

Cas cliniques ... cas cliniques

Allaitement d'un bébé présentant un chylothorax

Bobby's dairy : nursing a baby with chylothorax. T Whitehouse.
Leaven 2003 ; 39(2) : 27-30.

A l'âge de 3 mois, ce bébé a subi une chirurgie destinée à corriger sa malformation cardiaque congénitale. Il a présenté une complication fréquente de ce type de chirurgie : une lésion du système lymphatique qui a induit un chylothorax, 5 jours après la chirurgie. Il a en outre présenté une septicémie. La mère avait allaité ses 3 précédents enfants, elle allaitait ce bébé avant sa chirurgie, et avait recommencé à le mettre au sein. Elle a été effondrée quand on lui a dit qu'elle devait cesser immédiatement d'allaiter, car les graisses de son lait allaient aggraver le chylothorax dont souffrait son bébé.

Le bébé a été mis sous assistance respiratoire et sous nutrition parentérale totale, dans l'espoir que cela permettrait la cicatrisation des lésions du système lymphatique. Cela a permis une amélioration de son état clinique au bout de 15 jours. Il a alors été réalimenté par sonde nasogastrique avec un lait spécial contenant seulement 15% d'acides gras à longue chaîne (Portagen®), mais le chylothorax s'est de nouveau aggravé, et il a été remis sous nutrition parentérale totale. Pendant cette période, la mère tirait régulièrement son lait et le congelait.

L'état clinique de l'enfant continuait à se détériorer ; aucune amélioration n'était constatée au niveau du chylothorax, et son état nutritionnel se dégradait progressivement. Les parents ont discuté avec le pédiatre responsable du service de néonatalogie de la possibilité de lui donner du lait maternel écrémé. Pour ce faire, le lait devait être placé dans un récipient spécial, et centrifugé à une vitesse particulière pendant un temps donné. Les parents n'avaient pas de centrifugeuse. Et le pédiatre responsable du service de néonatalogie était d'accord pour tenter d'utiliser le lait maternel, mais uniquement s'il avait la preuve formelle qu'il était dégraissé. Les parents ont fait appel à leurs relations. Une connaissance qui travaillait sur du lait humain a expérimenté pour eux diverses techniques de centrifugation, à la suite desquelles les parents ont acheté une centrifugeuse auprès d'une entreprise vendant du matériel de laboratoire. Ils ont ensuite trouvé un laboratoire spécialisé dans l'analyse du lait de vache, qui a accepté d'effectuer en urgence un dosage des graisses dans les échantillons de lait centrifugé, et d'en faxer les résultats au service de néonatalogie. La centrifugeuse s'est avérée très efficace, le lait centrifugé ne contenant plus que 0,02% de graisses.

A partir de ce moment, les parents ont centrifugé tout le lait tiré par la mère, pour qu'il puisse être donné à leur bébé. Le pédiatre suivant le bébé a également décidé de tenter un traitement par octréotide. L'état clinique et nutritionnel du bébé a commencé immédiatement à s'améliorer. Au bout d'une semaine, le bébé tolérait environ 720 ml/jour de lait maternel dégraissé, et ce lait a été enrichi en protéines et en triglycérides à chaîne moyenne pour en augmenter l'apport calorique. 2 mois

après la chirurgie, les infections étaient en cours de guérison, et l'assistance respiratoire a été arrêtée. L'équipe soignante a dit aux parents que le don de lait maternel dégraissé avait probablement sauvé la vie de leur bébé. 3 mois après la chirurgie, le bébé est sorti du service. Il a continué à recevoir du lait maternel dégraissé et enrichi pendant encore 1 mois, puis les parents ont recommencé progressivement à le réalimenter avec du lait maternel non centrifugé. Au bout d'un nouveau mois, le bébé était exclusivement nourri avec du lait maternel non centrifugé, et il a même reçu du lait maternel enrichi en graisses (celles qui avaient été ôtées du lait centrifugé et que les parents avaient congelées) pour optimiser sa prise de poids.

