'enfant et la prise de poids de ce dernier.

Pour cette étude longitudinale, on a inclus 62 mères et leur enfant, qui ont été suivis de la naissance à 2 ans. Les mères ont répondu à un questionnaire détaillé sur l'alimentation de leur enfant à 1 an, et les enfants ont été pesés à 1 et 2 ans. 19 mères ont exclusivement nourri leur bébé au lait industriel ; 43 femmes ont allaité pendant au moins 4 semaines (durée moyenne de l'allaitement : 30 semaines). Les enfants nés avec un poids inférieur à la moyenne avaient toujours un poids inférieur à la moyenne à 1 an, et les parents exerçaient davantage de pressions pour qu'ils mangent. Les enfants qui subissaient à 1 an davantage de pressions parentales prenaient moins de poids pendant leur 2ème année que les enfants qui ne subissaient pas de pressions parentales. Les mères qui avaient allaité exerçaient moins de pressions sur l'alimentation de leur enfant.

Cette étude démontre qu'après correction pour le poids à 1 an, le fait d'exercer sur l'enfant des pressions sur le plan alimentaire avait pour conséquence une prise de poids plus faible entre 1 et 2 ans, y compris après correction pour les autres variables confondantes. D'autres études avaient constaté que ce contrôle parental induisait essentiellement un surpoids, mais cela peut être dû au fait qu'elles portaient sur des enfants plus âgés, dont l'alimentation était moins facile à contrôler, et qui avaient la possibilité de se procurer par eux-mêmes des aliments qui leur étaient interdits par leurs parents. Cela a d'importantes implications, car cela peut expliquer pourquoi les parents persistent à exercer un contrôle sur l'alimentation de leur enfant : cela leur semble une stratégie efficace pour prévenir le surpoids, mais cela ne serait vrai qu'à court terme, l'impact négatif des restrictions apparaissant lorsque l'enfant devient plus autonome. Les auteurs concluent qu'un contrôle exercé même sur l'alimentation d'un bébé peut avoir un impact significatif sur sa prise de poids. Ces résultats doivent être confirmés par des études portant sur des groupes plus importants, et avec un suivi plus long.

Interventions nutritionnelles précoces et pathologies atopiques infantiles

Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children : the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. Greer FR, Sicherer SH, Wesley Burks A et al. Pediatrics 2008 ; 121(1) : 183-91. Mots-clés : atopie, alimentation infantile, allaitement, hydrolysats, solides.

La prévalence des pathologies atopiques a considérablement augmenté depuis quelques décennies ; pendant les 4 premières années de vie, celle de l'asthme a augmenté de 160% et celle des dermatites atopiques a été multipliée par 2 ou 3. Cette analyse fait le point sur les connaissances actuelles en matière d'interventions nutritionnelles visant à abaisser le risque d'atopie.

On peut supposer que la première intervention est un régime maternel d'éviction pendant la grossesse. Toutefois, rien ne permet de penser qu'un tel régime puisse réellement avoir un impact sur la survenue d'une allergie chez l'enfant, y compris l'éviction des arachides. Plusieurs études ont constaté la présence d'allergènes alimentaires dans le lait maternel, et des études ont constaté l'impact préventif d'un régime maternel d'exclusion pendant l'allaitement. Des cas de réactions allergiques sévères aux protéines du lait de vache ont été rapportés même chez des enfants exclusivement allaités. Toutefois, toutes les études ne donnent pas des résultats concordants. A l'heure actuelle, il est impossible de dire qu'un régime maternel d'exclusion pendant la grossesse et/ou l'allaitement a un quelconque impact à long terme sur les pathologies atopiques chez l'enfant, même si ces interventions semblent pouvoir retarder les manifestations d'allergie chez les enfants à haut risque.

