

Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine - Protocole clinique #10

L'allaitement du prématuré léger (34^{0/7} à 36^{6/7} semaines de gestation) et des enfants à terme précoce (37 à 38^{6/7} semaines)

ABM Clinical protocol #10 : Breastfeeding the late preterm infant (34^{0/7}-36^{6/7} weeks of gestation) and early term infants (37-38^{6/7} weeks of gestation). Boies EG, Vaucher YE, and the Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeed Med 2016 ; 11(10) : 494-500.

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants susceptibles d'avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants, et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins individuels du patient.

Les principales nouvelles informations depuis la révision de 2010 incluent :

1. Le risque plus élevé de problèmes en rapport avec l'allaitement chez les enfants à terme précoce, similaire à celui constaté chez les prématurés légers.
2. L'importance d'une gestion proactive de la lactation pour la plupart des prématurés légers et certains des enfants à terme précoce.
3. L'importance de l'expression précoce du colostrum dès les premières heures qui suivent la naissance.
4. Le rôle de l'expression manuelle avec ou sans expression mécanique pendant les premières heures et les premiers jours post-partum.
5. Le risque de carence en fer et d'anémie ferriprive chez les prématurés légers allaités.
6. Le risque plus élevé de problèmes de développement à long terme chez les prématurés légers.

Objectif de ce protocole

L'objectif de ce protocole est de :

1. Permettre aux prématurés légers et aux enfants à terme précoce d'être allaités et/ou nourris de lait maternel dans toute la mesure du possible.
2. Améliorer les connaissances sur les difficultés que les prématurés légers, les enfants à terme précoce et leurs mères peuvent expérimenter au sujet de l'allaitement.
3. Proposer des stratégies permettant de prévenir, d'identifier rapidement et de gérer les problèmes d'allaitement que peuvent rencontrer les mères d'un prématuré léger ou d'un enfant à terme précoce dans le cadre de leur séjour en maternité et par la suite.
4. Prévenir les problèmes médicaux tels que la déshydratation, l'hypoglycémie, l'hyperbilirubinémie, la réhospitalisation et la stagnation pondérale chez les prématurés légers et les enfants à terme précoce.

Contexte

Le protocole initial de l'Academy of Breastfeeding Medicine portait sur les nourrissons proche du terme, définis comme des enfants nés entre 35^{0/7} et 36^{6/7} semaines de gestation. En juillet 2005, un groupe d'experts réunis par le National Institute of Child Health and Human Development a désigné les enfants nés entre 34^{0/7} à 36^{6/7} semaines de gestation comme étant nés légèrement prématurément, pour souligner le fait qu'ils sont réellement « prématurés », et non « presque à terme », et pour établir une définition uniforme pour ce groupe d'enfants (1).

Ces 10 dernières années, un volume croissant de publications a constaté un risque plus élevé de morbidité et de mortalité chez les prématurés légers, qui est souvent en rapport avec des problèmes d'alimentation, en particulier en l'absence d'un soutien adéquat de l'allaitement. De plus, la réadmission de ces enfants dans les 7 à 10 jours qui suivent leur sortie de maternité est presque toujours en rapport avec des problèmes liés à l'alimentation (hyperbilirubinémie, stagnation pondérale, hypernatrémie et/ou déshydratation – 2, 3).

La mise en place de l'allaitement est souvent plus difficile chez le prématuré léger que chez l'enfant à terme né à ≥ 39 semaines de gestation. En raison de son immaturité, le prématuré léger est plus somnolent, moins résistant, et peut avoir plus de difficultés à prendre le sein, à téter et à déglutir qu'un nouveau-né à terme. La somnolence et la difficulté à téter vigoureusement peuvent être interprétées à tort comme un signe d'infection, ce qui induit inutilement une séparation d'avec la mère, des examens et des traitements. D'un autre côté, certains enfants peuvent sembler d'une vigueur trompeuse au premier regard. Physiquement, des prématurés légers de poids élevé (enfants de mères diabétiques...) peuvent être estimés à tort comme étant plus matures que le voudrait leur âge gestationnel, et ils bénéficieront en conséquence de moins d'attention que nécessaire. Même si certains enfants semblent bien prendre le sein, téter activement et déglutir, ils ne reçoivent pas une quantité adéquate de lait maternel lorsqu'on effectue des tests de pesée.

Le prématuré léger a un risque plus élevé de problèmes en rapport avec la transition vers la vie extra-utérine et avec l'allaitement (Table 1). Les prématurés légers sont souvent séparés de leur mère pour évaluation de leur état et traitement, et pourront sortir de maternité avant que la montée de lait (stade II de la lactogénèse) soit complètement établie. Les problèmes de mise au sein et de transfert de lait ne sont souvent pas identifiés ou correctement gérés. De plus, les mères des prématurés légers et des enfants à terme précoce ont plus souvent accouché de multiples, ou souffrent plus souvent de problèmes médicaux tels que le diabète, une hypertension liée à la grossesse, une chorioamniotite, ou un accouchement par césarienne, tous problèmes qui sont susceptibles d'avoir un impact sur le démarrage de la lactation et sur la réussite de l'allaitement (5). Les parents pourront rentrer chez eux sans avoir des connaissances et des attentes appropriées sur la mise en route de l'allaitement.

Il est maintenant reconnu que certains enfants nés à terme précoce, nés entre 37 et 38^{6/7} semaines de gestation, ont, par rapport aux enfants nés à terme nés entre 39 et 41^{6/7} semaines de gestation, un risque plus élevé de problèmes tels que l'hyperbilirubinémie, la réadmission en milieu hospitalier et une prévalence et une durée plus basses d'allaitement (2, 6). Les enfants à terme précoce, en particulier ceux nés par césarienne programmée, ont également un risque plus élevé de problèmes respiratoires, d'admission en néonatalogie, de septicémie et d'hypoglycémie nécessitant un traitement (7-9).

Si les enfants nés à terme ont plus de chances d'être exclusivement allaités dans les hôpitaux qui respectent les Dix Conditions pour le succès de l'allaitement de l'OMS/UNICEF, ces recommandations sont insuffisantes à elles seules pour surmonter les difficultés que pourront rencontrer les prématurés légers, certains enfants à terme précoce et leur mère en post-partum immédiat et après la sortie de maternité (10-11). La gestion de l'allaitement chez les prématurés légers et les enfants à terme précoce nécessite un changement de paradigme par rapport à cette gestion chez les enfants nés à terme, lorsque le fondement de la réussite de la lactation et de la nutrition de l'enfant repose sur l'efficacité de la prise du sein, de la succion et de la déglutition. Dans la mesure où l'obtention d'une succion efficace prendra souvent plus de temps, la gestion de l'allaitement doit veiller à ce que le bébé soit correctement nourri, et que la production lactée maternelle soit développée et protégée (12-14). Des aides à l'allaitement (telles que bouts de sein, supplémentation, expression du lait, compression du sein) seront plus souvent requises chez les prématurés légers, et même chez certains enfants à terme précoce.

Étant donné l'augmentation connue du risque de problèmes médicaux chez le prématuré léger et l'enfant à terme

Table 1. Causes de morbidité chez le prématuré léger (2, 3, 5, 8, 9, 15, 57, 59-63)

Hypothermie
Hypoglycémie
Perte de poids excessive
Déshydratation
Faible prise de poids
Stagnation staturo-pondérale
Don prolongé de suppléments
Ictère important
Ictère nucléaire
Fièvre secondaire à la déshydratation
Septicémie
Apnée
Réhospitalisation
Echec de l'allaitement

précoce par rapport à l'enfant né à terme, une observation étroite et un suivi sont nécessaires, en particulier pendant les premières 12 à 24 heures après la naissance, lorsque le risque de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine est le plus élevé. Les prématurés légers nés entre 34^{0/7} et 36^{6/7} semaines ont un risque de morbidité plus élevé de 50 % pendant le séjour en maternité (5, 15). Le transfert dans un service assurant un niveau plus élevé de surveillance et de soins pourra être nécessaire.

L'état du prématuré léger et de l'enfant à terme précoce nécessite une évaluation en temps voulu rapidement après la sortie de maternité. Les consultations assurant ce suivi devraient être capables d'aider les mères qui ont des problèmes simples, ou des questions en rapport avec l'allaitement lors de la première visite de suivi. En cas de problème plus complexe, les mères et les enfants devraient être vus aussi rapidement que possible par un(e) consultant(e) en lactation, un médecin spécialiste en lactation, ou un professionnel de santé expérimenté en matière de gestion des problèmes de lactation.

Recommandations

Principes de base des soins

Ces principes sont des indications pour des soins optimaux au prématuré léger et au nourrisson à terme précoce, et sont présentés pour aider à développer des recommandations. Chaque soignant et chaque unité néonatale devrait utiliser ces recommandations chaque fois qu'elles sont applicables à leurs institutions et à leurs pratiques. Tous les principes sauf le #8 (Table 2) sont applicables tant en milieu hospitalier qu'en consultation externe.

Mise en œuvre des principes de soins en milieu hospitalier

Premières étapes

- a. Développer et communiquer à l'équipe soignante un planning standardisé pour l'alimentation du prématuré léger, qui pourra être facilement mis en œuvre et modifié si nécessaire (16, 17 - IV) (le niveau de preuve pour chaque recommandation [IA, IB, IIA, IIB, III et IV] fondé sur le niveau des preuves utilisé pour les National Guidelines Clearing House – 18 – est noté entre parenthèses).
- b. Faciliter un contact peau à peau prolongé immédiatement après la naissance lorsque la mère est vigilante, pour favoriser la stabilisation en post-partum du rythme cardiaque, de l'adaptation respiratoire, du contrôle de la température et de la glycémie, et favoriser la stabilité métabolique et le démarrage de l'allaitement (19-21 ; IV, I et IIA).
- c. Déterminer l'âge gestationnel grâce à l'évaluation obstétricale et au score de Ballard modifié par Dubowitz (22 ; III).
- d. Observer l'enfant avec attention pendant les premières 12 à 24 heures afin de dépister une instabilité physiologique (hypothermie, apnée, tachypnée, désaturation en oxygène, hypoglycémie, problèmes d'alimentation). Le lieu d'observation du nourrisson dépendra des conditions locales, de l'équipement, et du personnel soignant disponible, ainsi que de la façon dont la dyade mère-enfant peut être soutenue pour l'allaitement (16, 17, 19). Le suivi étroit doit être poursuivi pendant le contact peau à peau, l'allaitement et la cohabitation mère-enfant.
- e. Encourager la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24, avec de fréquentes et longues périodes de peau à peau lorsque la mère est éveillée. Si le nourrisson est physiologiquement stable et en bonne santé, permettre que l'enfant reste près de sa mère pendant qu'il reçoit des perfusions d'antibiotiques ou une photothérapie (20).
- f. Permettre l'accès libre de l'enfant au sein, encourager le démarrage de l'allaitement dans l'heure suivant la naissance (23, 24 ; I, IIA). Si la mère et l'enfant sont séparés, la mère devrait commencer à tirer manuellement son colostrum dans l'heure suivant la naissance (25 ; IB), puis toutes les 3 heures environ. Certaines études, mais pas toutes, montrent que l'expression manuelle est aussi efficace voire plus efficace que l'utilisation d'un tire-lait pour le lancement de la lactation immédiatement après la naissance (23, 24, 26-29). Même si la mère et l'enfant ne sont pas séparés, nombre de ces enfants ne tèteront pas efficacement lorsqu'on commence à leur proposer le sein, et il faudra alors envisager de leur donner du colostrum exprimé par la mère à la cuillère, au compte-goutte ou par un autre moyen après avoir essayé de les mettre au sein (26 ; III).
- g. Encourager l'allaitement à volonté et à la demande. Il pourra être nécessaire de réveiller l'enfant s'il ne manifeste toujours pas de signes de faim 4 heures après la tétée précédente, ce qui n'est pas inhabituel chez les prématurés légers (12 ; IV). L'enfant devrait être mis au sein (ou recevoir du lait maternel exprimé) 8-12 fois par 24 heures. Informer et aider à démarrer l'expression du lait à la main ou avec un tire-lait chez les mères dont l'enfant est plus petit, somnolent, ou incapable de téter efficacement au sein pendant les premières 24 heures. Ces enfants, en particulier s'ils ont un retard de croissance intra-utérin (RCIU), pourront avoir besoin de recevoir des suppléments (de préférence du lait maternel exprimé) en raison d'une glycémie basse ou d'une perte de poids excessive.
- h. Montrer à la mère des techniques pour faciliter une prise du sein efficace, en faisant bien attention à un soutien adéquat de la mâchoire et de la tête du bébé (30 ; IV).

