

Allaitement maternel

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1		

Indexation : 2022_Ref_Allaitement_Maternel référentiel accessible sur www.perinatalite-occitanie.fr

Seule la version informatique fait foi

Périodicité de révision : 5 ans

Animation : J Coquenas, D Foissin, sage-femmes RPO

Rédaction :

- ✓ Dr Barbeau Deletrez Pédiatre Chef du service Santé Mère Enfants PMI 31
- ✓ Mme Bilbille, Sage-femme Coordinatrice CH St AFFRIQUE
- ✓ Mme Brochot Sage-femme
- ✓ Dr Bruni Bizet, Pédiatre libéral
- ✓ Mme Cardonne, Correspondante Locale Bénévole
- ✓ Mme Combes, Sage-femme Maternité Saint Affrique, Consultante en lactation, Référente démarche IHAB
- ✓ Mme Hageman, Sage-femme libérale Consultante
- ✓ Mme Herbet Barthelemy, Sage-femme DIULHAM
- ✓ Mme Lacroix, Sage-femme DIULHAM CH Rodez
- ✓ Dr Mania, Pédiatre Maternité Saint Affrique
- ✓ Dr Mazurier, Pédiatre RPO
- ✓ Dr Montjeaux, Pédiatre CHU Paule de Viguier
- ✓ Mme Rey, Sage-femme
- ✓ Dr Souksi, Pédiatre RPO,
- ✓ Mme Soum, Sage-femme DIULHAM CH Joseph Ducuing

Relecture :

Validation : CS du RPO 05/04/2022

Objet	<p>L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a recommandé un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie, et la poursuite de cet allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, voire plus en fonction du désir de la mère. Les facteurs d'échec d'allaitement sont multifactoriels mais ceux liés aux pratiques de soin dans les maternités sont clairement repérés dans toutes les études.</p> <p>Par ce référentiel, réalisé par les professionnels de la région, le RPO accompagne la diffusion et la mise en œuvre des recommandations de l'HAS et des sociétés savantes. Le référentiel « Allaitement Maternel » est constitué de fiches thématiques qui peuvent être intégrées dans les protocoles d'établissement. Ce référentiel a été travaillé sur la base des deux référentiels préexistants des réseaux de périnatalité de la région (NGLR et Maternip).</p> <p>Le RPO souhaite pouvoir présenter ce référentiel aux professionnels en lien avec la périnatalité sur tout le territoire, afin d'aider ces professionnels dans leur pratique et d'harmoniser le discours sur la prise en charge des patientes en matière d'allaitement.</p>
--------------	--

	<p>Une évaluation de sa mise en œuvre ainsi qu'une révision du document sont prévus.</p>
Domaine d'application	<p>Ce protocole s'adresse aux professionnels en lien avec la périnatalité. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier</p>
Documents de référence	<p>Fiche 1</p> <p>¹Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. <i>Lancet Breastfeeding Series Group. Lancet.</i> 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7. Review.</p> <p>²Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis <i>Acta Paediatr.</i> 2015 Dec ;104(467) :14-9</p> <p>³Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Paris : ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, coll. Synthèses du Programme national nutrition santé, février 2005 : 67p. En ligne : http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SyntheseAllaitement.pdf (dernière consultation le 28/04/2016)</p> <p>⁴ Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. <i>Arch Pediatr Adolesc Med.</i> 2003 Mar;157(3):237-43.</p> <p>⁵ Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding, and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. <i>Pediatrics.</i> 2011 Jul;128(1):103-10. doi: 10.1542/peds.2010-3000. Epub 2011 Jun 13.</p> <p>⁶Miller J et al A Systematic Review and Meta-Analysis of Human Milk Feeding and Morbidity in Very Low Birth Weight Infants. <i>Nutrients</i> 2018, 10, 707</p> <p>⁷R. Kishore Kumar, Atul Singhal, Umesh Vaidya, Saswata Banerjee, Fahmina Anwar, Shashidhar Rao. Optimizing Nutrition in Preterm Low Birth Weight Infants—Consensus Summary. <i>Front Nutr.</i> 2017 ; 4 : 20.</p> <p>Fiche 2</p> <p>¹effet positif des séances d'informations sur l'AM réalisées par les professionnels de santé sur l'initiation de l'AM (méta analyse d'essais randomisés réalisés par Lumbiganon et al. en 2016 : Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, TI HM, (2016) Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration SO. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i>), sur l'initiation et la durée (méta-analyse d'études observationnelles, publiée en 2018 : Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, Hays NP, Bezold CP, Levin-Sparenberg E, Turini M, Saavedra JM, (2018) Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation : A Meta-Analysis. <i>J Pediatr</i> 203 : 190-196.e21</p> <p>²ANAES, (2002) Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant »).</p> <p>³ Nyqvist, Kerstin H. ; Haggkvist, Anna-Pia ; Hansen, Mette N. ; Kylberg, Elisabeth ; Frandsen, Annemi L. ; Måstrup, Ragnhild LU ; Ezeonodo, Aino ; Hannula, Leena and Haiek, Laura N. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations (2013) <i>Journal of Human Lactation</i> 29(3). p.300-309</p> <p>Fiche 3</p> <p>G. Gremmo-Féger. Actualisation des connaissances concernant la physiologie de l'allaitement. <i>Archives de pédiatrie-Volume 20, numéro 9-pages 1016-1021 (septembre 2013)</i></p> <p>Geddes DT, Sakalidis VS, Hepworth AR, McClellan HL, Kent JC, Lai CT, Hartmann PE. Tongue movement and intra-oral vacuum of term infants during breastfeeding and feeding from an experimental teat that released milk under vacuum only. <i>Early Hum Dev.</i> 2012 Jun;88(6):443-9.</p>

Glass RP, Wolf LS. A global perspective on feeding assessment in the neonatal intensive care unit. *Am J Occup Ther.* 1994 Jun;48(6):514-26. Review.

Lau C, Smith EO, Schanler RJ. Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. *Acta Paediatr.* 2003 Jun;92(6):721-7.

Ramsay DT, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. Ultrasound imaging of milk ejection in the breast of lactating women. *Pediatrics.* 2004 Feb ;113(2) :361-7.

L.-M. Houdebine. *Biologie de la lactation.* EMC - Obstétrique 2007:1-22 [Article 5-008-A-30]

B. Schaal. L'enfant face aux aliments : d'avant-goûts en préférences en programmations. *Archives de pédiatrie.* Volume 16, numéro 6. pages 535-536 (juin 2009)

Dessins : Mme Marina Beti, sage-femme

Fiche 4

Site internet « IHAB » : www.amis-des-bebes.fr

Gremmo-Féger G, Laparra V, Collet M, Sizun J. « De quoi le nouveau-né bien portant a-t-il besoin en salle de naissance ? ». XXXIXe Journées Nationales de néonatalogie. Paris .2009.

Gremmo-Féger G : Qualité et sécurité du peau à peau en salle de naissance ; présentation du 08 janvier 2013 – IHAB accessible sur internet : <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Qualite-secureite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013.pdf>

Gremmo-Féger G. Allaitement Maternel : la physiologie au service de pratiques optimales. Journées Régionales de l'Allaitement.2011.

Erlandsson. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. 2007.

Girard Laurence. Mettre en œuvre le peau à peau en sécurité. *Les Dossiers de l'Obstétrique* n°446. Mars 2015.

Fiche 5

Site internet « IHAB » : www.amisdesbebes.fr (consulté le 29/04/2016)

Favoriser l'allaitement maternel : processus évaluation – HAS 2006.

Mise en œuvre et poursuite de l'allaitement maternel dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. ANAES 2002.

Gremmo-Féger G. Allaitement Maternel : la physiologie au service de pratiques optimales.

Journées Régionales de l'Allaitement. 2011.

Dr Pilliot Marc. Allaitement Maternel en maternité : les clefs pour réussir. *JRA* 2005.

Laurent C. Influence de la proximité mère-bébé sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement. Quelle proximité recommander sans mettre en danger la sécurité de l'enfant ? *Rev. Méd. Périnat.* (2011) 3:257-33.

Dessin réalisé par Mme Marina Beti, sage-femme

⁵ Walker M. Supplementation of the Breastfed Baby - "Just One Bottle Won't Hurt" ---or Will It?2009. http://www.naba-breastfeeding.org/images/Just_One_Bottle.pdf

³ Images : Pédiatrie - Maladies infectieuses [67332] Doi : 10.1016/S1637-5017(14)67332-4

Fiche 6

D'après le Référentiel Régional Allaitement Maternel mis en place par le Groupe régional Allaitement Maternel de la région Languedoc Roussillon. Avec l'autorisation du réseau Naitre et Grandir en LanguedocRoussillon.

² Image: Blausen.com staff. "Blausen gallery 2014". *Wikiversity Journal of Medicine.* DOI:10.15347/wjm/2014.010. ISSN 20018762

³ Allaiter Aujourd'hui n°57, LLL France 2003

Communiqué de presse de l'AFPA sections de freins de langue chez les nourrissons et les enfants, alerte sur des pratiques abusives : <https://afpa.org/content/uploads/2022/02/AVIS-des-SOCIETES-SAVANTES-Frein-de-langue-17-01-2022-.pdf>

⁴ Irusen H, Rohwer AC, Steyn DW, Young T, (2015) Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev* (8):CD010490 75 - Chen C, Luo L-B, Gao D, Qu R, Guo Y-M, Huo J-L, Su Y-Y, (2019) Surgical drainage of lactational breast abscess with ultrasound-guided Encor vacuum-assisted breast biopsy system. *Breast J* 25: 889–897 76 - Colin C, Delov AG, Peyron-Faure N, Rabilloud M, Charlot M, (2019) Breast abscesses in lactating women: evidences for ultrasound-guided percutaneous drainage to avoid surgery. *Emerg Radiol* 26: 31154537

	<p>⁵www.lecrat.fr</p> <p>⁶D'après le protocole prise en charge des abcès du sein aux urgences gynécologiques, CHU ADV 01/2021</p> <p>Fiche7</p> <p>D'après le livret d'utilisation du tire-lait à destination des professionnels et des patientes, CHU de Toulouse, DIULHAM 2016, BOZZO. N, KARGER.C Suivant les recommandations de l'AFSSA (agence française de sécurité sanitaire des aliments)</p>
Abréviations utiles	<ul style="list-style-type: none"> • AM allaitement maternel • NN nouveau-né • IHAB initiative Hôpital ami des bébés • PNP préparation à la naissance et à la parentalité • LM lait maternel

Référentiel

Contenu référentiel :

Fiche 1 : Bénéfices de l'allaitement maternel (+annexe)

Fiche 2 : Information anténatale

Fiche 3 : Physiologie de l'allaitement

Fiche 4 : Accueil du nouveau-né en salle de naissance

Fiche 5 : Mise en place de la lactation en maternité (+annexe)

Fiche 6 : Les difficultés de l'allaitement

Fiche 7 : Utilisation du tire-lait

Table des matières

Fiche 1 - Les bénéfices de l'allaitement maternel.....	7
I. Composition du lait de femme.....	7
II. Les bénéfices.....	7
III. Annexe : Composition du lait maternel.....	9
Fiche 2 - Information anténatale.....	10
I. Quand ?.....	10
II. Comment ?.....	10
III. Quoi ?.....	10
IV. Pour qui ?.....	11
V. des clés pour répondre aux questions, accompagner le choix.....	11
VI. cas particulier : information aux meres à risque d'accouchement prématuré.....	12
1. Quand ?.....	12
2. Comment ?.....	12
3. Quoi ?.....	12
4. Des clés pour répondre aux questions, accompagner le choix.....	12

Fiche 3 Physiologie de la lactation.....	14
I. Anatomie du sein et modification.....	14
1. Anatomie.....	14
2. Variations.....	15
II. Etapes de la lactation et évolution.....	17
1. Production de lait.....	17
2. Evolution de la composition de lait.....	19
3. Influence de l'alimentation de la mère qui allaite.....	20
4. Capacité physiologique du nouveau-né pour s'alimenter.....	20
III. Synthèse.....	22
Fiche 4 - Accueil du nouveau-né en salle de naissance.....	23
I. COMPETENCES ET COMPORTEMENT DU NOUVEAU-NE (A TERME, BIEN PORTANT).....	23
II. Le peau à peau.....	23
1. Bénéfices.....	24
2. Position.....	24
3. Sécurité et surveillance.....	25
III. La tétée précoce.....	26
1. Pourquoi une tétée précoce ?.....	26
2. Comment ?.....	26
IV. situations particulières.....	27
V. les premiers soins.....	28
Fiche 5 Mise en place de la lactation (nouveau-né bien portant à terme).....	30
I. une teteet efficace.....	30
1. Allaitement aux signes d'éveil.....	30
2. Positions de l'allaitement.....	32
3. Succion efficace.....	34
4. Expression manuelle du lait.....	35
II. EVOLUTION DE L'ALLAITEMENT EN FONCTION DU RYTHME PHYSIOLOGIQUE DU nouveau-né.....	36
1. Le jour de la naissance.....	36
2. Le lendemain de la naissance.....	37
3. J2 : le démarrage.....	37
4. J3 : la montée de lait.....	37
5. Evolution du couple mère-enfant (résumé).....	37
III. role du professionnel en maternite.....	38
Fiche 6 - Les difficultés de l'allaitement maternel.....	42
I. douleurs et lésions du mamelon.....	42

1.	Causes.....	42
2.	Accompagnement	42
II.	tension mammaire et prevention de l'engorgement.....	46
1.	Description	46
2.	Augmentation de la lactation pendant les premiers jours.....	47
3.	Conséquences possibles pour l'engorgement.....	47
4.	Prévention de l'engorgement	47
5.	Traitement de l'engorgement	47
III.	la mastite.....	49
1.	Signes cliniques	49
2.	Mécanisme	49
3.	Facteurs favorisants	49
4.	Conduite à tenir.....	50
5.	L'abcès ⁴⁻⁶	51
IV.	bébé bien portant, qui a des difficultés à teter, ne tete pas, dort ou refuse le sein.....	53
1.	Temps d'observation.....	53
2.	Points essentiels.....	53
3.	Cas particuliers	54
4.	Proposition de prise en charge (cause les plus fréquentes).....	55
V.	l'insuffisance de lait.....	55
1.	Anamnèse précise	56
2.	Examen clinique du sein	56
3.	Vérifier la bonne pratique de l'allaitement.....	56
4.	Proposition de prise en charge.....	56
VI.	le reflexe d'ejection fort.....	57
1.	Mécanisme et diagnostic.....	58
2.	Conduite à tenir.....	58
VII.	l'hyperlactation.....	59
	Fiche 7 Utilisation du tire-lait.....	61
I.	Pourquoi utiliser un tire-LAIT ?	61
II.	Quand utiliser un tire-lait ?	61
III.	Comment utiliser un tire-lait ?	61
IV.	Comment optimiser les volumes ? Stratégie de Jane Morton	62
V.	L'expression de lait :	62
VI.	Environnement, installation et état d'esprit : comment favoriser l'éjection de lait ?	63
VII.	Choix des tire-lait, tailles des tétérelles.....	63
VIII.	Objectifs de volume.....	64

IX. Durée.....	64
X. Conservation du lait.....	65
Référentiel Allaitement maternel Les 11 actions prioritaires du professionnel	67

Fiche 1 - Les bénéfices de l'allaitement maternel

Objectif : Connaitre les bénéfices de l'allaitement afin de comprendre les enjeux d'unallaitement maternel et de les expliquer aux parturientes et leurs conjoints si besoin

I. COMPOSITION DU LAIT DE FEMME

Le lait est un produit biologique complexe avec interaction des différents composés. C'est un produit **vivant, évolutif**, fabriqué par la glande mammaire.

Sa composition est faite de petites molécules, facilement assimilées, adaptées à l'être humain et à ses besoins, ce qui explique les différences de composition avec les préparations pour nourrissons.

Parmi ses multiples composants, certains sont présents exclusivement dans le lait maternel. Par exemple, présence de prébiotiques de nature humaine (plus de 500), d'hormones humaines, de mélatonine, d'anticorps protecteurs qui vont œuvrer pendant toute la durée de l'allaitement maternel, et variables en fonction des situations rencontrées, et bien d'autres encore...

Le lait est un aliment évolutif : le colostrum a une composition différente du lait mature. Il contribue à protéger le nouveau-né des infections, permet de prévenir l'hypoglycémie et favorise l'élimination du méconium (effet laxatif).

Le lait maternel est également totalement adapté à l'enfant prématuré.

C'est un produit spécifique qui s'adapte d'un point de vue nutritionnel et biologique. Il change selon l'âge des bébés, le degré de prématurité, le degré de remplissage des seins, les mères....

II. LES BENEFICES

Il existe peu d'études randomisées sur les bénéfices de l'allaitement maternel. De nombreux biais sont présents (niveau socio-économique, accès à l'information, définition de l'allaitement pas toujours précise – exclusif ou non...).

Cependant, les méta-analyses d'études observationnelles et des études randomisées concernant l'implantation (ou non) d'un programme de soutien à l'allaitement permettent d'avoir des réponses. Les bénéfices suivants sont des bénéfices reconnus et retrouvés dans plusieurs publications.

Développement neurologique et cognitif^{1,2}

- Amélioration du pronostic neurologique avec augmentation d'environ 3-4 points dans les études du quotient de développement.

Développement psycho-affectif³

- L'allaitement maternel favorise la proximité et le lien mère enfant.

Prévention des infections^{4,1}

- Diminution de l'incidence et de la gravité des infections digestives, ORL, et respiratoires

(allaitement exclusif d'au moins 3 mois).

Diminution des morts inattendues du nourrisson⁵

Prévention de l'obésité¹

- L'impact de l'allaitement sur la prévention de l'obésité est plus controversé, probablement vrai mais modéré.

Prévention de l'allergie¹

- Objet de débat mais à ce jour, l'allaitement au sein exclusif de 4 à 6 mois fait l'objet d'une recommandation unanime. L'allaitement maternel exclusif pendant 3 mois diminue le risque de dermatite atopique. Pas de réduction nette du risque d'asthme, de rhinite allergique, d'allergie alimentaire. Les allergènes passent dans le lait de mère et pourraient induire une tolérance.

Rôle protecteur de l'allaitement maternel vis-à-vis du diabète de type 1¹

- Le rôle protecteur de l'allaitement maternel vis-à-vis du diabète de type 1 est controversé.

Autres bénéfices pour l'enfant

- Rôle protecteur sur la survenue de maladies inflammatoires du tube digestif et de leucémie dans l'enfance.
- Diminution du risque d'hypertension artérielle à l'adolescence

Allaitement au sein et santé de la mère¹

- Les suites de couches sont facilitées : diminution du risque d'hémorragie du post-partum.
- Perte de poids plus rapide dans les 6 premiers mois du post-partum.
- Diminution de l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire en cas d'allaitement prolongé.
- Diminution du risque cardio vasculaire (HTA, diabète, surpoids diminués)

Bénéfices spécifiques pour le nouveau-né prématuré^{6,7}

- L'ensemble de la communauté internationale des pédiatres s'accorde depuis la fin du XXème siècle sur des recommandations consensuelles concernant, l'utilisation du lait maternel pour l'alimentation des prématurés.
- Le premier choix de lait humain pour l'alimentation des prématurés est le lait maternel exprimé ; le deuxième choix est le lait humain pasteurisé de donneuses.
- Les nombreuses méta analyses concernant l'impact du lait maternel chez l'enfant prématuré et en particulier les très grands prématurés sont très clairs (Miller) :

Le lait maternel procure :

- Une amélioration de la tolérance entérale
- Une diminution de l'incidence des complications de la prématurité
 - Une protection contre l'entérocolite ulcéro-nécrosante avec une réduction de 4% de son incidence tous stades confondus, ou autrement dit une réduction de 6 à 10 fois et une réduction de 2% des entérocolites ulcéro-nécrosantes sévères. Plus la quantité de lait maternel est importante plus la diminution de l'incidence est notée.
 - Une réduction de 5% des infections septiques secondaires sans pour autant qu'un effet dose-réponse ait été observé.
 - Une réduction de 7,6% des rétinopathies sévères.
 - Une possible diminution de la broncho dysplasie.
 - Sur le plan neurologique, une amélioration du développement neurologique dans la petite enfance.

A ces constatations se rajoutent (Kumar 2017) :

- Une réduction de la durée d'hospitalisation et du risque de ré hospitalisation.
- Sur le plan cardiovasculaire, une réduction du risque d'hypertension et d'athérosclérose à l'âge adulte.
- Sur le plan osseux, une augmentation significative du contenu minéral osseux.

III. ANNEXE : COMPOSITION DU LAIT MATERNEL

Pour les macronutriments :

- **Protéines et substances azotées**
 - o Taux inférieurs à celles des autres mammifères (40% contre 80% dans le lait de vache)
 - o Excellente absorption
 - o 13% de caséine (peu)
 - o Protéines solubles avec activité biologique :
 - Protéines anti infectieuses : lactoferrine, lysozyme...
 - Immunoglobulines : IgA...
 - Facteurs de croissance (action trophique sur les muqueuses gastriques et intestinale)
 - Alpha-lactalbumine....
 - o Substances azotées (20 à 25% contre 3 à 5% dans le lait de vache)
 - Peptides, acides aminés libres (dont la taurine), urée, acide urique...
- **Lipides et digestibilité des graisses (35g/l, proche du lait de vache)**
 - o Coefficient d'absorption > lait de vache (de 80% contre 60% dans les premiers jours, 95% contre 80% à 3 mois)
 - o Riche en cholestérol
 - o Acide gras : polyinsaturés, acide arachidonique (AA) et acide docosahexaénoïque (DHA) dont la teneur dépend des apports alimentaires de la femme allaitante, rôle démontré dans le processus de maturation cérébrale et rétinienne.
- **Glucides et oligosaccharides**
 - o 75g/l de glucides dont 63g de lactose+ 12g d'oligosaccharides (cf. LdV= lactose uniquement)
 - o Les oligosaccharides jouent un rôle dans l'écosystème bactérien colique : prébiotiques
 - o Rôle dans la mise en place de l'immunité
- **Le colostrum** : Moins riche en lipides, lactoses, Plus riche en cellules immunocompétentes, en oligosaccharides et en protéines (IgA, lactoferrines, différents facteurs de croissance).

