

Idées fausses sur l'allaitement

Communication de P. Bitoun, hôpital Jean-Verdier, Bondy
lors de la journée organisée par AREPEGE et Médecine et enfance, septembre 2000, Paris
Rédaction : Dr C. Le Flochmoan

Les idées fausses sur l'allaitement maternel sont légion, et les médecins ne sont pas les derniers à les propager, sans le savoir, par méconnaissance du sujet. L'objectif de cette communication est la prévention des échecs précoces de l'allaitement par la correction des erreurs les plus fréquentes. En France, près de la moitié des femmes échouent dans leur projet d'allaitement, et ce dès la première semaine. Cette donnée souligne l'importance de la correction des erreurs dès la première consultation.

L'ALLAITEMENT MATERNEL, PROTECTION POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT

Outre l'intérêt évident de l'allaitement maternel dans l'établissement de la relation mère-enfant, l'allaitement au sein protège l'enfant, non seulement contre les infections gastro-intestinales et respiratoires (otites), mais aussi contre les infections méningées. Des études ont également montré que le taux de décès par mort subite du nourrisson était plus faible chez les enfants allaités au sein. L'allaitement maternel pourrait aussi protéger, à long terme, contre certaines affections auto-immunes telles que la maladie cœliaque, la maladie de Crohn ou le diabète insulino-dépendant ; allergies, asthme et eczéma semblent également moins fréquents chez les enfants ayant été nourris au sein.

Mais l'allaitement maternel est également intéressant pour la mère. Les hormones de la lactation protégeraient contre les cancers de l'ovaire et du sein, et la lactation aurait également un effet protecteur de l'anémie du postpartum et du baby blues. Par ailleurs, des études ont montré que les fractures du col du fémur sont moins fréquentes chez les femmes qui ont allaité que chez les autres ; cet effet surprenant serait lié

à une dynamisation du métabolisme phosphocalcique. Enfin, l'allaitement exclusif jour et nuit est un moyen de contraception relativement efficace (98 %), pendant les six premiers mois et en l'absence de retour de couches (une contraception par pilule progestative pure est cependant possible et conseillée, car les progestatifs ne passent que peu ou pas dans le lait et n'interfèrent pas).

IL NE FAUT PAS CROIRE QUE...

Mes seins sont trop petits et je ne produis donc pas assez de lait pour mon bébé !

Un sein est constitué du même nombre d'unités sécrétoires (environ quinze), quel que soit son volume. La taille des seins ne dépend que de l'épaisseur du plicule adipeux constituant le reste du sein. Toutes les femmes ont donc pratiquement la même capacité de production de lait.

Il ne faut donner qu'un seul sein par tétée afin de réserver l'autre à la tétée suivante.

Le lait est produit instantanément par

L'allaitement maternel est avant tout une relation affective, une relation d'amour, entre la mère et son enfant, mais cette relation ne peut être pleinement vécue que si elle se fait dans le plaisir, sans angoisse, et si elle est librement choisie. Une bonne information et la correction précoce des erreurs sont les garants d'un allaitement maternel réussi.

les deux seins, tout au long de la tétée ; le sein n'est pas un réservoir ! Il faut au contraire que l'enfant tète les deux seins afin de stimuler au maximum la lactation et d'assurer une bonne galactogénèse. L'enfant doit téter jusqu'à ce qu'il lâche le sein, puis on doit lui proposer l'autre sein avant de le coucher. Cela est capital au début, car les tétées fréquentes des deux seins assurent la synthèse d'un grand nombre de récepteurs de la prolactine dans les membranes des cellules glandulaires.

Quand un nourrisson tète mal, on peut l'aider en pressant l'aréole entre deux doigts, pour faire couler le lait

Cette attitude fréquente ne fait qu'empêcher l'écoulement du lait, en bloquant les sinus. Tout au plus peut-on parfois aplatir un peu le sein si le nou-

RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Le sein est constitué d'un réseau sanguin et lymphatique qui apporte aux acini glandulaires des éléments nutritifs (vitamines et sels minéraux) et immunitaires entrant dans la constitution du lait. Des cellules myoépithéliales ensèrent ces acini, d'où partent des canaux galactophores qui se prolongent par les sinus galactophores situés sous l'aréole du sein. L'aréole contient des fibres et des récepteurs sensibles à l'étirement.

