

Juillet, Août, Septembre
2005

Numéro 19



Le lien entre
les professionnels
de la périnatalité

N° ISSN 1634 -3506

La Lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon

Rédacteur en Chef
Dr Françoise Montoya
Pédiatrie II Hôpital Arnaud de Villeneuve
371, Av. du Doyen Giraud 34 295 Montpellier Cdx 5
Tel.: 04 67 33 66 06

Coordination
Directeur de la rédaction et de la publication
Catherine Cecchi – Kinésithérapeute - Cadre supérieur de Santé
Hôpital Arnaud de Villeneuve GEN Languedoc-Roussillon
371, Av. du Doyen Giraud 34 295 Montpellier Cdx 5
Tel.: 04 67 33 81 46, - Fax : 04 67 33 58 27
e-mail : c-cecchi@chu-montpellier.fr

Comité éditorial
Président : Pr J.C. Picaud, pédiatre-néonatalogiste,
P. Culiandez, pédiatre, M. Dedieu, cadre puéricultrice, I. Giraud,
médecin urgentiste, M. Grémy MIRS DRASS, D. Héve, médecin DIM,
M. Hoffet, gynécologue-obstétricien, J.B. Mariette, pédiatre, G. Masson,
gynécologue-obstétricien, N. Meier, pédiatre CAMPS, M.C. Passouant
URCAM, F. Pérez, sage-femme, J. Rambaud, médecin-URML.

EDITORIAL

Dr Françoise MONTROYA Rédacteur en Chef

La **Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM - 17-23 octobre 2005)** est toujours pour nous l'occasion de consacrer un numéro de la Lettre des Actualités Périnatales à l'allaitement maternel. La parution en ligne de la Lettre nous permet de vous convier à retrouver facilement les précédents numéros consacrés à l'allaitement maternel (N°11-N°15).

Les données recueillies au niveau régional par Sandra Cayrat pour son mémoire de fin d'études "Etude prospective de la durée de l'allaitement à Montpellier et causes de l'arrêt de l'allaitement" (2005 - Ecole de sages-femmes de Montpellier), montrent la nécessité de maintenir une action pour une poursuite de l'allaitement au delà des premières semaines. Alors que lors d'une enquête réalisée en 2001 la prévalence de l'allaitement à Montpellier était de 54.8%, en 2004 elle atteint 68%, mais à 3 mois 47.6% des enfants sont allaités exclusivement et seulement 14% à 6 mois...

Limiter les abandons précoces de l'allaitement maternel est donc une priorité.

En région les acteurs se mobilisent. Créé en 2003, le groupe référent "Allaitement maternel" du site officiel de la périnatalité www.perinat-lr.org, réunit des professionnels de santé et des représentants d'associations. Coordonné par Catherine Cecchi, il documente en ligne la rubrique à destination des mamans et a publié dans « Vie de famille », mensuel de la CAF « Allaitement : une affaire de famille ». Il a été chargé de composer ce numéro de la Lettre destiné à apporter aux professionnels des arguments et un savoir faire pour aider à un allaitement maternel dépassant les seules premières semaines de vie.

Le groupe de travail "**Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Languedoc-Roussillon**" constitué en juillet 2005, sous l'impulsion de la nouvelle Commission Régionale de la Naissance, associe dans une réflexion commune les professionnels de santé et les représentants d'associations pour proposer des actions en harmonie avec les **Recommandations Européennes et de la Haute Autorité de Santé.**

Danièle Bruguières, consultante en lactation, présidente de l'association "Horizons lactés", fortement impliquée dans le groupe référent allaitement du site perinat-lr, coordonne ce groupe de travail. Avec le docteur Dominique Foulquier-Gazagnes, pédiatre de PMI, responsable du réseau « Allaitement Hérault », elle nous rapporte les grandes lignes d'action retenues et résume pour nous les Recommandations Européennes et de la Haute Autorité de Santé.

Dans la région, aucun établissement de santé n'a à ce jour obtenu le label « Hôpital ami des bébés ».

Une démarche préparatoire est en cours au CHU de Montpellier (projet conduit par Françoise Domergue, sage-femme cadre supérieur de santé, et Anne Marie Zabarino puéricultrice cadre supérieur de santé). Le centre hospitalier de Nîmes s'est intéressé à la **démarche "Hôpital Ami des Bébé"** et Nathalie Michun, puéricultrice dans le service de néonatalogie, en cours de formation pour devenir consultante en lactation, a pris la mesure des exigences d'un tel projet en interrogeant ceux qui ont déjà réussi dans cette démarche. L'expérience en ce domaine du Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges, relatée par Bernard Maria, chef de service de gynécologie-obstétrique, montre la voie.

Si les établissements mettent en perspective la labellisation, les professionnels au quotidien peuvent et doivent faire évoluer leurs pratiques. Véronique Serres, puéricultrice, consultante en lactation dans le service de pédiatrie néonatale du CHU de

Montpellier, et l'équipe du Lactarium de Montpellier attirent l'attention des professionnels sur l'importance des paroles et des actes lors du séjour en maternité car **bonne volonté et maladresses** vont encore trop souvent de pair...L'accent est mis aussi sur l'importance du **relais à la sortie** avec l'intervention à domicile de professionnels et le soutien proposé par les associations.

Les prises médicamenteuses maternelles ne seront qu'exceptionnellement responsables d'une contre-indication à l'allaitement si une consultation du centre de **Pharmacovigilance** est faite en temps utile avant le moment même de la naissance et de la première mise au sein. Les progrès en ce domaine sont considérables depuis la systématisation du recours avant la naissance au centre de pharmacovigilance, notamment pour des mères toxicomanes substituées ou polymédicamentées. Dominique Hillaire-Buys et Marie André Bos-Thompson nous précisent quand et comment interroger le centre : chacun en région peut faire appel à leur compétence.