Fiche 2 - Information anténatale

Objectif : Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique (...). Informer de manière spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré. (*Condition n°3 de l'IHAB*)

Le choix d'allaiter peut-être facilité par une information précoce des mères pendant la grossesse sur ce qu'est l'allaitement maternel, ses bénéfices et ses modalités pratiques¹

Cette information doit être réalisée par un personnel formé, la formation des professionnels concernant l'allaitement maternel devant reposer sur la connaissance de la physiologie de l'AM, les freins à l'AM et ce afin d'éviter les discours discordants (Accord d'experts).

I. QUAND ?

- Lors de l'**entretien prénatal précoce** ou de la première consultation avec la patiente : remise du livret INPES (accessible en ligne) sur l'allaitement maternel, questionnement sur leur projet concernant le mode d'alimentation de leur bébé, réponses aux questions, aborder les bénéfices.
- **Pendant toute la grossesse** : lors des consultations et des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité, une information orale concernant le choix du mode d'alimentation, les rythmes du NN avec notamment les signes montrant qu'il est prêt à téter, peut-être apportée aux femmes enceintes.

Il est recommandé que les séances de préparation à la naissance et à la parentalité intègrent une information sur l'allaitement maternel (Grade B). Par ailleurs, une information sur le don de lait est recommandée auprès de toutes les femmes allaitantes (accord d'experts).

Les séances de « préparation à l'AM » peuvent se dérouler sous plusieurs formes et des consultations spécialisées sont possibles. La sage-femme peut également favoriser des groupes de paroles autour du thème de l'AM et du rythme du nouveau-né².

II. COMMENT ?

Engager le dialogue

Il est important qu'une mère puisse faire un **choix éclairé sur l'alimentation de son bébé** ; en tant que professionnel, il est de notre devoir de l'informer des avantages de l'allaitement maternel et de la supériorité du lait maternel sur le lait artificiel. Il ne s'agit pas d'influencer mais de faire passer une information au même titre que l'on communique une information sur le tabac, l'alcool, substances licites ou non, la mort inattendue du nourrisson...

Une évaluation du désir, des connaissances et de l'expérience de la future mère en matière d'allaitement est indispensable pour lui apporter une information adaptée. Il est important d'y associer le co-parent.

Le dialogue doit démarrer à partir de question ouverte :

Evitez : Voulez-vous allaiter votre bébé ?

Préférez : Comment envisagez-vous de nourrir votre bébé ?

Partir du vécu, du ressenti, des connaissances, des coutumes, des *a priori* et rectifier les idées fausses. Rassurer sur les craintes.

III. QUOI ?

Les points-clés :

Il est recommandé de respecter les trois éléments prédictifs d'une bonne initiation de l'allaitement maternel : le peau-à-peau, la qualité de la première tétée, la cohabitation du nouveau-né avec sa mère (co-rooming) (Grade A).

- Bénéfices de l'allaitement maternel (mère + bébé)
- Contact peau à peau dès la naissance
- Démarrage précoce de l'allaitement. Une mise au sein précoce et un peau à peau sécurisé (dans les deux heures qui suivent la naissance) sont recommandés, y compris en cas de césarienne, et si l'état clinique de la mère et de l'enfant le permettent pour favoriser un bon démarrage de l'allaitement maternel (Grade A).
- Cohabitation mère-bébé 24h/24
- Allaitement à la demande (à l'éveil du bébé le premier mois, dès qu'il cherche à téter après un mois)
- Tétées fréquentes pour assurer une lactation suffisante
- Position et prise du sein adaptées
- Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois (jusqu'à 4 mois révolu pour profiter de la fenêtre de tolérance pour la diversification) **L'allaitement exclusif au sein est recommandé jusqu'à l'âge de quatre mois révolus à six mois (Grade B). Au-delà, il est recommandé de poursuivre l'allaitement maternel en complément d'une alimentation diversifiée (Grade B).**

IV. POUR QUI ?

Toutes les patientes vues en anténatal (cabinet libéral, PMI ou maternité)

V. DES CLES POUR REPOUDRES AUX QUESTIONS, ACCOMPAGNER LE CHOIX

Mon premier allaitement a été difficile

« Ne vous découragez pas. Pour un autre bébé, cela sera une autre histoire d'allaitement. »

« Il ne faudra pas hésiter à vous entourer de personnes de bons conseils et il faudra surtout garder confiance en vous. »



Importance aussi de reprendre avec la maman ce qui a été difficile et chercher avec elle à le comprendre, l'élucider, afin d'avoir les clés qui permettront de différencier cet allaitement du précédent.

Consultation spécifique.

J'allaite déjà mon aîné, que dois-je faire ?

« Certains enfants se sevrant naturellement à cette période où le lait change de goût, d'autres continuent, sans que cela pose de problème pour la nouvelle grossesse. »

A la naissance, le lait est adapté au nouveau-né auquel il est important de donner la priorité.

Je fume, il est préférable que je n'allait pas

« Bien-sûr, il est préférable de ne pas fumer. Cependant, même si vous fumez, sachez qu'il est préférable d'allaiter votre bébé plutôt que de le priver de votre lait. Quelques conseils : diminuez votre consommation si possible ; fumez à l'extérieur, loin du bébé ; et juste après une tétée, attendez de donner le sein si possible deux heures après avoir fumé et changez de vêtements (diminution de la concentration de nicotine dans le lait). »

Mon conjoint craint de se sentir exclu, il veut participer

« Encouragez-le à avoir des moments privilégiés avec votre bébé : le peau à peau, le bain, le change, le bercer... »

J'ai l'impression que mes mamelons ne ressortent pas, est-ce que je peux allaiter ?

« On peut allaiter, quelle que soit la forme des mamelons. Dans certains cas particuliers, cela peut nécessiter plus de soutien au démarrage. La succion du bébé permettra aux mamelons de ressortir. »

J'ai peur que ça abîme mes seins

« C'est surtout la grossesse qui peut transformer les seins, par la modification importante de leur volume qu'elle peut entraîner. »

L'allaitement bien conduit, sans modification brutale du volume des seins, ne les abîmera pas.

VI. CAS PARTICULIER : INFORMATION AUX MÈRES A RISQUE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

L'information doit être réalisée par un personnel au fait de l'intérêt du lait maternel pour le développement pendant la période néonatale d'un enfant à risque de naître prématurément mais aussi pour son devenir à moyen et long terme.

Il sera important d'éviter les discours discordants (Accord d'experts).

1. Quand ?

Cet entretien aura le plus souvent lieu pendant l'hospitalisation de la mère lorsque la mère aura réalisé l'imminence d'un possible accouchement prématuré, et qu'elle accueille favorablement la possibilité d'information sur l'importance de son lait pour un nouveau-né prématuré.

Il est en effet important de s'assurer de la disponibilité de la mère, il est fortement recommandé que le co-parent soit aussi présent durant cet entretien, sa compréhension est essentielle dans la poursuite d'un projet commun.

L'entretien pourra aussi être réalisé à la naissance.

2. Comment ?

Il est important afin de favoriser une décision maternelle et parentale éclairée, d'informer de façon complète et exacte sur la manière dont les enfants prématurés et notamment ceux nés avant 32 SA sont alimentés les premières semaines de leur séjour en néonatalogie ; et sur les bénéfices prouvés qu'ils en retirent à court, moyen et long terme (le lait est précieux, « lait Médicament »)

Il est utile de leur préciser que :

- La décision de nourrir avec son lait son enfant prématuré peut être distincte du projet de nourrir un enfant à terme (California Perinatal Quality Care Collaborative 2004).
- Lorsqu'il n'y a pas de projet d'allaiter, la mère peut tout de même recueillir son lait bien qu'elle n'ait pas l'intention de donner le sein (Meier 2000).
- Tout enfant naissant avant 32 SA sera alimenté par voie orale par du lait de femme qui sera celui de donneuses si sa décision est de ne pas recueillir son lait (information sur les lactariums).

3. Quoi ?

En 2013 un groupe d'expert formulait des recommandations pour initier et favoriser l'allaitement des nouveau-nés en néonatalogie soins intensifs, s'inspirant des recommandations de l'initiative hôpital ami des bébés³ (Nyqvist JI of Human Lactation 2013).

Nous retiendrons les propositions les suivantes :

- Informer toutes les mères susceptibles d'accoucher prématurément de l'intérêt du LM et comment établir et entretenir leur lactation (démarrage dans la première heure par recueil du colostrum).
- Encourager précocement le peau à peau prolongé (méthode kangourou) sans restrictions injustifiées.
- Ne donner au nouveau-né aucun autre aliment que le lait de femme, sauf indication médicale.
- Permettre aux mères de pouvoir rester 24/24h auprès de leur nouveau-né (ou visites fréquentes selon les circonstances).

4. Des clés pour répondre aux questions, accompagner le choix

Je n'aurai pas de lait car j'ai accouché avant terme

C'est effectivement une idée très répandue, les connaissances actuelles en matière de connaissance du fonctionnement du sein nous permettent de dire qu'une fois l'accouchement réalisé, le corps de la mère quel que soit le terme de la naissance est en mesure de produire du lait.

Mon lait sera moins nourrissant

Souvent c'est ce que les mères ont en tête. Au contraire les données de recherches de ces vingt dernières années révèlent que le lait de mère ayant accouché prématurément a une composition de manière inattendue différente du lait de mère ayant accouché à terme. Pour certaines mères il peut y avoir une concentration plus élevée en protéines, acides gras les toutes premières semaines.

Il est vrai que les besoins nutritionnels d'un enfant nés avant 32 SA ou de moins de 1500g exigent le plus souvent de rajouter des nutriments dans le lait maternel pendant les premiers mois de vie.

Je veux le meilleur pour lui

L'OMS considérait en 2006 qu'il "existe des données probantes montrant que l'enfant né prématuré à quelque terme que ce soit, alimenté par le lait de sa propre mère a moins d'infections et d'entérocolites ulcéro-nécrosantes et un développement neurologique meilleur que celui alimenté par préparations pour nourrissons ».

Il est nécessaire que la mère sache que l'ensemble de la communauté mondiale des néonatalogistes valident les notions suivantes :

- Le lait humain est un médicament qui sauve la vie ("*milk life-saving*" drug)
- Le lait humain est la meilleure nourriture pour l'enfant prématuré
- Le lait humain est le principal élément de soins aux nouveau-nés prématurés

Fiche 3 Physiologie de la lactation

Objectif : La connaissance de la physiologie de la lactation, mise en parallèle avec le rythme du nourrisson, permettent d'adapter et de personnaliser au mieux les conseils.

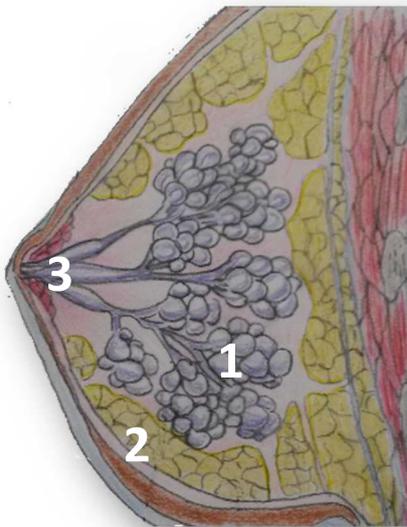
I. ANATOMIE DU SEIN ET MODIFICATION

1. Anatomie

Les connaissances sur l'anatomie du sein ont évolué permettant ainsi de mieux comprendre les mécanismes de la lactation.

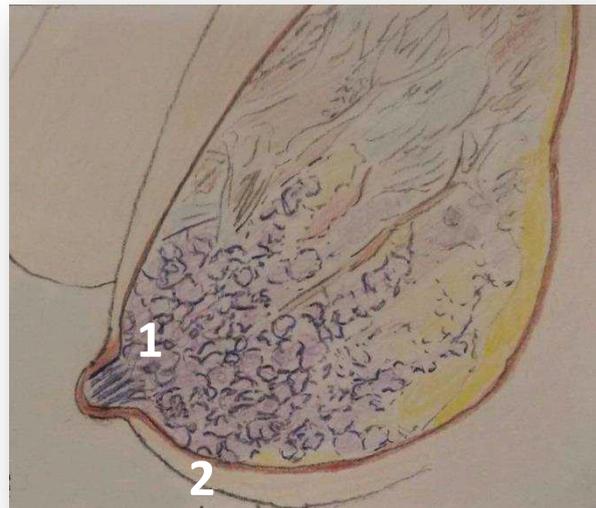
Ancienne représentation :

Les acini se situent en profondeur (1), en prolongement des canaux galactophores (3), le tissu adipeux est épais près du mamelon

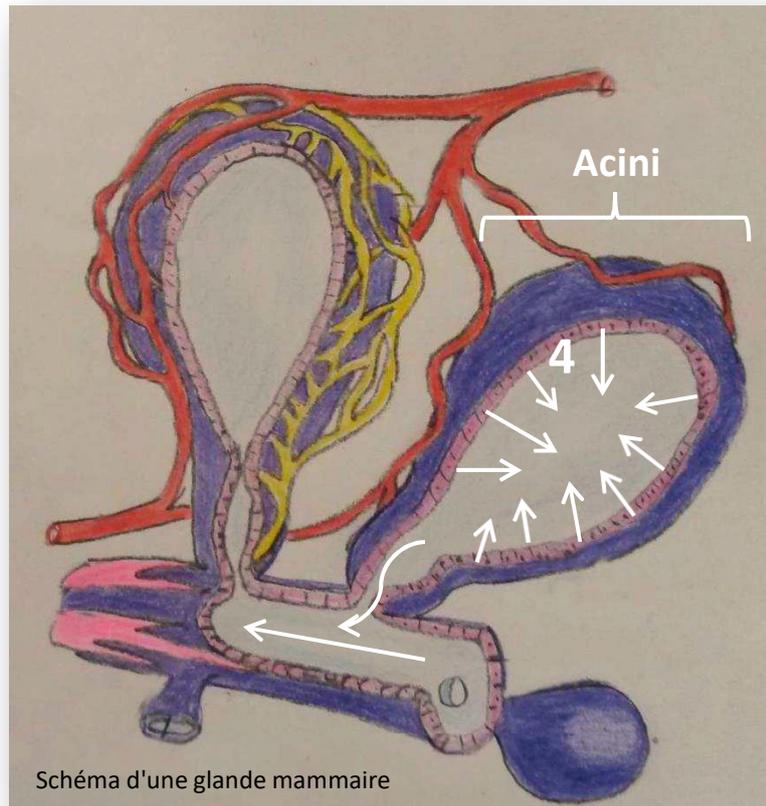


Anatomie admise actuellement :

Le tissu glandulaire (acini, 1) est concentré près du mamelon, avec un tissu adipeux fin à cet endroit (2)



La structure de la glande mammaire nous montre que le lait est produit par les cellules sécrétrices (4) des acini puis stockés dans ceux-ci.



2. Variations

⚠ La capacité de stockage est variable (d'une femme à une autre, d'un sein à un autre et augmente au cours de la lactation) : entre 80ml et 600ml.

Elle ne dépend pas de la taille du sein (la taille du sein dépend surtout du tissu adipeux). Mais le fait d'avoir une capacité de stockage plus faible peut augmenter le nombre et la fréquence des tétées (pas toujours : dépend aussi de la capacité du nouveau-né à drainer le sein).

Variations anatomiques d'une patiente à l'autre

- La taille

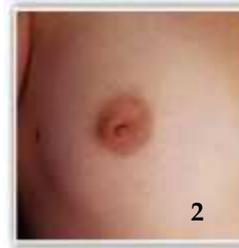
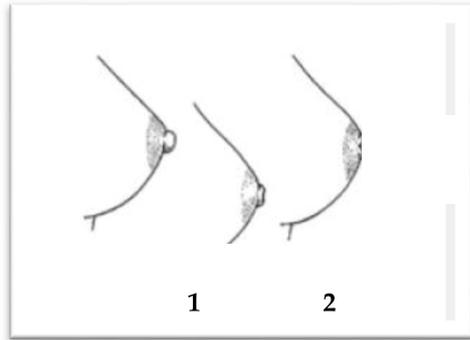
Comme dit plus haut, la taille du sein est fonction du tissu adipeux, elle ne présage pas la quantité de lait.

L'hypotrophie mammaire (petits seins) est à différencier avec l'**hypoplasie ou agénésie** mammaire (=mauvais développement ou absence de glande mammaire). L'agénésie vraie est très rare et diagnostiquée depuis l'adolescence : (très petit volume, écartement des seins important, absence de galbe). Dans ce cas, l'allaitement peut être difficile dû à un manque de glandes mammaires.

- La capacité de stockage

La capacité de stockage est différente d'une patiente à une autre. Les mères ayant une capacité de stockage plus faible auront besoin de donner le sein plus souvent. Elles ont également un risque plus élevé d'inhibition précoce de la synthèse en cas de conduite non optimale de l'allaitement (cf. chapitre « Etapes de la lactation »).

- Le mamelon



Dans certains cas, il peut être plat (1) ou ombiliqué (2).

Les mamelons plats ou ombiliqués concernent environ une femme sur dix et ne doivent pas constituer un obstacle à l'allaitement maternel, même si quelquefois le démarrage est plus difficile. La plupart du temps, on arrive à faire ressortir le bout du sein par simple stimulation. Pendant l'allaitement, c'est le nouveau-né qui permettra au mamelon de s'extérioriser. Sachant par ailleurs que ce n'est pas seulement le mamelon que le bébé a en bouche quand il tète, mais une bonne partie de l'aréole.

Modifications du sein au cours de la grossesse

Le sein subit des variations anatomiques pendant la grossesse, avec une **très grande variabilité** interindividuelle :

- Développement et maturation de la glande mammaire

La glande mammaire se développe dès le début de la grossesse afin de permettre la synthèse du lait (il y a du lait dès le 5ème mois de grossesse = allaitement possible).

- ✓ Variable selon les personnes
- ✓ Allongement et ramification des canaux
- ✓ Prolifération des cellules sécrétrices qui s'organisent en alvéole
- ✓ Organisation d'un important réseau sanguin, lymphatique et nerveux, le plus souvent accompagné d'une augmentation de volume.

La glande présente de très nombreuses ramifications, les canaux sont fins et présentent des trajets complexes. Ils sont superficiels et donc compressibles (attention aux compressions volontaires ou involontaires dans la pratique)

- Parfois augmentation de volume
- Elargissement et pigmentation de l'aréole. Développement de sa souplesse et d'une grande quantité de récepteurs nerveux à sa périphérie. (Importance lors de la tétée : plus l'aréole sera prise en bouche, plus les récepteurs seront stimulés).
- Développement des tubercules de Montgomery dont les sécrétions odorantes (proches de celles du liquide amniotique) guident le bébé vers le mamelon au moment de la mise au sein. Ils sécrètent également un film gras qui se répand en permanence et qui prépare bien le bout de sein à la tétée.



L'examen des seins et l'interrogatoire sont des étapes essentielles lors du suivi de la grossesse, ils permettent d'adapter au mieux les conseils, de rassurer les patientes et d'anticiper les difficultés (cf. chapitre information).

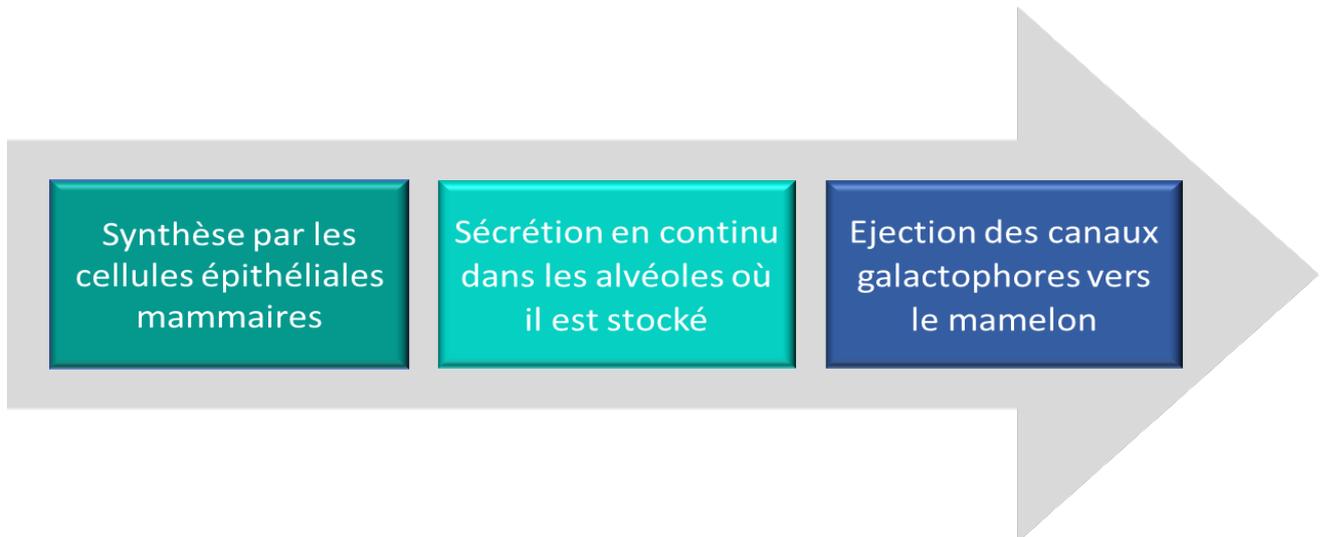
Jour	Volume de lait (par 24h)	Capacité estomac du nouveau-né
J 0	10 à 100 ml	6 ml
J 1		12 ml
J 2		22-27 ml
J 3	200 à 400 ml	36-46 ml
J 4		43-57 ml

Données indicatives de la production de lait/capacité de l'estomac du bébé

II. ETAPES DE LA LACTATION ET EVOLUTION

1. Production de lait

Il est important d'expliquer aux mères que leur bébé a besoin de téter souvent pour entretenir la production de lait, et non parce qu'elles ne produisent pas assez de lait.



La synthèse/sécrétion : PROLACTINE

La production de lait est liée au rôle hormonal de la prolactine (contrôle endocrine). Cette **production est continue** mais pas régulière.

