

Z O O M

Le fast-food augmente le risque d'asthme

Fast food consumption counters the protective effect of breastfeeding on asthma in children ? Mai XM et al. Clin Exp Allergy 2009 ; 39(4) : 556-61.

Le but de cette étude canadienne cas-témoin était de voir si une alimentation de type fast-food était susceptible de modifier l'impact sur l'asthme de l'alimentation en début de vie. Elle portait sur des enfants de 8 à 10 ans : 246 enfants souffrant d'asthme, et 477 enfants constituant le groupe témoin.

La consommation d'aliments de type fast-food était 1,7 fois plus fréquente dans le groupe cas par rapport au groupe témoin. Chez les enfants qui ne consommaient jamais d'aliments du type fast-food ou de façon très occasionnelle, l'asthme était 1,84 fois plus fréquent chez les ceux qui avaient été exclusivement allaités pendant moins de 12 semaines par rapport à ceux qui avaient été exclusivement allaités pendant plus longtemps. En revanche, chez les enfants qui consommaient régulièrement des aliments de type fast-food, un allaitement exclusif ≥ 12 semaines n'avait plus aucun impact mesurable sur le risque d'asthme. Les enfants qui avaient été exclusivement allaités pendant moins de 12 semaines avaient un risque d'asthme plus de 2 fois plus élevé lorsqu'ils consommaient régulièrement des aliments de type fast-food. Ces résultats restaient similaires après ajustement pour les autres variables confondantes.

La consommation régulière d'aliments de type fast-food augmente significativement le risque d'asthme chez les enfants. De plus, il annule plus ou moins totalement l'impact bénéfique d'un allaitement exclusif ≥ 12 semaines. Cela pourrait expliquer les résultats paradoxaux de certaines études évaluant l'impact de l'allaitement sur l'asthme infantile, et rend nécessaire la prise en compte de l'alimentation de l'enfant par la suite parmi les variables.

Tabagisme passif et alimentation infantile

Effect of passive smoking on growth and infection rates of breast-fed and non-breast-fed infants. Yilmaz G et al. Pediatr Int 2009 ; 51(3) : 352-8.

L'objectif de cette étude était de déterminer l'impact du tabagisme passif sur le risque d'infections chez des enfants selon qu'ils étaient allaités ou nourris au lait industriel. Elle a porté sur 254 enfants âgés de 6 à 7 mois. Les enfants ont été pesés et mesurés, et leur taux urinaire de cotinine a été recherché.

Après analyse multivariable, le risque d'infections respiratoires était en moyenne 9,1 fois plus élevé chez les bébés exposés au tabagisme maternel ; chez ces enfants, ce risque était 3,3 fois plus bas si l'enfant était toujours allaité, et il était 15,2 fois plus élevé s'il était exclusivement nourri au lait industriel depuis sa naissance. Si l'enfant était également exposé au tabagisme d'autres personnes vivant au domicile, ce risque était 40 fois plus élevé. A l'analyse finale pour les infections respiratoires, le tabagisme maternel multipliait ce risque par 23, l'alimentation exclusive au lait industriel le multipliait par 62, l'allaitement le divisait par 5, et le tabagisme paternel le multipliait par 15. En ce qui concernait les otites, leur risque était multiplié par 9,4 par le tabagisme maternel, par 6,15 par le tabagisme paternel, et il était divisé par 5,4 par l'allaitement.

Le non-allaitement aggravait l'impact du tabagisme parental sur la santé infantile, alors que l'allaitement protégeait l'enfant vis-à-vis des conséquences néfastes de l'exposition au tabagisme passif. Tout devrait être fait pour éviter à l'enfant d'être exposé au tabagisme passif. L'allaitement devrait être recommandé pour limiter l'impact négatif de cette exposition.

Augmentation du prix du lait... maternel

Droit-medical.com. 25/03/2009.