Laure Marchand-Lucas, médecin généraliste et consultante en lactation, précise comment une **connaissance exacte des antécédents chirurgicaux mammaires** est susceptible d'anticiper correctement sur les possibilités d'allaitement. Enfin, l'article de Nils Bergman, publié avec l'aimable autorisation de l'auteur, met en lumière l'importance cruciale de la proximité mère-enfant dès les premiers instants : sachons **éviter chaque fois que faire se peut la séparation mère-enfant, et favoriser le contact peau à peau.**

Une attitude adaptée, un mot juste au bon moment, une prise de conseil par téléphone auprès des référents régionaux et voilà peut-être un allaitement maternel préservé ou prolongé...Chacun d'entre nous est à même de participer à l'effort régional pour une promotion et une prolongation de la durée de l'allaitement maternel.

L'allaitement en Languedoc-Roussillon : les acteurs se mobilisent !

Danièle BRUGUIERES - Consultante en lactation IBCLC - coordinatrice du groupe de travail CRN "Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Languedoc-Roussillon" - Présidente Association Horizons lactés
Dominique FOULQUIER - GAZAGNES - Médecin Pédiatre, PMI, Conseil Général de l'Hérault.

Communiquer sur l'allaitement, les pratiques professionnelles et l'accompagnement des mères dans leur diversité est un point clé pour tous les professionnels de la périnatalité.

La Commission Régionale de la Naissance du Languedoc-Roussillon a souhaité la mise en place d'un groupe de travail sur l'allaitement maternel. S'appuyant sur le plan d'action européen, ce groupe s'appelle « Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Languedoc-Roussillon ». Son premier objectif est de dégager quelques éléments pour un état des lieux de l'allaitement dans la région en particulier sur les pratiques en maternité, la formation et la documentation proposée aux parents.

Le deuxième objectif sera de proposer des axes prioritaires pour la promotion de l'allaitement en tenant compte des spécificités régionales. D'ores et déjà certaines initiatives en ce sens ont vu le jour en particulier à Montpellier.

C'est en effet à l'occasion des manifestations organisées pour la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel que les professionnels des Agences Départementales de la Solidarité, des maternités, du lactarium, du secteur libéral et aux associations de soutien se sont rencontrés et ont fait émerger la volonté de poursuivre ces échanges.

Ce sous-groupe inclut aussi des professionnels des autres agences du Conseil Général de l'Hérault, se réunit maintenant tous les deux mois et bénéficie de la logistique de l'Agence Départementale de la Solidarité Montpellier Nord-Ouest. Plusieurs réflexions pratiques sont actuellement menées :

- ❖ Améliorer l'information des femmes enceintes tout au long de la grossesse et ce, dès l'entretien du premier trimestre.
- ❖ Élaborer une plaquette simple et concise pour les mères en sortie de maternité.
- ❖ Réfléchir à la coordination des différents services pour accompagner les mères après le séjour en maternité.

Le groupe communication « Allaitement » du site officiel de la périnatalité en Languedoc Roussillon, www.perinat-lr.org a coordonné ce numéro de la revue. Ce groupe référent a mené un travail de fond sur les pages du site consacrées à l'allaitement et a rédigé un article « Allaiter : une affaire de famille » publié dans le journal des Caisses d'Allocations Familiales « Vie de famille ». L'objectif de ces actions est d'être un vecteur d'information et de soutien pour toutes les mères et les professionnels de la région.

RECOMMANDATIONS FRANÇAISES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL : DES AVANCEES NOTABLES

Résumé pour vous par Danièle BRUGUIERES

En mai 2002, l'ANAES (aujourd'hui incluse dans la Haute Autorité de Santé) a émis des recommandations intitulées « Allaitement maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant ». Ce texte encourage tous les professionnels de santé à soutenir les mères pour qu'elles allaitent exclusivement 6 mois, si c'est leur choix. L'importance de la tétée précoce en salle de naissance, du contact peau à peau, de la cohabitation mère – enfant, de la position du bébé au sein est rappelée. La nécessité d'informer sur l'allaitement à la demande est soulignée : « Seul l'allaitement à la demande permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels. La plupart des nourrissons allaités ont besoin de téter fréquemment, y compris la nuit, d'autant que la tétée a d'autres fonctions que nutritionnelle (réconfort, plaisir, tendresse).

Il n'y a aucun avantage démontré à réduire le nombre et la durée des tétées, ni à fixer un intervalle minimum entre 2 tétées. En effet, la restriction des tétées est associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement, à une fréquence plus élevée des douleurs des mamelons et des engorgements et au recours plus

fréquent à des compléments de substituts de lait (niveau de preuve C).

Il existe des écarts interindividuels dans la fréquence, la durée et la régularité des tétées.

Cela rend nécessaire la proximité de l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24. »

En mai 2005, le comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie (SFP) a rédigé dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) une brochure « Allaitement maternel : Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère ». Cette brochure présente une analyse critique de la littérature sur les facteurs de protection qu'apporte l'allaitement et rappelle que « il n'y a donc pas de raison nutritionnelle d'introduire d'autre aliment que le lait avant l'âge de 6 mois, en insistant sur le fait que l'allaitement maternel peut être poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans ou même davantage. » Les suppléments vitaminiques (vit K et D) sont nécessaires.

Cet engagement au niveau national vis-à-vis de l'allaitement long méritait d'être souligné...

COMMENT DEVENIR HOPITAL AMI DES BEBES

Nathalie MICHUN, Puéricultrice - Service de Néonatalogie - CHU Caremeau - Nîmes

L'initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébé est un concept international proposé depuis 1992 par l'OMS et l'UNICEF.

L'objectif de cette initiative est de mettre en place des pratiques hospitalières favorisant le respect des besoins et des rythmes du nouveau-né afin d'améliorer l'accueil de celui-ci.

En France, peu d'hôpitaux ont obtenu le label « Amis des Bébé » ; pour l'obtenir l'hôpital doit respecter 10 conditions nécessaires au succès de l'allaitement maternel ; elles ont été rappelées dans le n°14 de la lettre des actualités périnatales

En Novembre 2000, la maternité du CH de Lons le Saunier reçoit le label « Amis des Bébé » ; en Avril 2002, c'est au tour de la clinique St Jean à Roubaix et en Octobre 2003, c'est le CH de Cognac qui reçoit ce label.

Nous avons demandé à ces 3 services le vécu de leur expérience; parmi les 10 conditions, 3 seulement ont été délicates à mettre en place, à savoir :

- ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
- ne donner aux nouveau-nés aucun aliment autre que le lait maternel sauf indication médicale
- laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour.

