

RÉVUE DE PRESSE

Protéger les enfants dans les situations d'urgence

Protecting infants in emergencies : informations for the Media. Protecting infants in emergencies : the role of the public. IFE Core Group - Emergency Nutrition Network, 2007.

Les catastrophes naturelles et les guerres mettent en péril de nombreuses vies. Et les bébés sont les plus vulnérables. Ils ont des besoins nutritionnels spécifiques, et ils sont immatures. L'allaitement permet au bébé d'être nourri, et d'être protégé vis-à-vis de nombreuses maladies. En situation d'urgence, les bébés qui ne sont pas allaités sont à très haut risque de maladie, de malnutrition et de décès : il est très difficile ou impossible de trouver un substitut correct au lait maternel, et les mauvaises conditions d'hygiène rendent impossible le don d'un substitut dans de bonnes conditions. Les bébés ne sont pas les seuls à être concernés. En situation d'urgence, le risque de décès est élevé chez les enfants de moins de 5 ans, et tout particulièrement chez les enfants de moins de 2 ans. Le lait maternel représente encore un apport nutritionnel significatif même pour un enfant de 2 ans.

Il est particulièrement facile pour les médias de monter en épingle le sort des bébés, et de réclamer la collecte de lait industriel. Étant donné la désorganisation qui règne dans les situations d'urgence, ce lait sera souvent distribué sans aucun contrôle. Un audit effectué par l'UNICEF suite au tremblement de terre de 2006 en Indonésie a montré qu'en dépit d'un taux d'allaitement très élevé, 70% des enfants de moins de 6 mois avaient reçu du lait industriel. Une autre étude portant sur la gestion de l'aide suite à des inondations au Botswana en 2005-2006 a constaté que la quasi totalité des bébés qui sont décédés étaient nourris au lait industriel. Le fait que du lait en poudre (non conçu pour les bébés) est distribué en routine dans les colis alimentaires est également un problème : ce lait est bien souvent donné à des bébés.

Par ailleurs, ces distributions de lait industriel peuvent avoir un impact négatif à long terme sur la santé infantile. Suite au tremblement de terre survenu en 1988 en Arménie, la distribution massive de lait industriel a eu pour résultat une baisse importante du taux d'allaitement. Plus de 10 ans après, cette baisse était toujours significative, ainsi que son impact négatif sur la santé des bébés arméniens. L'aide humanitaire a modifié durablement les pratiques et les perceptions des mères.

Dans une telle situation, les mères allaitantes doivent être soutenues afin de poursuivre l'allaitement. Elles ne doivent jamais recevoir du lait industriel en routine. Les mères qui ont récemment sevré leur enfant seront encouragées à relactier. Si c'est impossible, ou si la mère est décédée, la première démarche est de chercher une autre femme qui pourra allaiter le bébé. Si c'est impossible, un lait industriel sera utilisé au cas par cas, et sous surveillance étroite d'un professionnel de santé. On doit alors fournir aux mères non seulement le lait industriel, mais également tout ce qui est indispensable pour l'utiliser dans de bonnes conditions. On ne doit pas laisser les fabricants de lait industriel et autres aliments pour nourrissons utiliser les situations d'urgence pour élargir leur clientèle et améliorer leur image de marque. Les laits industriels ne devraient pas porter de marque ou de logo d'un fabricant, et leur emballage devrait comporter un mode d'emploi précis et détaillé, écrit dans la langue locale. Les pratiques contraires à l'éthique de ces fabricants

constituent un problème à l'échelle mondiale, et les mères doivent être protégées de leur influence.

Les mythes qui doivent être combattus

Mythe : Les mères stressées ou malnutries ne peuvent pas allaiter

La lactation est un processus robuste. Le stress n'a aucun impact sur la production lactée. Il inhibe en revanche le réflexe d'éjection du lait, ce qui peut effectivement amener à penser que le stress « coupe le lait ». Rassurer la mère, lui dire que le seul impact est que le bébé devra téter plus longtemps pour obtenir le lait, lui permettra de reprendre confiance en elle et de poursuivre l'allaitement. Un autre point est que dans les situations d'urgence la fréquence des tétées pourra baisser nettement en raison du contexte. Mais il suffira d'augmenter cette fréquence pour voir augmenter la production lactée. C'est seulement si la mère est en situation de famine que la production lactée se tarira, et le remède n'est pas de donner un lait industriel à l'enfant, mais de nourrir correctement la mère.

