

Cas cliniques ... cas cliniques

Donner et recevoir

Donors and recipients – The line is sometimes blurred. K Updegrave.
HMBANA Matters 2006 ; 3 : 3, 6.

Lorsque cette mère a accouché de son premier bébé à 36 semaines, elle ne s'est pas réellement inquiétée. Après tout, le bébé pesait 2750 g, il se portait bien, et le démarrage de l'allaitement s'est très bien passé. Le séjour en maternité n'a pas été plus long que la règle dans le service, et la croissance du bébé a été excellente. Pour son second enfant, la poche des eaux s'est rompue à 27 semaines, et la mère a accouché à 29 semaines d'un bébé de 1275 g. Son premier enfant s'était spontanément sevré pendant la grossesse, et la mère s'est consacrée à l'expression du lait. Le bébé est resté hospitalisé pendant 9 semaines, pendant lesquelles il a été exclusivement nourri avec le lait de sa mère. Il est sorti du service avec un poids de 2465 g. La mère avait une production lactée très abondante, elle avait l'habitude de tirer son lait, et elle a donc décidé de donner au lactarium local le surplus de lait tiré. Pendant le séjour de son fils en néonatalogie, elle était fière de penser que son lait aidait à sauver d'autres prématurés. Par la suite, elle était satisfaite de voir son fils grossir avec son lait, en dépit d'un sévère reflux gastro-œsophagien qui nécessitait un traitement.

Une troisième grossesse non planifiée a débuté quelques mois plus tard, qui a rapidement induit une baisse de la produc-

tion lactée. La mère a cessé de donner du lait au lactarium, puis n'a plus eu suffisamment de lait pour couvrir les besoins de son second bébé, qui était toujours exclusivement allaité. Elle en a discuté avec le pédiatre, qui a finalement accepté de faire une ordonnance pour que le bébé puisse recevoir du lait humain provenant du lactarium local (Austin, Etats-Unis) en plus du lait maternel. Ce lait humain (environ 550 ml par jour) était donné avec un DAL pendant les tétées, puis il a été donné au biberon en plus grande quantité, en raison des menaces d'accouchement prématuré chez la mère. Cette dernière a accouché de son 3^{ème} enfant à 25 semaines de grossesse.

La mère a alors recommencé à tirer son lait, et elle a entrepris de remettre au sein l'enfant précédent (il a fallu environ 6 semaines pour qu'il accepte de le reprendre). Actuellement, la mère allaite toujours son second enfant, et tire son lait pour le 3^{ème}, qui ne peut pas être mis au sein en raison de son état clinique (il est sorti de néonatalogie, mais il est toujours sous assistance respiratoire). Cette mère a vécu une expérience unique : après avoir longtemps donné son lait au lactarium, elle a pu faire bénéficier un de ses enfants du lait humain donné à ce lactarium par d'autres mères.

Ecouter le bébé

Listening to my baby. M Remer. New Beginnings 2006 ; 23(6) : 253.

Cette mère avait décidé d'allaiter à la demande dès sa grossesse. Elle était active dans le groupe local de LLL. Elle s'attendait à avoir un bébé qui aimerait téter pour se nourrir, mais aussi pour se réconforter, s'endormir, et elle était bien préparée à allaiter en public... Mais les choses ne se sont pas passées comme elle s'y attendait.

Son bébé ne tétait que lorsqu'il avait réellement faim, et il cessait de le faire dès qu'il était repu. Si elle tentait de le mettre au sein pour le réconforter, il le prenait quelques secondes, puis le lâchait et hurlait encore plus fort. Si la mère tentait de le mettre au sein ailleurs que chez elle, son bébé refusait de prendre le sein, ou le prenait pendant quelques secondes et se mettait à pleurer. Les tétées étaient visiblement difficiles pour ce bébé. Il s'étranglait souvent, et repoussait parfois le sein des deux mains. Les tétées allongées se passaient beaucoup mieux. La façon dont se passait l'allaitement était également source de stress pour la mère, qui avait l'impression que son bébé se battait avec ses seins.