En effet, ces trois conditions se sont heurtées d'emblée à l'opposition de la majorité des professionnels, qui considéraient que selon leur expérience ces méthodes ne se justifiaient pas ; par exemple, avant la formation, beaucoup de professionnels n'admettaient pas de laisser l'enfant téter à la demande par peur d'un incident type hypoglycémie.

Ces recommandations bousculaient leurs acquis ; elles obligeaient à revoir toute l'organisation d'un service. Dès lors, la maman, confrontée à des discours différents, ne s'y retrouvait plus ce qui conduisait dans 75% des cas à un échec de l'allaitement.

La formation interne, faite par une personne qualifiée extérieure à l'établissement, a eu ceci de positif de convaincre rapidement la majorité de l'équipe et de faciliter la remise en question de chacun; le principal message a été de placer l'enfant et ses compétences au centre de l'action.

La méthodologie a été de mettre en place chaque condition une à une, à l'issue de chaque cycle de formation. A chaque fois, une évaluation a été menée par l'équipe. Ce travail a été long, au minimum 2 ans, et, ce n'est qu'à la fin de toutes ces différentes phases que le service a pu prétendre à l'obtention du label.

Ce fut donc un gros investissement, mais tout le monde n'a trouvé que des avantages à ce projet. Cette formation continue et prolongée a joué un grand rôle pour permettre

- une nouvelle prise en charge de l'enfant en respectant ses compétences
- un discours uniforme conforme à celui de la formatrice
- une efficacité du discours
- Plus de 85% de réussite dans les allaitements maternels allant même jusqu'à diminuer les pathologies type engorgements, les crevasses...

Actuellement au CHU de Nîmes une puéricultrice est en cours de formation pour devenir conseillère en lactation. Le CHU de Nîmes se positionne dans la perspective d'une démarche de labellisation « Hôpital Ami des Bébé ».

HOPITAL AMI DES BEBES : UN TEMOIGNAGE

Bernard MARIA, Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique CHI de Villeneuve St-Georges

La maternité du CHI de Villeneuve Saint Georges est située en banlieue sud-est de Paris, dans un bassin de population de 300 000 habitants. C'est un centre périnatal de niveau II B réalisant, ces dernières années, 2200 naissances annuelles. L'équipe médicale comprend 8 gynécologues-obstétriciens plein temps (6 praticiens hospitaliers et 2 assistants), 2 médecins attachés, 1 psychiatre consultant, 3 cadres sages-femmes et 20 sages-femmes. La prise en charge des nouveaux-nés en maternité est faite par 1 pédiatre à plein temps (détaché du service de néonatalogie), 2 puéricultrices et 16 auxiliaires de puériculture. Nous avons aussi 5 internes (3 étudiants en certificat de spécialisation de gynécologie-obstétrique et 2 résidents de médecine générale), 8 étudiants en médecins (CHU Créteil) et des étudiantes sages-femmes. Nous faisons partie du réseau de maternités du Sud-Est Parisien autour du niveau III du CHI de Créteil.

Voilà quelques années que nous nous intéressons à l'allaitement maternel et à l'accueil du nouveau-né ce qui nous a aussi porté à modifier les pratiques obstétricales. A ce titre, j'ai présidé le groupe de travail de l'ANAES qui a préparé les recommandations sur l'allaitement maternel. C'est en **Octobre et**

Novembre 2002 que tout a, officiellement, commencé, à la suite de 2 réunions : présentations des Recommandations de Pratique Clinique (RPC) sur l'allaitement de l'ANAES et pratiques obstétricales nouvelles. De là, **un programme de formation de TOUT le service** (médecins, sages-femmes et personnels) **à été instauré** : 5 groupes de 15 pour l'allaitement (avec la Leche League) et 4 groupes de 15 pour les positions pendant le travail (avec le Dr Bernadette de Gasquet). Cela s'est étalé de **début 2004 à 2005**.

Et "la mayonnaise a bien pris". Certes, il a fallu la vigilance du cadre sage-femme référent et des puéricultrices. Mais surtout, c'est l'enthousiasme des personnels et des sages-femmes à se sentir porteur d'une compétence nouvelle et recommandée qui est la clé de ce projet. La satisfaction des patientes et des papas a été un élément majeur de la confiance acquise par l'équipe. De plus, la reconnaissance a été médiatisée par quelques reportages télévisuels (FR3, la 5). En 2004, le taux d'allaitement à la sortie de maternité atteignait presque 80 % ! Le label « Initiative Hôpital Amis des Bébé » a été inscrit dans le projet de service dès 2002. **Nous sommes dans la phase finale de la procédure.**

LES ABANDONS PRECOCS DE L'ALLAITEMENT LA PAROLE DES PROFESSIONNELS

Véronique SERRES, puéricultrice – Consultante en lactation – Anne Marie ZABARINO, cadre supérieur puéricultrice
Lactarium – CHU Arnaud de Villeneuve, Montpellier

Puisque l'on sait, grâce à de nombreuses études, que le lait maternel est l'aliment idéal pour le nouveau-né, on se demande pourquoi le taux d'allaitement maternel reste aussi bas en France et dans notre région?

Si le choix d'allaiter appartient aux parents, la durée de l'allaitement est soumise à de nombreux intérêts :

« Comment repérer dans mon rôle de soignant et à la place que j'occupe, que je ne soutiens pas l'allaitement maternel ! »

Si je dis à une mère qui vient d'accoucher :

« vous êtes fatiguée, vous n'arrivez pas à dormir je vais garder bébé à la nurserie..... »

Le soignant veut bien faire mais il s'interpose entre la mère qui allaite et son enfant. Or on sait que **la séparation** dans les premiers jours de vie du nouveau-né augmente le stress de la mère et de l'enfant ce qui ne facilite ni le sommeil ni la montée de lait.

En début de lactation les **tétées de nuits sont essentielles** à la bonne mise en route de l'allaitement et le soignant n'osera pas réveiller la mère pour la tétée de nuit si le bébé pleure. Cette **séparation** entraîne une diminution du nombre de tétées, elle ne favorise pas la stimulation de la sécrétion lactée et elle peut aussi provoquer des engorgements douloureux qui compliqueront la mise au sein suivante.