Apparition de la prolactine	<ul style="list-style-type: none">- Par l'antéhypophyse- Suite à la chute du taux de progestérone (= hormone inhibitrice de la prolactine) lors de la délivrance
Action	<ul style="list-style-type: none">- Récepteurs à prolactine se développent dans les acinis lors des 1ers jours de vie- Rôle permissif sur la synthèse, ne conditionne pas le volume
Favorise la sécrétion de prolactine 	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de récepteurs à prolactine- Stimulation et drainage efficace et fréquent- Pic de prolactine en fin de nuit- Tétées rapprochées en début d'allaitement=bon taux de base de prolactine, potentialise la production sur le long terme
Diminue la sécrétion de prolactine 	<ul style="list-style-type: none">- Tétées espacées en début d'allaitement: elles ne permettent pas la sécrétion et l'installation d'un taux de base élevé de prolactine, facilitant une production abondante sur le long terme- Facteurs qui limitent la demande et la quantité de lait prélevé: transfert inefficace ou insuffisant de lait, bébé endormi ou qui ne prend pas encore bien le sein, nombre insuffisant de tétées, complément de préparation pour nourrisson non indispensables- Engorgement

Régulation de la prolactine : la FIL

Il existe un système de rétrocontrôle négatif par une protéine du lait appelée inhibiteur rétroactif de la lactation (FIL = **Feedback Inhibitor of Lactation**) qui freine la synthèse au fur et à mesure que les alvéoles se remplissent. Ce mécanisme (= contrôle autocrine) régule la production de lait de manière indépendante d'un sein à l'autre et de manière ponctuelle à l'intérieur de chaque sein en diminuant la fixation de la prolactine sur ses récepteurs.

➔ **Cela signifie que si le lait n'est pas extrait des acini, cette protéine du lait s'accumule et envoie le message de ralentir (en diminuant la fixation de la prolactine sur ses récepteurs situé sur les acini), voire d'inhiber la production de prolactine donc de lait.**

Donc la production de lait diminue si :

- Le transfert de lait est limité (nombre insuffisant de tétées, bébé endormi, compléments artificiels)
- Il y a un engorgement important

La production de lait peut augmenter si :

- On améliore l'efficacité et la fréquence des tétées

Le volume de lait produit est plus le reflet de la consommation de lait par l'enfant que celui de la capacité maternelle à produire du lait.

Ajustement du volume de lait

Après la montée de lait, le volume de lait augmente rapidement jusqu'à 4 à 6 semaines. Ensuite, la

production reste pratiquement constante entre 1 et 6 mois, de 700 à 800 ml/j.

L'éjection de lait : OXYTOCINE/SUCCION

- Réflexe d'éjection :

Indispensable au transfert de lait : expulsion du lait des alvéoles vers les canaux. Sans ce réflexe, le lait a tendance à adhérer aux membranes plasmiques.

Il résulte de l'action de l'ocytocine, libérée de manière pulsatile. L'ocytocine agit en faisant contracter la couche des cellules musculaires lisses qui entourent les alvéoles. Ces cellules, en se contractant, entraînent l'évacuation du lait accumulé dans les alvéoles et dans les canaux lactifères qui se raccourcissent et se dilatent.

Il y a plusieurs éjections de lait lors d'une même tétée : le nombre d'éjections détermine le volume de lait consommé.

Favorise sécrétion d'ocytocine 	<ul style="list-style-type: none">- Bien-être et Plaisir- Contact sensoriel de la mère et l'enfant (importance du peau-à-peau, regard, odorat)- Environnement favorable, installation confortable- Empathie des soignants, encouragements
Diminue sécrétion d'ocytocine 	<ul style="list-style-type: none">- Stress- Manque de confiance, fatigue- Douleur- Tabac

- Succion :

La manière dont l'enfant prend le sein en bouche joue un rôle dans l'efficacité du transfert de lait et permet d'optimiser le drainage des lobes (*cf. capacités physiologiques du nouveau-né*)

2. Evolution de la composition de lait

La composition du lait est parfaitement adaptée aux besoins du nourrisson, quelle que soit sa couleur ou son aspect.

Le colostrum

Répond aux besoins essentiels du nouveau-né, dans un faible volume. Riche en protéines et oligosaccharides directement assimilables en acides aminés libres, il est plus digeste et facilite l'expulsion de méconium. Il ne génère pas de déchets.

Il contient également des cellules immunocompétentes, des immunoglobulines et anticorps d'origine maternelle qui contribuent à protéger le nouveau-né.

Il permet l'installation de la flore intestinale spécifique du nourrisson allaité au sein.

De couleur jaune/orange, il peut prendre la couleur marron/rouge, liée à l'hypervascularisation et la prolifération épithéliale : inoffensif.



L'aspect du colostrum ou du lait ne préjuge pas de sa qualité.

Composition à J4-J15

Les protéines diminuent, le lactose et les graisses augmentent dans le lait de transition puis restent stables dans le lait mature. Le lait devient de plus en plus clair au fil du temps.

C'est la concentration en graisse qui est la variable la plus importante du lait (contribue à plus de la moitié des apports énergétiques). Mais attention, la prise de poids des nourrissons est davantage liée à la quantité de lait ingérée qu'à la teneur en graisse du lait.

La teneur en graisse dépend de :

- La vitesse de vidange du sein : plus le débit est rapide, moins il y a de graisses ; plus le débit est lent, plus il y a de graisses. Ce sont de grosses molécules qui ne sont pas filtrées lorsque le débit est rapide.
- Le degré de vidange alvéolaire

Mais il est préférable de ne pas se préoccuper du problème de « lait de début de tétée » et « lait de fin de tétée » puisque le taux de graisse est déterminé également par le degré de remplissage du sein.

3. Influence de l'alimentation de la mère qui allaite

Hydratation maternelle

Il faut limiter le café et le thé (passage de la caféine dans le lait) mais augmenter ou baisser les apports en eau n'a pas d'effet sur la production de lait (pas de lien avec l'insuffisance de lait ou l'engorgement). Les femmes qui allaitent régulent leur besoin en eau spontanément (en effet, la tétée stimule la soif qui est alors x2).

Nutrition maternelle

Les besoins énergétiques liés à la lactation sont souvent surestimés, ils sont couverts par l'alimentation. La production de lait est similaire que la femme vive ou non dans un pays défavorisé ou dans un milieu socio-économique défavorisé. De même, l'apport de compléments nutritionnels n'a pas d'effet sur la production de lait.

Effet galactogène de certains aliments

L'efficacité du fenugrec, de l'anis, du fenouil, du cumin, de la luzerne, du romarin... n'est pas ou très peu évaluée. Il s'agit surtout d'utilisations traditionnelles. Certaines plantes contiennent cependant des composants (Béta-glucanes et pectines) ayant un effet galactogène actif par voie orale.

Effet sur le développement sensoriel et gustatif de l'enfant

Les études scientifiques (*B. Schaal, L'enfant face aux aliments*) ont montré que *"l'alimentation au sein introduit l'enfant à une variété olfacto-gustative renouvelée à chaque tétée et qui n'a pas d'équivalent chez l'enfant nourri avec des préparations pour nourrisson. Cette expérience précoce de la variété chimio sensorielle à travers le lait paraît faciliter l'acceptation ultérieure d'aliments nouveaux."*

De plus, l'allaitement maternel exclusif permet d'optimiser les mécanismes d'acquisition de la tolérance à l'antigène alimentaire. Le lait maternel distille certains épitopes antigéniques qui ne sont que le reflet de l'exposition environnementale de la mère et de son alimentation. Il contient un nombre impressionnant de biofacteurs immunologiques agissant de façon complémentaire et permettant de maximiser l'acquisition de la tolérance de ces antigènes distribués en petite quantité de façon répétée. Ainsi les mères qui allaitent peuvent avoir une alimentation diversifiée avec même des aliments au goût prononcé. C'est une ouverture olfacto-gustative pour son enfant qui sera bénéfique pour la diversification alimentaire comme pour la tolérance de son organisme à cette diversification.

4. Capacité physiologique du nouveau-né pour s'alimenter

La séquence succion/déglutition/respiration

Les bases neuroanatomiques se mettent en place dès la vie intra-utérine, la succion et la déglutition sont acquises pour les nouveau-nés à terme. La capacité du nouveau-né à s'alimenter oralement dépend de la coordination de trois paramètres : succion / déglutition / respiration. Mais aussi de son état d'éveil, de son comportement et de son environnement, dans lequel il doit se sentir en sécurité.



La succion / déglutition est acquise pour les nouveau-nés à terme (réflexe archaïque, présent dès le premier trimestre de la grossesse). L'expression de ce réflexe est facilitée si on respecte le rythme

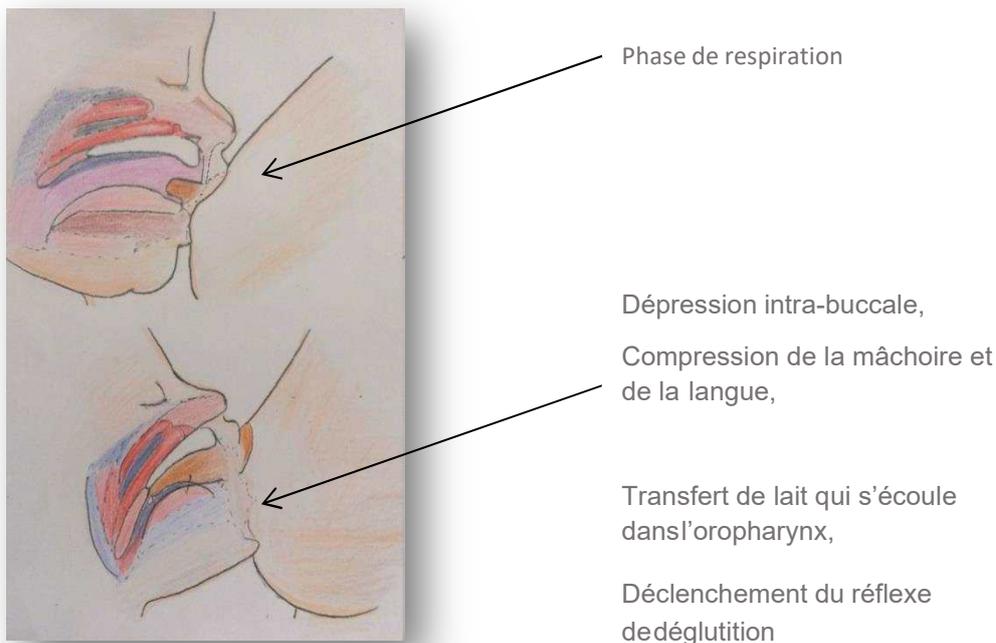
du bébé et qu'on installe celui-ci dans une position qui lui donne les mêmes repères que ceux présents pendant la vie fœtale.

- **Mécanisme**

Le mécanisme de succion dépend de deux composantes : la dépression intra-buccale et le mécanisme de compression de la mâchoire et de la langue.

La dépression intra-buccale est le mécanisme principal qui permet le transfert de lait. Suite à l'extraction du lait par pression négative, le lait s'écoule dans l'oropharynx et déclenche une déglutition pharyngée réflexe qui ferme les voies aériennes.

La phase respiration est interrompue à ce seul moment du cycle, le plus souvent en fin d'expiration.



En cas de problème de coordination on peut observer une toux, une fausse route, une apnée, une polypnée, un stridor, désaturation ou bradycardie.

Il est donc **indispensable d'accompagner les premières tétées** de l'enfant pour s'assurer de leur efficacité et de sa capacité à réaliser la séquence.

- **Organisation des succions**

Succion nutritive / rythme lent

La succion est organisée en salves entrecoupées de pauses. Le profil normal et mature comprend de longues salves avec un ratio succion déglutition lent 1/1 qui peut augmenter en cours de tétée 2/1, 3/1... Plus le profil de succion est immature, plus les salves sont courtes et les pauses sont longues, parfois accompagné d'un détachement du sein. Ce profil est aussi observé s'il y a un faible débit de lait ou des difficultés de respiration ou de déglutition.

Succion non nutritive / rythme rapide

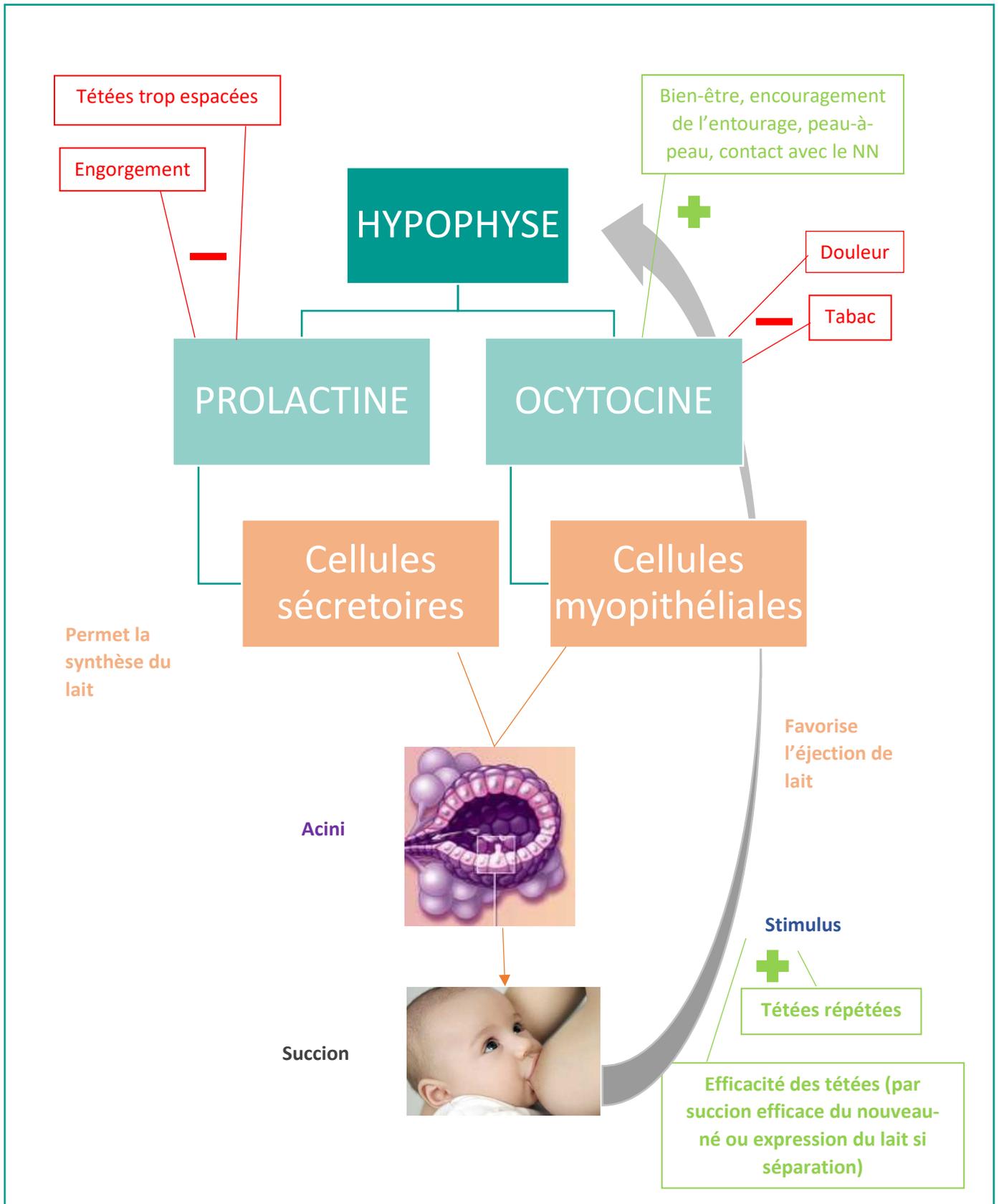
Parfois la succion est non nutritive, elle se fait à un rythme rapide de plus de deux succions par seconde et avec une désorganisation des séries de succions et des pauses et elle n'est pas suivie d'ingestion de lait.

Elle peut être utile pour l'apaisement de l'enfant, son exploration sensorielle et parfois pour déclencher l'écoulement du lait.

- **Rythme du nouveau-né**

Les nouveau-nés ont un rythme qui évolue au fur et à mesure des jours de vie. Les connaître (et les transmettre aux patientes) permet de discerner une situation physiologique d'une situation alarmante. Ces rythmes sont décrits dans le chapitre "mise en place de la lactation" (Fiche 05).

III. SYNTHÈSE



Fiche 4 - Accueil du nouveau-né en salle de naissance

Objectif : Favoriser le démarrage physiologique de l'allaitement maternel

Recommandation n°4 de l'IHAB : « Placer le nouveau-né en peau à peau immédiatement à la naissance, pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. »

L'objectif est de respecter la physiologie de la naissance et de favoriser le contact précoce, prolongé et ininterrompu du nouveau-né et de sa mère dès la naissance (salle d'accouchement ou salle de césarienne) pendant au minimum 2 heures. Celui-ci permet à l'enfant de se mobiliser pour prendre le sein de façon optimale, en cas d'allaitement maternel ou de tétée d'accueil. Il facilite l'établissement du lien mère-enfant tout en garantissant la sécurité de l'enfant et de sa mère.

I. COMPETENCES ET COMPORTEMENT DU NOUVEAU-NE (A TERME, BIEN PORTANT)

Après une naissance normale, le taux de catécholamines dans le sang du nouveau-né est 20 fois plus élevé que celui d'un adulte au repos. Cette décharge participe à :

- Son adaptation physiologique : mise en place de la respiration, protection cardiaque et cérébrale, mobilisation des réserves énergétiques
- Un état de grande vigilance : attentif et apte à communiquer, il a les compétences innées qui lui permettent d'aller lui-même vers le sein.
 - Il a les pupilles dilatées (à condition que la lumière ne soit pas trop vive)
 - Il est en éveil calme et très alerte : son énergie est contenue pour écouter, regarder et sentir
 - Son activité motrice est bien organisée

Plus les conditions de naissance ont été physiologiques, plus l'éveil sera propice à la tétée. L'éveil calme et spontané favorise une présence efficace des réflexes archaïques alimentaires :

- Foussement : un contact avec la bouche ou la joue entraîne une orientation de la tête en direction de la stimulation. Il est présent à la naissance et disparaît vers 4-5 mois
- Points cardinaux : la stimulation tactile péribuccale entraîne une rotation de la tête vers le côté stimulé et le bébé ouvre la bouche pour téter.
- Succion : un contact avec la bouche ou les lèvres provoque une succion. Il est présent à la naissance et disparaît vers 4-5 mois
- Déglutition

Une séquence comportementale en 9 phases a été décrite (séquence comportementale de Widström). Elle peut prendre quelques minutes à une heure ou plus (moyenne 49min) :

- 1- cri de naissance
- 2- relaxation
- 3- éveil : quelques mouvements de succions
- 4- activation : ouvre les yeux, mouvements tête et épaules
- 5- repos
- 6- s'approche du sein en rampant
- 7- familiarisation
- 8- succion
- 9- endormissement

Le respect de cette séquence optimise la première tétée puisque le nouveau-né s'alimente seulement lorsqu'il montre qu'il est prêt à téter et qu'il se sent en sécurité. Parallèlement, la mère a aussi un comportement caractéristique qui passe par le toucher, la voix et le regard.

II. LE PEAU A PEAU

1. Bénéfices

Le peau à peau préserve la continuité sensorielle du nouveau-né et facilite la transition entre la vie intra et extra-utérine. Les bénéfices sont multiples :

- Adaptation néonatale facilitée : thermique, métabolique et comportementale
- Établissement du lien mère-enfant (notamment par la décharge de prolactine et d'ocytocine)
- Facilitation du démarrage de l'allaitement maternel et de sa poursuite
- Continuité sensorielle
- Maintien efficace de la température corporelle du NN
- Meilleure adaptation métabolique
- Stabilisation cardio-respiratoire
- Amélioration du bien-être et du comportement du NN
- Effet analgésique
- Colonisation par la flore bactérienne « familiale »
- Régulation par l'enfant de la physiologie et du comportement maternel
- Interactions précoces

Le peau à peau déclenche chez le nouveau-né un comportement caractéristique inné fait d'interactions et d'activation de ses réflexes nutritionnels lui permettant de se positionner sans aide, en rampant, à proximité du mamelon puis de prendre le sein seul au moment où il est prêt à le faire, guidé par l'odeur du sein (tubercules de Montgomery) et la voix de sa mère. Ce processus peut prendre de quelques minutes à plus d'une heure, et peut être facilement perturbé par des interférences : soins de routine, lumière vive, bain du nouveau-né ou lavage des seins qui altèrent l'odeur.

2. Position

Pour un nouveau-né né par voie basse spontanée, instrumentale ou par césarienne, AG>37 SA, sans pathologie, la position de sécurité optimale en peau à peau comprend les critères suivants :

* Pour la patiente :

- Installation légèrement en proclive (pas à plat)
- Dans un état d'éveil suffisant permettant une surveillance continue
- Barrières de sécurité du lit relevées, sonnette à disposition
- Favoriser son réchauffement et une installation confortable (coussins ou oreillers sous les bras, Corpomed, ...)

* Pour le nouveau-né :

- Séché, avec bonnet, recouvert d'un lange chaud et d'une couverture polaire ou utilisation d'un bandeau de peau à peau
- Position en décubitus ventral sur le thorax de sa mère, épaules à plat et jambes fléchies
- Visage et voies aériennes visibles et dégagés (sur le côté par exemple)
- Nuque non fléchie
- Scope et SaO2 avec alarmes
- Soins du cordon, pose du bracelet d'identité et mise en place de la couche peuvent être réalisés sur le ventre de la mère

* Pièce avec une température ambiante suffisante (22 à 24 °C)

* Peau à peau avec le co-parent : Si la maman est dans l'impossibilité de réaliser le peau à peau (hémorragie de la délivrance, anesthésie générale, etc.) ou ne le souhaite pas, celui-ci peut être fait par le co-parent dans les mêmes conditions



Affiche issue du site www.ihab.fr



Illustration Hélène Bouhier - avec l'aimable autorisation de l'auteur

3. Sécurité et surveillance

Des incidents à la suite de malaises lors du peau à peau ont été décrits, ils ne remettent pas en cause cette pratique.

Le peau à peau doit s'accompagner du respect des règles de sécurité et de la surveillance de la mère et de son bébé (tonus, coloration, installation). Surveillance toutes les 15 min par exemple. La pratique du peau à peau est à réévaluer selon l'évolution du binôme mère-enfant et à interrompre en cas de suractivité en salle de naissance.

Points de surveillance particuliers :

- La position ventre contre ventre doit être particulièrement surveillée, tout en veillant à ne pas perturber le processus.
- Vigilance accrue pour les mères seules,
- Il convient d'éviter de laisser seul le dyade mère/enfant : risque d'endormissement. Si le couple de parents ou la mère sont laissés seuls avec le nouveau-né, il faudra veiller à sécuriser la position et se référer au protocole de peau en peau en vigueur dans l'établissement.