La lactation fait appel à deux mécanismes :

- un mécanisme neurohormonal : l'étirement de l'aréole par la succion du bébé entraîne la sécrétion, par l'antéhypophyse, de prolactine, qui elle-même déclenche la production de lait par l'épithélium glandulaire des acini des deux seins ;
- un mécanisme psychosomatique : la stimulation du mamelon entraîne également la sécrétion d'ocytocine par l'hypothalamus. Cette ocytocine est stockée dans la posthypophyse et sa sécrétion est stimulée secondairement par le bien-être de la mère (elle est inhibée en cas de douleur, angoisse, etc.). L'ocytocine est responsable du réflexe d'éjection du lait des sinus galactophores, par contraction du tissu myoépithélial ; le réflexe se produit au niveau des deux seins (ce qui explique que, lors d'une tétée, le sein non tété par l'enfant puisse se mettre à couler). Ce réflexe d'éjection du lait est un réflexe affectif, qui intervient au cours de la tétée ou même avant, stimulé par la voix ou la vue du bébé.

veau-né a une petite bouche (pour qu'il ait bien tout le mamelon en bouche).

L'allaitement est une activité innée, et la mère et l'enfant trouveront spontanément comment faire.

L'allaitement est un geste culturel « appris » par la fillette en observant les femmes qui l'entourent en train d'allaiter. Dans nos sociétés, où la culture du biberon est dominante et l'allaitement un acte « caché », les jeunes mères n'ont pratiquement jamais vu une mère allaiter. Il est donc essentiel de savoir les conseiller. Il faut notamment apporter un soin tout particulier à la position de la mère et de l'enfant lors de l'allaitement.

La prise du sein : l'enfant doit avoir la bouche grande ouverte (pour l'aider, il suffit de placer le mamelon en dessous du milieu de sa lèvre inférieure, et le nourrisson ouvre alors la bouche). La langue en bas, le bébé doit prendre la plus grande partie de l'aréole.

La position de la mère et de l'enfant : la mère doit être assise, un peu en arrière, les pieds surélevés ; un oreiller placé sous son bras lui permettra de maintenir facilement son bébé dans la bonne position. Il est préférable que le bébé

soit nu, allongé contre le ventre également nu de sa mère. Il faut que la mère serre le bébé bras écartés contre elle, pour éviter qu'il ne pousse avec ses mains et ne s'écarte d'elle, risquant ainsi de mal prendre le mamelon, avec, à terme, constitution de crevasses.

L'allaitement fatigue la mère.

Ce n'est pas l'allaitement mais l'accouchement puis l'ensemble des soins et le manque de sommeil qui fatiguent la mère. Il est sûrement plus fatigant de préparer un biberon à 2 heures du matin que de mettre l'enfant au sein. Des études ont également montré qu'une mère allaitante dormait mieux qu'une mère non allaitante. Cet effet est certainement lié à la production d'endorphine et d'ocytocine, deux hormones sécrétées au cours de la lactation et qui ont pour effet d'augmenter la durée du sommeil paradoxal.

A la naissance, il faut prendre l'enfant pour le laver avant de le donner à sa mère.

Dès la naissance, le bébé est plus ou moins éveillé, mais c'est tout de suite qu'il faut le mettre au sein. Par ailleurs, l'odeur du savon peut perturber ses capacités d'apprentissage, car c'est l'olfac-

tion qui guide l'enfant dans la tétée. Il suffit donc d'essuyer l'enfant avant de le mettre rapidement au sein, tout contre sa mère, recouvert d'un linge chaud et sec.

A la naissance, avant toute chose, il faut désobstruer l'enfant.

En l'absence d'encombrement pathologique, la seule désobstruction qui ait fait la preuve de son efficacité est celle pratiquée immédiatement après la sortie de la tête, avant même que le nourrisson ait fait sa première inspiration. Aucune étude n'a pu montrer l'intérêt d'une désobstruction systématique plus tardive.

A la naissance, il est préférable d'habiller le bébé pour éviter qu'il n'ait froid.