Si je dis à une mère en salle de naissance :

« Avant que vous allaitiez votre bébé je vais le laver, le peser, le mesurer..... »

Le soignant oublie que c'est un **moment unique** entre la mère et l'enfant, que cet instant d'échange et de **contact peau à peau** est essentiel pour l'installation de leur relation. C'est le moment où la mère va sécréter le **colostrum**, très nutritif qui a des propriétés anti-infectieuses et facilite l'élimination du méconium.

Cette première tétée dans les deux premières heures de vie du nouveau-né si possible en salle de naissance, implique du soignant **patience et disponibilité. Le soutien** qu'il apporte

à cette première tétée est un des facteurs favorisant de la bonne mise en place de l'allaitement.

Si je dis à une mère qui veut allaiter :

« Votre bébé pleure beaucoup, vous n'avez pas assez de lait ou il n'est pas assez riche.... je vais chercher un biberon de complément cela n'aura pas beaucoup d'importance... »

Le soignant en proposant un biberon de complément, veut calmer les pleurs de l'enfant. En fait il laisse supposer à la mère qu'elle n'a pas assez de lait ou que son lait est de mauvaise qualité et qu'elle est **incapable de subvenir aux besoins** de son bébé. Il renvoie à la maman **une image négative** et une **incapacité** à allaiter.

De plus le **biberon de complément** peut entraîner une **confusion** puisque la bio-mécanique de la succion est différente entre le biberon et le sein. Par ailleurs les préparations pour nourrisson se digèrent plus lentement que le lait maternel, retardent la prochaine tétée et si le nombre de tétée est insuffisant on amorcera un sevrage.

L'importance que les familles mettent dans les paroles et les attitudes des soignants est telle que celles ci peuvent être préjudiciables à la mise en route de l'allaitement.

Ces quelques exemples illustrent l'importance de l'attitude des soignants qui n'ont pas à intervenir en faveur d'un sevrage non désiré ni à maintenir un allaitement à tout prix. Leurs connaissances dans le domaine de l'allaitement maternel, l'écoute, le soutien, le respect des décisions des couples permettent d'accompagner le projet initial des familles.

Le rôle des professionnels est essentiel pour la cohérence des conseils, le maintien des bébés auprès de leur mère la nuit, **la suppression des biberons** de complément en maternité. Le relais avec **les associations et les professionnels** susceptibles d'intervenir dès le retour à domicile évitera les sevrages précoces dès le premier mois.

Chaque fois qu'il y a séparation en début de lactation, le rythme qui doit s'installer entre la mère et l'enfant est compromis.

Le biberon de complément peut être nécessaire mais seulement après une évaluation précise de la situation et toujours sur prescription médicale (lettre N°15).

LA PHARMACOVIGILANCE, LE MÉDICAMENT EN ANTE-NATAL ET POST-NATAL

Dominique HILLAIRE-BUYS, médecin, MCU-PH, Marie-Andrée BOS-THOMPSON, pharmacien
Service de Pharmacologie Médicale et Toxicologie (Pr BLAYAC), Hôpital Lapeyronie, Montpellier.

Au sein de la Pharmacovigilance, la tératovigilance étudie les conséquences, chez l'embryon, le fœtus ou l'enfant, de l'exposition de la mère à des substances médicamenteuses ou des irradiations, au cours de la grossesse ou de l'allaitement.

En 2004, le Régional de Pharmacovigilance (CRPV) du Languedoc Roussillon a reçu 237 appels de professionnels de santé concernant la tératovigilance (soit ¼ de la totalité des appels parvenant au Centre) : 182 appels à propos de la grossesse et 55 à propos de l'allaitement. Le CRPV peut être contacté par téléphone, mail, fax, courrier.

Le rôle du CRPV est d'évaluer un rapport Bénéfice/Risque dans plusieurs situations :

- En prospectif : exploration du risque malformatif et/ou foetotoxique à propos d'une grossesse en cours (en moyenne 60% des appels).
- En préventif : conseil thérapeutique, avant grossesse ou avant prescription.
- En rétrospectif : recherche d'un lien de causalité après l'issue de la grossesse.
- En post-natal : la majorité des appels porte sur la compatibilité d'un traitement maternel avec l'allaitement, qu'il s'agisse d'un traitement ponctuel au cours de l'allaitement ou d'un traitement débuté pendant ou avant la grossesse et poursuivi pendant l'allaitement.
- Questions générales sur le risque tératogène d'un médicament.

Le CRPV donne une réponse contenant le maximum d'informations actualisées pour appréhender le rapport Bénéfice/Risque, permettant au prescripteur qui suit la femme enceinte ou allaitante de décider de la conduite à tenir. Les connaissances sur le risque pour le fœtus ou l'enfant d'une molécule administrée à la mère sont très variables, plus ou moins documentées et en permanente évolution.

Concrètement, pour répondre à une question, il est indispensable de connaître les paramètres suivants : identité précise du correspondant, de la patiente et/ou de son enfant et, dans le cas de l'allaitement : les problèmes éventuels rencontrés au cours de la grossesse (notamment, traitements reçus par la mère), les modalités liées à l'accouchement (terme en semaines d'aménorrhée, état du nouveau-né...), les médicaments prescrits à la mère (dénomination précise, posologie, horaires de prises...).

Ensuite, une étude précise des paramètres pharmacocinétiques des molécules concernées est réalisée

(demi-vie d'élimination, liaison aux protéines plasmatiques, ratio lait/plasma...). Une analyse est faite des données animales disponibles, ainsi qu'un recensement des données cliniques consultables : cas isolés, enquêtes épidémiologiques, données internes des CRPV... Une réponse est donnée par téléphone le plus rapidement possible au professionnel de santé qui a contacté le CRPV, suivie d'un courrier. Il est important, quand cela est possible (notamment en cas de médication chronique), que la patiente qui souhaite allaiter informe le professionnel de santé qui la suit avant la fin de la grossesse, de façon à pouvoir rendre une réponse avant même la naissance de l'enfant et adapter le traitement si nécessaire.