Mythe : En cas de catastrophe humanitaire, il faut fournir d'importantes quantités de lait industriel

Les gouvernements, les organisations d'entraide et le grand public sont de bonne volonté lorsqu'ils veulent fournir du lait industriel. Les pays en situation de crise voient habituellement arriver d'énormes quantités de produits qui ne correspondent pas du tout à leurs besoins réels. Gérer ces dons inutiles, voire potentiellement dangereux, représente une charge importante pour les agences humanitaires qui travaillent sur le terrain. L'expérience acquise est que, dans la majorité des cas, les besoins en lait industriel sont mineurs.

Mythe : les laits industriels ne présentent aucun danger et représentent le meilleur choix pour les bébés

La conviction que le lait industriel est le meilleur choix pour l'alimentation des bébés, courante dans nos pays, est un problème majeur. L'aide alimentaire vient souvent des pays occidentaux, dans lesquels l'utilisation d'un lait industriel est courante, et ces pays extrapolent leurs convictions en matière d'alimentation infantile aux autres pays. Dans de nombreux pays en voie de développement, même lorsque l'allaitement y est la norme, les mères pensent que les laits industriels ont une valeur proportionnelle à leur coût, et sont donc meilleurs que leur lait. Dans ces pays, seules les mères aisées ont la possibilité d'acheter un lait industriel ; et une mère qui n'aurait jamais pu avoir accès à un tel lait sera très heureuse de l'utiliser si on lui en donne, parce qu'elle est convaincue que cela sera bénéfique pour son bébé. Par ailleurs, le manque d'hygiène, l'absence d'eau potable et la destruction des structures médicales sont la norme en cas de catastrophe humanitaire, même dans les pays industrialisés. Dans un tel contexte, un soutien approprié aux enfants allaités et non allaités est très important.

Pour aller plus loin :

- Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence – Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes. Version 2.1 – Février 2007
www.enonline.net/pool/files/ife/ops-guidance-french-sept-07.pdf
- Le Code et l'alimentation des nourrissons en cas d'urgence
http://www.ibfan.org/site2005/abm/paginas/articles/arch_art/590-5.pdf

Vécu des mères incluses dans une étude de biomonitoring du lait humain

Participant experiences in a breastmilk biomonitoring study : a qualitative assessment. Wu N, McLEAn MD, Brown P, Aschengrau A, Webster TF. Environ Health 2009 ; 8 : 4. Mots-clés : lait humain, polluants, biomonitoring.

Les études de biomonitoring permettent de recueillir des données sur l'exposition aux polluants à l'échelle individuelle comme à l'échelle de populations. Le lait humain est un fluide biologique facile à obtenir, et permettant d'avoir une idée fiable de l'exposition de la femme aux polluants. Toutefois, l'impact de l'exposition aux polluants, que ce soit chez la femme ou son enfant, est en grande partie totalement inconnu. Savoir que son lait est « pollué » pourra avoir un impact psychologique important sur la mère, qui pourra avoir peur de nuire à son bébé, voire même décider de le sevrer. Globalement, les experts considèrent qu'une mère a le droit de demander à connaître les résultats de l'analyse de son lait, même si la signification des taux de polluants est plus ou moins inconnue. L'objectif de cette étude était d'évaluer le vécu de mères incluses dans une étude de biomonitoring du lait humain.

L'étude Greater Boston PBDE Body Burden Project (GB-PBDE) a été menée entre 2003 et 2005, sur 46 mères recrutées dans un centre médical et dans deux maternités. Ces mères ont répondu à un questionnaire portant entre autre sur leur santé, leur mode de vie, leur environnement et leur alimentation, et elles ont donné des échantillons de lait entre 2 et 8 semaines post-partum pour recherche du taux de PBDE. Dans le cadre de cette étude, son objectif a été expliqué aux mères de façon approfondie. Elles ont également reçu des informations soulignant les bénéfices de l'allaitement, y compris lorsque le lait maternel était pollué ; des consultant(e)s en lactation faisaient partie des membres de l'équipe ; et les mères ont reçu des documents donnant des informations factuelles et non alarmistes sur les polluants. Les taux lactés de polluants ont été présentés aux mères de façon individuelle et de façon globale (ensemble des échantillons de lait).