Cette situation a perduré jusqu'à 3 mois 1/2, moment auquel la mère a décidé de mieux écouter son bébé. Accepter de ne pas avoir la pratique d'allaitement dont elle avait rêvé avant son ac-

couchement a permis à la mère d'être moins anxieuse. Quand son bébé avait faim alors qu'elle était à l'extérieur, elle allait dans un endroit calme pour le mettre au sein. Quand elle était chez des amis, elle allait s'allonger avec lui dans une chambre. Elle s'est arrangée pour planifier ses sorties avec son bébé pour être chez elle aux moments où elle estimait qu'il aurait faim, afin qu'il soit dans un environnement calme. Son bébé a fait une grève de la tétée à 5 mois, suite à un rhume, qui a été très difficile à traverser pour tous les deux, et la mère a constaté alors que son bébé aimait téter dans ses bras pendant qu'elle marchait, et elle a ensuite utilisé cette stratégie pour l'allaiter plus facilement lorsqu'elle était en public.

Lorsque l'enfant a eu 10 mois, l'allaitement est devenu beaucoup plus gratifiant pour la mère et l'enfant. Il appréciait les tétées pour se réconforter, les tétées en public ne posaient plus aucun problème, et il s'est sevré à 2 ans 1/2, alors que la mère était enceinte de son second enfant. Après des débuts difficiles, où la mère a dû accepter de renoncer à l'expérience d'allaitement paisible à laquelle elle s'était préparée pendant sa grossesse, elle a particulièrement apprécié l'évolution avec le temps du comportement de son bébé vers un allaitement serein et gratifiant.

Traitement d'une production lactée surabondante

Overabundant milk supply : an alternative way to intervene by full drainage and block feeding. CGA van Veldhuizen-Staas. *Int Breastfeed J* 2007 ; 2 : 11.

La crainte de ne pas avoir suffisamment de lait est partagée par toutes les mères, en dépit du fait que la lactation est une fonction physiologique normale chez la femme, et que l'incapacité réelle d'avoir une production lactée suffisante est rare. Les moyens d'augmenter la production lactée font l'objet de nombreuses publications. Mais l'hyperproduction lactée est un phénomène beaucoup moins abordé, alors qu'elle constitue un problème majeur pour les mères qui en souffrent.

Sur le plan physiologique, la persistance d'une quantité importante de lait dans les seins induit une baisse de la production lactée. Cette régulation se fait de façon indépendante, au niveau local. L'accumulation de lait dans les ascini mammaires empêche la fixation de la prolactine au niveau de ses récepteurs situés sur les membranes cellulaires, ce qui inhibe la production lactée. Lorsque le sein est vidé, la prolactine peut à nouveau se fixer sur ses récepteurs membranaires, ce qui relance la synthèse du lait. Plus le sein est vidé, plus la synthèse du lait est rapide, et elle se ralentit progressivement au fur et à mesure que le sein se remplit. Il semble exister 2 mécanismes de régulation du taux de synthèse du lait, qui interagissent. Le premier est un facteur autocrine, le FIL (Feedback Inhibitor of Lactation), une protéine du petit lait, sécrétée par les lactocytes, qui inhibe la sécrétion lactée ; son taux augmente lorsque le lait s'accumule, ce qui inhibe la synthèse lactée par feedback. Cette inhibition est réversible, et ne modifie pas la composition du lait. L'autre mécanisme est lié aux interactions entre les lactocytes et la membrane basale sur laquelle ils sont fixés. On suppose que leur volume se modifie au fur et à mesure que les seins se remplissent, ce qui désactive les récepteurs pour la prolactine, et abaisse la production lactée. Toutefois, l'impact et les interactions entre ces deux mécanismes restent encore mal connus.

