

# **L'ALLAITEMENT**

**Mme Edwige DAUTZENBERG**

**Sâge-Femme Hôpital A Mignot**

L'allaitement maternel représente un enjeu de santé publique qui n'est plus à prouver (voir les recommandations de l'OMS et de l'ANAES, mai 2002). Le lait maternel est un Aliment équilibré, qui diminue les risques d'allergie et contient des facteurs immunitaires qui protègent contre les infections, et contribue à la mise en place de la flore intestinale.

Il convient de soutenir la décision d'allaitement, et de contribuer dans nos pratiques professionnelles, à ce que le slogan de la semaine mondiale de l'allaitement maternelle « l'allaitement maternel, tous concernés », devienne une réalité.

## **Un peu d'histoire ...**

L'allaitement est un héritage culturel et social très subtil, avec une transmission verticale (image de l'allaitement de nos mères et grand-mères), et horizontale (relations à l'allaitement avec nos proches amies – sœurs)

Dans notre histoire, nous voyons les nourrices allaitant les enfants de l'Aristocratie et de la grande bourgeoisie.

Au début de l'aire industrielle, les mères qui travaillent doivent confier leurs bébés à des nourrices.

Puis, plus tard, différents courants apparaissent. A la Fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la « société de l'allaitement maternel », crée par Marie Becquet de Vienne, encourage les mères pauvres à allaiter, et leur fournit une aide matérielle. Une loi du 5 août 1917 institue « l'heure d'allaitement » et les « chambres d'allaitement » dans les entreprises.

Dans les années 1950, On entendra un discours complètement opposé « L'allaitement est aussi une servitude épuisante » (Simone de Beauvoir, le deuxième sexe).

En 1956, aux USA, apparaît la Leche League.

Dans les années 1970, les féministes se divisent en deux tendances:

Les égalitaristes, dénonçant la « maternité esclave »

Les essentialistes, qui prônent la reconquête du corps, tout en ayant un rôle actif dans le choix de la maternité et de l'allaitement.

De nos jours, le débat reste ouvert. On constate que, dans les pays scandinaves, où le taux d'allaitement approche les 100%, les femmes sont les plus nombreuses dans les hautes instances politiques (43% de femmes élues au parlement de Suède en 2002), ce qui prouve que, contrairement à ce que prétendent ceux qui accusent les partisans de l'allaitement maternel d'être « contre les femmes », celui-ci est parfaitement compatible avec l'engagement des femmes dans la vie publique.

En France, le taux d'allaitement maternel est de l'ordre de 50% en sortie de maternité, diminue après 15 jours, et n'est plus que de 30% deux mois après la naissance. Ce taux stagne depuis 20 ans, mais des études ont montré que des accompagnements individualisés permettaient d'allonger la durée d'allaitement.

## Physiologie du sein

La glande mammaire, dont la taille et les capacités sont sensiblement identiques d'une femme à l'autre, se développe principalement pendant la grossesse. C'est le volume du tissu graisseux qui explique les différences de taille de seins.

Cette glande est prête à fonctionner dès le quatrième mois. Elle est constituée d'ACINI, qui sont autant d'unités de fabrication du lait.

Contrairement aux idées reçues, cette glande n'est pas un réservoir de lait. Elle n'est qu'un lieu de sécrétion et de passage du lait. Il existe cependant une petite réserve de lait (environ le quart d'une tétée) au niveau de quelques acini.

Le système myoépithéliale est composé de cellules musculaires autonomes, capables de se contracter en réponse aux sollicitations hormonales. Après l'accouchement, vers le 2<sup>ème</sup> ou le 3<sup>ème</sup> jour, lorsque les hormones du placenta ne sont plus présentes dans le sang, le débit sanguin et lymphatique triple au niveau des vaisseaux du sein, ce qui entraîne une dilatation assez rapide de ces vaisseaux, et dont une augmentation du volume des seins.

Durant la grossesse, les réseaux vasculaires sanguins et lymphatiques se multiplient, afin d'être au maximum en contact avec les acini. Les modifications du volume du sein au cours de l'allaitement sont directement liées aux variations du système vasculaire.

