

SOMMAIRE

Prise en charge des troubles de l'oralité des prématurés.....	1
Le BN, une nouvelle approche de l'allaitement maternel.....	4
Le cri : appel à tisser des liens.....	6
Phytothérapie et allaitement.....	8
Ibuprofène et allaitement.....	10
Addiction et allaitement.....	11
De la mastite à l'abcès, éviter la chirurgie.....	17
Le point de vue du radiologue sur le sein lactant.....	18

Comprendre et soutenir l'allaitement maternel

Rédaction *Sylvie Sargueil*.

Journée consacrée à l'allaitement maternel - Chambéry le 31 janvier 2014, organisée par le Resam (Réseau en Savoie de soutien à l'allaitement maternel), en collaboration avec l'association IPA (Information pour l'allaitement).

Au sortir de la maternité, 69 % des mères de France allaitent leurs enfants. Dans la région de Chambéry, grâce au soutien du réseau d'aide à l'allaitement, c'est même plus des trois-quarts des mères qui donnent le sein. Mais, là comme ailleurs, le pourcentage de femmes allaitantes s'infléchit fortement à partir du huitième jour de vie et poursuit une baisse rapide au delà du premier mois. L'allaitement, un phénomène des plus physiologiquement évident, reste en partie à découvrir, où à redécouvrir, par les femmes et par les soignants qui les accompagnent. Dès la naissance, une prise en charge attentive de tous les facteurs susceptibles de gêner l'enfant ou de décourager la mère permet d'améliorer le taux d'allaitement car c'est le plus souvent la méconnaissance et le manque de confiance en leur compétence et en celle de leur bébé qui conduit les mères à choisir le biberon. Dans ce cahier de formation, il ne s'agit pas de revenir sur les bienfaits nutritionnels ou psychologiques de l'allaitement, bien connus des pédiatres mais, au contraire, d'aborder l'allaitement sous des angles moins traités et cependant primordiaux : la prévention et la prise en charge des troubles de l'oralité chez les nouveau-nés prématurés, la physiologie « posturale » réflexe de l'allaitement, les bienfaits et les risques de la phytothérapie en période d'allaitement, les résultats d'une étude récente sur le passage de l'ibuprofène dans le lait, l'allaitement chez les femmes victimes d'addiction et enfin, la prise en charge de la mastite.

Prise en charge des troubles de l'oralité des prématurés

Pour être capable de téter, un nouveau-né doit avoir développé un ensemble de capacités orofaciales impliquées dans la succion, la déglutition et l'aspiration. Les nouveau-nés prématurés ont souvent besoin d'être stimulés pour développer ces fonctions encore immatures et/ou limitées par des tensions musculaires ou des anomalies posturales. À la maternité d'Argenteuil, une ostéopathe et une orthophoniste travaillent conjointement pour permettre aux tout-petits de téter le sein de leur mère.

Directeur de la publication :
Dr Brigitte Virey

Rédacteur en chef :
Dr Gilbert Danjou

Composition et Impression :
Vassel Graphique
Charvet Imprimeurs :
Bd des Droits de l'Homme
BP 58 - 69672 Bron cedex
www.vasselgraphique.com

Édité par
l'Association Française
de Pédiatrie Ambulatoire
AFPA

La France possède une soixantaine de maternités de niveau 3, mais très peu d'entre-elles bénéficient des services d'un orthophoniste et/ou d'un ostéopathe. Pourtant leur action conjointe permet de lutter contre les troubles de l'oralité, mal connus et encore souvent négligés, liés à la prématurité. Or, les conséquences de ces troubles ou "dysoralité" sont très lourdes et durables.

Bien que la limite inférieure de viabilité soit de 22 semaines d'aménorrhées, aujourd'hui dans notre pays, on réanime rarement avant 25 SA, et seulement si le

poids n'est pas inférieur à 500 grammes. La France compte ainsi environ 7,5 % des naissances prématurées, contre 10 à 12 % aux USA où on réanime plus tôt.

La prématurité dans son ensemble (25 à 37 SA) est devenue fréquente, au point d'être désormais un enjeu de santé publique.

L'immaturation de l'oralité, définie comme l'ensemble des fonctions oro-faciales, engendre des difficultés d'alimentation chez les enfants nés prématurément.

Un grand prématuré est soustrait à la perfusion placentaire avant les deux derniers

D'après les communications conjointes de :
Michelle Barrot,
ostéopathe,
et de
Monique Haddad,
orthophoniste,
attachées à la maternité et
au service de néonatalogie
d'Argenteuil (niveau 3).

mois de grossesse, période où la stimulation buccale par ingestion de liquide amniotique est intense. Le fœtus se prépare ainsi à exercer une succion nutritive efficace.

Plus la prématurité est importante et moins l'enfant est capable de s'alimenter seul. L'intubation et la sonde entérale permettent de sauver la vie de ces petits mais la présence d'une sonde d'alimentation contourne la sphère orale qui n'est plus stimulée et l'assistance respiratoire les munit d'un volumineux matériel qui entrave leurs mouvements et les empêche de voir autour d'eux.

Le développement de l'encéphale est très important au cours du dernier trimestre et l'alimentation du fœtus à ce moment là joue un rôle crucial. Le lait maternel est le plus adapté pour un bon développement neurologique du bébé né avant terme.

Une oralité immature et perturbée

La nature a prévu la prématurité, puisqu'une mère est capable de produire du lait bien avant le terme et que la composition de celui-ci est différente de celle du lait à terme, plus simple et adaptée au système digestif immature de l'enfant prématuré.

De plus, une étude (Vohr et al. 2007) comparant les coefficients intellectuels de nouveau-nés nourris au lait de mère versus celui de nouveau-nés alimentés par une formule lactée durant la période hospitalière a montré qu'à l'âge de 18 mois, les enfants nourris au lait de mère présentent un gain de cinq points de QI par rapport aux autres. Une différence qui persiste à 30 mois. L'allaitement maternel est donc fortement conseillé, encore faut-il que le bébé soit capable de s'alimenter.

L'oralité, bien plus que la coordination succion-déglutition-respiration, met aussi en jeu l'olfaction, l'exploration tactile, gustative et l'expérience érogène.

Le nouveau-né prématuré est soumis à de nombreuses stimulations désagréables, voire nociceptives qui perturbent son expérience orale. La couveuse par exemple, chauffée à plus de 30 °C, produit un environnement olfactif plutôt désagréable (plastique, produits de désinfection...), alors qu'auparavant, le bébé baignait dans les arômes de l'alimentation maternelle. Les soins, parfois douloureux autour de la bouche, peuvent engendrer un véritable désinvestissement de celle-ci. De plus, téter est un acte complexe : il faut avoir faim, réclamer, être entendu, mettre en bouche, ingérer et enfin, digérer. Si l'un des maillons de la chaîne est perturbé, c'est toute la chaîne qui dysfonctionne.

Il est donc nécessaire de bien connaître les difficultés rencontrées par les nouveau-nés prématurés dans la mise en place de l'oralité et intervenir de façon globale et pluridisciplinaire.

Développement des mécanismes de succion-déglutition

On définit quatre stades de prématurité auxquels correspondent des mécanismes d'évolution de la succion-déglutition.

- Jusqu'à 26-28 SA, la succion est anarchique, sans coordination.

- A partir de 29 SA elle devient coordonnée mais reste non nutritive. C'est une succion automatisée qui n'est pas efficace pour s'alimenter mais permet déjà la régulation des mécanismes émotionnels.

- Au delà de 32 SA, l'enfant peut téter.

- Cependant, il faut attendre 35/37 SA pour qu'il soit vraiment apte à s'alimenter seul en coordonnant succion, déglutition et respiration.

Rétablir la mobilité et favoriser la posture

L'orthophonie permet d'optimiser le développement de l'oralité en proposant des stimulations appropriées. Il s'agit d'un accompagnement à la découverte des mécanismes en jeu, au sein de la diade mère-enfant, jusqu'à l'autonomie alimentaire.

L'ostéopathie aide à créer le terrain favorable au travail de l'orthophoniste.

Pleurs, geignements, difficultés à téter (12% des cas), problèmes de positionnement de la tête, hypertonie, accouchement difficile... Les motifs de consultation sont variés.

L'ostéopathe commence par rechercher des limitations de la mobilité susceptibles de restreindre la fonction. Par exemple, un diaphragme qui ne possède pas toute son amplitude de mobilité influence la dynamique respiratoire.

L'enfant prématuré, alimenté par sonde, de façon continue ou discontinue, n'a pas faim. Pour qu'il puisse téter, il faut créer chez lui cette sensation de faim, de telle manière qu'elle ne soit pas associée à une douleur ou à un inconfort.

L'échelle Edin permet d'évaluer la douleur, le stress et l'inconfort du nouveau né en fonction d'indicateurs comportementaux (échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né, on la trouve sur le site [pediadol](http://www.pediadol.org/Grille-de-douleur-et-d-inconfort) : <http://www.pediadol.org/Grille-de-douleur-et-d-inconfort>).

L'ostéopathe observe les mimiques, les attitudes et les postures. Pour rechercher la source alimentaire, l'enfant a besoin d'une posture confortable. La rotation préférentielle de la tête, présente chez la moitié des bébés, correspond à leur position *in utero*.

Des dysfonctions peuvent être liées à cette position *in utero* ou survenir au cours de l'accouchement (contrainte de l'occiput sur la symphyse pubienne maternelle). En per partum, il se produit

fréquemment de légers glissements de la base du crâne qui peuvent faciliter l'apparition de plagio-céphalie.

En cas d'asymétrie, de tensions musculaires au niveau des muscles qui tractent la mandibule par exemple (ptérygoïdiens ; relation entre la mandibule et le sphénoïde), des troubles de la succion peuvent survenir et retentir également sur l'articulé. En effet, les fonctions de succion et déglutition mettent aussi en jeu une quarantaine de muscles et sept nerfs faciaux, dont le fonctionnement doit être optimum pour que l'alimentation se déroule normalement.

D'autre part, il faut que les soignants soient vigilants à ne pas proposer à la légère la prise de biberon si la mère souhaite allaiter car, ouvrir la bouche pour prendre le sein nécessite plus d'efforts et s'il a le choix du biberon, le nouveau-né risque de refuser le sein. Pour bien téter, il faut donc que la capacité musculaire de l'enfant soit optimale : positionnement et force. Il y aura donc une chronologie des interventions de l'ostéopathe et de l'orthophoniste. L'ostéopathe rétablissant l'anatomie avant que l'orthophoniste ne stimule la fonction.

