

A close-up photograph of a newborn baby lying on a green towel. The baby is positioned on its side, with its head resting on the towel and its hands near its mouth. The baby's eyes are closed, and it appears to be sleeping or resting. The background is dark and out of focus. The text is overlaid on the image.

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Retour précoce : cas cliniques

Allaitement maternel : cas cliniques

Quel est le message le plus important que vous aimeriez faire passer aux médecins généralistes français?

Gisèle GREMMO-FEGER :



« Se FORMER parce que promouvoir et soutenir l'allaitement maternel n'est pas une affaire de croyance ou d'idéologie et ne devrait pas reposer uniquement sur une poignée de personnes zélées. Soutenir activement l'allaitement pour un médecin généraliste c'est tout simplement faire son métier qui ne consiste pas seulement à assurer un rôle de soins mais aussi d'éducation et de prévention. Parce qu'il a la confiance des familles au travers de l'expertise qu'il incarne, le médecin généraliste est un professionnel clé dont les paroles et les actes ont une influence importante voire déterminante dans la promotion et le soutien à l'allaitement maternel. »

Boris 5 jours

La mère de Boris vous téléphone car la sage-femme est passée le matin et a pesé l'enfant. Il pesait 2,800 kgs le matin alors que le poids de naissance est de 3,100 kgs. Elle allaite à la demande mais son bébé s'endort vite au sein et est très calme. Elle est très inquiète car la sage-femme lui a dit que son enfant risquait la déshydratation. Elle demande votre visite.

Que faites vous ?

Anamnèse ?

Examen clinique ?

Diagnostic ?

Traitement ?

Boris 5 jours

Il est indispensable d'évaluer la situation de Boris le jour-même

Est-il tonique ? Non

Mouille t'il ses langes ? Non

Grossit-il ? Il a perdu 10 % de son poids, ce qui à 5 jours est préoccupant

Comment a t'il été pesé ? (avec/sans lange/body...)

Où se trouve t'il la journée/la nuit ? En proximité? Dans sa chambre ?

La mère connaît-elle les signes que son enfant est prêt à boire ?

Changement de balance=imprécision

Fions-nous à notre impression clinique, méfions-nous des bébés trop calmes

Une évaluation complète de l'allaitement maternel doit être faite (tétées efficaces?)

Insuffisance d'apport Causes ?

- Limitation du nombre/durée des tt
- >> Quantité insuffisante
- BB dort
- TT de nuit=20% des apports
- Non proximité
- TT inefficaces Pq?
- Téterelles, têtes...

Critères + bébé

- 1) Enfant en forme (tonique...)
- 2) Langes (5/6) bien mouillés sur 24 heures (selles chaque jour avant 1 mois)
- 3) Bonne prise de poids



Normes de prise de poids

-de 0 à 4 mois : un petit kg/mois (115 à 225 g/semaine → 15 à 30 g/j)

-de 4 à 6 mois : un petit 1/2 kg/mois (340 à 560 g/mois → 85 à 140 g/semaine)

-de 6 à 12 mois: 1/4 kg/mois (160 à 340 g /mois → 40 à 85 g/semaine)

Madame L et Lilou (2 mois)

Madame L vient en consultation car sa fille Lilou 2 mois a régurgité du lait avec du sang rouge et sa pédiatre est intouchable.

Madame a mal aux mamelons depuis que son bb est sorti du centre des grands prématurés (Liège) (préma de 33 semaines) Elle a arrêté de tirer son lait et Lilou prend le sein.

Quelles questions poser ? Que pouvez-vous observer ?

Hypothèses diagnostiques ? Traitement ?

Crevasses

Douleurs +++

Insuffisance de lait (peur de mettre au sein)