Il est impossible de randomiser les mères pour qu'elles allaitent ou qu'elles n'allaitent pas. Il est toutefois possible de recueillir avec précision des données sur la pratique exacte d'allaitement, de poser des critères précis pour le diagnostic d'atopie, etc. Toutefois, aucune des études actuellement publiées n'avait de méthodologie de suffisamment bonne qualité pour que les résultats en soient réellement fiables. Globalement, il semble toutefois qu'un allaitement d'au moins 4 mois abaisse le risque de dermatite atopique, d'allergie aux protéines du lait de vache ou de wheezing, ou retarde l'apparition des signes cliniques. Chez les enfants à haut risque d'allergie, il semble que, chez ceux qui ne sont pas exclusivement allaités pendant 4 à 6 mois, l'utilisation d'un hydrolysât plutôt que celle d'un lait industriel standard puisse abaisser le risque d'atopie ou en retarder les manifestations cliniques, en particulier en ce qui concerne la dermatite atopique. Des études évaluant les divers hydrolysats ont fait état d'un niveau variable d'efficacité à court terme en fonction de la nature de l'hydrolysât, et des diverses pathologies atopiques. Par ailleurs, on ignore si l'alimentation avec ces hydrolysats a un impact à long terme sur le risque d'atopie. Leur coût élevé est également à prendre en compte. Les produits à base d'acides aminés n'ont pas fait l'objet d'études. L'utilisation de laits industriels à base de soja a été largement étudiée, et elle n'est plus recommandée à l'heure actuelle.

Les études évaluant les relations entre l'âge de l'enfant au moment de l'introduction de divers solides et le risque d'atopie donnent des résultats contradictoires. Si le fait de retarder l'introduction de certains aliments peut avoir un effet à court terme, rien ne permet de penser que cela a un impact à long terme sur les pathologies atopiques. Au vu des données actuelles, il est impossible de conclure à une relation significative entre l'âge de l'enfant au moment de l'introduction des compléments et le développement

d'une atopie, y compris à des aliments qui ont la réputation d'être fortement allergisants, comme le lait de vache, les œufs, le poisson ou l'arachide.

Globalement, la majorité des études sont faites selon une méthodologie qui limite leur fiabilité. A l'heure actuelle, rien ne permet de penser qu'un régime maternel d'éviction pendant la grossesse ou l'allaitement ait un impact significatif sur la prévalence de l'atopie infantile. Pour les enfants à haut risque d'atopie, il semble qu'un allaitement exclusif d'au moins 4 mois puisse abaisser le risque de dermatite atopique et d'allergie aux protéines du lait de vache pendant les 2 premières années. Un allaitement exclusif d'au moins 3 mois semble abaisser le risque de wheezing en début de vie. Par rapport à un lait industriel standard, l'utilisation d'un hydrolysât en remplacement du lait maternel chez les enfants à haut risque d'atopie semble avoir un impact modeste sur le risque d'atopie pendant la petite enfance, mais rien ne permet de penser que cet impact perdure à plus long terme. S'il reste préférable pour diverses raisons d'attendre 4 à 6 mois pour introduire les solides, rien ne permet de penser que leur introduction tardive a un impact mesurable sur le risque d'allergie, que l'enfant soit allaité ou nourri au lait industriel. **Ces conclusions ne s'appliquent pas aux enfants qui présentent une allergie alimentaire diagnostiquée, et qui devront suivre un régime d'éviction spécifique.** D'autres études, effectuées en respectant une méthodologie rigoureuse, sont nécessaires pour mieux cerner les interventions les plus à même d'abaisser le risque de pathologies atopiques, en particulier à long terme.

Le portage kangourou : une bénédiction !

Kangaroo mother care is good news ! N Bergman. Medications and More Newsletter 2008 ; 30 : 1-3. Mots-clés : portage kangourou, bénéfiques.

Le maternage est devenu dans nos sociétés une tâche difficile. Les mères sont submergées d'informations sur la grossesse, la naissance, l'allaitement et le maternage, et il y a toujours une nouvelle chose « à la mode ». Quoi que la mère fasse, il y aura toujours quelqu'un pour lui expliquer qu'elle devrait faire autrement. Le portage kangourou redonne à la mère sa vraie place, et lui permet de donner à son bébé ce à quoi il a droit : le meilleur départ possible dans la vie. Le portage kangourou est une bénédiction.