Stimuler les réflexes et les sens nécessaires à l'alimentation

L'orthophoniste, recherche des réflexes de survie, des automatismes qui évoluent au cours de la vie fœtale. Ainsi, le réflexe de Hooker, le premier à être présent, correspond au fait que le fœtus ouvre la bouche et tire la langue quand il passe sa main devant la bouche. Mais ce réflexe, chez les plus jeunes, ne déclenche pas encore de mouvements de succion. On recherche également le réflexe de fouissement, et celui des points cardinaux qui traduit la sensibilité péribuccale (une stimulation d'un côté de la bouche oriente la tête vers cette zone). On teste la capacité de reconnaissance olfactive en observant l'attirance du bébé vers le sein maternel, stimulé par les glandes de Montgomery (glandes sébacées de l'aréole mammaire) qui sécrètent une odeur attirante pour le bébé.

En absence de stimulation olfactive par l'alimentation maternelle, l'enfant perd certains repères acquis au cours de la vie fœtale. Pour stimuler cette olfaction, on lui propose de respirer des odeurs : vanille, fraise, curry... en fonction de ce que la maman a ingéré durant la grossesse qui, parce qu'elles rappellent au nouveau-né les odeurs du liquide amniotique, sont susceptibles de déclencher des mouvements de succion.

Pour mettre le sein en bouche, le nourrisson doit avoir acquis la capacité de contracter l'orbiculaire des lèvres, qui assure la stabilité et l'étanchéité. Il s'agit d'un réflexe qu'il peaufine au fil du temps en

effectuant de nombreux mouvements des lèvres. De même, il doit pouvoir contracter l'apex lingual qui permet le pointage de la langue. Associé au péristaltisme lingual (capacité à envoyer le bolus vers l'œsophage), le pointage aide à aspirer le lait. Ces deux mécanismes ne sont pas toujours présents à la naissance, même chez le nouveau né à terme. Les enfants qui maîtrisent mal ces mécanismes présentent un risque élevé de développer des troubles de l'articulation et de la parole, deux fois plus fréquents chez les enfants nés prématurément que chez les enfants nés à terme.

Il faut également posséder de bons réflexes antagonistes d'ouverture et fermeture rythmique de la bouche. Des réflexes qui fermeraient la bouche de l'enfant si on voulait la lui ouvrir de force et grâce auxquels les mamans qui tirent sur le menton de leur petit pour qu'ils l'ouvrent n'ont aucune chance d'y parvenir ! Mettre en bouche implique aussi un positionnement correct de la langue afin d'éviter les crevasses.

Enfin, le bébé doit maîtriser les mécanismes de succion dans ses deux composantes que sont la pression et l'aspiration, puis coordonner succion, déglutition et respiration, autant de fonctions stimulées par l'orthophoniste.

D'autre part, ces bébés ont eu besoin de sondes entérales qui ont parfois blessé le cardia, un travail de relâchement du diaphragme, stimulé par l'ostéopathe, peut alors être utile pour calmer les reflux. De même, ces enfants souffrent fréquemment de coliques, soulagées par la stimulation d'un relâchement global des pressions au niveau du thorax et de l'abdomen.

Aider les mères à prendre d'emblée leur rôle nourricier

Pour que l'allaitement réussisse, il faut aussi que la maman investisse son rôle nourricier dès la naissance. Quel que soit le terme et le poids du bébé, on lui propose le peau à peau, même si le nouveau né est sous assistance respiratoire. Peu à peu, son niveau de vigilance augmente et, spontanément, il se dirige de là où on l'a placé jusqu'au sein de sa mère. Le peau à peau se transforme en peau à sein. Chez les tout-petits, ce peau à peau doit durer au moins quarante cinq minutes et même idéalement une heure trente à deux heures, pour qu'il y ait au moins une phase de sommeil profond sur la peau d'un parent. Progressivement les mouvements de la bouche se transforment en succion plaisir, puis entre 33 et 35 semaines, en tétées.

Comme la maman n'est pas hospitalisée, en son absence, il est parfois nécessaire de fournir une aide à l'allaitement, par l'alimentation à la tasse (il maîtrise déjà le lappement in utero), l'alimentation à la seringue ou au doigt-paille (une petite tubulure, trempée dans un pot de lait, est fixée sur le

doigt de l'adulte que l'enfant suce). Mais cette aide ne doit être que très temporaire (3 à 4 jours).

Un trouble de l'oralité retarde l'autonomie alimentaire et a des conséquences néfastes au delà de la sphère buccale. Elle prolonge la durée d'hospitalisation, génère la mise en place de mauvaises praxies alimentaires comme l'allongement du temps des repas, la difficulté du passage à la cuillère, le refus des morceaux, et entraîne des risques de troubles du comportement alimentaire graves (phobies, pica, mérycisme) et peuvent provoquer un retard de développement staturo-pondéral.

La dysoralité a également d'autres conséquences fonctionnelles comme une hyper ou une hypo sensibilité de la sphère orale, la présence d'un réflexe nauséux excessif, des troubles de l'articulation et de la parole, des difficultés de passage de la déglutition primaire ou infantile, à la déglutition secondaire ou adulte, pouvant entraîner des troubles orthodontiques (la langue poussant sur les dents) et des troubles de la verticalité liés aux déformations du crâne, l'équilibre occlusal retentissant sur l'équilibre postural.

Le BN, une nouvelle approche de l'allaitement maternel

Depuis que les études sur les bienfaits du lait maternel font flores, on apprend aux mères à donner le sein. Une initiative au mieux inutile, au pire néfaste. Forte de ses nombreuses observations, Suzanne Colson nous livre une étonnante révélation : allaiter ne s'apprend pas ! L'allaitement vient aux femmes et aux bébés, naturellement, sous l'impulsion de processus réflexes programmés, pour peu qu'on ne les contrarie pas par un apprentissage inadapté.

D'après la communication de Suzanne Colson, sage-femme, maître de conférence honoraire, Université Christ Church de Canterbury, membre du comité scientifique de LLL (La Leche league) France et en Angleterre.

Le concept de BN, ou **biological nurturing**, décrit par Suzanne Colson est né de l'observation. Il ne connaît pas de traduction littérale en français et son auteur a choisi de l'appeler simplement BN ou de parler d'allaitement zen ou encore de « Maternage corporel ». Quelque soit le nom qu'on lui donne, le BN définit un ensemble d'attitudes et de postures de la mère et de l'enfant, qui se développent naturellement, pour peu qu'on les laisse faire sans intervenir. Il s'agit des comportements innés de la mère et du bébé, biologiquement programmés, qui président à la conduite de l'allaitement humain, tout comme d'autres comportements innés déterminent la façon d'allaiter chez les mammifères non humains.

Instinctivement, pour un allaitement confortable, la maman se place en position semi-inclinée (dite position BN). De telle sorte que le bébé se trouve confortablement installé contre le corps de sa maman, face à elle, et que toutes ses parties frontales soient en contact avec ce corps maternel. Les courbes de l'enfant et de la maman s'épousent.

Le contact par frottement contre la maman déclenche des comportements innés, qui ne s'apprennent pas, de la part de la mère et de l'enfant, et qui permettent, si on les laisse s'exprimer, un allaitement instinctif performant. Lorsqu'ils sont stimulés par l'extérieur, on peut les qualifier de déclencheurs des comportements innés qui sont, soit des réflexes comme la reptation du nouveau-né vers le sein de sa mère, un mouvement simple déclenché au niveau

de la moëlle épinière, soit des mouvements complexes instinctifs orchestrés par le cerveau, par exemple, la construction d'un nid corporel.

Les réflexes archaïques (néonataux primitifs), innés (non conditionnés), qui se déclenchent en réaction à des stimuli endogènes ou environnementaux, ont été parfois mal interprétés. Certains mouvements réflexes de la bouche ou de la tête, par exemple, peuvent laisser penser qu'un bébé a faim alors qu'en réalité, les premiers jours, les réflexes peuvent se manifester sans que le bébé ait faim. La faim ne guide pas toujours ces réflexes. Bébé peut avoir longuement et efficacement tété et pourtant, continuer à avoir des réflexes de foussement, de recherche du sein, d'ouverture de la bouche, de succion. Cette mauvaise interprétation est fréquemment à l'origine de l'arrêt précoce d'allaitement, les mères pensant n'avoir pas suffisamment de lait.

L'entourage et les soignants doivent être vigilants pour ne pas dévaloriser les mères.

S'ils disent au bébé, devant la maman « tu as faim », ils induisent l'idée qu'il n'a pas assez mangé et donc que la mère n'a pas assez de lait.

Rendre l'allaitement à la biologie

Le BN est une nouvelle façon de considérer l'allaitement, comme un phénomène instinctif, déclenché par la stimulation appropriée d'une série de réflexes archaïques prévus pour, et pas comme une

sorte d'impératif lié à la faim, ou un quelconque « intérêt » ou « désintérêt » que le bébé aurait à téter.

Ainsi, un nouveau né placé sur le ventre redresse la tête, la soulève spontanément et peut déclencher des mouvements de « marche automatique » de façon à ramper ; cette succession d'automatismes lui donnent les moyens d'aller vers le sein.

L'observation de vidéos a permis d'observer au moins une vingtaine de réactions réflexes de ce type, dont les fonctions exactes ne sont pas encore toutes bien expliquées.

On a même parfois l'impression que ces réflexes archaïques n'aident pas l'allaitement et au contraire, produisent des mouvements qui éloignent l'enfant du sein maternel ou semblent être des refus du sein. Ainsi on voit parfois des bébés qui au lieu de téter, hochent la tête, ou « frappent » le sein avec les poings, sans téter ou encore donnent des coups de pied contre le ventre de leur mère.

Mais, contrairement aux apparences, l'enfant ne cherche pas à éviter de manger.

On a appris aux mères à s'asseoir « droites », le bébé à l'horizontale, perpendiculaire au sein avec obligation de le tenir, en lui appuyant sur la tête et le dos, de telle sorte que ses pieds sont dans l'air, sans contact avec rien. Il se met à les agiter, sur le mode « marche automatique » et cette action réflexe est faussement interprétée comme des coups de pieds et donc un refus ou une entrave à l'allaitement.

« Quand la mère est verticale ou couchée sur le côté, le bébé humain a besoin d'une pression dorsale afin de le garder en place près du sein » déclare le pédiatre allemand Peiper. Mais cette position n'est pas une position BN, car si la mère est inclinée, le bébé sur elle change de position et souvent trouve le sein spontanément. Si la maman n'est pas suffisamment inclinée, le bébé a souvent du mal à s'attacher seul et la maman est alors dans l'obligation de l'accrocher au sein et lui appuyer sur le dos, voire sur la tête pour le garder proche du sein.

