

■ Revues générales

Allaitement : les nouvelles recommandations

RÉSUMÉ : L'accompagnement d'une patiente lors de l'allaitement maternel est essentiel. Il commence durant la grossesse et peut se poursuivre à tout moment car les interrogations sont nombreuses. D'une manière générale, plus on favorise les mises au sein sans élément extérieur, plus l'allaitement a des chances de réussir. Il faut une quinzaine de jours pour une bonne mise en route et il est essentiel de respecter le rythme du bébé.

Quant au sevrage, il est donc essentiel qu'il se fasse quand la patiente le choisit. L'idéal est qu'il soit progressif.



C. CADET

Sage-femme, Hôpital Robert-Debré,
PARIS.

■ Rappels

L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois et associé à la diversification jusqu'à l'âge de 2 ans. Or, d'après Epifane, en France, l'allaitement est initié chez 69 % des naissances pour atteindre 23 % à l'âge de 6 mois, avec seulement 3 % d'allaitement exclusif. Voici donc quelques pistes pour aider les patientes dans leur démarche d'allaitement maternel [1].

1. Durant la grossesse

Durant la grossesse, il est nécessaire d'évaluer la motivation des patientes – contexte social, éventuel *forcing* de la part de l'entourage – et d'insister sur le risque d'échec si le désir d'allaiter ne vient pas de la mère. Il est également essentiel d'orienter la patiente vers un professionnel de l'allaitement pour la préparation afin que la future mère ait conscience du rythme physiologique du bébé, des soucis probables et de la prévention. Des organismes comme SOS Allaitement ou la *Leche League* France sont à la disposition des patientes et il est important de communiquer leurs coordonnées.

2. Le mamelon

Il n'existe pas de donnée suggérant la nécessité d'un examen anténatal des mamelons en vue d'améliorer la conduite de l'allaitement. Les techniques de préparation, de stimulation du mamelon ou de correction d'une variation anatomique du mamelon avant la naissance ne sont pas recommandées pour diminuer les pathologies mamelonnaires ou améliorer le succès de l'allaitement.

En cas de seins ombiliqués, on préconisera l'utilisation de bouts de sein en silicone. L'ombilication d'au moins un mamelon a été évoquée comme source potentielle d'échec de l'initiation et de la poursuite de l'allaitement. Elle est observée chez environ 10 % des femmes enceintes qui ont l'intention d'allaiter.

L'emploi systématique de bouts de sein en silicone n'est pas recommandé au cours de l'allaitement même si leur utilisation peut être envisagée au cas par cas en plus des méthodes d'aide et d'accompagnement habituelles. Il y a en effet un risque de dépendance et de difficultés lors du sevrage et des études ont montré une baisse de la lactation à long terme

Revue générale

(la quantité de lait absorbée par le bébé était diminuée de 22 à 58 %) selon qu'il s'agissait de bords de sein en silicone ou de bords de sein en caoutchouc [2]. L'utilisation de bords de sein en silicone peut aussi être très intéressante pour l'allaitement de l'enfant prématuré.

3. La mise en route de l'allaitement

En *post-partum* immédiat, l'enfant connaît une phase d'éveil calme avec un réflexe de succion exacerbé qui dure environ 2 heures, d'où l'importance de mettre au sein l'enfant dans la première heure de vie afin de diminuer les risques d'hypoglycémie chez le bébé et de favoriser une meilleure involution utérine et une diminution des saignements chez la mère. Dans ces premiers moments de vie, le "peau à peau" est primordial et aurait pour conséquence une modification de la composition du colostrum [3].

L'évolution de jour en jour du volume du colostrum et des concentrations des différents constituants reflète l'état des réserves et des besoins du nouveau-né. Les suppléments d'eau, d'eau sucrée ou de lait sont susceptibles de perturber cet équilibre réciproque. Pour faciliter ce temps d'adaptation mutuelle, on proposera à la mère de garder son bébé contre elle. Il n'est pas recommandé d'utiliser de biberon, de tétine, ni même de tire-lait. En effet, durant les 6 premières semaines, le taux de prolactine est dépendant de la succion du bébé donc, pour avoir du lait, il faut que le bébé tète au sein. On risque sinon la congestion ou l'hypogalactie. Il est possible de rassurer la mère quant à la composition et la quantité de colostrum en lui rappelant la taille de l'estomac de son bébé (fig. 1).