Date : _____ Heure de N : _____ Poids de N : _____ APGAR _____
 TERME : _____ DECLENC : APD : AG : ACC N : VENTOUSE : FORCEPS : CESAR :

Minutes de vie	5	10	15	30	45	60	75	90	105	120
Peau à Peau										
Position sécurisée mère/bébé										
Raison pour l'absence de Peau à Peau:	Soins urgents : <input type="radio"/> Refus maman : <input type="radio"/> Surcharge de travail : <input type="radio"/>									
Couveuse / Berceau										
Surveillance de la mère										
Éveil / Somnole / Dort /										
Surveillance du bébé										
Éveil / Dort										
Pleure / Geint										
Coloration + -										
Réactivité + -										
Puls / O ²										
T° Rect- Axill										
Urine- Méco										
Comportement alimentaire										
TT Spontanée / TT Aidée / Biberon										
Difficultés TT	l'enfant ne s'accroche pas : <input type="radio"/> A fait seulement quelques suctions : <input type="radio"/> Douleur de la mère : <input type="radio"/>									
Présence permanente	Père : <input type="radio"/> Autre personne non soignant : <input type="radio"/> préciser : _____					Soignant : _____ Signature : _____				

Surveillance clinique recommandée toutes les 15 minutes

Cocher le début de l'action et prolonger avec un trait suivant l'évolution

Soins de routine (à pratiquer à 2 h de vie si possible)

Aspiration
Choanes
Pesée
(Enveloppée)
Mensuration
Collyre
Vitamine K1

Heure de sortie de la salle de naissance :

Fiche 1b Pour les transmissions, utiliser le verso de cette feuille (cf. fiche 12- Procédure d'accueil du nouveau-né en salle de naissance) Juin 2013 p. 2

III. LA TÊTÉE PRÉCOCE

La tétée est l'étape naturelle au processus décrit dans le paragraphe précédent.

Il n'est pas nécessaire de forcer ou de « mettre » le nouveau-né au sein sous peine de contrarier son comportement à l'égard de l'allaitement et de perturber le bon positionnement de sa langue. L'allaitement n'est pas compromis si le bébé ne tète pas immédiatement à la naissance car les bébés présentent une variété de comportements et ne sont pas tous prêts à téter au même moment. (*Favoriser l'allaitement maternel : processus-évaluation –HAS 2006*)

Profiter de ce temps de post partum immédiat pour montrer les signes d'éveil, signes que le NN est prêt à téter et la réalisation de l'extraction manuelle.

Si la tétée se passe bien, qu'elle n'est pas contrariée par une intervention extérieure, ce sera une expérience positive que le NN aura envie de reproduire.

L'expression manuelle est recommandée si pas de tétée à H2.

1. Pourquoi une tétée précoce ?

La tétée précoce après la naissance :

- Favorise une succion efficace
- Favorise le lien mère enfant
- Favorise le maintien de la température, favorise le maintien de la glycémie
- Favorise le transit et diminue la fréquence de l'ictère néonatal
- Augmente la durée de l'allaitement
- Augmente le taux d'ocytocine maternel favorable à la contraction utérine et l'éjection du lait
- Favorise les capacités de l'enfant à réguler ses apports alimentaires

2. Comment ?

Préparation :

- En parler pendant le travail et même plus tôt pendant la grossesse (séances de PNP)
- Optimiser le travail en binôme auxiliaire de puériculture / sage-femme
- Après une évaluation clinique complète du nouveau-né

Étapes (pour les détails, voir chapitre suivant) :

- Expliquer les signes d'éveils à la mère, le réflexe de fuissement
- Rassurer la mère sur ses compétences
- Positionner confortablement la mère, aider la mère à positionner son enfant si besoin
- Montrer la stimulation aréolaire
- Expliquer la bonne prise du sein en bouche
- Proposer l'autre sein si l'enfant s'arrête de lui-même

ATTENTION ! S'assurer que le peau à peau est préservé pendant la tétée

Les bénéfices du peau à peau sont multiples. **Les critères de mise en place** du peau à peau et de la tétée précoce doivent être **bien définis en amont au sein de l'équipe**.

Étapes	Observation et Surveillance	Actions	Accompagnement et Conseils
Adaptation à la vie extra utérine	Coloration, adaptation cardio respiratoire, tonus	Sécher l'enfant, bonnet	
Mise en Peau à Peau	Examen clinique rapide et rassurant	Positionnement du nouveau-né nu contre sa mère. Lumière tamisée, linge chaud + couverture ou bandeau de peau à peau	
Durée du peau à peau (au moins 1h si possible)	Coloration, Respiration, Tonus, Position, Vigilance parentale Saturomètre en place (SaO2 et FC)	Consigner les observations dans le dossier Prévention de la chute Remplir la fiche de surveillance : surveillance rapprochée toutes les 15 minutes	Expliquer les séquences comportementales du bébé ainsi que les signes d'éveil / consignes de sécurité
Prise du sein	S'assurer de la bonne prise en bouche, de l'efficacité de la succion S'assurer que le peau à peau est maintenu	Réajuster la position si besoin	Rassurer la mère sur ses compétences, expliquer positions et prise du sein en bouche Expliquer comment faire l'expression manuelle et quand la faire, +/- montrer le geste sur sein tricoté ou à 4 mains si l'accouchée est OK
1ers soins (Soins de routine) précisés p.17		Retardés si possible Différés à H2 avant le retour en chambre	

IV. SITUATIONS PARTICULIERES

Certaines situations nécessitent une réflexion au sein de l'équipe afin de concilier au mieux le bien-être du nouveau-né avec les impératifs de prise en charge.

Césarienne / anesthésie générale

Conformément aux articles D.6124-98 et D.6124-101 du code de la santé publique, la surveillance d'une patiente consécutivement à une césarienne doit être mise en œuvre en principe dans une salle de surveillance post-interventionnelle. La surveillance du nouveau-né peut y être difficile (pas de personnel spécifique, risques infectieux, risques hypothermie, malaise...). L'architecture des lieux est aussi une contrainte.

Comme pour un nouveau-né né par voie basse en cas de bonne adaptation il peut être placé en peau

à peau immédiatement à la naissance. Il est nécessaire de former les équipes de salle de réveil. Dans les cas où cela s'avère impossible, le peau à peau peut être proposé au co-parent puis à la mère dès que son état le permet.

Attention : penser à la prise en charge de la douleur chez la mère, qui est primordiale pour favoriser l'accueil du nouveau-né.

Réanimation du nouveau-né

Dans certains cas, le peau à peau peut nécessiter la surveillance du nouveau-né par saturomètre. Accord pédiatrique obligatoire pour la réalisation du peau à peau.

- AG < 37 SA, enfant à risque de pathologie
 - o Prématurité < 37 SA après accord du pédiatre sur le peau à peau
 - o Accouchement ou extraction difficiles
 - o Nubain® dans les 12 heures précédant l'accouchement
 - o Mère sous TRANDATE® ou Béta bloquants
 - o Prise de psychotropes ou sédatifs chez la mère
 - o Césarienne

Lors de ces situations à risque :

- Si l'adaptation néonatale est bonne, le peau à peau peut être immédiat avec mise en place d'une SaO2
- Si l'adaptation initiale n'est pas satisfaisante, le peau à peau sera différé avec appréciation des fonctions vitales, désobstruction des voies aériennes si nécessaire
- Si des soins supplémentaires ne sont pas nécessaires :
 - o Peau à peau
 - o Surveillance renforcée
 - o Pose d'une saturation
 - o Traçabilité sur la fiche 1B de surveillance du peau à peau.

V. LES PREMIERS SOINS

Dans la mesure du possible, les premiers soins et l'examen clinique complet doivent être différés et pratiqués au terme des 2 heures de surveillance, certains peuvent être réalisés sur le ventre de la mère.

La pesée :

Pour faciliter le bien-être de l'enfant, une pesée dite « enveloppée » est souhaitable : l'enfant est enveloppé dans un linge chaud en position regroupée avant d'être posé sur la balance.



Photo ci-dessus utilisée avec l'aimable autorisation du Centre de Recherches, d'Évaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel (CREFAM)

Le PC :

Mesuré à J0, il peut être contrôlé à J1 si présence d'une bosse séro-sanguine ou d'un céphalématome

La taille :

Sa mesure peut être réalisée le jour de la sortie.

La prise de température :

La première mesure peut être prise en axillaire sur le ventre de la mère, tout comme les autres soins.

La désobstruction des voies aériennes :

Cette pratique ne doit pas être réalisée systématiquement, notamment chez le nouveau-né en bonne

santé (Liquide amniotique clair, cri, bon tonus). L'atrésie des choanes est rare (1/80000), son dépistage peut se faire par des moyens non invasifs (méthode du miroir, lunettes ou compresse)

L'aspiration gastrique :

Elle sert à dépister une éventuelle atrésie de l'œsophage, sa réalisation systématique est débattue. Sa réalisation est recommandée lors de l'existence de signes d'appels échographiques ou de symptômes évocateurs.

NB : Dans ces deux pratiques (désobstruction et aspiration), la surveillance rigoureuse du nouveau-né est primordiale et doit être prioritaire par rapport aux gestes invasifs systématiques.

Prélèvements bactériologiques :

Les prélèvements bactériologiques peuvent être réalisés sur le ventre de la mère, avant la tétée., voire après.

Le bain :

Non nécessaire. Dans certains cas, le bain est obligatoire (indication d'un bain antiseptique) : le peau à peau sera pratiqué après le bain. Préférer la technique du bain enveloppé.

Vitamine K :

L'administration de vitamine K peut être réalisée après la première tétée.

A noter : Le peau à peau et la première mise au sein permettent une rencontre privilégiée entre la mère et son bébé. Le peau à peau peut être proposé à tous les nouveau-nés quel que soit leur mode d'alimentation. Il n'est pas réservé qu'au moment de la naissance.

Il pourra être renouvelé si un NN est très endormi pour l'inciter à passer dans une phase d'éveil calme et se remettre dans les séquences comportementales de la naissance. Dans cette situation, le peau à peau devient un soin.

Il pourra aussi être pratiqué après le retour à domicile avec les consignes de sécurité adaptées.

Fiche 5 Mise en place de la lactation (nouveau-né bien portant à terme)

Objectif : Favoriser la mise en route de la lactation, le contact mère- enfant et préserver l'allaitement

Recommandation IHAB N°5 : « *Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.* »

Le rôle du soignant est surtout **d'observer** et **d'encourager la mère à observer** avec les informations appropriées.

Dans la plupart des cas, une **aide non intrusive** est adaptée : « mettre le bébé au sein » présente de nombreux risques, en particulier un appui sur la tête de l'enfant peut l'amener à se rejeter en arrière, voire à refuser le sein par la suite. D'autre part, une aide non intrusive respecte l'autonomie de la mère : elle a besoin de se sentir compétente pour aider son enfant à prendre le sein efficacement.

I. UNE TETEE EFFICACE

Des tétées fréquentes et sans restriction de durée sont des conditions contributives au succès d'un allaitement maternel de qualité.

1. Allaitement aux signes d'éveil

La notion d'allaitement "à la demande" est abandonnée, le risque est que la demande ne soit pas bien perçue par la mère, que la succion ne soit pas efficace et que la tétée ne soit pas complète. Certains bébés réclament suffisamment pour mettre en route l'allaitement, mais les bébés nés avant terme, de petits poids ou qui ont tendance à dormir nécessitent une vigilance de la part de la mère et des soignants.

Le nouveau-né à terme a un cycle de sommeil court de 50 à 60 min et est constitué d'une période de sommeil agité et d'une période de sommeil calme. Ce n'est pas la faim qui réveille bébé, c'est la fin d'un cycle de sommeil.

➤ **Stade de vigilance du nouveau-né**

- Sommeil agité : équivalent du sommeil paradoxal, interrompu par de fréquents mouvements corporels : étirements, mouvements des doigts et des orteils, mouvements plus ample des jambes et des bras. Le visage du nouveau-né est très expressif les 6 émotions fondamentales ont été reconnues (peur, colère, dégoût, surprise, tristesse et joie). Des mouvements oculaires rapides, une atonie musculaire alternant avec des mouvements corporels, une respiration rapide plus irrégulière qu'en sommeil calme. Ce sommeil est de durée variable (pouvant aller de 10 à 45 mn). Le nouveau-né s'endort en sommeil agité.
- Sommeil calme : le nouveau-né est immobile, ne présente aucun mouvement corporel en dehors de quelques sursauts, il reste tonique, les poings sont souvent fermés, bras pliées vers le thorax. Il a un visage peu expressif, à l'exception de petits mouvements de succion périodiques, les yeux sont fermés sans mouvements oculaires, la respiration est régulière à peine audible. La durée de ce sommeil est relativement stable de 20 min. Le bébé n'est pas en capacité à téter.
- Eveil calme : moment d'éveil attentif dès les premiers jours de vie, il ne dure que quelques minutes, 3 à 4 fois par jour.
- Eveil agité avec ou sans pleurs : fréquents les premiers jours, le nouveau-né est peu attentif à son environnement.

Le terme allaitement "aux signes d'éveil" est préféré. En pratique, proposer le sein dès que le bébé manifeste les premiers signes. Le bébé doit pouvoir prendre le sein sans restriction de nombre ou de durée. **La majorité des bébés têtent environ 8 à 18 fois par 24h.**

➤ Les signes que bébé est prêt à téter

LES SIGNES D'ÉVEIL

Quand faire téter son bébé ?



✓

JE BOUGE MES BRAS,
JE M'ÉTIRE



✓

JE BAILLE



✓

JE SUIS CALME
ET ATTENTIF



✓

JE SORS
MA LANGUE



✓

J'ARRIVE À SUCER
MES DOIGTS...



✓

...QUAND ILS
PASSENT...



✓

... PRÈS DE
MA BOUCHE



✗

JE SUIS TROP AGITÉ,
J'AI BESOIN D'ÊTRE APAISÉ
AVANT LA TÊTÉE



✗

JE DORS PROFONDÉMENT,
JE SUIS PARFAITEMENT
IMMOBILE



Conception: Groupe de travail Régional Maternité - Réalisation: N. Monjean - C. Soum

➤ Cris et pleurs

Attendre les pleurs risque de désorganiser le nouveau-né et sa succion, et rend la mise au sein difficile. Pour calmer un bébé qui pleure : le bercer, le mettre en peau à peau, lui parler, le caresser, le posturer en flexion, l'envelopper.

Le nouveau-né humain est un être immature qui a des besoins corporels et émotionnels. Il exprime ces besoins par de petits signes et en l'absence de réponse adaptée, par des cris et/ou des pleurs.

Les premiers jours en maternité, il n'existe pas de différenciation des pleurs (faim, froid, insécurité, inconfort...). Tout pleur, les premiers temps, doit avoir comme réponse le réconfort, dans les bras, en peau à peau, au sein... Les études montrent que plus le parent répond aux sollicitations de l'enfant nouveau-né, plus celui-ci gagne en sécurité affective et émotionnelle : il se sent accueilli, entendu, accompagné et reconnu. Il prend confiance en lui et en son entourage proche. Cela participe au

fondement de sa future sécurité intérieure.

De ce fait il n'existe pas de « caprices » ou de « mauvaises habitudes » en maternité. Il n'y a aucune restriction à ce que l'enfant soit câliné dans les bras à longueur de temps.

Laisser pleurer l'enfant dans son berceau génère du stress (augmentation des hormones de type adrénérquiques), et induit un sentiment d'insécurité.

Le pleur non entendu peut finir par amener l'enfant à se résigner.

➤ Manifestations digestives ou « coliques »

Dans la terminologie médicale, le terme de coliques ne concerne pas le nouveau-né en maternité. Il est à éviter dans le discours des professionnels car, trop souvent, les parents associent ce terme à celui de « maladie et de difficultés à venir pendant de nombreuses semaines ».

Il convient de proposer des explications (inconfort digestif, adaptation du transit, mise en place des selles.... qui ne sont que l'expression de l'adaptation physiologique du bébé) sur ce comportement de pleurs, d'agitation, de bruits digestifs, et de proposer des moyens d'apaiser le nouveau-né : regroupement, portage, bercement, tétée...

Le lait maternel peut se digérer en 30 minutes à 1 heure selon la quantité prise par l'enfant.

Le lait maternel tapisse les muqueuses du tube digestif de l'enfant, ce qui le protège des germes pathogènes. Les tétées fréquentes entretiennent ce tapissage. Tout complément, eau, tisane, préparation pour nourrisson agit comme un diluant de cette protection.

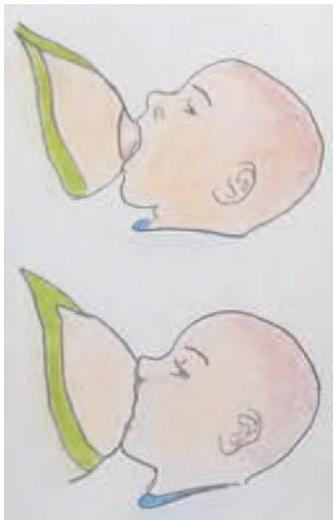
Ce phénomène justifie le rythme habituel de tétée des nouveau-nés allaités (tétées fréquentes et groupées, sans espacement régulier) et explique l'augmentation du risque allergique en cas d'allaitement non exclusif avant 4 mois.

Tout complément modifie également la flore intestinale pendant environ 3 semaines et pourrait avoir un impact sur le développement du système immunitaire de l'enfant à long terme⁵.

2. Positions de l'allaitement

➤ Prise du sein en bouche

Une prise de sein correcte par le bébé est un facteur essentiel pour la réussite d'un AM. La bonne position du nouveau-né (face à la mère) et la prise correcte du sein par l'enfant (bouche grande ouverte et langue vers le bas) permettent une succion efficace et un transfert de lait optimal tout en prévenant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon.



- La tête est dans l'axe du corps, **légèrement** inclinée en arrière pour que le mamelon pointe vers le palais
- La bouche grande ouverte pour une prise du mamelon et de l'aréole maximale
- Le menton arrive en 1er sur le sein et est collé au sein
- La prise de l'aréole est légèrement asymétrique
- Les lèvres sont +/- déroulées sur le sein
- Le nez légèrement dégagé (pas de doigt qui appuie sur le sein)



Astuce pour proposer le sein : proposer le sein en approchant le bout de sein de la lèvre supérieure du bébé, voire de son philtrum ou de son nez. Ainsi, sa position de tête ne sera pas trop inclinée en arrière.

➤ **Position de la mère**

Il faut rechercher avec les mères les différentes positions dans lesquelles elles se sentent confortablement installées en fonction des circonstances (épisiotomie, césarienne, allaitement la nuit...) L'utilisation de coussins est facilitante.

- **Position naturelle ou « *Biological Nurturing* » ou « transat »**

Position semi allongée, entre la position assise et la position allongée. Dans cette position, la mère est complètement relaxée puisque tout son corps est soutenu et surtout sa tête, sa nuque et ses épaules qui sont les points de tension principaux. Bébé est placé face à elle, allongé sur le ventre. Ce qui est important, c'est la manière dont elle place son bassin osseux. C'est son positionnement qui va déterminer la relaxation du corps. Le but est qu'elle n'ait pas besoin de force pour porter le bébé, c'est son corps entier qui doit le porter, naturellement.

Cette position permet d'optimiser les compétences neuromotrices du nouveau-né pour téter.

- **Position couchée**

La mère est allongée sur le côté, sa tête repose sur l'oreiller. Son bébé, posé sur le lit lui fait face ventre à ventre.

- **Position assise classique ou madone**

Quelle que soit la position de sa mère le corps du bébé est tourné vers elle, ventre à ventre, maintenu à hauteur du sein par un coussin, son oreille est dans l'axe épaule / hanche.

La mère s'installe sur un siège, elle a les pieds surélevés. Son bébé est calé sur un coussin, entièrement calé sur le côté. La tête du bébé repose sur l'avant-bras.

- **Position classique modifiée ou du bras opposé ou madone inversée**

L'enfant est positionné transversalement et soutenu avec le bras opposé au sein qu'il va prendre. Cette position peut permettre de drainer le sein et de faire de la compression mammaire.

- **Bébé à califourchon**

L'enfant est à la verticale à califourchon sur la cuisse de sa mère.

- **Ballon de rugby**

L'enfant est sur le côté son corps s'enroule sous le bras de sa mère. Il est maintenu hauteur du sein par un coussin. Son visage regarde sa mère.

POSITIONS D'ALLAITEMENT



BIOLOGICAL NURTURING (BN) OU POSITION NATURELLE :

avoir le dos en arrière plus ou moins incliné à votre convenance (mais pas à plat). Positionnez votre enfant sur votre ventre, une main sous ses fesses. Et laissez votre enfant prendre le sein, il se positionnera correctement tout seul. Il est possible que sa tête oscille d'avant en arrière le temps qu'il trouve la position adéquate, c'est normal laissez-le faire. Dans cette position, il pourra aisément utiliser tous ses réflexes innés.



BALLON DE RUGBY



**BALLON DE RUGBY
JUMEAUX**



**MADONE INVERSÉE
OU BERCEUSE INVERSÉE**



COUCHÉE SUR LE CÔTÉ



CALIFOURCHON

LA MISE AU SEIN



Mettez la main en C, formé par le pouce et l'index pour soutenir le sein.
Les doigts sont placés derrière l'aréole sans compresser le sein.

3. Succion efficace

Attention : La succion non nutritive est utile car elle permet d'apaiser le nouveau-né et de stimuler le sein.