Pour un bon allaitement, un angle d'inclinaison est nécessaire, variable en fonction des mères et qui peut changer au cours de la tétée.

La position BN que les mères trouvent spontanément si on ne leur donne aucune autre indication, déclenche les réflexes nécessaires à l'allaitement et le bébé s'attache souvent seul au sein.

L'interprétation de Suzanne Colson est donc que, loin de le perturber, les réflexes aident l'allaitement¹.

Le BN met en jeu plusieurs mécanismes

- Il augmente l'espace corporel disponible pour le nouveau né qui a ainsi plus de place pour bouger et changer de position.

- Il augmente le nombre de positions possibles pour le bébé (360 positions d'allaitement) et souvent celui-ci retrouve instinctivement la position qu'il avait dans le ventre et immédiatement s'accroche au sein.

Des réflexes équivalents sont observés chez de nombreux animaux, comme le petit rat par exemple, qui produit un balayage pour établir le contact alors que sa mère ne bouge pas. Mais le petit humain, très immature, a besoin d'être mis sur le corps de sa mère pour trouver, seul, le sein à la naissance. Ce n'est qu'à neuf mois qu'il saura faire ce que font les mammifères inférieurs.

Il est faux de dire aux mères « ne faites rien, laissez faire le bébé » car il faut l'association des compétences maternelles à celles du bébé pour que la tétée se fasse.

- Dans le BN, la mère trouve une position qui utilise positivement la gravité qui tire le bébé vers le bas.

- Ces interactions positionnelles agissent même quand le bébé est en sommeil.

Brazelton classe le bébé qui somnole comme étant en état d'éveil mais Suzanne Colson pense qu'il est en réalité en état de sommeil ; or, « un bébé qui dort ne tète pas » dit l'adage populaire. En réalité, des enregistrements vidéo (www.biologicalnurturing.com) montrent qu'un bébé peut s'approcher du sein en dormant et même téter.

- À l'état de veille, le BN favorise le contact des yeux.

Les mêmes attitudes caractéristiques sont observables chez toutes les mères, qui n'ont pas besoin d'apprendre pour construire un « nid corporel » à l'enfant, (d'où le terme de « maternage corporel » inventé par Suzanne Colson pour traduire BN), une protection naturelle pour l'enfant qui tète. Les vidéos montrent qu'instinctivement, toutes les mères répètent les mêmes gestes spontanés d'enveloppement. De même, en observant les mamans on voit beaucoup d'entre elles faire, à leur insu, des mouvements de la bouche pour montrer au bébé comment prendre le sein.

L'allaitement n'est donc pas une technique à acquérir mais une activité quotidienne, spontanée, une relation de réciprocité entre les enfants et leurs mamans.

(1) Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding, Suzanne D. Colson, Judith H. Meek, Jane M. Hawdon. Early Human Development Vol 84 p. 441-449, July 2008.

Le cri : appel à tisser des liens

Au delà de son rôle nourricier, l'allaitement participe à l'attachement secure entre l'enfant et sa mère. Mais la périnatalité est une période de vulnérabilité où des ambivalences s'expriment, par exemple par le fait d'allaiter sans échanger de regards avec son bébé. Une attitude qui génère un attachement insecure ou anxieux. Repérer et aider ces mères améliore l'avenir des enfants

D'après les communications conjointes de Christian Rey, pédopsychiatre et psychanalyste, et Anne Zellner, psychiatre, ainsi que de Christine Dunant, psychologue clinicienne, unité de psychopathologie périnatale du CHG de Chambéry.

En périnatalité, le psychiatre intervient en cas de psychose puerpérale et de dépression post partum. Et aussi parfois, pour des symptômes qui peuvent en imposer pour de la pathologie mais n'en sont pas, car il s'agit d'une période de fragilité et d'ambivalence maternelle « normale » exacerbée. Les mères désappointées par les interactions nouvelles avec leur bébé, les interprétations et les émotions qu'elles suscitent, ont parfois besoin d'aide.

Le nouveau-né est un petit d'homme et donc va entrer dans le langage. Pas celui fait de signaux pour une communication comme dans le monde animal mais le langage humain, qui est la cause de ce qui est nommé sujet en psychanalyse (Naissance symbolique opposée à la naissance biologique).

Le cri est une anticipation du langage, un appel à l'intervention d'un être secourable, « la mère ». Si tout est naturel et programmé, en quoi a-t-on besoin d'aider une mère ? En réalité, des expériences croisées montrent que le langage n'est pas naturel. Dans les exemples qui suivent, deux mères développent deux types de rapports différents au langage. L'une, qui peut être définie comme une interprétrice de signaux, médecin de formation, vit loin de ses bases familiales. Elle est en grand désarroi et réclame souvent des hospitalisations pour son bébé dont elle supporte mal les cris interprétés par elle comme signalant la douleur, la maladie ou la faim. Elle est toujours en recherche de diagnostics médicaux. L'autre, étudiante en médecine, prépare l'internat. Elle consulte pour un bébé de 2 mois qui a des difficultés pour dormir. À la question du médecin : que se passe-t-il pour l'alimentation ? elle répond : « Pour l'alimentation, je vais vous raconter ce qu'il me fait. Je le mets au sein et je travaille mes questions d'internat. Et bien, Monsieur ne veut rien téter tant que je lis ».

La première mère a besoin d'un travail psychothérapique et pas uniquement de conseils ou de guidage, afin de pouvoir revivre ses projections sur son bébé, parler de ses désirs, de son ambivalence et se permettre des anticipations incluant l'image d'un sujet chez son bébé. Chez cette mère l'arrêt de téter provoque de l'angoisse. « Il faut être préparé à rencontrer l'imprévu plutôt que de tout prévoir. »

La deuxième mère n'est pas dans l'interprétation d'un signal mais dans une création qui fait écho à

un désir. L'utilisation du terme « Monsieur » la renvoie à sa place de « dame », la renvoie aussi à une séparation éducative d'avec son bébé et à la projection dans l'avenir de l'enfant.

Allaitement et naissance de l'attachement

On entend couramment dire qu'un bon allaitement est facteur d'un bon attachement. C'est vrai lorsque tout va bien, que l'interaction est ajustée mais ce n'est pas le cas des mères allaitantes qui viennent en consultation de psychiatrie.

L'attachement va du bébé à l'adulte et consiste, selon la théorie de l'attachement formalisée par John Bowlby¹, à rechercher auprès d'une personne spécifique, en l'occurrence la mère, un sentiment de protection et de sécurité. Selon Bowlby, la relation d'attachement se met en place suivant quatre étapes.

La première, durant les deux premiers mois du bébé, est dite de pré-attachement. Le besoin d'attachement est médié par des conduites, dites comportements signaux, visant à modifier ou rétablir la présence de l'adulte. Par ses capacités propres, l'enfant émet ces comportements signaux pour appeler l'autre, en particulier, sa mère : cris, poursuite oculaire, agrippement et succion. C'est en répondant de façon adéquate aux messages de l'enfant que la mère favorise le premier lien d'attachement, par l'allaitement par exemple, et en tenant compte du rythme du bébé. L'ensemble du système sensoriel du bébé, en particulier l'ouïe, le goût et l'odorat, facilite l'attachement de l'enfant à sa mère ainsi que l'attention et la protection de sa mère à son égard. Le bébé est apaisé par l'échange de sourire, la solidité du portage, la chaleur de l'étreinte, la douceur du toucher et l'interaction des signaux sensoriels et moteurs lors de l'allaitement. Dès cette première étape, il existe de grandes variabilités interindividuelles chez les nouveau-nés, en fonction de leur capacité à élaborer et réguler les variations de leurs propres états physiologiques et affectifs. Certains sont plus irritables parce que particulièrement sensibles au stress de l'environnement par exemple. A l'inverse, certains bébés trouvent en eux-mêmes les ressources nécessaires

(1) John Bowlby (1907-1990) : psychiatre et psychanalyste anglais.

pour s'auto apaiser ou se laisser apaiser. Chaque bébé tétant différemment va être susceptible d'encourager ou de décourager sa mère à allaiter. Pendant cette première période, les comportements du bébé sont indifférenciés, il adresse les mêmes signaux à toutes les personnes qui s'occupent de lui (« care giver »).

Puis, entre 2 et 7 mois, l'attachement prend forme. L'enfant différencie des moyens et des buts pour attirer l'attention de sa mère. Il l'appelle par ses sourires, ses regards, par ses cris ; il demande à être nourri. Il commence à associer la satisfaction de ses besoins à la disponibilité de sa mère et la différence des autres personnes qui lui donnent des soins.

L'attachement devient franc au cours d'une troisième étape entre 7 mois et trois ans. L'enfant s'autonomise et différencie de plus en plus nettement les adultes. Il acquiert la capacité à s'éloigner lui-même de sa mère. Enfin, la dernière et quatrième étape consiste à ajuster le comportement.

L'attachement ainsi défini est un comportement inné qui répond à un besoin biologique dont le but est de maintenir la proximité du bébé avec la figure d'attachement pour en retirer un vécu interne de sécurité qui lui permettra ultérieurement de s'éloigner d'elle.

L'allaitement répond aussi à ce besoin de proximité qui diffère du besoin de nourriture.

L'allaitement n'est pas une garantie d'attachement secure

Mais, certaines mères répondent aux cris des nourrissons exclusivement par la mise au sein. La rythmicité de l'alternance présence-absence permet de soutenir le développement de la pensée à partir du manque. L'absence n'est tolérable que si elle alterne avec une présence, avec une rythmicité qui garantisse le sentiment de continuité. La rythmicité des expériences donne une illusion de permanence. Il faut nourrir un bébé toutes les trois heures, pas seulement parce qu'il a faim mais aussi pour trouver ce rythme qui garantit la continuité.

Quatre types d'attachement différents ont été décrits, l'attachement secure, insecure, anxieux et désorganisé. C'est au moment des séparations et plus encore des retrouvailles qu'on peut mettre en évidence un type d'attachement particulier. Entre douze et dix huit mois, un enfant dont l'attachement est secure, retournera rapidement dans les bras de sa mère au décours d'une séparation, alors qu'un enfant qui a un attachement de type anxieux sera dans une grande colère au moment des retrouvailles. L'enfant dont les bases sont secure initie progressivement l'éloignement. De la même façon, c'est peut-être au moment du sevrage qu'on sait si l'allaitement a été « réussi ». Le

moment du sevrage peut s'avérer dangereux, lorsque la mère et l'enfant ont une relation fusionnelle. Il arrive dans ce cas, que les relations soient moins bonnes après. Le comportement d'attachement se diversifie et persiste tout au long de la vie. La mère, elle-même, présente un type d'attachement qui détermine dans de nombreux cas l'attachement de l'enfant. Il existe cependant des passages d'un type d'attachement à un autre. L'allaitement pourrait favoriser ces passages. L'allaitement peut donc être un élément favorisant un bon attachement et même une aide à lutter contre la dépression mais, il n'est pas une garantie d'attachement secure. Il peut même conduire à masquer une réelle détresse car aux yeux de l'entourage, une femme qui allaite ne peut aller mal. La participation active de l'allaitement à l'attachement, est particulièrement visible au moment du sevrage, vécu comme la première expérience de séparation que l'allaitement rendait jusque là périlleuse, voire impossible.