Ces mères avaient en moyenne 32,2 ans, 6,5% étaient fumeuses. 89% avaient au moins un niveau d'études secondaire, et 6,5% avaient un niveau d'études universitaire. 87% étaient d'origine européenne. 31 mères ont pu être recontactées 5 à 17 mois après l'étude afin d'évaluer son impact. 14 mères avaient demandé à recevoir leurs résultats individuels avant de répondre au questionnaire de suivi ; suite à ce questionnaire, 16 autres mères ont demandé à les recevoir. Parmi les 31 mères qui ont répondu à ce questionnaire, une seule mère ne voulait pas connaître ses résultats : elle estimait qu'il était inutile de les connaître dans la mesure où elle ne pouvait rien y changer. Aucune de ces mères n'a modifié ses pratiques d'allaitement suite à sa participation à l'étude. 2 d'entre elles ont apprécié les informations qui leur ont été données, montrant que les polluants présents dans le lait n'empêchaient pas l'allaitement de rester « le meilleur choix ». 4 autres mères ont dit que les informations reçues ont renforcé leur motivation à allaiter. 2 mères qui avaient les taux lactés de polluants les plus élevés se posaient des questions sur ce résultat, mais elles ont continué à allaiter grâce aux informations sur les bénéfices de l'allaitement qui leur avaient été données. Les 5 mères qui avaient les taux lactés de polluants les plus bas étaient très satisfaites, et cela avait renforcé leur souhait d'allaiter. 30 femmes ont dit avoir l'intention d'allaiter leur prochain enfant ; la dernière femme pensait qu'elle allait très probablement allaiter, mais qu'elle remettrait éventuellement l'allaitement en cause en fonction de son taux lacté de polluants. 15 mères n'ont pas du tout modifié leur mode de vie. 11 mères ont dit que

l'étude les avait amenées à voir leur environnement sous un autre angle, et à faire des efforts pour limiter leur exposition aux polluants. Leur participation à cette étude avait fourni à ces mères l'occasion d'en savoir davantage sur la pollution environnementale, ce dont nombre d'entre elles étaient satisfaites.

Cette étude présente des biais. Le coordonateur de l'étude était une femme qui allaitait, ce qui pouvait influencer les mères. L'étude portait sur un petit nombre de femmes, et les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population. Elle montre cependant qu'une information objective et approfondie des mères sur les objectifs de l'étude, sur sa signification, sur les connaissances actuelles en matière d'allaitement et de polluants dans le lait maternel, permet de limiter ou de supprimer l'impact négatif que peut avoir sur la mère la constatation d'un taux significatif de polluants dans son lait. Dans la mesure où ces études sont de plus en plus souvent menées, il est nécessaire de les effectuer selon un protocole prenant en compte leurs aspects éthiques.

L'allaitement pendant la grossesse n'augmente pas le risque d'hypotrophie fœtale

Breastfeeding during late pregnancy does not increase the risk of a small-for-gestational-age birth among Peruvian women. R Paraja de Felipa et al. Breastfeed Med 2008 ; 3(1) : 84. Mots-clés : allaitement, grossesse, croissance fœtale.

Un faible poids de naissance par rapport à l'âge gestationnel est un facteur qui augmente le taux de mortalité et de morbidité infantiles, ainsi que celui de certaines maladies chroniques plus tard dans la vie. Certains estiment que la poursuite de l'allaitement pendant la grossesse est susceptible d'avoir un impact négatif sur la croissance du fœtus. Le but de cette étude cas-témoin était d'examiner les relations entre l'allaitement pendant le dernier trimestre de grossesse et le poids de naissance de l'enfant suivant.

Entre mars 2006 et avril 2007, 3 services de maternité péruviens ont été visités quotidiennement pour identifier toutes les naissances de bébés hypotrophiques (poids de naissance < 10ème percentile, n = 78, groupe cas). Pour chacun de ces enfants, on a recruté 2 autres nouveau-nés par tirage au sort, dont le poids de naissance était compris entre le 50ème et le 90ème percentile (n = 150, groupe témoin). Les mères ont répondu à un questionnaire, et toutes les données médicales ont été extraites des dossiers des mères et des enfants. Elles ont été réparties en 2 groupes suivant qu'elles allaitaient ou non pendant le dernier trimestre de leur grossesse. Des échantillons de cheveux ont été prélevés dans un sous-groupe de mères pour évaluation de leur statut pour le zinc.

La poursuite de l'allaitement pendant le dernier trimestre de la grossesse n'avait aucun impact sur le risque d'hypotrophie fœtale, au contraire : les mères de 14 bébés du groupe témoin allaitaient toujours contre seulement 3 mères du groupe cas ; le risque d'hypotrophie fœtale était 2,44 fois plus élevé chez les mères qui n'allaitaient plus pendant le dernier trimestre de leur grossesse. Par rapport aux enfants de poids normal, les nouveau-nés hypotrophiques étaient plus souvent de sexe féminin, leurs mères étaient plus souvent célibataires, elles avaient pris moins de poids pendant leur grossesse, étaient plus nombreuses à avoir déjà eu auparavant un bébé hypotrophique. Le taux de zinc dans les cheveux de ces mères était similaire dans le groupe témoin et le groupe cas.