Poursuite des soins

- a. Communiquer tout changement dans le planning d'alimentation aux parents et aux soignants, directement ou par écrit en fonction des protocoles et procédures en vigueur dans le service.

Table 2. Principes de soins pour le prématuré léger

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Développer des règlements et des parcours de soins spécifiques pour la gestion de l'allaitement 2. Veiller à assurer la communication entre tous les soignants et les parents 3. Assurer une évaluation et une réévaluation appropriées de la mère et de l'enfant 4. Fournir en temps voulu un soutien à la lactation pendant et après le séjour hospitalier 5. Éviter ou minimiser les séparations mère-enfant 6. Prévenir et reconnaître rapidement les problèmes 7. Informer les parents, les infirmières, les consultant(e)s en lactation et les médecins sur la vulnérabilité et les difficultés spécifiques des soins à ces enfants 8. Développer des recommandations spécifiques pour la sortie de ces enfants et leur suivi par la suite 9. Surveiller les soins par le biais de programmes d'amélioration de la qualité | <ol style="list-style-type: none"> b. Évaluer l'allaitement, de préférence dans les premières 24 heures post-partum, par un(e) consultant(e) en lactation ou un autre professionnel de santé expert en gestion de l'allaitement du prématuré léger ou de l'enfant à terme précoce. c. Évaluer et documenter le déroulement de l'allaitement au moins 2 fois par jour, et ce par 2 professionnels de santé différents, de préférence en utilisant un protocole standard (LATCH, IBFAT, Mother/Baby Assessment Tool... 31-34 ; III) d. Informer la mère sur l'allaitement de son prématuré léger (position, prise du sein, durée des tétées, manifestations précoces de faim, compression du sein, etc. (12, 17, 19). Lui fournir des informations écrites ainsi que des conseils oraux. e. Surveiller les signes vitaux toutes les 6 à 8 heures, l'évolution du poids, les selles et les urines, et le transfert de lait (16, 17, 19) f. Suivre l'enfant sur le plan des principaux problèmes susceptibles de survenir (hypoglycémie, hypothermie, |
|---|--|

hyperbilirubinémie, transfert insuffisant de lait – 35 ; I). Le prématuré léger et l'enfant presque à terme doivent être suivis étroitement, avec un seuil plus bas pour la bilirubine. De nombreux services médicaux déterminent le taux de bilirubine et le pointent sur une courbe appropriée en fonction de l'âge de l'enfant (courbe de Bhutani) pendant le séjour de l'enfant (6, 36-37 ; IV, III et IV). Certains enfants pourront nécessiter un transfert dans une structure plus médicalisée afin de bénéficier d'un suivi et d'une gestion appropriés.

- g. Éviter une perte excessive de poids ou une déshydratation. Une perte de poids > 3 % pendant les premières 24 heures ou > 7 % à J3 mérite une évaluation et pourra nécessiter un suivi plus étroit et un ajustement du soutien médical et à l'allaitement (16, 17, 19).
 - i. En cas de signes de transfert insuffisant de lait, la compression du sein pendant que l'enfant tète peut aider (26, 38-39 ; III, IV), et on pourra envisager l'utilisation d'un bout de sein en silicone ultrafin (12, 39). Si un bout de sein est utilisé, la mère et l'enfant doivent être étroitement suivis par un(e) consultant(e) en lactation ou par un professionnel de santé compétent jusqu'à ce que le bout de sein ne soit plus nécessaire (IV).
 - ii. Envisager d'effectuer des tests de pesée avant et après une tétée, une fois par jour ou après certaines tétées (mais pas toutes), afin d'évaluer le volume de lait transféré (12, 40). Les enfants seront pesés immédiatement avant et après une tétée dans les mêmes conditions sur une balance électronique ayant une précision d'au moins ± 5 g.
 - iii. Le bébé pourra avoir besoin de petites quantités de suppléments après les tétées (5 à 10 mL par repas le 1^{er} jour, 10 à 30 mL les jours suivants), composés de lait maternel exprimé, de lait humain provenant d'un lactarium, ou d'une formule lactée commerciale (16, 17). Pour la méthode de supplémentation, on pourra choisir la tasse, la seringue, un système de supplémentation ou un biberon en fonction de la situation clinique, des préférences de la mère et de l'expérience du professionnel de santé qui aide la mère. La tasse a fait la preuve de sa sécurité chez les prématurés légers et les enfants à terme précoce, en veillant à utiliser une technique appropriée permettant à l'enfant de « laper » le lait à son propre rythme (42 ; IV). Certains auteurs ont constaté que l'alimentation à la tasse prenait plus de temps et que l'enfant prenait moins de lait qu'avec un biberon (42 ; IB). Il existe peu de données concernant la sécurité et l'efficacité des autres méthodes d'alimentation, ou leur impact sur l'allaitement. Toutefois, une étude récente n'a constaté aucune différence dans la prise de poids, la durée des repas et la durée d'hospitalisation entre des enfants nourris à la tasse ou au biberon ; l'alimentation à la tasse avait un impact positif significatif sur le taux d'allaitement et celui d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital ainsi qu'à 3 et 6 mois après cette sortie (43 ; IB). Les enfants ayant souffert de RCIU ou les prématurés légers immatures pourront ne pas avoir de périodes régulières d'éveil et de sommeil. Chez ces enfants, on pourra envisager de donner du lait maternel exprimé (au biberon, à la tasse...) lorsque le bébé est somnolent, et de le mettre au sein lorsqu'il est plus éveillé (12).
 - iv. En cas de supplémentation avec du lait maternel exprimé ou avec une formule lactée commerciale, la mère devrait tirer son lait manuellement ou avec un tire-lait après les tétées au moins 6 fois par 24 heures pour aider à lancer et à maintenir sa production lactée jusqu'à ce que l'enfant tète efficacement (12, 16-17, 19).

Si l'enfant ne prend pas du tout le sein, la mère devrait tirer son lait au moins 8 fois par jour. La production lactée peut être augmentée par des massages manuels des seins pendant l'expression (26).

- h. Éviter l'hypothermie en pratiquant le peau à peau, à savoir le portage kangourou (20), le plus possible dès que la mère est réveillée, ou via un double enveloppement si nécessaire, en mettant un maillot et un bonnet au bébé. La mise intermittente dans un incubateur pourra être nécessaire pour maintenir la normothermie (16).

Planning de sortie

- a. Évaluer si l'enfant est prêt à quitter le service à partir de sa stabilité physiologique et de ses apports exclusivement au sein ou avec des suppléments (12, 16, 19,44 ; IV). Le prématuré léger stable doit pouvoir maintenir sa température pendant au moins 24 heures sans assistance, et avoir un rythme respiratoire normal. De préférence, son poids ne devrait pas avoir baissé de plus de 7 % en dessous de son poids de naissance, bien que tous les aspects de la dyade mère-enfant doivent être pris en compte. On doit documenter la prise d'apports adéquats en volume (par exemple par des tests de pesée) et le poids de l'enfant (stable ou en augmentation) (12, 16).
- b. Développer un planning d'alimentation pour la sortie. Prendre en compte la méthode d'alimentation (sein, tasse, aide à l'allaitement, biberon, etc.), le mode d'alimentation (lait maternel, lait humain provenant d'un lactarium ou formule lactée commerciale) et le volume de lait absorbé (mL/kg/jour), en particulier si l'enfant reçoit des suppléments. Si nécessaire, déterminer la méthode de supplémentation la plus pratique et acceptable pour la mère (12, 16, 17, 19).
- c. Communiquer le planning d'alimentation pour la sortie à la mère et aux professionnels de santé impliqués dans le suivi de l'enfant. Une communication écrite est préférable (16).
- d. Lorsque le transfert de lait est faible, il pourra être approprié de fournir à la mère, au moment de la sortie, une balance afin de faire des tests de pesée pour confirmer le transfert de lait pendant les tétées, ou de veiller à ce que l'enfant soit fréquemment vu pour des pesées (12). On devrait également demander aux parents de suivre et de noter les urines et les selles.

Mise en œuvre des principes de soins : suivi communautaire ou en consultation

La première visite

- a. Si la durée du séjour hospitalier peut varier, le prématuré léger et l'enfant à terme précoce auront besoin d'un suivi étroit en post-partum précoce, et la première consultation au cabinet du pédiatre ou au domicile des parents devrait avoir lieu 1 à 2 jours après sa sortie du service (17, 45-46 ; IV).
- b. On reverra les dossiers de la mère et de l'enfant à la recherche des informations, en incluant les périodes prénatale et périnatale, ainsi que l'alimentation du bébé depuis le début (par exemple nécessité du don de compléments pendant le séjour en maternité, problèmes de mise au sein, nécessité d'une photothérapie, etc.). L'âge gestationnel, le poids de naissance devraient être notés en bonne place. Des fichiers informatiques médicaux comportant des questions sur l'allaitement sont utiles pour le recueil d'informations.
- c. Il sera nécessaire de passer en revue de façon très détaillée le déroulement de l'allaitement depuis la sortie de maternité : fréquence des tétées, durée approximative, façon dont le bébé est nourri, et si nécessaire nature des suppléments (lait maternel exprimé, formule lactée commerciale). Le praticien recueillera aussi des informations sur les urines et les selles du bébé, la couleur des selles, le comportement du bébé (par exemple pleurs, bébé insatisfait après les tétées, bébé somnolent et difficile à maintenir éveillé au sein, etc.). Si les parents ont un « journal de bord » écrit pour l'alimentation du bébé, il devra être passé en revue (17, 46-47 ; IV).
- d. Examiner le bébé, et noter son état d'éveil et d'hydratation. Inclure une pesée de l'enfant nu, avec calcul de l'évolution du poids depuis la naissance et la sortie du service. On évaluera le niveau de l'ictère par mesure transcutanée de la bilirubine, et/ou dosage sanguin du taux de bilirubine si nécessaire (17, 46).
- e. Les seins de la mère seront examinés pour évaluation de la forme des mamelons, recherche de l'existence de douleurs et de lésions, d'un engorgement ou d'une mastite. Le statut émotionnel de la mère et son degré de fatigue doivent aussi être pris en compte, en particulier lorsqu'on envisage les pratiques de don de compléments. Chaque fois que possible, on observera le bébé pendant une tétée au sein, pour évaluer sa prise du sein, sa succion et ses déglutitions (46).
- f. Revoir avec la mère ses objectifs et ses attentes en matière d'allaitement de son prématuré léger ou de son enfant à terme précoce. Elle pourra avoir besoin d'encouragements et d'informations sur le processus de transition entre l'expression du lait et le don de compléments, et l'allaitement exclusif. On conseillera aux mères de ne pas arrêter trop rapidement de tirer leur lait, afin d'assurer le maintien d'une production lactée abondante, qui permettra un transfert plus efficace du lait vers l'enfant (12).

- g. Revoir avec les parents où dort leur bébé, et les informer sur les pratiques sûres de sommeil. Leur demander « où votre bébé et vous avez-vous dormi la nuit dernière ? » pourra permettre d'avoir un point de vue plus fiable des pratiques actuelles de sommeil.