Parfois, quand l'attachement n'est pas secure, l'allaitement devient indicateur et symptôme de ce qui se joue entre la mère et l'enfant dans la construction de l'attachement. Les motifs de consultations sont généralement liés à des troubles du sommeil ou au sevrage. On découvre alors souvent un attachement de type anxieux dans lequel la qualité et la continuité de la présence maternelle entrent directement en jeu. Une mère présente physiquement mais insensible aux besoins de son enfant, voire absente psychiquement, ne lui permet pas d'acquérir une sécurité interne de base.

Plus l'attachement est secure et plus la séparation peut se faire facilement. La mère doit accepter de faire don de son sein à l'enfant en perdant momentanément cette partie d'elle-même afin qu'il puisse avoir pour l'enfant une valeur symbolique bien au delà de sa valeur nourricière. En faisant cela, elle lui donne l'exemple de l'acceptation de la perte et au moment du sevrage, il acceptera à son tour de perdre le sein. Pour qu'il y ait allaitement puis sevrage et attachement secure, il faut pour l'enfant que le sein soit un objet de désir et de plaisir. Cette situation existe aussi quand l'enfant est nourri au biberon. Dans tous les cas, c'est la position subjective de la mère qui opère. Il faut entendre le don de la mère comme la représentation imagée de cet état psychologique maternel particulier, exclusivement centré sur le bien-être et le développement du bébé. Ce que Winnicott nomme la préoccupation maternelle primaire.

Cette empathie de la mère pour son bébé suppose de sa part, d'avoir la capacité et le désir de se détacher ou de renoncer à certains de ses intérêts personnels pour les diriger vers l'enfant. Certains facteurs empêchent l'établissement de cette position

exclusive chez certaines mères. Des composantes personnelles liées à leur histoire infantile et à la personnalité, voire à l'état psychopathologique de ces mères.

Le discours médical dit que l'allaitement est ce qu'il y a de mieux. Mais quel est le désir de la mère ? Allaiter mobilise des mouvements inconscients et des bouleversements émotionnels vis à vis de sa propre mère tout d'abord.

Le compagnon aussi renonce momentanément au sein et se confronte lui aussi à une perte symbolique. La plupart du temps, la bienveillance de cha-

cun permet à la mère de poursuivre sereinement l'allaitement. Mais quelquefois, ces mouvements inconscients déclenchent des conflits dans la famille et/ou le couple, avec des injonctions pressantes envers la mère qui se trouve partagée et donne le lait mais garde le sein pour elle parce qu'il est source de trop d'ambivalence.

L'enfant vit alors une expérience incomplète qui va marquer le sevrage car il ne peut se séparer d'un objet qu'il n'a jamais vraiment reçu et donc l'allaitement, bien que nourricier, peut constituer une expérience d'attachement insecure.

Phytothérapie et allaitement

La phytothérapie, très utilisée en automédication, utilise des extraits de plantes qui présentent des effets bénéfiques et d'autres indésirables. Peu d'études s'intéressent à ces produits et moins encore à leur administration chez les femmes allaitantes.

Petit tour des connaissances actuelles

D'après une communication de Brune de Villepin, Sage-femme pharmacologue, Maternité des Lilas, 93260 Les Lilas.

La phytothérapie est une médecine basée sur le traitement par extraits de plantes, utilisée traditionnellement depuis des millénaires dans de nombreux pays, en particulier en Chine, et actuellement en vogue en France. Cependant, si cette pharmacopée présente de nombreux avantages, elle n'est pas dénuée de toxicité et il convient d'être informé et vigilant, en particulier pendant l'allaitement.

Les plantes peuvent être utilisées en tisanes (infusion, macération dans l'eau froide ou décoction dans l'eau à ébullition), comme compléments alimentaires en poudre ou en gélules (concentrés de principes actifs), en extraits hydroalcooliques ou sous forme de distillats (liquides, en cataplasme).

Elles peuvent être toxiques en raison de la pollution, du mode de cueillette, ou de leur méthode de conservation ; de fait, on ne sait souvent pas bien d'où viennent ces plantes et comment elles ont été traitées.

Le type de traitement subi par les plantes en modifie les propriétés. Par exemple, la conservation en sachets plastiques à la lumière, enlève toute vertu thérapeutique.

Très peu d'études, chez les femmes enceintes ou allaitantes

Les études pertinentes concernant la phytothérapie et ses effets thérapeutiques sont encore peu nombreuses. Quelques équipes comme celles de Dominique Larrey à Montpellier (hépatogastroentérologue), se sont intéressées aux effets indésirables des plantes : néphrotoxicité, hépatotoxicité,

interactions médicamenteuses (notamment avec les ATB).

Quelques drames incitent à la prudence. Ainsi, une tisane amaigrissante couramment utilisée en Chine et pour laquelle la traduction de la composition comportait une erreur, a entraîné 110 cas de fibrose rénale en France et en Belgique.

Il a également été rapporté des cas d'insuffisance rénale et de coma, suite à l'utilisation de *Pilosuryl* (diurétique), et quelques 80 cas d'infarctus et d'AVC aux USA suite à la prise d'*Ephedra* utilisé pour brûler les graisses, ainsi que des cas d'hépatites graves (en Allemagne et en Suisse) liés à une boisson aux vertus narcotiques et déstressantes, le *Kava kava*.

Il convient de rappeler qu'il existe une diffusion passive vers le lait et de nombreux facteurs influencent ce passage, comme la taille des molécules, la liposolubilité, le pH sanguin, la vascularisation... Très peu d'études ont été menées sur les effets indésirables, en particulier l'hépatotoxicité et la néphrotoxicité de ces produits phytothérapeutiques à forte concentration en principe actif, chez les femmes enceintes et allaitantes. Or la phytothérapie est de plus en plus utilisée en automédication.

Etat actuel des recommandations pour les femmes allaitantes

Les stimulants de la lactation

(effet galactologue)

Le *galega* est un extrait de plantes et de malt qui apporte aussi vitamines, minéraux et oligoélé-

ments (calcium, phosphore), c'est un des rares médicaments phytothérapeutiques qui détient l'AMM pour la stimulation de la montée de lait. Posologie : une à deux cuillères de granulés par jour.

Le *fenugrec*, sous forme de comprimés, de poudre et de tisane, dite d'allaitement. Il a des effets multiples : galactologue, stimule l'appétit, lutte contre la fatigue et a un effet anti-inflammatoire en cataplasmes. Quelques effets indésirables ont été rapportés : des allergies cutanées avec les cataplasmes, quelques crises d'asthme, un risque d'hypoglycémie et de diarrhée. Le fenugrec est contre-indiqué chez les personnes allergiques et diabétiques ainsi qu'en cas de trouble de la coagulation. On préfère l'éviter pendant la grossesse car le centre de pharmacovigilance du Maroc a rapporté 8 cas de malformations, à la fin des années 90, chez des femmes enceintes ayant pris de fortes doses de fenugrec. Cet effet indésirable n'a pas été confirmé mais la prudence reste de mise. Les données manquent encore en ce qui concerne l'allaitement. On évite l'utilisation prolongée de fenugrec à forte dose.

Le *malt d'orge* : ovomaltine, bière sans alcool, contient de la pectine qui stimule la sécrétion de prolactine. Aucune toxicité n'a été rapportée avec ce produit.

Le *fenouil*, contient également de la pectine.

La toxicité de ces plantes n'est pas bien étudiée mais elles ne semblent pas dangereuses aux doses usuelles.

Le *persil* : il est déconseillé par l'OMS. Il est connu pour avoir un effet abortif à haute dose et entraîner des irritations intestinales et rénales. Il n'y a pas d'étude concernant l'allaitement.

Le *cumin* a peu de propriétés démontrées par des études scientifiques.

L'*anis vert*, est déconseillé par l'OMS chez la femme enceinte et allaitante, uniquement en raison du manque d'études. Quelques cas d'allergie, asthme et troubles gastro-intestinaux ont été rapportés, mais l'anis vert est globalement bien toléré en infusion.

L'*aneth* est consommé pour ses propriétés galactologues et également en cas d'engorgement des seins. Aucun effet indésirable n'a été observé mis à part quelques très rares cas d'allergie, asthme et troubles gastro-intestinaux.

Il convient de préciser que les effets indésirables ne surviennent pas lors d'une utilisation alimentaire classique mais suite à l'ingestion de compléments alimentaires très concentrés en principe actif.

Pour cicatriser les crevasses

Le *calendula*, appliqué en crème, possède une action anti-inflammatoire et anti-microbienne favorisant une bonne cicatrisation.

Pour lutter contre l'engorgement des seins

On utilise des *cataplasmes de feuilles de chou*, dont plusieurs études ont montré l'efficacité.

Le *fenugrec* est également utilisé mais certaines réactions allergiques ont été décrites.

Pour combattre l'insomnie

La *spasmine*, qui se compose d'*aubépine* et d'extrait hydroalcoolique de *valériane* est déconseillée chez la femme allaitante en raison d'un possible risque de somnolence chez le nourrisson.

On recommande plutôt des *feuilles de corossolier* en tisane.

Contre les angoisses

La phytothérapie n'est pas d'une grande aide contre les angoisses car l'*euphytose*[®] (*valériane*, *passiflore*, *aubépine*, *ballote*) est à éviter chez les femmes allaitantes en raison du risque d'hépatotoxicité (étude publiée dans la revue *Prescrire*) pour le bébé.

Pour lutter contre la dépression

Le *millepertuis* a des effets relaxants et anti-dépresseur, démontrés comme supérieurs au placebo et équivalent à ceux d'autres anti-dépresseurs. Quelques cas de somnolence et de colique du nourrisson ont été rapportés. Il n'est pas vraiment conseillé pendant l'allaitement mais il ne faut pas arrêter brutalement un traitement de dépression entrepris pendant la grossesse, car les conséquences peuvent être pires.

Contre les règles douloureuses

On utilise de l'*acalypha arvensis* en cataplasmes. Le *lantadene* est à éviter en raison des risques de néphrotoxicité et d'hépatotoxicité.