Importance du niveau d'aspiration pour l'expression du lait

Importance of vacuum for breastmilk expression. JC Kent, LR Mitoulas, MD Cregan et al. Breastfeed Med 2008 ; 3(1) : 11-9. Mots-clés : expression du lait, tire-lait, dépression.

La prévalence de l'expression du lait a augmenté parallèlement à l'augmentation de celle de l'allaitement. Tant les mères que les professionnels de santé doivent donc avoir des informations de bonne qualité sur les différents tire-lait. Des études récentes ont évalué l'impact de différents schémas de fonctionnement de tire-lait électriques sur la quantité de lait obtenue et sur le réflexe d'éjection, mais l'importance de la dépression est un facteur qui n'a pas été exploré. C'était le but de cette étude.

Elle a inclus 23 mères allaitantes. 19 d'entre elles allaitaient exclusivement un bébé de moins de 6 mois, 2 allaitaient partiellement un bébé de 7 et 8 mois, une mère tirait son lait pour son bébé de 20 semaines né à terme, et une dernière le tirait pour son bébé de 6 semaines né à 24 semaines de grossesse. Les 21 mères qui allaitaient ont évalué leur production lactée sur 24 heures en pesant leur enfant avant et après chaque tétée, et les 2 mères qui tiraient leur lait ont noté la quantité de lait tirée. Pendant la journée d'évaluation de la production lactée, les mères ont également tiré 1 ml de lait avant et après chaque tétée ou séance d'expression, et des crématocrites ont été effectués sur tous ces échantillons pour évaluation du degré de « vidage » du sein. Le même tire-lait électrique automatique autogéré a été utilisé, avec une période de stimulation à 125 cycles/mn, puis une période de recueil du lait de 54 à 78 cycles/mn lorsque le réflexe d'éjection survenait. La dilatation d'un canal lactifère au niveau du sein droit a été suivie par échographie afin de suivre le réflexe d'éjection.

A l'occasion de la visite dans le centre d'études, la dépression maximale jugée confortable par la mère a été recherchée sur le sein gauche de toutes les mères, et c'est cette dépression qui a été utilisée comme base de travail pour l'étude proprement dite. Pour cette dernière, on a donc utilisé cette dépression maximale confortable (A), et une dépression représentant 75% de la dépression maximale confortable (B). Lorsque la dépression A était inférieure à -173 mm Hg, on a également testé chez la mère une dépression de -125 mm Hg (C) et de -75 mm Hg (D). Lorsque la dépression A était comprise entre -173 mm Hg et -125 mm Hg, on a testé uniquement la dépression D. Chez les mères pour qui la dépression A était supérieure à -125 mm Hg, seules les dépressions A et B ont été testées. Le lait était recueilli dans des récipients qui étaient changés toutes les 30 secondes, et le crématocrite de chaque échantillon a été mesuré.

La dépression A était en moyenne de $-190,7 \pm 8$ mm Hg (-98 à -270 mm Hg), et la dépression B était donc de $-143 \pm 8,8$ mm Hg (-75 à -203 mm Hg). Les dépressions A, B, C et D ont été testées chez 11 mères, 7 mères ont testé les dépressions A, B et C, et 5 mères ont testé uniquement les dépressions A et B. Après 15 mn d'expression au niveau A, on avait constaté chez les mères $4,3 \pm 0,4$ réflexes d'éjection, et l'expression de $118,5 \pm 11,4$ ml de lait ($65,5 \pm 4,1\%$ du lait disponible). Le flot de lait était le plus abondant pendant le premier réflexe d'éjection. Le niveau de dépression utilisé n'avait aucun impact mesurable sur la rapidité de survenue du premier réflexe d'éjection, ou sur le nombre de réflexes d'éjection pendant les 15 mn d'expression. La quantité de lait obtenue était positivement corrélée au degré de « remplissage » des seins avant le début de la séance d'expression, ainsi qu'à une dépression plus importante que -200 mm Hg. Le crématocrite com-

mençait à augmenter lorsque 50% du lait obtenu dans une session avait été exprimé avec les dépressions A et B, tandis qu'il commençait à augmenter seulement quant 80% du lait avait été exprimé avec les dépressions C et D. Avec les dépressions A, B et C, une nouvelle augmentation du crématocrite était constatée lorsque le pourcentage du lait obtenu passait de 50 à 80% du lait exprimé, et il augmentait encore lorsque ce pourcentage dépassait 80% uniquement avec la dépression A. Le crématocrite le plus élevé constaté en fin de tétée était respectivement de 18%, 18%, 17% et 12% pour les dépressions A, B, C et D.

