

# Cas cliniques ... cas cliniques

## Chirurgie chez une mère allaitante

Marie Courdent. Formatrice en allaitement AM-F, Consultante en Lactation IBCLC, DIU Lactation Humaine et AM, Puéricultrice en PMI, Animatrice LLL.

Mme V. a deux filles dont un bébé de trois mois. Elle a dû subir une ablation de la vésicule. Il était prévu avec le chirurgien qu'elle aille dans un Centre Hospitalier de la région lilloise et soit hospitalisée en maternité avec sa fille, mais au dernier moment la surveillante de la maternité a refusé car sa fille était estimée trop âgée (3 mois).

En une semaine, une polyclinique privée de Lille, La Polyclinique du Bois, Pavillon - Maternité de la Sainte Famille, qui a un service de maternité, a accepté de la prendre. Mme V. est entrée dans le service de maternité le mercredi après midi avec sa fille Eden qui a dormi avec elle. La maman avait apporté un lit parapluie et avait organisé un « tour de garde » pour qu'elle ne soit jamais seule et qu'il y ait toujours quelqu'un pour s'occuper du bébé. Le jeudi, jour de l'intervention, elle l'a allaitée à 7 h 30 et sa tante est venue à 8 h chercher le bébé.

Mme V. a été opérée à 8 h 30, son réveil à 10 h 30 a été douloureux et elle a reçu une injection de morphine à 11 h. A 13 h, retour du bébé hurlant de faim car Eden refuse le biberon. À cause de la morphine, l'anesthésiste avait dit que l'allaitement pourrait être repris à 23 h. La maman a opté pour un allaitement croisé. En effet, la personne présente à 13 h dans le « tour de garde », Mme D., allaitait Lola, 22 mois ; avec l'accord de sa maman, elle a mis Eden au sein. Les deux mamans se sont vite renseignées auprès des animatrices LLL pour savoir si Mme V. pouvait allaiter avec une injection de morphine. La réponse est arrivée à 19 h (cf compilation des coins du prescripteur) : « Les auteurs des études sur le sujet concluaient que l'utilisation épidurale, IM ou IV de morphine de façon ponctuelle ne présentait pas de problème pour le bébé allaité », et à 20 h, Mme V. décidait de remettre son bébé au sein. Les infirmières n'étaient pas contentes car le protocole disait « 23 heures », mais la maman était confiante. Le vendredi, Eden pleurait dans les bras des visiteurs, mais la seule qui a eu droit à des sourires est Mme D. Mme V. dit que maintenant Eden a une sœur de lait, Lola, et une marraine de lait, sa mère. La petite fille n'a jamais quitté sa

mère qui l'a allaitée sans soucis. Nombreuses visites du personnel, ravi de voir un nourrisson au sein, et de la chirurgienne, contente de voir le bébé au sein de sa mère. Cette dernière devait sortir le samedi. Fin de la première partie.

Plusieurs atouts ont permis la poursuite de l'allaitement :

- une mère déterminée, informée, soutenue par LLL ;
- un bébé qui, de toute façon, a déjà prouvé à plusieurs reprises qu'elle ne veut pas du biberon ;
- un chirurgien femme ;
- une clinique avec un service de maternité ;
- un réseau d'amies ;
- le droit du patient de décider pour lui-même de ce qu'il pense bon pour lui, droit respecté dans ce cas.

Suite... En fait, Mme V. n'est pas sortie le samedi matin de la clinique comme prévu, car elle souffre d'une sclérose en plaques et a chaque mois un bolus de cortisone. Comme celui-ci était prévu le lundi suivant et qu'elle a reçu dans cette maternité cette même perfusion après la naissance, elle a demandé à l'anesthésiste de faire cette perfusion avant de partir.

Pendant sa grossesse, Mme V. avait consulté LLL pour obtenir de l'information sur la prise de cortisone à forte dose pendant l'allaitement. Au début de l'allaitement de l'aînée, quand elle faisait ses perfusions de cortisone, les médecins du CHR de Lille lui demandaient de suspendre les tétées pendant 6 - 8 heures, et de donner à sa fille un biberon de lait tiré auparavant. Suite aux informations reçues, elle avait décidé de donner le sein normalement les jours de perfusions malgré les consignes médicales. Elle a donné par la suite la documentation sur les corticoïdes et l'allaitement\* aux médecins du CHR, et maintenant ils ne lui demandent plus de suspendre l'allaitement. Vers 4-5 mois, son aînée n'aimait pas le goût du lait après la perfusion et préférait un ou deux biberons de lait maternel tiré, mais la seconde refuse catégoriquement le biberon et préfère téter au sein, y compris pendant la perfusion.