Les demandes concernant le risque potentiel pour un enfant allaité d'un médicament administré à la mère sont en hausse constante, vraisemblablement d'une part en relation avec un retour en force de l'allaitement maternel, avec tous ses avantages, mais aussi avec une meilleure prise en compte par les prescripteurs du risque lié à l'inévitable passage de la plupart des médicaments dans le lait. Peu de données très précises sont disponibles actuellement concernant ce sujet, sachant l'extrême complexité d'extrapoler les données pharmacocinétiques d'une molécule à son passage dans le lait, dont la composition est variable d'une femme à l'autre et d'une période d'allaitement à l'autre.

Ce qui reste majeur dans le domaine de la pharmacovigilance, qu'il s'agisse de médicament et grossesse ou médicament et allaitement, est la constante nécessité d'évaluer au cas par cas la balance Bénéfice/Risque. Tous les acteurs de la périnatalité se doivent donc d'intervenir de façon complémentaire auprès de la femme enceinte et de son enfant. L'information de la femme elle-même est fondamentale, notamment pour éviter au maximum les risques liés à l'automédication, et induire un comportement responsable vis-à-vis de toute prise médicamenteuse. Cependant, une grande majorité des prises médicamenteuses sont compatibles avec la poursuite de l'allaitement ; quelquefois, de simples aménagements suffisent (horaires de prise par rapport à la tétée...)

Renseignements : Centre Régional de Pharmacovigilance du Languedoc Roussillon (CRPV - Service de Pharmacologie Médicale et Toxicologie, Hôpital Lapeyronie, Montpellier.)

Responsables : Dr Dominique HILLAIRE-BUYS, médecin, MCU-PH, d-hillaire@chu-montpellier.fr, Dr Marie-Andrée BOS-THOMPSON, pharmacien, ma-thompson@chu-montpellier.fr, Pr Jean Pierre Blayac

Renseignements pour toutes formations :

Tél secrétariat : 04 67 33 67 57 / 04 67 33 67 56 Fax : 04 67 33 67 51

En France, les femmes allaitent en moyenne dans 50% des cas et une majorité d'entre elles interrompent avant la fin du 3ème mois. Les cliniciens se posent alors la question de la compatibilité du médicament avec la poursuite de l'allaitement maternel.

Aidés des pharmacologues, ils peuvent proposer le médicament « optimisé » (indétectable ou retrouvé à des quantités très faibles dans le lait maternel) ayant une élimination rapide et qui ne soit pas toxique pour le nouveau-né.

Les paramètres pharmacocinétiques maternels

sont des facteurs clés pour interpréter le passage du médicament dans le lait. La concentration plasmatique maternelle dépend de la dose reçue, de la voie d'administration, des fonctions d'épuration en particulier hépatique et rénale.

La plupart des médicaments passent dans le lait maternel par simple diffusion à partir du plasma sanguin maternel. Ce passage dépend de leur fixation aux protéines

plasmatiques et de leurs caractéristiques physico-chimiques (poids moléculaire, liposolubilité, degré d'ionisation).

Les effets sur l'enfant allaité : l'incidence des effets indésirables est *faible* (10 %)

Des intoxications néonatales via le lait maternel ont été publiées lorsque la mère était traitée avec un médicament dont le passage était important et à des posologies élevées mais aussi chez des nouveau-nés prématurés dont les paramètres pharmacocinétiques sont différents du nouveau-né à terme.

Les paramètres de l'absorption digestive (vidange gastrique ralentie, transit prolongé, absorption intestinale irrégulière, faible quantité d'acides biliaires) expliquent une accumulation du médicament chez le nouveau-né.

La dose théorique reçue par l'enfant en 24 heures est la concentration du médicament dans le lait multiplié par le volume de lait par jour. Si elle dépasse 10% de la dose maternelle, il faut se poser la question du maintien de l'allaitement en fonction de la classe thérapeutique.

Rare sont les médicaments où l'enfant ingère plus de 1% de la dose reçue par la mère. Par conséquent, les troubles observés chez l'enfant allaité sont le plus souvent bénins. Une *surveillance clinique et paraclinique* systématique de l'enfant évite d'interrompre un allaitement maternel lorsque les informations sur le médicament sont incomplètes.

En conclusion, si le passage dans le lait a été étudié : il faudra déterminer la quantité maximale de médicament que l'enfant peut recevoir sinon choisir le médicament fortement lié aux protéines plasmatiques, avec une biodisponibilité orale la plus basse, la demi-vie d'élimination la plus courte, le rapport lait/plasma le plus faible, sans métabolites actifs et le moins d'effets indésirables.

Dans de très rares situations, il faudra savoir contre-indiquer l'allaitement lorsque le traitement n'est pas compatible. Le lait sera tiré et jeté pendant les cinq à sept demi-vies d'élimination avant de pouvoir reprendre l'allaitement maternel dans des conditions sûres.

Les médicaments qui doivent être pris en compte au cours de l'allaitement :

Ceux qui vont avoir un passage maximal, des métabolites actifs et une élimination longue comme les psychotropes

Ceux qui ont une fenêtre thérapeutique étroite (médicaments cardio-vasculaires ex : digoxine)

Ceux qui sont contre-indiqués chez le nouveau-né ou d'utilisation inconnue (ex : statines)

Ceux qui ont provoqué des effets indésirables (ex : lithium, aspirine)

INCIDENCE D'UNE CHIRURGIE DES SEINS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

Laure MARCHAND - LUCAS Médecin généraliste, Consultante en lactation IBCLC - Paris

L'incidence d'une chirurgie des seins sur l'allaitement maternel est un sujet amenant de plus en plus fréquemment des questions de la part des femmes que nous accompagnons.

Les questions concernent :

-la chirurgie plastique (réduction, augmentation, ptôse mammaire, mamelon-s rétracté-s, ou jugé-s trop long-s) . Elle a souvent été effectuée à la suite de douleurs physiques (cou, dos douloureux quand la poitrine est très volumineuse) ou psychologiques (poitrine très ou pas assez volumineuse, asymétrie mammaire très importante).