Malheureusement, les tentatives de la mère pour remettre son bébé au sein se sont soldées par un échec : le bébé avait subi tellement de procédures invasives et douloureuses (assistance respiratoire, alimentation par sonde... pendant plusieurs mois) qu'il présentait une aversion orale. Avec le temps, la mère a réussi à faire accepter au bébé de lécher le sein pendant qu'elle le pressait pour faire couler son lait, mais il n'a jamais réellement tété. La mère a donc continué à tirer son lait pour le lui donner à la tasse.

A l'âge de 5 ans, l'enfant a subi une nouvelle intervention de chirurgie cardiaque. Les suites opératoires ont été compliquées, avec survenue de lésions rénales et hépatiques en raison d'une hypovolémie. Un chylothorax est réapparu. La mère a recommencé à centrifuger son lait pour pouvoir le lui donner, parallèlement à une alimentation solide pauvre en lipides. L'équipe médicale qui le suivait était la même que pour la première chirurgie, et elle a immédiatement accepté le don à l'enfant de lait maternel écrémé. Par la suite, l'enfant s'est parfaitement remis. Il est suivi par divers thérapeutes en raison des retards dans ses acquis suite aux longues durées d'hospitalisation. Ses parents espèrent qu'aucune autre intervention cardiaque ne deviendra nécessaire.

Technique pour obtenir du lait écrémé :

- Placer le lait maternel exprimé dans des tubes qui ont un bouchon à chaque extrémité.
- Placer ces tubes dans la centrifugeuse.
- Centrifuger le lait à 1,03 Gs pendant 6 mn pour obtenir une bonne séparation des graisses (mais cela pourra varier suivant les centrifugeuses).

Lorsque le lait est centrifugé, sortir avec précaution les tubes de lait, les ouvrir du côté opposé aux graisses, et faire couler doucement le lait dégraissé dans un récipient. La crème peut être récupérée dans un autre récipient pour être éventuellement utilisée par la suite.

Rétention placentaire et production lactée insuffisante

K Cadwell, C Turner-Maffei. *Case studies in Breastfeeding*. Heidi & Forrest. Ed Jones and Barlett 2004 ; 88- 94.

Cette mère avait accouché par voie basse après 20 heures de travail. Son bébé pesait 3345 g. Le démarrage de l'allaitement a été difficile. Le bébé cherchait le sein, mais n'arrivait pas à le prendre vraiment. Par ailleurs, la mère n'a pas ressenti de « montée de lait ». Elle a commencé à tirer son lait avec un tire-lait manuel, mais n'obtenait que quelques gouttes, et elle a arrêté rapidement. Au bout de quelques jours, son bébé s'est mis à téter très longtemps et très souvent, mais ne semblait pas obtenir beaucoup de lait.

A J8, la mère a consulté un pédiatre. Le bébé pesait 3117 g, et le pédiatre a recommandé le don de compléments de lait industriel. La mère souhaitait vivement allaiter, et a décidé d'ignorer cette recommandation. Elle s'est procurée un tire-lait électrique automatique le jour même, et a recommencé à tirer son lait. Mais elle en obtenait toujours aussi peu, et son bébé tétait toujours aussi souvent et longtemps. A J16, la mère s'est présentée dans une consultation de lactation. La succion du bébé a été évaluée, aucun problème n'a été constaté à ce niveau ; on a recommandé à la mère de tirer son lait, et on lui a proposé un autre tire-lait, en lui disant que celui qu'elle utilisait était peut-être inefficace. La mère savait qu'il était nécessaire de consulter un pédiatre, mais elle avait peur qu'on lui dise à nouveau que son bébé ne recevait pas assez de lait et qu'il fallait lui donner des compléments.

A J20, elle s'est présentée dans une consultation pédiatrique. Le bébé pesait 3231 g, il n'avait donc toujours pas repris son poids de naissance, mais son état clinique restait satisfaisant. La puéricultrice qui l'a reçue a suggéré de donner des compléments de lait industriel avec un DAL (dispositif d'aide à la lactation), à la dose d'au moins 280 ml par jour. La mère a acheté un DAL, mais a décidé de ne pas l'utiliser. A J25, elle a téléphoné à la consultation des auteurs, dont elle avait obtenu les coordonnées par sa sœur.