L'utilisation d'un tire-lait électrique avec un niveau de dépression représentant le niveau maximal confortable pour la mère permet d'optimiser la quantité de lait obtenue, le pourcentage de lait exprimé par rapport au lait disponible, et la rapidité d'obtention. 76% des mères de cette étude trouvaient confortable une dépression relativement élevée permettant une expression efficace. La raison pour laquelle les autres mères trouvaient inconfortable un tel niveau de dépression reste à découvrir ; cela pourrait être en rapport avec l'anatomie des canaux lactifères chez ces femmes, et être un marqueur de difficultés à tirer son lait. Un crématocrite élevé en fin d'expression est un bon marqueur d'une expression efficace.

Consultations d'allaitement gérées par des médecins

Physician-led outpatient breastfeeding medicine clinics in the United States. U Shaikh, CM Smillie. Breastfeed Med 2008 ; 3(1) : 28-33. Mots-clés : soutien aux mères, consultation d'allaitement, médecins.

Environ 70% des femmes américaines allaitent après leur accouchement, mais seulement 33% allaitent toujours à 6 mois. La possibilité de bénéficier d'un soutien adéquat, en particulier en cas de problème d'allaitement, pourrait augmenter la durée de l'allaitement. Des consultations d'allaitement ont été ouvertes dans divers pays, gérées par des médecins, des sages-femmes, des infirmières, des consultant(e)s en lactation... Le but de cette étude était de décrire le fonctionnement des consultations d'allaitement gérées par des médecins aux Etats-Unis.

Les auteurs ont mis au point un questionnaire de 4 pages, qu'ils ont posté sur les listes de discussion de l'Académie Américaine des médecins généralistes, ainsi que sur celle de l'Academy of Breastfeeding Medicine, à partir de l'expérience de 4 médecins travaillant dans une consultation d'allaitement. Ce questionnaire, destiné aux généralistes qui s'étaient spécialisés dans le suivi des mères allaitantes, comportait des questions sur les pratiques médicales, sur les caractéristiques démographiques de la consultation, sur les motifs de consultation, la durée moyenne des consultations, leur coût, les modalités de leur remboursement éventuel, la formation continue, les éventuelles activités autres que les consultations d'allaitement...

Les responsables de 13 consultations d'allaitement ont répondu à ce questionnaire. La consultation la plus ancienne existait depuis 1995, et la plus récente avait été ouverte en 2005. 7 consultations étaient privées, les 6 autres dépendaient du secteur public. 10 consultations assuraient également un suivi de médecine générale et de pédiatrie. Une seule consultation était exclusivement dédiée au suivi de l'allaitement. Dans 10 consultations, un seul des médecins était considéré comme « l'expert » en allaitement (dans 6 consultations, ce médecin était le seul à exercer dans le cabinet médical). Dans les 3 consultations où travaillaient plusieurs médecins chargés du suivi des allaitements, le plus « gros » cabinet médical employait à plein temps un seul médecin, 3 autres y travaillaient à

temps partiel, ainsi que 2 infirmières. 7 répondants avaient le diplôme de consultant en lactation.

Chacun de ces médecins voyait en moyenne 6 mères par demi-journée, avec une durée de consultation de 45 à 60 mn pour une première consultation, et de 30 à 45 mn pour les visites suivantes. Les problèmes qui occasionnaient le plus souvent les consultations étaient les problèmes de mise au sein, de mamelons douloureux, ou de production lactée. La plupart des mères qui venaient dans ces consultations étaient référées par d'autres professionnels de santé ou consultants en lactation. Dans 12 cabinets médicaux, la consultation était facturée et remboursée comme n'importe quelle autre consultation médicale. Tous les répondants ont dit assurer un suivi téléphonique non rémunéré. Parmi les 11 cabinets médicaux existant depuis plus de 12 mois au moment de l'enquête, 8 faisaient état d'une augmentation de la fréquentation du cabinet, et les médecins qui y travaillaient estimaient avoir des revenus similaires à ceux d'autres médecins travaillant dans un cabinet médical « courant ». L'analyse portant sur les cabinets ouverts depuis plus de 2 ans montrait que ces consultations spécialisées dans l'allaitement étaient financièrement viables. Les sources de rentrées d'argent autres que les consultations d'allaitement étaient les consultations de médecine générale (10 cabinets), la vente ou la location de matériel d'allaitement (6 cabinets), et les subventions (2 cabinets).