L'hyperlactation peut être provoquée par une pratique inadéquate d'allaitement, par une hyperprolactinémie, ou par une prédisposition congénitale. Elle induira des problèmes chez la mère et chez l'enfant. La mère souffrira d'engorgements persistants, le lait pourra couler en permanence, et elle aura un risque plus élevé de mastites. L'enfant aura du mal à gérer un flot de lait trop abondant, il pourra s'étouffer au sein, faire des fausses routes, souffrir de reflux ou de coliques, avoir des selles explosives et souvent vertes. Sa prise de poids pourra soit être lente, soit être très importante. Il pourra soit vouloir téter tout le temps, soit refuser le sein qui est pour lui source de stress. La production de lait peut être telle que le bébé pourra avoir l'estomac plein sans avoir vidé le premier sein et sans avoir obtenu du lait de fin de tétée riche en graisses. C'est ce phénomène qui est à l'origine des coliques et de la diarrhée chez le bébé (une abondance de lactose, et peu de lipides pour ralentir le transit). Une autre conséquence de l'hyperlactation est l'induction d'une succion incorrecte chez le bébé. Au lieu de téter avec vigueur pour obtenir du lait, il devra bien souvent ser rer les gencives pour ralentir le flot de lait, ce qui pourra provoquer des lésions sur les mamelons de la mère. Le bébé pourra aussi être conditionné à obtenir du lait sans effort, et il ne saura plus téter efficacement ou il se détournera du sein lorsque la production lactée baissera.

Un des traitements couramment proposés est de tirer une certaine quantité de lait juste avant de mettre le bébé au sein. Cela permet au bébé d'avoir un flot de lait moins abondant, et de recevoir davantage de lait de fin de tétée. L'inconvénient est que l'expression régulière du lait entretient la surproduction lactée, ce qui peut pérenniser le problème. De plus en plus, on recommande des approches différentes. Par exemple, de proposer le seul sein, toujours le même, pendant plusieurs tétées de suite. Le but est de provoquer une stase lactée dans le sein non tété, avec inhibition de la production lactée dans ce sein. Cela nécessite cependant d'être prudent, pour éviter les engorgements importants, les mastites, ou les canaux lactifères bouchés. Berg-huijs estime que le problème est lié à la conjonction de l'accumulation du lait et d'un drainage insuffisant. Elle a décrit une méthode de traitement fondée sur l'expression totale du lait à partir des deux seins, suivie immédiatement par une mise au sein, puis par la poursuite de l'allaitement à la demande. Cette approche peut toutefois induire une récidive rapide du problème, mais elle est à l'origine de la méthode présentée dans cet article. La production lactée peut également être abaissée par des moyens pharmaceutiques (pilule contraceptive contenant des œstrogènes, pseudoéphédrine) ou alternatifs (tisanes de sauge ou prise de teinture de sauge, homéopathie...).

L'auteur est consultante en lactation aux Pays-Bas. Dans sa pratique professionnelle, elle a rencontré un certain nombre de mères présentant une hyperproduction lactée, et elle a mis au point un traitement faisant appel à la fois à un drainage efficace du sein et à un blocage de la production lactée. Le traitement débute par un drainage aussi complet que possible des 2 seins. Certes, et dans la mesure où les glandes mammaires fonctionnent en continu, il est impossible de vider totalement les seins, mais l'expression devra être aussi complète que possible. Le mieux pour ce faire est d'utiliser un tire-lait à double pompage. Dès l'expression terminée, l'enfant sera mis au sein, et on lui proposera les 2 seins jusqu'à satiété. De nombreux bébés s'endormiront après une tétée calme, pendant laquelle ils recevront du lait riche en lipides, souvent pour la première fois de leur vie. Par la suite, la journée sera divisée en tranches de 3 heures pour commencer : pendant chaque période de 3 heures, l'enfant se verra proposer un seul sein, le même, chaque fois qu'il manifesterà l'envie de téter. Pendant les 3 heures suivantes, il sera mis uniquement à l'autre sein. On veillera à ce que la prise du sein soit optimale. En fonction des résultats et de la sévérité de l'hyperlactation, la durée des « tranches » pourra être augmentée (4, 6, 8... heures), et plusieurs épisodes de drainage total pourront être nécessaires, mais uniquement pour soulager la mère si l'engorgement devient très important, sans aggraver l'hyperlactation. La mère sera informée sur la possibilité de mastite ou de canal lactifère bouché.