## Traitement d'une brûlure avec du lait humain

M Dinuck. Montpellier (34)

Cette mère, infirmière (ayant travaillé dans un service de soins des brûlés), allaitait un bambin de 15 mois. Elle s'est brûlée un doigt au second degré avec un moule à gaufres. Elle a immédiatement et abondamment refroidi son doigt sous le robinet d'eau froide. N'ayant à son domicile aucun produit pour le traitement des brûlures, elle a décidé d'appliquer sur le doigt des compresses abondamment mouillées avec son lait,

entourées ensuite de film alimentaire pour constituer un pansement occlusif. Elle a été stupéfaite de l'efficacité de ce traitement. Le lendemain, son doigt avait un aspect presque normal, et il n'y a pas eu de phlyctènes en dépit de l'aspect très inquiétant de la brûlure au départ. Celle-ci a guéri sans aucune cicatrice.

\* Corticoïdes et allaitement. Doss All 1998 ; 35 : 21-2. Corticoïdes à fortes doses. Doss All 2003 ; 56 : 22.

# Allaitement de quintuplés

Quintuplets and a mother determination to provide human milk : it takes a village to raise a baby – how about five ? Szucs KA, Axline SE, Rosenman MB.

J Hum Lact 2009 ; 25(1) : 79-84. An update. J Hum Lact 2009 ; 25(3) : 269.

L'allaitement est particulièrement important pour les bébés de petits poids qui sont beaucoup plus fragiles. Aux États-Unis, le taux de mortalité périnatale pour 1000 enfants nés vivants est respectivement de 5,9, 28,7, 55,5 et 166,7 chez les singletons, les jumeaux, les triplés et les quadruplés. Les grands multiples sont bien souvent des enfants de très petit poids de naissance, qui naîtront par césarienne, et qui séjureront longtemps en unité de néonatalogie. Par ailleurs, le pourcentage de naissances multiples est en augmentation. En 2005, 68 naissances de quintuplés et plus ont été enregistrées aux États-Unis. Allaiter un prématuré n'est pas facile, à plus forte raison en cas de naissance de multiples. Après une grossesse à risque, la mère a généralement besoin de repos. Elle devra aussi apprendre à connaître plusieurs bébés qui n'auront pas la même personnalité ni les mêmes besoins. Ces mères auront donc besoin d'un soutien intensif au long cours, et d'informations adaptées. Le soutien de la famille et de l'entourage sera également essentiel. Cet article décrit un cas d'allaitement de quintuplés qui se caractérise par la forte motivation maternelle et le soutien intensif de toute une communauté.

C'était la première grossesse de cette mère, survenue suite à un traitement par clomifène pour infertilité. La présence de 5 fœtus a été constatée à 4 semaines par échographie. La mère a été adressée à un hôpital ayant une maternité de niveau 3 et un service de néonatalogie. Elle a été vue par les consultantes en lactation du service de maternité lorsqu'elle a été hospitalisée 19 jours avant son accouchement, afin de discuter avec elle de l'importance du portage kangourou, des besoins spécifiques des prématurés, de leur allaitement, et des associations de soutien spécialisées dans l'aide aux mères de multiples. La mère voulait absolument que ses bébés soient nourris avec du lait humain, et elle a pris conscience qu'elle ne pourrait vraisemblablement pas avoir suffisamment de lait pour 5 bébés ; elle s'est alors intéressée à l'utilisation de lait humain provenant de donneuses, et a contacté le lactarium local.