-la chirurgie effectuée pour une pathologie bénigne ou non (chirurgie cardiaque, pulmonaire, traumatisme mammaire, tumorectomie, excision d'un galactocèle, drainage d'un ou plusieurs abcès).

Les questions posées sont les suivantes :

l'allaitement est-il déconseillé, contre-indiqué? S'il est possible (avec quelles précautions éventuelles) ?

Si la chirurgie survient en cours de lactation, comment effectuer un sevrage ou continuer l'allaitement en dépit de la chirurgie?

Quelles informations et explications pouvons-nous fournir aux femmes intéressées ?

Il est important de donner aux femmes l'opportunité d'exprimer leurs attentes, leurs craintes et leurs sentiments et de les informer le plus complètement et clairement possible sur leurs options. Si la femme est vue avant la naissance, on vérifiera qu'elle est informée sur la conduite physiologique de l'allaitement. Certaines femmes ayant subi une chirurgie mammaire ont tendance à avoir peu confiance en elles et à abandonner pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la chirurgie.

Que faut-il pour que la lactation (côté maternel) fonctionne?

- du tissu glandulaire en quantité suffisante.
- des canaux lactifères en état de fonctionner.
- une vascularisation et une innervation de l'aréole et du mamelon fonctionnelles.

- un bon fonctionnement des systèmes endocrines, c'est à dire des hormones (prolactine, ocytocine, insuline, hormone thyroïdienne, cortisol, progestérone, androgènes, etc.) en quantité adéquate
- certaines hormones pouvant être inhibitrices si elles sont en trop grande quantité.
- des informations et une conduite pratique de l'allaitement basées sur la physiologie.
- un soutien permettant à la femme de se sentir compétente après avoir fait le deuil d'un allaitement idéalisé. Les groupes de soutien entre mères ont certainement leur place ici.

Le fonctionnement hormonal est, pour certaines hormones, en lien avec l'innervation de l'aréole et du mamelon. Les informations et la conduite de l'allaitement après chirurgie mammaire nécessitent certaines adaptations de notre discours et de la conduite pratique de l'allaitement. Le soutien de la femme et le deuil de l'allaitement idéal demandent de considérer les émotions et sentiments de la femme qui doit renoncer à un allaitement "simple", voire exclusif. Certaines femmes qui éprouvent colère, tristesse, regret, culpabilité, déception, etc., peuvent avoir besoin d'un soutien adapté afin de permettre au sentiment de compétence maternelle de se développer.

Pour le sujet dont nous traitons, sont également importants :

Du tissu glandulaire en quantité suffisante :

En cas de chirurgie de réduction mammaire, la quantité de tissu mammaire restant après chirurgie est généralement théoriquement suffisante pour permettre l'allaitement.

En cas de chirurgie d'augmentation, la quantité de tissu mammaire présente est souvent fonction de la raison pour laquelle la chirurgie a été entreprise et non de la chirurgie elle-même. Par exemple, une hypotrophie unilatérale marquée peut être associée à une insuffisance de la lactation de ce côté, la pose d'un implant n'améliorera en rien la fonction du sein.

En cas de tumorectomie, mastectomie, etc., la quantité de tissu mammaire restant est plus ou moins étendue. A noter qu'un seul sein fonctionnel suffit pour allaiter un voire deux enfants.

Des canaux lactifères en état de fonctionner:

En cas de réduction mammaire,

la technique dite "de greffe libre" implique que les canaux soient **totalemment sectionnés** et que les mamelons soient replacés à une place esthétiquement convenable. Même si la lactation se déclenche, l'absence d'issue pour le lait fabriqué conduit à un arrêt rapide de la sécrétion.

les techniques préservant un pédicule glandulaire en particulier un pédicule sous le mamelon et l'aréole ou les interventions par lipo-suction préservent souvent **l'intégrité d'une majorité de canaux**.

En cas de chirurgie d'augmentation, l'implant est généralement placé derrière la glande ou derrière le muscle sur laquelle le sein repose ; **l'intégrité des canaux est préservée**.

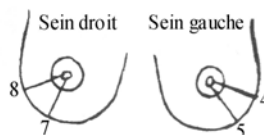
Pour les autres chirurgies, les canaux seront ou non lésés, suivant le type et la localisation de la chirurgie. Les chirurgies pour mamelons rétractés par exemple peuvent laisser **des cicatrices rendant certains canaux imperméables**. L'exérèse d'un volumineux galactocèle rétro-mamelonnaire peut avoir entraîné l'amputation de canaux lactifères.

Une innervation de l'aréole et du mamelon

fonctionnelles: Ce sont particulièrement le 4ème nerf intercostal et ses branches qui conduisent l'influx nerveux qui passera par la moëlle épinière et ira jusqu' à l'hypothalamus et à l'hypophyse. La lactation se développe et se poursuit si le lait est sécrété et évacué par la tétée. Même si la régulation de la quantité de lait produite se fait localement, le message hormonal est nécessaire pour que le sein continue à fabriquer et à éjecter du lait. Pour une lactation suffisante, l'intégrité du circuit neuro-endocrinien allant de l'aréole à l'hypothalamo-hypophyse est donc indispensable contrairement à une idée reçue encore véhiculée dans des ouvrages récents et partagée par de nombreux praticiens.

En cas de réduction mammaire, le chirurgien a souvent, dans un but esthétique, placé la **cicatrice sur le pourtour de l'aréole**. Si celle-ci se trouve dans une **zone où les nerfs ont été lésés, il existe un risque de lactation insuffisante**. La sensibilité aréolo-mamelonnaire normale, l'érectilité du mamelon, la survenue spontanée d'une éjection de lait sont des signes encourageants de vitalité neurologique. Une cicatrice à 7 ou 8 heures au sein droit et à 4 ou 5 heures

à gauche peuvent faire craindre une insuffisance de la lactation. Les publications actuellement disponibles (Brzozowski 2000, Marshall 1994, Souto 2003) laissent penser qu'il **est possible, dans 20 à 40 % des cas, d'avoir une lactation complète ou partielle après chirurgie de réduction mammaire**.



