

Cas cliniques ... cas cliniques

Problème récurrent de canaux lactifères bouchés chez une femme souffrant d'un déficit en IgA

Recurrent blocked duct(s) in a mother with immunoglobulin A deficiency. CM Fetherston, CT Lai, PE Hartmann. *Breastfeed Med* 2008 ; 3(4) : 261-5.

Les IgA sont les principales immunoglobulines présentes dans le lait humain. Leur taux est d'environ 10 g/l dans le colostrum. Il baisse ensuite rapidement jusqu'à 1-2 g/l à 1 semaine post-partum. Elles constituent un important facteur de défense pour le nourrisson, mais également au niveau de la glande mammaire. Le déficit en IgA peut être primaire et permanent, ou secondaire (infections, médicaments...). Sa prévalence est de 1/500 dans la population caucasienne. Les auteurs rapportent le cas d'une mère qui participait à une étude sur les modifications de la physiologie de la glande mammaire pendant une mastite.

Les femmes incluses étaient « à risque élevé de mastite », en raison de la survenue de mastites lors d'un précédent allaitement, de lésions des mamelons, de problèmes de mise au sein, d'antécédents d'engorgement important ou de production lactée surabondante. Ces femmes ont donné des échantillons de lait et ont recueilli leurs urines sur 24 heures à J5, J14, J30, J60 et J90. Des prises de sang ont été effectuées à J5 et J14. Lorsqu'une femme présentait une mastite, les signes locaux et généraux étaient cotés en fonction de leur sévérité ; des échantillons de lait étaient collectés tous les jours pendant la durée de la mastite, ainsi que 7 jours après la disparition de tous les symptômes. Si la femme n'avait pas commencé à prendre d'antibiotique au premier jour de la mastite, le lait était également mis en culture pour une recherche bactériologique. Un canal lactifère bouché a été diagnostiqué sur la survenue de signes locaux d'inflammation sans signes systémiques, et disparaissant dans les 24 heures. 13 épisodes de canal lactifère bouché ont été rapportés, survenus chez 8 femmes. 7 de ces épisodes sont survenus chez la femme dont le cas est présenté ici, pendant les 19 premières semaines post-partum.

Le taux lacté d'IgA était mesuré dans le cadre de cette étude. Lorsqu'on a constaté que le taux d'IgA était indétectable dans le lait de cette mère, son échantillon de sang prélevé à J14 a été envoyé dans un laboratoire indépendant, pour dosage du

taux des diverses immunoglobulines. Les IgA étaient indétectables (taux normal : 0,69 à 3,1 g/l), le taux des IgG était de 11,3 g/l (normale : 6,1 à 13 g/l), et celui des IgM était de 2,92 g/l (normale : 0,53 à 3,32 g/l). La mère a été référée à un spécialiste, et le diagnostic de déficit en IgA a été posé. Jusque là, on n'avait jamais recherché un tel déficit chez elle, en dépit de la survenue de très nombreuses infections ORL pendant l'enfance, ayant nécessité des interventions chirurgicales. Les taux des autres composants de son lait recherchés dans le cadre de l'étude étaient dans les limites de la normale, sauf en ce qui concernait le taux de lactoferrine, qui était très élevé (15 g/l) à J14 dans le lait provenant de son sein droit, et qui restait légèrement plus élevé que chez les autres mères jusqu'à J90.

Les épisodes de canal lactifère bouché sont survenus à J35, J36, J65, J68, J72, J114 et J133. 4 épisodes sont survenus dans le sein droit et 3 dans le sein gauche, touchant des zones différentes à chaque fois. La mère a mis son bébé au sein fréquemment et a massé son sein, ce qui a induit à chaque fois la disparition des signes cliniques en moins de 24 heures. Des modifications modestes ont été constatées au niveau de la composition de son lait (taux de sodium, de chlorure et de lactose) uniquement lors des épisodes survenus à J36 et J133.