Pour lutter contre les troubles digestifs

Bananes et *goyave* sont efficaces contre la diarrhée et le tamarin permet de lutter contre la constipation. Il est préférable d'éviter l'*huile de ricin* qui entraîne des risques de diarrhée et de déshydratation.

En cas de nausées et de vomissements, il est possible d'avoir recours au *piment de Jamaïque* ou au *basilic*.

En cas d'infections

Fleur du paradis, *eucalyptus*, *orange*, *café*, *ail*, *navet* sont utilisés en cas d'infection respiratoire avec toux et n'ont pas de toxicité avérée.

Le *jus de cranberries* (canneberges en français, famille des myrtilles) permet de lutter contre les infections urinaires en empêchant le dépôt de germes contre la paroi vésicale.

Parfois recommandée, la *papaye* est à éviter en raison du risque allergique (1 % de chocs anaphylactiques).

Il faut être vigilant avec les huiles essentielles : très lipophiles, elles ne sont compatibles avec l'allaitement que si elles ne contiennent pas de dérivés

terpiniques (méfiance avec la cannelle, le mentol et l'eucalyptus) qui entraînent un risque de convulsion chez l'enfant.

Attention aux interactions médicamenteuses

Le *millepertuis*, par exemple, interfère avec le métabolisme de la ciclosporine et entraîne, le cas échéant, un risque de rejet de greffe.

Le *pamplemousse* est connu pour potentialiser ou diminuer l'effet de certains médicaments.

La grande fréquence d'utilisation de la phytothérapie en automédication incite à inviter les femmes à la prudence car les études manquent. Il convient de faire attention à la provenance des plantes et de favoriser la recherche dans ce domaine.

Ibuprofène et allaitement

Une étude menée à la maternité des Lilas montre que l'ibuprofène est un bon antalgique en période d'allaitement, en raison de son faible passage dans le lait.

D'après une communication de Brune de Villepin, Sage-femme pharmacologue, Maternité des Lilas, 93260 Les Lilas.

L'équipe de Virginie Rigourd (lactarium d'Ile-de-France) a mené une étude¹ visant à évaluer le passage dans le lait maternel, de l'ibuprofène, volontiers utilisé comme antalgique dans les douleurs post accouchement (césarienne, épisiotomie). Chaque femme qui allaite reçoit en moyenne trois médicaments au cours de sa période d'allaitement. Souvent, par manque de connaissance on recommande aux femmes qui doivent prendre un traitement de ne pas allaiter, alors que de nombreux médicaments ne sont pas incompatibles avec l'allaitement.

Au cours de la phase colostrale, durant les deux ou trois premiers jours, le passage dans le lait des molécules absorbées par la mère est plus important, en raison de l'ouverture des jonctions. Il s'agit de ponts inter cellulaires ouverts lors de la grossesse, de la période colostrale, et en cas d'épisode d'engorgement ou de mastite. Le reste du temps ces jonctions sont fermées. Quand elles sont ouvertes le passage inter-cellulaire de diverses molécules est favorisé, en particulier de NaCl, qui explique le changement de goût lors des mastites.

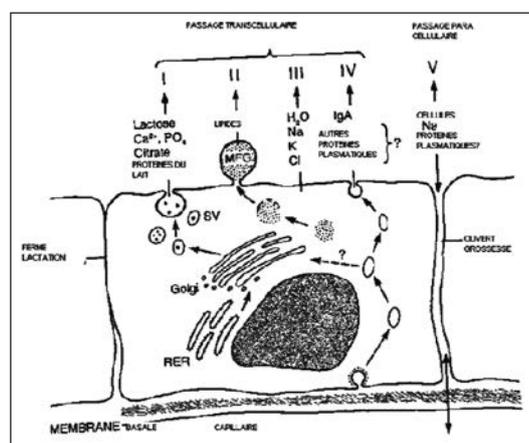
Pendant la sécrétion lactée, les jonctions serrées, sont étanches, le passage des molécules est transcellulaire.

Il existe peu d'études concernant les antalgiques et l'allaitement, et les connaissances existantes se réfèrent à cette période colostrale et donc ne sont pas extrapolables à l'allaitement en général.

Le passage vers le lait des médicaments est fonction de leurs propriétés. Un décès de bébé en raison de l'absorption de codéine par sa mère dans la période post partum a été rapporté. L'enfant est mort d'un surdosage en morphine.

Aujourd'hui, les femmes allaitantes disposent de peu de possibilité de traitement antalgique, à part le paracétamol ; c'est pourquoi une étude sur l'utilisation au long cours de l'ibuprofène chez la femme allaitante a paru utile.

La *Relative Infant Dose* (RID), permet d'apprécier la



dose reçue par le bébé en fonction de celle reçue par la mère. En dessous de 10 % de cette dose, le traitement est sans danger. La RID est inférieure à 1 % pour la plupart des médicaments utilisés.

Il s'est agi d'une étude prospective, multicentrique, sur le passage de l'ibuprofène dans le lait, comparé à la durée d'allaitement et à la composition du lait. Cette étude a inclus trente femmes qui allaient depuis plus de sept jours et prenaient 300 à 400 mg d'ibuprofène par jour. Une évaluation a été faite au troisième jour, avec prise de sang et analyse du taux d'ibuprofène dans le lait recueilli quelques heures plus tard. La RID était 0,38 %, donc très faible. Plus l'allaitement se prolonge, plus le taux de protéides du lait diminue et moins l'ibuprofène passe dans le lait. L'étude conclut que l'ibuprofène qui passe en très faible quantité dans le lait maternel est un antalgique de très bon rapport bénéfice-risque pour les femmes allaitantes.

(1) Ibuprofen Concentrations in Human Mature Milk-First Data About Pharmacokinetics Study in Breast Milk With AOR-10127 "Antalait" Study. Rigourd V1, de Villepin B, Amirouche A, Bruneau A, Seraisol P, Florent A, Urien S, Magny JF, Serreau R. Ther Drug Monit. 2014 Apr 1.

Addiction et allaitement

Tous les produits licites : tabac, alcool, benzodiazépines ; et illicites : cannabis, cocaïne, amphétamines, héroïne... passent dans le lait et sont toxiques pour le nouveau-né. L'allaitement est une période favorable pour proposer une aide au sevrage. Selon les cas et les produits, l'addiction ne contre-indique pas toujours l'allaitement.

Addiction est un terme d'origine latine (addictere) désignant un homme qui, dans l'incapacité de rembourser ses dettes, devenait esclave de ses créanciers.

Il est repris au XX^e siècle aux Etats-Unis pour désigner des phénomènes d'asservissement psychologique.

En 1975, l'OMS définit l'addiction comme la dépendance physique, psychique puis la tolérance à un produit. Cette définition est aujourd'hui devenue obsolète et on lui préfère depuis 1990, les critères de Goodman qui permettent de prendre en charge globalement tous les comportements addictifs et pas seulement la dépendance à un produit. Ces critères définissent l'addiction comme une **impossibilité de résister à un passage à l'acte**, l'existence d'une **tension précédant** ce passage à l'acte et un **soulagement ou plaisir** au moment ou après. Dès le début, la crise addictive se traduit par une **perte de contrôle**.

On adjoint à cette définition des critères secondaires qui caractérisent la dépendance, tels que l'existence d'un syndrome de sevrage, la diminution du temps passé avec les autres ou encore la poursuite du comportement malgré les problèmes qu'il engendre.

Toutes les dépendances, sauf celle attribuée à la nicotine, répondent à un mécanisme neurobiologique commun, lié au système de récompense médié par la dopamine, qui se trouve découplé du système sérotoninergique, régulateur des émotions. Ce phénomène concerne essentiellement deux structures cérébrales, l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens. Les personnes dépendantes présentent une perte de plasticité cérébrale au niveau de ces zones qui sont également impliquées dans la mémorisation et l'adaptation à l'environnement, qui est probablement la compétence la plus altérée.

La dépendance à la cigarette semble être une exception, à moins qu'elle ne se résume pas à une dépendance à la nicotine (Jean-Pol Tassin et al. 2005). En effet, la cigarette contient plus de quatre mille produits toxiques, en particulier de l'IMAO (inhibiteur de monoamine oxydase), susceptibles de créer un découplage des systèmes dopaminergique et sérotoninergique. Cela pourrait expliquer le fort potentiel addictogène de la cigarette (beaucoup plus que l'alcool) et la piètre performance

des substituts nicotiques dans l'arrêt du tabagisme.

Un autre phénomène, le **craving** explique les rechutes. Le craving (envie impérieuse) est lié à la survenue d'un « orage dopaminergique ». Ce terme désigne un désir compulsif à reproduire un comportement après un période d'abstinence. C'est un processus différent du manque et pourtant, c'est ce qui explique le fait que d'anciens buveurs redeviennent alcooliques après un verre, car le craving relance quasi instantanément le processus de dépendance au niveau du cerveau (orage dopaminergique). On distingue plusieurs types d'usage d'un produit, l'usage simple, l'usage nocif et la dépendance. On peut parler de craving biologique, comportemental (réaction à certains stimuli : ressentir une envie irrésistible de fumer à la vue d'une cigarette) et/ou cognitif. Ce dernier correspond à l'inscription des symptômes de manque dans la mémoire, qui induit une distorsion cognitive de telle sorte que le moindre signe qui rappelle le manque est attribué à la dépendance, par exemple, un syndrome grippal.

Actuellement, la lutte contre l'addiction aborde les patients selon un modèle bio-psycho-social de la dépendance, qui prend en compte des facteurs génétiques, le potentiel addictogène du produit, la psychologie de l'individu et son environnement social.

Produits addictifs licites et allaitement

Le tabac

Environ 14 % des fumeuses continuent au troisième trimestre, elles sont moins nombreuses à allaiter (47 % vs 76 % des non fumeuses) et allaitent moins longtemps. 63 % ont arrêté l'allaitement à 1 mois contre 32 % des non fumeuses. La grossesse, puis l'allaitement sont de bonnes périodes pour proposer un sevrage tabagique. Pour évaluer la dépendance, on utilise certains outils comme le test de Fagerström et le CO-testeur qui permet de visualiser la quantité de CO expirée par un fumeur et fournit une aide pour soutenir le sevrage. L'utilisation de gommes à mâcher et de patchs est une aide efficace pour certains. La vapoteuse est d'apparition trop récente pour pouvoir conclure à son efficacité même si certaines premières études (Plazza et al.) la jugent plutôt comme un outil inté-

D'après une communication de Jean-Louis Voiron, médecin addictologue, CSAPA Le Pélican, Chambéry.*

*CSAPA : Centre de soin d'accueil et de prévention en addictologie (anciens centres methadone) ; il en existe un par département.

ressant d'aide au sevrage ; à tel point qu'en ce qui concerne la population générale, l'HAS recommande l'usage de la vapoteuse dans le cadre du sevrage tabagique (21 janvier 2014). Pour prévenir la rechute, il faut prévoir un soutien à la fin de l'allaitement et à la reprise du travail. Il faut également prendre en compte le risque de prise de poids et lutter contre l'idée qu'on va forcément grossir en ne fumant pas.