Mme B co-allaitait son bébé de 9 jours et son bambin. Pendant son premier allaitement, elle avait souffert d'une hyperproduction lactée pendant les 4 premiers mois, période au bout de laquelle la production s'était stabilisée à un niveau acceptable. Elle avait commencé à utiliser avec son second enfant les mêmes stratégies qu'avec le premier : tirer du lait avant de mettre son bébé au sein, enlever le bébé du sein quand le lait coulait trop vite... Lorsqu'elle est venue en consultation d'allaitement,

son bébé commençait à refuser le sein, ou ne voulait le prendre qu'en position allongée. Il était agité et souffrait de coliques. Les seins étaient engorgés et inconfortables en permanence. On lui avait recommandé de sevrer son aîné, ce que la mère avait refusé. Au moment de la consultation, le bambin et le nourrisson étaient en bonne santé, la prise de poids de ce dernier était bonne. La mère ne présentait pas de lésions sur les mamelons. Le bébé prenait le sein correctement, mais il s'agitait rapidement, lâchait le sein par intermittence. Il mouillait de nombreuses couches, et avait des selles abondantes et jaunes. La technique décrite ci-dessus a été expliquée à la mère. Le jour même, elle a tiré un maximum de lait des deux seins, puis elle a mis son bébé au sein. La tétée a été calme, et le bébé s'est endormi sur le second sein. Elle a ensuite mis ses 2 enfants au même sein, en changeant de sein toutes les 3 heures. Pendant les 24 heures suivantes, l'engorgement a progressivement récidivé, et la mère a dû à nouveau tirer son lait des 2 seins environ 30 heures après la première expression, puis 72 heures après la seconde expression, tout en continuant à proposer un seul sein aux 2 enfants, avec changement toutes les 3 heures. A 1 mois post-partum, la mère ne présentait plus aucun signe d'hyperlactation.

Mme A allaitait son bébé de 8 jours, qui prenait un seul sein à chaque tétée. Ces dernières étaient agitées et bruyantes, la mère disant qu'il lui semblait entendre son lait arriver à flot dans l'estomac de son bébé. Le bébé faisait beaucoup de rots, mais cela ne semblait pas le soulager. Il souffrait de coliques, et recrachait beaucoup de lait après les tétées. Il avait des selles vertes, très abondantes et mousseuses. A J8, il était déjà à 310 g au-dessus de son poids de naissance. On avait recommandé à cette mère de tirer du lait avant chaque tétée, d'allaiter allongée, de limiter la fréquence des tétées, sans résultat. Découragée, la mère souhaitait arrêter l'allaitement, et elle venait en consultation de l'allaitement en dernier recours. A l'examen, les seins étaient de taille inférieure à la moyenne, mais très pleins et durs, et la mère souffrait d'un inconfort permanent. Mais ce qui la décourageait le plus était le comportement de son bébé, qui semblait souffrir en permanence. L'expression du lait a permis de recueillir 350 ml à partir des 2 seins, et la mère a mis ensuite son bébé au même sein par tranches de 3 heures. En conséquence, les tétées ont été plus courtes et plus fréquentes. Les seins ont recommencé à s'engorger, mais pas au point qu'une nouvelle session d'expression devienne nécessaire. Pendant encore quelques jours, la première tétée de chaque tranche de 3 heures était difficile, mais les coliques et l'agitation du bébé ont disparu.

Mme S s'est présentée avec son 5^{ème} enfant, âgé de 4 jours. Elle avait allaité ses enfants précédents sans problème. Ce 5^{ème} enfant avait un poids de naissance plus élevé que ses enfants précédents (4530 g), et la naissance a provoqué une fracture de la clavicule. Il avait reçu 20 ml d'une solution de glucose après la naissance, et la mère a décidé de le mettre au sein très sou-

vent pour éviter qu'il souffre d'hypoglycémie et reçoive encore du glucose. La montée de lait est survenue à J3, et la production lactée a rapidement augmenté, jusqu'à induire un engorgement sévère chez la mère, et une agitation du bébé pendant les tétées. Au moment de la consultation, les seins étaient durs et rouges. La mère a immédiatement tiré son lait, et a obtenu 500 ml de lait. Elle a ensuite mis son enfant au même sein par tranches de 3 à 4 heures. Elle n'a pas eu besoin d'une autre séance d'expression du lait, puis sa production lactée a été parfaitement normale pendant les 30 mois qu'a duré ce 5^{ème} allaitement.