Ces médecins se formaient par le biais de livres et de publications spécialisées, de congrès sur l'allaitement (organisés par l'Academy of Breastfeeding Medicine, par La Leche League...), et par les sessions sur l'allaitement dans d'autres congrès de médecine générale ou de pédiatrie. 10 cabinets disaient avoir des liens avec des CHU, et 6 participaient à la formation d'étudiants en médecine. 11 cabinets utilisaient divers feuillets d'informations pour les mères, conçus par le cabinet, mais également les feuillets du Dr Jack Newman, de La Leche League, de l'Académie Américaine de Pédiatrie. Tous les répondants étaient également membre de comités locaux, régionaux ou nationaux pour l'allaitement.

Les consultations d'allaitement pourraient avoir un impact déterminant sur la durée de l'allaitement. La plupart des cabinets médicaux proposant de telles consultations et gérés par des médecins généralistes proposent également d'autres services, qui participent à leur gestion financière. D'autres études sur le sujet sont nécessaires pour mieux cerner les modalités d'extension de ces consultations.

Non-allaitement et polyarthrite rhumatoïde

Breast feeding, but not use of oral contraceptives, is associated with a reduced risk of rheumatoid arthritis. M Pikwer, U Bergström, JÅ Nilsson et al. Ann Rheum Dis 2009 ; 68(4) : 526-30. Mots-clés : allaitement, polyarthrite rhumatoïde.

Divers facteurs génétiques et environnementaux augmentent le risque de polyarthrite rhumatoïde (PR). Sa prévalence est globalement 2 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et 5 fois plus élevée pendant les années de la vie reproductive. La grossesse induit souvent une amélioration de la PR, avec une recrudescence en post-partum, plus fréquente chez les femmes qui allaitent en raison de leur taux élevé de prolactine. Cependant, des études ont fait état d'un risque plus élevé de PR chez les femmes qui n'avaient pas allaité. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact de l'allaitement et de la prise d'une contraception orale sur le risque de PR.

Pour cette étude cas-témoin suédoise effectuée sur un groupe de 18 326 femmes âgées de 44 à 74 ans, on a identifié chez ces femmes 136 cas de PR (groupe cas). Pour chacune d'entre elles, on a

sélectionné 4 femmes ayant le même âge et qui ne souffraient pas de PR (groupe témoin, n = 544). Toutes ces femmes ont répondu à un questionnaire détaillé pour recueillir des données sur divers facteurs de risque. En ce qui concernait la contraception orale, les femmes ont été réparties en groupes suivant qu'elles n'avaient jamais utilisé ce type de contraception, l'avaient utilisée pendant 1 à 5 ans, ou pendant plus de 5 ans. Elles ont également été réparties suivant qu'elles avaient ou non eu au moins un enfant, et lorsqu'elles en avaient eu, suivant qu'elles n'avaient pas allaité du tout, avaient allaité pendant au total 1 à 12 mois, ou pendant plus de 13 mois.

Le risque de PR était inversement corrélé à la durée de l'allaitement : les femmes qui n'avaient jamais allaité avaient un risque de PR 2,17 fois plus élevé que celles qui avaient allaité pendant plus de 13 mois, et 1,35 fois plus élevé que celles qui avaient allaité pendant 1 à 12 mois. Cet impact persistait après correction pour les autres variables. Le risque de PR n'était pas affecté par la parité, ni par l'utilisation d'une contraception orale. Il était augmenté chez les femmes fumeuses, et chez celles qui avaient un niveau bas de scolarité.

Si l'allaitement est susceptible d'aggraver à court terme les symptômes de PR chez les femmes qui en souffrent, le non-allaitement augmente à long terme le risque de PR chez les femmes qui n'en souffrent pas au moment de leurs grossesses, peut-être par le biais d'une immunomodulation à long terme.

Staphylocoque doré et mamelons douloureux

Staphylococcus aureus on sore nipples – Is it the causative organism ? MK Rowan et al. Breastfeed Med 2008 ; 3(1) : 74. Mots-clés : allaitement, mamelons douloureux, Staphylocoque doré.

Les problèmes de mamelons douloureux, avec ou sans lésions visibles, restent une cause fréquente de sevrage précoce. Le but de cette étude était d'évaluer l'incidence de la présence d'un Staphylocoque doré chez les mères souffrant de mamelons douloureux.

L'étude a inclus 38 mères, qui ont été réparties en 3 groupes : 21 mères n'ayant pas de problème de mamelons douloureux, constituant le groupe témoin ; 13 mères ayant des mamelons douloureux, et d'éventuelles lésions minimales sans aucun signe de surinfection ; et 4 mères ayant les mamelons douloureux avec des lésions visiblement surinfectées. Des écouvillonnages ont été effectués pour examen bactériologique sur le mamelon le plus douloureux (groupes étudiés) ou sur un des seins au hasard chez les mères du groupe témoin, ainsi qu'au niveau des narines des mères et des bébés. Un échantillon de lait de milieu de tétée a également été prélevé. On a recherché un S doré dans tous ces échantillons.

