

Protocole n°3 de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Recommandations pour le don de compléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé allaité.

ABMNews and Views 2002 ; 8(2) : 10- 11.

Définitions

Suppléments : aliments donnés à la place du lait maternel ; cela peut inclure du lait maternel exprimé ou du lait humain provenant d'un lactarium ; entrent aussi dans cette catégorie tout aliment donné à l'enfant avant 6 mois, qui est la durée d'allaitement exclusif recommandée.

Compléments : aliments donnés à l'enfant en plus du lait maternel. Ce terme sera utilisé pour parler des aliments introduits à partir de 6 mois.

Introduction

Si on leur prodigue les informations nécessaires et le soutien adéquat, l'énorme majorité des mères pourront réussir leur allaitement. Si des problèmes surviennent en post-partum précoce, une évaluation précoce et soigneuse et la mise en route des interventions appropriées permettront généralement de les surmonter.

Le colostrum est peu abondant, mais cela est parfaitement adapté au petit volume de l'estomac d'un nouveau-né, et suffit pour prévenir la survenue d'une hypoglycémie chez un enfant né à terme et en bonne santé, avec un poids normal pour son âge gestationnel (1, 16, 19). Ces enfants ont aussi des réserves d'eau suffisantes pour couvrir leurs besoins métaboliques (11, 14, 15). En conséquence, la grande majorité de ces enfants n'ont pas besoin d'un quelconque supplément. Certaines mères ont peur que leur colostrum soit insuffisant pour les besoins de leur bébé ; elles pourront être rassurées, bénéficier d'un soutien en matière d'allaitement, et d'informations sur la physiologie de l'allaitement.

Le don de suppléments peut empêcher la mise en route normale de la lactation, et avoir divers effets néfastes sur l'allaitement (montée de lait retardée, engorgement), et sur l'enfant (altération de la flore digestive, risque de sensibilisation allergique) ; cela pourra aussi interférer avec la mise en place d'un lien mère-enfant de bonne qualité (3). Avant tout don de suppléments, il est donc important d'évaluer soigneusement la situation au cas par cas ; cela inclut l'observation d'une tétée. Les recommandations suivantes s'appliquent aux enfants allaités nés à terme (37 à 42 semaines) et en bonne santé.

Situations nécessitant une supplémentation

Les situations où une supplémentation est impérative sont rares (13).

- Hypoglycémie ne cédant pas à des tétées fréquentes et efficaces (1) ;
- Séparation mère-enfant : maladie maternelle sérieuse imposant l'hospitalisation maternelle dans un autre hôpital (psychose, éclampsie, choc...) ou décès de la mère ;
- Enfant né avec une pathologie métabolique (galactosémie par exemple) ;
- Enfant qui est incapable de se nourrir au sein (malformation congénitale, maladie) ;
- Traitement maternel avec un produit contre-indiquant l'allaitement (4).

Il existe d'autres indications dans lesquelles une supplémentation POURRAIT éventuellement être utile. En la circonstance, le médecin devra soigneusement évaluer la situation et peser le rapport avantages / risques, afin de décider si le risque lié à la supplémentation dépasse ses inconvénients potentiels.

Indications liées à l'enfant :

1. Hypoglycémie vérifiée sur une prise de sang et par un dosage effectué en laboratoire (les bandelettes ne sont pas une méthode suffisamment fiable), l'enfant ayant par ailleurs la possibilité de prendre le sein régulièrement (1) ;
2. Signes cliniques manifestes de déshydratation ;
3. Perte de poids atteignant 8 à 10% du poids de naissance en l'absence de la montée de lait (passé J5) ;
4. Selles rares, ou présence de selles toujours méconiales à J5 ;
5. Absorption insuffisante de lait par l'enfant en dépit d'une sécrétion maternelle adéquate ;
6. Hyperbilirubinémie, chez un bébé qui ne reçoit pas suffisamment de lait en dépit des interventions adéquates, ou lorsque le taux de bilirubine dépasse 20 à 25 mg/dl chez un enfant par ailleurs en bonne santé, lorsque le médecin estime qu'une suspension de l'allaitement pourrait être utile ;
7. Faible poids de naissance, lorsque la mère n'a pas suffisamment de lait, ou lorsqu'une supplémentation en nutriments est indiquée.

