

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 précoce par rapport à l'enfant né à terme, une observation étroite et un

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

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 téteront 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

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

- 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, Bettegowda 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 galactagogues 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