Une césarienne a été pratiquée à 28 semaines, en raison de l'apparition d'une pré-éclampsie et d'un syndrome HELLP. Il y avait 3 filles pesant 590, 880 et 985 g, et 2 garçons pesant 781 et 1165 g. Le plus petit des garçons souffrait d'une hémorragie intraventriculaire sévère, et il a été sous ventilation assistée pendant 1 mois. Les 4 autres enfants n'ont pas présenté de complications majeures. La mère a commencé à tirer son lait dans les 6 heures qui ont suivi la naissance, avec un tire-lait électrique automatique à double pompage. Elle tirait son lait 5 à 7 fois par jour. Elle est sortie de maternité à J4. Le service de néonatalogie n'avait pas de consultante en lactation, et certains membres de l'équipe soignante vivaient mal le souhait de cette mère d'allaiter ses bébés. Par ailleurs, il n'était pas facile pour la mère de tirer son lait ou de mettre ses bébés au sein dans le service de néonatalogie, en raison du manque d'intimité et de soutien. Elle a toutefois réussi à tous les mettre au sein, sauf la plus petite de ses filles. Elle avait le soutien du néonatalogiste du service, et elle contactait fréquemment les consultantes en lactation de la maternité. Les bébés ont commencé à recevoir du lait maternel donné par sonde entre J3 et J12 suivant les enfants. Pendant les premières semaines, ils recevaient exclusivement du

lait maternel enrichi. La mère a commencé à réfléchir au moment où sa production lactée ne serait plus suffisante, et a discuté avec le néonatalogiste de la possibilité de donner du lait humain à ses bébés. Ces derniers ont commencé à en recevoir à partir de 5 semaines.

Deux des petites filles sont sorties du service à 80 jours, un petit garçon est sorti à 88 jours, et les 2 derniers enfants sont sortis à 91 jours. La mère a trouvé difficile d'être séparée de certains de ses bébés, mais cela lui a également permis de se familiariser davantage avec l'allaitement. Elle a essayé d'allaiter 2 bébés en même temps, mais a rapidement préféré les allaiter séparément. Elle leur donnait également des biberons de lait (le sien, ou du lait humain provenant du lactarium) enrichi. Le néonatalogiste, puis le pédiatre, ont fourni les ordonnances pour que la mère puisse continuer à recevoir du lait humain provenant du lactarium, et l'assurance maladie des parents a fini par accepter de prendre en charge le coût de ce lait. Cela a permis aux bébés d'être nourris avec du lait humain pendant leurs 6 premiers mois, la mère fournissant environ 50% du lait nécessaire, le reste provenant du lactarium. A 6 mois, les bébés pesaient de 4890 à 5570 g, et ils étaient en remarquablement bonne santé. Pendant toute cette période, la mère a été régulièrement visitée par les consultantes en lactation, qu'elle pouvait également joindre au téléphone aussi souvent que nécessaire.

La mère était très motivée. Elle a également bénéficié d'un soutien remarquable de la part de son mari, de sa famille, et de tout son entourage. Un comité local de soutien a été créé, et 200 personnes se sont portées volontaires pour aider les parents à gérer le quotidien (2 volontaires étaient présents en permanence, jour et nuit, par périodes de 3 heures, pour s'occuper du ménage, des repas, de changer les enfants, etc). A 16 mois post-partum, la mère continuait toujours à tirer son lait 6 fois par jour avec un tire-lait électrique à double pompage, et obtenait en moyenne 700 ml de lait par jour. 2 des 3 petites filles étaient une fois par jour, les autres enfants recevant le lait maternel exprimé au biberon. Les mises au sein aidaient la mère à rester motivée pour tirer son lait.

Les enfants sont en bonne santé et leur croissance est satisfaisante. A 15 mois, leurs poids étaient compris entre 7390 et 8640 g. Les quintuplés ont reçu du lait humain provenant d'un lactarium jusqu'à 15 mois (12 mois d'âge corrigé). Ils ont reçu au total environ 480 litres de lait humain, dont le coût a été couvert par l'assurance privée des parents. Ces derniers continuent à être remarquablement soutenus par leur entourage. Il y a toujours 1 ou 2 bénévoles pour les aider pendant la journée. Les bébés dormant tous toute la nuit, une aide n'est plus nécessaire pendant la nuit. La mère ne prévoit pas pour le moment d'arrêter l'allaitement.