Résoudre les problèmes

- a. Une faible prise de poids (moins de 20 g/jour) est presque toujours la conséquence d'une absorption insuffisante de lait. La prise de poids moyenne d'un nouveau-né en bonne santé est de 28 à 34 g/jour (48 ; IV). Le professionnel de santé doit déterminer où se situe le problème : production lactée insuffisante, incapacité de l'enfant à absorber le lait disponible, ou combinaison des deux. Un bébé qui reçoit suffisamment de lait doit, à partir de J4, uriner au moins 6 fois et avoir 4 selles volumineuses, jaunes et molles par jour, être satisfait après 20-30 min de tétée, et avoir une perte / un gain de poids approprié pour son âge (46). Si une perte de poids de 10 % peut être acceptable chez les prématurés légers et les enfants à terme précoce nés avec un poids élevé, qui tètent efficacement et dont la mère a une montée de lait abondante, dans de nombreuses situations une perte de poids maximale de 7 % est plus appropriée pour les enfants de plus petit poids ou présentant un RCIU. Les stratégies suivantes pourront être utiles pour augmenter la prise de poids :
- i. L'enfant devrait être observé pendant une tétée, en portant attention à la prise du sein, à la succion et à la déglutition. Un test de poids avant et après la tétée pourra être utile pour évaluer la quantité de lait transférée (voir 2gii).
 - ii. Augmenter la fréquence des tétées
 - iii. Introduire des suppléments (de préférence du lait maternel exprimé ou du lait humain provenant d'un lactarium) après les tétées, ou augmenter la quantité de suppléments déjà donnés.
 - iv. Proposer un supplément si l'enfant est éveillé et insatisfait après ~ 30 à 40 minutes au sein. Le laisser téter plus longtemps pourra le fatiguer sans augmenter significativement ses apports. Les nourrissons ont besoin de se reposer entre les tétées plutôt que de téter en continu.
 - v. Commencer à tirer le lait manuellement ou avec un tire-lait, ou augmenter la fréquence des séances d'expression, en particulier après les tétées si les seins ne sont pas vidés. Si la mère utilise déjà correctement un tire-lait, envisager de le changer pour un modèle plus efficace (par exemple passer de l'expression manuelle à un tire-lait, d'un tire-lait mécanique à un tire-lait électrique, ou à un modèle plus performant de tire-lait électrique). Tirer le lait plus de 6 fois par jour pourra ne pas être faisable en pratique après le retour au domicile, alors que 8 séances d'expression ou plus pourront être nécessaires pour optimiser la vidange des seins (IV).
 - vi. Explorer les stratégies que la mère pourrait utiliser pour se relaxer pendant qu'elle tire son lait. Voir avec elle comment obtenir de l'aide pour les autres tâches, et obtenir davantage de sommeil.
 - vii. Un régime de triple alimentation (mise au sein, suivie par le don d'un supplément, puis par une séance d'expression du lait) pour chaque tétée est efficace, mais pourra ne pas être applicable pour certaines mères, en particulier si elles ont peu de soutien à leur domicile. La capacité de la mère à gérer l'allaitement et l'expression du lait devra être prise en compte lorsqu'on établit un planning d'alimentation (IV).
 - viii. En conjonction avec la mère, envisager l'utilisation d'un galactogène (un médicament ou une plante pour augmenter la production lactée) si elle présente réellement une production lactée insuffisante, et si les stratégies destinées à augmenter la production lactée n'ont pas été efficaces (voir le protocole de l'ABM #9).
 - ix. Envisager de référer la mère à un(e) consultant(e) en lactation ou à un spécialiste en lactation.
- b. Quand le bébé a des difficultés à prendre le sein, sa bouche devrait être examinée à la recherche d'une anomalie anatomique (ankyloglossie par exemple – frein de la langue trop court, fente palatine) et un examen au doigt par un professionnel de santé compétent pourra être utile. Les mamelons et les seins de la mère devraient être examinés pour évaluer le développement des seins, leur configuration anatomique, et à la recherche de canaux lactifères bouchés, de mastite, d'engorgement, de lésions mamelonnaires ou de signes de compression des mamelons après la tétée. Il pourra être nécessaire de référer la mère à un spécialiste en allaitement, ou à un professionnel compétent pouvant pratiquer une freinotomie en cas d'ankyloglossie (50 ; III).
- c. L'hyperbilirubinémie et l'ictère sont plus fréquents chez les prématurés légers ou les enfants à terme précoce. Tous les facteurs de risque devraient être déterminés, mais si le principal facteur est l'absorption d'une quantité insuffisante de lait, le premier traitement est de donner davantage de lait au bébé, de préférence en améliorant les pratiques d'allaitement ou en donnant du lait maternel exprimé ou du lait humain provenant d'un lactarium. Si une photothérapie en milieu hospitalier ou au domicile est nécessaire, la production lactée et la quantité de lait absorbée par l'enfant ne devraient pas être abaissées (51-52 ; IV). Si du lait maternel exprimé ou du lait humain provenant de donneuses n'est pas disponible, on pourra utiliser de faibles quantités d'une formule lactée commerciale à base de lait de vache. L'utilisation des hydrolysats à base de caséine devrait être

envisagée dans cette indication, dans la mesure où des données montrent qu'ils sont plus efficaces que les formules lactées commerciales courantes pour abaisser la bilirubinémie (53 ; IIB).

- d. Envisager l'utilisation d'un galactogène (un médicament ou une plante qui augmente la production lactée) si la mère a réellement une faible sécrétion lactée, et lorsque les autres stratégies pour augmenter la production lactée ont échoué (49, 50 – II-2, III).

Le suivi

- a. Les bébés qui ne prennent pas suffisamment de poids et pour lesquels des ajustements sont faits en ce qui concerne le planning d'alimentation doivent être revus fréquemment par un professionnel de santé compétent (quotidiennement, ou tous les 2 à 3 jours en fonction de la situation) après chaque ajustement, soit en consultation, soit par le biais de visites au domicile de la mère par le professionnel de santé, avec un partage d'informations avec le principal professionnel qui suit l'enfant (III).
- b. Le prématuré léger devrait être suivi sur le plan de son poids toutes les semaines jusqu'à 40 semaines d'âge post-conceptionnel, ou jusqu'à ce que sa croissance soit bonne. La prise de poids devrait être en moyenne de 20-30 g/jour, et la taille et le périmètre crânien devraient tous les deux augmenter d'en moyenne 0,5 cm par semaine (48).
- c. Les prématurés légers ont un risque plus élevé de carence en fer et d'anémie ferriprive que les enfants nés à terme, et une supplémentation en fer est recommandée en routine (54-56 ; IV, III et IB).
- d. Les prématurés légers ont également un risque plus élevé que les enfants nés à terme de dormir dans de mauvaises conditions de sécurité (57), ce qui augmentera leur risque de mort subite du nourrisson (MSN). Il est donc recommandé de s'enquérir régulièrement des conditions et du lieu de sommeil de l'enfant.
- e. Le fait que l'enfant soit légèrement prématuré devrait rester à l'esprit du professionnel de santé qui suivra l'enfant pendant des années, dans la mesure où ces enfants ont un risque plus élevé de troubles pulmonaires et de problèmes neurodéveloppementaux modérés (8, 58).

Les multiples

- a. La gestation de multiples (jumeaux, triplés...) a plus souvent pour conséquence la naissance de prématurés ou de prématurés légers. Il sera plus difficile d'obtenir suffisamment de lait pour 2 ou plusieurs enfants, et mettre deux enfants au sein est également plus difficile que la mise au sein d'un singleton.
- b. Le don de suppléments est plus fréquemment nécessaire. Envisager l'utilisation de lait humain provenant d'un lactarium si possible, au moins pendant les premières semaines de vie, si la mère ne produit pas assez de lait.
- c. Aider la mère de multiples à gérer son temps. Cela inclut les moyens optimaux d'utiliser l'aide de la famille, des amis, ou même de rémunérer une aide à domicile.
- d. En raison de leur immaturité, la mère de jumeaux prématurés légers ne sera le plus souvent pas capable d'allaiter ses enfants en même temps jusqu'à ce qu'ils soient plus âgés et capables de téter efficacement au sein, et elle aura besoin de davantage d'aide pour la mise au sein, pour veiller à une bonne prise du sein et pour surveiller toute la tétée.
- e. Certaines mères ne produiront jamais assez de lait pour allaiter exclusivement plus d'un enfant, et les multiples auront donc besoin de suppléments de lait humain provenant d'un lactarium ou de formule lactée commerciale.

Domaines des futures recherches

1. Évaluation des soins pendant les premières 12 à 24 heures, pendant la période de transition vers l'environnement extra-utérin, dans la mesure où il n'existe pas actuellement d'approche uniforme.
2. Détermination des critères montrant que l'enfant peut sortir du service et suivi optimal après la sortie.
3. Les meilleures pratiques pour optimiser la production lactée maternelle.
4. Les meilleures pratiques pour favoriser la transition vers l'allaitement complet.
5. Les meilleures pratiques pour aider la mère à gérer les protocoles d'allaitement et d'expression du lait qui prennent beaucoup de temps.

Références

1. Engle WA. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol* 2006;30:2-7.
2. Young PC, Korgenski K, Buchi KF. Early readmission of newborns in a large health care system. *Pediatrics* 2013; 131:e1538-e1544.
3. Ray KN, Lorch SA. Hospitalization of early preterm, late preterm, and term infants during the first year of life by

- gestational age. *Hosp Pediatr* 2013;3:194–203.
4. Pang WW, Hartmann PE. Initiation of human lactation: Secretory differentiation and secretory activation. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2007;12:211–221.
 5. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, et al. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics* 2008;121:e223–e232.
 6. Norman M, Åberg K, Holmsten K, et al. Predicting nonhemolytic neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 2015;136:1087–1094.
 7. Tita ATN, Landon MB, Spong CY, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med* 2009;360:111–120.
 8. Seikku L, Gissler M, Andersson S, et al. Asphyxia, neurologic morbidity, and perinatal mortality in early-term and postterm birth. *Pediatrics* 2016;137:e20153334.
 9. Reddy UM, Bettgowda VR, Dias T, et al. Term pregnancy: A period of heterogeneous risk for infant mortality. *Obstet Gynecol* 2011;117:1279–1287.
 10. Eidelman AI. The challenge of breastfeeding the late preterm and the early-term infant. *Breastfeed Med* 2016;11:99–99.
 11. Philipp BL. ABM Clinical Protocol #7: Model Breastfeeding Policy (Revision 2010). *Breastfeeding Med* 2010;5:173–177.
 12. Meier P, Patel AL, Wright K, et al. Management of breastfeeding during and after the maternity hospitalization for late preterm infants. *Clin Perinatol* 2013;40:689–705.
 13. Morton J. Perfect storm or perfect time for a bold change? *Breastfeed Med* 2014;9:180–183.
 14. Neifert M, Bunik M. Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:115–145.
 15. Pulver LS, Denney JM, Silver RM, et al. Morbidity and discharge timing of late preterm newborns. *Clin Pediatr* 2010;49:1061–1067.
 16. UC San Diego Health Supporting Premature Infant Nutrition (SPIN). Protocol for late preterm infants. 2016. Available at <https://health.ucsd.edu/specialties/obgyn/maternity/newborn/nicu/spin/staff/Pages/late-preterm.aspx> (accessed August 25, 2016).
 17. California Perinatal Quality Care Collaborative. Care and management of the late preterm infants toolkit. 2013. Available at [www.cpqcc.org/sites/default/files/Late Preterm Infant Toolkit FINAL 2–13.pdf](http://www.cpqcc.org/sites/default/files/Late%20Preterm%20Infant%20Toolkit%20FINAL%202-13.pdf) (accessed August 25, 2016).
 18. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. Developing guidelines. *BMJ* 1999;318:593–596.
 19. Phillips RM, Goldstein M, Hougland K, et al. Multidisciplinary guidelines for the care of late preterm infants. *J Perinatol* 2013;33 Suppl 2:S5–S22.
 20. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD003519.
 21. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105–1107.
 22. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr* 1991;119:417–423.
 23. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:CD006170.
 24. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS One* 2014;9:e89077.
 25. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, et al. Effect of early milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birthweight infants: A pilot study. *J Perinatol* 2012;32:205–209.
 26. Morton J, Hall JY, Wong RJ, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2009;29:757–764.
 27. Ohyama M, Watabe H, Hayasaka Y. Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery. *Pediatr Int* 2010;52:39–43.
 28. Lussier MM, Brownell EA, Proulx TA, et al. Daily breastmilk volume in mothers of very low birth weight neonates: A repeated-measures randomized trial of hand expression versus electric breast pump expression. *Breastfeed Med* 2015;10:312–317.
 29. Slusher TM, Slusher IL, Keating EM, et al. Comparison of maternal milk (breastmilk) expression methods in an African nursery. *Breastfeed Med* 2012;7:107–111.
 30. Thomas J, Marinelli KA. ABM Clinical Protocol #16: Breastfeeding the Hypotonic Infant, Revision 2016. *Breastfeed Med* 2016;11:271–276.
 31. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1994;23:27–32.

32. Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery* 1988;4:154–165.
33. Mulford C. The Mother-Baby Assessment (MBA): An “Apgar score” for breastfeeding. *J Hum Lact* 1992;8:79–82.
34. Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. *Midwifery* 2015;31:132–137.
35. Wight N, Marinelli KA. ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, revised 2014. *Breastfeed Med* 2014;9:173–179.
36. Bhutani VK, Stark AR, Lazzeroni LC, et al. PredischARGE screening for severe neonatal hyperbilirubinemia identifies infants who need phototherapy. *J Pediatr* 2013;162:477–482.e471.
37. Maisels MJ, Bhutani VK, Bogen D, et al. Hyperbilirubinemia in the newborn infant > or = 35 weeks’ gestation: An update with clarifications. *Pediatrics* 2009;124:1193–1198.
38. Morton J, Wong RJ, Hall JY, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers with preterm infants. *J Perinatol* 2012;32:791–796.
39. Walker M. Breastfeeding the late preterm infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:692–701.
40. Haase B, Barreira J, Murphy P, et al. The development of an accurate test weighing technique for preterm and high-risk hospitalized infants. *Breastfeed Med* 2009;4:151–156.
41. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child* 1994;71: 365–369.
42. Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL. A comparison of the safety of cupfeedings and bottlefeedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol* 2001;21:350–355.
43. Yilmaz G, Caylan N, Karacan CD, et al. Effect of cup feeding and bottle feeding on breastfeeding in late preterm infants: A randomized controlled study. *J Hum Lact* 2014;30:174–179.
44. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics* 2008;122:1119–1126.
45. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
46. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:273–297.
47. Neifert MR. Breastmilk transfer: Positioning, latch-on, and screening for problems in milk transfer. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47:656–675.
48. Grummer-Strawn LM, Reinold C, Krebs NF. Use of World Health Organization and CDC growth charts for children aged 0–59 months in the United States. *MMWR Recomm Rep* 2010;59:1–15.
49. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #9: Use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (First Revision January 2011). *Breastfeed Med* 2011;6:41–49.
50. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188–e194.
51. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
52. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant equal to or greater than 35 weeks’ gestation. *Breastfeed Med* 2010;5:87–93.
53. Gourley GR, Kreamer B, Cohnen M, et al. Neonatal jaundice and diet. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153: 184–188.
54. Baker RD, Greer FR. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0–3 years of age). *Pediatrics* 2010;126:1040–1050.
55. Yamada RT, Leone CR. Hematological and iron content evolution in exclusively breastfed late-preterm newborns. *Clinics (São Paulo, Brazil)* 2014;69:792–798.
56. Berglund SK, Westrup B, Domellof M. Iron supplementation until 6 months protects marginally low-birth-weight infants from iron deficiency during their first year of life. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;60:390–395.
57. Hwang SS, Barfield WD, Smith RA, et al. Discharge timing, outpatient follow-up, and home care of late-preterm and early-term infants. *Pediatrics* 2013;132:101–108.
58. Kugelman A, Colin AA. Late preterm infants: Near term but still in a critical developmental time period. *Pediatrics* 2013;132:741–751.
59. Leone A, Ersfeld P, Adams M, Schiffer PM, et al. Neonatal morbidity in singleton late preterm infants compared with full-term infants. *Acta Paediatr* 2012;101:e6–e10.
60. Loftin RW, Habli M, Snyder CC, et al. Late preterm birth. *Rev Obstet Gynecol* 2010;3:10–19.

61. Morag I, Okrent AL, Strauss T, et al. Early neonatal morbidities and associated modifiable and non-modifiable risk factors in a cohort of infants born at 34–35 weeks of gestation. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015;28:876–882.
62. Nagulesapillai T, McDonald SW, Fenton TR, et al. Breastfeeding difficulties and exclusivity among late preterm and term infants: Results from the all our babies study. *Can J Public Health* 2013;104:e351–e356.
63. Radtke JV. The paradox of breastfeeding-associated morbidity among late preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011;40:9–24.

Les protocoles de l'ABM expirent cinq ans après leur date de publication. Des révisions fondées sur des données scientifiques sont faites au bout de cinq ans, ou plus rapidement s'il y a des modifications significatives des connaissances.

Comité des protocoles

Wendy Brodribb, MBBS, PhD, FABM, Chairperson

Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson

Nancy Brent, MD

Maya Bunik, MD, MSPH, FABM

Cadey Harrel, MD

Ruth A. Lawrence, MD, FABM

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM

Kate Naylor, MBBS, FRACGP

Sarah Reece-Stremtan, MD

Casey Rosen-Carole, MD, MPH

Tomoko Seo, MD, FABM

Rose St. Fleur, MD

Michal Young, MD

Effets secondaires des médicaments pris par la mère allaitante

Adverse drug reactions. Anderson PO. Breastfeed Med 2016 ; 11(10) : 501-3. Mots-clés : lactation, médicaments, exposition infantile, effets secondaires.

Il existe peu d'études sur les effets secondaires des médicaments pris par une mère allaitante chez son bébé. L'auteur fait le point sur les données existantes, portant sur un total de 160 cas d'effets secondaires.

Un point important dans ces effets secondaires est l'âge des enfants concernés. Dans les 151 cas pour lesquels l'âge de l'enfant est donné, 58 % des cas concernent des enfants de moins d'un mois, et 73 % un enfant de moins de 2 mois. Ces pourcentages sont similaires à ceux rapportés par une étude française portant sur 174 cas d'effets secondaires chez des enfants allaités (respectivement 67 % et 78 %).

Les effets secondaires les plus souvent rapportés sont directement corrélés à l'action pharmacologique du produit pris par la mère, ce qui est logique. Plus la dose de produit actif auquel l'enfant est exposé est importante, plus ce type d'effet secondaire est susceptible de survenir. Dans une analyse présentée dans le livre *Drugs and Human Lactation*, parmi les 205 produits évalués, 96 étaient excrétés dans le lait en quantité qui représentait moins de 1 % de la dose maternelle ajustée pour le poids ; aucun effet secondaire n'avait été rapporté pour ces produits. Les 6 médicaments pour lesquels le bébé allaité était exposé à une dose ≥ 25 % de la dose maternelle ajustée pour le poids avaient tous induit des effets secondaires chez l'enfant. En bref, le risque d'effet secondaire augmente parallèlement au niveau d'exposition de l'enfant allaité.

Parmi les 160 cas d'effets secondaires pris en compte par l'auteur, 127 étaient en rapport avec la dose de produit absorbée par l'enfant, et dans 88 % des cas le produit en cause était un produit ciblant le système nerveux central. Les 7 décès infantiles rapportés impliquaient au moins un produit induisant une dépression du système nerveux central, qui était un opiacé dans 5 cas. Dans 22 cas, le nourrisson allaité était exposé à plus d'un produit de ce type, et le risque d'effets secondaires augmentait avec le nombre de produits pris par la mère. À noter que 5 cas d'effets secondaires dont un décès ont été rapportés chez des enfants allaités par une mère prenant une benzodiazépine. L'iode est également couramment en cause, avec un impact négatif sur la thyroïde de l'enfant. Il est donc fortement conseillé de recommander aux mères d'éviter une exposition importante à l'iode, que ce soit par voie orale, vaginale ou cutanée, lorsqu'elles allaitent un nourrisson. Cette recommandation s'applique à l'iode libre ou peu lié (povidone iodée par exemple). Elle ne concerne pas les produits de contraste iodés, qui sont fortement liés à leur molécule porteuse. Toutefois, aucune étude n'a été menée pour évaluer l'éventuelle excrétion lactée d'iode après un examen ayant nécessité l'utilisation d'un produit de contraste iodé.

L'autre cause d'effets secondaires est la survenue d'une réaction idiosyncrasique. Ce type de réaction est lié non à la dose de produit reçue, mais à certaines caractéristiques de la personne. Ces réactions sont imprévisibles et sans aucun rapport avec les caractéristiques pharmacologiques du produit en cause. Parmi ces 160 cas d'effets secondaires, 28 étaient des réactions idiosyncrasiques. Les plus courantes sont les réactions allergiques. Ce type de réaction est fréquent avec les pénicillines, et étant donné la fréquence d'utilisation de cette classe d'antibiotiques il est étonnant qu'il n'existe qu'un seul cas publié de réaction allergique chez un enfant allaité. Il est toutefois possible que ces réactions soient fréquentes et qu'il soit estimé inutile de les rapporter. Les autres produits ayant induit des réactions allergiques sont le paracétamol, le bromure, le sulfathiazole et le diclofénac. Un cas d'hépatite a été rapporté, causé par le carbimazole ; un cas d'agranulocytose a été rapporté avec la clozapine, et un cas de purpura thrombocytopénique a été rapporté avec l'aspirine, et un autre avec l'acide valproïque.

Certaines caractéristiques génétiques peuvent favoriser la survenue d'effets secondaires. C'est le cas du déficit en G6PD, mais les produits en cause sont peu utilisés. La prise de codéine chez les métaboliseurs ultra-rapides est également un exemple. Un bébé allaité a été presque asphyxié suite à l'application d'un gel de miconazole sur les mamelons de la mère. Ce type d'effet secondaire a été rapporté chez des enfants directement traités au niveau buccal. D'autres produits appliqués sur les mamelons pourraient avoir un impact négatif. Il est recommandé d'utiliser sur les mamelons uniquement des crèmes hydrosolubles.

On s'intéresse de plus en plus à l'impact potentiel des médicaments pris par la mère allaitante sur le microbiome de l'enfant allaité. On a rapporté des cas de dysbiose intestinale sévère chez des enfants allaités par une mère traitée par antibiotiques ; cela concernait 5 des 160 cas inclus dans cette analyse (par exemple colite pseudomembraneuse liée à la ciprofloxacine chez un enfant). Dans une étude rétrospective, 14 des 119 mères sous antibiothérapie ont

rapporté une diarrhée chez leur enfant allaité. Un impact sur le microbiome a également été rapporté suite à la prise d'anticancéreux par la mère allaitante (bléomycine et doxorubicine). Nous commençons juste à prendre conscience de cet éventuel effet secondaire, et de son impact possible sur la santé à long terme (santé intestinale, obésité, troubles immunitaires, éventuellement réponse aux vaccins...).

Globalement, les effets secondaires chez l'enfant suite à la prise maternelle d'un médicament sont rares. Ils concernent essentiellement les enfants de moins de 2 mois, et les produits induisant une dépression du système nerveux central, surtout si la mère prend plusieurs produits de ce type. L'iode non lié peut avoir un impact négatif sur la thyroïde de l'enfant allaité.

Impact d'un soutien spécifique aux mères allaitantes ayant présenté un diabète gestationnel

A cluster randomized trial of tailored breastfeeding support for women with gestational diabetes. Stuebe AM et al. *Breastfeed Med* 2016 ; 11(10) : 501-13. Mots-clés : allaitement, soutien, diabète gestationnel.

Le diabète gestationnel est un problème relativement fréquent chez les femmes enceintes, et il peut avoir des conséquences métaboliques à long terme. Des études permettent de penser que l'allaitement limite le risque de ces conséquences chez la mère et l'enfant. Toutefois, le diabète gestationnel semble susceptible d'avoir un impact négatif sur l'allaitement. Le but de cette étude américaine était d'évaluer l'impact d'une intervention de soutien à l'allaitement chez des mères ayant présenté un diabète gestationnel.