Il l'est parce qu'il se fonde sur des données biologiques. Les mères ont, inscrit dans leur corps, un programme destiné à leur permettre de s'occuper optimalement de leur enfant. La science moderne a tendance à se moquer de l'instinct maternel. C'est une erreur. Si on laisse une mère suivre son instinct, elle fera ce qui est le mieux pour son enfant. L'instinct maternel doit être reconnu et encouragé. Ensuite, les nouveau-nés sont totalement développés en tant que nouveau-nés à leur naissance. Ils ne sont certainement pas développés comme des adultes ou même des enfants plus âgés, mais en tant que nouveau-nés ils ont tous les outils indispensables à leur survie. Ils nous semblent fragiles et sans défense, mais c'est essentiellement parce que nous les avons réduits à en avoir l'air. Tout simplement parce que le comportement d'un nouveau-né dépend de l'endroit où il se trouve. Et le bon endroit où se trouver, pour un nouveau-né, est sur la poitrine de sa mère.

Un nouveau-né placé à cet endroit sait très bien ce qu'il faut faire, dans la mesure où il n'est ni assommé par les analgésiques, ni dérangé : il se dirigera vers le sein tout seul, et il le prendra. A cet instinct du nouveau-né correspond chez la mère l'instinct de pren-

dre son nouveau-né dans ses bras. La mère n'a rien d'autre à faire : s'il est au bon endroit, le bébé prendra le sein et têter. C'est un fait que toutes les mères devraient savoir : les nouveau-nés savent comment téter, et ils le feront si la mère peut suivre son instinct, qui est de mettre son bébé sur sa poitrine.

C'est vrai, le nouveau-né est fragile. Ses capacités peuvent facilement être perturbées. Les médicaments administrés aux femmes pendant l'allaitement altèrent trop souvent les capacités du bébé. Mais la pire chose, le DESASTRE TOTAL pour un nouveau-né, c'est d'être séparé de sa mère après la naissance. Rien ne peut être pire pour lui. Non seulement cela empêche un bon démarrage de l'allaitement, mais cela inscrit dans le cerveau du bébé un comportement spécifique : la conviction que la personne qui doit s'occuper de lui n'existe pas. Alors, il se met à pleurer. Le but de ces pleurs est de faire accourir sa mère afin qu'elle le prenne dans ses bras. Si elle ne le fait pas, il va pleurer de plus en plus fort, et sécréter des taux massifs d'hormones de stress qui vont agir sur son rythme cardiaque et sa température. La séparation rend le bébé sans défense.

Le portage kangourou présente certaines caractéristiques techniques. C'est le contact peau à peau entre la mère et son enfant. Il devrait débiter immédiatement à la naissance, et se poursuivre jusqu'au moment où le bébé décide qu'il est prêt à bouger. Lorsqu'elle a son bébé contre elle, il est très facile pour la mère de se rappeler que les bébés doivent téter à la demande. Tout devrait être mis en œuvre pour qu'un nourrisson ne soit JAMAIS séparé de sa mère. C'est valable pour TOUS les bébés. C'est encore PLUS IMPORTANT pour les prématurés. Toutes les technologies que nous appliquons aux prématurés ne devraient pas remplacer le portage kangourou, elles devraient s'y ajouter, la mère et le bébé devant être considérés comme une unité symbiotique, comme si la grossesse se poursuivait.

Le portage kangourou est bien mieux pour le prématuré qu'un incubateur moderne. Le bébé a une température plus stable. Si la température du bébé baisse, celle de la mère augmente localement dans les minutes qui suivent pour réchauffer le bébé, et elle baisse pour le rafraîchir si la température du bébé est trop élevée. Les rythmes cardiaque et respiratoire du bébé sont également plus stables. Dans un incubateur, le prématuré a une respiration « périodique », causée par son taux élevé d'hormones de stress suite à la séparation d'avec la mère. Dès qu'on le place contre la peau de sa mère, la respiration se régularise. Le portage kangourou stimule le système vagal du bébé, et améliore toutes ses fonctions métaboliques automatiques. Sa croissance est meilleure, son système immunitaire est stimulé. Le portage kangourou stimule aussi le système vagal de la mère. Il favorise la création d'un lien étroit entre la mère et son bébé. La mère aura plus de lait, et l'allaitement est favorisé. Le portage kangourou économise beaucoup d'argent : les bébés grossissent mieux, ont beaucoup moins de complications, et restent moins longtemps en néonatalogie.