Les épisodes de canal lactifère bouché sont fréquents chez les mères allaitantes. Il est rassurant de constater que, au contraire des mastites, ils n'induisent pas de modifications du taux des composants du lait, ou des modifications minimes et de courte durée. Il est difficile de savoir dans quelle mesure le déficit en IgA dont souffrait cette mère jouait un rôle dans son problème récurrent de canaux lactifères bouchés. Dans la mesure où le déficit en IgA est nettement plus fréquent dans la population caucasienne que dans d'autres ethnies, il pourrait être utile de le rechercher lorsqu'une mère présente de fréquents épisodes de mastites et de canal lactifère bouché, tout particulièrement en cas d'antécédents évocateurs d'un tel déficit.

Bandeau de portage Minilou®



Le bandeau Minilou® a été créé pour le peau à peau des mamans ou des papas avec leur nouveau-né, surtout les prématurés s'ils sont en autonomie respiratoire. Inspiré de ce qui existe en Amérique du Sud, sa conception est différente : une bande plus courte dans le bas du bandeau assure un maintien ferme, et ses deux bretelles apportent un confort supplémentaire.

Existe en 4 tailles : S / M / L / XL. Prix : 26 € + 2,50 € (port)

Eurl Tit' Flo Minilou®

32 route de Fontenay - 85210 Saint Etienne de Brillouet - France
06 77 74 95 65 - florence@minilou.fr - www.minilou.fr



Entéropathie induite par une allergie à l'œuf chez un enfant allaité

Protein-losing enteropathy associated with egg allergy in a 5-month-old boy. M Kondo, T Fukao, K Omoia et al. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2008 ; 18(1) : 63-6.

Les entéropathies exsudatives (avec pertes de protéines) sont rencontrées dans diverses pathologies du tractus digestif, à commencer par les allergies alimentaires. Les auteurs rapportent un cas d'entéropathie exsudative chez un bébé de 5 mois, induite par une allergie à l'œuf via le lait maternel.

Ce bébé a été hospitalisé à 5 mois suite à la survenue de plusieurs épisodes de convulsions sans fièvre. Il avait été exclusivement allaité jusqu'à 10 jours avant la date d'hospitalisation, moment à partir duquel il avait commencé à recevoir des bouillies. 3 jours avant son admission, il avait commencé à souffrir de diarrhée et de régurgitations fréquentes, mais il était en bonne santé par ailleurs. Au moment de l'admission, il pesait 7,8 kg, il était légèrement hypotonique, et il présentait un léger œdème. Le bilan biologique a permis de constater une hypoprotidémie et une hypogammaglobulinémie majeures, ainsi qu'une importante hypocalcémie et une importante hypomagnésémie. Les taux des autres minéraux étaient dans les limites de la normale. Il n'avait ni protéinurie, ni hématurie. Le bilan neurologique était parfaitement normal, et les convulsions ont été attribuées à l'hypocalcémie et à l'hypomagnésémie. Le bébé a été mis sous perfusion de calcium, de magnésium et d'albumine. Il a présenté 2 crises de convulsions pendant son hospitalisation ; mais au bout de 7 jours, le bilan biologique était revenu à la normale.

La culture des selles était négative. Une perte de sang occulte dans les selles a été constatée, la clairance de l'alpha-1 antitrypsine était beaucoup plus élevée que la normale. Une scintigraphie au technétium 99m a permis de constater une perte de protéines au niveau de l'intestin grêle, ce qui a permis d'affirmer le diagnostic d'entéropathie exsudative. Des tests

allergologiques ont été effectués, et on a retrouvé une allergie aux protéines de l'œuf (blanc et jaune).

Après son admission, le bébé a été placé sous alimentation parentérale totale pendant 10 jours. 4 jours avant la reprise de l'allaitement, la mère a éliminé de son alimentation tous les produits contenant de l'œuf. Lorsque l'allaitement partiel (lait maternel + lait industriel) a été repris, l'enfant n'a présenté aucun trouble, et sa protidémie est revenue à la normale, ainsi que tous les examens biologiques. La scintigraphie de suivi effectuée 1 mois plus tard n'a plus retrouvé de pertes protidiques au niveau de l'intestin. Une épreuve de réintroduction de l'œuf via le lait maternel a été effectuée au 50^{ème} jour d'hospitalisation : la mère a pris un œuf cuit dur tous les 2 jours, en poursuivant l'allaitement. 2 jours après la consommation du second œuf, le bébé a recommencé à vomir, une perte de sang occulte dans les selles a été constatée pendant les 3 jours suivants, et la clairance de l'alpha-1 antitrypsine a de nouveau fortement augmenté. La consommation maternelle d'œufs a été stoppée, et tous les paramètres cliniques et biologiques sont revenus à la normale dans les 2 semaines suivantes. L'enfant est sorti du service après 120 jours d'hospitalisation. A 22 mois, il poursuivait un régime d'éviction des protéines d'œuf ; il était en bonne santé et sa croissance était normale.