Les auteurs ont mené une étude randomisée par grappes portant sur l'impact de la nutrition, de l'exercice physique et du développement des capacités d'adaptation (NEST) chez des mères ayant présenté un diabète gestationnel. Les mères ont été recrutées à partir de 2 consultations prénatales. Elles avaient > 21 ans, étaient enceintes de < 37 semaines, et on leur avait diagnostiqué un diabète gestationnel. Les femmes incluses dans le groupe intervention ont commencé à recevoir des informations pendant la grossesse, via une session prénatale d'information consacrée à l'allaitement dans le cadre de la gestion d'un diabète et de l'alimentation. Elles ont également reçu toutes les semaines des SMS les invitant à consulter un site qui leur était dédié, et leur fournissant les coordonnées d'une personne à contacter si elles souhaitaient poser des questions. Environ 6 semaines après la naissance, les femmes ont participé à une intervention de 13 semaines sur l'allaitement et le mode de vie, incluant des réunions hebdomadaires, un programme d'exercices physiques à faire au domicile, et d'autres SMS d'informations sur l'allaitement (avec fourniture des coordonnées de personnes à contacter si la mère avait des questions à poser ou rencontrait un problème d'allaitement). Après ces 13 semaines, elles ont bénéficié de réunions mensuelles d'information pendant 3 mois. Lorsque les mères rencontraient un problème d'allaitement, une des auteurs consultante en lactation fournissait le soutien nécessaire. Les femmes incluses dans le groupe témoin ont reçu le suivi standard pour leur diabète gestationnel et le démarrage de l'allaitement. Les 2 services de maternité où accouchaient ces femmes proposent tous les deux des consultations avec une consultante en lactation IBCLC, mais aucun des deux n'a le label Hôpital Ami des Bébé. Les centres de WIC (un programme d'aide alimentaire) de la région proposent des consultations individuelles sur la gestion du diabète gestationnel, ainsi qu'un soutien à l'allaitement par des conseillères paires. Les femmes ont répondu à un premier questionnaire à leur entrée dans l'étude, à l'occasion duquel on a noté leurs intentions en matières d'alimentation infantile. Toutes les femmes ont été contactées à 6 semaines, puis à 4, 7 et 10 mois pour recueil de données sur l'allaitement.

100 femmes ont été incluses pendant la grossesse (50 dans chaque groupe). 52 étaient d'origine africaine, 31 d'origine caucasienne, 11 d'origine hispanique, 9 étaient natives américaines, 2 étaient asiatiques, les autres étant d'origines variées. 45 femmes étaient mariées, 39 travaillaient à plein temps, et 44 étaient défavorisées. 39 femmes dans chaque groupe ont pu être recontactées à 6 semaines ; à 4 mois, respectivement 28 femmes du groupe intervention et 23 du groupe témoin ont été contactées, ainsi que 25 et 25 femmes à 7 mois, et 24 et 27 femmes à 10 mois. Le taux de démarrage de l'allaitement était similaire dans les 2 groupes, mais à 4 semaines 87 % des femmes du groupe intervention allaitaient contre 64 % dans le groupe témoin ; pour l'allaitement exclusif, ces taux étaient respectivement de 45 et 23 %. À 6 semaines, 62 % des femmes du groupe intervention pratiquaient un allaitement majoritaire (le lait maternel représentait > 80 % des apports de l'enfant) contre 36 % dans le groupe témoin. Après ajustement pour les variables confondantes, les femmes du groupe témoin étaient 2,5 fois plus nombreuses à arrêter rapidement l'allaitement, et 2 fois plus nombreuses à introduire rapidement une formule lactée commerciale. Aucun impact négatif n'a été constaté dans les 2 groupes.

Les résultats de cette études doivent être interprétés en tenant compte de ses limites. C'était une étude randomisée par grappes, menée chez des femmes majoritairement d'un faible niveau socioéconomique, et d'origine ethnique très variée. De plus, un nombre important de mères ont été perdues de vue, ce qui limite la fiabilité statistique des résultats. Les auteurs ont noté l'âge de l'enfant au moment du premier biberon de formule lactée commerciale, mais ils n'ont pas noté son âge au moment du premier don de solides. Toutefois, l'étude retrouve un écart important entre les groupes sur le plan du taux d'allaitement à 6 semaines. Cela permet donc de penser qu'une intervention ciblant spécifiquement les femmes souffrant de diabète gestationnel, démarrée pendant la grossesse et poursuivie après la naissance, avec pour objectif d'informer les mères sur la gestion de leur diabète et sur l'allaitement, pourrait présenter des bénéfices pour ces mères. D'autres études sont nécessaires pour le confirmer.

Calcul du taux d'allaitement exclusif à partir de la naissance ou à partir des dernières 24 heures

Calculating exclusive breastfeeding rates : comparing dietary « 24-hour recall » with recall « since birth » methods. Abdel-Hady DM, Abdel-Hadi EG. *Breastfeed Med* 2016 ; 11(10) : 514-8. Mots-clés : allaitement exclusif, statistiques, mode de calcul.

L'OMS définit l'allaitement exclusif comme l'alimentation exclusive de l'enfant avec du lait maternel, ce dernier ne recevant rien d'autre à l'exception de suppléments vitaminiques et/ou minéraux ou de médicaments. Moins de 40 % des enfants de moins de 6 mois dans le monde sont exclusivement allaités jusqu'à 6 mois comme recommandé par l'OMS. Les études évaluant la prévalence de l'allaitement exclusif utilisent divers modes d'évaluation. Le plus couramment utilisé est le recueil de données sur tous les aliments donnés à l'enfant pendant les 24 heures précédentes. Des études ont cependant constaté que l'alimentation d'un enfant pouvait varier d'un jour à l'autre, et que cette méthode surestimait significativement la prévalence de l'allaitement exclusif. La méthode la plus fiable est de recueillir des données sur l'alimentation de l'enfant depuis sa naissance. Le but de cette étude était de comparer les résultats obtenus par ces 2 méthodes dans une même population.

Cette étude prospective a été menée dans le district de Manzoura (Egypte) entre janvier et octobre 2015. Les mères ont été interrogées à 2, 4 et 6 mois à l'occasion de sessions de vaccination. Ce district compte 50 centres médicaux (11 centres urbains et 39 centres ruraux). 20 à 25 enfants ont été sélectionnés par tirage au sort dans chaque centre. 1 102 mères au total ont accepté de participer et ont fourni les données à 2 mois ; respectivement 1 091 et 1 029 ont été revues à 4 et 6 mois. Elles ont répondu à un questionnaire pour recueil de données démographiques, socioéconomiques... ainsi que sur leurs pratiques détaillées d'alimentation infantile pendant les 24 heures précédentes, et depuis la naissance de leur bébé. Les auteurs ont mené une analyse bivariable et multivariable.

Parmi les 1 029 mères ayant fourni toutes les données, 574 vivaient en zone rurale, 807 étaient mères au foyer, 493 avaient un niveau de scolarité secondaire (ainsi que 446 pères), et la grande majorité avaient un niveau socioéconomique faible ou moyen. Le taux d'allaitement exclusif d'après les données portant sur les 24 heures précédentes était respectivement de 97,5 %, 69,3 % et 13,6 % à 2, 4 et 6 mois. Depuis la naissance, ce taux était respectivement de 56,3 %, 30,4 % et 5,2 %. L'allaitement exclusif depuis la naissance était respectivement 3,1 et 2,3 fois plus fréquent chez les mères ayant un niveau de scolarité secondaire ou inférieur au secondaire par rapport à celles ayant un niveau universitaire. La pratique de l'allaitement exclusif pendant les 24 heures précédentes était inversement corrélée au niveau socioéconomique ; il était respectivement 9,9, 4,8 et 4,3 fois plus élevé chez les mères de niveau très bas, bas et moyen par rapport aux mères de niveau socioéconomique élevé. L'allaitement exclusif depuis la naissance était 1,8 fois plus élevé chez les mères vivant en zone rurale. Un nombre plus bas de visites prénatales était corrélé à un taux plus bas d'allaitement exclusif, tandis que l'accouchement à domicile était corrélé à un taux plus élevé par rapport à un accouchement en milieu hospitalier.

Cette étude permet de confirmer qu'en effet le recueil de données sur les pratiques d'allaitement pendant les précédentes 24 heures surestime fortement le taux d'allaitement exclusif. Divers facteurs peuvent expliquer ces différences. Les pratiques maternelles varient d'un jour à l'autre, une mère pouvant revenir à l'allaitement exclusif après avoir donné d'autres aliments. Les mères peuvent aussi donner les réponses qu'elles estiment souhaitables, ou ne pas se rappeler avec exactitude ce qu'elles ont donné à leur enfant. En pratique, et même avec des conditions optimales, il est impossible d'atteindre un taux d'allaitement exclusif de 100 % (complications périnatales, maladie de la mère ou de l'enfant...). Dans cette étude, les facteurs corrélés à l'allaitement exclusif n'étaient pas systématiquement les mêmes selon que les données portaient sur les 24 heures précédentes ou sur le temps écoulé depuis la naissance. Cela pourrait être indirectement en rapport avec les corrélations entre divers facteurs. Par exemple, le taux d'allaitement exclusif depuis la naissance est plus élevé chez les mères ayant un faible niveau de scolarité et ayant accouché à domicile ; mais les mères ayant un faible niveau de scolarité sont plus nombreuses à accoucher chez elles et sont plus souvent mères au foyer et défavorisées... Il est important d'être conscient du fait que si le recueil de données portant sur les précédentes 24 heures est simple à effectuer, sa fiabilité est médiocre, et il est nécessaire de prendre ce fait en compte dans les études évaluant l'impact de l'allaitement exclusif, et dans les programmes de promotion de l'allaitement. Idéalement, les études devraient suivre de façon prospective les pratiques d'allaitement à partir de la naissance.

Impact de l'administration d'acétate de médroxyprogestérone en post-partum précoce sur le démarrage de l'allaitement

Association of postpartum pre-discharge depo-medroxyprogesterone acetate with in-hospital breastfeeding initiation. Chen D et al. *Breastfeed Med* 2016 ; 11(10) : 519-25. Mots-clés : allaitement, contraception hormonale, acétate de médroxyprogestérone.

Les objectifs des services de santé publique des États-Unis en matière d'allaitement pour 2020 sont d'obtenir un taux de démarrage de l'allaitement de 81,9 %. Si cet objectif est actuellement en vue à l'échelle nationale, il existe d'importantes disparités en fonction de divers facteurs ethniques et socioéconomiques. En particulier, les mères afro-américaines défavorisées ont le taux le plus bas de démarrage de l'allaitement. Par ailleurs, il est important de limiter le risque de survenue rapide d'une grossesse non désirée, et les mères allaitantes auront besoin d'une méthode de contraception efficace et compatible avec l'allaitement. L'acétate de médroxyprogestérone (AMP) est un contraceptif de longue durée qui peut être utilisé dès les premiers jours post-partum. Toutefois, certains auteurs estiment qu'il peut avoir un impact négatif sur le démarrage de l'allaitement, et les quelques études sur le sujet donnent des résultats contradictoires. Le but de cette étude était d'évaluer les relations entre le démarrage d'une contraception par AMP pendant le séjour en maternité et le démarrage de l'allaitement.

Pour cette étude transversale rétrospective, les auteurs ont passé en revue tous les dossiers médicaux des mères et des enfants nés dans le service de maternité d'un CHU de Cleveland, où environ 3600 femmes accouchent tous les ans. Ils ont retenu les dossiers des mères qui avaient accouché d'un singleton et qui fournissaient toutes les données nécessaires. Les auteurs ont extrait des dossiers les données concernant l'âge de la mère, son origine ethnique, son statut marital, sa parité, son poids et sa taille, son assurance maladie, les diverses modalités de l'accouchement, la survenue d'une dépression, le démarrage d'une contraception par AMP pendant le séjour en maternité ou les intentions maternelles en matière de contraception après le retour au domicile, et les pratiques d'alimentation infantile. Les mères ont été réparties en 2 groupes suivant qu'elles ont ou non commencé à allaiter. Les données ont été analysées par régression logistique multiple.