La séparation mère-enfant est plus ou moins la règle dans les sociétés occidentales. Cela part généralement d'un bon sentiment, mais c'est la pire des choses pour le bébé. Il y a certes des bébés qui auront besoin de soins intensifs, mais cela peut habituellement être fait en gardant le bébé contre sa mère. Il y a des tas d'arguments scientifiques en faveur du portage kangourou. Mais les mères n'ont pas vraiment besoin d'arguments scientifiques, elles savent, au fond de leur cœur, qu'un bébé a besoin d'être contre sa mère.

Efficacité et innocuité du ginseng pendant la grossesse et l'allaitement

Safety and efficacy of Panax Ginseng during pregnancy and lactation. Seemy D et al. Can J Clin Pharmacol 2008 ; 15(1) : e87-94. Mots-clés : ginseng, grossesse, allaitement.

Il existe 5 espèces de ginseng. Celle qui est la plus souvent commercialisée sous le nom de ginseng est le *Panax ginseng*, originaire d'Asie. On utilise son rhizome, séché à l'air libre (ginseng blanc) ou par chauffage (ginseng rouge). Cette plante est largement utilisée depuis des millénaires, tout particulièrement en médecine chinoise, pour ses capacités à stimuler les principales fonctions de l'organisme. Les auteurs de cette méta-analyse font le point sur la littérature existante afin d'évaluer l'efficacité et l'innocuité du ginseng pendant la grossesse et l'allaitement.

Pour ce faire, les auteurs ont passé en revue 7 bases de données à la recherche des études sur le sujet. Ils les ont compilées et ont analysé leurs données. Il existe des rapports de cas indiquant un impact œstrogénique. Une étude a évalué son impact chez des femmes enceintes dont l'enfant présentait un retard de croissance fœtale, avec un certain succès, et sans effet négatif. Un cas d'androgénisation sévère chez un nouveau-né de sexe masculin a été rapporté ; la mère avait pris du ginseng pendant la grossesse, mais l'enquête a permis de découvrir que le produit utilisé était contaminé par une autre plante. Quelques études expérimentales sur des embryons de souris ou des cultures de cellules embryonnaires de souris ont fait état d'une embryotoxicité. 3 études sur des vaches traitées avec du ginseng pour une mastite rapportaient une activation de l'immunité, et une augmentation de l'activité leucocytaire, favorisant la guérison. La toxicité du ginseng rapportée par les études cliniques est très faible lorsque le produit est de bonne qualité et qu'il est utilisé correctement. Une utilisation de longue durée ou à des doses élevées peut induire des troubles tels qu'hypertension, nervosité, insomnie, diarrhée, rash cutané, confusion, dépression ou dépersonnalisation.

Il est clair que le ginseng a une activité pharmacologique, et les ginsénosides sont habituellement considérés comme à l'origine de l'essentiel de son activité biologique. Il semble avoir des interactions avec certains médicaments, mais les données sont de médiocre qualité. Il sera préférable d'être prudent si on souhaite l'utiliser chez des personnes prenant des anticoagulants, des antidiabétiques, des antipsychotiques, du furosémide, des immunosuppresseurs, de l'insuline, des IMAO, ou d'autres produits stimulants.