Les auteurs l'ont interrogée sur une éventuelle chirurgie mammaire, sur l'aspect de ses seins et de ses mamelons, sur les modifications des seins survenues pendant la grossesse, sur l'état clinique du bébé... Cet interrogatoire a permis de relever qu'à J25 la mère avait toujours des lochies abondantes de sang rouge. Les auteurs ont soulevé l'hypothèse d'une rétention placentaire, compatible avec les lochies abondantes et la production lactée insuffisante. En effet, c'est l'élimination du placenta et la chute du taux sérique des hormones placentaires qui s'ensuit qui permet la « montée de lait ». En cas de rétention placentaire, les hormones placentaires bloquent plus ou moins efficacement la production lactée. Les auteurs ont donc recommandé à la mère de consulter le plus rapidement possible pour vérifier l'état de l'utérus.

La mère est allée consulter le jour même la sage-femme qui avait suivi sa grossesse. Cette dernière l'a adressée à un spécialiste, qui a effectué une échographie de l'utérus. Une rétention placentaire a été constatée, et une révision utérine a été effectuée le jour même. Dans les heures qui ont suivi, la mère a constaté une augmentation de sa production lactée, tant au niveau du volume de ses seins que de la façon dont son bébé tétait : elle le voyait et l'entendait avaler de bonnes gorgées de lait, ce qu'elle n'avait jamais observé auparavant. Quelques jours plus tard, le bébé était à 85 g au-dessus de son poids de naissance.

Lorsqu'une mère a une production lactée insuffisante, il est certes important de veiller à ce que le bébé soit correctement nourri, mais il est également indispensable de rechercher activement la cause de l'insuffisance de la lactation. En particulier, une rétention placentaire devrait être évoquée devant toute femme n'ayant pas eu de montée de lait visible, dont la production lactée est insuffisante en dépit de tétées fréquentes par un bébé qui tète correctement, et en présence de lochies abondantes et rouges persistantes.

Allaiter avec un DAL

Not only about milk. R Stansel. *New Beginnings* 2005 ; 22(3) : 108-9.

Cette primipare a accouché à terme et à domicile. L'allaitement a parfaitement bien démarré. Le bébé tétait efficacement, et la mère n'a pas souffert de crevasses. Elle n'a pas non plus ressenti de montée de lait, ni de réflexe d'éjection du lait, mais elle pensait que ce n'était pas anormal en soi dans la mesure où son bébé tétait régulièrement et semblait satisfait.

Pendant les 3 premiers jours, son bébé a éliminé le méconium. Ensuite, il n'a eu aucune selle pendant les 3 jours suivants, mais il mouillait régulièrement ses couches. Il était bien éveillé et actif. A J12, il était à environ 450 g en dessous de son poids de naissance. La mère a décidé de le faire téter très sou-

vent, et de le garder contre elle en permanence pour le stimuler. Mais 7 jours plus tard, le bébé était toujours au même poids. La mère a tenté de tirer son lait en plus des tétées, mais n'obtenait que quelques ml de lait à chaque fois. 10 jours après la première pesée, le bébé n'avait toujours pas commencé à reprendre du poids. Cela a été un choc majeur pour la mère, qui voulait absolument allaiter. Le bébé avait alors 3 semaines, et il devenait indispensable d'agir.

Le pédiatre a examiné le bébé sans rien trouver d'anormal, a prescrit des examens biologiques (dont le résultat était normal) et a recommandé de commencer immédiatement à lui donner des compléments de lait industriel. L'examen de l'enfant pen-

dant une tétée a montré qu'il commençait à téter activement, mais qu'il cessait rapidement de le faire car le flot de lait n'était pas suffisamment abondant. La pesée avant et après 30 mn de tétée a montré que l'enfant n'avait pris qu'environ 30 g de lait. Une conseillère en lactation a recommandé à la mère d'utiliser la compression mammaire pendant les tétées pour augmenter le flot de lait, de prendre des plantes galactogènes (fenugrec et chardon béni), et d'utiliser un tire-lait électrique après chaque tétée pour tenter d'augmenter sa production lactée. Mis à part la compression mammaire qui a semblé améliorer l'éjection du lait, aucune de ces mesures n'a eu d'impact sur la lactation. Elle a passé une échographie utérine à la recherche d'une éventuelle rétention placentaire, et a fait des bilans hormonaux (thyroïde, taux de prolactine...). Tous les examens étaient normaux.