Le ventre de la mère est la meilleure couveuse pour l'enfant ; sa température suffit à éviter tout risque d'hypothermie. Ce contact prolongé avec la peau de la mère (pas seulement le temps de la photo) est un élément important du premier lien mère-enfant. Des études ont montré que l'absence de ce premier contact était corrélée à un risque accru d'échec de l'allaitement. Ce contact représente enfin la meilleure prévention contre les infections nosocomiales : la colonisation bactérienne de la peau du nouveau-né se fait ainsi par les germes de la mère et non par les germes de la maternité !

A la maternité, il est préférable de garder le bébé à la nurserie la nuit, pour permettre à la mère de se reposer.

D'une part, il n'est pas donné à toutes les mères de bien se reposer la nuit sans la présence de leur nouveau-né, surtout si on ne leur a pas donné le choix ! D'autre part, les tétées nocturnes assurent une plus forte sécrétion de prolactine et donc une meilleure production de lait. Ces tétées sont donc essentielles au mo-

ment où la lactation se met en place, et d'autant plus si elle a du mal à s'établir.

On peut donner un biberon si besoin, en particulier pour éviter l'hypoglycémie.

C'est inutile, car il n'existe aucun risque d'hypoglycémie chez le nouveau-né sain à terme allaité à la demande. De plus, cela peut être néfaste : donner un biberon peut perturber l'apprentissage de l'allaitement (confusion sein-tétine) ; c'est d'autre part le meilleur moyen pour aboutir à une inadéquation entre la production de lait et les besoins de l'enfant. Enfin, la flore intestinale de l'enfant allaité est différente : faite exclusivement de lactobifidus, elle le protège contre les gastroentérites ; la prise d'un seul biberon (de lait de vache ou d'eau) peut la détruire.

Il faut limiter la durée et la fréquence des tétées pour éviter les crevasses.

Les crevasses sont principalement dues à une mauvaise prise du mamelon ou à une mauvaise position.

La durée des tétées n'est absolument pas corrélée à l'apparition de crevasses, si l'enfant tète bien. Par ailleurs, si la tétée est trop brève, il n'y a pas ou peu de production d'ocytocine, donc pas ou peu de production de lait gras de fin de tétée, et l'enfant aura faim. En effet, le lait précoce ne contient que peu de matière grasse ; riche en eau et en lactose, il sert principalement à réhydrater l'enfant (si les tétées sont trop courtes, les selles sont vertes et l'enfant présente des gaz). Après la production d'ocytocine et l'apparition des réflexes d'éjection du lait, la composition du lait se modifie, et le lait devient plus gras et plus calorique, permettant ainsi à l'enfant de se rassasier (les selles sont alors plutôt jaunes et grumeleuses).

Un grand nombre de tétées n'est pas non plus corrélé à l'apparition de crevasses. Plus l'enfant tète souvent et longtemps dans les premiers jours, plus le nombre de récepteurs à la prolactine

est élevé et plus les capacités de production de lait sont bonnes. En revanche, un nombre faible de tétées est une source fréquente d'échec de l'allaitement maternel.

Il faut donner des biberons d'eau sucrée en cas d'ictère à bilirubine libre.

Le fait de boire de l'eau, sucrée ou non, ne sert à rien et majore même le taux de bilirubine chez les nouveau-nés allaités. L'augmentation de la fréquence des tétées est le meilleur moyen de guérir l'ictère (car la bilirubine libre est éliminée dans les selles et non pas dans les urines).

La mise au sein doit être précoce, sauf chez la femme césarisée.

La femme césarisée peut très bien allaiter dès qu'elle est éveillée et s'en sent capable, mais il faudrait qu'on le lui propose et qu'on l'aide un peu pour les premières mises au sein. Cette attitude peut permettre à la femme qui pense avoir « raté » la mise au monde de son enfant de retrouver la confiance en ses capacités de mère par la réussite, ici capitale, de l'allaitement.

Si l'allaitement ne marche pas, c'est que la mère ne le désire pas vraiment.

La plupart du temps, la mère n'a pas été assez soutenue et conseillée dans les premiers jours. Le manque de lait est le plus souvent corrélé à une insuffisance des tétées en fréquence et/ou en durée ou à une mauvaise position. Plus rarement, l'échec est lié à une maladie du bébé (hypotonie, somnolence iatrogène) ou de la mère (reliquat placentaire, hypothyroïdie ou diabète méconnus, pilule oestroprogestative).

Si, vers trois ou quatre mois, la prise de poids stagne, c'est que le lait maternel est insuffi-

sant et qu'il faut compléter l'alimentation.