Parmi les 974 dossiers passés en revue, 919 dyades mère-enfant ont été retenues. Les mères avaient $25,3 \pm 5,9$ ans, 76,5 % étaient d'origine africaine, 77 % étaient mères célibataires, 80,5 % avaient une assurance maladie publique, 58 % étaient multipares, 72,9 % avaient accouché par voie basse. L'enfant était né à $38,6 \pm 2,6$ semaines, avec un poids de $3,11 \pm 0,26$ kg. 67 % des mères ont commencé à allaiter, 34 % allaitant exclusivement, avec une importante disparité entre les mères afro-américaines et les mères d'autres origines ethniques : respectivement 60,7 % et 86,6 %, dont 26,2 % et 59,3 % d'allaitement exclusif. 289 mères (31,4 %) ont reçu une injection d'AMP pendant leur séjour en maternité : 37,6 % des mères afro-américaines et 11,6 % des mères d'autres origines. Les facteurs corrélés au non-allaitement étaient l'origine afro-américaine, l'obésité, le démarrage d'une contraception par AMP, la multiparité, le fait d'être mère célibataire, plus jeune, la couverture par l'assurance publique, et un accouchement par voie basse ; à noter que certains de ces facteurs étaient significativement plus fréquents chez les mères afro-américaines. Dans le sous-groupe des 618 mères qui ont reçu l'injection d'AMP pendant leur séjour en maternité, ou qui souhaitaient démarrer une contraception par AMP après leur sortie de maternité, le taux de démarrage de l'allaitement était respectivement de 53,6 % et 62,2 %, contre 70,6 % chez les mères qui n'ont pas reçu d'injection d'AMP et qui ne souhaitaient pas débiter ce type de contraception par la suite. Globalement, et à l'exception des mères qui n'étaient pas d'origine africaine et qui avaient accouché à < 35 semaines), le taux de démarrage de l'allaitement était significativement plus bas chez les mères ayant reçu une injection d'AMP dans tous les groupes ethniques. Après correction pour les autres variables, le taux de non-allaitement était 1,5 fois plus élevé chez les mères afro-américaines en cas d'injection d'AMP, et il était 5,2 fois plus élevé chez les mères d'autres origines ethniques.

Les points forts de cette étude sont le nombre important de dossiers analysés et de données prises en compte. Dans ce service, la contraception par AMP est systématiquement proposée aux mères, et les mères les plus défavorisées pourraient être les plus susceptibles de ne pas refuser même si elles n'avaient pas envisagé ce mode de contraception auparavant, ce qui constitue un biais, ainsi que l'absence de suivi après la sortie de maternité, et l'absence de données sur les intentions prénatales en matière d'alimentation infantile et de contraception. Les résultats de cette étude permettent de penser que la mise en œuvre d'une contraception par acétate de médroxyprogestérone pendant le séjour en maternité a un impact négatif sur le démarrage de l'allaitement, tout particulièrement chez les mères d'origine non africaine. Dans la mesure où une étude récente constatait que la mise en œuvre rapide d'une contraception par AMP n'avait pas d'impact significatif sur le taux de grossesse non désirée

pendant les 18 premiers mois post-partum par rapport à une mise en œuvre plus tardive, et étant donné l'importance de l'allaitement pour la santé infantile et maternelle, il pourrait être préférable de retarder le démarrage de ce type de contraception. D'autres études sont nécessaires pour mieux connaître l'impact physiologique de l'AMP sur la lactation, ainsi que les facteurs corrélés au choix maternel en matière de contraception en post-partum.

Utilisation d'une nouvelle échelle d'évaluation du soutien familial et de son impact sur l'allaitement exclusif

Utilizing a newly designed scale for evaluating family supports and its association with exclusive breastfeeding. Zhu X et al. *Breastfeed Med* 2016 ; 11(10) : 526-31. Mots-clés : allaitement, soutien familial, évaluation.

L'allaitement contribue à améliorer la santé et le développement cognitif de la population, et à rendre nos sociétés plus équitables et plus respectueuses de l'environnement. Malheureusement, les pratiques d'allaitement sub-optimales sont encore la règle dans la plupart des pays industrialisés ou en voie de développement. C'est en particulier le cas en Chine, où la prévalence de l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois est faible. Des études ont constaté l'importance du soutien aux mères pour la réussite de l'allaitement. Le but de cette étude était d'évaluer les relations entre l'allaitement exclusif et la perception maternelle du soutien apporté par sa famille, évaluée à l'aide d'une nouvelle échelle.

Cette étude transversale a été menée auprès de mères qui avaient accouché dans un service ayant le label Hôpital Ami des Bébé situé à Pékin. Leur enfant était un singleton âgé de < 6 mois et en bonne santé au moment de l'étude. Les mères ont répondu à un questionnaire en 9 points (réponses sur une échelle de Likert à 4 points, score global allant de 9 à 36) destiné à évaluer leur perception du soutien reçu de la part de leur famille. Elles ont également répondu à un questionnaire pour collecte de données démographiques et socioéconomiques, ainsi que sur leurs pratiques d'allaitement. Les définitions utilisées pour l'allaitement étaient celles de l'OMS.

Les données ont été collectées pour 655 mères. Elles avaient $31,34 \pm 3,3$ ans, toutes étaient mariées, 86,3 % avaient un niveau universitaire de scolarité, 69,8 % avaient une activité professionnelle, 49 % vivaient uniquement avec leur conjoint (les autres femmes vivant également avec leurs parents ou leurs beau-parents), 69,9 % avaient accouché par voie basse. Seulement 18,6 % avaient mis leur bébé au sein dans l'heure suivant la naissance, et la 1^{ère} tétée est survenue entre 1 et 24 heures post-partum dans 71,8 % des cas. La fréquence des tétées était > 8 par 24 heures pour 49,9 % des mères pendant le séjour en maternité, et pour 65,2 % des mères après leur sortie. Au moment de l'étude, 35,7 % des bébés avaient < 2 mois et 36,6 % avaient 2 à 4 mois. Seulement 37,1 % des femmes allaitaient exclusivement au moment de l'étude. La principale raison donnée par les mères qui allaitaient partiellement était la conviction de ne pas avoir assez de lait (83,7 %), attribuée par plus de 50 % des femmes à une cause génétique. Les autres problèmes couramment rapportés par ces mères étaient la difficulté de savoir si leur bébé avait reçu assez de lait (49,9 %) et les problèmes de seins douloureux (40,3 %).

Le score moyen de ces mères à l'échelle d'évaluation du soutien par la famille était de $28,5 \pm 3,87$ (de 11 à 36), ce qui permet de penser que ces femmes étaient globalement correctement soutenues par leur famille. Les mères ont fait de nombreux commentaires montrant que leur conjoint et leur famille souhaitaient qu'elles allaitent. Toutefois, elles faisaient également état de discours perçus négativement par la mère, comme des doutes sur l'adéquation de leur production lactée, ou sur le fait que les pleurs du bébé étaient en rapport avec le manque de lait. Les mères qui allaitaient exclusivement avaient un score plus élevé à l'échelle d'évaluation que celles qui allaitaient partiellement ($29,86 \pm 3,5$ contre $27,44 \pm 3,78$). Les mères ayant un niveau universitaire étaient les plus nombreuses à allaiter exclusivement, ainsi que les mères qui avaient une activité professionnelle avant leur accouchement. L'âge de l'enfant avait un impact significatif sur la prévalence de l'allaitement exclusif, qui était de 32,9 % chez les enfants de < 2 mois, 44,2 % chez les enfants de 2 à 4 mois, et de 33,3 % chez les enfants de 4 à 6 mois. Les mères qui estimaient qu'une production lactée inadéquate était causée par le manque de confiance en elle de la mère, une fréquence insuffisante des tétées ou par le manque de repos étaient significativement plus nombreuses à allaiter exclusivement que celles qui estimaient que c'était en rapport avec des facteurs génétiques ou avec des besoins trop élevés de leur bébé.

Cette étude présente des limitations. Les mères n'avaient pas été sélectionnées au hasard, et elles ne constituaient pas un échantillon représentatif de la population générale. Par ailleurs, certaines données étaient collectées de façon rétrospective. Elle confirme cependant l'importance de la perception qu'a la mère du soutien de sa famille sur la prévalence de l'allaitement exclusif, ainsi que le faible taux d'allaitement exclusif dans cette population. Elle permet également de constater que de nombreuses mères pensent que le manque de lait est en rapport avec des facteurs génétiques, ces mères étant plus nombreuses à allaiter partiellement. De gros efforts d'information et de soutien sont nécessaires.

Personnalité maternelle, lien mère-enfant, et durée de l'allaitement

The influence of maternal personality and risk factors for impaired mother-to-infant bonding on breastfeeding duration. Keller N et al. *Breastfeed Med* 2016 ; 11(10) : 532-7. Mots-clés : allaitement, personnalité maternelle, lien mère-enfant, facteurs périnataux.

De nombreux facteurs ont un impact sur les décisions maternelles en matière d'alimentation infantile : culturels, démographiques, socioéconomiques, périnataux et psychosociaux. Les études évaluant l'impact de la personnalité maternelle ont constaté que les femmes étaient plus enclines à allaiter lorsqu'elles étaient extraverties, peu anxieuses, émotionnellement stables, et plus confiantes en elles. L'allaitement est une compétence partiellement instinctive et partiellement apprise, et cet apprentissage pourra demander du temps dans certains cas. Des études ont constaté que le peau à peau immédiat après la naissance favorisait un bon démarrage de l'allaitement, et que tant le peau à peau que l'allaitement favorisaient la création du lien mère-enfant. Le but de cette étude croate était d'évaluer l'impact de la personnalité maternelle et du lien mère-enfant sur la durée de l'allaitement.

Les mères ont été recrutées à partir d'une consultation pédiatrique ayant un label Amie de l'Allaitement. Elles avaient un enfant de moins de 2 ans qu'elles avaient allaité, mais n'allaitaient plus au moment de l'étude. Elles ont répondu à un questionnaire pour recueil de données démographiques et socioéconomiques. Elles ont également complété l'échelle d'évaluation des marqueurs de la personnalité de Thompson (40 questions avec réponse sur une échelle de Likert à 5 points), ainsi que le Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ – 25 questions, réponses sur une échelle de Likert à 6 points).

Les données concernaient 303 mères. 74 % avaient accouché par voie basse, avec une analgésie pour 37,6 %. 10,2 % avaient accouché d'un prématuré, et 6 % de jumeaux. 96 % vivaient en couple, et > 40 % avaient un niveau élevé de scolarité. 61 % ont allaité pendant plus de 6 mois. Ces femmes avaient 1 à 6 enfants. 50 % ont repris une activité professionnelle à > 12 semaines post-partum. La durée de l'allaitement était corrélée à l'âge de la mère. Cette durée était plus courte chez les mères qui avaient accouché de jumeaux, et plus longue chez les mères qui avaient le niveau le plus élevé de scolarité. Les mères qui étaient chaleureuses et ouvertes allaitaient significativement plus longtemps, tandis que les mères présentant un névrosisme (anxiété, humeur changeante et/ou sentiment d'insécurité) allaitaient moins longtemps, même si l'impact de ce facteur était modeste. Concernant le lien mère-enfant, la durée de l'allaitement était plus courte lorsque la mère était anxieuse par rapport aux soins à donner à son bébé.

La maternité implique la nécessité d'apprendre de nouveaux comportements et de surmonter des difficultés telles que la privation de sommeil et la nécessité d'ajuster la relation de couple et les relations dans la famille. Il est donc logique que les femmes ouvertes, émotionnellement stables et ayant confiance en elles s'adaptent plus facilement à ces changements. Cette étude présente des limitations, à commencer par le caractère rétrospectif du recueil de la plupart des données. Elle permet toutefois de confirmer que la personnalité maternelle a un impact sur la durée de l'allaitement, ainsi que la qualité de la relation mère-enfant. Les tests utilisés pourraient permettre de dépister les femmes à haut risque de sevrage précoce, afin de mieux les soutenir. D'autres études sur le sujet sont nécessaires.

Stockage de lait humain pasteurisé non consommé

Storage of unfed and leftover pasteurized human milk. Meng T et al. *Breastfeed Med* 2016 ; 11(10) : 538-43. Mots-clés : lait humain, pasteurisation, consommation partielle, conservation.