Signes d'une succion efficace / d'un transfert de lait efficace	Signes d'une succion non nutritive
Le bébé est réveillé, très actif, en interaction avec son environnement	Le rythme du bébé se ralentit
La succion s'effectue en longues salves avec 10, 30, 50 parfois même 100 mouvements ou plus, sans interruption	
Avant la montée de lait, le mouvement de succion est lent et régulier, le bébé déglutit occasionnellement. Dès la montée de lait, la déglutition a lieu à chaque mouvement de succion (signe d'un transfert de lait efficace)	Petits à coups rapides, irréguliers, bébé lâchant le sein pour le reprendre après de longues pauses
La succion, la déglutition et la respiration sont parfaitement coordonnées ; le bébé respire en tétant, n'accélère pas sa respiration pendant les pauses	Les déglutitions deviennent rares
Entre les salves, les pauses sont rares et de courte durée et le bébé ne lâche pas le sein	
Les seins sont soulagés par la tétée (après la montée de lait)	



Remarque : Certains nouveau-nés (naissance difficiles, nouveau-nés désorganisés ou pas encore coordonnés) ne font que des tétées non nutritives : dans ces cas-là : se donner du temps, bien observer les tétées

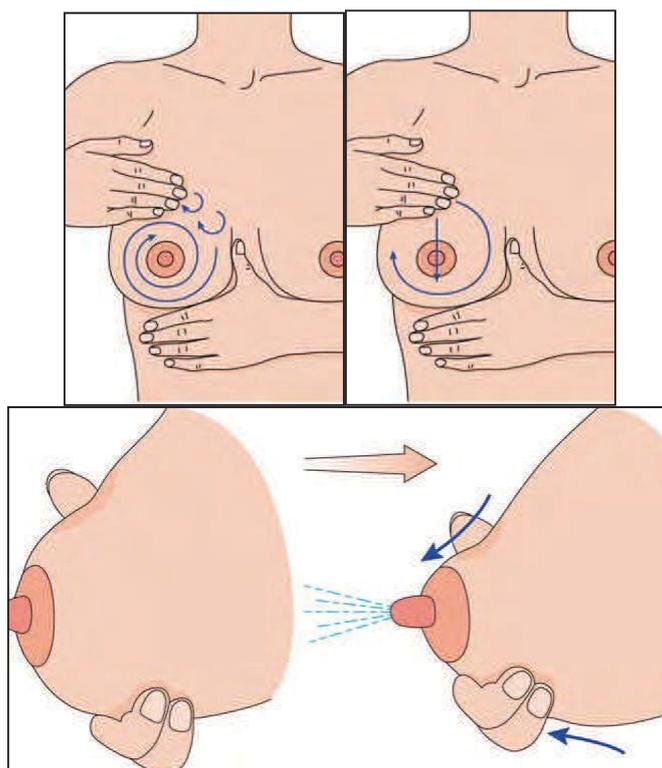
4. Expression manuelle du lait

Une information sur les différents modes d'expression (expression manuelle et expression au tire-lait) doit être faite au cours du séjour. L'expression permet de :

- Stimuler la lactation
- Recueillir du lait
- Soulager les seins en cas d'engorgement

La technique doit être expliquée à toutes les mères allaitantes :

1. Lavage des mains avec de l'eau et du savon
2. Préparer un contenant propre (lavé à l'eau chaude savonneuse, rincé à l'eau chaude et séché à l'air libre) : au début, une cuillère à café suffit.
3. Massage des seins avec des mouvements circulaires.
4. Placez le pouce, l'index et le majeur à 2,5-3,75 cm du mamelon
5. Poussez vers votre poitrine avec les doigts
6. Glissez les doigts vers le mamelon en appliquant une légère pression
7. Répétez les étapes 4, 5 et 6 jusqu'à ce que la quantité diminue



Images illustrant le massage et l'expression manuelle du lait³

II. EVOLUTION DE L'ALLAITEMENT EN FONCTION DU RYTHME PHYSIOLOGIQUE DU NOUVEAU-NE

1. Le jour de la naissance

Dès le retour en chambre, la mère doit être informée de la nécessité de se faire accompagner par un professionnel pour la première mise au sein, celle-ci doit se faire idéalement dans les 6h qui suivent la naissance (le démarrage précoce est un facteur de réussite).

- Conseils, informations

- Expliquer les rythmes des 1^{ers} jours et la "nuit de java" du 2^{ème} jour
- Ne pas restreindre la fréquence et la durée des tétées
- Décrire les signes d'éveil du bébé (signes qu'il est prêt à téter)
- Respecter la cohabitation mère bébé 24h/24h : l'expliquer et l'appliquer dans sa pratique (pas de séparation la nuit, attention lors des soins)
- Signes de transferts de lait
- Conseils supplémentaires : importance d'allaiter sans compléments, importance du contact peau à peau dès que possible

- Accompagnement

- Bonne installation, bonne position et prise du sein adaptés
- Extraction manuelle : expliquée et réalisée (surtout si nouveau-né transféré ou si tète mal)

Les besoins du nouveau-né évoluent, au cours des premières 24 heures, les tétées sont souvent espacées, le contact et la mise au sein aux signes d'éveil sont capitaux.

2. Le lendemain de la naissance

- La crise de pleurs de la 2^{ème} nuit doit être expliquée (nuit de java) : le bébé sort de sa phase de récupération, ne pas traduire ces pleurs par de la faim (le nouveau-né nourri au biberon fait la même chose).
- Si bébé dort beaucoup, si le colostrum est peu important : on proposera à la mère une extraction manuelle du lait, on pourra amorcer la venue du lait avant de mettre le bébé au sein.
- Les deux seins sont proposés, pour permettre de bien stimuler la lactation.
- Côté pro : Evaluation de la douleur, observation du mamelon

3. J2 : le démarrage

Le nouveau-né devient plus demandeur. Inciter la mère à allaiter en l'observant **sans limitation ni du nombre des tétées ni de la durée** et sans intervalle minimum entre deux prises du sein tout en vérifiant l'efficacité des tétées permettra de :

- Diminuer le risque d'engorgement
- Assurer un bon démarrage de la lactation
- Satisfaire les besoins de contact
- Prévenir l'ictère du nouveau-né

4. J3 : la montée de lait

Signaux du démarrage de la lactation :

- Les **selles** du bébé deviennent vert foncé puis jaune d'or, très liquides avec des petits grumeaux vers le 3^{ème}, 4^{ème} jour (au moins 2 à 3 fois par jour, voire à chaque tétée les premières semaines).
- A chaque mouvement de succion efficace, les **déglutitions** deviennent audibles.

5. Evolution du couple mère-enfant (résumé)

	J0	J1	J2	J3	J4	J5 à J7
Risque d'hypothermie	Eviter le bain Favoriser le peau à peau					
Tétées ⚡ 8 à 18/24h ⚡ Aux signes d'éveil	Dans les 6h qui suivent le retour en		Nuit de Java	Déglutition audible ? Attention aux bébé dormeurs	Déglutition audible ?	
Taille de l'estomac	Cerise 		Noix 		Abricot 	
Quantité de lait	5 à 7 ml/tétée 10 à 100ml / 24h			22 à 27ml/tétée Environ 200ml /24h		40à 60ml/tétée 400 à 600ml/24H
Modifications des seins			Tension ?	Tension normale 2ème lait, arrive en jet	Seins souples à la fin de la tétée	
Nombres de couches mouillées	Au moins 1 avant H36		Au moins 2	Au moins 3	Au moins 4	Au moins 6 très mouillée urines claire ou jaune pâle
Nombre de couches souillées	Au moins 1 ou 2 Méconium noir ou vert foncé avant H 48			Au moins 3 Selles brunes, vertes ou jaunes		Au moins 3 grosses selles, molles grumeleuses, jaune d'or
Poids du bébé					Bébé grossit	

III. ROLE DU PROFESSIONNEL EN MATERNITE

L'objectifs des soignants est de "prendre soin", pour cela assurer un accueil bienveillant auprès des parents et de leur enfant.

Prendre soin

- Réajuster mais surtout coconstruire avec les parents
- Reprendre l'histoire antérieure et ne pas oublier de prendre soin d'une patiente multipare
- Repérer les parents en difficultés

Informé sur la physiologie de l'allaitement de l'allaitement et les besoins du nouveau-né

- Importance d'un allaitement exclusif sans autre apport
- Tétées sans restriction de leur fréquence et de leur durée
- Signes d'éveil du nouveau-né et rythmes du bébé
- Interactions avec les prises de médicament, tabac, alcool, toxiques (CRPV Toulouse Faculté de Médecine 37, allées Jules Guesdes 31000 Toulouse; Département de Pharmacologie Médicale et Toxicologie Hôpital Lapeyronie 371, avenue du Doyen G.Giraud 34295 Montpellier Cedex

- 5), elactancia
- Information éclairée des parents sur les compléments, sucettes, bouts de seins

Accompagner les tétées

- Observation d'une tétée et aide éventuelle
 - o 1ère observation dans les 6h après le retour en chambre
 - o Position de la mère
 - o Position du bébé
 - o Prise du sein et efficacité de la succion
- Observation des seins
 - o Tension des seins (arrivée du 2^{ème} lait à J2)
 - o Gestion de la tension (expression manuelle du lait, douche chaude, froide...)
- Technique de l'expression manuelle
- Information sur le rythme des tétés
 - o Pas de limitation de durée ni d'intervalle
 - o Aux signes d'éveil
 - o Attention au bébé faux dormeur à J3
 - o 8 à 18x/24h
 - o « Nuit de Java » de J2 à expliquer
 - o Tétées groupées : La plupart des nouveau-nés ne tète pas régulièrement. À certains moments de la journée, notamment le soir, en début de nuit, ils vont avoir des tétées très rapprochées de courte durée. Ces tétées ne sont pas reliées à une insuffisance qualitative ou quantitative du colostrum ou du lait, elles sont l'expression biologique du rythme du nouveau-né.

Ces tétées groupées ne sont pas source de douleur ou de crevasse à condition que l'enfant ait une prise du sein adaptée. (Cf. p.44). Le soutien consiste à encourager les mères à proposer le sein sans restriction, en les aidant à trouver les conditions permettant des tétées confortables.

Les pleurs du soir ne devraient pas être une indication systématique de complément de préparation pour nourrisson ou conduire à calmer l'enfant avec une sucette.

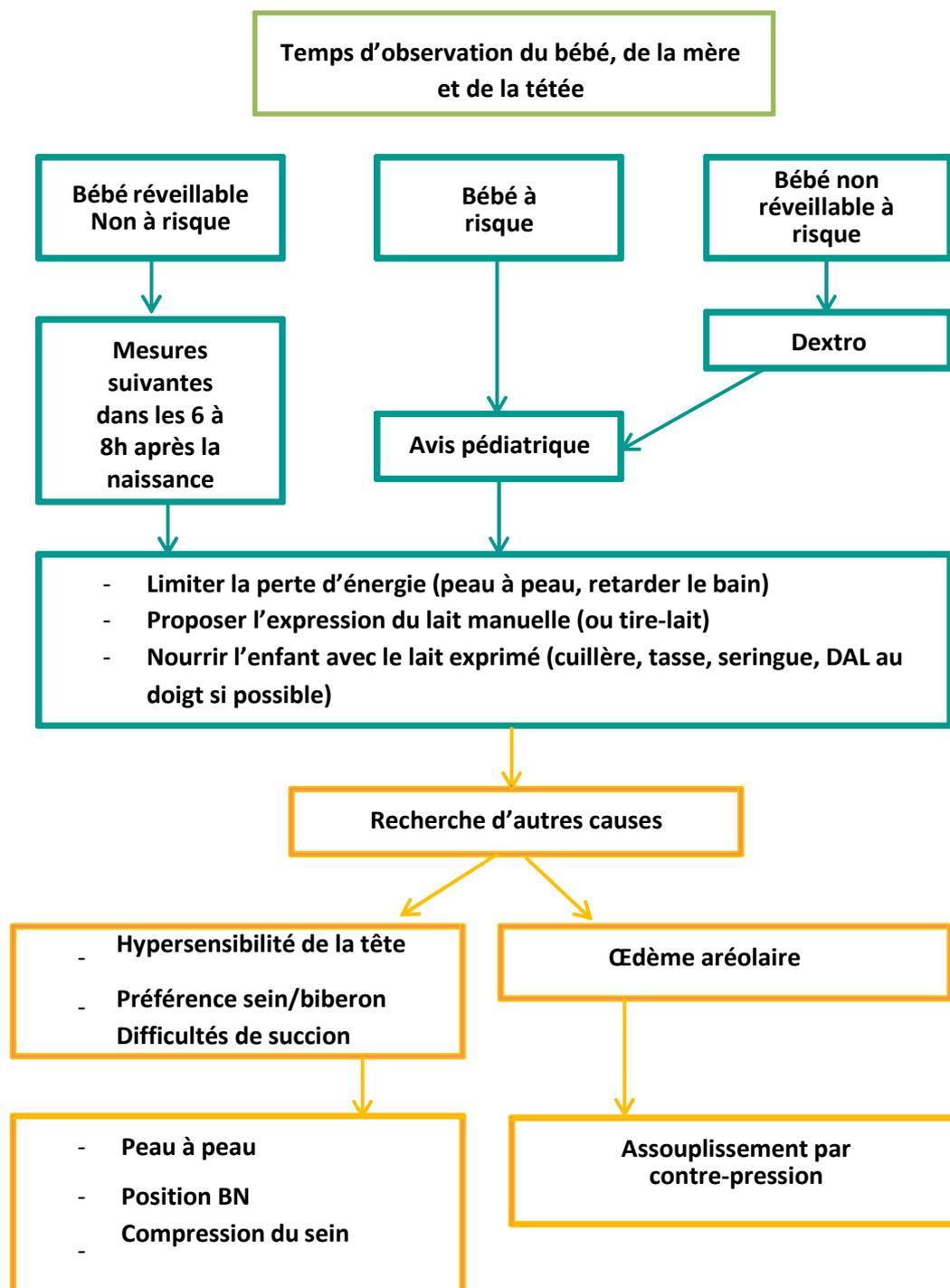
- Transfert de lait
 - o Déglutition audible
 - o Visible
 - o Entendue par le professionnel et la mère
- Signes de la montée de lait
 - o Tension des seins
 - o Modifications des selles
 - o Déglutition audible

Informers des recours possibles lors du retour à domicile

- Fiche de liaison
- PMI, Sage-femme libérale
- Groupes de soutien
- Lactarium de Marmande ou Montpellier
- Consultante en lactation

Outils pour les professionnels

- Algorithme décisionnel



Fiche de liaison

*E = Expliqué / O = En cours d'acquisition / A = Acquis		J...	J...	J...	J...	Sortie
INFORMATIONS						
Rythme physiologique du Nouveau-né	*Rythme des tétées, nuit de Java...					
*Explication signes d'éveil						
Intérêt du peau à peau	*Bénéfices					
	*Position					
*Conseils de couchage / consignes de sécurité						
OBSERVATIONS ET ACCOMPAGNEMENT						
Position lors de la tétée	*Position de la mère					
	*Position du bébé					
	*Prise du sein en bouche					
Efficacité de la succion / signes de transfert de lait <i>(Déglutition visible, audible ; mouvements lents, plénitude dusein après tétée)</i>	*Observé par le professionnel					
	*Observé par la mère					
Observation du mamelon (préciser état)						
*Technique de l'expression manuelle						
*Compression du sein pendant la tétée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Apports suffisants	Selles <i>quantité</i> Urines <i>et aspect</i>					
	Nombre de tétées en 24h					
FAIRE FACE AUX DIFFICULTES RENCONTREES						
Séparation mère/bébé pdt séjour	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Raison :						
EVA lors de la tétée	EVA /10					
Utilisation du tire-lait	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(préciser nbre/24h)</i>					
Indication :						
Conservation du lait expliquée						
Bouts de seins en silicone	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Indication :						
Compléments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(préciser nbre/24h)</i>					
Indication :						
Information éclairée des parents	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Technique utilisée :		<input type="checkbox"/> Seringue <input type="checkbox"/> Tasse <input type="checkbox"/> DAL <input type="checkbox"/> Biberon <input type="checkbox"/> Cuillère		
Autres difficultés et solutions proposées <i>Précisez :</i>						
Sucette	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Information éclairée des parents	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
PREPARATION A LA SORTIE : LES PERSONNES RESSOURCES						
Orientation <input type="checkbox"/> SF Libérale <input type="checkbox"/> PMI <input type="checkbox"/> CS Lactation <input type="checkbox"/> Autre :						
Nom Tel :						

Fiche 6 - Les difficultés de l'allaitement maternel

I. DOULEURS ET LESIONS DU MAMELON

La douleur pendant la tétée est souvent évoquée par les femmes allaitantes et surtout les primi-allaitantes.

Elle est une des causes principales d'arrêt précoce de l'allaitement durant les premières semaines, et de stress si l'allaitement est maintenu.

Le plus souvent, ce phénomène douloureux est, soit peu attendu, soit craint par les mères.

La douleur peut être réduite au minimum ou évitée, si la mère reçoit une information adaptée et de l'aide pour optimiser la prise du sein.

Quel que soit le type de douleur, l'accompagnement de la mère et l'observation de la tétée restent indispensables.

1. Causes

Hypersensibilité du démarrage

Douleur d'accroche plutôt en début de tétée, limitée au début de la tétée, qui dure environ 10 secondes, avec souvent un pic à J3 : elle s'estompe au bout de quelques jours, sans déformation du mamelon. Ce phénomène est **physiologique**, il est lié à l'étirement des fibres du fait du vide intrabuccal.

Causes mécaniques :

Frictions anormales entre le mamelon et la langue, les gencives ou le palais de l'enfant.

- Prise du sein non optimale,
- Position inadaptée de l'enfant,
- Succion inadéquate,
- Particularités anatomiques de la cavité buccale, du mamelon ou du sein.
- Torticolis

Dépression intra buccale forte

Causes Infectieuses :

Bactériennes : Elles se surajoutent ou non aux facteurs mécaniques mais restent exceptionnelles lors du séjour en maternité. A évoquer s'il y a une prise correcte du mamelon et succion adéquate avec une douleur persistante avec plus ou moins des lésions. (Penser au Staph Aureus, impétigo)

Candidoses

Herpès

Dermatoses diverses

Causes vasculaires : **Vasospasme** (fréquent chez les patients qui ont un syndrome de Reynaud)

2. Accompagnement

1. Etapes diagnostiques indispensables (schéma p. 33)



2. Propositions de prise en charge des causes mécaniques

La prise en charge repose sur un **accompagnement** avec du soutien et sur la réassurance de la mère sur ses compétences. Les informations données vont permettre à la mère **de modifier ses pratiques** et de traiter les lésions selon leur gravité

- Intérêt d'une position **confortable** : intérêt de la position « Biological Nurturing » (BN)



- Prise asymétrique du sein et déflexion de la tête?



- Application locale après la tétée (après un lavage simple des mains) :
 - o Lait maternel : apaise, cicatrise et prévient les infections (quelques gouttes après chaque tétée ou compresses de lait)
 - o Lanoline (100% purifiée) : faible quantité à faire chauffer entre les doigts et appliquer sur le mamelon et l'aréole
- Le lait et la lanoline peuvent être appliqués simultanément (1 goutte de lait, 1 grain de riz de lanoline)
- Application par massages doux, mouvements circulaires
 - o Miel médical (100% purifié) : 1 grain de riz + lait maternel sur le mamelon sur la crevasse + film alimentaire pour cicatrisation en milieu humide (traitement curatif de la crevasse).
 - o Pommade du Dr Jack Newman adaptée en France (prévient l'infection et la récurrence). L'utilisation de dermocorticoïde doit être courte.

- Respect du rythme propre du nouveau-né
 - o Tétées à l'éveil
 - o Peau à peau

- Amorcer l'éjection du lait pour diminuer la durée de la prise du sein

- Compression mammaire pendant la tétée pour augmenter le transfert de lait et diminuer la durée
- Utilisation d'antalgiques : paracétamol (attention posologie), ibuprofène (pour son action anti-inflammatoire)

- Recours à l'expression manuelle ou avec un tire-lait si la mise au sein est impossible. Elle permet de maintenir la lactation et de privilégier un apport de lait maternel. Pour l'expression au tire-lait :
 - La démonstration doit être faite par un professionnel
 - Doit se faire dans le respect des règles d'hygiène
 - Utilisation de tételles adaptées à la dimension du mamelon

- Autres : ostéopathie ou kinésithérapie pour corriger d'éventuelles malpositions de l'enfant
homéopathie, acupuncture, *coquillage d'allaitement*, boudins de sein en silicone

A propos du bout de sein (ou écran) en silicone : Il n'est pas à proposer en première intention car il diminue rarement la douleur et n'améliore pas la guérison des lésions. S'il s'avère utile, sa mise en place est guidée par un professionnel.

Devant toute difficulté de tétée, une évaluation de la fonctionnalité de la langue et de la fonctionnalité de la succion est indispensable. La décision d'une frénectomie ou non doit se prendre en équipe pluridisciplinaire

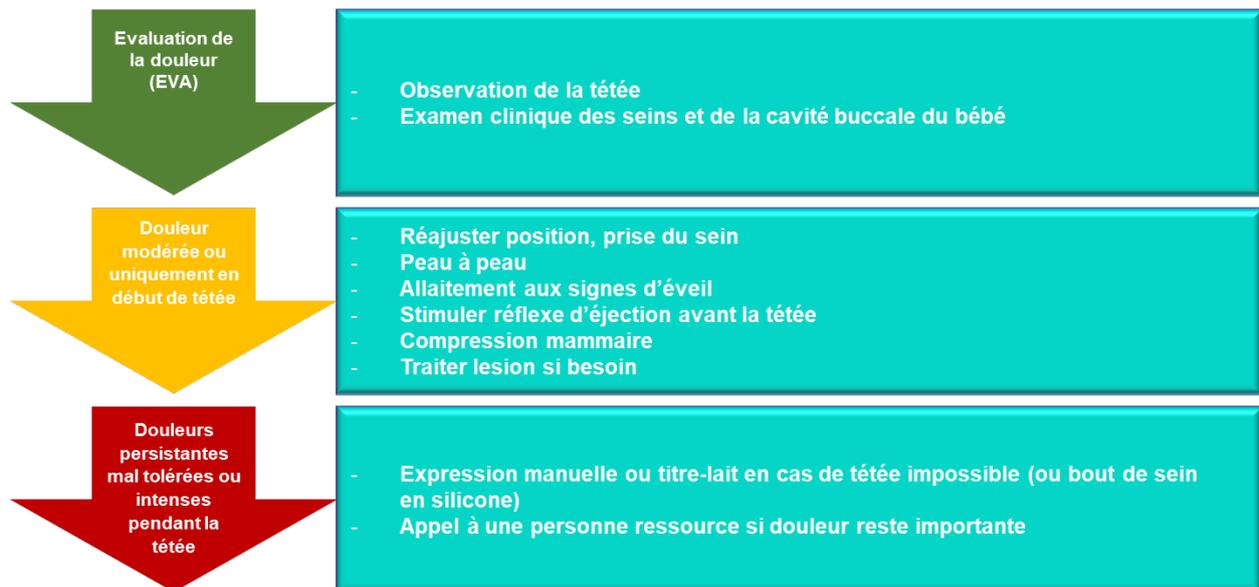
3. Surveillance et suivi

La surveillance repose sur un constat d'amélioration, d'une bonne mise en route de la lactation, d'un transfert de lait efficace et d'une pérennisation de l'allaitement maternel.