Le tissu graisseux, qui constitue la majeure partie du sein, présente une grande richesse en éléments de défense anti-infectieuse pendant l'allaitement.

L'aréole est la partie du sein très pigmentée, de forme circulaire. Pendant la grossesse, la pigmentation s'accroît et l'aréole se charge en élastine afin d'être adaptée aux sollicitations du bébé. Elle abrite les tubercules de Montgomery, petites glandes dont les sécrétions odoriférantes guident le bébé vers le mamelon et lubrifient, assurant ainsi une protection naturelle. Il est donc déconseillé d'utiliser pour se laver du savon parfumé, pour ne pas perturber l'odorat du bébé.

L'aréole est une des parties les plus innervées du corps. Des récepteurs neurosensitifs à l'étirement, situés à la périphérie, enregistrent les signaux de tétée du bébé et les transmettent au cerveau.

# Physiologie de la lactation

## Régulation endocrine

La lactogénèse est déclenchée par deux facteurs :

- **L'expulsion du placenta** déclenche une chute du taux de progestérone, qui inhibait l'action de la prolactine sur les cellules sécrétrices du sein.

- **La succion de l'aréole** étire les récepteurs neuro-sensitifs de l'aréole. Les récepteurs envoient le message au cerveau par la voie neuro-sensitive. Le message traverse le cerveau limbique, siège des émotions, où il est susceptible d'être modifié. D'où l'importance du ressenti de la première tétée, en positif ou en négatif. L'hypothalamus réceptionne le message et l'identifie. Si le signal de tétée est correct, il donne l'ordre à l'hypophyse de fabriquer les hormones adaptées :

**La prolactine**, sécrétée par l'antéhypophyse, stimule la synthèse du lait. La succion déclenche des pics de prolactine pendant 75 minutes.

**L'ocytocine**, sécrétée par la posthypophyse, commande la contraction des cellules myoépithéliales de la glande mammaire, entraînant l'éjection du lait. Le lait est propulsé des alvéoles vers les canaux et les sinus lactifères.

D'autres hormones jouent un rôle (Hormone de croissance, insuline, gluco-corticoïdes, hormones thyroïdiennes).

## Régulation autocrine

Il existe un mécanisme de régulation locale exerçant un rétro-contrôle négatif : inhibition de la sécrétion lactée tant qu'il reste un important volume de lait résiduel dans les seins.

Ceci permet de comprendre que tous les facteurs qui limitent l'extraction du lait entraîne une diminution du volume de lait produit

(Tétée inefficace, trop courte, trop peu fréquente, anomalie du réflexe d'éjection ...)

Le lait sort en jets par flux. La mise en place de cet arc réflexe demande entre 2 et 4 jours, en moyenne, et reste soumis aux aléas du climat émotionnel dans lequel se trouve la mère.

Contrariétés, fatigue, angoisse, séparation du bébé, visites, peuvent perturber cet axe réflexe et retarder sa mise en route.

Les réflexes de fousissement et de succion étant innés chez le bébé, ils sont à leur maximum pendant les deux heures qui suivent la naissance.

Il est souhaitable de proposer cette première expérience buccale lorsque le bébé est dans un état d'éveil calme. Cet apprentissage sera mémorisé par le bébé comme une notion de plaisir, qui l'amènera à renouveler cette expérience.

Les contacts peau à peau et la proximité de la mère et de son bébé favorisent le bon démarrage de l'allaitement. Pour un bébé à terme, l'allaitement à la demande est la clé de la réussite.