La mère était en bonne santé, n'avait eu aucun problème pour devenir enceinte, sa grossesse avait été parfaitement normale, l'accouchement s'était bien passé, elle n'avait jamais eu de chirurgie mammaire, elle était activement soutenue par sa famille et par son entourage, et parfaitement informée sur l'allaitement. Elle a eu beaucoup de mal, sur le plan émotionnel, à accepter de ne pas pouvoir allaiter exclusivement son bébé comme elle le souhaitait, alors qu'elle bénéficiait de conditions « optimales ». Elle se sentait coupable de ne pas réussir à avoir suffisamment de lait, et d'avoir « affamé » son bébé pendant des semaines.

A partir du moment où il a commencé à recevoir des suppléments de lait industriel, le bébé a pris correctement du poids.

La mère avait décidé de donner ces suppléments avec un DAL (dispositif d'aide à la lactation) placé sur le sein, de façon à ce que son bébé reste exclusivement nourri pendant qu'il était au sein, afin d'éviter tout risque de confusion sein-tétine, et de préserver le plus possible la relation d'allaitement. Elle commençait la tétée sans le DAL, et elle glissait le tuyau dans la bouche de son bébé quand il cessait d'avaler régulièrement. A maintes reprises, elle a tenté d'arrêter d'utiliser le DAL, mais son bébé cessait immédiatement de prendre du poids. En dépit de tous les efforts de cette mère, sa production lactée n'a jamais dépassé ce qui semblait être le maximum qu'elle pouvait produire, qui représentait environ la moitié de ce dont son bébé avait besoin. Ce qui a aidé la mère sur le plan psychologique a été de garder tous les jours quelques tétées sans DAL. La nuit en particulier, elle avait suffisamment de lait pour satisfaire son bébé. Ce dernier a toujours aimé téter, même s'il n'y avait pas beaucoup de lait.

Lorsque son bébé a commencé à consommer des solides, la quantité de lait industriel nécessaire a baissé progressivement. Lorsqu'il a eu 13 mois, la mère a pu cesser totalement d'utiliser le DAL. A 19 mois, l'enfant tète toujours fréquemment et avec plaisir, jour et nuit. La mère continue à chercher la raison pour laquelle elle n'a pas réussi à avoir suffisamment de lait pour allaiter exclusivement, mais elle sait maintenant que même si elle ne découvre jamais cette raison, cela ne l'a pas empêchée d'avoir une relation d'allaitement longue et gratifiante avec son enfant, et de constater que l'allaitement représente bien davantage que nourrir un enfant.

Allaitement de jumeaux malgré des abcès mammaires bilatéraux en cours de drainage au niveau des aréoles

Dr Yaël Grin. Gynécologue-Obstétricien, Champs sur Marne (77).

La mère est une jeune femme de 26 ans, déjà maman d'un enfant de 3 ans, allaité 16 mois sans souci. Elle a accouché 10 jours avant cette première consultation de 2 vrais jumeaux, nés à 38 semaines, avec un poids de 2670 et 2420g. Elle consulte en raison de douleurs bilatérales, de rougeur et d'induration des seins ; il y avait eu un petit épisode fébrile. La mère avait été traitée autour de l'accouchement par pristinamycine en raison d'un portage d'un streptocoque B. La patiente est possiblement allergique à la pénicilline.

Ce premier examen retrouve des aréoles très rouges, sur 80% de leur surface. Au palper, on retrouve un nodule chaud et sensible de ces 2 régions (en externe à droite, entre 7 et 10 heures ; et en interne à gauche de 7 à 10 heures). A droite, au niveau d'un tubercule de Montgomery, il y a une issue de pus verdâtre, à gauche, il y a un petit point blanc sans issue de pus.