Indications liées à la mère :

- a) Montée de lait tardive (après J5) avec apports insuffisants à l'enfant ;
- b) Douleur majeure pendant les tétées, non soulagée par les interventions ;
- c) Séparation mère-enfant ;
- d) Agénésie ou hypogénésie mammaire, détectée à l'examen des seins (anatomie, pas de modifications pendant la grossesse et en post-partum), existence d'une pathologie ou d'une chirurgie mammaire pouvant induire une production lactée insuffisante.
- e) Retard de la montée de lait : rétention placentaire (la lactation démarrera après curetage), syndrome de Sheehan (suite à une hémorragie grave du post-partum)...

Adapté avec l'accord de : Powers NG, Slusser W : Breastfeeding update. 2 : Clinical lactation management. Pediatrics in Review 1997 ; 18 : 147-161.

Dans d'autres cas, une évaluation soigneuse de l'allaitement et la mise en œuvre des solutions appropriés en cas de problèmes seront nécessaires, mais une supplémentation n'est PAS INDIQUEE :

1. Enfant qui dort beaucoup, et tête moins de 8 à 12 fois par jour pendant les premières 24 à 48 heures, mais qui n'a pas perdu plus de 7% de son poids de naissance et ne montre aucun signe clinique anormal ;
2. Enfant dont le taux de bilirubine reste inférieur à 20 mg/dl à 72 heures, si l'enfant tête bien, a des selles et des urines normales, et a perdu moins de 7% de son poids de naissance (2, 6) ;
3. Enfant qui est agité la nuit ou semble vouloir téter en permanence ;
4. Mère somnolente.

Les recommandations

- Les nouveau-nés à terme n'ont pas besoin de suppléments pendant les premières 24 à 48 heures s'ils ne tètent pas correctement. Mais les bébés qui sont trop malades pour téter, ou dont la mère est trop malade pour allaiter, pourront avoir besoin de suppléments (13).
- Le don de supplémentation pourra se faire sur ordonnance du pédiatre, et après avoir obtenu l'accord écrit de la mère. Lorsque des suppléments ne sont pas nécessaires et qu'une mère souhaite que son bébé en reçoive, les membres de l'équipe soignante devraient lui donner les informations et le soutien nécessaires pour dissuader le don de supplément. Tout don de supplément devrait être soigneusement noté dans le dossier de l'enfant : nature du complément, volume, méthode et raison de ce don.
- Lorsque le don d'un supplément est nécessaire, le principal objectif est de nourrir le bébé et d'augmenter la production lactée maternelle, pendant que l'on travaille à résoudre le problème en cause.
- Dans toute la mesure du possible, l'enfant restera en permanence avec sa mère, afin d'avoir accès au sein à la demande, et de favoriser un bon démarrage de l'allaitement (13).
- Si une séparation mère-enfant est inévitable, que la production lactée est insuffisante, ou que le bébé n'est pas efficace au sein, la mère recevra les informations et le soutien nécessaires pour tirer son lait manuellement ou avec un tire-lait, afin de stimuler sa production, et que son bébé puisse recevoir son lait.
- Dans l'idéal, la mère devrait tirer son lait chaque fois que son bébé reçoit un supplément, ou toutes les 2 à 3 heures (7, 13). On encouragera les mères à commencer à tirer leur lait dès le premier jour, ou le plus

rapidement possible. Un engorgement important doit être évité autant que faire se peut, car cela risque de compromettre encore plus la mise en place d'une production lactée adéquate, et peut induire d'autres complications (13).

- La situation sera soigneusement évaluée avant tout don de suppléments, sur le plan clinique, et l'efficacité au sein de l'enfant sera vérifiée (17). La majorité des bébés qui restent en permanence avec leur mère et tètent correctement perdront moins de 7% de leur poids de naissance. Une perte de poids supérieure à 7% peut être le signe d'une absorption insuffisante de lait, en raison d'un problème infantile ou maternel (5, 12). Une perte de poids atteignant 8 à 10% ne doit pas inquiéter si tout se passe bien par ailleurs, mais elle nécessite une évaluation détaillée de la situation.
- Le pédiatre doit être prévenu si :
 1. l'enfant présente un quelconque symptôme en plus d'un problème d'allaitement,
 2. si l'enfant présente une des conditions décrites ci-dessus comme nécessitant impérativement une supplémentation,
 3. si la perte de poids dépasse 7% du poids de naissance,