Ce cas démontre que, bien que cela soit rare, un bébé allaité peut présenter une entéropathie exsudative sévère liée à une allergie aux protéines de l'œuf excrétées dans le lait maternel, allergie ayant induit une hypocalcémie et une hypomagnésémie suffisamment importantes pour déclencher la survenue de convulsions afebriles.

Relactation – L'histoire d'un allaitement un mois après la naissance d'Emilie

Mme Evelyne Drecourt, sage-femme, consultante en lactation. Dreux (28).

Mme G, deuxième pare, accouche près du terme après un déclenchement pour rupture spontanée des membranes. La petite fille naît par voie basse, avec un poids de 3460 g. Elle est en bonne santé. La première tétée a lieu en salle de naissance, puis l'enfant est séparée de sa mère pendant 48 heures pour surveillance de son adaptation respiratoire, en raison de la découverte d'une anomalie pulmonaire pendant la grossesse. Cette mère avait allaité son premier enfant pendant 7 semaines, avec d'importantes difficultés. A J3, en pleine montée de lait, elle décide d'arrêter d'allaiter Emilie.

1 mois après la naissance, la mère éprouvait toujours des regrets intenses devant cet allaitement arrêté aussi rapidement. Instinctivement, à l'occasion d'un contact peau à peau, elle a mis sa fille devant le sein, et cette dernière l'a pris, même si elle n'a pas tété. Pleine d'espoir, la mère a fait des recherches sur Internet sur la possibilité de relancer sa lactation, et elle a trouvé de la documentation montrant que c'était possible. En pressant ses mamelons, elle a constaté que du lait perlait. Elle a donc décidé d'essayer de relancer sa lactation, sans se donner d'objectif précis. Elle a commencé à tirer son lait manuellement 8 fois par jour. Elle donnait immédiatement à sa fille les gouttes

de lait obtenues sur son doigt. Au bout d'une semaine, elle recueillait 3 à 4 ml par jour, qu'elle mettait dans le fond d'une tétine pour les donner à son bébé, en le mettant le plus près possible de son sein, en position d'allaitement.

Elle se rend à une réunion d'information sur l'allaitement à la maternité de Dreux où je la rencontre. Je la réconforte, et je lui propose d'aller consulter la psychologue de la maternité. Cette maman repart chez elle épuisée, mais soulagée d'avoir pu parler de son vécu. Une amie lui prête un tire-lait manuel. Quelques jours plus tard, elle arrive à tirer environ 10 ml par jour, et Emilie commence à lécher le mamelon. Je la revois 5 jours après la première réunion à la maternité, et je lui suggère d'utiliser un DAL (dispositif d'aide à la lactation) fait « maison » : une sonde gastrique passée dans le trou d'un biberon contenant du lait industriel, et fixée au doigt. La mère met Emilie en position d'allaitement contre son sein nu, le plus près possible du mamelon, et lui fait prendre au doigt le contenu du biberon. Je lui prescris également du dompéridone, ainsi qu'un tire-lait électrique automatique à double pompage, qui pourra stimuler plus efficacement la lactation. Tout cela est assez lourd à gérer, et la maman expérimente en même temps que moi (je n'avais encore jamais rencontré un cas de ce genre auparavant). Mais cette maman m'a semblé déterminée, patiente, et surtout elle s'est donné pour objectif de vivre le moindre progrès de façon positive. 15 jours après le début de la relactation, la mère arrive à tirer 60 ml de lait par jour. Emilie commence à accepter

de prendre le sein régulièrement, et même si elle ne tète pas, c'est un grand progrès.