Le S doré n'a été retrouvé dans aucun des prélèvements provenant des mères du groupe témoin. On en a retrouvé un chez 5 mères ne présentant aucun signe de surinfection, et chez les 4 mères présentant des lésions visiblement surinfectées. Un S doré a été retrouvé chez 8 bébés du groupe témoin, ainsi que chez respectivement 8 des 13 bébés et 4 des 4 bébés des 2 autres groupes.

Plus le problème de mamelons douloureux était important, et plus la prévalence d'une contamination par un S doré était élevée. Ce germe, présent chez certaines mères n'ayant pas de lésions importantes ni de surinfection visible, pourrait favoriser la persistance du problème. La recherche d'un S doré pourrait être utile en cas de mamelons douloureux, même en l'absence de lésions franches et visiblement surinfectées.

Pathologies cardiovasculaires maternelles : inversement corrélées à l'allaitement

Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM et al. Obstet Gynecol 2009 ; 113(5) : 974-82. Mots-clés :

Les pathologies cardiaques sont la principale cause de décès aux Etats-Unis. De nombreux facteurs de risque contribuent à ces pathologies. Des études chez la femme et les autres mammifères ont constaté que la lactation avait un impact sur le métabolisme de la mère allaitante, en particulier sur l'homéostasie glucidique et lipidique, et que les hormones de l'allaitement pouvaient réguler la pression sanguine et abaisser la sécrétion d'hormones de stress. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la lactation sur le risque de pathologies cardiovasculaires après la ménopause.

Les données ont été recueillies dans le cadre d'une grande étude prospective observationnelle débutée en 1994, la Women's Health Initiative (WHI), portant sur les facteurs de risque des pathologies chroniques chez les femmes ménopausées. 161 808 femmes âgées de 50 à 79 ans au moment de leur entrée dans l'étude sont suivies. A l'entrée dans l'étude, toutes ces femmes ont répondu à un questionnaire détaillé portant sur leurs antécédents personnels et familiaux, sur leur état de santé, et sur leur mode de vie et leur alimentation. De nouveaux questionnaires ont ensuite été administrés tous les ans. Cette étude s'est focalisée sur les hospitalisations et les décès liés aux pathologies cardiovasculaires (pathologie coronarienne, angine de poitrine, infarctus, pathologies cardiaques congestives, pathologies artérielles périphériques...). Les femmes ont été réparties en fonction de la durée totale d'allaitement dans leur vie : pas d'allaitement ou durée totale de < 1 mois, de 1 à 6 mois, de 7 à 12 mois, de 13 à 23 mois, et ≥ 24 mois. Elles ont également été réparties en fonction de leur âge, et du temps écoulé depuis le dernier allaitement. 5 facteurs de risque ont tout particulièrement été pris en compte : obésité, hypertension, diabète, hyperlipidémie, et antécédents de pathologie cardiovasculaire avant l'entrée dans l'étude.

Parmi les femmes suivies par la WHI, 139 681 avaient eu au moins un enfant, et ont fourni les données concernant la durée totale d'allaitement. 58% d'entre elles avaient allaité, mais seulement 6% avaient allaité ≥ 24 mois au total. Le dernier allaitement datait d'en moyenne 35 ans. A leur entrée dans l'étude, 30% de ces femmes étaient obèses. Toutefois, les femmes qui avaient allaité étaient moins souvent obèses et hypertendues que les femmes qui n'avaient pas allaité après correction pour l'âge. La prévalence du diabète et de l'hyperlipidémie était similaire chez les nullipares et chez les femmes qui avaient allaité, mais elle était plus élevée chez les femmes qui avaient eu des enfants et n'avaient pas allaité.