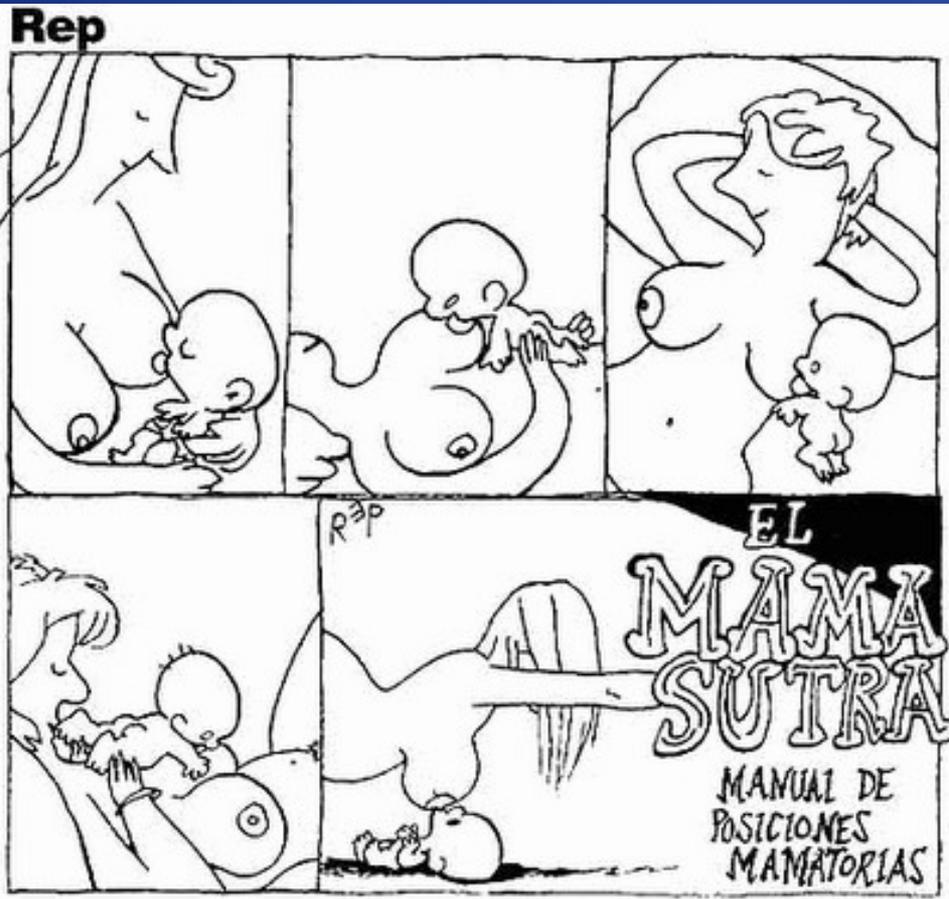
▶ Arrêts précoces (40% <1mois)



Position de l'enfant au sein



Fouissement



Tête défléchie



Bouche grand ouverte



Nez dégagé



Position de l'enfant

- Ventre contre ventre
- Tête dans l'axe du corps
- Tête défléchie
- Bouche grand ouverte
- Menton dans le sein
- Nez dégagé
- Biological nurturing : « position biologique »



Crevasse - Pourquoi ?

- Trop de pression sur le mamelon
- Causes?
 - Mauvaise prise du sein, bouche insuffisamment ouverte
 - Mauvaise position
 - Problème bouche bébé, frein, palais...
 - Hyperlactation



Crevasse = Mauvaise prise du sein

Madame Z et Zoé (10 j)

Madame Z (28 ans) vous consulte car elle a de la fièvre depuis 5 jours et mal partout. Elle est accompagnée de sa fille, qui est son premier enfant qu'elle allaite. Elle a mal en allaitant depuis le début mais « on » lui a dit que cela allait passer.

Anamnèse ? Diagnostics différentiels ? Le plus probable ?