De plus en plus de services de néonatalogie utilisent du lait humain pasteurisé provenant d'un lactarium. Les recommandations les plus courantes sont, après décongélation du lait pasteurisé, de le conserver à 4°C et de l'utiliser dans les 24 heures. Une étude récente a constaté que du lait humain pasteurisé, décongelé et stocké à 4°C ne présentait aucune prolifération microbienne pendant jusqu'à 9 jours. Augmenter la durée de conservation du lait humain permet de limiter le gaspillage d'une ressource d'autant plus précieuse qu'elle est limitée. Il serait donc utile d'en savoir davantage sur l'impact de diverses conditions de stockage du lait humain pasteurisé sur sa qualité microbienne et sur ses composants. L'objectif de cette étude pilote américaine était d'évaluer la contamination bactérienne et l'activité immunologique de lait humain pasteurisé avant consommation et de lait humain partiellement consommé, ayant donc été potentiellement exposé à la flore bactérienne buccale du nourrisson qui l'avait reçu au biberon ou à la tasse.

Dans un premier stade, 5 mères dont l'enfant était sorti de néonatalogie ont donné 85 à 110 mL de lait, qui a été immédiatement transféré au laboratoire d'analyse, et pasteurisé à 62,5°C pendant 30 min suivant les recommandations de la HMBANA. Le lait a ensuite été redonné aux mères afin qu'elles le donnent au biberon à leur bébé à leur domicile. Le lait restant dans les biberons a été réfrigéré et ramené dans une glacière au laboratoire, et réparti en aliquots. Le premier aliquot a été immédiatement analysé. Les autres ont été stockés à 4°C pendant 2, 4 et 6 jours, d'autres aliquots étant stockés à 24°C pendant 3, 6, 9 et 24 heures avant d'être analysés. Dans un second stade, 13 mères qui allaitait un bébé né à terme et en bonne santé âgé de 2 à 11 mois ont été incluses ; elles avaient déjà eu l'occasion de tirer leur lait, et leur bébé acceptait de prendre des biberons. On a demandé à ces mères d'exprimer tout le lait disponible dans un ou les deux seins jusqu'à obtention de 225 mL de lait, qu'elles ont congelé pendant au maximum 2 semaines avant son transport en glacière jusqu'au laboratoire. Ce lait a été réparti dans 2 récipients, pasteurisé comme décrit plus haut puis congelé. L'un des récipients de lait congelé a été rendu à la mère, afin qu'elle le donne à son bébé ; elle devait mettre le lait restant après le repas dans un biberon stérile, et le faire parvenir au laboratoire dans un paquet réfrigéré. Tous les échantillons ont été aliquotés ; certains ont été stockés à 4°C pendant 1, 3 5 et 7 jours, d'autres aliquots étant stockés à 24°C pendant 3, 6, 9 et 12 heures avant d'être analysés. Une analyse bactériologique a été effectuée dans tous les échantillons, dans lesquels ont également recherché le taux total de protéines, l'activité du lysozyme et celle des IgAs.

Dans le premier stade de l'étude, on ne constatait pas d'augmentation significative du nombre de bactéries entre 0 et 9 heures dans le lait pasteurisé non consommé par l'enfant et laissé à 24°C, mais ce nombre augmentait significativement entre 9 et 24 heures. Aucune prolifération bactérienne n'était constaté dans le lait placé à 4°C pendant les 6 jours du stockage. Dans le second stade, aucune prolifération bactérienne n'était constaté dans le lait pasteurisé avant consommation par l'enfant pendant les 12 premières heures du stockage à 24°C, ou pendant les 7 jours de stockage à 4°C. Comme on pouvait s'y attendre, le nombre de bactéries était plus élevé dans le lait non consommé par l'enfant que dans ce même lait avant consommation. Aucune prolifération bactérienne n'était constatée dans le lait laissé par l'enfant pendant les 9 premières heures de stockage, mais là encore une prolifération significative était constatée par la suite. À 4°C, le nombre de bactéries présentes dans le lait non consommé par l'enfant baissait avec le temps pendant les 7 jours à 4°C. Le stockage à 24°C du lait pasteurisé était corrélé à une baisse significative du taux total de protéines et de l'activité des IgAs, mais aucune modification du taux de protéines ou de l'activité du lysozyme ou de sIgAs n'était constatée pendant le stockage à 4°C pendant 7 jours. L'analyse groupée des échantillons provenant d'une même mère montrait que ce taux et cette activité était similaire dans les échantillons à chaque point du suivi.

Cette étude permet de penser qu'il est possible d'assouplir significativement les règles de stockage et d'utilisation du lait humain afin d'éviter le gaspillage. Concernant le lait maternel exprimé dans de bonnes conditions, immédiatement congelé, pasteurisé, puis décongelé, il semble se conserver correctement jusqu'à 12 heures à 24°C, et jusqu'à 7 jours à 4°C. Lorsqu'un biberon de lait a été partiellement consommé par l'enfant, il semble pouvoir être conservé jusqu'à 9 heures à 24°C, et jusqu'à 7 jours à 4°C (stockage qui permet une meilleure conservation des protéines). Si on souhaite minimiser encore plus le risque de contamination (don à un prématuré hospitalisé plus fragile), il est possible de conserver pendant seulement 3 heures à 24°C le lait pasteurisé non consommé, mais même avec une charge bactérienne plus élevée au départ, il pouvait sans risque être conservé à 4°C jusqu'à 7 jours. Cette étude n'a toutefois pas été menée dans les différents contextes observés en pratique dans les services de

néonatalogie, qui pourraient augmenter le risque de contamination bactérienne. D'autres études sont nécessaires pour augmenter nos connaissances en la matière.

Impact d'un vécu infantile négatif sur l'allaitement

The impact of a history of adverse childhood experiences on breastfeeding initiation and exclusivity : findings from a national population health survey. Ukah UV et al. Breastfeed Med 2016 ; 11(10) : 544-50. Mots-clés : vécu infantile négatif, allaitement, pratiques maternelles.

Au Canada, 89 % des femmes commencent à allaiter, mais seulement 26 % allaitent exclusivement jusqu'à 6 mois. De nombreux facteurs peuvent avoir un impact sur les décisions et pratiques maternelles. Un vécu négatif pendant l'enfance (négligence, maltraitance, stress chronique...) est relativement fréquent ; on estime que cela concerne environ 30 % de la population canadienne. Cela peut avoir un impact important sur la santé physique et mentale de l'individu. En particulier, des études permettent de penser que cela augmente le taux de complications pendant la grossesse et l'accouchement, et ces personnes sont plus souvent déprimées. Il est donc très probable que cela aura un impact négatif sur l'allaitement. Le but de cette étude était d'évaluer les relations entre un vécu infantile négatif et le taux de démarrage de l'allaitement, ainsi que le taux d'allaitement exclusif.

Elle a été menée auprès de mères vivant en Colombie Britannique, incluses dans une étude transversale sur la santé. Les auteurs ont sélectionné les femmes âgées de 18 à 55 ans qui avaient accouché dans les 5 années précédentes, et qui avaient répondu au questionnaire portant sur les facteurs de stress pendant l'enfance et à l'âge adulte, et qui avaient fourni les données nécessaires sur l'allaitement (allaitement : oui/non ; et durée de l'allaitement exclusif). Au total, toutes les données nécessaires ont été réunies pour 633 femmes. Les auteurs ont pris en compte les données démographiques et socioéconomiques, afin de mener une analyse multivariée.

Les mères avaient 18 à 49 ans. 70,3 % avaient un niveau universitaire de scolarité, 68,6 % étaient d'origine européenne, 72,5 % étaient mariées, et 45,6 % avaient un niveau socioéconomique supérieur à la moyenne. 96,8 % des mères ont allaité, et 42,8 % ont allaité exclusivement jusqu'à 6 mois. 363 femmes ont rapporté un vécu infantile négatif. Le taux de démarrage de l'allaitement était de 96,7 % chez ces femmes, et de 97 % chez les femmes n'ayant pas eu de vécu négatif. Le taux d'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois était respectivement de 36,6 % et 46,7 %. Les principales sources de stress infantile étaient le divorce des parents (23,5 %), un bouleversement majeur dans la vie pendant l'enfance (26,8 %), la toxicomanie et/ou l'alcoolisme parental (16,4 %), et les sévices physiques (11,8 %). Aucun de ces facteurs n'avait en soi d'impact indépendant significatif sur le taux de démarrage de l'allaitement. En revanche, le taux d'allaitement exclusif à 6 mois était environ 2 fois plus bas chez les mères qui faisaient état d'un vécu infantile négatif après correction pour les autres variables. Les autres facteurs positivement corrélés à ce taux étaient un âge maternel plus élevé et un niveau plus élevé de scolarité.

Le taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois était plus élevé dans cette étude que le taux constaté à l'échelle nationale au Canada lors d'enquêtes précédentes, mais il est proche de celui constaté en Colombie Britannique. Le principal point fort de cette étude est qu'elle prenait en compte diverses formes de stress pendant l'enfance sur la santé d'une population importante, même si certaines formes de stress (abus physiques ou sexuels) ont un impact négatif plus important que d'autres. Son principal point faible est sa méthodologie transversale. Les résultats de cette étude permettent toutefois de penser qu'un vécu stressant pendant l'enfance a un impact négatif sur la durée de l'allaitement exclusif à l'âge adulte. L'absence d'impact mesurable sur le taux de démarrage de l'allaitement pourrait être en lien avec le fait que la plupart des services de maternité canadiens appliquent les conditions de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés. Il serait utile de dépister les femmes ayant subi des situations stressantes pendant l'enfance, afin de les soutenir efficacement.

Impact de la lyophilisation sur le taux lacté de nutriments, de polyphénol et d'oxydants

The effect of freeze-drying on the nutrient, polyphenol, and oxydant levels of breast milk. Cortez MV, Soria EA. *Breastfeed Med* 2016 ; 11(10) : 551-4. Mots-clés : lait humain, lactariums, lyophilisation, nutriments, stress oxydatif.

La stratégie la plus couramment utilisée par les lactariums pour conserver le lait humain est la congélation, mais la lyophilisation est une autre possibilité intéressante. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact de la lyophilisation sur la conservation à long terme du lait humain, ainsi que sur son taux de nutriments, de polyphénols et de marqueurs oxydatifs.

Elle a été menée auprès de 116 femmes vivant à Córdoba (Argentine) qui avaient accouché à $38,3 \pm 0,2$ semaines de gestation, et qui allaitaient un enfant de < 6 mois. Elles étaient en bonne santé, leur sérologie était négative pour les infections recherchées chez les donneuses, elle ne prenaient pas de traitement médical ou de nutraceutiques. Elles avaient $28 \pm 5,9$ ans, étaient d'origine caucasienne, et avaient un poids normal. Des échantillons de 10 mL de lait ont été collectés selon des règles d'hygiène précise et dans un récipient stérile. Ils ont été entreposés à 4°C pendant 24 heures, puis ont été répartis en 4 fractions. La 1^e a été immédiatement analysée (F1). La 2^e a été congelée pendant 6 mois à -80°C (F2), la 3^e a été lyophilisée sur 24 heures à $\leq -70^{\circ}\text{C}$ et $\leq 1,33$ Pa (F3), puis conservée pendant 6 mois à 4°C , et la 4^e a été lyophilisée sur 24 heures à $\leq 70^{\circ}\text{C}$ et $\leq 1,33$ Pa, puis congelée pendant 6 mois à -80°C (F4). Après leur délai de conservation, les 3 dernières fractions ont été ramenées à température ambiante, les échantillons lyophilisés ont été reconstitués, et ils ont été analysés. On a recherché le taux de protéines, de glucose, de triglycérides et de polyphénols par spectrophotométrie ; le taux de nitrites a été utilisé comme marqueur oxydatif, et recherché avec le réactif de Griess. On a également recherché le taux d'anions superoxyde et l'activité de la gamma-glutamyl transpeptidase en tant que marqueur de l'activité enzymatique. Toutes les analyses ont été effectuées à plusieurs reprises sur chaque échantillon, et la moyenne des résultats a été calculée.