## Les phases de la lactation

Dans les premiers jours de la lactation, le lait s'appelle le **Colostrum**. C'est un concentré salé de protéines, dont les principales qualités sont la richesse en immunoglobulines, variant selon les femmes, et protégeant donc l'enfant de son propre environnement familial. Il contribue à l'élimination du méconium et à la mise en place de la flore intestinale. Riche en enzymes, qui permettent une digestion rapide, en sels minéraux qui évitent la déshydratation, et en acides aminés, c'est un lait inimitable (et inimité), le plus adapté aux besoins du nouveau-né. Son volume s'accroît

J0	J1	J2
50 ml	200 ml	400 ml
	Premier jour	Lait mature
Lactose	53 Gr/L	73 Gr/L
Graisses	29 Gr/L	42 Gr/L
Protéines	23 Gr/L	9 Gr/L
Sodium	48 Mg/L	18 Mg/L

### Congestion des seins (premiers jours)

Sous l'influence de la chute hormonale après l'accouchement, le système vasculaire se développe encore, entraînant une augmentation du volume des seins. Les douches chaudes peuvent soulager cette congestion, qui disparaîtra entre le 8<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> jour, avec la baisse des oestrogènes.

La fabrication du lait va évoluer avec l'âge du bébé. La composition du lait varie selon le moment de la journée, et au cours de la tétée. En début de tétée, le lait sera aqueux et sucré, puis il s'enrichit en protéines et graisses qui donneront à l'enfant un effet de satiété. La limitation arbitraire de la durée peut entraîner une prise de poids insuffisante, même si les tétées sont fréquentes.

Limiter la durée ne permet pas de prévenir la douleur des mamelons

Un allaitement maternel s'installe en 15 jours/3 semaines, avec un démarrage plus ou moins rapide. C'est la **stimulation régulière, jour et nuit**, qui entretient la lactation. Un minimum de 6 tétées par jour est nécessaire (toutes les 3 heures le jour, toutes les 4/5 heures la nuit).

### La lactation est régulée par le principe de l'offre et de la demande (Neville, 1999 : Hartmann, 2000)

Entre 3 et 6 semaines, on constate souvent une diminution de la lactation, due principalement à une poussée de croissance du bébé et une fatigue maternelle. On pourra résoudre le problème par une multiplication des tétées, et un repos maternel.

A partir du 5<sup>ème</sup> mois, avec un allaitement maternel exclusif, la fabrication du lait n'est plus soumise aux facteurs dépendants (fatigue, stress, émotions). La reprise du travail est conciliable avec la poursuite de l'allaitement partiel.

Pendant les 6 premiers mois, la lactation sans apports extérieurs est suffisante, et recommandée par l'OMS.

## **Position du bébé**

La mère doit prendre le temps de s'installer confortablement La bouche du bébé doit rester à la hauteur et en face du mamelon, prenant le maximum de l'aréole, avec les lèvres retroussées. La langue effectue un mouvement de va et vient horizontal et ondulant, provoquant l'étirement du mamelon et donc la stimulation des récepteurs sensitifs de l'aréole.

Toutes les positions de la mère sont possibles, à condition que le ventre du bébé soit toujours contre le corps de sa mère.

Il est important d'être accompagné lors des premières mises au sein par l'équipe soignante, pour aider au bon positionnement et amener la maman à reconnaître les signes d'une tétée efficace.

Cela se traduit par une succion correcte, c'est-à-dire une bonne déglutition audible, une durée suffisante (minimum 15 minutes), qui entraîne l'apparition des flux.

La mère peut, à ce moment, ressentir une sensation de chaleur ou de picotements dans les seins, l'écoulement du deuxième sein, des contractions utérines, une sensation de soif ou de détente.

La majorité des bébés tètera 8 à 12 fois par jour, sachant que le sein fabrique efficacement du lait pendant ½ heure à la suite.

Une tétée se décompose en 3 temps :

- Le bébé, stimulé par l'odeur de l'aréole, se positionne et tète en se nourrissant d'abord de quelques grammes de lait rétroaréolaire chaud, sucré, acide, le motivant à poursuivre son effort.
- Pendant quelques secondes, voire minutes, le bébé tète sans recevoir de lait à déglutir
- La prolactine et l'ocytocine sont secrétées, et les premiers flux de lait jaillissent. En 20 à 30 minutes, le sein va être l'objet de plusieurs flux d'éjection. Il y aura donc une alternance de périodes actives où le bébé boit « à la régale », et de pauses.

Le bébé a la faculté de respirer, téter et déglutir en même temps (ce que nous ne pouvons plus faire).