Le tabac contient quatre grands types de toxiques : du monoxyde de carbone, de nombreux carcinogènes dont le benzopyrène, des irritants comme l'acroléine et de la nicotine censée produire la dépendance. La nicotine passe dans le lait et sa demi-vie lactée est équivalente à celle du plasma (60 à 90 mn). En revanche, sa concentration dans le lait est trois fois plus importante que dans le plasma. Le lait de fumeuses contient moins de graisses, moins de calories et moins de vitamine C. Le tabagisme de la mère entraîne un risque théorique de mort subite du nourrisson et en cas de consommation massive, un risque de sevrage nicotinique du bébé dans les premiers jours. En revanche, paradoxalement, une étude norvégienne a montré que le risque relatif d'infections respiratoires n'est pas significativement plus élevé chez les nourrissons de mères fumeuses, si l'allaitement est prolongé. En pratique, il n'y a pas de réelle contre indication à l'allaitement et on recommande un allaitement long. On conseille à celles qui n'arrêtent pas la cigarette, de fumer dehors et le moins possible, d'éviter le couchage du nourrisson dans le lit parental et de ne pas fumer dans l'heure qui précède la tétée. On conseille aussi de privilégier les tétées nocturnes. On favorise le sevrage essentiellement par l'usage de gommes à mâcher et de patches de courte durée d'action.

L'alcool

Autre problème majeur de santé publique en France, l'alcoolisme. 5 % des femmes enceintes consomment plus de 13 unités d'alcool par semaine (une unité correspond à un verre de vin de 10 cl ou 25 cl de bière à 5 %). Dans la population générale l'OMS fixe la dose maximum à deux unités par jour chez les femmes et trois chez les hommes.

Mais durant la grossesse, l'alcool est déconseillé quelque soit la dose car il n'existe pas de dose seuil acceptable où le risque de syndrome d'alcoolisation fœtale serait exclu.

Le taux lacté d'alcool est supérieur de 10 % à son taux sanguin. Le pic lacté survient dans les 30 à 60 minutes. Si le taux d'alcool est faible, l'élimination est rapide mais il faut cinq heures pour éliminer deux verres. La composition du lait est peu modifiée mais le volume est moindre et on note un retard d'éjection du lait, lié à un retard de sécrétions de l'ocytocine. En pratique, le questionnaire FACE permet de repérer la dépendance et d'inciter au sevrage par des

interventions dites RPIB (pour repérage précoce et intervention brève). En cas de dépendance à l'alcool, l'allaitement est contre-indiqué et il convient d'adresser les femmes à des structures spécialisées. En cas de consommation occasionnelle, on peut conseiller de tirer le lait avant.

Les benzodiazépines

La prise régulière de benzodiazépines par la femme enceinte est responsable de Floppy baby syndrom (bébé « mou ») entre 1 et 3 semaines de vie et augmente le risque de mort subite du nourrisson. La seule benzodiazépine qui peut éventuellement être conseillée ponctuellement est l'oxazepam.

Produits addictifs illicites et allaitement

Amphétamines et cocaïne

La prise d'amphétamines ou de cocaïne, sympathomimétiques, augmente fortement la morbidité materno-fœtale et entraîne des lésions cérébrales du fœtus. La concentration lactée est 3 à 7 fois la concentration sérique.

Le cannabis

Le cannabis est le produit addictif illicite le plus consommé, le taux de THC (tétrahydrocannabinol, principe actif) est variable selon la nature des produits utilisés : résine de cannabis, herbe brute ou huile et la façon dont ils sont utilisés : fumés en joint, pipe à eau ou en bang.

L'usage de cannabis par une femme allaitante n'entraîne pas de syndrome de sevrage mais augmente le risque de retard de croissance intra utérin et de mort subite du nourrisson.

Le THC s'accumule dans le lait maternel et est excrété dans les urines du nourrisson durant 1 à 3 semaines. Les effets à long terme sont mal connus. On parle d'usage simple jusqu'à 10 joints par mois et de dépendance en cas d'usage quotidien.

L'héroïne

L'héroïne passe la barrière placentaire et entraîne une toxicité fœtale importante, responsable de RCIU, de mort fœtale. Son passage lacté est faible mais expose à des risques. Les femmes victimes d'addiction à l'héroïne ont besoin d'une prise en charge la plus précoce possible avec un suivi médico-psychosocial et l'administration de produits de substitution, méthadone ou buprénorphine. Il convient d'éviter tous les sevrages intempestifs d'héroïne ou de produit de substitution pendant la grossesse. La substitution présente un intérêt majeur pour traiter le syndrome de manque. L'allaitement maternel est une aide au sevrage du traitement de substitution du nouveau-né. La comorbidité avec le VIH contre indique l'allaitement. En pratique la substitution favorise l'allaitement qui favorise le lien mère enfant. Il faut veiller à ce que ces mères soient suivies par le réseau ville-hôpital et valoriser le nursing et l'allaitement maternel.

Test de Fagerstrom (dépendance à la nicotine)

Calculez votre score de dépendance à la cigarette.
Pour chacune de ces six questions, cliquez dans la case qui répond le mieux à votre cas.

Combien de temps après vous être réveillé, fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits (ex : cinémas, bibliothèques...) ?

Oui	1
Non	0

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

La première	1
Une autre	0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

Oui	1
Non	0

VOTRE SCORE DE DÉPENDANCE EST DE :

Interprétation des résultats

Score entre 0-2	<i>pas de dépendance</i>
Score entre 3-4	<i>dépendance faible</i>
Score entre 5-6	<i>dépendance moyenne</i>
Score entre 7-8	<i>dépendance forte</i>
Score entre 9-10	<i>dépendance très forte</i>

Questionnaire FACE

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Les 5 questions doivent être posées sans reformulation et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir "la réponse la plus proche de la réalité". Les questions 1 et 2 portent sur les 12 derniers mois.

1- A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool?

Jamais	0
Une fois par mois au moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
4 fois ou plus par semaine	4

2- Combien de verres standard buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ?

Un ou deux	0
Trois ou quatre	1
Cinq ou six	2
Sept à neuf	3
Dix ou plus	4

3- Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Oui	4
Non	0

4- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Oui	4
Non	0

5- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Oui	4
Non	0

Interprétation des résultats

Vous êtes : une femme un homme

Score

Pour les femmes, un score **supérieur ou égal à 4** indique une consommation à risque
 Pour les hommes, un score **supérieur ou égal à 5** indique une consommation à risque
 Un score **supérieur ou égal à 9** est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.
 Entre ces deux seuils, une "intervention brève" est indiquée (conseil structuré de réduction de la consommation).



QUESTIONNAIRE CANNABIS

AUTO-EVALUATION DE SA CONSOMMATION

Questionnaire CAST (Cannabis abuse screening test)

Mme, Mlle, M.

Prénom

Date :

(Une seule croix par ligne)

Oui Non

Au cours de votre vie :

Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?

Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?

Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?

Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?

Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?

Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...)?

Source : Beck F., Legleye S., Reynaud M., Karila L.

INTERPRETATION

En principe

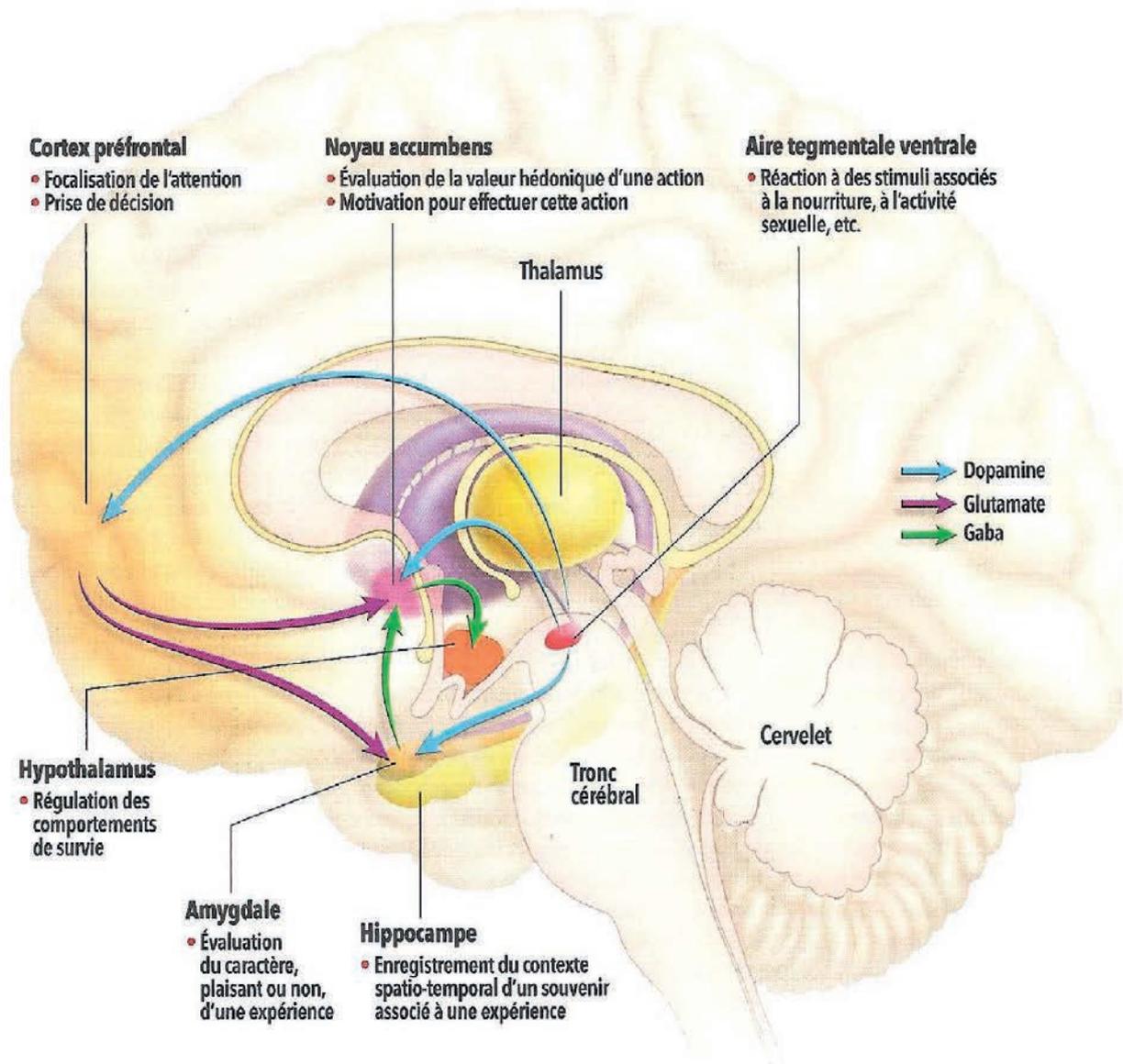
2 réponses positives :

Vous devez vous interroger sérieusement sur les conséquences de votre consommation.