Si l'allaitement a besoin d'être complété en raison d'une perte de poids trop importante, il existe de nombreux dispositifs pour éviter de donner le biberon tels que la tasse, le biberon-tasse, la seringue, le DAL (dispositif d'aide à l'allaitement) et l'alimentation au doigt.



Fig. 1 : Taille de l'estomac du nouveau-né.

Petit rappel sur le fonctionnement de la lactation selon Marie Thirion

>>> Le lait est produit dans la glande mammaire, dans les cellules de la paroi glandulaire (lactocytes) et se déverse au fur et à mesure de sa fabrication dans des alvéoles (acini). Lorsque celles-ci sont vides ou presque, la fabrication est à son maximum mais, quand elles se remplissent, la vitesse de fabrication ralentit jusqu'à devenir très lente lorsque les alvéoles sont gonflées. Ainsi, il y a toujours du lait dans les seins. En dehors d'expériences de rares chercheurs travaillant par modélisation informatique (l'équipe de Hartmann en Australie), le volume de lait stocké n'est pas mesurable. Cela signifie que nul ne peut prévoir combien de fois par jour un bébé doit téter pour se procurer le volume de lait dont il a besoin. Pour prendre 700 mL/j (chiffre moyen à partir de la fin du 1^{er} mois), certains bébés pourront téter 4 ou 5 fois, d'autres 10, 12 ou 18 fois. Limiter la fréquence des tétées à 5 ou 6 par jour est donc une aberration physiologique et seules les tétées à la demande permettent aux bébés de trouver une ration suffisante.

>>> L'extraction du lait est un processus intermittent : les moments des tétées sont directement liés à la capacité d'éveil de chaque bébé mais, chaque fois qu'il se réveille, un jeune nourrisson cherche à manger. Les parents devront alors s'adapter à "ce" bébé et à son rythme, tout en se rappelant que le nombre de tétées dont il a besoin est fonction de la capacité des seins de la mère et non de sa fréquence d'éveil. Il y a les bébés "confortables" qui réclament aux heures et intervalles prônés par la puériculture traditionnelle et ceux qui dorment très peu ou de manière très fractionnée et qui peuvent réclamer à manger plus de 20 fois par jour ou encore des bébés trop sages aussi, qui se réveillent très peu souvent et se rendorment vite, ce qui ne signifie pas forcément une bonne alimentation, et peut parfois être un signe de ralentissement global de l'organisme par sous-nutrition.

>>> Les tétées déclenchent l'éjection du lait : le lait stocké dans les seins ne peut quitter passivement les alvéoles. Pour qu'il puisse couler, il convient de mettre en jeu un double mécanisme d'éjection :

- un mécanisme hormonal par sécrétion d'ocytocine contractant les alvéoles et élargissant les canaux ;
- un mécanisme de basse pression à la sortie du sein exécuté par le mouvement de la bouche du bébé qui alterne dépression intrabuccale et contre-pression.

4. Cas particulier : les mamans séparées de leur enfant

On conseillera évidemment à ces mamans le tire-lait (double pompe pour le gain de temps) et la stimulation manuelle qui favorisera la lactation à la place de la succion l'enfant. La stimulation devra être envisagée le plus tôt possible, avec un rythme de 8 à 12 fois par 24 heures pour le tire-lait et d'au minimum 5 fois pour la stimulation manuelle. La stimulation manuelle se fait en 4 étapes : massage des seins, positionnement du pouce et de l'index en C puis on pousse le sein vers l'arrière et, enfin, compression du sein sans bouger les doigts. La régularité de ces pratiques au cours de la 1^{re} semaine sera déterminante pour la quantité de lait obtenue par la suite (**tableau I**).

