



© P. Cuijpers - Fotolia.com

Pleurs inexpliqués

L'allaitement n'est pas toujours confortable pour la mère... ou pour l'enfant. Trouver l'origine du trouble peut s'avérer un vrai casse-tête et demander du temps.

EXPOSÉ

Madame C. accouche par voie basse à 40 + 5 SA d'une petite fille de 3520 g. Des crevasses sur les deux mamelons apparaissent durant le séjour en maternité. Elles vont s'améliorer grâce à la position *Biological Nurturing* [1] ou transat. Malgré ces blessures et la douleur qu'elles provoquent, la lactation s'établit très bien. La petite fille a repris son poids de naissance à J5 et la courbe est bien ascendante. C'est une enfant calme, qui dort paisiblement entre les tétées.

Cependant, à J21, Madame C. dit que brutalement ce n'est plus le même bébé, car la petite fille se met soudainement à pleurer et à ne plus dormir comme elle le faisait auparavant. La maman, puéricultrice de profession, va envisager seule de multiples hypothèses, et nous consulter régulièrement.

- Son bébé a 3 semaines. Peut-être s'agit-il de ce que l'on appelle actuellement « des jours de pointe » ? On parlait autrefois de « poussées de croissance », sans que la courbe de poids montre une accélération brutale. Pour d'autres auteurs, ces jours où le bébé est un « teteur fou » précèderaient des bonds dans le développement de l'enfant. Certains professionnels parlent de baisse de lait « physiologique ». C'est ce qui est rapporté à la maman de L. par une sage-femme libérale et l'a déstabilisée. Or cette information est complètement erronée, non prouvée scientifiquement et sans aucune base physiologique. Si vraiment il y avait moins de lait, les bébés urineraient moins, ce qui n'est jamais rapporté.

La seule chose dont on peut être sûr, c'est qu'à 3 et 6 semaines environ, puis à 3 et 6 mois, les nourrissons ont besoin de téter plus souvent durant deux ou trois jours, avant de retrouver un rythme de tétées moins soutenu. Malgré des mises au sein à volonté, la petite L. continue à pleurer.

- La maman a observé que son lait coule vite, que l'enfant s'étrangle parfois en début et en cours de tétée. Aurait-elle un réflexe d'éjection du lait fort (REF) qui gênerait l'enfant ?

La maman essaye donc d'exprimer un peu de lait au début des tétées pour que celles-ci se passent mieux. Elle commence à avoir du mal à comprendre cette petite fille qui pleure beaucoup et dort peu, d'autant plus que son entourage lui conseille de laisser son bébé pleurer, que c'est normal... Elle a l'impression d'être une mauvaise mère qui ne comprend pas les besoins de sa fille.

- Comme elle ne boit que de l'eau Hépar, Madame C. se demande si cette eau très minéralisée pourrait ne pas convenir à sa fille. En fait le taux de magnésium dans le lait n'est pas affecté par ce que consomme la maman. Arrêter la consommation d'eau Hépar n'a rien changé au comportement de l'enfant.
- L'enfant, qui a 1 mois maintenant, semble très douloureuse et inconsolable dit la maman... Puis après 1/4h environ, quelques gaz, selles ou rots, elle redevient calme. Pour essayer de la soulager, les parents lui ont donné de la Calmosine à base de plantes et d'un conservateur, le benzoate de sodium. Quand la maman a appris qu'une étude avait montré que le benzoate de sodium entraînait une augmentation de l'hyperactivité chez les enfants âgés de 3 ans et 8-9 ans, elle a immédiatement arrêté. (La nouvelle formule de Calmosine à base de fenouil, tilleul et fleur d'orange ne contient plus de conservateur depuis le dernier trimestre 2013.)
- Préoccupés par ce qui semble être des coliques, les parents cherchent tous azimuts ce qui pourrait aider leur fille : homéopathie, pansements digestifs, second rendez-vous chez l'ostéopathe. La maman essaye de lui donner des probiotiques. Moduler la microflore intestinale du nourrisson à l'aide de probiotiques réduit la durée des pleurs liés aux coliques selon la société qui commercialise ce produit. Rien n'y fait.
- Madame C. porte sa petite fille en écharpe plusieurs heures



par jour ; elle a essayé aussi plusieurs tétines – 8 ! – sans succès et remet même en question son allaitement quand elle est très fatiguée. Elle découvre sur Internet le concept du « BABI » (Bébé Aux Besoins Intenses), mais reste persuadée que quelque chose gêne l'enfant. Le pharmacien suggère le Débridat, mais aucune efficacité n'est notée.