Mme D avait des seins très volumineux (bonnets I). Elle allaitait son bébé de 2 mois. L'engorgement de la montée de lait persistait toujours. Le bébé tétait très souvent, par sessions de quelques minutes. Il n'était pas agité au sein, ne présentait aucun trouble digestif, et sa prise de poids était plus que satisfaisante. L'examen des seins était difficile : tout contact faisait dégonfler le lait. Les seins étaient fermes et pleins. Pendant la consultation, la mère a tiré 700 ml de lait à partir des 2 seins. Cela n'a pas changé grand chose à l'aspect des seins, mais la mère a dit se sentir soulagée. Elle a mis ensuite son enfant au même sein par tranches de 4 heures. Mais cela n'a pas été suffisant : elle a dû à nouveau tirer son lait au bout de 24 heures, et la durée des tranches a été portée à 6 heures, puis à 12 heures après une nouvelle séance d'expression du lait. Cet intervalle important a enfin réussi à abaisser la production lactée. Une nouvelle séance d'expression a été nécessaire 36 heures après sa mise en place, puis à nouveau 48 heures plus tard, pour la dernière fois. Cette mère a continué l'allaitement en proposant un seul sein par tétée, le même sein pendant 12 heures d'affilée (occasionnellement pendant 24 heures d'affilée). Toute tentative pour abaisser la durée des tranches horaires de présentation d'un seul sein induisait immédiatement une augmentation de la production lactée.

Il semble que, chez certaines mères, les mécanismes de régulation de la production lactée soient moins efficaces que la normale, ce qui provoque une hyperlactation chronique avec engorgement permanent. Un drainage aussi complet que possible des 2 seins, suivi de la mise au sein à la demande de l'enfant, mais en ne lui proposant qu'un seul sein pendant une durée définie, permet le plus souvent de résoudre rapidement le problème. Mis au sein immédiatement après la séance d'expression du lait, le bébé pourra téter calmement, et recevoir un flot de lait facile à gérer et riche en calories. L'hyperlactation est un problème qui semble sous-évalué chez les mères allaitantes, ce qui est dommage dans la mesure où elle est source de problèmes chez la mère et l'enfant, et qu'il est possible d'y remédier. Des recherches seraient nécessaires pour comprendre pour quelles raisons certaines mères produisent beaucoup plus de lait que nécessaire, et/ou présentent un problème d'adaptation de leur production lactée à la demande de leur bébé.

Bandeau de portage Minilou®



Le bandeau Minilou® a été créé pour la peau à peau des mamans ou des papas avec leur bébé, surtout les prématurés s'ils sont en autonomie respiratoire. Inspiré de ce qui existe en Amérique du Sud, sa conception est différente : une bande plus courte dans le bas du bandeau assure un maintien ferme, et ses deux bretelles apportent un confort supplémentaire.

Existe en 4 tailles : S / M / L / XL. Prix : 23,45 €

Eurl Tit' Flo Minilou®

32 route de Fontenay - 85210 Saint Etienne de Brillouet - France
06 77 74 95 65 - florence@minilou.fr - www.minilou.fr



Allaitement de multiples

Breastfeeding multiples. K Kerkhoff Gromada. *New Beginnings* 2006 ; 23(6) : 244-9.

Lorsqu'une mère apprend qu'elle attend des multiples, cela sera généralement un choc, et elle pourra remettre en question ses choix en matière d'alimentation infantile. On peut expliquer à la mère que son lait sera encore plus important pour ses multiples (souvent prématurés et de petit poids de naissance pour leur âge gestationnel) que pour un enfant unique, et que la relation d'allaitement l'aidera à créer un lien étroit avec chacun de ses enfants. De nombreuses mères ont réussi à allaiter des jumeaux, et des mères réussissent à allaiter des triplés.

Parmi les difficultés auxquelles sont confrontées les mères de multiples, certaines sont spécifiques aux multiples tandis que d'autres sont les mêmes que celles rencontrées par de nombreuses mères. Outre des tétées 2, 3... fois plus nombreuses, de jour comme de nuit, ces mères devront souvent affronter la prématurité, se remettre d'une grossesse plus difficile, d'éventuelles complications, d'un accouchement par césarienne... Les problèmes de santé chez les bébés sont plus fréquents chez les multiples. Et tous les problèmes qui peuvent survenir (mamelons douloureux, engorgements, production lactée insuffisante...) sont amplifiés en cas d'allaitement de multiples.