Si le ginseng n'a pas d'indication particulière pendant la grossesse et l'allaitement, le fait qu'il est une des plantes les plus couramment utilisées partout dans le monde fait que de nombreuses femmes sont susceptibles d'en prendre pendant ces périodes. Il n'existe aucune donnée fiable permettant de penser qu'il est dangereux pendant la grossesse ou l'allaitement, et des effets secondaires significatifs n'ont jamais été rapportés pour cette plante utilisée largement depuis des millénaires. La constatation d'un impact tératogène chez des embryons ou des cellules embryonnaires de souris pourrait amener à se poser des questions, mais les études sur les animaux ne sont pas extrapolables à l'homme, et l'extrait utilisé pour ces études contenait des taux de ginsénosides beaucoup plus élevés que ce qui est recommandé pour la consommation humaine. Toutefois, il est prudent de l'éviter pendant le premier trimestre de la grossesse. Il n'existe aucune donnée sur son innocuité pendant la lactation, mais rien ne permet non plus de penser qu'il peut être nocif pour l'enfant allaité. D'autres études seraient nécessaires.

Co-sommeil : modifier notre perspective

Putting co-sleeping into perspective. PS Blair. J Pediatr 2008 ; 84(2) : 99-101. Mots-clés : co-sommeil, facteurs associés.

Le co-sommeil est une pratique millénaire destinée à protéger l'enfant pendant la période où il est le plus fragile. Les lits pour les adultes des pays industrialisés ne sont pas conçus pour les jeunes enfants, et le sommeil de l'enfant dans le lit parental a été impliqué dans de rares décès de nourrissons. En conséquence, cette pratique de sommeil reste très débattue. En particulier, il est nécessaire de prendre en compte un certain nombre de facteurs socioculturels.

Dans une société où le co-sommeil est rare et essentiellement pratiqué par des minorités ethniques ou des familles défavorisées, il sera facile d'attribuer au co-sommeil les risques plus élevés de décès infantile liés en fait à d'autres facteurs de risque. La mort subite du nourrisson (MSN) est appelée communément « mort au berceau » parce que c'est dans son berceau que l'on retrouve habituellement le bébé décédé. Ce n'est pas pour cela que l'on affirme que les berceaux sont des endroits dangereux pour les bébés, alors que pour tout bébé décédé dans le lit parental, on présume que c'est le lieu de sommeil qui est la cause du décès. Tout le monde est d'accord pour dire qu'il est bon que l'enfant dorme dans un berceau près de sa mère. Mais beaucoup de bébés se réveillent la nuit pour téter, et nombre de mères se rendormiront pendant que leur enfant tète ; dans ce cas, le lit parental est un endroit beaucoup plus sûr qu'un fauteuil ou un divan, où la mère aura pu s'installer pour allaiter, parce qu'on lui a dit qu'il était dangereux de prendre son bébé dans son lit.

Le co-sommeil n'est pas une pratique rare, et dans les pays européens un pourcentage significatif de parents prennent leur enfant dans leur lit. Ce pourcentage est en hausse, probablement suite à la hausse du taux d'allaitement. Dans certaines ethnies, le co-sommeil est une pratique courante, et la prévalence de la MSN est élevée : familles afro-américaines, aborigènes en Australie. Mais dans d'autres pays, la prévalence de la MSN est basse alors que le co-sommeil est la norme : pays asiatiques, minorités d'origine asiatiques en Angleterre et en Nouvelle Zélande. Si on y regarde de plus près, on constate que la prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool est rare chez les femmes asiatiques, alors qu'elle est élevée chez les Maoris et les aborigènes. Au Japon, les familles dorment sur des futons, des matelas fermes placés directement sur le sol, un mode de couchage très différent des lits dans lesquels dorment les occidentaux.

Très peu d'études ont essayé d'évaluer les bénéfices du co-sommeil, et leurs résultats reflètent probablement beaucoup plus notre perception négative culturelle de cette pratique que la réalité. Un exemple de cette perception est que la plupart des bébés qui dorment dans le lit parental se réveillent la nuit pour téter. On en a déduit que le fait de dormir avec un adulte perturbait le sommeil de l'enfant, et que ce dernier présentait des troubles du sommeil. On pourrait tout autant en déduire que le co-sommeil représente pour l'adulte le moyen d'obtenir davantage de sommeil lorsque l'enfant se réveille la nuit, et qu'il a besoin de téter.