Le taux de protéines était similaire dans tous les échantillons, sauf dans les échantillons F3, dans lesquels ce taux était 2 fois plus bas. Le taux de triglycérides était similaire dans les échantillons F1 et F4, il était significativement plus élevé dans les échantillons F2 et significativement plus bas dans les échantillons F3. Le taux de glucose était similaire dans les échantillons F1 et F4, il était plus bas dans les échantillons F3 et encore plus bas dans les échantillons F2. Le taux de polyphénols était le plus élevé dans les échantillons F2, et le plus bas dans les échantillons F3. Le taux de nitrites était le plus élevé dans les échantillons F2 et le plus bas dans les échantillons F4. Le taux d'anions superoxyde était le plus élevé dans les échantillons F3 et le plus bas dans les échantillons F1. Le taux de lipoperoxydes était le plus élevé dans les échantillons F2 et le plus bas dans les échantillons F1. Le taux d'hydroperoxydes était le plus élevé dans les échantillons F2 et le plus bas dans les échantillons F4. L'activité de la gamma-glutamyl transpeptidase était plus ou moins conservée dans les échantillons F2, F3 et F4 par rapport au lait frais.

Le taux lacté de polyphénols était plus élevé chez ces mères que ce qui avait été constaté dans d'autres populations. Le taux de protéines était similaire au taux habituellement constaté, ainsi que le taux de triglycérides. Le taux de glucose était plus élevé dans le lait frais, mais cela pourrait être en rapport avec un début de digestion du lactose dans le lait frais maintenu pendant 24 heures à 4°C . Le taux de protéines était fortement abaissé par la lyophilisation non suivie d'une congélation ; il est donc possible que le taux minime d'humidité persistant après la lyophilisation permette un certain degré de digestion des protéines. La lyophilisation bloquait la prolifération microbienne. Si la congélation et la lyophilisation bloquaient l'oxydation, la congélation du lait lyophilisé ne présentait pas de bénéfices supplémentaires de ce point de vue. La lyophilisation semble donc une bonne alternative pour le stockage du lait par les lactariums. Il préserve correctement les propriétés du lait humain, son taux de polyphénols et ses capacités anti-oxydantes, moyennant un traitement de 24 heures, suivi d'un stockage selon les pratiques habituelles dans les lactariums.

Drainage d'abcès du sein volumineux guidé par échographie

Ultrasound-guided percutaneous catheter drainage of large breast abscesses in lactating women : how to preserve breastfeeding safely. Falco G et al. Breastfeed Med 2016 ; 11(10) : 555-6. Mots-clés : lactation, abcès du sein, drainage, échographie.

L'abcès du sein est une complication rare mais sérieuse de la mastite ou d'un canal lactifère bouché. Le traitement optimal des abcès du sein reste un sujet de controverse, en particulier lorsque l'abcès est volumineux. Dans ce dernier cas, le traitement recommandé est le drainage chirurgical sous anesthésie générale, stratégie impliquant une séparation mère-enfant, une longue durée de cicatrisation, et un résultat esthétique éventuellement peu satisfaisant. Plus récemment, on a décrit une technique de drainage par ponction guidée par échographie pour le traitement des abcès peu volumineux, nettement moins invasive et préservant l'allaitement. Les auteurs présentent une stratégie de gestion des abcès du sein volumineux par ponction guidée par échographie.

Entre mars 2014 et mai 2016, les auteurs ont suivi 34 femmes référées à leur consultation hospitalière de Reggio Emilia (Italie) suite au diagnostic d'un abcès du sein. Toutes ces femmes ont été examinées afin de déterminer la faisabilité d'un drainage par ponction transcutanée, guidé par échographie. Toutes présentaient un abcès faisant ≥ 3 cm de diamètre. Une anesthésie locale a été effectuée (injection de 10 cc de lidocaïne à 2 %). Une incision d'environ 5 mm a été pratiquée pour passer le cathéter, qui a été inséré jusque dans la cavité de l'abcès, la progression étant suivie par échographie. Le cathéter disposait d'une valve à 3 clapets, permettant de diriger le pus dans un sac, puis d'envoyer à 3 à 5 reprises une solution saline stérile dans la cavité pour l'irriguer. Le cathéter a ensuite été fixé à la peau. Les femmes sont restées hospitalisées pendant environ 2 heures. Elles sont revenues tous les 2 jours en consultation pour une nouvelle irrigation, jusqu'à cessation d'un écoulement purulent et disparition de la cavité à l'échographie. Les mères ont par ailleurs été vivement encouragées à poursuivre l'allaitement avec le sein non touché, et à tirer leur lait du côté touché. On leur a prescrit du paracétamol pour la douleur, ainsi que de l'ampicilline.

Les femmes avaient 18 à 37 ans. 23 étaient primipares. La bactériologie était négative chez 10 femmes. Elle retrouvait un Staphylocoque doré chez 16 femmes, et un Staphylocoque epidermidis chez 8 femmes. La cytologie était négative pour les cellules malignes chez toutes les femmes. Le diamètre de l'abcès allait de 3,3 à 9,7 cm, et le volume de pus drainé lors de l'aspiration allait de 25 à 70 mL. Une amélioration clinique a été constatée chez toutes les femmes immédiatement après le drainage. Le cathéter a été laissé en place pendant 10 à 28 jours. Aucune complication n'a été constatée, et aucune récurrence n'est survenue. Cette procédure s'est avérée efficace, sans danger, peu coûteuse, et bien tolérée par les femmes, et il semble donc possible de la recommander en première intention, en particulier chez les mères qui ne souhaitent pas suspendre leur allaitement. Il serait nécessaire de mener une étude randomisée portant sur un nombre plus important de femmes afin d'évaluer l'intérêt de cette méthode de drainage par rapport à un drainage chirurgical chez des femmes présentant un abcès volumineux.

Impact de la congélation et du réchauffage sur le taux lacté de CMV chez des mères de prématurés

Evaluation of the freeze-thawing method in reducing viral load of cytomegalovirus in breast milk of mothers of preterm infants. Hosseini MB et al. *Breastfeed Med* 2016 ; 11(10) : 557-60. Mots-clés : prématurés, lait maternel, CMV, congélation, chauffage.

Le cytomégalovirus (CMV) est un virus de la famille des herpès virus, et il est très fréquemment transmis par voie verticale. 50 à 90 % de la population adulte a été contaminé par le CMV. La transmission verticale chez les nourrissons à terme est habituellement bénigne, mais elle peut induire des infections sévères chez les très grands prématurés nés à < 1000 g. Pasteuriser le lait maternel comme le font les lactariums permet de détruire le CMV, mais il n'y a pas de lactariums en Iran. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact d'une congélation suivie d'un réchauffage sur le taux lacté de CMV.

Cette étude en simple aveugle a été menée auprès de femmes dont l'enfant était hospitalisé dans le service de néonatalogie du CHU de Tabriz (Iran). Ils étaient nés à < 32 semaines de gestation et/ou < 2 000 g, les mères étaient séropositives pour le CMV, et elles voulaient allaiter. Parmi les 169 mères chez qui le statut pour le CMV a été recherché, 29 étaient séropositives. 2 à 6 semaines après leur accouchement, elles ont donné 10 mL de lait pour recherche de l'ADN du CMV par PCR, et ce avant et après congélation à -20°C pendant 72 heures. Après 3 jours de congélation, le lait a été ramené à 4°C pour une nouvelle PCR. Tous les enfants de ces mères ont été suivis pendant les 3 premiers mois post-partum sur le plan d'une contamination par le CMV, dont l'ADN a été recherché par PCR dans les urines des enfants.

Ces derniers étaient nés à $30,6 \pm 0,8$ semaines, avec un poids de $1\ 746 \pm 145$ g. Parmi les 29 mères séropositives pour le CMV, la PCR pour le CMV dans le lait était positive chez 25 mères. Avant congélation du lait, la charge virale lactée pour le CMV était de 76 ± 34 copies/ μ L. Après congélation et décongélation, la PCR devenait négative dans le lait de 21 mères, et restait positive dans le lait de 4 mères, avec une charge virale de $6,75 \pm 4,34$ copies/ μ L, soit une charge virale beaucoup plus basse que dans le lait frais. Parmi les 25 enfants dont la mère excréta du CMV dans son lait, la PCR pour le CMV est devenue positive pour les urines de 2 enfants. L'un d'entre eux a présenté une hyperbilirubinémie prolongée et isolée ; il était né à 26 semaines avec un poids de 980 g, la mère ayant présenté une éclampsie sévère. Il ne présentait aucune séquelle à 3 mois post-partum. L'autre enfant était né à 28 semaines avec un poids de 1 200 g ; s'il a présenté de légères anomalies hépatiques, cela ne s'est accompagné d'aucun signe clinique d'infection.

Cette étude montre que la congélation pendant 3 jours éliminait le CMV dans la majorité des échantillons de lait, et l'abaissait de façon importante dans les autres échantillons donnés par des mères qui en excrétaient dans leur lait. Globalement, cette stratégie abaissait de 99 % le potentiel de contamination par le CMV du lait maternel (en particulier lorsque la charge virale lactée est basse), tout en préservant beaucoup mieux certains composants précieux du lait maternel que la pasteurisation. Le suivi des enfants qui ont été contaminés se poursuit actuellement.

Impact sur l'allaitement des tocolytiques pris pendant la grossesse

The association of prenatal tocolysis and breastfeeding duration. Bjelakovic L et al. Breastfeed Med 2016 ; 11(10) : 561-63. Mots-clés : grossesse, tocolytiques, allaitement.

Les bêta-mimétiques sont couramment prescrits comme tocolytiques en cas de risque de fausse couche ou d'accouchement prématuré. Il semble toutefois qu'ils puissent avoir un impact négatif sur la production lactée, tout au moins chez les brebis. Le but de cette étude était de rechercher les relations entre l'utilisation de bêta-mimétiques à visée tocolytique et la durée de l'allaitement.

Cette étude transversale serbe a été menée auprès de 135 mères venues avec leur bébé en consultation pédiatrique pour une visite de suivi en routine. Elles ont répondu à un questionnaire, portant entre autres sur l'utilisation d'un tocolytique pendant la grossesse et sur leurs pratiques d'allaitement.

114 mères ont fourni toutes les données nécessaires. 99 femmes n'avaient pas pris de tocolytiques, et 15 en avaient pris. 12 avaient été traitées par hexoprénaline, et 3 par génotérol. 8 femmes avaient également pris du vérapamil, et 3 femmes avaient été traitées par sulfate de magnésium. Chez toutes ces femmes sauf une (souffrant de placenta praevia), le traitement tocolytique avait été prescrit devant la survenue de saignements vaginaux et/ou de douleurs abdominales. Chez 6 mères, le traitement a été débuté dès le 1^{er} trimestre de la grossesse, pendant le 2^e trimestre chez 4 mères, et pendant le 3^e trimestre les autres mères. Ces mères ont donc été traitées pendant 1 semaine à 7 mois. Toutes ont été traitées per os, et 3 ont également été traitées par perfusions. Les femmes ayant reçu des tocolytiques ont allaité pendant $4,5 \pm 2,1$ mois, contre $9,5 \pm 5,7$ mois chez les autres mères. Parmi les 15 mères traitées, les raisons données pour arrêter l'allaitement étaient le manque de lait dans 12 cas, raison rapportée par seulement 18 des 99 mères n'ayant pas eu de traitement tocolytique. La perception d'une production lactée insuffisante était donc beaucoup plus fréquente chez les mères ayant reçu des bêta-mimétiques à visée tocolytique pendant leur grossesse.

Cette étude présente des limites : elle n'était pas randomisée ni prospective, et elle présente donc les biais inhérents à ce type d'étude. La relation pourrait être de corrélation inverse et non de cause à effet. Les mères ayant nécessité un traitement tocolytique pourraient en effet présenter un problème anatomique ou hormonal ayant un impact sur l'allaitement. Par ailleurs, elle portait sur un petit nombre de femmes. Cependant, et dans la mesure où les tocolytiques semblent susceptibles d'avoir un impact négatif sur la lactation en expérimentation animale, il serait nécessaire de faire d'autres études sur le sujet, portant sur un nombre plus important de femmes avec un suivi prospectif.