La croissance pondérale des bébés allaités exclusivement au sein est différente de celle des enfants nourris au lait de vache, mais nous ne disposons toujours pas de courbe spécifique utilisable en France (les seules courbes disponibles, publiées en 1991, ont été établies sur une population de bébés californiens). La croissance pondérale des bébés nourris au sein est plus rapide les trois premiers mois et plus lente après trois ou quatre mois. A cette période, la courbe de poids peut s'infléchir en dessous du 50^e percentile, tandis que les courbes de la taille et du périmètre crânien restent identiques à celles des enfants nourris au lait de vache (la courbe des filles peut même s'infléchir jusqu'au 25^e percentile). Ce type de courbe est normal chez le nourrisson sain allaité exclusivement au sein et, pour le Dr Bitoun, c'est une erreur médicale que de vouloir compléter par des biberons ou en diversifiant l'alimentation. Par ailleurs, plusieurs études ont corrélé la multiplication par 2 du nombre des otites récidivantes (plus de 2 par an) à l'introduction avant six mois de lait artificiel ou de tout autre aliment chez le bébé nourri au sein.

Mon lait est clair, il n'est donc pas assez nutritif.

Le lait de femme est toujours clair, opalescent. Durant les deux ou trois premiers jours, les seins produisent du colostrum, dont la couleur est liée à sa richesse en vitamine A. La lactation s'établit ensuite avec production d'un lait de transition opalescent en début de tétée et plus jaune et plus riche en graisse en fin de tétée. La lactation mature se met en place à environ trois semaines.

QUESTIONS DE LA SALLE

Que faire en cas d'engorgement mammaire ?

Vers la troisième jour, il est physiologique que les seins soient parfois tendus

par l'afflux de liquides extracellulaires vers le sein, et il faut prévenir l'engorgement par des tétées fréquentes ou des massages.

Au-delà de la première semaine, l'engorgement se manifeste par des tensions douloureuses d'un ou des deux seins. La cause en est le plus souvent une tétée sautée ou un enfant qui dort trop. La mère doit savoir que si elle a trop de lait, il faut qu'elle réveille son enfant. Un soutien-gorge trop serré, l'obstruction d'un canal galactophore peuvent aussi être en cause.

Il faut que la mère :

- fasse téter en priorité et le plus souvent possible le sein engorgé ;
- alterne douche chaude et compresses froides ;
- masse le sein et l'aréole ;
- se repose.

Au stade suivant, une zone érythémateuse ronde et chaude marque l'installation d'une cellulite sous-cutanée ; la mère présente des courbatures, des crampes, de la fièvre et est, la plupart du temps, traitée pour syndrome grip-pal ! En l'absence d'un traitement adéquat, une lymphangite peut se développer dans les jours qui suivent.

Il faut :

- augmenter la fréquence des tétées du sein engorgé et orienter le menton de l'enfant dans l'axe de la zone érythémateuse (ce qui aboutit parfois à des positions étranges), qui sera ainsi la mieux drainée ;
- si aucune amélioration ne survient à 48 heures : antibiothérapie antistaphy-

lococcique type Orbénine® 2 g/j (l'amoxicilline n'est pas efficace), à laquelle on adjoindra parfois le prélèvement du lait et une interruption des tétées de ce sein pendant 24 heures.

Que faire en cas d'hyperthermie maternelle d'origine incon-nue ?

Ne pas interrompre l'allaitement, car le lait contient de nombreux anticorps, lymphocytes et macrophages, et ne présente a priori aucun danger pour l'enfant.

Tabac et allaitement ?

Le fait de fumer ne contre-indique pas l'allaitement, mais la nicotine passe dans le lait et peut être à l'origine de coliques du nourrisson. Allaiter et fumer un peu nous paraît un moindre mal que nourrir son bébé au lait de vache et fumer beaucoup. Si la mère ne peut arrêter le tabac, il est préférable de lui conseiller de fumer après les tétées et, bien sûr, le moins possible.

Que faire quand un allaitement mixte a été instauré à la maternité ?

Si la mère désire allaiter, il faut tenter de supprimer progressivement les biberons sur une semaine, sinon la lactation risque de ne pas satisfaire les besoins du bébé. Cependant, une fois la lactation bien en place, un allaitement avec complé-ment est possible pendant des se-

maines et même des mois, ce qui peut être intéressant au moment de la reprise du travail de la mère.