Ces mères auront donc besoin à la fois d'informations valables pour toutes les mères, et d'informations spécifiquement adaptées à leur situation. Un démarrage précoce de l'allaitement est à recommander dans toute la mesure du possible. Si un ou tous les bébés sont hospitalisés, la mère devrait tirer son lait régulièrement, y compris la nuit. La plupart des mères de jumeaux arrivent à avoir suffisamment de lait pour leurs deux bébés. Il est souvent plus facile d'allaiter les bébés un à la fois, mais il est également possible d'allaiter des jumeaux en même temps avec le matériel adéquat (coussins...). Il est préférable de ne pas donner toujours le même sein au même bébé : alterner à chaque tétée. Apprendre à allaiter allongée sera tout particulièrement important pour les tétées nocturnes ; arriver à trouver une position confortable pour allaiter allongée 2 bébés en même temps est particulièrement utile. Pour ce faire, la mère peut par exemple se mettre légèrement sur le côté, avec l'un des bébés couché contre elle, et l'autre bébé couché en travers de son corps.

Une mère de multiples aura également tout particulièrement besoin d'aide pratique et d'un soutien émotionnel. Il est important qu'elle mange et boive correctement, et qu'elle puisse se reposer le plus possible. Idéalement, elle devrait être déchargée de toutes les tâches ménagères, et de l'essentiel des soins à donner aux éventuels aînés pendant les premiers mois. La survenue de sentiments négatifs est normale, et devrait être discutée avec la mère. Echanger avec d'autres mères de multiples pourra également beaucoup aider une mère qui se demande comment elle arrivera à survivre à la première année qui suit la naissance de ses multiples. Les principaux problèmes de ces mères sont d'arriver à obtenir un minimum de sommeil, d'obtenir l'aide matérielle indispensable pour les tâches ménagères et les autres enfants (voir dans quelles conditions elles peuvent bénéficier d'une travailleuse familiale), et de recevoir le soutien émotionnel qui les aidera à dépasser leur sentiment d'isolement, de frustration et de stress.

Vous pourrez encourager la mère à demander de l'aide auprès de tout son entourage, en lui expliquant que des demandes précises sont préférables : beaucoup de gens sont d'accord pour

aider, mais ne savent pas quoi faire. La mère pourra par exemple suggérer aux visiteurs d'amener un repas tout prêt, de surveiller les bébés pendant qu'elle prend un bain, fait une sieste ou une promenade, de faire les courses, de prendre en charge la lessive et le rangement du linge, de bercer les bébés quand ils pleurent, de l'écouter lorsqu'elle se lamente parce qu'elle est épuisée, découragée ou submergée, et SURTOUT de lui dire qu'elle est la meilleure des mères pour ses bébés. Ces mères sont en effet particulièrement vulnérables, elles ont tout spécialement besoin d'être encouragées, félicitées, et « maternées ». Ce soutien est à prévoir sur le long terme : au moins toute la première année.

Cette mère a accouché de jumeaux à 36 semaines de grossesse, par césarienne suite à une pré-éclampsie maternelle. Ils étaient suffisamment proches du terme pour ne pas nécessiter une admission en néonatalogie. Elle a contacté une animatrice de LLL (spécialisée dans le soutien aux mères de multiples) à 2 semaines post-partum : l'un des bébés arrivait rarement à prendre le sein en dépit des efforts de la mère, et l'autre bébé prenait bien le sein, mais ne tétait que quelques minutes. La mère tirait son lait pour le leur donner au biberon. Elle se sentait dépassée par les événements et passablement découragée. L'animatrice a expliqué à la mère que ses bébés étaient quand même des prématurés, et que leur comportement était typique et devrait s'améliorer avec les semaines. Elle lui a recommandé d'avoir beaucoup de contacts physiques avec eux, et de rechercher de l'aide pour les tâches ménagères, le temps que l'allaitement se passe bien. Nourrir correctement les bébés est indispensable. La mère se sentait à l'aise avec les biberons. L'animatrice lui a donc suggéré de faire donner les biberons par d'autres personnes, ce qui lui donnerait davantage de temps pour tirer son lait. Au bout de quelques semaines, la situation s'est effectivement améliorée. Les jumeaux sont actuellement des bambins toujours allaités, qui ne montrent aucun désir de se sevrer.