### **Au biberon**

La tétine est pincée verticalement entre les lèvres. Aspiration et déglutition de type «adulte », en collant la langue au palais

Les joues se creusent

**Boire au biberon et téter au sein sont deux techniques difficilement compatibles**

## Les incidents de l'allaitement

Des soucis peuvent perturber l'allaitement, soit au démarrage, soit au cours de la lactation, pour lesquels des solutions existent :

### L'hypogalactie

Beaucoup de mères craignent de ne pas avoir assez de lait pour nourrir leur bébé. En réalité, l'Agalactie vraie ne touche qu'une femme sur 1000.

#### Signes :

- Courbe de poids non satisfaisante
- Emission faible d'urine
- Selles dures
- Moins de tonus

#### Eliminer :

- Troubles neurologiques,
- Frein de la langue court,
- Sténose du pylore,
- infections,
- régurgitations

#### Facteurs de mauvaise production de lait

- Rétention placentaire
- Hypothyroïdie
- Chirurgie mammaire
- Tabagisme maternel (1/3 de moins)
- Médicaments
- Difficultés relationnelles

### Mamelons douloureux

La sensibilité maximale, vers le 3<sup>ème</sup> jour, est liée à un déséquilibre oestroprogestatif. Elle diminuera progressivement vers le 8<sup>ème</sup> jour.

Il faut penser à éliminer Les mycoses.

Les pratiques « Lavage-Décapage », « Sèche-Cheveux », « Alcool », « Crèmes, onguents » sont à proscrire.

### Les crevasses

Gerçures plus ou moins importantes du mamelon, sont le plus souvent dues à une position inadaptée. Leur apparition ne dépend pas de la durée des tétées. Elles peuvent arriver en quelques secondes si la technique de succion ou la position sont incorrectes. Elles guérissent en quelques jours en rectifiant la position du bébé.

Il est également important, pour limiter les traumatismes sur les mamelons, d'effectuer les mises au sein lors de périodes d'éveil calme actif.

Commencer la tétée par le sein non douloureux  
Amorcer le flux d'éjection par massage  
Mettre le nez du bébé en opposition à la crevasse pour éviter la douleur

Ne pas utiliser de crème ou d'onguent, et favoriser la cicatrisation. Le plus simple est de maintenir le mamelon constamment hydraté par l'application de lait ou de colostrum.

## **L'engorgement**

Correspond à un œdème affecte tout le sein, tendu, douloureux et chaud  
L'augmentation du flux sanguin mammaire se superpose à la sécrétion de lait  
Le volume de lait produit dépasse la capacité de stockage des alvéoles  
Il est Parfois localisé : un obstacle gêne l'éjection du lait ou lobes non sollicités

On peut le soulager par diverses interventions :  
Chaleur avant la tétée (douche chaude, compresses), Compresses froides après  
Paracétamol  
Masser le sein pour le soulager  
Ne pas espacer les tétées, mais plutôt les rapprocher ou extraire le lait par massage

## **Le canal lactifère bloqué**

Faire la différence avec la lymphangite. On le détecte par une masse douloureuse et une rougeur cutanée sans fièvre. Il se résout spontanément en 24/48 Heures.

### **POURSUIVRE L'ALLAITEMENT**

Penser à mieux drainer (pression autour du canal pendant la tétée, chaleur et repos)

## **La lymphangite (Mastite)**

La lymphangite est une réaction inflammatoire des vaisseaux lymphatiques (rougeur intense, ganglions axillaires), s'accompagnant de fièvres avec un syndrome pseudo-grippal.

### **Ne pas utiliser d'antibiotiques d'emblée, et continuer l'allaitement**

La fièvre disparaît en 24 heures, la douleur en 24/48 heures. La rougeur peut durer une semaine. L'ibuprofène est efficace.

Si on n'a pas d'amélioration après 24 heures, on peut instaurer un traitement antibiotique contre le staphylococcus aureus (Keforal, Céporexine ...) pendant 14 jours.