Le prix du lait humain n'avait pas connu d'augmentation depuis la parution du précédent arrêté relatif à son prix en février 2002. Conformément à l'article R 2323-4 du code de la santé publique, les prix de vente au public du lait de femme recueilli et traité dans les lactariums sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Avec l'arrêté du 18 mars 2009 relatif au prix de vente et au remboursement par l'assurance maladie du lait humain, publié au Journal officiel du 24 mars 2009, le prix de ce lait recueilli et traité dans les lactariums passe de 62,50 à 80 € le litre de lait frais ou congelé, soit une différence de 21 %. Pour les 100 grammes de lait lyophilisé, l'augmentation est tout aussi marquée : de 106,11 à 133 €, soit 20 % de plus.

Le tarif limite de remboursement des organismes de sécurité sociale pour la fourniture de lait humain correspond pour le lait frais ou congelé, comme pour le lait lyophilisé, exactement aux prix de vente.

Le code de la santé publique (art. L 2323-1) prévoit que la collecte du lait humain ne peut être faite que par des lactariums gérés par des collectivités publiques ou des organismes sans but lucratif et autorisés à fonctionner par le représentant de l'État dans le département. Le même article dispose que la collecte, la préparation, la qualification, le traitement, la conservation, la distribution et la délivrance sur prescription médicale du lait maternel doivent être réalisés en conformité avec des règles de bonnes pratiques définies par décision de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Le dernier document de ce type a été publié au Journal officiel du 5 janvier 2008.

Il est important de rappeler qu'il est possible pour une femme de faire don de son lait. Ce don est anonyme et gratuit. Il est tout particulièrement utile aux prématurés. Avoir du lait n'a parfois pas de prix.

Développement d'une allergie à l'arachide

Household peanut consumption as a risk factor for the development of peanut allergy. Fox AT et al. J Allergy Clin Immunol 2009 ; 123(2) : 417-23.

De nombreux enfants qui présentent une allergie à l'arachide ont une réaction au moment de la première consommation connue d'arachide. Le but de cette étude était de mieux cerner les modes d'exposition à l'arachide, et leur rôle dans le développement d'une allergie.

Un questionnaire a été administré aux parents d'enfants souffrant d'une allergie à l'arachide (G1, n = 133), d'une allergie à l'œuf (G2, n = 160), et ne souffrant pas d'allergie (GT, n = 150), et ce avant que les familles du G1 soient averties de l'allergie à l'arachide diagnostiquée chez leur enfant afin d'éviter certains biais. On a recueilli entre autres des données sur la consommation d'arachide par la mère pendant la grossesse et l'allaitement, ainsi que par les autres membres de la famille (pour évaluer le niveau d'exposition de l'enfant dans son entourage).

La consommation familiale de produits contenant de l'arachide était significativement plus élevée dans le G1 que dans les 2 autres groupes. La consommation directe par l'enfant de ce type de produit était similaire dans les 3 groupes. La consommation maternelle d'arachide pendant la grossesse et l'allaitement était similaire dans les 3 groupes après ajustement pour les variables confondantes. Il existait une relation dose-dépendante entre le niveau d'exposition de l'enfant à l'arachide via son entourage et la survenue chez lui d'une allergie à l'arachide, la consommation de beurre d'arachide par les autres membres de la famille étant celle qui avait l'impact le plus marqué.

Le fait de vivre dans une famille qui consomme une quantité importante de produits à base d'arachide augmente le risque d'allergie à l'arachide chez les bébés. En pareil cas, la consommation orale précoce d'arachide par ces enfants pourrait avoir un impact protecteur vis-à-vis de la survenue chez eux d'une allergie à l'arachide liée à une exposition environnementale, comme ce la a été constaté par d'autres études.

Allaitement et fonction vasculaire d'adolescents

The beneficial effects of breastfeeding on microvascular function in 11- to 14-year-old children. Khan F et al. Vasc Med 2009 ; 14(2) : 137-42.

Le but de cette étude anglaise était d'évaluer l'impact de l'alimentation en début de vie sur la fonction vasculaire par la suite.