Cette mère avait allaité son premier enfant pendant plus de 2 ans, et il s'était sevré pendant la grossesse suivante. Elle a accouché de jumeaux à 39 semaines, et le démarrage de l'allaitement s'est très bien passé. Au bout de quelques jours, la mère avait une production lactée abondante, elle avait trouvé une position confortable pour allaiter. Elle a appris que l'un des bébés avait une malformation cardiaque qui allait nécessiter une intervention chirurgicale. Elle a alors contacté l'animatrice LLL. Le cardiologue lui avait recommandé de donner des compléments de lait industriel au biberon, car son bébé ne prenait pas suffisamment de poids en raison de ses besoins énergétiques augmentés par sa malformation. Cette mère a rapidement constaté que les multiples consultations médicales nécessitées par la santé de son bébé devenaient un obstacle significatif au bon déroulement de l'allaitement. Elle avait par ailleurs souffert de dépression après la naissance de son premier enfant, et craignait d'en souffrir à nouveau. Pour optimiser les apports de son bébé malade, l'animatrice a suggéré à la mère de mettre au sein son bébé en bonne santé, et de tirer son lait de l'autre côté, afin d'exprimer le lait de début de tétée ; elle pourrait alors mettre au sein son bébé malade, afin qu'il obtienne le lait plus riche de fin de tétée, et d'utiliser un DAL posé sur le sein pour lui donner les compléments nécessaires. La chirurgie s'est parfaitement déroulée, et quelques semaines plus tard le bébé était exclusivement allaité directement au sein. La mère a souffert à nou-

veau de dépression, pour laquelle elle a été traitée. Les enfants sont actuellement des bambins toujours allaités.

La même semaine, cette animatrice a reçu un appel d'une mère de triplés, âgés de 10 mois au moment de l'appel. Les bébés étaient nés à 31 semaines de grossesse, et il leur avait fallu plusieurs mois pour apprendre à téter au sein correctement. Cette mère allaitait habituellement 2 bébés en même temps, pendant qu'une autre personne donnait un biberon de lait maternel exprimé ou de lait industriel au 3ème bébé, avec une rotation régulière, les bébés recevant donc un biberon à 1 repas sur 3. Les 3 bébés recevaient par ailleurs un biberon la nuit, donné par le père et par une aide, afin que la mère puisse se re-

poser. Même lorsque tous les bébés sont arrivés à téter efficacement, la mère a continué à tirer régulièrement son lait, afin qu'ils reçoivent le moins possible de lait industriel au biberon. Ils consommaient également des solides. Cette mère appelait parce qu'elle souhaitait arrêter de tirer son lait, mais qu'elle se demandait si sa production lactée ne baisserait pas fortement si elle cessait de le faire. Après avoir discuté avec elle, l'animatrice lui a suggéré de diminuer progressivement la fréquence des séances d'expression du lait, et de proposer des aliments solides plutôt qu'un biberon à celui des 3 bébés qui n'était pas mis au sein lors d'un repas. L'un des enfants s'est sevré brutalement à 16 mois, mais les 2 autres étaient toujours allaités à 2 ans..

Section du mamelon chez une mère allaitante

MF Morinaux. Sage-femme, consultante en lactation IBCLC, animatrice LLL France, formatrice AM-F. Guérard (77).

Cette mère est propriétaire d'un gîte équestre. Elle allaitait son bébé âgé de 5 semaines. Un matin, une jument l'a mordue et lui a sectionné le mamelon du sein droit. Elle a mordu tout le sein, mais grâce aux vêtements, la mâchoire a glissé et n'a retenu que le mamelon qui a été sectionné (la mère aura par ailleurs un important hématome sous le sein). La mère est allée consulter immédiatement à la maternité où elle avait accouché. On lui a donné des nouettes de lait industriel, et on lui a dit d'arrêter immédiatement d'allaiter, en lui affirmant que la présence de lait allait faire flamber l'infection (germes de la morsure), et empêcher la greffe de prendre. On ne lui a pas donné de bromocriptine. On ne lui a pas dit non plus comment la lactation allait se tarir, ni en combien de temps. Après cette consultation, la mère est partie à l'hôpital Rothschild (Paris), avec son mamelon dans une poche de glace, pour y être opérée par un chirurgien plasticien.