Les quintuplés restent rares, et il est encore plus rare que tous survivent et soient en bonne santé. C'est également le premier cas de quintuplés qui ont été nourris quasiment exclusivement de lait humain pendant leurs 6 premiers mois de vie. Le cas de cette mère a fait la une des journaux locaux, et la mère a

exprimé sa reconnaissance à toutes les mères qui ont permis à ses bébés de recevoir du lait humain ; cela a encouragé d'autres mères à donner leur lait au lactarium, et le don de lait humain aux bébés hospitalisés dans le service local de néonatalogie est devenu plus fréquent. Toutefois, l'attitude de certains membres de l'équipe soignante de néonatalogie a amené cette mère, pourtant très motivée, à ne pas oser faire ce qu'elle souhaitait en matière d'allaitement pendant que ses enfants étaient hospitali-

sés. Il serait donc nécessaire que les professionnels de santé qui travaillent en néonatalogie soient correctement formés afin de pouvoir soutenir activement les mères sur le plan du portage kangourou et de l'allaitement. Ces services devraient également avoir un(e) consultant(e) en lactation dans leur personnel, et pouvoir fournir aux mères des tire-lait électriques automatiques de bonne qualité. Les mères de grands multiples auront besoin d'un soutien intensif pendant une longue période.

## Expression du lait en plein ciel

**Pumping from country to country. N Goodwin. New Beg 2007 ; 24(1) : 12.**

Cette mère est pilote de ligne sur des longs courriers au départ de Hong Kong. Pendant sa première grossesse, elle avait décidé d'allaiter pendant deux semaines, puis d'introduire le lait industriel afin d'avoir sevré son bébé avant la fin de son congé de maternité.

L'allaitement s'est avéré très gratifiant, et elle a rapidement compris qu'elle allait allaiter pendant nettement plus longtemps que prévu au départ. Elle a commencé à tirer son lait tous les matins pour avoir un stock en vue de la reprise de son travail, et elle a entrepris d'habituer son bébé à recevoir du lait maternel au biberon. Elle a repris son travail 3 mois après la naissance.

Elle se posait des questions sur la gestion pratique de l'expression du lait pendant ses absences. Son planning de vol incluait des absences ne dépassant pas la journée, mais également des absences de plusieurs jours, avec des vols pouvant durer jusqu'à 9 heures. Elle s'est rendue compte qu'elle devrait tirer son lait non seulement dans les locaux des aéroports ou les chambres d'hôtel, mais également pendant certains des trajets en avion.

Elle a donc décidé d'emporter 2 tire-lait électriques fonctionnant sur piles (un tire-lait par sein). Il n'était pas toujours facile de trouver un moment où elle pouvait quitter le poste de pilotage pendant les 10 à 20 mn nécessaires pour tirer son lait dans les toilettes les plus proches. Et coincée dans ces toilettes exigües, elle avait souvent l'impression d'être une vache en cours de traite.

Pendant les vols courts, elle gardait son lait dans les réfrigérateurs de l'avion et les mini-bars des hôtels. Pendant les vols longs courriers impliquant plusieurs jours d'absence, elle utilisait un mini-stérilisateur et une glacière. Dans certains pays, elle devait utiliser uniquement de l'eau en bouteille pour nettoyer son matériel d'expression.

A 14 mois, son fils était toujours allaité. Tirer son lait un peu partout dans le monde, y compris en plein ciel, était devenu une routine pour cette mère. On lui demande régulièrement « Mais pourquoi le faire ? ». Elle répond « Et pourquoi pas ? ». L'allaitement l'aide à retrouver son fils lorsqu'elle rentre chez elle. Cette mère est très heureuse de ne pas avoir suivi son plan de départ concernant l'allaitement.

## Grève de la tétée

**A peculiar nursing strike. S Shankarnarayan. New Beg 2008 ; 25(5) : 26.**

Cette mère allaitait sans problème sa petite fille de 12 mois, lorsqu'un soir elle lui a mordu le mamelon en tétant. La mère a poussé un cri de douleur. Pendant la nuit, l'enfant a tété normalement, mais le lendemain matin elle a recommencé à mordre à chaque tétée. Au bout de quelques tétées, elle s'est mise à refuser catégoriquement de prendre le sein. Parallèlement, la petite fille, qui toussait depuis quelques jours, s'est mise à tousser de plus en plus, et semblait enrhumée.

La mère est allée consulter un médecin (la toux de l'enfant a rapidement disparu, mais la congestion nasale a perduré pendant plus d'un mois), et a contacté l'animatrice locale de LLL, la petite fille continuant à refuser le sein, sauf quand elle dormait, la nuit et pendant les siestes. La mère a décidé de garder sa fille constamment contre elle, et d'essayer de la mettre au sein dès qu'elle s'endormait. L'enfant prenait le sein, mais le mordait dès qu'elle se réveillait.