Méthode utilisée pour donner le suppléments

Lorsque des suppléments sont nécessaires, les techniques suivantes sont recommandées pour les donner : DAL (dispositif d'aide à la lactation, permettant à l'enfant de recevoir le supplément en étant au sein), tasse, cuillère, compte-gouttes, alimentation au doigt, biberon (8, 10, 17, 18). Il n'existe pas de données démontrant de façon claire les avantages d'une méthode par rapport à d'autres. Lorsque les conditions d'hygiène ne sont pas optimales, la tasse sera probablement le meilleur choix (18). Cette méthode est simple à utiliser chez les enfants nés à terme, et pourra aider à préserver l'allaitement si les suppléments doivent être donnés de façon non ponctuelle (8, 9).

Quel supplément donner

Le lait tiré par la mère représente le premier choix (17). Exprimer suffisamment de colostrum pourra être difficile pendant les premiers jours. La mère aura besoin d'informations spécifiques et d'un soutien actif. Si la mère n'a pas suffisamment de lait pour couvrir les besoins de son bébé, le second choix est du lait humain provenant d'un lactarium. Le médecin qui suit l'enfant devra soigneusement peser les risques liés à l'utilisation d'autres liquides tels qu'un lait industriel standard ou d'un hydrolysate, en fonction de l'âge de l'enfant, des antécédents familiaux éventuels d'atopie, de la quantité nécessaire, de la durée prévisible de supplémentation, et de l'impact éventuel sur la mise en route de l'allaitement.

Références :

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol Number 1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Breastfed Neonates. *ABM News and Views* 1999;insert.
2. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. [published erratum appears in *Pediatrics* 1995 Mar;95(3):458-61] [see comments]. *Pediatrics* 1994;Pt 1):558-65.
3. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatrica*. 1994;1122-6.
4. Committee on Drugs, The American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001;776-89.
5. DeMarzo S, Seacat J, Neifert M. Initial Weight Loss and Return to Birth Weight Criteria for Breast-fed Infants: Challenging the 'Rule of Thumb'. *American Journal of Diseases of Children* 145, 402. 1991.
6. Gartner LM, Herschel M. Jaundice and Breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America* 2001;389-400.
7. Hill PD, Brown LP, Harker TL. Initiation and frequency of breast expression in breastfeeding mothers of LBW and VLBW infants. *Nursing Research* 1995;352-5.
8. Howard CR, de Blicke EA, ten Hoopen CB, Howard FM, Lanphear BP, Lawrence RA. Physiologic stability of newborns during cup- and bottle-feeding. *Pediatrics* 1999;t-7.
9. Howard CR, Howard FM, Lanphear BP, Eberly S, Oakes D, Lawrence RA. Complementary Feeding Methods for Breastfed Babies. A Randomized Trial of Cup Versus Bottle and the Effect on Breastfeeding Success. *Pediatric Research* 49[4], 161A-161A. 2001.
10. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Archives of Disease in Childhood* 1994;365-9.

11. Marchini G, Stock S. Thirst and vasopressin secretion counteract dehydration in newborn infants. *Journal of Pediatrics* 1997;736-9.
12. Muskinja-Montanji G, Molnar-Sabo I, Vekonj-Fajka G. Physiologic neonatal body weight loss in a "baby friendly hospital". [Serbo-Croatian (Roman)]. *Medicinski Pregled*. 1999;237-40.
13. Powers NG, Slusser W. Breastfeeding update. 2: Clinical lactation management. [Review] [9 refs]. *Pediatrics in Review*. 1997;147-61.
14. Rodriguez G, Ventura P, Samper MP, Moreno L, Sarria A, Perez-Gonzalez JM. Changes in body composition during the initial hours of life in breast-fed healthy term newborns. *Biology of the Neonate* 2000;12-6.
15. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK. Do exclusively breast fed infants need fluid supplementation? *Indian Pediatrics* 1992;535-40.
16. Scammon RE, Doyle LO. Observations on the capacity of the stomach in the first ten days of postnatal life. *American Journal of Diseases of Children*. 1920;516-38.
17. CThe American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;1035-9.
18. United Nations Children's Fund. Feeding low birth weight babies. 1996. UNICEF division of information and public affairs.
19. Williams AF. Hypoglycemia of the newborn: Review of the literature. 1-56. 1997. Geneva, World Health Organization;