Quelques jours plus tard, Emilie commence à têter pendant quelques secondes. Et 3 semaines après le début de la relactation, alors qu'Emilie était calme et bien réveillée, sa mère lui a proposé le sein, et elle a tété activement pendant plusieurs minutes. Les jours suivants, les mises au sein sont irrégulières, et leur réussite est aléatoire. La production lactée maternelle continue à augmenter. Un mois après le début de la relactation, Emilie prend le sein toute la journée et tète efficacement. La mère complète la tétée avec un biberon au cas par cas, et n'a plus besoin de tirer son lait. Elle note quotidiennement la quantité de lait donnée au biberon, et la voit diminuer jour après jour. Au bout de 2 mois, la mère vit un allaitement partiel gratifiant. Emilie prend le sein à la demande, et reçoit ensuite un complément si besoin.

Les deux premières semaines de la relactation ont été difficiles à vivre, car la mère était partagée entre ses doutes et ses incertitudes, et la conviction qu'elle devait faire quelque chose pour ne pas rester sur l'amertume de l'échec de son allaitement. Elle est heureuse d'avoir pu trouver le soutien nécessaire à cette relactation. La petite Emilie a « accepté de collaborer » sans pour autant modifier ses rythmes. L'image que cette mère souhaite garder en elle est celle de sa petite fille lâchant le sein pour lui faire un grand sourire, puis reprenant le sein en continuant à sourire.

Dépression post-lactationnelle

Case study revisiting the association between breastfeeding and postpartum depression. V Sharma, CS Corpse. J Hum Lact 2008 ; 24(1) : 77-9.

Les relations entre l'allaitement et la dépression restent difficiles à cerner. On sait que les mères souffrant de dépression sont plus nombreuses à sevrer rapidement que les mères non déprimées. Mais il est difficile de savoir dans quelle mesure la dépression est à l'origine de problèmes d'allaitement, ou si les problèmes d'allaitement favorisent la dépression. Dans la plupart des cas, la dépression débute dans les 6 premières semaines post-partum, et il existe beaucoup moins de données sur les dépressions survenant tardivement. Susman et Katz (1988) ont décrit 4 cas de dépression qui ont débuté entre 6 et 9 mois, peu de temps après le sevrage de l'enfant. Les auteurs présentent le cas d'une mère qui a souffert de dépression immédiatement après le sevrage de chacun de ses 3 enfants.

Cette mère, par ailleurs en bonne santé et vivant une relation de couple heureuse, a présenté un premier épisode dépressif 1 mois après le sevrage de son premier enfant, âgé alors de 7 mois. Elle a attendu 18 mois pour consulter, et elle a été traitée par venlafaxine (150 mg/jour), avec un résultat moyen, jusqu'au démarrage d'une seconde grossesse, 4 mois plus tard. Elle a allaité son second enfant pendant un an, puis a sevré assez brutalement. Le second épisode de dépression est survenu environ 2 mois plus tard. Elle a été traitée par citalopram pendant 5 mois sans aucun résultat, et a arrêté le traitement dès qu'elle a constaté qu'elle était de nouveau enceinte.

Les auteurs l'ont vue à l'occasion du 3^{ème} épisode de dépression. Elle avait allaité pendant 11 mois, et la dépression a dé-

buté 15 jours après le sevrage. Lorsqu'elle a introduit d'autres aliments à son bébé à 5 mois post-partum, elle a commencé à souffrir d'insomnies sans dépression, les autres symptômes étant apparus au sevrage total. Au moment de la consultation, elle suivait déjà depuis 6 semaines un traitement par citalopram (30 mg/jour) sans aucun résultat.

À l'interrogatoire, elle disait avoir eu une enfance heureuse, n'avoir connu aucun événement traumatisant pendant son enfance et sa vie d'adulte. Avant le premier épisode de dépression, elle n'avait jamais souffert de problèmes psychologiques. Elle n'avait eu aucun symptôme psychopathologique pendant ses grossesses, qui se sont déroulées normalement. Elle n'avait aucun antécédent de maladie sérieuse. Elle avait des antécédents familiaux de dépression. On lui a prescrit de la rispéridone (0,5 mg/jour), ce qui a induit une amélioration transitoire ; le dosage a été porté à 0,75 mg/jour, ce qui a induit une rémission de la dépression.