Une bactériologie bilatérale de l'écoulement est demandée, ainsi qu'une échographie. Le traitement par céfaochlor 500 mg, à la posologie de 2 comprimés toutes les 8 heures, est démarré dès le prélèvement du pus (qui se révélera contenir du Staphylocoque doré), accompagné par de l'acide fusidique en pommade, à appliquer 2 fois par jour, après une tétée, et à rincer avant la suivante ; ainsi que l'application de froid. L'échographie retrouve à droite un nodule hétérogène de 38 x 14 mm,

image en faveur d'un abcès en voie de constitution, et à gauche, un abcès en voie de collection. Comme la patiente est très motivée pour poursuivre l'allaitement (avec ou sans mon assentiment), nous décidons de poursuivre les tétées avec l'occlusion des orifices de drainage du pus par une bande collante occlusive (Blenderm®) pendant la tétée.

La patiente est revue 6 jours plus tard ; elle n'a pas de fièvre, pas de douleurs pulsatiles (la douleur est « supportable »), les bébés grossissent bien. Le traitement est prolongé. Après 19 jours de traitement, la patiente est revue ; les enfants sont âgés d'un mois et pèsent 3450 et 3250 g (soit une prise de poids d'environ 800g). L'examen retrouve à droite une petite olive rétromamelonnaire entre 7 et 10 heures ; à gauche, l'induration est plus large, mais le sein est plein de lait. Le traitement est prolongé de 10 jours.

Aux dernières nouvelles, les enfants vont bien, il n'y a plus de nodosité au niveau des seins : à 2 mois et une semaine, ils pèsent 5150 g et 5000 g, en allaitement complet. A 6 mois, ils pèsent 7600 g, et sont toujours exclusivement allaités. L'examen des seins retrouve un petit pois rétromamelonnaire gauche à 9 heures. A 9 mois, les enfants reçoivent 3 tétées quotidiennes chacun, l'examen mammaire est normal.

Problème de canaux lactifères bouchés à répétition

Recurrent plugged ducts. S Hetzel Campbell. *J Hum Lact* 2006; 22(3): 340-43.

Les problèmes de canaux lactifères bouchés survenant à répétition peuvent être très frustrants pour la mère qui en souffre, et pour le professionnel qui suit la mère. Ils peuvent induire des mastites, et être à l'origine d'un sevrage précoce. Il n'existe aucune étude sur leur incidence. D'après l'expérience des professionnels travaillant auprès des mères allaitantes, on peut estimer que les 2/3 des femmes présenteront au moins un épisode de canal lactifère bouché pendant leur allaitement. Une étude a constaté que le facteur prédictif le plus important pour les mastites chez les primipares était la survenue préalable d'un problème de canal lactifère bouché.

Les symptômes en sont la présence d'une masse sensible dans le sein, un érythème cutané en regard de cette masse, l'ensemble du sein pouvant paraître plus chaud que la normale. Certaines femmes peuvent voir le « bouchon », sous la forme d'un point blanc sur le mamelon, à l'extrémité du canal bouché. Si la femme arrive à faire sortir ce bouchon, il pourra ressembler à un morceau de vermicelle. La femme peut également décrire des douleurs au niveau du mamelon, ou en profondeur dans le sein. On peut souvent retrouver, dans l'historique de l'allaitement chez la femme, la survenue d'un engorgement important en post-partum, une production lactée très abondante, un écoulement important de lait entre les tétées, ou du sein controlatéral lorsque le bébé tète. Il semble que ce problème soit plus fréquent chez les femmes qui utilisent des bords de sein, ou une pommade pour le traitement de mamelons douloureux, ainsi que chez les mères qui tirent leur lait parce qu'elles ont repris leur travail. Enfin, les femmes qui ont présenté des mastites ou des problèmes de canaux bouchés lors d'allaitements précédents

ont également un risque plus élevé d'en présenter à l'allaitement suivant. Une succion incorrecte du bébé, le fait que le sein ne soit pas suffisamment « vidé », le stress et la fatigue, des vêtements trop serrés... sont également des facteurs favorisants. Certaines femmes présentent des particularités anatomiques au niveau des canaux lactifères, qui peuvent également favoriser le « bouchage » régulier d'un canal.