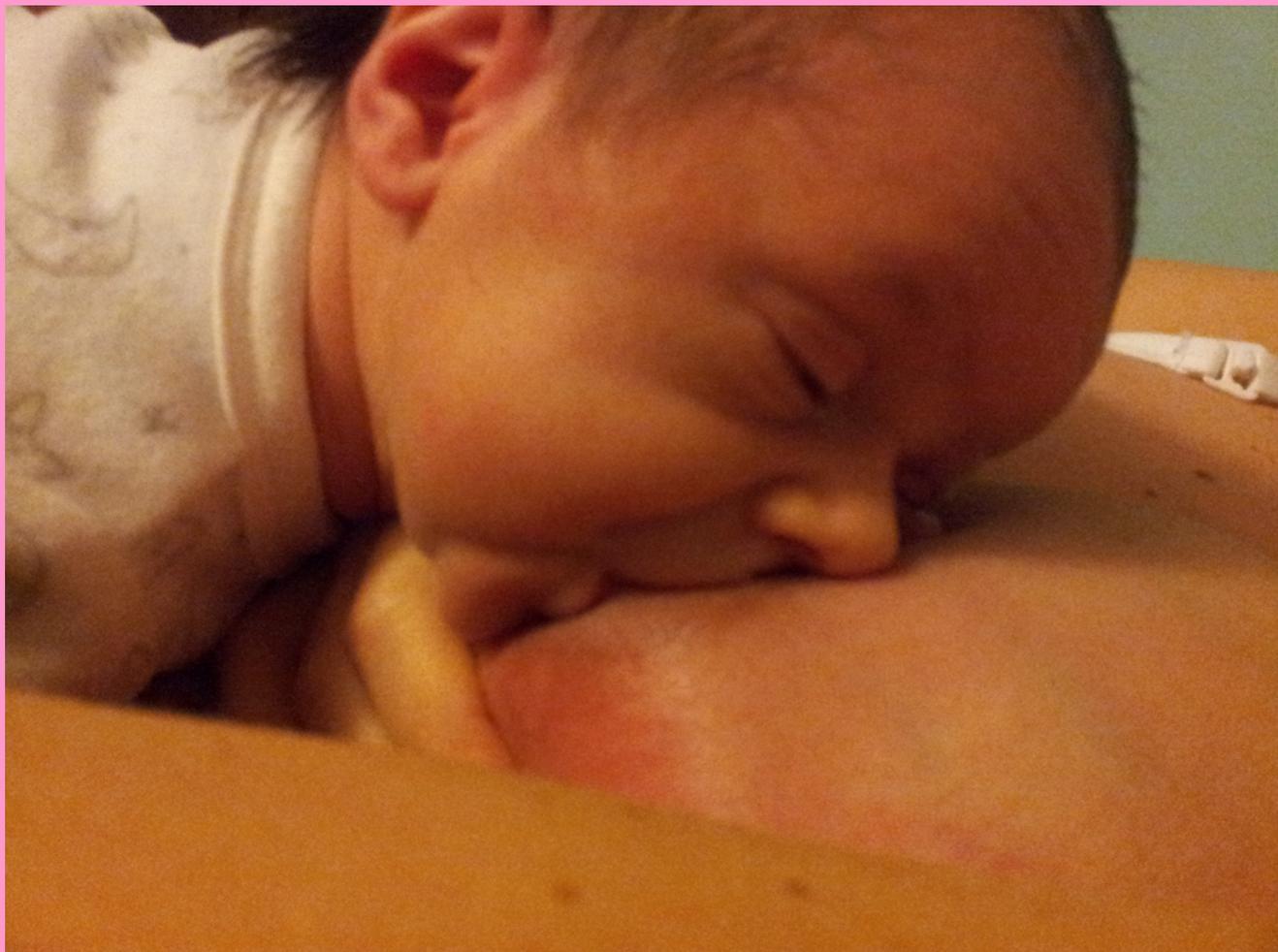
Examen clinique ? Causes ?

Traitement ?

Madame Z et Zoé (10 j)



Madame Z et Zoé (10 j)



Engorgement

- Partiel ou total-stase lactée
- œdème intersticiel
- Subsiste + de 2TT ou 24 heures
- Sein douloureux, rougeur
 - ✦ Prise de sein difficile



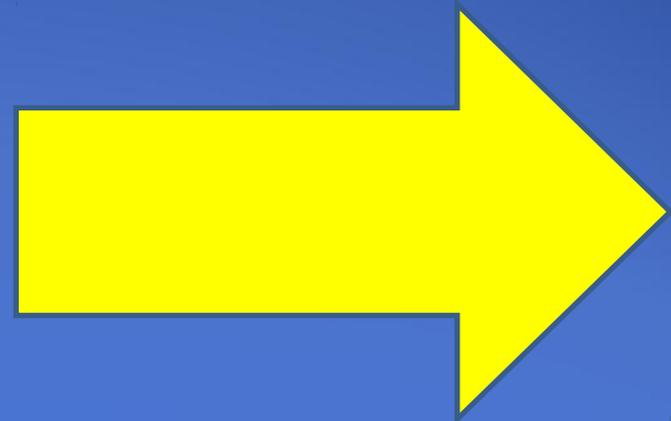
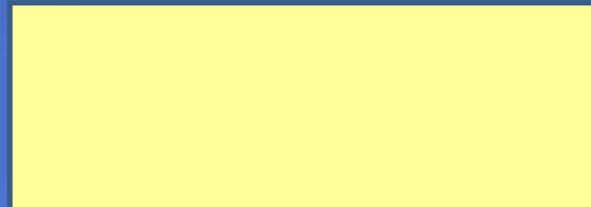
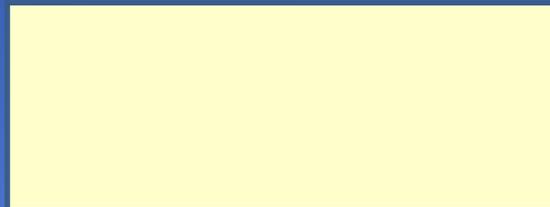
Traitement

- Vider les seins
- Mettre le bébé au sein plus souvent
- Varier les positions
- Massages, application de compresses froides, douches...