Cette étude prospective a suivi 159 enfants jusqu'à 11 à 14 ans. Des données sur leur alimentation avaient été recueillies régulièrement pendant les 2 premières années de vie. Leur fonction vasculaire a été évaluée par administration iontophorétique d'acétylcholine. Après ajustement pour les variables confondantes, la fonction vasculaire était significativement moins bonne chez les enfants qui n'avaient pas été allaités. L'impact de l'allaitement était dose-dépendant. Prouvoir l'allaitement pourrait avoir d'importantes implications en matière de santé publique.

Nucléotides : des inducteurs de sommeil ?

The possible role of human milk nucleotides as sleep inducers. Sánchez CL et al. Nutr Neurosci 2009 ; 12(1) : 2-8.

La fraction azotée non protéique du lait humain contient entre autres des nucléotides, dont le taux varie suivant l'heure de la journée. On sait que certains nucléotides ont un impact sur la régulation du rythme veille/sommeil. Les auteurs ont étudié leur impact en tant qu'inducteurs du sommeil. Des échantillons de lait humain ont été analysés par électrophorèse capillaire, pour évaluation de la rythmicité de la sécrétion de chaque nucléotide.

Le taux lacté des nucléotides 5'AMP, 5'GMP, 5'CMP et 5'IMP présentait des variations circadiennes significatives ; le taux des 2 premiers était le plus élevé pendant la nuit, tandis que celui des 2 autres était le plus élevé pendant la journée. Le taux de 5'UMP variait peu pendant la journée, mais augmentait pendant la nuit. L'augmentation nocturne du taux lacté de 5'AMP, de 5'GMP et de 5'UMP pourrait être impliquée dans l'induction du sommeil la nuit chez le bébé allaité.

Avec le Kododo*, la maternité fait coup double

Rigaut M – La Voix du Nord ; 04/03/2009

La maternité du centre hospitalier de Cambrai va bientôt être équipée de dix « Kododo », berceaux permettant au nourrisson et à la mère de rester en contact, tout en demeurant chacun dans son lit. Un équipement qui s'inscrit dans une démarche d'obtention du label Hôpital Ami des bébés.

Selon l'équipe de la maternité du centre hospitalier de Cambrai, c'est un lit qui « change la vie ». Concrètement, il s'agit d'un berceau qui possède une paroi latérale amovible, et qui peut être fixé au lit de la mère. Ce qui permet à l'enfant et sa mère de rester en contact tout en demeurant chacun dans son lit. L'intérêt d'un tel dispositif malgré tout coûteux : « Certaines mamans ont peur de dormir avec leur enfant, elles craignent notamment de l'écraser. Nous pourrions donc leur proposer le Kododo. L'objectif est de privilégier la relation mère-enfant », explique Véronique Zymanski, sage-femme. De plus, en cas d'allaitement, cet outil est plus pratique pour la maman, les spécialistes estimant que la cohabitation est essentielle à la réussite de l'allaitement maternel.

Mais au-delà d'une acquisition liée au confort des mères, il s'agit d'un outil qui s'intègre dans la volonté d'obtention d'un label. Depuis 2000, Véronique Zymanski et Marie-Christine Coulon travaillent, en partenariat avec Véronique Boucneau, cadre sage-femme, et le Dr Al Rayes, chef de service, sur l'obtention d'un label Hôpital Ami des bébés (obtenu tout récemment). « Parmi les dix critères à respecter pour obtenir ce label, il y a la proximité mère-enfant, commente Véronique Zymanski. Depuis des années déjà, on fait en sorte que l'enfant reste le plus longtemps possible avec sa mère. Dans cette perspective, le Kododo apporte un plus. »

Pour la maternité, s'inscrire dans cette démarche a un objectif : c'est d'abord une distinction et un gage de confiance pour les patientes. C'est aussi une procédure destinée à favoriser l'allaitement. Pour l'instant, une seule chambre est équipée du Kododo. Neuf autres le seront par la suite. Les mamans pourront accepter ou non d'utiliser ce dispositif.