Certaines pratiques de sommeil sont indiscutablement dangereuses pour les bébés, et les parents doivent être informés des conditions de sécurité à respecter. Mais il serait bon de laisser de côté nos a priori culturels, pour étudier les avantages à court et à long terme du co-sommeil, en prenant en compte les conditions précises de cette pratique, les raisons pour lesquels les parents décident de dormir avec leur bébé, et le vécu des parents qui pratiquent le co-sommeil et des parents qui ne le pratiquent pas.

Impact de la mise en œuvre de l'Initiative Centre de santé Ami des Bébés

The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. Cardoso LO et al. J Pediatr 2008 ; 84(2) : 147-53. Mots-clés : allaitement, santé infantile, centres de santé primaire.

En dépit des progrès importants effectués au Brésil en matière de promotion de l'allaitement, la prévalence de l'allaitement est toujours loin d'atteindre l'objectif fixé par les services brésiliens de la santé, à savoir un allaitement exclusif chez tous les enfants pendant les 6 premiers mois, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà parallèlement à l'introduction d'autres aliments. Dans la province de Rio de Janeiro a été récemment démarrée l'Initiative Centre de santé Ami des Bébés, avec pour objectif d'assurer un soutien actif aux mères allaitantes par le biais des consultations de suivi des bébés. Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence de l'allaitement et les raisons des consultations dans une consultation pédiatrique avant et après sa certification en tant que centre de santé Ami des Bébés.

Cette consultation, située dans un des quartiers de Rio, voit tous les mois environ 380 enfants de moins de 12 mois. Elle est la première à avoir reçu la certification, en mai 2003. L'étude a inclus 2 groupes d'enfants : un groupe suivi entre mai 2001 et mai 2002 (groupe témoin), puis un groupe suivi entre mai 2003 et mai 2004 (groupe étudié). Les données analysées provenaient des dossiers médicaux des enfants. Ils étaient définis comme exclusivement allaités s'ils ne recevaient aucun autre liquide ou solide, essentiellement allaités s'ils recevaient des liquides autres que le lait maternel, mais ni autre lait ni solides, ou partiellement allaités s'ils recevaient du lait maternel parallèlement à n'importe quel autre aliment.

L'analyse a porté sur 121 dossiers pour le groupe témoin et 200 pour le groupe étudié. Les caractéristiques socioéconomiques et démographiques étaient similaires pour ces 2 groupes. La prévalence de l'allaitement exclusif avant 4 mois passait de 68% dans le groupe témoin à 88% dans le groupe étudié, ces chiffres étant respectivement de 41 et 82% chez les enfants de 4 à < 6 mois. La prévalence de l'allaitement partiel passait de 57 à 86% entre 6 et < 9 mois, et de 24 à 82% entre 9 et 12 mois. La prévalence des consultations de routine pour un bébé en bonne santé passait de 74 à 91% chez les enfants de moins de 4 mois, de 58 à 85% chez les enfants de 4 à < 6 mois, de 44 à 72% chez les enfants de 6 à < 9 mois, et de 41 à 72% chez les enfants de 9 à 12 mois. Celle des consultations pour diarrhées passait respectivement de 12 à 6%, de 28 à 6%, de 41 à 12% et de 38 à 11%. Celle des consultations pour infection respiratoire passait respectivement de 8 à 1%, de 7 à 1%, de 6 à 5% et de 11 à 6%.

La mise en œuvre d'un programme de soutien actif aux mères allaitantes par le biais de cette consultation pédiatrique a permis une augmentation significative de la prévalence de l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois, ainsi qu'une augmentation importante de la prévalence de l'allaitement entre 6 et 12 mois. Elle a également permis d'abaisser franchement le nombre de consultations pour une diarrhée ou une infection respiratoire. Ces résultats ne peuvent pas être extrapolés à toute la population brésilienne. Ils permettent toutefois de penser qu'un soutien actif aux mères allaitantes par le biais des centres de santé qui suivent les jeunes enfants est susceptible d'avoir un impact significatif sur la prévalence et la durée de l'allaitement, ainsi que sur la morbidité infantile.