Que faire en cas de mamelons ombiliqués ?

L'enfant tète l'aréole et non le mamelon, et la plupart du temps le mamelon se met en érection quand l'enfant tète. Les véritables mamelons ombiliqués sont exceptionnels ; dans ces cas, il suffit de veiller à ce que l'enfant ouvre bien grand la bouche avant de prendre le sein.

Comment procéder quand il s'agit de jumeaux ?

Le plus simple est d'essayer de synchroniser les enfants pour les mettre ensemble à téter, un à chaque sein ; le réflexe d'éjection du lait, lié à l'ocytocine, permet à l'un de se reposer quand l'autre tète ; cette façon de procéder est aussi plus reposante pour la mère, car le nombre des tétées est le même qu'avec un enfant unique.

Hépatites B et C et allaitement ?

Aucune des études menées à ce jour n'a pu montrer qu'il existait un risque de transmission à l'enfant du virus de l'hépatite C. Il est donc possible d'autoriser l'allaitement. En cas d'hépatite B maternelle, on injecte au bébé des gammaglobulines spécifiques dès la naissance et on vaccine en même temps.

Références

BIRCH E. et al. : « Breastfeeding and optimal visual development », *Journal of Ophthalmology and Strabismus*, 1993 ; 30 : 33-38.
 BUHL M. et al. : « Epidemiologic findings concerning the incidence of caries in the deciduous dentition of infants », *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 1986 ; 41 : 1038-1042.
 COMMINGS R.G., KLINEBERG R.J. : « Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fracture in elderly women », *International Journal of Epidemiology*, 1993 ; 2 (4) : 684-691.
 DAVIS M.K. et al. : « Infant feeding and childhood cancer », *The Lancet*, 1988 ; 2 : 365-368.
 DE FREITAS C.L. et al. : « Breastfeeding and malnutrition in rural areas of northern Brazil », *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1986 ; 20 (2) : 138-146.
 DUNCAN B. et al. : « Exclusive breastfeeding for at least 4

months protects against otitis media », *Pediatrics*, 1993 ; 91 (5) : 867-872.
 GENDREL D. et al. : « Allaitement maternel et parasites intestinaux », *Arch. fr. Pédiatr.*, 1988 ; 45 : 399-401.
 KENNEDY K.J., VISNESS C.M. : « Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea », *The Lancet*, 1992 ; 339 : 227-230.
 LABBOK M.H., HENDERSHOT G.E. : « Does breastfeeding protect against malocclusion ? An analysis of the 1981 child health supplement of the National Health Interview Survey », *American Journal of Preventive Medicine*, 1987 ; 3 (4) : 227-232.
 LUCAS A. et al. : « Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm », *The Lancet*, 1993 ; 339 : 261-264.
 MITCHEL E.A. et al. : « Results from the first year of the New Zealand cot death study », *New Zealand Medical Journal*, 1991 ; 104 : 71-76.
 PISACANE A. et al. : « Breastfeeding and urinary tract infection », *J. Pediatr.*, 1992 ; 120 (1) : 87-89.
 PISACANE A. et al. : « Breastfeeding and multiple sclerosis »,

BMJ, 1994 ; 308 : 1411-1412.
 ROGAN W.J., GLADEN B.C. : « Breastfeeding and cognitive development », *Early Human Development*, 1993 ; 31 : 181-193.
 ROSENBLATT K.A. et al. : « Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer », *International Journal of Epidemiology*, 1993 ; 22 (2) : 192-197.
 UNITED KINGDOM NATIONAL CASE-CONTROL STUDY GROUP : « Breastfeeding and risk of breast cancer in young women », *BMJ*, 1993 ; 307 : 17-20.
 VICTORA C.G. et al. : « Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil », *The Lancet*, 1987 ; 2 : 319-332.
 VIRTANEN S.M. et al. : « Early introduction of dairy products associated with increased risk of DDM in Finnish children », *Diabetes*, 1993 ; 42 : 1786-1790.
 WEST K.P. et al. : « Breastfeeding, weaning patterns and the risk of xerophthalmia in Southern Malawi », *Am. J. Clin. Nutr.*, 1986 ; 44 : 690-697.