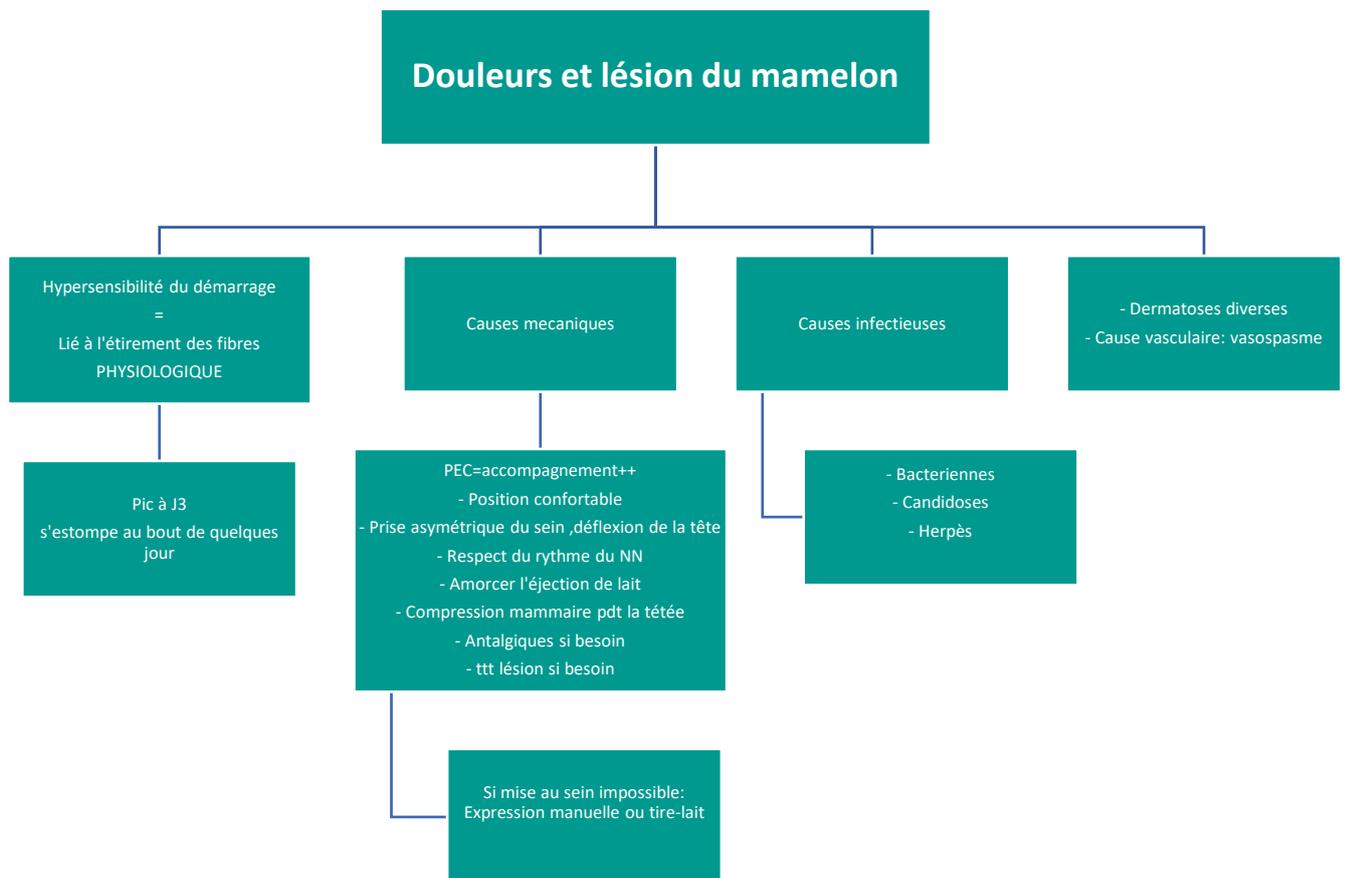
4. Conclusion

La douleur au démarrage de l'allaitement peut apparaître comme banale pour les professionnels de santé. Pourtant, un début douloureux peut engendrer des complications et entraîner des répercussions importantes sur le déroulement de l'allaitement, voire même entraîner un arrêt précoce.

Il est nécessaire de proposer à toute femme qui a des douleurs importantes ou des crevasses en maternité, une prise en charge adaptée et un accompagnement régulier, y compris au-delà de son séjour et à proximité de son domicile.



Dans tous les cas, écouter, informer, accompagner, soutenir et surveiller l'évolution de l'EVA.



II. TENSION MAMMAIRE ET PREVENTION DE L'ENGORGEMENT

1. Description

Le terme de « **montée de lait** » est souvent interprété par les mères comme le moment à partir duquel elles commencent à avoir du lait dans les seins. Il peut renforcer l'idée que le colostrum des deux premiers jours ne suffit pas à leur nouveau-né. Il a donc été jugé pertinent d'utiliser ici d'autres termes pour décrire cette situation.

On réserve le terme d'**engorgement** à une situation pathologique, où la mère a une forte douleur et l'enfant ne peut prendre le sein, et le terme de **tension mammaire** à la situation physiologique, observée par les mères entre le 2^e et le 3^e jour de vie de l'enfant.

	Tension Mammaire	Engorgement
Sensation de seins chauds	Oui	Oui
Sensation de seins tendus	Oui	Tension très importante
Douleur	Non	Oui
Placard rouge	Non	Oui, éventuellement
Le lait coule facilement	Oui	Non
Le bébé arrive à prendre le sein	Oui	Non

Tableau 1 : les signes cliniques permettant de différencier la tension mammaire physiologique de l'engorgement.

2. Augmentation de la lactation pendant les premiers jours

Physiologiquement, un nouveau-né efficace qui a eu 8 à 12 tétées par 24 H depuis la naissance, est habituellement assez compétent pour gérer la tension normale des seins et continuer à téter. Néanmoins, il se peut que l'enfant rencontre des difficultés à téter au moment où les seins sont plus tendus, s'il n'a pas pu s'exercer suffisamment sur le sein plus souple des premiers jours. Dans ces cas-là, la tension mammaire est retardée, elle peut se compliquer d'un engorgement et celui-ci peut entraîner des difficultés dans la prise du sein, majorant à son tour l'engorgement.

3. Conséquences possibles pour l'engorgement

1. Les risques pour l'enfant

La difficulté à prendre le sein entraîne plusieurs risques pour l'enfant :

- Agitation et pleurs
- Perte de poids excessive (> 8%)
- Aggravation de l'ictère physiologique

2. Les risques pour les seins

L'œdème exerce une pression mécanique sur les lactocytes, cellules sécrétrices du lait dans la glande mammaire et sur et les canaux lactifères.

Cette pression :

- Rend difficile l'éjection du lait
- Diminue l'efficacité de l'action de la prolactine dans la glande mammaire,
- Diminue le débit sanguin irrigant la glande. En particulier, l'ocytocine n'arrive plus suffisamment aux lactocytes : la mère peut rencontrer des difficultés pour exprimer son lait (réflexe d'éjection partiellement ou totalement inhibé). Ce phénomène est renforcé par la douleur de la mère.

Si la pression perdure, il y a un risque de mort cellulaire des lactocytes et de diminution irréversible de la capacité de la glande mammaire à produire du lait pour l'allaitement en cours.

3. Le vécu maternel

Compte-tenu de la douleur intense, certaines mères décrivent parfois l'engorgement comme un véritable traumatisme, dans une période où elles sont en pleine adaptation à leur nouveau-né. Un engorgement sévère peut amener à sevrer brutalement. Cette expérience peut les décourager par la suite d'envisager l'allaitement pour un nouvel enfant.

4. Prévention de l'engorgement

Elle repose sur des tétées efficaces et suffisamment nombreuses dès les premières heures de vie.

Ceci implique d'accompagner la mère pour :

- Repérer les signes d'éveil indiquant que l'enfant est prêt à téter, au besoin avec l'aide du peau à peau,
- S'installer confortablement pour proposer le sein à l'enfant,
- Préserver son sommeil et celui de l'enfant (limiter les visites, par exemple)
- Garder le bébé en proximité,
- Éviter les biberons et sucettes.

L'observation régulière de la tétée permet de suivre l'évolution de l'ajustement entre la mère et l'enfant et d'intervenir précocement en cas de douleur maternelle ou de difficulté de l'apprentissage de l'enfant.

5. Traitement de l'engorgement

Dans un premier temps, il est important de comprendre les circonstances de survenue et de refaire le point sur le déroulement de l'allaitement. Savoir si le bébé a tété fréquemment jusque-là, permet d'envisager qu'il sera capable de prendre le sein dès que celui-ci aura été assoupli. À l'inverse, si l'enfant a peu tété et/ou si les tétées étaient douloureuses, il sera peut-être nécessaire de drainer le sein par un autre moyen que la tétée (expression du lait).

1. L'assouplissement par contre-pression aréolaire

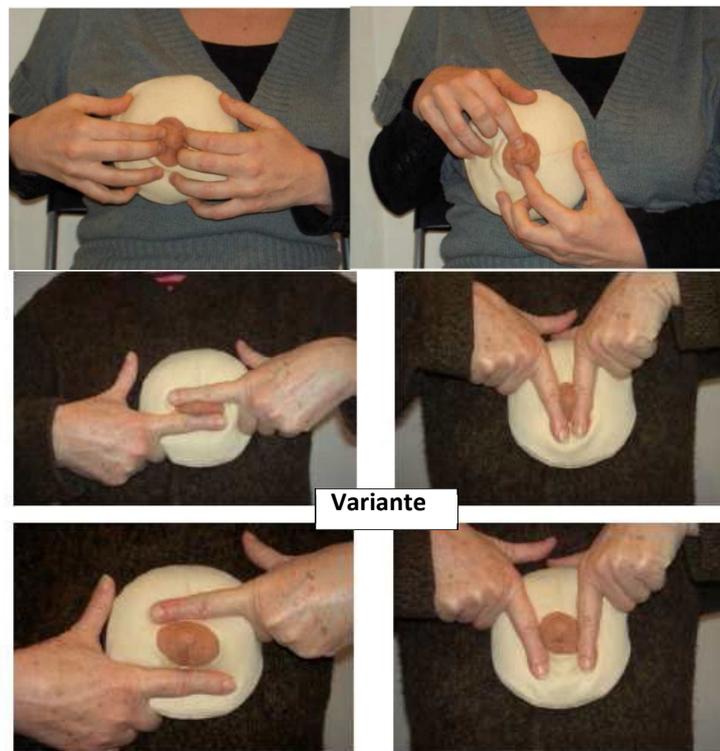
Il est utile quand l'enfant rencontre des difficultés pour prendre le sein et s'il existe un œdème de l'aréole, même peu visible. Y penser au moment de la montée de lait.

Elle est à effectuer juste avant la tétée et autant de fois que nécessaire. Elle consiste à repousser l'œdème dans la partie profonde du sein.

La mère exerce une pression digitale douce de l'aréole, en plaçant la pulpe des doigts à la base du mamelon. Pendant environ une minute, la mère augmente la pression des doigts en fonction de sa sensibilité. Cela n'est pas douloureux (*photo 1*)

La mère parcourt toute la base du mamelon en changeant la position de ses doigts (*photo 2*).

Ensuite, elle refait la même série de pressions en éloignant ses doigts du mamelon pour assouplir toute la partie de l'aréole que l'enfant aura en bouche pendant la tétée.



2. Drainage du sein

Le drainage est le seul moyen validé pour traiter l'engorgement et éviter les complications. Il n'y a pas de risque de « sur-stimulation » de la production quel que soit le moyen de drainage : quand les mères expriment leur lait, les quantités de lait sont en général assez faibles et il s'agit là d'un drainage ponctuel. Pour drainer le sein, le soignant propose par ordre de priorité :

- La tétée, en aidant la mère à trouver une position qui permet une prise du sein optimale
- L'expression manuelle avec massages ; elle est à privilégier si l'enfant ne peut pas téter ou si la tétée ne suffit pas à soulager la tension des seins car elle permet à la mère de rester autonome sans matériel supplémentaire.
- L'expression avec un tire-lait (manuel ou électrique) si c'est la préférence de la mère. Le soignant propose une tétérelle de taille adaptée.

Cf. schéma fiche 5 (p.36)

Parfois, exprimer un peu de lait avant de proposer le sein au bébé peut aider.

3. Autres moyens

→ **La restriction hydrique et le bandage des seins ne sont pas à proposer car inefficaces et douloureux** Favoriser le bien-être de la mère est important pour déclencher le réflexe d'éjection : éviter les visites au moment du traitement, proposer au papa de masser le dos de sa conjointe, veiller au confort maternel.

Aucun des moyens décrits ci-dessous n'a été validé comme traitement mais, en association avec le drainage des seins, leur efficacité pour soulager est reconnue cliniquement.

Moyens locaux

- Application de chaleur avant le drainage : douche ou gant chaud, bol ou verre d'eau chaude (placer un verre ou gobelet à moitié rempli d'eau chaude autour de l'aréole de manière à faire

- une petite ventouse : le lait s'écoule tout seul).
- Application de froid après le drainage
- *Application de feuille de chou vert fraîche ou congelée. La feuille de chou peut être aplatie pour briser les nervures centrales si elles sont grosses. Elle est placée dans le soutien-gorge jusqu'à son flétrissement ou la tétée suivante.*

Autres

Si besoin, on peut **prescrire** une préparation homéopathique et/ou des médicaments à visée antalgique (paracétamol), voire anti-inflammatoire (ibuprofène, acide acétylsalicylique en prise unique). L'acupuncture, pratiquée par un professionnel formé, est aussi un moyen possible.

Rappelons cependant que le meilleur traitement de l'engorgement est sa **prévention**.

III. LA MASTITE

La mastite est une réaction inflammatoire du sein. Elle peut survenir après une stase lactée, en l'absence d'un drainage efficace du sein. Elle peut évoluer vers une mastite infectieuse ou vers un abcès.

C'est une affection commune, purement inflammatoire et banale dans plus de 90% des cas, de résolution rapide lorsque bien prise en charge. La prévention est la même que pour l'engorgement.

1. Signes cliniques

1. Locaux

- Le plus souvent, unilatéral
- Rougeur (placard ou trainée se dirigeant vers l'aisselle), chaleur, douleur.
- Tension mammaire importante

La localisation retrouvée le plus fréquemment est celle du quart supéro-externe car, il est naturellement moins drainé.

2. Généraux :

- Syndrome grippal, avec t° supérieure à 38°5 d'installation brutale, douleurs diffuses, frissons
- Fatigue générale intense.

3. Associés :

- Anxiété
- Diminution de la lactation

2. Mécanisme

Au départ, on retrouve une stase lactée. Elle entraîne une augmentation de la pression intra alvéolaire, un aplatissement des cellules sécrétoires des acini, une ouverture des jonctions serrées inter cellulaires, un passage des composants du lait dans le liquide interstitiel, et inversement. Il découle une réponse inflammatoire locale et parfois générale.

Si la stase lactée persiste, les conditions locales peuvent devenir favorables à une multiplication bactérienne, une involution de la glande mammaire et à un arrêt de la lactation.

3. Facteurs favorisants

Tout ce qui peut entraîner une stase lactée, soit par défaut d'éjection, soit par transfert inefficace du lait, soit par compression.

Les plus fréquents sont :

- Mauvaise installation de la mère et du bébé avec succion et transfert de lait peu efficace ;
- Limitation des tétées en fréquence ou durée (conduite avec horaires en début d'allaitement, introduction de compléments, introduction de sucettes, bébé qui commence à faire ses nuits...)
- ;
- Sécrétion de lait surabondante (hyperlactation)
- Compression du sein (soutien-gorge trop serré inadapté, bouts de sein, appui des doigts durant la tétée, appui du bras lors de temps de sommeil...)

- Sevrage trop rapide ;
- Canal lactifère bouché ;

Très souvent, sont associés :

- Le stress, la fatigue maternelle, une fragilité psychologique.

Ces derniers facteurs entraînent la diminution de la sécrétion d'ocytocine (et donc du réflexe d'éjection).

- Maladie maternelle, anémie, déficit immunitaire, malnutrition

4. Conduite à tenir

- **Recherche et suppression des facteurs favorisants** (revoir les positions, la technique de succion, les points de compression, le rythme tétées, le transfert de lait...)
- Assurer la vidange du sein :
 - o Tétées fréquentes et efficaces, en variant les positions.
 - o Important : privilégier sur 1 ou 2 tétées la place du menton du bébé en regard de la zone atteinte (par exemple : allonger le bébé sur le dos sur le lit et la maman au-dessus...ne sera nécessaire qu'une ou deux tétées)
 - o Si douleurs : douche ou compresses chaudes et massages avant la tétée, pour aider le déclenchement du réflexe d'éjection, ou commencer par le sein non douloureux jusqu'à ce qu'il arrive.
 - o Masser la zone durant la tétée.
- **Repos essentiel**, 24 à 48h. Encouragement à solliciter le papa, la famille pour soutien pour passer ce cap difficile.
- Expliquer, rassurer, écouter.
- Attention à l'hygiène des mains (vigilance manipulation des téléphones portables)
- Après 24-48h : si fièvre toujours présente : avis médical, si besoin instauration d'une antibiothérapie

Dans tous les cas : s'assurer de la bonne évolution clinique auprès de la patiente.

Peuvent être associés :

- Application de froid ou de cataplasme d'argile verte entre les tétées (sur peau saine).
- Antalgiques : ibuprofène et paracétamol.

Astuce :

La réaction inflammatoire avec l'augmentation de la concentration en NaCl a pu donner un goût salé au lait, il disparaît au bout d'une semaine environ. Le bébé peut montrer qu'il n'apprécie pas, voire aller jusqu'à refuser le sein. Il est important de continuer à le drainer et de ne pas s'inquiéter jusqu'à la reprise normale des tétées.

Attention - Signes de gravité si :

- Bilatérale,
- Dans les dix premiers jours du post partum (peut-être infection contractée à la maternité),
- Mamelon crevassé avec signes locaux d'infection,
- Importante altération de l'état général associée,
- Disparition incomplète des signes après une 1^{ère} mastite et/ou réapparition des signes quelques jours plus tard.
- Cellulite
- Récidive précoce

Les germes les plus souvent en cause sont : staphylocoque aureus, streptocoque, Escherichia coli ou candida albicans.

Un prélèvement devra être fait si :

- Mastite récidivante
- Pas d'amélioration après 48h d'antibiotiques
- Proche de la sortie de la maternité
- Allergies aux antibiotiques
- Mastite sévère

Si les leucocytes >10⁶/ml lait et bactéries>10³ = **mastite INFECTIEUSE**

Si leucocytes>10⁶ et bact<10³ = **mastite INFLAMMATOIRE**

Si bactéries<10³ et leucocytes < 10⁶= stase de lait

Il est important de noter dans la prescription le comptage des colonies ainsi que l'antibiogramme afin de pouvoir adapter le traitement

5. L'abcès⁴⁻⁶

C'est une collection purulente enkystée.

1. Mécanisme

Il survient le plus souvent après une mastite dont le traitement a été insuffisant ou inadapté. Devenu rare (0,1%)

2. Signes cliniques

- Noyau dur, douloureux, parfois rouge, sur une région bien délimitée du sein.
- Fièvre élevée, ou après disparition des symptômes initiaux et de la fièvre.
- Mère épuisée, pale

L'échographie est utile pour le diagnostic.

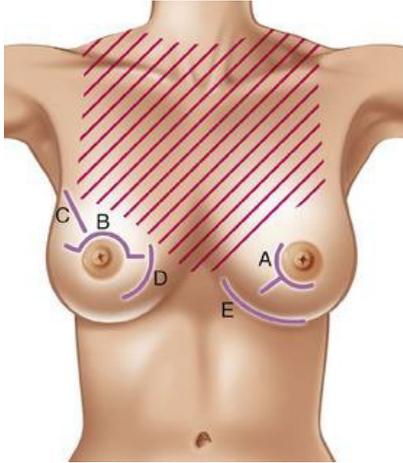
3. Conduite à tenir

- Antibiothérapie, la plus adaptée étant la pristinamycine, si durée de traitement <14 jours⁵
- Évacuation par ponction (aiguille) et lavage au sérum physiologique sous guidage échographique et anesthésie locale en 1ère intention
- Envoyer le prélèvement en bactériologie +/- adaptation du traitement antibiotique
- Suivi clinique toutes les 48H
 - o +/- nouvelle ponction
 - o Adaptation antibiothérapie et anti-inflammatoire
- Dernière intention : incision suivie de drainage. Irrigation quotidienne, ablation de la lame entre J1 et J3. Instillation d'antibiotiques.

Les abcès compliqués (multiloculé, profond) seront préférentiellement ponctionnés en radiologie.

L'allaitement **peut être poursuivi** sur le sein indemne ou du coté atteint si loin de l'aréole. Il peut être interrompu sur une brève période en raison de douleurs trop importantes mais, la mère sera encouragée à tirer son lait manuellement ou à l'aide d'un tire lait. La reprise de l'allaitement sur le sein atteint sera accompagnée.