La survenue d'une dépression déclenchée par le sevrage semble être un phénomène rare. Il serait utile de mener des études prospectives sur un nombre important de femmes afin de mieux cerner les relations temporelles entre l'allaitement, le sevrage et la dépression du post-partum. L'utilisation d'un produit comme la rispéridone, qui augmente le taux de prolactine, pourrait être une option chez les femmes dont la dépression ne répond pas à un antidépresseur courant.

Cancer du sein in situ chez une mère allaitante

How breastfeeding saved my life. J Snyder. New Beginnings 2007 ; 24(1) : 13-14.

Cette mère, âgée de 36 ans, avait allaité ses deux premiers enfants jusqu'à environ 2 ans, et elle allaitait son 3^{ème} enfant âgé de 14 mois lorsqu'elle a constaté la présence d'une masse dans son sein droit. Cela ne l'a pas préoccupée outre mesure, car elle avait une mastose fibrokystique depuis des années, et elle était habituée à avoir des masses mammaires. Toutefois, un cancer du sein ayant été diagnostiqué chez une de ses amies du même âge, elle a décidé d'aller consulter chez le sénologue qui la suivait. Ce dernier lui a dit que cela devait être lié à l'allaitement, mais il l'a toutefois envoyée passer une échographie mammaire. Celle-ci montrait ce qui semblait être un adénome. Le spécialiste lui a proposé d'attendre et de suivre son éventuelle évolution, ou de le faire enlever. La mère a choisi de le faire enlever, ce qui a été fait en ambulatoire sous sédation légère. L'ablation s'est très bien passée ; le médecin lui a dit que la tumeur semblait vraiment bénigne, et qu'il la recontacterait lorsqu'il aurait les résultats de la biopsie. Quelques jours plus tard, cette mère a appris qu'on lui avait trouvé un carcinome in situ, situé juste à côté d'un adénome mammaire bénin.

La dénomination « in situ » signifie que la tumeur en est au tout début de son développement ; toutefois il existait un début d'invasion. On a proposé à cette femme une mastectomie partielle, et une ablation des ganglions lymphatiques. Cette seconde chirurgie a été effectuée 12 jours après l'ablation de l'adénome. La mère est sortie très rapidement, et a remis immédiatement son enfant au sein, encouragée par le médecin qui estimait que cela abaisserait le risque d'infection. Aucune ex-

tension de la tumeur n'a été constatée et l'intégralité du carcinome avait été enlevée ; toutefois, une 3^{ème} chirurgie a été programmée pour élargir la zone de tissu mammaire enlevée autour de la tumeur, afin d'avoir une bonne marge de sécurité. Mais la veille du jour où elle devait avoir lieu, la mère a découvert qu'elle était enceinte. La mère a rediscuté des options possibles en fonction de cette grossesse débutante.

On lui a dit qu'une chimiothérapie était inutile, mais qu'une radiothérapie le serait. Elle a donc suspendu l'allaitement avec le sein touché, et a poursuivi l'allaitement avec l'autre sein. Au bout de 5 semaines de radiothérapie, elle a présenté une brûlure liée aux radiations. Le traitement a été arrêté au bout de 7 semaines. Les brûlures mammaires ont rapidement guéri, et 3 semaines après la fin du traitement la mère recommençait à allaiter avec le sein touché. On lui avait dit que la radiothérapie induirait le tarissement de la production lactée, mais cela n'a pas été le cas.

Le fait de poursuivre l'allaitement de sa fille pendant toute cette période a beaucoup aidé la mère, en lui donnant un sentiment de normalité, et en lui évitant le stress supplémentaire d'un sevrage non désiré. Elle est heureuse de n'avoir pas eu à subir de traitement rendant le sevrage obligatoire, et elle a été agréablement surprise de voir que les médecins la soutenaient dans sa décision de poursuivre l'allaitement dans toute la mesure du possible.

Assya : Prise de poids insuffisante

Mme Frédérique VEAUX, infirmière, consultante en lactation. Tours (37).