Après ajustement pour les autres variables, la prévalence de l'hypertension, du diabète et de l'hyperlipidémie était inversement corrélée à la durée de l'allaitement, et à la prévalence des pathologies cardiovasculaires. Par rapport aux femmes qui avaient allaité pendant un total de > 12 mois, la prévalence de l'hypertension (RR : 1,13), du diabète (RR : 1,25), de l'hyperlipidémie (RR : 1,23) et des pathologies cardiovasculaires (RR : 1,1) était plus élevée chez les femmes qui n'avaient pas du tout allaité. On pouvait calculer que parmi les femmes qui avaient eu des enfants, 42,1% de celles qui n'avaient pas allaité allaient présenter une hypertension contre 38,6% de celles qui avaient allaité > 12 mois au total. Ces prévalences seraient de respectivement 5,3% et 4,3% pour le diabète, 14,8% et 12,3% pour l'hyperlipidémie, et 9,9% contre 9,1% pour les pathologies cardiovasculaires, en dépit d'un taux d'obésité de 30% dans les 2 groupes. L'impact de l'allaitement s'atténuait

avec le temps écoulé depuis le dernier allaitement. Chez les femmes de 50 à 59 ans qui n'avaient pas allaité, le risque de pathologie cardiovasculaire était 1,19 fois plus élevé que chez celles qui avaient allaité pendant 7 à 12 mois, 1,25 fois plus élevé que chez celles qui avaient allaité pendant 13 à 23 mois, et 1,33 fois plus élevé que chez celles qui avaient allaité ≥ 24 mois. Parmi les femmes âgées de 60 à 69 ans, seules celles qui avaient allaité pendant ≥ 13 mois avaient un risque plus bas de pathologies cardiovasculaires (RR : 0,85). Chez les femmes de > 70 ans, l'impact de l'allaitement cessait d'être significatif. Chez les femmes qui n'avaient eu qu'un seul enfant, celles qui n'avaient pas allaité avaient un risque de pathologies cardiovasculaire 1,38 fois plus élevé que celles qui avaient allaité pendant 7 à 12 mois. Chez les multipares, le risque de ces pathologies était 1,72 fois plus élevé chez celles qui n'avaient pas allaité que chez celles qui avaient allaité 2 enfants pendant > 12 mois, et 1,28 fois plus élevé que chez celles qui avaient allaité 3 enfants pendant > 12 mois.

Chez ces femmes ménopausées, la durée de l'allaitement était inversement corrélée au risque d'hypertension, de diabète, d'hyperlipidémie, et de pathologies cardiovasculaires.

Programmation précoce de l'axe somatotrope

Early programming of the IGF-1 axis : negative association between IGF-1 in infancy and late adolescence in a 17-year longitudinal follow-up study of healthy subjects. Larnkjaer A et al. Growth Horm IGF Res 2009 ; 19(1) : 82-6. Mots-clés : axe somatotrope, programmation précoce.

Les IGF (insulin-like growth factor, ou somatomédine), plus précisément la IGF-1 et la IGF-2, sont des hormones peptidiques ayant une structure chimique semblable à celle de l'insuline. L'IGF-1 est un important régulateur de croissance chez les enfants, et son taux est fortement influencé par l'alimentation pendant la petite enfance, et par l'hormone de croissance par la suite. Les bébés allaités ont des taux sériques plus bas d'IGF-1, et ont une prise de poids plus lente que les enfants nourris au lait industriel. Le taux plus élevé de protéines dans les laits industriels semble stimuler la production d'IGF-1. Plus tard dans l'enfance, les bambins qui ont été allaités sont plus grands et ont un taux sérique plus élevé d'IGF-1 que les enfants qui ont été nourris au lait industriel. On peut donc penser qu'il existe une programmation précoce de l'axe somatotrope par l'alimentation reçue en début de vie. Le but de cette étude était de rechercher les éventuelles corrélations entre le taux d'IGF-1 pendant la petite enfance et ce taux à l'adolescence.

Les données utilisées ont été recueillies dans le cadre d'une étude longitudinale observationnelle danoise. Des échantillons de sang ont été recueillis à 2, 6 et 9 mois chez 109 enfants pour dosage du taux sérique d'IGF-1. Les enfants ont été suivis jusqu'à 17 ans. Des données ont également été recueillies sur diverses variables. Il existait une corrélation inverse entre le taux d'IGF-1 à 9 mois et à 17 ans. Pour chaque 1 $\mu\text{g/l}$ supplémentaire du taux d'IGF-1 à 9 mois, le taux à 17 ans était plus bas de 0,95 $\mu\text{g/l}$. Cette corrélation était également constatée avec le taux d'IGF-1 à 2 et 6 mois, mais seulement à l'état de tendance non statistiquement significative. Après ajustement pour les diverses variables confondantes, le taux sérique d'IGF-1 à 2 mois était inversement corrélé au taux sérique à 17 ans : pour chaque 1 $\mu\text{g/l}$ supplémentaire à 2 mois, on constatait un taux d'IGF-1 plus bas de 0,96 $\mu\text{g/l}$ à 17 ans.

Les résultats de cette étude sont en faveur d'une programmation précoce de l'axe somatotrope liée à l'alimentation en début de vie.