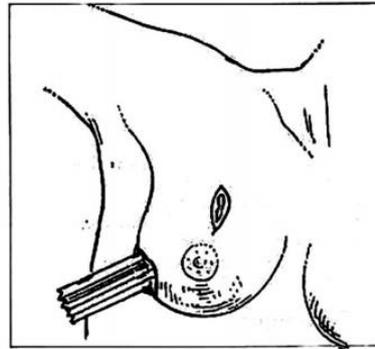
Contexte	ALLAITEMENT	Hors ALLAITEMENT
Antibiothérapie - par ordre de préférence - Par voie orale	- Amoxicilline-Ac clavulanique AUGMENTIN® 1g x2/j - Cloxacilline ORBENINE® gél 500 mg: 50 mg/kg/jour	- Amoxicilline-Ac clavulanique AUGMENTIN® 1g x2/j
Si hypersensibilité aux B lactamines	- Clindamycine DALACINE® gél 300 mg:600 mgx2/j - Erythromycine cp 500 mg: 2 cp x 2-3/j	- Pristinamycine PYOSTACINE® cp 500 mg: 2/j - Erythromycine cp 500 mg: 2 cp x 2-3/j
Commentaires	Préférer les ponctions/drainages itératives à la chirurgie afin de faciliter l'allaitement Poursuite allaitement +++ (si la mère refuse: tire lait afin de drainer le sein)	
Suivi	Arrêt tabac: proposer rdv avec tabacologue: 3 64 52 Récupérer l'antibiogramme ± adapter l'antibiothérapie Remettre une ordonnance afin de réaliser une échographie ± mammographie 1 mois après la guérison ± biopsie si masse persistante (Secret radio séno Lapeyronie: 3 86 02 ou 3 86 01)	

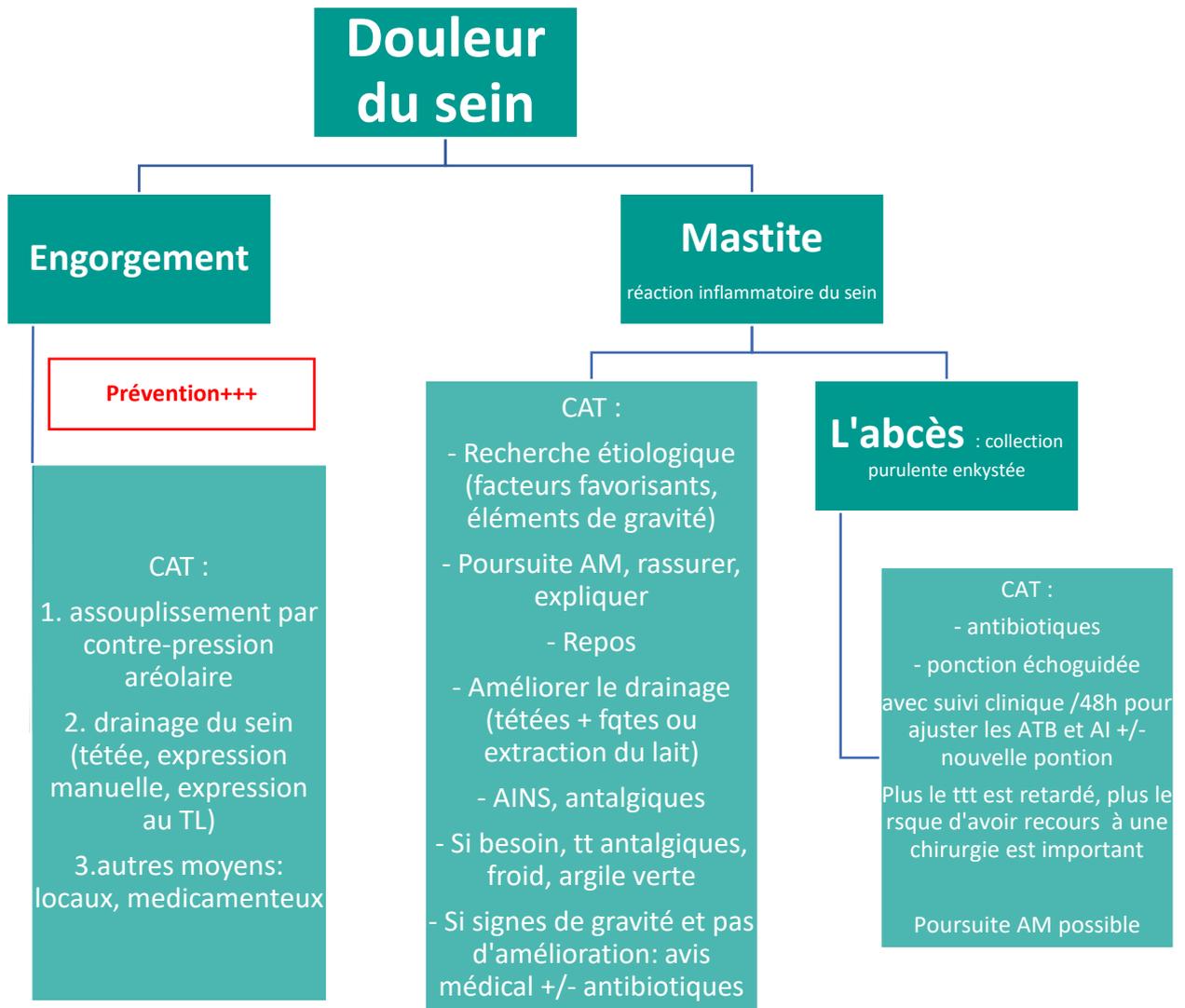


A et B = Incision péri-aréolaire
 C = Incision radiaire. Cette incision est surtout utilisée dans les quadrants externes.
 D = Incision arciforme. Elle est surtout utilisée dans les quadrants inférieurs et internes.
 E = Incision dans le SSM.
 En rose, rayé = la zone du décolleté qui devra être respectée pour que la cicatrice ne soit pas visible au-dessus du bonnet du soutien-gorge



Chirurgie à éviter pendant l'allaitement. Si chirurgie, poche de recueil décline permettant l'allaitement





IV. BEBE BIEN PORTANT, QUI A DES DIFFICULTES A TETER, NE TETE PAS, DORT OU REFUSE LE SEIN

De manière générale : anticiper sans attendre des signes cliniques supplémentaires (perte de poids, hypoglycémie, ictère...)

1. Temps d'observation

- Comportement du bébé
- Observation d'une tétée
- Examen des seins (cicatrices, mamelons ombiliqués, etc.)
- Vérification ankyloglossie (les sections de freins de langue se feront après une démarche diagnostique rigoureuse réalisée par des **professionnels de formation universitaire**, ou ayant une formation agréée officiellement en allaitement, **respectant une médecine basée sur des preuves**).

2. Points essentiels

- Limiter les pertes d'énergie
 - o Proposer le contact peau à peau prolongé
 - o Surveiller le comportement du bébé
 - o Retarder le bain
- Informer les parents
 - o Repérage des signes d'éveil et rythme tétées / sommeil
 - o Éviter tétines et sucettes
 - o Peau à peau prolongé et proximité 24/24h avec la mère

- Alimenter l'enfant
 - o Expression manuelle (éventuellement tire-lait) du colostrum
 - o Don de colostrum à la cuillère ou à la seringue, aux signes d'éveil sans attendre les pleurs, soit environ 8 à 12 fois /24h
 - o Après H24, quand le bébé est éveillé, la tasse peut aussi être utilisée
 - o Si l'enfant prend le sein, augmenter le transfert de lait avec :
 - Compression mammaire
 - Alternance : changer de sein dès qu'il y a un ralentissement du rythme de succion

→ Soutenir les parents

3. Cas particuliers

Mamelon plat ou ombiliqué

Les mamelons plats ou ombiliqués concernent environ une femme sur dix et ne doivent pas constituer un obstacle à l'allaitement maternel, même si quelquefois le démarrage est plus difficile. La plupart du temps, on arrive à faire ressortir le bout du sein par simple stimulation. Pendant l'allaitement, c'est le nouveau-né qui permettra au mamelon de s'extérioriser. Sachant par ailleurs que ce n'est pas seulement le mamelon que le bébé a en bouche quand il tète, mais une bonne partie de l'aréole.

Chirurgie mammaire³

L'allaitement, souvent plus difficile chez les patientes ayant subi une chirurgie, n'est pas toujours prévisible.

Augmentation mammaire : L'implant est placé entre le muscle pectoral et la glande mammaire, ou sous le muscle pectoral, implantation préférée actuellement en raison de son aspect plus naturel. Dans ce cas, l'implant peut comprimer la glande mammaire et rendre l'allaitement plus difficile (d'autant plus si la raison de la chirurgie est une agénésie mammaire).

Réduction mammaire : La réduction consiste à retirer du tissu mammaire en évitant de retirer du tissu glandulaire. La possibilité d'allaiter par la suite dépendra des lésions post opératoires (de glandes mammaires et des canaux galactophores).

Correction des mamelons ombiliqués : la chirurgie consiste à couper les canaux galactophores afin de faire ressortir le mamelon. Dans ce cas, l'allaitement semble compromis. Une section des fibres qui innervent le sein peut supprimer le réflexe d'éjection et la sécrétion hormonale.

Autres chirurgies (biopsies, ablations de tumeurs...) : dépendra des lésions engendrées sur la glande mammaire.

Cependant, dans tous les cas, le corps humain dispose d'une importante capacité d'auto-réparation. Avec le temps, les canaux peuvent se reconstituer, les nerfs peuvent « repousser ». Plus le temps écoulé depuis la chirurgie est long, plus les chances de réparation sont élevées.

En pratique : le mieux est donc de commencer à allaiter et de surveiller attentivement l'évolution

4. Proposition de prise en charge (cause les plus fréquentes)

Causes liées à l'enfant <ul style="list-style-type: none">• Hypersensibilité de la tête (si la mère ou un professionnel a appuyé sur la tête de l'enfant pour la prise du sein ou en cas de douleur)• Préférence sein-biberon (si l'enfant a reçu des biberons, parfois un biberon suffit à perturber les réflexes de l'enfant)• Difficulté de succion l'enfant ne maintient pas le sein en bouche, ou fait quelques suctions et lâche le sein, ou prend le sein sans mouvement de succion observable)	Ce qu'on peut proposer à la mère <ul style="list-style-type: none">• Contact peau à peau prolongé (sinon proximité mère-enfant pour favoriser et repérer plus aisément les signes d'éveil)• Position BN (sinon madone inversée)• Présentation du sein avec la main en U dans un moment où l'enfant est calme (dans un demi-sommeil ou après l'avoir apaisé)• Soutien postural de la nuque et du dos de l'enfant, permettre à l'enfant d'avoir un appui plantaire• Expression manuelle fréquente de colostrum et don à la seringue (surtout si l'enfant est profondément endormi) ou à la cuillère (à privilégier si l'enfant est éveillé)
Causes liées à la mère <ul style="list-style-type: none">• Œdème des aréoles de la mère (en cas de perfusions importantes pendant le travail ou en cas d'engorgement)	Ce qu'on peut proposer à la mère <ul style="list-style-type: none">• Assouplissement des aréoles par contre-pression juste avant la tétée ou l'expression manuelle de colostrum

Demander un avis pédiatrique si :

Nouveau-né « réveillable » mais n'a pas pris le sein à H24 (alimenté par don de colostrum de préférence), nouveau-né à risque, nouveau-né impossible à réveiller

Cf. p.40 Schéma de synthèse : absence de prise de sein après la naissance¹

V. L'INSUFFISANCE DE LAIT

L'insuffisance de lait se définit comme une production de lait inférieure aux besoins de l'enfant à un moment donné.

L'insuffisance de lait dite primaire, liée à une incapacité pathophysiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait est rare et concerne probablement moins de 5 % des mères. (Woodriddle 1995). Elle est pourtant la première cause invoquée par les mères lors d'abandon de l'allaitement au cours des premiers mois de la lactation.

Le problème d'une « insuffisance de lait » se pose dans différentes circonstances : stagnation pondérale, perte de poids, pleurs ou agitation de l'enfant, changement de ses rythmes de sommeil et notamment besoin de téter la nuit, nombre élevé de tétées, tétées très longues, ou encore perception de seins souples, disparition des « fuites » de lait. Il peut aussi s'agir de modifications dans l'aspect ou la fréquence des selles, faisant douter de la qualité du lait.

On ne connaît pas de manière précise l'incidence du problème, car il y a peu d'études disponibles. Il n'y a pas non plus de définition précise de l'insuffisance de lait et dans ce contexte il est essentiel d'essayer de différencier les causes de survenue de cette situation.

La classification de Neville met bien en évidence les causes qui peuvent expliquer ce phénomène :

- Causes pré-glandulaires : rétention placentaire, syndrome de Sheehan (nécrose hypophysaire du post partum à évoquer si contexte hémorragique), déficit isolé en prolactine ou inhibition de la sécrétion, autres anomalies hormonales encore mal identifiées (lien avec syndrome des ovaires polykystique, hypothyroïdie)
- Causes glandulaires : hypoplasie mammaire, chirurgie mammaire, radiothérapie.
- Causes post glandulaire (la plus fréquente) : extraction de lait insuffisante ou inefficace.
- Condition environnementale : stress, dépression, anxiété

La **prévention** est la meilleure approche du problème. Elle repose sur l'enseignement et la pratique de tétées efficaces, non limitées, à l'éveil, et le dépistage des situations à risque.

Origine pré-glandulaire (rare)	Origine Glandulaire et post glandulaire	Condition environnementale
<ul style="list-style-type: none"> • Dosage sanguin : - Prolactine de base et après stimulation - TSH - βHCG - Testostérone 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimiser la conduite de l'allaitement • Stimuler la lactation • « Superalternance » • Compression du sein • Tétées fréquentes, Accès de l'enfant au sein sans restriction, favoriser la proximité mère-enfant • Expliquer le principe de production physiologique du lait à la mère et les signes d'éveil de l'enfant • Eviter complément de lait artificiel, sucette, biberon 	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les mères sur leur capacité • Eviter les « stressants » • Encourager le soutien de l'entourage • Boire normalement (1L/jour) • Prise de substance galactogène (pas d'étude) : Tisane d'allaitement, Fenugrec

1. Anamnèse précise

Interroger la patiente sur le développement des seins à l'adolescence, sensation de modification mammaire pendant la grossesse, sensation de montée de lait.

Antécédent d'allaitement : comment se sont-ils passés ? Y avait-il eu une montée de lait ? Durée des allaitements, raisons des arrêts.

Antécédent de chirurgie mammaire (les cicatrices péri-aréolaires peuvent faire suspecter une section des canaux galactophores), ainsi que les antécédents de piercing mamelonnaire (surtout si surinfections) et antécédents de biopsie ou d'exérèse, séquelle d'abcès

2. Examen clinique du sein

- Recherche de cicatrice aréolaire, mamelonnaire (cf. chirurgie mammaire, antécédent de piercing)
- Recherche d'hypoplasie mammaire : il est très important de différencier des seins de petite taille et les vraies hypoplasies qui peuvent causer de vraie insuffisance de lait. De manière commune les hypoplasies mammaires se définissent par une anomalie de la base d'implantation du sein, un écart inter mammaire augmenté, une aréole trop large en avant, et dans 2/3 des cas une asymétrie mammaire.

3. Vérifier la bonne pratique de l'allaitement

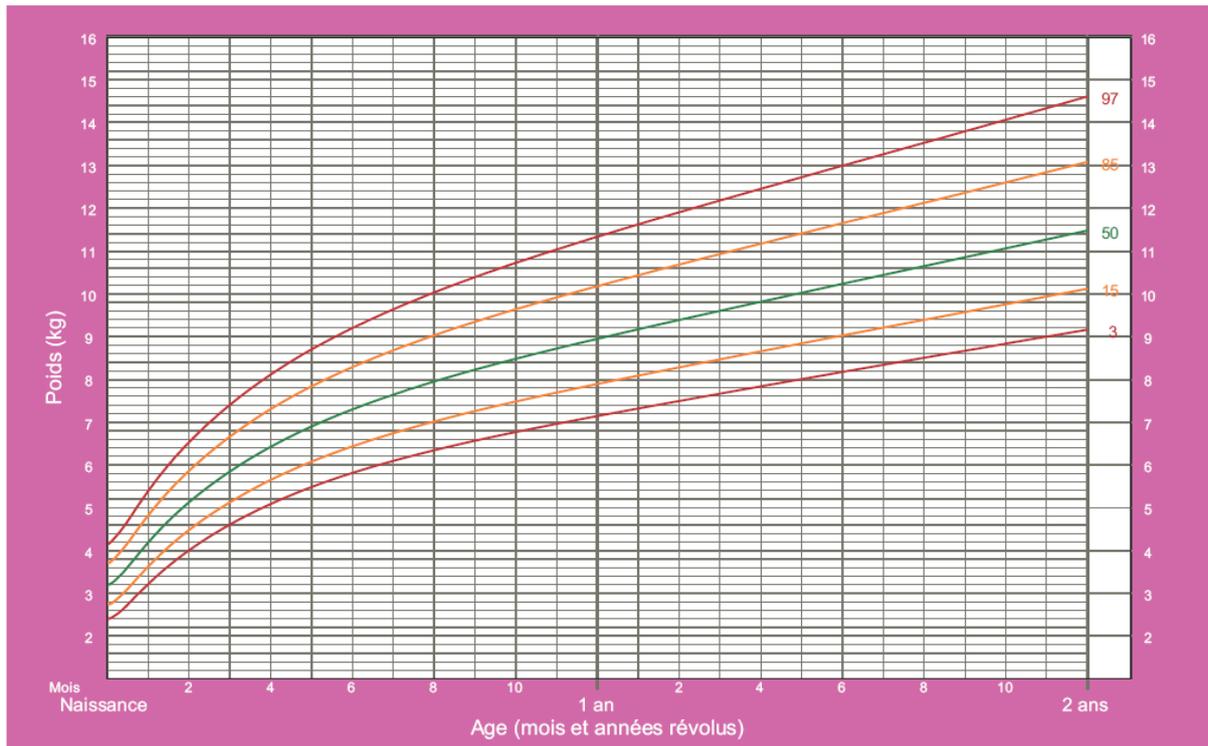
Tétées à l'éveil, fréquence des tétées, don de complément de préparation pour nourrisson, tétées espacées par la mise en place de sucette.

Vérifier l'efficacité de la succion de l'enfant et du transfert de lait

4. Proposition de prise en charge

Poids-pour-l'âge FILLES

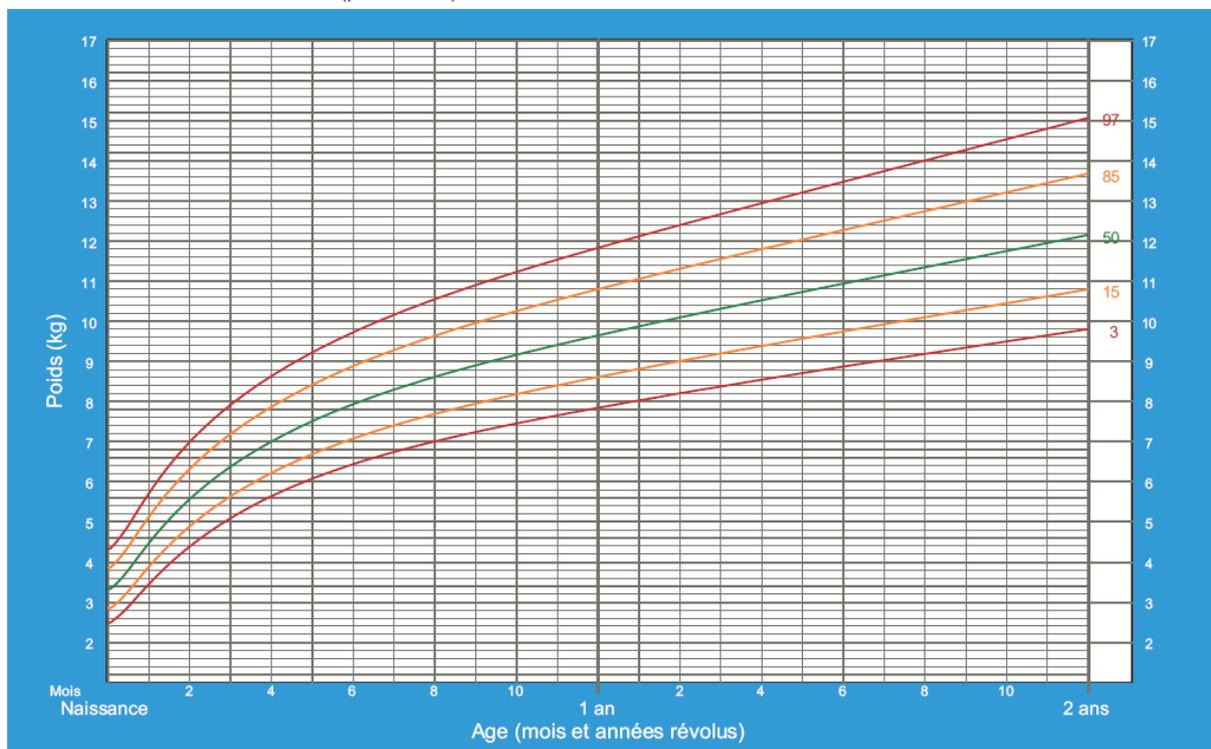
De la naissance à 2 ans (percentiles)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Poids-pour-l'âge GARÇONS

De la naissance à 2 ans (percentiles)



Normes OMS de croissance de l'enfant

VI. LE REFLEXE D'ÉJECTION FORT

Le réflexe d'éjection fort (REF) est méconnu des professionnels de santé et pourtant, il est

rencontré régulièrement. Pris en charge de manière inadaptée, il peut conduire à des arrêts prématurés de l'allaitement

1. Mécanisme et diagnostic

Le lait coule très fort, très vite, particulièrement en début de tétée. Souvent, il se déclare vers la fin du 1er mois, voire plus tôt si la mère a déjà allaité. Les symptômes sont très polymorphes.

Signes observés chez le bébé

- La maman peut s'inquiéter : « il n'aime pas téter, il ne peut pas s'endormir au sein, il préfère le biberon... »
- Il peut être maussade, grognon.
- Il réclame sans arrêt, mange très vite, tousse, s'étrangle, avale beaucoup d'air
- Il présente beaucoup de gaz, de régurgitations, avec des coliques importantes (il prend beaucoup de lait de début de tétée et de lactose en particulier).
- Il pleure souvent au début, ou durant la tétée. Il attrape et relâche sans cesse le sein, s'énerve. Il peut pincer le mamelon avec les gencives, le repousser avec la langue. Le bébé est submergé par le flot.
- Les selles sont mousseuses, explosives, plutôt vert pâle.

On peut retrouver 2 catégories de bébés :

- Ceux à croissance suffisante, qui malgré tout arrivent à manger suffisamment.
- Ceux à croissance insuffisante, ils sont souvent au sein .

Signes observés chez la maman

- Le flot de lait est très important, en particulier en début de tétée.
- Il peut gicler en jets puissants et peut être associé à des picotements ou douleurs dans le sein voire d'importantes contractions utérines.
- Lorsque le bébé est mis à un sein, l'autre coule énormément.
- Sensation de soif.

2. Conduite à tenir

Objectif : avoir une tétée plus complète et sereine.