Lait humain	Conditions de conservation, température	ABM, 2004	LLLI, 2009	AFSSA, 2005	HAS, 2006
Lait frais fraîchement exprimé	À température ambiante 19° à 25 °C	6 h à 8 h	De 4 h ⁽¹⁾ à 6 h ⁽²⁾ (max. 8 h)	4 h	4 h
	Glacière avec accumulateurs de froid	24 h		Pour le transport	
	Au réfrigérateur < 4°C	5 jours	De 72 h ⁽¹⁾ à 8 jours ⁽²⁾	48 h	8 jours
	Repas commencé Lait réchauffé	Après le repas, jeter		1 h	
Lait congelé	Au congélateur -18° à -20°C	6 à 12 mois	De 6 mois ⁽¹⁾ à 12 mois ⁽²⁾	4 mois	
	Décongelé au réfrigérateur	24 h, ne pas recongeler		24 h, ne pas recongeler	24 h
	Décongelé, puis porté à température de la pièce			1 h	

Les petits maux de la femme allaitante

1. Douleurs mamelonnaires

Les premiers jours de l'allaitement, les mamelons peuvent être hypersensibles, voire douloureux, avec un paroxysme vers le 3^e jour. Cette hypersensibilité est due au déséquilibre hormonal estro-progestatif et va donc diminuer progressivement en 8 à 10 jours secondairement à la baisse du taux d'œstrogène.

Certaines pratiques peuvent modifier la protection naturelle de la peau, or le sébum doit être préservé. On déconseillera donc les "lavages-décapages" désinfectants et le dessèchement de la peau au sèche-cheveux ou à l'alcool. Il faut se rappeler que la peau de l'aréole, de même texture que celle des lèvres, a la caractéristique d'être très élastique et souple et de ne pas se kératiniser.

2. Crevasses

La crevasse est une plaie traumatique. Son apparition ne dépend pas de la durée des tétées. Elle peut apparaître

en quelques secondes si la technique de succion est incorrecte.

Plusieurs causes sont possibles à cet étirement excessif : mauvaise position du bébé, mauvaise technique de succion, étirement de l'aréole par le doigt appuyé sur le sein pour "dégager le nez du bébé", retrait brutal du sein en fin de tétée, bébé mis au sein quand l'enfant n'est pas prêt, bébé mis au sein quand l'aréole est tendue, utilisation inadéquate du tire-lait. Il n'est pas question de ne plus donner le sein quand une crevasse apparaît. Trois grands principes permettent de la guérir ou de la prévenir :

● Vérification de la position de la bouche du bébé

Quand le bébé tète, il a la bouche grande ouverte, il avance la langue au-delà de la gencive inférieure et la place sous l'aréole (réflexe d'extrusion de la langue) (**fig. 2**). Il étire une grande partie de l'aréole à l'intérieur de sa bouche et a

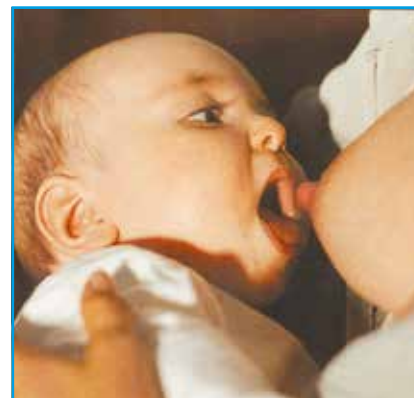


Fig. 2 : Position de la bouche du bébé.

sa lèvre inférieure bien recourbée vers l'extérieur. Son menton touche le sein. Il effectue un mouvement ondulatoire, rythmé avec la langue, qui comprime le mamelon et l'aréole. Il déglutit alors que la langue est sortie (réflexe de déglutition de type infantile) et respire.