Cette maman contacte le lactarium de Tours : elle souhaite faire analyser son lait, sur la recommandation de son médecin, car son bébé de 14 jours perd du poids. Je la reçois en consultation pour la première fois le 17 janvier 2008. Elle est primipare, et a accouché par césarienne. Elle souhaite vivement allaiter exclusivement. Son bébé pesait 3450 g à la naissance. Il avait repris ce poids de naissance à J7, mais il ne pesait plus que 3350 g à J12, et 3270 g à J14 (je félicite la maman de s'être inquiétée). Cette maman a accouché dans un service de maternité où on lui a fait la recommandation suivante : si la prise de poids est inférieure à 150 g/semaine, donner un repas sur deux au biberon avec un hydrolysé, en alternance avec le sein (un lait industriel standard devant être donné par la suite). Ces consignes sont à nouveau validées par le médecin traitant de la mère, qui demande en complément une analyse du lait.

Le 17 janvier 2008, ce bébé reçoit donc depuis 3 jours des biberons de lait industriel à un repas sur deux. Avant le début du don de compléments, le bébé tétait 6 à 7 fois/jour, toutes les 4 heures à 4 heures 30. La mère lui donnait une sucette pour le calmer entre les tétées. Après les tétées, les seins sont souples et non douloureux. La mère n'a pas de problèmes de mamelons.

Une tétée complète est observée, et permet de constater que le bébé est efficace au sein.

Je propose à la mère le plan d'action suivant :

- Ne pas laisser le bébé plus de 2 heures (voire moins longtemps si le bébé réclame) sans téter pendant 3-4 jours ;
- Donner les deux seins, pratiquer la super alternance ;
- Tétées la nuit à la demande ;
- Peser une fois par jour (la maman a loué une balance) ;
- Evaluer la quantité de selles (au moins 3 par jour), et celle des urines (5 à 6 changes mouillés par jour) ;
- Eviter la sucette ;
- Allaitement exclusif dans toute la mesure du possible ;
- Compléments en l'absence de prise de poids, ou en fonction du comportement de l'enfant.

La mère me recontacte le 28 janvier. Elle a sevré son bébé, suite à la recommandation du pédiatre, qui lui a prescrit de la bromocriptine, car elle était trop fatiguée suite à la césarienne. Son bébé reprend du poids. La mère est en larmes ; elle regrette que les choses se soient aussi mal passées, et dit qu'elle « insistera davantage » pour son prochain enfant.

Allaitement chez une femme de 61 ans

A case of well-established breastfeeding for a 61-year-old woman after menopause. P Bagi Emmersen, C Hald Kronborg, L Illeborg, ER Mathiesen. J Hum Lact 2008 ; 24(2) : 217-8.

Au Danemark, l'allaitement exclusif est recommandé pendant les 6 premiers mois. Plus de 95% des femmes allaitent en maternité, et 59% allaitent exclusivement à 4 mois post-partum. Ces dernières années, on voit arriver dans les services d'obstétrique une nouvelle catégorie de femmes enceintes : des femmes ménopausées qui ont démarré une grossesse à l'aide de protocoles spéciaux. Ces femmes souhaiteront allaiter elles aussi. On s'est longtemps demandé dans quelle mesure une femme qui accouche alors qu'elle est ménopausée depuis des années sera capable d'allaiter. Les auteurs présentent un tel cas d'allaitement.

Cette femme avait été ménopausée à 58 ans. Elle est devenue enceinte à 61 ans, suite à un don d'ovocyte. Elle souhaitait allaiter. Sa grossesse a été normale, et elle a accouché à 38 semaines par césarienne effectuée à sa demande. L'enfant était en bonne santé et pesait 2930 g. La mère avait du colostrum. Le nouveau-né a pris le sein rapidement après la naissance, puis a tété 6 à 8 fois par jour. À J3 son poids était descendu à 2566 g, et un suivi plus étroit a été effectué. On a encouragé la mère à porter son enfant en peau à peau, et à tirer son lait 4 à 6 fois par jour après les tétées pour augmenter sa production lactée. Le lait tiré était donné à la tasse, et le bébé a par ailleurs reçu à 2 reprises un supplément de lait industriel. Un prélèvement sanguin a

été effectué chez la mère pour dosage du taux de prolactine, qui était dans les limites de la normale chez une mère allaitante. La production lactée a augmenté rapidement, et à partir de J5 le bébé était exclusivement allaité. La mère a quitté la maternité à J7. 10 semaines plus tard, elle allaitait exclusivement, et le bébé avait pris 1970 g depuis sa naissance.