Cette mère et son mari m'ont appelée au téléphone pendant qu'ils allaient à l'hôpital. Je leur ai proposé de mettre le bébé (qui était dans l'ambulance) au sein non blessé pour éviter l'engorgement, puis d'entretenir la lactation de ce côté-là avec un tire-lait durant l'hospitalisation, et de faire sur l'autre sein des cataplasmes de persil en alternance avec l'application de poches de glace. Je leur ai parlé des propriétés cicatrisantes et anti-infectieuses du lait maternel, de l'expérience des chirurgies d'abcès sur seins lactants. Heureusement, la mère m'a dit qu'elle ne souffrait pas réellement plus que lorsqu'elle avait eu des crevasseaux aux mamelons en début d'allaitement.

Cette maman a été opérée le jour même, puis est rentrée chez elle avec une prescription de Di-Antalvic® pour la douleur. Elle poursuivait l'allaitement avec le sein gauche, en alternance avec des biberons de lait industriel. Elle utilisait un bout de sein pour éviter de stimuler la lactation. Je lui ai expliqué que la régulation se faisait de façon indépendante dans les deux seins, et

que le bout de sein n'était pas nécessaire. Un drain avait été posé sur le sein droit, qui restait engorgé. La mère m'a dit qu'on lui avait « vidé » le sein avant l'opération, et que la chirurgienne craignait que la greffe du mamelon ne prenne pas à cause de l'écoulement de lait. Je lui ai de nouveau suggéré des cataplasmes de persil sur le sein blessé entre les tétées pour diminuer l'engorgement (une vétérinaire m'a dit l'utiliser pour les juments avec succès), et l'application éventuelle d'une poche de glace pendant quelques minutes en début de tétée pour atténuer l'écoulement et la douleur ressentie au niveau du sein blessé lors du réflexe d'éjection, à distance du mamelon (la glace ayant un effet vasoconstricteur pourrait avoir un impact négatif sur la prise de la greffe).

À la première visite de suivi à 4 jours après la chirurgie, la chirurgienne était optimiste ; mais 8 jours plus tard la mère estimait que la greffe allait être un échec : le mamelon avait pris une vilaine couleur noire. Ce diagnostic a été confirmé le lendemain. Du lait coulait toujours du sein blessé ; les cataplasmes de persil lui ont apporté beaucoup de soulagement, mais elle n'en a fait qu'à 2 reprises. Toutefois le sein blessé s'est peu engorgé, comme si la production lactée s'était tarie toute seule après l'accident. En revanche, le sein controlatéral s'engorgeait beaucoup, alors qu'en début d'allaitement il produisait peu de lait. La mère donnait encore l'autre sein au bébé, mais une fois par jour, uniquement pour se soulager. L'élan initial de cette maman pour allaiter avait été cassé, sans doute par la douleur et le choc dû à cet accident et à ses conséquences esthétiques et physiques, mais aussi probablement par le manque de soutien global autour de l'allaitement de cette femme qui, dans ces circonstances, est malheureusement apparu à tous, milieu médical en particulier, comme secondaire, voire négatif. Le mamelon greffé a fini par tomber, mais la plaie a très bien cicatrisé sans aucune infection.



L'allaitement s'affiche

Anna Mouglalis, actrice dans le film *J'ai toujours rêvé d'être un gangster*, y interprète le rôle d'une serveuse de cafétéria de banlieue. Sur l'affiche de ce film, elle est torse nu, et elle allaite sa petite fille (qui était toujours allaitée à 1 an). Cette affiche a déclenché une polémique, et l'actrice s'est fait agresser verbalement.

Anna Mouglalis, qui avait incarné Simone de Beauvoir dans le film *Les amants du Flore* (2006), estime que la pensée n'est pas très libre aujourd'hui, et que rien n'est acquis pour les femmes dans notre société, qui n'aime guère les femmes libres et intelligentes.