Innervation du sein :
zones de pénétration des branches inférieures du 4ème nerf intercostal



Réduction mammaire :
incision en ancre de marine

En cas d'augmentation mammaire, le succès de la lactation peut varier suivant le type d'incision

pratiquée, les incisions péri-aréolaires (autour de l'aréole) et trans-aréolaires (qui passent à travers elle) sont les plus problématiques. Les femmes ayant eu une incision péri-aréolaire seraient 4 fois plus susceptibles de présenter une insuffisance de la lactation que les femmes n'ayant pas eu de chirurgie mammaire. Globalement, les publications existant (Hugues et Owen 1993, Hurst 1996, Neifert 1990) concordent et montrent qu'entre 2/3 et la moitié des femmes ayant subi une chirurgie d'augmentation mammaire peuvent avoir une lactation insuffisante. **D'autres facteurs que l'incision interviennent pour rendre compte de l'intégrité de la fonction mammaire** : la pression exercée par l'implant lors d'un engorgement peut avoir un effet négatif.



Augmentation mammaire :
Différents types d'incision
1. Axillaire
2. Péri-aréolaire
3. Sillon sous-mammaire

Pour les autres types de chirurgie, il est également important de préserver l'intégrité neurologique. Lors de chirurgies d'exérèse de tumeurs bénignes ou d'abcès ayant nécessité une évacuation chirurgicale (certains abcès pouvant être évacués à l'aiguille), il est possible pour la femme qui souhaite continuer l'allaitement ou allaiter un futur enfant de négocier une

cicatrice privilégiant l'aspect fonctionnel tout en tenant compte de l'aspect esthétique et de l'efficacité de futurs dépistages systématiques mammographiques.

Comment s'y prendre, en pratique?

La chirurgie pré-existe à l'allaitement

Le recueil des données cliniques et les compte-rendus opératoires permettent de se faire une idée sur la possibilité de mener à bien un allaitement. Toutefois, la plupart du temps, il n'est pas possible de conclure que l'allaitement exclusif est possible avant les premiers jours voire les premières semaines de l'enfant.

Dans le post-partum, il est important que le bébé et sa mère restent ensemble (encourager beaucoup de peau à peau au cours des premiers jours) et que les tétées puissent être fréquentes. L'absence de déglutitions audibles ou visibles, l'engorgement global ou localisé mal soulagé par la tétée, le retard à l'évacuation du méconium, la perte de poids importante ou la prise de poids insuffisante indiquent qu'il est nécessaire d'évaluer soigneusement la situation. Dans de bonnes conditions, le nourrisson ne perd pas plus de 7 à 10 % de son poids de naissance et celui-ci est repris au 10ème jour. Si la lactation a besoin d'être stimulée, on reverra la conduite pratique de l'allaitement et on envisagera une aide pharmacologique efficace -notamment un galactagogue type dompéridone. Il sera parfois nécessaire de compléter partiellement l'allaitement avec un dispositif particulier permettant à l'enfant de recevoir les compléments pendant la tétée au sein (DAL). Ces compléments pourront être opportuns très rapidement (première semaine) ou plus tard, après quelques semaines. Enfin, certaines mères pourront allaiter exclusivement leur enfant jusqu'à 6 mois et introduire alors progressivement une alimentation solide, comme pour tous les enfants. Quand le lait est insuffisant pour entièrement nourrir le bébé, le DAL (dispositif mentionné plus haut) permet à l'enfant de recevoir un complément de calories tout en profitant au maximum du lait maternel et de l'allaitement : les qualités nutritionnelles inégales, la protection immunologique, un type de succion bénéfique pour le massif facial, le contact peau-à-peau fréquent, etc. Beaucoup de femmes informées qui n'ont pas de lait ou pas assez de lait veulent faire profiter leur enfant des aspects spécifiques du comportement d'allaitement.

La chirurgie est entreprise pendant l'allaitement

Toutes les fois que la chirurgie peut être retardée et que la mère prévoit de continuer l'allaitement, elle peut s'organiser et prévoir de tirer du lait et de le conserver pour que le bébé le reçoive pendant les heures où il ne pourra téter directement au sein.

Quand le sevrage est nécessaire (traitement d'un cancer du sein par chimiothérapie - sevrage bilatéral) ou souhaité par la mère (définitif et/ou temporaire, bilatéral et/ou unilatéral), la mère peut continuer à faire téter son bébé au sein et introduire le biberon de façon progressive. Cette façon de faire sera souvent moins difficile pour le bébé et évitera les complications infectieuses. En dehors des tétées, la mère tirera juste assez de lait pour se soulager afin de permettre à la lactation de se tarir. Elle répètera cette opération à chaque fois que le sein devient inconfortable. Si le sevrage se fait du côté opéré uniquement, cette procédure est appliquée uniquement de ce côté.

Quand le sevrage n'est pas souhaité, la mère maintiendra la lactation des deux côtés en tirant le lait ou en faisant téter le bébé. En fonction de la localisation de l'incision, de l'importance de la chirurgie, des préférences maternelles, la tétée peut être reprise sur le sein opéré quelques heures à quelques jours après l'intervention. Quoiqu'il en soit, il faudra prévoir les pansements de façon que la mère puisse tirer son lait et, si c'est possible, faire téter le bébé. Si des canaux lactifères ont été lésés, du lait s'écoulera par l'incision : pendant la tétée, la mère comprimera la zone avec un pansement propre. La cicatrisation peut prendre quatre à six semaines.

Résumé : La diversité des situations cliniques impose une connaissance précise du type d'antécédent chirurgical mammaire pour savoir si un allaitement est envisageable ou non. La lactation est d'autant mieux préservée que la quantité de tissu mammaire ôtée est faible (notamment car les techniques employées pour ôter esthétiquement de grandes quantités de tissu mammaire sont les plus nocives pour la fonction du sein) et qu'il y a intégrité vasculo-nerveuse. Enfin, il est très important de soutenir la mère lorsqu'elle doit faire le deuil de la relation d'allaitement idéale.