C'est le premier rapport officiel d'allaitement réussi chez une femme ayant accouché plusieurs années après sa ménopause. Il existe des rapports de cas de grand-mères ménopausées, ou de jeunes femmes vierges ayant allaité un enfant suite au décès de la mère, ou de naissance de multiples, mais ces données sont rares et peu circonstanciées, et il n'existe pas de recommandations spécifiques pour ces mères. Dès que débute une grossesse, les hormones spécifiques de l'allaitement préparent les seins à la lactation, y compris après la ménopause. Après l'accouchement, la stimulation régulière des seins entretient la lactation. Le bébé de cette femme a présenté une perte de poids importante en post-partum précoce, immédiatement décelée, et des mesures simples de stimulation de la production lactée ont permis de résoudre très rapidement le problème. Ce cas montre qu'une femme ménopausée depuis des années peut parfaitement allaiter.

Réflexe d'éjection fort

Case of possible allergy to breastmilk. K Hill, S Hart. Breastfeed Med 2008 ; 3(2) : 138.

Les auteurs rapportent un cas de mère vue par une consultante en lactation pendant son séjour en maternité, car elle estimait que son enfant était allergique à son lait.

Cette femme de 23 ans avait accouché à terme et par voie basse de son second enfant. Ce dernier avait séjourné pendant quelques heures en néonatalogie en raison d'un problème respiratoire transitoire, et la mère a commencé à tirer son lait. Au bout de 8 heures, elle a pu mettre son bébé au sein, et le bébé a vomi. À la tétée suivante, il a vomi de nouveau. La mère a alors donné du lait industriel, que le bébé n'a pas vomi. Des 9 premiers repas du bébé, 6 ont été des mises au sein, toutes suivies de vomissements, et 3 ont été le don d'un biberon de lait industriel, non suivis de vomissements. La mère a également dit que son bébé avait un rash facial après les tétées au sein, mais pas après les biberons de lait industriel. À J2, au moment de la visite de la consultante, la mère était convaincue que son bébé était allergique à son lait. Sa mère et sa sœur, présentes à son chevet, ont dit qu'elles-mêmes n'avaient pas pu allaiter parce que leurs enfants étaient allergiques à leur lait. Cette mère s'est aussi rappelé que son premier enfant, âgé de 4 ans, vomissait beaucoup quand elle l'allaitait.

À l'occasion de la consultation, une tétée a été observée. La mère avait un réflexe d'éjection très fort, et le lait giclait dans la bouche du bébé. La mère était positionnée de telle façon que le sein reposait sur le visage du bébé. Ce dernier a commencé à présenter un rash au niveau du visage, dans cette position où le sein était écrasé sur sa figure. La consultante a modifié la position de la mère pour qu'elle soit en position plus verticale, et a recommandé de mettre le bébé au sein dans une position telle que la gravité limiterait la vigueur du flot de lait. Elle a également recommandé à la mère de retirer son bébé du sein si elle constatait qu'il avait du mal à avaler le lait. Dans la nouvelle position adoptée pour la tétée, le sein ne recouvrait plus la majeure partie du visage de l'enfant, et il n'a plus présenté de rash. Un test cutané avec du lait maternel a été effectué sur le bras de l'enfant, et ce dernier n'a présenté strictement aucune réaction.

Le fait de constater qu'il suffisait de mettre tout simplement son bébé au sein dans une autre position pour éviter chez lui la survenue d'un rash et des vomissements a encouragé la mère, ainsi que la constatation que son bébé n'était pas réellement allergique à son lait. Elle a poursuivi l'allaitement, et elle allaitait exclusivement à sa sortie de maternité. Après la visite de la consultante en lactation, le bébé n'avait plus présenté de vomissements ni de rash.