Pour se nourrir au biberon, le bébé ne peut pas utiliser sa technique innée de

Revue générale

POINTS FORTS

- Préparation durant la grossesse avec explications des rythmes du bébé : éveil fréquent, mise au sein à la demande, signes de faim mais aussi physiologie du sein.
- Utilisation des embouts mamelonnaires au cas par cas avec, comme seules indications, les bouts de sein ombiliqués et la prématurité.
- Respect des consignes de prévention pour éviter les crevasses et traitement de celles-ci avec les mêmes recommandations : observation de la succion du bébé, alternance des positions d'allaitement et maintien de l'hydratation de la peau du sein.
- En cas de congestion : tétées fréquentes, détente de la patiente, antidouleurs voire anti-inflammatoires, applications de chaud puis de froid.
- Pour s'assurer qu'un enfant tète assez, il doit s'endormir à la fin de la tétée, faire au minimum 6 tétées par 24 h et émettre des urines plusieurs fois par jour.

téter. Il doit faire l'apprentissage d'un geste de succion totalement nouveau. Boire au biberon, c'est en effet pincer la tétine verticalement entre les gencives, aspirer et déglutir (déglutition de type adulte) en collant la langue au palais.

À l'installation du bébé, une douleur est fréquemment présente. Elle est due au pincement du mamelon et à l'aspiration qu'effectue l'enfant pour avoir le mamelon et l'aréole dans la bouche. Il faut donc rassurer la mère. La douleur ne doit pas être aussi intense tout au long de la tétée ; si c'est le cas, c'est que l'enfant est mal positionné et il faudra donc le réinstaller. On peut également aider l'enfant à attraper le sein en effectuant une pince qui englobe le mamelon et l'aréole et lui glisser dans la bouche.

● Changement des positions d'allaitement

Trois positions principales doivent être montrées aux patientes, le but étant l'alternance de ces positions pour éviter une sollicitation répétée au même endroit sur le mamelon (fig. 3) :

- position classique ou madone ;
- position allongée sur le côté : bébé face à soi, toujours ventre à ventre ;
- position en ballon de rugby : bébé assis face à la mère, sur le côté.

Il faut rappeler l'importance de mettre le bébé ventre à ventre pour que la tête de l'enfant soit dans l'axe de son corps.

Une dernière position peut être montrée mais elle nécessite un grand relâchement de la part de la mère : *le biological nurturing*.

Il existe une petite variante pour les mamans de jumeaux qui veulent allaiter leurs deux enfants en même temps : position en ballon de rugby avec le coussin d'allaitement et un enfant de chaque côté.

● Protéger la peau de l'aréole sans perturber son odeur

Quelques gouttes de colostrum suffisent, voire une crème à base de lanoline, ou encore du miel stérile (type Melectis) en insistant sur le mamelon plutôt que sur l'aréole pour ne pas modifier les sécrétions des tubercules de Montgomery.

En général, au-delà de 10 jours d'allaitement, le risque de crevasses n'existe plus car la peau s'est "habituée" à la succion de l'enfant.

3. Engorgement mammaire

La nuit du 2^e jour, l'activité de la prolactine est libérée de l'action inhibitrice de la progestérone. Le lait de transition peut, dès lors, commencer à être sécrété. Cet état hormonal peut provoquer :

- une labilité émotionnelle chez la mère qui envisage parfois de renoncer à l'allaitement ;
- une sensibilité accrue des mamelons pouvant être confondue avec des crevasses (mais il n'y a pas de lésion cutanée) ;
- une augmentation du volume des seins (appelée à tort "montée laiteuse"), consé-



Fig. 3 : Positions d'allaitement ; d'après <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1644>.

quence de l'augmentation du flux sanguin qui double dans les seins.

Sur le plan clinique, on note une fièvre (38,5°) ainsi qu'une douleur des deux seins qui sont durs, tendus, douloureux dans leur ensemble, sans masse palpable.