Au bout d'une semaine, la situation n'avait absolument pas évolué, et la mère commençait à désespérer. Elle a donc décidé de continuer à mettre sa fille au sein pendant la nuit et les siestes, et de lui proposer des solides le reste du temps. Environ 3 semaines après le début de la grève de la tétée, la petite fille s'est montrée très agitée dès le matin, elle a totalement refusé tous les solides qui lui ont été proposés, et n'a pas dormi de la journée. Complètement désorientée et stressée par son comportement, la mère a fini, en fin de journée, par lui proposer le sein, et à sa grande surprise la petite fille l'a pris et ne l'a pas mordu. A partir de ce moment, elle a recommencé à téter tout à fait normalement.

La congestion nasale était probablement à l'origine du comportement de sa petite fille. La mère est heureuse d'avoir reçu le soutien de son mari et de sa famille, qui l'ont aidée à persévérer en attendant que sa petite fille aille mieux.



## Allaitement chez des mères souffrant de malformations mammaires : 3 cas

Successful breastfeeding with breast malformations. MMA Faridi, P Dewan.  
J Hum Lact 2008 ; 24(4) : 446-50.

Les malformations des seins peuvent être congénitales ou acquises. Elles peuvent avoir un impact esthétique, psychologique et fonctionnel. L'existence de seins surnuméraires est l'une des malformations congénitales les plus fréquentes. Il peut y avoir uniquement présence de tissu mammaire fonctionnel, de mamelon surnuméraire sans tissu glandulaire, ou un ou des seins surnuméraires fonctionnels. Parmi les malformations acquises, les brûlures impliquant le torse sont les causes les plus fréquentes. Les auteurs travaillent à l'hôpital de Guru Teg Bahadur (Delhi, Inde). Ils présentent 3 cas de mères présentant une malformation mammaire et qui ont réussi à allaiter avec un soutien approprié.

Cette primipare de 25 ans a accouché à 37 semaines d'un bébé en bonne santé. A J1, elle a présenté une tuméfaction axillaire bilatérale. Ses seins étaient engorgés, et la palpation a retrouvé une masse douloureuse de la taille d'une orange au niveau de chaque aisselle, avec en regard au niveau de la peau une zone pigmentée ressemblant à une aréole. La pression de ces masses a permis l'expression d'un liquide similaire au colostrum. Cette femme n'avait aucun antécédent particulier, et le reste de l'examen clinique et du bilan biologique était parfaitement normal. Elle avait constaté dès sa grossesse la survenue de masses axillaires, qui avaient progressivement augmenté de volume. On lui a conseillé de tirer régulièrement du lait à partir des seins surnuméraires afin d'éviter un engorgement douloureux. Au début, la mère effectuait cette expression 6 à 7 fois par jour, pour obtenir seulement quelques ml de lait, mais elle a pu réduire la fréquence d'expression à 2 à 3 fois par jour. A 2 mois post-partum, elle avait totalement cessé de le faire, sans engorgement ni inconfort. A 4 mois 1/2, la mère allaitait sans problème, les seins surnuméraires avaient régressé.

Cette primipare de 30 ans avait eu le torse brûlé au second et troisième degré dans un incendie 3 ans avant d'accoucher. Elle présentait d'importantes cicatrices dans le dos, sur les épaules et sur la poitrine, y compris au niveau des 2 seins et des mamelons, et le démarrage de l'allaitement a été difficile. Les 2 mamelons étaient plats et très « mous ». On a conseillé à la mère de faire ressortir ses mamelons manuellement avant de

mettre son bébé au sein. Comme elle n'y arrivait pas, on lui a montré comment faire ressortir ses mamelons avec un dispositif maison fabriqué à partir d'une seringue de 10 cc. On l'a également aidée à trouver une position confortable pour allaiter. Cette mère a allaité exclusivement jusqu'à 6 mois, et la prise de poids de son bébé a été très satisfaisante.