Pour prévenir la survenue de ce problème, il est important de vérifier la pratique d'allaitement : tétées à la demande de l'enfant, bonne position de l'enfant au sein, mettre l'enfant au sein dans une position telle que son menton sera dirigé vers la zone « bouchée » du sein, massages du sein. Si le bébé plus âgé est facilement distrait pendant la tétée et tire sur le sein, la mère pourra l'allaiter dans une pièce calme et sombre pour limiter les stimuli externes. En cas de canal lactifère bouché, la mère pourra appliquer une compresse chaude sur la zone touchée, et effectuer des massages fermes du sein pour tenter de faire partir le bouchon. Un traitement rapide permettra d'éviter la survenue d'une mastite. Certaines femmes seront soulagées par la prise d'un analgésique / anti-inflammatoire. La mère devrait essayer de trouver de l'aide pour ses autres activités, afin de pouvoir se reposer. Certains professionnels recommandent un traitement par ultrasons si le problème n'est toujours pas résolu au bout de 48 heures ; une étude a toutefois constaté que le traitement par ultrasons n'était en soi pas plus efficace qu'un traitement placebo (la machine étant utilisée « à vide », sans la sonde émettant les ultrasons), et il est possible que l'effet soit en fait lié non aux ultrasons, mais à la chaleur dégagée par le traitement.

Allaitement et perte d'un enfant

Breastfeeding and infant loss. A Poarch. *New Beginnings* 2005 ; 22(3) : 110.

Cette mère allaitait toujours sa fille de 16 mois lorsqu'elle a constaté qu'elle était enceinte de son second enfant. Elle a décidé de poursuivre l'allaitement de sa fille, et a envisagé un co-allaitement.

A 30 semaines de grossesse, une hypotrophie fœtale a été dépistée, et la mère a été référée à un spécialiste. Une amniocentèse a été effectuée, qui a diagnostiqué une trisomie 13 chez le fœtus. Cette trisomie se manifeste par des malformations sévères du système nerveux central, des malformations faciales, une microcéphalie, des anomalies des membres, des malformations cardiaques, digestives, uro-génitales... Le taux de mortalité périnatale est très élevé. On a annoncé à cette mère que son bébé ne vivrait probablement pas plus de quelques heures à quelques jours.

Le fait de pouvoir allaiter sa fille a aidé cette mère à affronter le choc de ce diagnostic. Elle a commencé à planifier la naissance de son bébé, avec la ferme intention de l'allaiter,

même si ce n'était que juste une fois. Elle a été voir une consultante en lactation pour avoir des informations sur ce qu'elle pourrait faire pour aider son bébé à téter. A 39 semaines, son bébé est mort in utero. Ce même jour, sa petite fille a cessé de téter en raison d'un rhume important. 4 jours plus tard, la mère a accouché de son enfant mort-né. Elle est sortie de l'hôpital le lendemain, et elle a eu sa montée de lait le surlendemain. Comme sa fille refusait toujours de téter, elle a commencé à tirer son lait pour soulager l'engorgement.

Lorsque son rhume s'est amélioré, la petite fille a recommencé à téter, à la même fréquence qu'un nourrisson. Même si c'était « bizarre » pour la mère de voir téter aussi souvent une enfant de 2 ans, cela l'aidait à faire le deuil de son bébé mort, et elle pensait que cela aidait également sa fille. Au bout de quelques semaines, celle-ci a d'ailleurs commencé à téter moins souvent. 7 mois plus tard, la petite fille était toujours allaitée. La mère est heureuse d'avoir pu poursuivre un allaitement qui les a aidées, elle et sa fille, à traverser cette période très difficile.

Observer le comportement du nourrisson

K Cadwell, C Turner-Maffei.
Case studies in Breastfeeding. Noel,
Wayne & Heather.
Ed Jones and Barlett 2004 ; 116-20.

On a demandé aux auteurs de venir voir une mère, qui devait sortir de maternité quelques heures plus tard, 48 heures après son accouchement. La mère avait les mamelons plats, et n'avait pas réussi une seule fois à mettre son bébé au sein. Elle n'avait pas non plus réussi à allaiter son premier enfant, 3 ans plus tôt, pour la même raison.