3 réponses positives ou plus :

Vous devriez demander de l'aide.

1 Le circuit de la récompense



LE CIRCUIT DE LA RÉCOMPENSE (ici très simplifié) est au cœur de la réalisation des besoins vitaux pour l'individu et l'espèce, par exemple la prise de nourriture ou l'activité sexuelle. Il met en œuvre plusieurs régions cérébrales dont, en premier lieu, l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens : la première est reliée au second par des neurones qui y libèrent de la dopamine (en bleu). Interviennent également le cortex préfrontal, l'amygdale, l'hippocampe et l'hypothalamus. Les neurones qui connectent ces différentes zones du cerveau libèrent de la dopamine, du glutamate (en violet), ou du gaba (en vert).

Cette infographie est la version mise à jour de celle parue dans le n° 417 de *La Recherche*.

De la mastite à l'abcès, éviter la chirurgie

Touchant plus de 10 % des femmes allaitantes, la mastite est un problème de santé publique, qui conduit souvent à l'arrêt de l'allaitement. Pourtant aucune recommandation n'a encore été émise pour codifier une prise en charge qui, quand elle est précoce et adaptée, permet une guérison rapide et la poursuite de l'allaitement

L'histoire suivante raconte le parcours malheureusement véridique et encore trop classique d'une jeune maman pour laquelle l'allaitement s'est transformé en souffrance faute de conseils adaptés et de prise en charge pertinente. Elle accouche par césarienne courant janvier et est immédiatement séparée de son bébé, en raison d'une malformation imposant une chirurgie précoce. Elle stimule la lactation. La surveillance révèle une hypertension chez cette jeune femme. Le quatrième jour son bébé lui est rendu et mis au sein. Les débuts de l'alimentation sont laborieux et justifient un complément la nuit, puis le bébé se met à téter toutes les deux heures. À huit jours, apparaît une mastite gauche puis deux jours plus tard une mastite droite. Rapidement, le sein gauche présente une zone indurée, douloureuse et dans le même temps, la cicatrice de césarienne s'infecte et devient douloureuse également.

Au cours d'un parcours médical erratique (médecin généraliste de garde, avis de pédiatre, etc.) la jeune mère désappointée, reçoit des informations contradictoires concernant l'antibiothérapie (elle est sous pristynamycine), le fait de tirer son lait et l'opportunité d'arrêter ou non l'allaitement... En plein désarroi, elle contacte la clinique où elle a accouché et on lui prescrit du Dostinex® (inhibiteur de la prolactine) en lui conseillant de ne plus tirer son lait, ce qui n'est pas recommandé en cas d'hypertension.

Comme elle souffre beaucoup, elle finit quand même par tirer son lait. Le lendemain elle rappelle son gynécologue qui ajoute au traitement précédent de la bromocriptine (dans le but de freiner la sécrétion de prolactine, alors que ce traitement est contre-indiqué en cas d'hypertension et fait double emploi avec le Dostinex®, de l'aspirine pourtant déconseillée en début d'allaitement et de l'alcool glycérolé sur le sein, inutile et obsolète ! Allant de mal en pis, elle rappelle de nouveau la clinique où on lui conseille toujours de ne pas tirer son lait ou seulement en massage manuel, ce qui est extrêmement difficile. Elle finit par téléphoner à une amie médecin à l'autre bout de la France qui lui conseille de tirer le lait... Quatre semaines plus tard, une échographie montre une collection, qui correspond à un abcès en voie de constitution. Elle repart avec un conseil : attendre dix jours et

contrôler ! Finalement, elle arrive en consultation, sept semaines après l'accouchement, avec des seins très volumineux, tendus et douloureux. Une ponction pratiquée alors, retire 30 centimètres cubes de pus franc. Il faudra au total trois ponctions pour venir à bout de l'abcès, deux mois après le début des symptômes. Durant tout ce temps, cette jeune femme s'est sentie abandonnée car elle a multiplié les consultations sans obtenir de conseils efficaces. Comment éviter l'entrée dans ce type d'engrenage infernal ?

La mastite est liée à une stase lactée

La mastite est un problème fréquent, qui survient chez 10 % des femmes allaitantes et dans 1 % des cas, se complique d'abcès. Le pic de fréquence se situe vers douze semaines après la naissance. Souvent, cette complication signe l'arrêt de l'allaitement.

Certains facteurs de risque favorisent l'apparition d'une mastite, parmi lesquels essentiellement, une conduite inadaptée de l'allaitement, un traumatisme des mamelons qui crée une porte d'entrée infectieuse ou une modification de la flore lactée. Le stress maternel et la fatigue, les antécédents de mastites pour cet enfant ou un précédent, l'usage d'un tire-lait manuel et peut-être le fait de donner plus de 10 tétées par jour pourraient également jouer un rôle. A priori, le lait n'est pas un milieu favorable à la prolifération bactérienne du fait de la présence de nombreux composants immunitaires, IgA, lactoférine, lysozymes... Le flot de lait est considéré comme un facteur protecteur car il chasse les bactéries.

Au plan physiopathologique, en cas de mastite on observe une diminution de ce flot de lait et le développement d'une inflammation en réponse à la stase lactée. La contamination se fait généralement par voie ascendante, surtout en cas de crevasses et/ou à la faveur d'un déséquilibre de la flore secondaire à la stase lactée. L'ouverture des jonctions serrées augmente la perméabilité alvéolo-capillaire. Une prolifération microbienne s'ensuit, déclenchant la sécrétion de cytokines proinflammatoires et la cascade des processus inflammatoires.

Cliniquement, la mastite est de début brutal, à type de syndrome grippal, accompagnée d'œdème, de

D'après une communication de Camille Schaelstraete, médecin généraliste et consultante en lactation, Chambéry.

douleur et de rougeur du sein. La fièvre est souvent élevée, on retrouve parfois des ganglions. Elle est généralement unilatérale. La bilatéralité est en faveur d'une infection à streptocoque B.

La plupart du temps l'antibiothérapie est inutile

Certaines études incitent au traitement ATB par voie orale d'emblée, cependant, une mastite infectieuse n'est pas cliniquement différente d'une mastite inflammatoire, non infectieuse.

Toutes les femmes dont le lait contient des germes pathogènes ne développent pas forcément une mastite et on ne retrouve pas systématiquement un germe pathogène dans le lait pour toutes les mastites.

Il n'existe aujourd'hui aucun protocole de prise en charge défini concernant la mastite.

Thompsen propose une classification, reprise par l'OMS, pour aider à la décision thérapeutique. En cas de stase laiteuse par engorgement, le taux de bactéries est inférieur à 10^3 /ml et on retrouve moins de 106 leucocytes/ml. Dans ce cas, un drainage intensif du sein est recommandé. Si le taux de bactéries est toujours inférieur à 10^3 /ml mais qu'il y a plus de 106 leucocytes/ml de lait, il s'agit d'une mastite non infectieuse et on conseille d'augmenter encore l'expression lactée. Au delà de 10^3 bactéries/ml c'est une mastite infectieuse, à traiter par antibiothérapie. Le germe le plus souvent en cause est le staphylocoque doré. En cas de prématurité, il faut se méfier du streptocoque B, source de contamination de l'enfant. Le staphylocoque épidermidis est de plus en plus souvent retrouvé dans le lait en cas de mastite, sans qu'on sache expliquer comment ce saprophyte de la peau serait devenu pathogène.

La flore lactée a tendance à se modifier

Les mastites récurrentes sont généralement liées à un premier épisode mal ou insuffisamment traité, à la persistance de mauvaises techniques d'allaitement,

à la présence d'un foyer bactérien à distance et/ou à une hyperlactation. Rarement, mais cela mérite une particulière vigilance, une pathologie cancéreuse est découverte à l'occasion d'une mastite trainante ou tardive.

La prévention de la mastite réside essentiellement dans les bonnes pratiques d'allaitement visant à éviter la stase et dans le lavage de mains des mères et des soignants ainsi que le traitement rapide des crevasses infectées par antibiothérapie orale.

Il faut encourager et soutenir les mères désirant poursuivre l'allaitement et leur conseiller un bon drainage du sein par des tétées fréquentes et efficaces. En cas de besoin tirer le lait est possible mais difficile et douloureux dans cette situation, dans ce cas, la prescription d'AINS type ibuprofène soulage. Dans 85 % des cas, une mastite guérit sans antibiotiques mais, en l'absence d'amélioration dans les 12 à 24 heures ou en cas de consultation tardive ou de crevasse, il ne faut pas hésiter à traiter par antibiothérapie. Si un traitement antibiotique s'avère nécessaire, il devra être d'au moins 10 jours par amoxicilline et acide clavulanique ou pristinamycine. En cas de persistance des symptômes, il convient de faire un prélèvement de lait avec une numération de germes et de leucocytes, dans un contexte d'asepsie aussi rigoureux que pour un prélèvement d'urine.

Les études récentes s'intéressent davantage aux déséquilibres de la flore lactée qui, devenant dysbiotique, entraînerait une pathologie inflammatoire. On a en effet, remarqué une baisse des lactobacilles au profit d'une prolifération de germes pathogènes qui créent un biofilm (épidermidis) engendrant une résistance aux antibiotiques qui pourrait expliquer certaines mastites récurrentes. Certaines études commencent même à recommander les traitements (Rebecca Arroyo) par probiotiques, ce qui pourrait à terme devenir un nouvel axe thérapeutique.

Le point de vue du radiologue sur le sein lactant

L'échographie est l'examen de prédilection pour le sein. En cas d'abcès, elle permet aussi de guider la ponction évacuatrice qui souvent, évite la chirurgie.

En cas de mastite, l'échographie permet de visualiser le plan profond (le sein lactant est très volumineux), de distinguer l'inflammatoire du non inflammatoire et de rechercher des collections.