Cette primipare de 25 ans avait été brûlée au visage et sur tout le torse dans un accident domestique 10 ans avant son mariage. Elle avait peur que les cicatrices interfèrent avec l'allaitement. A l'examen, les 2 seins présentaient des cicatrices, particulièrement le sein droit, mais les mamelons avaient un aspect normal. Au début, la mère a eu des difficultés à allaiter avec le sein droit, les tétées étant douloureuses. On lui a suggéré de tirer son lait de ce côté pour le donner à la tasse à son bébé. Toutefois, la douleur du côté droit a rapidement disparu, et la mère a pu donner les 2 seins à son bébé. A sa sortie de maternité à J5, l'allaitement se passait bien, et la mère avait confiance en sa capacité à allaiter.

Les malformations des seins peuvent être de gravité variable. Le tissu mammaire ectopique peut, lorsqu'il est détecté, faire l'objet d'une chirurgie s'il pose des problèmes (douleurs selon le moment du cycle, problème esthétique...). Dans de rares cas, une chirurgie pourra également être nécessaire en cas d'abcès ou de tumeur survenant à ce niveau. Les cicatrices liées aux brûlures peuvent être à l'origine de déformations des mamelons qui peuvent rendre l'allaitement difficile. Les brûlures, même au second ou au 3ème degré, atteignent rarement le tissu glandulaire mammaire. Mais elles peuvent induire une perte de la sensibilité, ce qui aura un impact négatif sur le réflexe d'éjection, et le tissu cicatriciel peut manquer d'élasticité et de souplesse. Par ailleurs, les malformations auront un impact négatif sur l'image que la mère a de son corps, et sur sa confiance en sa capacité à allaiter. Avec un soutien approprié à sa situation particulière, de nombreuses mères présentant une malformation des seins pourront réussir à allaiter. Il est nécessaire que le personnel soignant ait les connaissances nécessaires pour aider efficacement ces mères.

## Allaitement d'un enfant adopté

Breastfeeding my adopted daughter. J Ball. New Beg 2008 ; 25(5) : 22-4.

Lorsque ce couple stérile a décidé d'adopter un enfant, la femme a découvert avec surprise, dans un livre sur l'adoption, qu'il était possible d'allaiter un enfant adopté. Elle n'avait jamais imaginé cela possible, et elle a immédiatement été intéressée par la possibilité d'avoir ce contact physique particulier avec l'enfant, qui lui permettrait de compenser le fait qu'elle

n'avait pas pu le mettre au monde, et permettrait à l'enfant de compenser la perte de sa mère biologique. L'enfant adopté devait venir de Chine, il aurait entre 9 et 24 mois, et il aurait passé toute sa vie dans un orphelinat ou une famille d'accueil.

La femme a contacté une animatrice de La Leche League, qui avait elle-même allaité un enfant adopté, et qui lui a donné de nombreuses informations, entre autres sur le fait que l'allaitement d'un enfant adopté alors qu'il n'était plus un nourrisson présentait des caractéristiques spécifiques ; il consommait déjà des solides et n'aurait plus besoin d'autant de lait ; d'un autre côté, il serait probablement plus difficile de lui faire accepter le sein. Par ailleurs, les parents ignoraient à quelle date ils pourraient aller chercher l'enfant, et il n'était donc pas facile pour la mère de savoir quand se préparer à induire une lactation. Elle a découvert l'existence d'un forum sur Internet, destiné aux mères allaitant un enfant adopté originaire de Chine, sur lequel elle a pu également recevoir beaucoup d'informations et de soutien.

Peu avant Noël 2005, les parents ont reçu des nouvelles de l'agence d'adoption, les avertissant qu'ils devaient prévoir d'aller chercher l'enfant en Chine en février. La mère a immédiatement commencé à stimuler ses seins à l'aide d'un tire-lait électrique 4 fois par jour. Elle s'attendait à ce que ce soit désagréable, et elle a été surprise de voir qu'elle pouvait facilement faire de la séance d'expression un moment de calme et de relaxation, pendant lequel elle pensait à son futur enfant. Elle a rapidement commencé à obtenir quelques gouttes de lait, mais pas assez pour qu'il soit possible de le collecter. Et comme elle ne savait pas si l'enfant accepterait de prendre le sein, la mère ne souhaitait pas prendre des médicaments pour essayer d'augmenter sa production lactée.