Pour prévenir ou soulager la congestion, on recommandera une prise correcte du sein par le bébé, des tétées fréquentes et en particulier la nuit (en effet, le taux élevé de prolactine pendant la nuit accentue la congestion mammaire), une application de chaleur sur la poitrine avant la tétée pour aider la vasodilatation et un assouplissement de la peau. Puis, l'enfant sera installé au sein et on pratiquera en même temps des massages aréolaires en provoquant des flux si la congestion est trop importante. Un massage aréolaire s'effectue par des mouvements circulaires, main à plat ou poing serré, de l'extérieur vers l'intérieur du sein, en insistant sur les zones congestionnées, sans jamais toucher le mamelon ni l'aréole qui sont les stimulateurs de la lactation. On peut d'ailleurs y associer 5 UI d'ocytocine sur un sucre en sublingual pour favoriser l'excrétion du lait. On termine par une application de froid. On pourra prescrire pendant 48 heures des anti-inflammatoires compatibles avec l'allaitement, type naproxène ou ibuprofène. Une contre-pression aéroilaire en cas d'œdème local peut être utile.

Il est évident que, pour soulager un engorgement, on ne tire pas le lait pas plus qu'on n'essaye de "vider" le sein car on risque de stimuler le mamelon et l'aréole et donc de prolonger l'hyperstimulation, ce qui va entretenir l'engorgement.

Les jours suivants, l'allaitement continuera de se faire à la demande. Il faut préciser que le risque d'engorgement est présent tout au long de l'allaitement, au 3^e jour, au sevrage, à une période plus fragile comme la reprise du travail... et que le traitement sera toujours le même.

■ Comment savoir si le bébé tète assez ?

Le rythme des tétées doit être au minimum de 6 tétées par 24 heures. Différents critères sont à prendre en compte : urines fréquentes, éveil spontané, endormissement en fin de tétée. Les selles ne sont pas un bon indicateur de l'allaitement maternel. En effet, un nourrisson peut avoir 6 à 8 selles par 24 heures ou, à l'inverse, moins d'une selle par semaine. Quinze jours sont nécessaires pour commencer à trouver ses repères et le rythme reste souvent soutenu jusqu'à 6 semaines. La tétée peut durer de 5 à 20 minutes environ par sein. Aucune interruption n'est nécessaire si le bébé tète correctement.

On donne les deux seins par tétée en sachant que le deuxième est proposé une fois que l'enfant a fait une tétée complète sur le premier car la composition du lait évolue au fur et à mesure que l'enfant tète, avec une augmentation significative de la proportion de lipides.

■ Le sevrage

Lorsque la lactation est installée, le sevrage peut être envisagé par une diminution progressive de l'allaitement. De manière concrète, on suggère à la patiente de supprimer une tétée par jour, puis on vérifie la réaction des seins à la tétée suivante : s'il n'y a pas de congestion, on en enlève une autre le lendemain, et ainsi de suite.

Si la patiente souhaite continuer à ne donner que son lait, il faut pour le premier biberon avoir tiré au préalable le lait. Parfois, il faut un temps d'adaptation du sein au tire-lait et avoir par conséquent tiré son lait quelques jours d'affilée pour obtenir la quantité nécessaire.

Concrètement, on conseille à la patiente de tirer son lait quelques jours avant, par exemple après la tétée du matin (le moment où elle est le plus productive).

Puis quelqu'un donne le premier biberon de lait tiré préalablement et, pendant ce temps, la mère tire son lait (sur son lieu de travail, par exemple) pour les biberons suivants.

Après le sevrage complet commence l'involution de la glande mammaire. Il est possible qu'une stimulation quelconque du sein provoque l'apparition de quelques gouttes de lait. Cet écoulement est normal et peut persister très longtemps après l'arrêt des tétées, parfois même pendant plusieurs années. Il n'y a aucun risque de surinfection ni de complication.

BIBLIOGRAPHIE

1. <http://www.upns.fr/mooc-allaitement/session1-1b.php?session=1>
2. CHANTRY A, MONIER I, MARCELLIN L. Allaitement Maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2015;44(n° 10):1071-1079.
3. Nagorski Johnson The effects of skin-to-skin holding on caloric composition of expressed breast milk. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2017 <http://www.sciencedirect.com/journal/index.php/jnep/article/view/9822>
4. THIRION M. La physiologie de l'allaitement, 2010. www.santeallaitementmaternel.com/s_informer/trouver_article/articles/articles.php

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.