A l'examen, les mamelons de la mère étaient effectivement plats. La mère arrivait à les faire ressortir en les stimulant, mais même ainsi son bébé semblait ne pas savoir qu'en faire. Les auteurs ont suggéré de déshabiller le bébé en ne lui laissant que sa couche et son bonnet, et de le placer contre la poitrine nue de sa mère, recouvert d'une petite couverture, afin de voir si le bébé avait un comportement de recherche du sein. Elles ont demandé à la mère à quelle fréquence elle essayait de mettre son bébé au sein. Elle a répondu qu'elle le faisait « à la demande ». Lorsqu'on lui a demandé de préciser ce qu'elle entendait exactement par là, elle a expliqué que quand son bébé se mettait à pleurer, elle lui changeait sa couche, puis essayait de le mettre au sein ; et soit son bébé hurlait de plus belle, soit il s'endormait, mais il refusait obstinément de prendre le sein. Au bout d'environ 1/2 heure d'efforts infructueux, la mère abandonnait et lui donnait un biberon de lait industriel.

Pendant cette conversation, le bébé, placé entre les seins de sa mère, avait commencé à bouger la tête, puis à se déplacer vers le sein gauche. Il a atteint le mamelon, qu'il a commencé à lécher. En réaction, le mamelon a commencé à ressortir, et au bout de quelques minutes le bébé a ouvert grand la bouche, et a commencé à téter activement. La mère a pu ensuite lui proposer le sein droit, que le bébé a pris sans problème.

Ce cas montre comment une évaluation clinique (ici l'évaluation de la capacité du bébé à rechercher le sein et à le prendre de lui-même) s'est transformée en une intervention efficace : le bébé a pris le sein de lui-même, à partir du moment où ses capacités ont pu s'exprimer, et où son comportement spontané a été observé et respecté.

La Leche League France Congrès grand public 2007

17-18 novembre 2007
Dourdan (91)

Extraits du programme

Conférences :

Jack Newman : Les coliques chez le bébé allaité

James Akre : Allaitement, la révolution est en marche !

Benoît Bayle : La grossesse, une période du développement psychologique de l'enfant ?

Muriel Defrenne : Impact de l'allaitement sur la dentition

Sessions sur :

les tire-lait, allaitement et travail, les familles bilingues, l'allaitement des prématurés, l'impact d'un palais creux sur l'allaitement, les rythmes du bébé, la césarienne, la physiologie de la lactation, comment informer sans culpabiliser...

Ateliers sur :

le portage, les jeux coopératifs, les massages des bébés, raconter une histoire aux enfants

Exposition des photos de Susanne Klein

Renseignements – Inscriptions

Mme Alice LAFFRANCHI

16 rue de la Jonquille – 68270 WITTENHEIM

03 89 52 53 03 – congreslll@free.fr

Tarifs variables en fonction des options choisies.

Par exemple :

Hébergement complet et présence les 2 journées :

210 € - 170 € pour les membres de LLL

Congrès sans hébergement mais avec repas :

145 € - 105 € pour les membres de LLL

La plaquette d'information et d'inscription peut être téléchargée sur le site de LLLF : www.lllfrance.org

Rubrique : actualités de l'allaitement

Journée Internationale de l'Allaitement 2008

14 mars 2008
Espace Reuilly
Paris

Traduction simultanée
Délivrance de CERPS
01 47 37 41 46
Renseignements-JIA2008
@lllfrance.org

Stephen Beuscher : Le lait humain, ses qualités de protection : anti-infectieuses, anti-inflammatoires...

Nathalie Charpak : Favoriser l'allaitement des prématurés : la méthode Kangourou

Carlos Gonzales : L'allaitement au-delà de 6 mois – une diversification alimentaire en toute confiance

Ros Escott : Sexualité, vie de couple et l'allaitement

Elisabeth Coryllos : Ankyloglossie – Evaluation, incidence, traitement, impact sur l'allaitement

Sarah Gill : Table ronde sur le programme de soutien à l'allaitement dans les milieux défavorisés (PraLLL)