Pour mieux drainer, positionner le bébé avec le nez en direction de la masse douloureuse

## **Abcès du sein**

C'est une Complication de la mastite infectieuse, avec une Douleur intense et localisée, une Fièvre importante, et un Noyau dur palpable et douloureux

Le Traitement repose sur les antalgiques, le drainage chirurgical et le repos de la mère. Il est possible de Continuer à allaiter du côté sain, et de reprendre après l'épisode infectieux l'allaitement du côté atteint

## **Allaitement et médicaments**

De nombreux médicaments passent dans le lait. Leurs effets sont plus dangereux chez l'enfant parce qu'il possède une moindre capacité métabolique et une plus grande sensibilité.

Ne pas oublier les risques allergiques de certaines molécules même en très faibles quantités (anti-inflammatoires non stéroïdiens, pénicillines, sulfamides.. etc.).

Un traitement mammaire local peut également être toxique

D'autres produits sont susceptibles de modifier la sécrétion lactée (ex. : les diurétiques (-), les neuroleptiques (+), le métoclopramide (+), les dopaminergiques (-), etc.), voire de la supprimer (ex.: la bromocriptine).

## **Conclusion**

Dans bien des cas, c'est le bébé qui est le traitement (position correcte et succion).

En cas de difficultés, l'accompagnement d'une femme qui allaite prend du temps. Il est possible de faire appel à une consultante en allaitement (IBCLC, Leche League ou autres).

## Bibliographie

*The royal College of Midwives*, pour un allaitement réussi, physiologie de la lactation et soutien aux mères, traduit de l'anglais par M.N. Babel-Remy et N.Bogossoglou, Masson, 1998

OMS, Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement, 1999

ANAES, L'allaitement maternel, Mai 2002

*Livres et Brochures de la Leche League*, Allaiter aujourd'hui, revue trimestrielle

*Livres et Brochures de la Leche League*, L'Allaitement, tout simplement, 1997

*Livres et Brochures de la Leche League*, L'Art de l'Allaitement

*Collection Spirale*, No 27, Allaitement Maternel, Eres 2003,

Comité pour la promotion de l'allaitement maternel de l'hôpital Ste Justine, Collection Parents, L'allaitement Maternel

## Sites Internet

[www.reseau-mdam.org](http://www.reseau-mdam.org)

Le réseau des « Mairaines d'allaitement »

[www.lllfrance.org](http://www.lllfrance.org)

Le site de la Leche League France

<http://perso.wanadoo.fr/ipa/>

Site d'information sur l'allaitement

## Consultantes en lactation IBCLC

Charlotte Bodeven

01.30.43.41.02

[c.bodeven@wanadoo.fr](mailto:c.bodeven@wanadoo.fr)

Lea Cohen

01.39.68.10.81

## La Leche League

**Permanence téléphonique nationale** de la Leche League 01.39.584.584

BUC	Britta Boutry Claire Flamarion	01.30.24.52.27	<a href="mailto:bst.boutry@wanadoo.fr">bst.boutry@wanadoo.fr</a>
Saint Quentin	Valérie Noble (Réunions à Voisin le Bretonneux)	01.34.61.41.35	<a href="mailto:valerie.noble@wanadoo.fr">valerie.noble@wanadoo.fr</a>
Elancourt	Carmen Vandabeele	01.30.50.26.71	<a href="mailto:carmen.vandenabeele@wanadoo.fr">carmen.vandenabeele@wanadoo.fr</a>
Rambouillet	Catherine Ragon	01.34.84.06.27	<a href="mailto:annepioz@free.fr">annepioz@free.fr</a>
L'Etang la Ville	Béatrice Deligny Isabelle Chareyre	01.30.80.09.73 01.34.62.51.04	<a href="mailto:MamanLLL@aol.com">MamanLLL@aol.com</a>
Poissy	Nathalie Messe	01.30.06.44.53	<a href="mailto:nath.messe@wanadoo.fr">nath.messe@wanadoo.fr</a>
Orgerus (Houdan)	Christine Petit	01.34.87.31.10	<a href="mailto:v.thibert@free.fr">v.thibert@free.fr</a>