Les masses non inflammatoires apparues au cours de l'allaitement

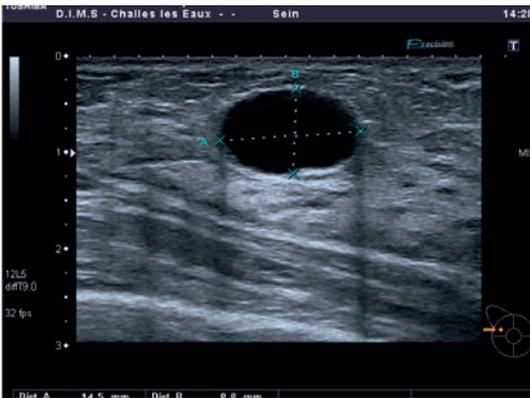
- Il peut s'agir d'un kyste de mastopathie simple, non spécifique à l'allaitement.

- Quant on visualise une poche arrondie liquidienne pure avec un renforcement postérieur, celle-ci correspond à un kyste spécifique à l'allaitement, le galactocèle. Son diagnostic est aisé. Il est parfois douloureux mais facile à ponctionner.

Les masses non liquidiennes traduisent des lésions tissulaires bénignes : fibroadénome, adénome tubuleux, hamartome, tumeur conjonctive ou lésions spécifiques de la période d'allaitement, l'adé-

D'après une communication

d'Alexandra Grimonpont,
radiologue sénologue,
clinique Medipole,
Chambéry.



Les masses collectées évoquent l'abcès.

nome lactant, qui se traduit par une lésion arrondie, régulière, homogène, mobile, qui régresse après l'allaitement

Les masses inflammatoires apparues en cours d'allaitement

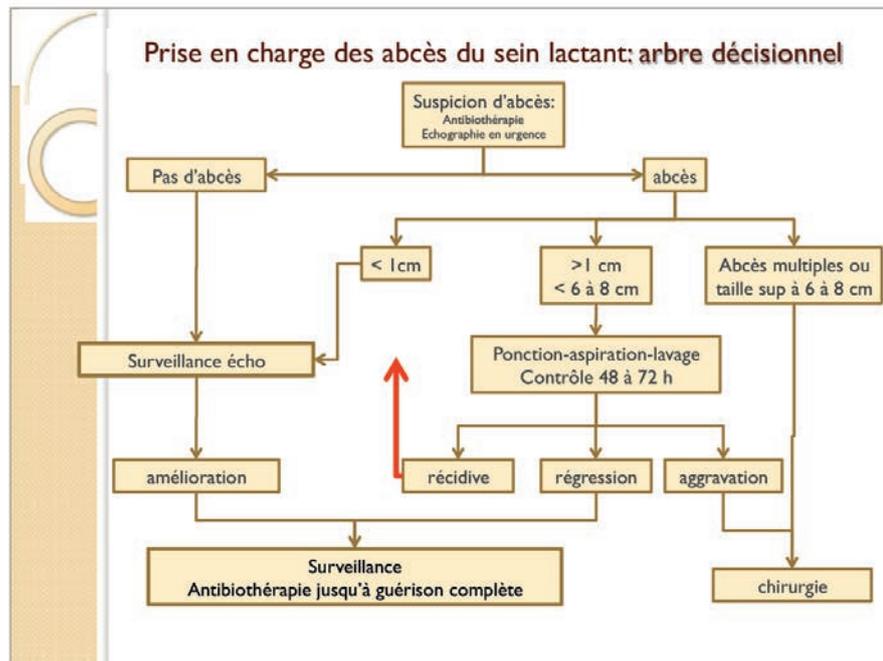
Les masses inflammatoires non collectées, évoquent des lésions tissulaires malignes (1 à 3 cas pour 10 000 grossesses). On observe alors une masse dure, non mobile, aux contours émousés ou microtubulés, avec atténuation postérieure. Lorsque les critères de bénignité ne sont pas réunis ou que la lésion croît rapidement, une micro-biopsie sous contrôle échographique s'impose.

Conduite à tenir devant une pathologie inflammatoire clinique

La suspicion d'abcès est une des rares urgences en radiologie sénologique (rendez-vous dans les 24 à 48 heures). Il faut alors rapidement caractériser la plage inflammatoire, rechercher l'éventuelle collection, en évaluer la taille, le nombre et la profondeur puis, si nécessaire, envisager une prise en charge par ponction-lavage sous anesthésie locale avec analyse bactériologique et antibiogramme. Il s'agit d'une ponction évacuatrice, sous échographie, à l'aide d'un cathéter suffisamment volumineux pour aspirer le pus. On termine le geste par un lavage au sérum physiologique. Il ne faut guère plus de dix minutes pour réaliser cette ponction. En revanche, il convient de prévenir la patiente de la possibilité de ponctions itératives en fonction de l'évolution clinique et de celle de la collection. La pose d'un drain laissé en place est rarement

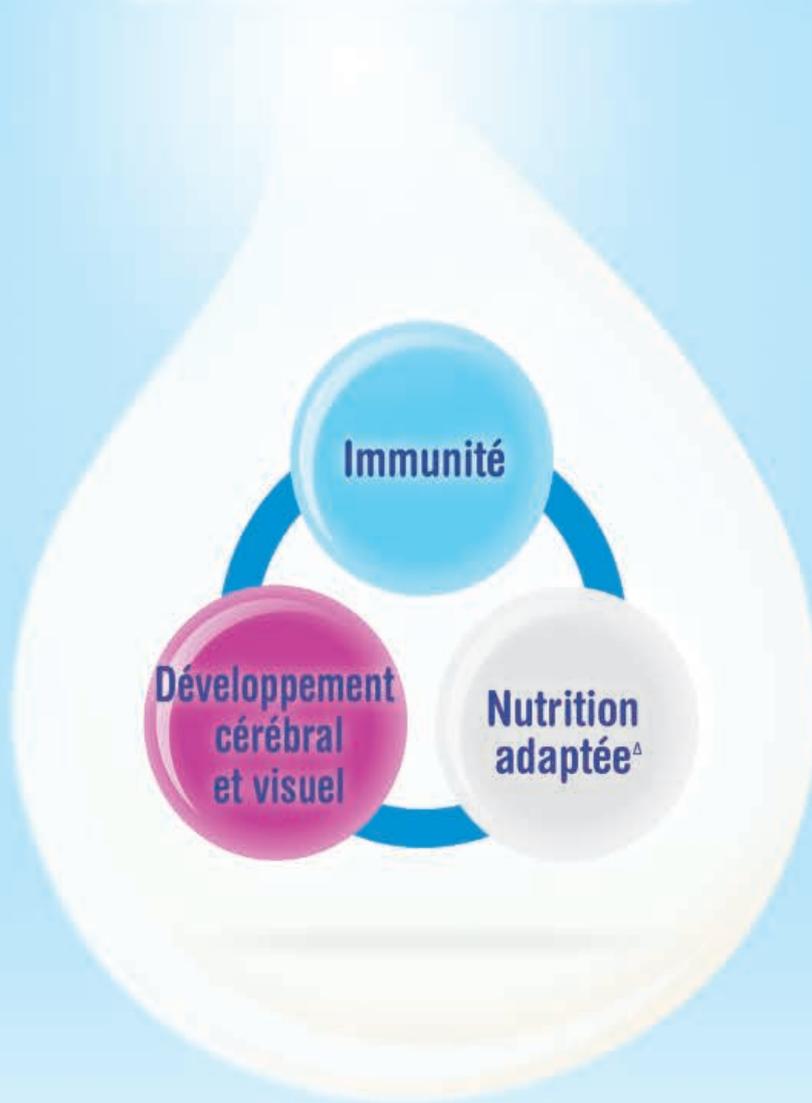
nécessaire, elle permet le cas échéant, de répéter les lavages. La poursuite de l'allaitement est recommandée.

Le taux de réussite est supérieur 80 % à condition de respecter certaines limites : ne pas ponctionner les abcès multiples ou trop volumineux. Les résultats esthétiques sont bons puisqu'il n'y a pas de cicatrice. Un abcès de petite taille (moins d'1 cm) requiert une simple surveillance échographique. En cas d'abcès volumineux, de 1 à 8 cm, on propose la ponction puis on surveille jusqu'à guérison complète. En cas d'aggravation, un avis chirurgical est nécessaire.



Groupe allaitement - www.groupeallaitement.org / groupeallaitement@yahoo.fr

Chaque goutte de Calisma 2 au Pronutra+™
concentre toute l'expertise scientifique
du Laboratoire Gallia.

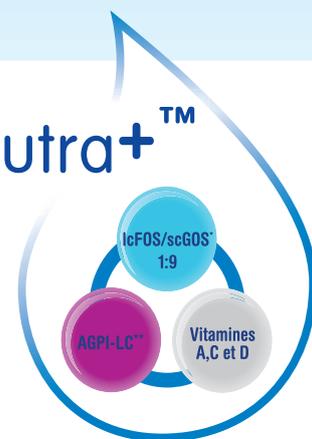


NOUVEAU DÉCOR

**FORMULE
INCHANGÉE**

Calisma 2 au Pronutra+™

Le Laboratoire Gallia a développé **Calisma 2 au Pronutra+™**, une association unique d'ingrédients inspirée de 30 ans de recherche sur le lait maternel : des oligosaccharides prébiotiques **lcFOS/scGOS*** dans un rapport breveté **1:9⁽¹⁾** pour stimuler le système immunitaire⁽²⁾ ; des **AGPI-LC (DHA)**** pour contribuer au développement cérébral et visuel. Calisma 2 au Pronutra+™, pour tous les nourrissons bien portants non allaités, dès 6 mois.



Δ Conformément à la réglementation. (1) Sawatzki G, Stahl B. Carbohydrates mixture. Nutricia NV, Netherlands. BREVET, 2012, EP 1105002 B2, 92 p. (2) Scholtens P *et al.* Fecal secretory immunoglobulin A is increased in healthy infants who receive a formula with short chain galacto-oligosaccharides and long-chain fructo-oligosaccharides. J Nutr 2008;138(6):1141-7. * lcFOS/scGOS : Fructo-oligosaccharides à longues chaînes/Galacto-oligosaccharides à courtes chaînes. **AGPI-LC : Acides Gras Poly-Insaturés à Longues Chaînes. DHA : Acide Docosa-Hexaénoïque.

Le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson : il est le mieux adapté à ses besoins spécifiques. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement au sein. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement maternel et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. En cas d'utilisation d'une formule infantile, lorsque la mère ne peut ou ne souhaite pas allaiter, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation et de suivre l'avis du corps médical. Une utilisation incorrecte pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Les implications socio-économiques doivent être prises en considération dans le choix de la méthode d'allaitement. BSA - RCS Villefranche-Tarare 301 374 922. Document réservé aux professionnels de santé.