Bibliographie : Brzozowski D., et al. "Breast-feeding after inferior pedicle reduction mammoplasty." 105:530-34, 2000. Hugues V., Owen J. "Is breast-feeding possible after breast surgery ?" MCN 18:213-17, 1993. Hurst N. "Lactation after augmentation mammoplasty". Obst Gynecol 87:30-34, 1996. Marshall DR., Callan PP., Nicholson W. "Breastfeeding after reduction mammoplasty". Br J Plas Surg 47 : 167-69, 1994. Neifert M., DeMarzo S., Seacat J., et al. "The influence of breast surgery, breast appearance and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain." Birth 17:31-38, 1990. Souto CG. et al. "The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. J Hum Lact 19:43-49, 2003.

Conséquences de la séparation mère-enfant

Dr Nils BERGMAN, médecin, diplômé en santé publique, Directeur de la maternité de Mowbray (Afrique du Sud)

Lorsqu'ils sont enlevés de leur habitat normal, les petits mammifères ont un comportement identique et pré-programmé, qu'on peut appeler « réponse de protestation et de détresse » (Alberts, 1994), qui a été décrite en premier chez des nourrissons humains orphelins après la seconde guerre mondiale ; elle a par la suite été étudiée chez des singes, puis chez de nombreux autres animaux. La réponse de protestation est une activité intense ayant pour objectif de permettre au bébé de retrouver son habitat, la réponse de désespoir est une réponse de privation et de survie, avec baisse de la température du corps et du rythme cardiaque, induite par une augmentation massive du taux des hormones de stress. Pleurer est nocif pour les nouveau-nés ; cela restaure (*pourrait restaurer, au cours des premières heures*)* la circulation fœtale, et augmente (*serait susceptible d'augmenter*)* le risque d'hémorragie intraventriculaire et de divers autres problèmes. **La première violation, le pire des cas, pour tous les nouveau-nés, est la séparation d'avec sa mère, son habitat normal.** Cette réponse et son impact sont passés en revue dans un long article d'Allan Shore (2001).

« ... la réponse psychobiologique du bébé aux traumatismes est composée de 2 schémas séparés de réponse – l'hypervigilance et la dissociation. » (Perry et al, 1995)

« ... dans l'hypervigilance, le système nerveux sympathique est brusquement activé de façon importante, avec augmentation du rythme cardiaque, de la pression sanguine, du tonus et de la vigilance, la détresse de l'enfant se manifestant par des pleurs, puis des hurlements... cet état de « détresse frénétique », ce que Perry appelle « peur panique », étant connu comme une stimulation ergotropique... avec sécrétion de taux excessifs des principales hormones de stress... résultant dans un état hypermétabolique du cerveau. ... la dissociation est le stade suivant de la réaction en réponse à la terreur, avec engourdissement et évitement, ... un état de conservation et de manque, une réponse parasympathique qui survient dans les situations où la personne n'a ni aide ni espoir... une réponse métabolique qui est utilisée pendant toute la vie, par laquelle l'individu se déconnecte pour « conserver son énergie »... une conduite dangereuse de survie où l'individu feint d'être mort.

Dans cet état passif de profond détachement, le taux des opioïdes endogènes est élevé, ce qui entraîne l'immobilité et l'arrêt des cris de détresse de l'enfant. Le tonus vagal augmente considérablement, avec baisse de la pression sanguine et du rythme cardiaque... dans cet état, tant les composantes du système sympathique dépensant de l'énergie que celles du système parasympathique économiseur

d'énergie sont activées au niveau du cerveau de l'enfant... (provoquant) des altérations biochimiques chaotiques, un état toxique neurochimique pour le cerveau en plein développement de l'enfant. » (Shore, 2001).

Lorsque le petit retrouve son habitat normal (le corps de sa mère), on constate une augmentation rapide de la température et du rythme cardiaque. « Les appels de détresses liés à la séparation » ont été particulièrement bien documentés chez les rats (Alberts, 1994). On a constaté des appels de détresse similaires chez les bébés humains placés dans des berceaux, ces bébés passant jusqu'à 10 fois plus de temps à pleurer que les bébés placés contre la peau de leur mère (Michelson et al, 1996). De plus, les pleurs des bébés placés en **peau à peau** avaient une tonalité tout à fait différente, et il a été suggéré qu'ils pouvaient avoir pour objectif d'obtenir l'aide de la mère de l'aide pour atteindre le sein et téter (Christensson et al, 1995).

On a montré que ce **comportement de protestation-détresse** pouvait modifier la structure cérébrale dans le sens d'une moins bonne adaptation, avec des conséquences sur le comportement futur. La séparation induit des changements dans l'efficacité fondamentale des systèmes (McKenna, 1993). La séparation précoce peut induire des différences majeures dans la susceptibilité aux pathologies induites par le stress (Hofer, 1994).

Les origines de nombreuses déviations comportementales sont inconnues ; certaines pourraient-elles être en rapport avec les violations de notre agenda inné ? (Kjellmer et Winberg, 1994).

Cet article est une partie de la contribution de Nils Bergman pour la 6^{ème} Journée Internationale de l'Allaitement, 18 mars 2005, Paris. L'ensemble des textes des conférences a été publié dans un numéro spécial des Dossiers de l'Allaitement, disponible auprès de LLL France (dossiers@lllfrance.org)

*NDLR

Références : Alberts JR. Learning as adaptation of the infant. Acta Paediatr Suppl 1994 ; 397 : 77-85. Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnas-Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. Acta Paediatr 1995 ; 84(5) : 468-73. Hofer MA. Early relationships as regulators of infant physiology and behavior. Acta Paediatr Suppl. 1994 Jun ; 397 : 9-18. Kjellmer I, Winberg J. The neurobiology of infant-parent interaction in the newborn : an introduction. Acta Paediatr Suppl 1994 ; 397 : 1-2. McKenna JJ, Thoman EB, Anders TF, Sadeh A, Schechtman VL, Glotzbach SF. Infant-parent co-sleeping in an evolutionary perspective : implications for understanding infant sleep development and the sudden infant death syndrome. Sleep 1993 ; 16(3) : 263-82. Michelson K, Christensson K, Rothganger H, Winberg J. Crying in separated and non-separated newborns : sound spectrographic analysis. Acta Paediatr 1996 Apr ; 85(4) : 471-5. Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakely, T.L., Baker, W.L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain. How "states" become "traits". Infant Mental Health Journal, 16, 271-291. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Mental Health Journal 2001 ; 22(1-2) : 201-69.