Pour y remédier :

- Faire couler le lait de début de tétée (massage, douche chaude...) pour que le flux soit diminué lorsque le bébé prend le sein.
- Ne pas changer de sein lors d'une même tétée (mais vigilance le REF ne veut pas dire hyperlactation)
- Proposer le sein dès les premiers signes d'éveil afin d'obtenir une tétée plus douce
- Rechercher l'effet de la pesanteur sur le flux de lait par les positions, le bébé vertical face à sa maman, ou la maman en position demi assise en arrière ou couchée sur le dos, le bébé au-dessus du sein (le flux de lait est minimisé ou, va d'abord sur le palais supérieur au lieu d'aller directement au fond de la gorge)
- Faire plusieurs pauses, plusieurs rots durant la tétée

Autres conseils qui peuvent être donnés :

- Donner 2 ou 3 tétées à la suite sur le même sein. L'objectif est de diminuer la lactation, faire agir le rétrocontrôle. Mais attention ! il faut soulager l'autre sein pour éviter engorgement et mastite sans le stimuler.
- Tisane de sauge (pas en première intention)

Le REF peut être associé à une douleur du mamelon, parce que le bébé se protège avec sa langue, il repousse le mamelon.

Attention !

Le bébé est habitué à obtenir de grandes quantités de lait sans efforts, il ne tète pas activement, il n'a

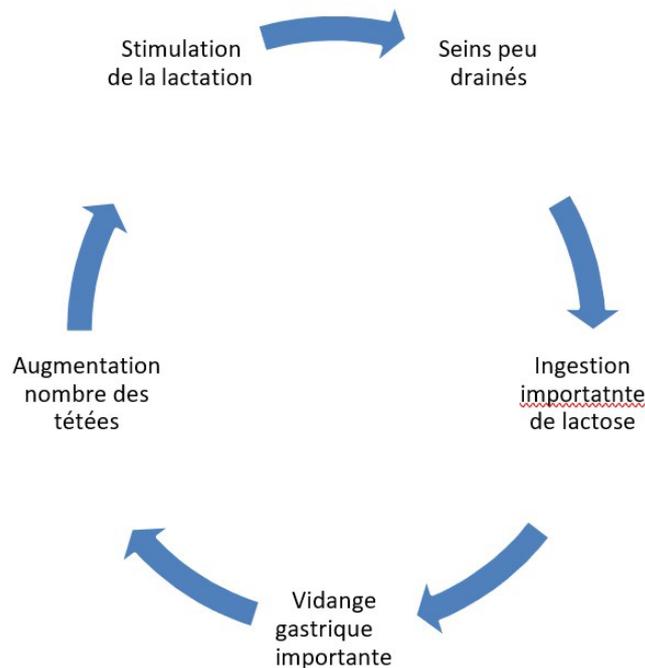
jamais vraiment stimulé le sein... jusqu'à ce que cela ne fonctionne plus ! Il peut arriver d'avoir à relancer la lactation à l'aide du tire lait, et d'avoir alternance de ces 2 phases : REF, diminution lactation, re stimulation, REF, diminution lactation, re stimulation, etc.

Attention aux coupelles de protection du mamelon ou de recueil de lait, large anneau, compression aréole en continu, et donc stimulation....

VII. L'HYPERLACTATION

L'**hyperlactation** se définit comme une production de lait supérieure au besoin de l'enfant, à un moment donné. Le **diagnostic clinique** se fait à partir des signes observés chez la mère **et** chez l'enfant.

Hyperlactation : un cercle vicieux



Chez l'enfant	Chez la mère
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Prise de poids importante et rapide</u> (attention les courbes de poids du carnet de santé ont été créées en étudiant les enfants alimentés par des préparations pour nourrissons, se référer aux courbes OMS cf. p.59/60) • <u>Tétées très fréquentes</u> • <u>Signes digestifs</u> : signes RGO, rejet important, rot et gaz fréquents et gênant, pleurs, inconfort selles vertes ou mousseuses (lié excès de lactose), selles explosives • <u>Signes en lien avec Reflexe d'éjection fort</u> : malposition au sein, tétée « au bord », difficulté à gérer le flot de lait, adaptatif (rythme succion très lent), toux, lâche le sein, risque d'aversion orale 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Fuite de lait, inconfort, seins constamment tendus</u> • <u>Reflexe d'éjection fort</u> lié à l'hyperpression • <u>Signes en lien avec la stase lacté</u> : Engorgement, mastite, canaux bouchés, abcès • <u>Signes en lien avec une mauvaise prise du sein et/ou de la technique de succion</u> : douleur et lésions des mamelons

Si signes uniquement chez l'enfant, il est important d'évaluer sa prise de poids, sa respiration et la technique de succion. Penser aux diagnostics différentiels de : RGO, Reflexe éjection fort sans hyperproduction, insuffisance de lait, pleurs « normaux »

La **prise en charge** vise à faire diminuer la production de lait. Elle doit être individualisée par rapport à la tolérance maternelle et de l'enfant.

La conduite pratique de l'allaitement est le premier élément sur lequel la mère peut intervenir :

- Soutien maternel +++
- Diminuer la production de lait. Utiliser un seul sein par tétée ou regrouper les tétées sur un seul sein si elles sont rapprochées (par exemple sur 2-3h)
- Modérer l'utilisation du tire-lait si déjà mis en place, pour éviter une sur-stimulation.
- S'adapter au Reflexe d'Ejection Fort. Position Maternelle allongé sur le dos avec la tête de l'enfant au-dessus du sein, faire écouler le premier flux de lait (expression manuelle avant la tétée)
- La Technique du drainage complet (*stratégie empirique*) Au début de la prise en charge : drainer au maximum les deux seins avec un tire-lait double set de pompage puis faire téter l'enfant jusqu'à satiété et continuer l'allaitement par des tétées sur un seul sein ou tétées regroupées. (*Van Veldhuizen-Staas Inter BFJ 2007*)

Fiche 7 Utilisation du tire-lait

I. POURQUOI UTILISER UN TIRE-LAIT ?

- Démarrage de l'allaitement (en cas de séparation mère-enfant)
- Insuffisance de la lactation
- Drainage
- Entretien de la lactation
- Reprise du travail
- Utilisation ponctuelle
- Dons de lait
- Préférences de certaines mères

En fonction de ces différentes indications, le type de tire-lait est à adapter (électrique ou manuel, simple ou double pompage, compact ou non). Les fréquences d'utilisation ne seront également pas les mêmes.

Démarrage de l'allaitement (en cas de séparation mère-enfant)	Minimum 8*/jour, pas plus de 6h entre deux tétées la nuit	TLE double pompe
Insuffisance de la lactation	Après la tétée Variable en fonction de la situation	TLE simple ou double pompe
Drainage	Variable, en fonction des douleurs	TLE simple ou double pompe
Entretien de la lactation	Variable en fonction du volume recueilli	TLE double pompe
Reprise du travail	Variable en fonction du besoin	TLE compact
Utilisation ponctuelle	Variable en fonction du besoin	TL manuel ou électrique
Dons de lait	Cf Lactariums (Marmande, Montpellier, Bordeaux)	

II. QUAND UTILISER UN TIRE-LAIT ?

Conseiller la première expression de lait dès que possible après la naissance et dans les 6 heures qui suivent

Recommander au cours des deux premières semaines, d'essayer de prélever le lait :

- Le plus souvent possible,
- Le jour mais aussi la nuit selon les possibilités,
- 8 à 10 fois par jour en moyenne.

Les mamans peuvent se tirer le lait au bout de 1h30 pour prendre de l'avance ou rattraper le retard pris entre deux tirages.

La nuit : il serait bien ne pas espacer plus de 6h de temps entre le dernier et le 1^{er} tirage de la journée.

III. COMMENT UTILISER UN TIRE-LAIT ?

L'Expression du lait doit toujours se faire sur les 2 seins : soit l'un après l'autre, soit les deux seins en même temps avec un tire-lait en double pompage en fonction de la convenance des mères.

Conseiller le double pompage pour un gain de temps non négligeable.

De plus, les études scientifiques démontrent aussi que le double pompage associé à des combinaisons

de différentes techniques manuelles, telles que l'expression manuelle, la compression et le massage des seins :

➤ L'intensité de la stimulation ainsi que l'amplitude du pic de prolactine.

➤ Le volume de lait recueilli (plus d'éjections).

➤ Le pourcentage d'extraction de lait disponible par conséquent ➤ la concentration en graisse.

(J.Morton et al. J Perinatology 2009)

IV. COMMENT OPTIMISER LES VOLUMES ? STRATEGIE DE JANE MORTON

Démarrer l'allaitement (jusqu'à la montée de lait)

Pour un démarrage optimal de la lactation, si pas de mise au sein possible ou absence de tétée dans la première heure suivant l'accouchement : la pratique de l'expression manuelle pratiquée par la mère dès la première heure permet d'augmenter de façon très significative la quantité de colostrum.

Le colostrum ou lait exprimé pourra être donné au nouveau-né.

Séquence	Objectif	Modalités
1) Massage des seins	Stimuler le réflexe d'éjection	Intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
2) Expression manuelle	Recueil du colostrum	En alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'expression de la dernière goutte de lait
3) Tire-lait double recueil	Augmenter le temps de stimulation des seins comme pour un enfant à terme	La compression mammaire peut être utile si la mère trouve un moyen de la pratiquer

Lancer ou relancer la lactation

Séquence	Objectif	Modalités
1) Massage des seins	Stimuler le réflexe d'éjection	Intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
2) Tire-lait double recueil	Commencer le recueil de lait	La compression mammaire peut être utile, aider la mère à trouver un moyen de la pratiquer
3) Massage des seins	Relancer le réflexe d'éjection	Intensité selon le ressenti de la mère, ne doit pas être douloureux
4) Expression manuelle	Optimiser le drainage des seins pour stimuler la lactation et augmenter la quantité de lait recueilli	En alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'arrêt complet de l'écoulement de lait
Ou		
4) Tire-lait simple recueil		En pratiquant la compression mammaire et en alternant d'un sein à l'autre jusqu'à l'arrêt complet de l'écoulement de lait

V. L'EXPRESSION DE LAIT :

L'expression manuelle

A enseigner dès que possible :

- Masser doucement le sein.
- Former un « C » avec les doigts et les placer à environ 2,5 cm du bord de l'aréole, le mamelon se trouvera entre le pouce et l'index.

- **PRESSER** en direction de la cage thoracique.
- **COMPRESSER** le sein entre le pouce et l'index. Continuer la compression vers l'arrière du sein et éviter de faire glisser les doigts vers le mamelon.
- **RELACHER** la pression et répéter le processus

Visionner+++ la vidéo : Hand Expressing Milk <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/>

Tire-lait avec un bouton de réglage

Démarrer en respectant les 3 cycles suivants :

- **1^{er} cycle** : **Maintien de cette position jusqu'à ce que l'éjection de lait s'établisse.** La position du bouton est au plus bas, la cadence est rapide et intensité d'aspiration est faible.

- **2nd cycle** : **C'est une période de transition.** Augmenter progressivement la position du bouton au milieu, la cadence est moins rapide et l'intensité d'aspiration est moyenne.

- **3^{ème} cycle** : **C'est la phase où le volume de recueil du lait est le plus important.** Augmenter progressivement la position du bouton au maximum sans que cela soit douloureux, la cadence est plus lente et l'intensité d'aspiration plus forte.

Tire-lait avec deux boutons de réglage

Un bouton règle la fréquence qui rythme la cadence et l'autre bouton règle l'intensité d'aspiration.

- **1^{er} cycle** : **Maintien de ce cycle jusqu'à ce que l'éjection de lait s'établisse.** Bouton fréquence : la position est sur la cadence la plus rapide, bouton aspiration : la position est sur une intensité faible

- **2nd cycle** : **C'est une période de transition.** Modifier les positions des 2 boutons afin que la cadence soit moins rapide et l'intensité d'aspiration soit moyenne.

- **3^{ème} cycle** : **C'est la phase où le volume de recueil du lait est le plus important.** Modifier progressivement

Bouton fréquence : le positionner pour une cadence la plus lente possible.

Bouton aspiration : le positionner pour une intensité plus forte sans que cela soit douloureux.

Il est nécessaire dans tous les cas de s'assurer de la bonne compréhension de l'utilisation du tire-lait par la maman.

VI. ENVIRONNEMENT, INSTALLATION ET ETAT D'ESPRIT : COMMENT FAVORISER L'EJECTION DE LAIT ?

- Privilégier une installation confortable pour la maman.
- Favoriser un maximum possible un environnement calme, détendu afin de diminuer le stress. (Feher 1989 / Macnab1998)
- Conseiller éventuellement l'écoute de musique d'ambiance relaxante.
- Favoriser dès que possible [la proximité maman/bébé](#).
- Encourager et proposer l'expression de lait pendant le peau à peau ce qui optimise sa production. (Hurst 1997)
- En cas de séparation, une photo ou vidéo du nouveau-né peut favoriser l'éjection de lait

VII. CHOIX DES TIRE-LAIT, TAILLES DES TETERELLES

- **Les tire-laits disponibles dans les services ne sont pas à usage *nominatif*.**

Une location individuelle est fortement conseillée. Les médecins ou sage-femmes peuvent prescrire au plus vite une ordonnance médicale au nom de la maman pour bénéficier de la prise en charge à 100%

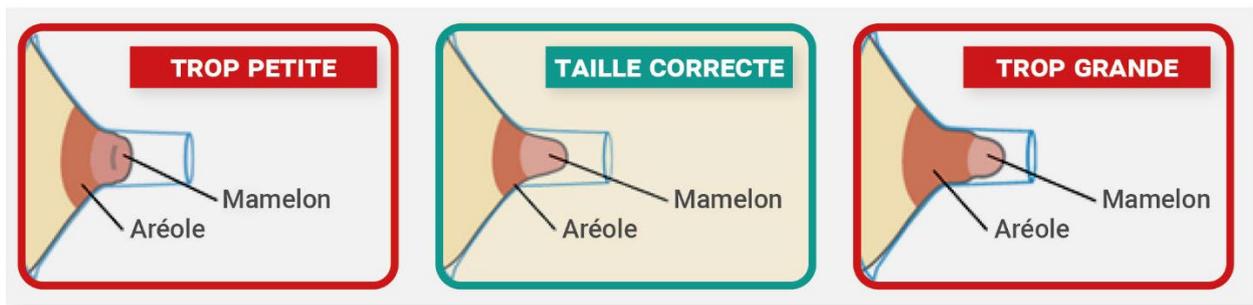
par la sécurité sociale. Des modèles d'ordonnances et les conditions de prises en charge sont disponibles sur ce lien : <https://afpa.org/outil/prescription-dun-tire-lait/>

Le kit téterelles reste à la charge des familles, il coûte environ 12 € / téterelle.

Donner toutes les indications aux familles pour se procurer un tire-lait : disponible en pharmacie ou par le biais d'organisme spécifique en matériel médical, avec possibilité de livraison. Le tire-lait et le kit téterelle sont amenés auprès de la maman qu'elle soit à la maternité, dans l'unité de soin ou au domicile.

- **Les téterelles**

Sont à adapter à taille du mamelon, soit en la mesurant à l'aide d'une règlette (comportant des gabarits de différents diamètres en fonction de la marque du tire-lait) soit lors d'une observation attentive pendant l'utilisation du tire-lait. Dans l'idéal, la prise de mesure s'effectue après stimulation tels que : une tétée ou un tirage de lait. Pour un sein non stimulé, il faudra rajouter 2mm en plus. La taille disponible dans l'unité de soin est standard = 24 mm.



- Le mamelon «frotte» sur le côté de l'embout.
- **Essayez une téterelle plus grande.**

- **Le mamelon est centré et bouge librement.**

- Le mamelon et le surplus de tissu aréolaire sont tirés dans l'embout.
- **Essayez une téterelle plus grande.**

VIII. OBJECTIFS DE VOLUME

Au départ, il est tout à fait possible que les mamans ne recueillent que très peu de lait, quelques gouttes, voire rien du tout.

Soutenir et rassurer +++ les mamans, Ça va venir !!!

Puis, au fur et à mesure quelques gouttes de lait paraissent, tout d'abord en petite quantité et, progressivement de plus en plus.

Il est important d'informer les mamans d'apporter tous leurs recueils de lait, quelques soient les quantités, même si elles sont minimes.

Les premières gouttes de lait exprimées sont très bénéfiques pour les bébés, ne les jetez pas !!

Au bout de 15 jours, l'objectif du volume de lait recueilli est de :

- 500 ml/jour pour un nouveau-né
- 750 ml/jour pour des jumeaux.

Une fois le volume atteint et quel que soit le délai pour l'obtenir, soutenez les mamans pour qu'elles l'entretiennent et le conservent.

C'est alors que vous pourrez conseiller d'espacer en douceur leurs tirages de lait (afin de réduire le nombre de tirage journalier) tout en maintenant le volume de lait obtenu.

IX. DUREE

L'expression de lait doit durer aussi longtemps que le lait coule et être prolongée de 2 minutes supplémentaires après l'arrêt de l'écoulement

En moyenne, la durée est de 10 à 15 minutes par sein en simple pompage donc la durée totale est de 20 à 30 minutes et 10 à 15 minutes en double pompage.

Si au bout de quelques minutes, l'expression de lait s'arrête, **la durée totale d'expression doit être maintenue**, vous pouvez conseiller :

- **Un massage circulaire des seins.**

- L'expression manuelle pour relancer l'éjection de lait.
- Redémarrer le recueil au tire-lait

X. CONSERVATION DU LAIT

Délai de conservation à température ambiante après tirage de lait	<u>4 heures maximum</u> Pour une utilisation consécutive
Acheminement des recueils de lait vers réfrigérateur	<u>Immédiatement après le recueil à 1 heure maximum.</u> Pour le transport des recueils de lait : Utiliser sac isotherme avec pain de glace.
Délai de conservation au réfrigérateur	<u>48 heures à température : + 4 °c</u> Disposer les flacons de recueil sur une étagère (plutôt que dans la porte), la température est optimale et constante Il est préférable de réserver un dispositif spécifique pour regrouper les flacons de recueil (exemple : sac hermétique).
Délai de conservation au congélateur	<u>4 mois à température : – 18°c</u> Il est recommandé de refroidir le lait au réfrigérateur avant congélation.
Possibilité de mélange de recueils de lait	➤ <u>Immédiatement</u> Après le tirage de lait en double pompage. ➤ S'ils sont à <u>même température</u> (ne pas mélanger un lait réfrigéré avec un lait tiède). ➤ <u>Noter la date et l'heure du 1^{er} lait recueilli</u> afin qu'il soit utilisé dans les 48 heures maximum (conservation au réfrigérateur) ➤ Dans un délai de conservation <u>de 24h au réfrigérateur avant congélation.</u>

Avant l'utilisation du tire-lait	Nettoyage du tire-lait	Nettoyage des accessoires : Téterelles, valves, joints	Tuyaux d'aspiration
<p>Hygiène corporelle : Douche quotidienne (avec lavage des seins et des mamelons). Change quotidien de sous-vêtements.</p> <p>Lavage des mains : A l'eau et savon. Séchage avec papier absorbant.</p> <p>⊗L'utilisation du torchon est fortement déconseillée !</p>	<p>Nettoyage quotidien avec un produit détergent désinfectant.</p> <p>En service de soin, le TL n'est pas nominatif, avant et après usage, il convient de le nettoyer avec le produit détergent désinfectant prévu à cet effet</p>	<p>Nettoyer avant la première utilisation et immédiatement après chaque utilisation.</p> <p>Il est important de démonter et nettoyer séparément chaque pièce. En procédant comme ci-dessous :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rinçage à l'eau afin éliminer les résidus. 2. Nettoyer soigneusement à l'eau chaude et produit vaisselle à l'aide d'un goupillon (réservé à cet usage). 3. Rinçage à l'eau. 4. Sécher à l'air ou l'aide de papier absorbant. L'usage de torchon est fortement déconseillé ! 5. Ranger les accessoires dans une boîte ou sac hermétique propre. <p>⊗Possibilité de nettoyer les accessoires au lave-vaisselle, procéder tout d'abord à un rinçage et sélectionner un programme à 65°C.</p> <p>En service, téterelles, joints, valves et tuyaux d'aspiration sont : ni à usage unique, ni nominatifs.</p> <p>Utiliser les kits propres prêts à l'usage dans sachets plastiques.</p>	<p>S'assurer qu'il n'y ait pas de souillures, auquel cas : procéder à un nettoyage et mettre à sécher.</p> <p>Si condensation : avant utilisation, connecter le tuyau d'aspiration au tire-lait et faire fonctionner celui-ci 2 à 3 minutes jusqu'au séchage complet.</p>
<p>⊗ Afin de limiter tous risques de contamination :</p> <p>Veillez à ne pas toucher le pas de vis du flacon de recueil et du couvercle obturateur que vous aurez préalablement posé à l'envers sur une surface propre.</p>			

Référentiel Allaitement maternel Les 11 actions prioritaires du professionnel

1. Informer toutes les patientes en anténatal

Sur les bénéfices et le déroulement de l'allaitement

2. Favoriser le peau à peau en salle de naissance

En respectant les consignes de sécurité. La tétée précoce en salle de naissance est l'étape naturelle qui suit le peau à peau, il ne faut pas forcer la mise au sein mais apprendre à la mère à reconnaître quand son enfant est prêt à téter

3. Conseiller l'allaitement aux signes d'éveil

Ne pas attendre qu'il pleure, cf affiche

4. Tétées sans restriction de durée ou de fréquence

Minimum 8 fois par 24h lors de la mise en place de l'allaitement

5. S'assurer que les tétées sont efficaces : succion, transfert de lait, déglutition

Apprendre à la mère à reconnaître les tétées efficaces, tracer les observations dans le dossier

6. Apprendre à toutes les mères à réaliser l'expression manuelle

Montrer et s'assurer que la patiente sait le faire avant la sortie de maternité

7. Ne pas donner de compléments de lait artificiel hors indication médicale*

8. Informer les parents sur les bénéfices/risques des sucettes

Surtout lors de la mise en place de l'allaitement

9. Accompagner l'utilisation des bouts de sein en silicone

La mise en place et l'arrêt

10. Adresser les patientes à un professionnel dès sa sortie de maternité*

11. Accompagner les difficultés au démarrage de l'allaitement

Le RPO s'engage à soutenir les professionnels avec la formation et la diffusion du référentiel.

*Ces thèmes seront abordés de manière plus détaillée dans la suite du référentiel.