Au mois de mars, les formulaires de l'adoption n'étaient toujours pas prêts, et on a annoncé aux parents que plusieurs mois allaient encore être nécessaires avant qu'ils les reçoivent. La mère a alors décidé d'arrêter de tirer son lait. A la fin du mois de juin, on leur a appris qu'ils allaient pouvoir adopter une petite fille qui avait 10 mois à l'époque, qui était placée en famille d'accueil depuis l'âge de 1 mois, et qui avait été nourrie au biberon. La mère a recommencé à tirer son lait, et elle a pris

des tisanes galactogènes. Quelques semaines plus tard, lorsque les parents sont allés en Chine chercher la fillette, la mère avait une production lactée très faible.

Les premiers jours ont été très difficiles émotionnellement, le protocole d'adoption en Chine étant tel que l'enfant était donné à plein temps aux parents adoptifs sans la moindre période de transition avec la famille d'accueil. La mère n'a pas essayé de la mettre au sein pendant le séjour en Chine. En revanche, elle avait un maximum de contact peau à peau avec la fillette, et elle lui donnait le biberon en la mettant contre sa poitrine nue. Après leur retour en Angleterre, la mère a acheté un DAL (dispositif d'aide à la lactation) pour commencer les tentatives de mise au sein. Elle a débuté en proposant le sein avec une tétine de biberon sur le mamelon, dans lequel elle faisait passer le tube du DAL. Au bout de quelques jours, la fillette acceptait facilement d'être nourrie de cette façon la plupart du temps.

L'étape suivante a été l'utilisation d'un bout de sein à la place d'une tétine. Il a fallu environ 2 mois pour que la fillette accepte bien le sein de cette façon. Ensuite, la mère proposait un sein avec le bout de sein, et tentait de proposer l'autre sans bout de sein, avec un succès variable. Cela prenait beaucoup de temps à la mère, et elle s'est bien souvent demandé si autant d'efforts allaient donner un jour davantage qu'un résultat mitigé. La fillette a même totalement refusé le sein pendant 2 semaines, de quelque façon qu'il lui était présenté.

Et un jour, à la fin de cette grève de 2 semaines, elle a repoussé le bout de sein et pris le sein nu pour toute une tétée. Par la suite, elle a continué à prendre directement le sein 2 à 3 fois par jour. La mère ne produisait pas beaucoup de lait, mais l'allaitement était devenue une expérience très gratifiante pour elle et sa fille. L'allaitement s'est ainsi poursuivi pendant les 17 mois suivants, et la mère est persuadée que cela a beaucoup contribué à la création d'un lien mère-enfant solide.

## Allaitement et chirurgie infantile

The immediate comfort. M Trueman. *New Beg* 2008 ; 25(5) : 21-2.

Les enfants de cette mère ont tous dû subir des actes chirurgicaux, à plusieurs reprises pour les deux aînés. Elle allaitait ces deux enfants lorsqu'ils ont subi une chirurgie de réparation d'une malformation cardiaque lorsqu'ils étaient bébés, et l'allaitement a été une aide précieuse pour les calmer et les reconforter avant et après la chirurgie. Une aide dont elle a d'autant plus apprécié l'intérêt lorsqu'elle n'a plus été disponible.

Son aîné âgé de 7 ans (pour la correction d'un strabisme) et son benjamin (pour la correction d'un reflux vésico-rénal) ont dû être opérés tous les deux à une semaine d'intervalle. L'aîné était très anxieux et agité après la chirurgie, et il a été très difficile d'arriver à le calmer et à le sécuriser sans l'aide de l'allaitement, en dépit de tout le contact physique qui lui a été prodigué. Le benjamin, porté en écharpe, est resté très détendu, même pendant la période où il devait rester à jeun avant la chi-

rurgie. Dès qu'il s'est réveillé après l'intervention, la mère a pu le mettre au sein. Il a ensuite joué, a mangé normalement le soir, et il était tellement calme qu'il était difficile de croire qu'il avait été opéré dans la journée. La mère est persuadée que le contact physique et l'allaitement à la demande ont beaucoup contribué à ce que son enfant réagisse aussi bien dans un environnement qui lui était aussi étranger.

Ces deux enfants devront probablement encore subir des chirurgies dans l'avenir. Elle est confiante dans le fait que l'allaitement lui permettra à nouveau de sécuriser son benjamin. L'expérience vécue avec son aîné lui a permis de comprendre qu'elle avait besoin de mieux se préparer, et de trouver d'autres moyens de le sécuriser et de le reconforter sans l'aide de l'allaitement.