- La maman de L. commence à se poser des questions sur une éventuelle intolérance ou allergie alimentaire via son lait, avec toute la culpabilité qui va avec : « Ça expliquerait pourquoi parfois après les tétées elle a des plaques rouges sur le visage, sa prise de poids moins importante ces dernières semaines, ses selles plus liquides et explosives, et surtout ses douleurs ! Pourtant il n'y a pas d'allergie ou d'intolérance connue dans nos familles respectives. »

Durant toute cette période, Madame C. a beaucoup échangé avec moi lors de consultations hebdomadaires et par mail. L'un d'eux a été déterminant : vu ce que décrit Madame C., son bébé, qui pleure tant, doit souffrir non de coliques, mais d'un reflux gastro-œsophagien interne, non extériorisé même si la maman avait toujours réfuté cette hypothèse, car l'enfant ne régurgitait pas. Rendez-vous est pris en PMI très rapidement, alors que l'enfant est âgé de 6 semaines. Le médecin prescrit sans fibroscopie – donc hors AAM – du Mopral® à la dose de 1 mg/kg. La gélule reconstituée est à ouvrir pour que les microgélules gastro-résistantes elles aussi soient versées sur un pansement gastrique (Polysilane®). Douze heures après l'ingestion de la première gélule, le comportement de l'enfant change du tout au tout. C'était bien un RGO pathologique, mais l'œsophagite n'a pas été objectivée par une fibroscopie.

- En position proclive, le sommeil de la petite fille s'améliore, ses crises de pleurs diminuent momentanément, mais la maman se pose des questions « sur le fait que L. ait de plus en plus de plaques, petits boutons rouges sur le corps. Cela vient puis repart. Le fait que ça s'étend aussi loin me fait plus penser à de l'eczéma à présent. » L'avis d'une pédiatre-allergologue est sollicité. Devant le mal-être important de l'enfant, l'eczéma et les régurgitations, la pédiatre double la dose de Mopral®, fait un prick-test cutané au lait de vache qui est négatif, dose les IgE pour le lait de vache qui sont aussi négatifs. Elle suspecte alors une allergie retardée, non IgE médiée, aux protéines du lait de vache venant de l'alimentation maternelle et passant dans le lait maternel. L'allergologue recommande un régime maternel d'éviction

du lait de vache, de brebis, de chèvre, de jument et des préparations végétales à base de soja, riz, amandes, etc. pour éviter les allergies croisées. L'état cutané de l'enfant s'améliore. Un jour, chez des amis, la maman n'ose refuser le gratin de pommes de terre à la crème. Le lendemain, la petite L. est couverte d'eczéma et a une débâcle de selles. La preuve est faite que l'enfant réagit à ce que mange sa mère. Le dialler-test sera positif. Avec son traitement antireflux et le régime d'éviction des protéines bovines, L. va enfin mieux.

RÉSULTATS

Parce qu'elle en avait le désir et la volonté, parce qu'elle était informée et soutenue au jour le jour, la maman a poursuivi son projet d'allaitement. A 4 mois, l'enfant est toujours allaitée, après un parcours difficile pour les parents tant que les diagnostics n'avaient pas été posés. Bien que cette enfant n'ait jamais bu elle-même du lait de vache, qui compose la majorité des laits industriels pour bébé, elle se révèle allergique aux protéines bovines via le lait maternel. La sensibilisation peut se faire dès la grossesse et se révéler dans les jours qui suivent la naissance ou apparaître ultérieurement.

Les troubles digestifs (régurgitations, diarrhées explosives ou vertes, sang microscopique dans les selles, coliques, mal-être), les troubles cutanés (eczéma, urticaire), les problèmes de prise de poids ou les troubles du sommeil peuvent, dans certains cas, être rattachés à cette allergie. Celle-ci peut se développer même en l'absence d'antécédents flagrants. Il est capital d'expliquer aux mères que leur enfant n'est pas allergique à leur lait, qui reste l'aliment adapté à ses besoins, mais que c'est un ou des aliments qu'elle consomme qui est à l'origine de ses réactions. Après un régime d'éviction pour la mère, dans l'immense majorité des cas, la tolérance alimentaire s'installe. L'accompagnement par un allergologue est indispensable pour le suivi et la phase de réintroduction chez l'enfant de l'aliment incriminé. La plupart des mères choisissent de poursuivre de donner le sein, car l'allaitement représente bien plus qu'une histoire de lait...

Marie Courdent, puéricultrice de PMI dans le Nord, formatrice Am-F, consultante en lactation certifiée IBCLC, DIU Lactation humaine Allaitement maternel.

Elle ne déclare pas de conflit d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou alimentaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Biological nurturing – Profession Sage-Femme n° 181, décembre 2011/janvier 2012