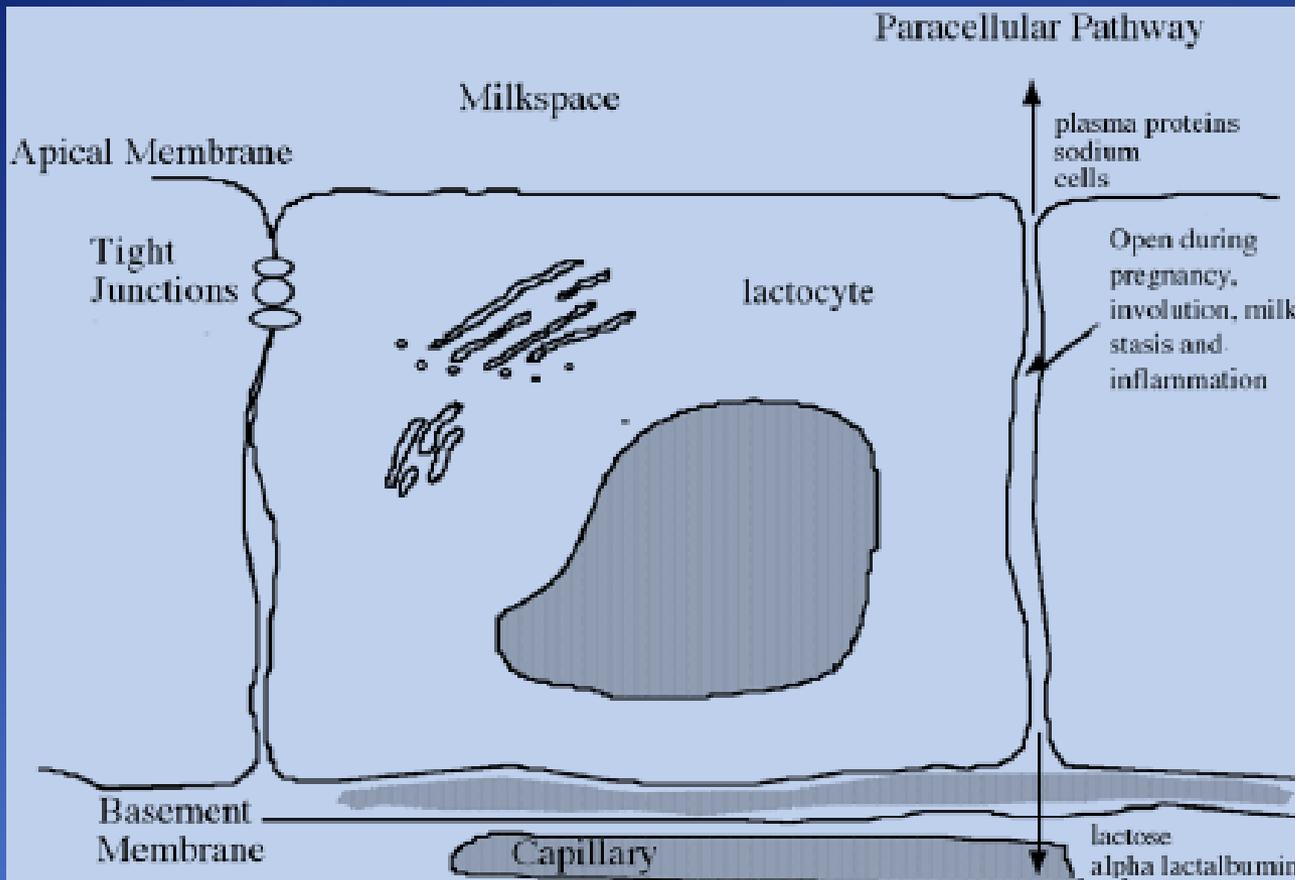
STASE LACTÉE

MASTITE INFLAMMATOIRE

MASTITE INFECTIEUSE



Mastite



Na ++

Cl -

Ig A

Lactoferrine

C.R.P.

Lactose

Glucose



Mastites

Engorgement + symptômes
généraux :

Température - état
grippal- « pas bien »



Mastite: prise en charge

- Soutien moral
- Repos 7 jours
- **Diminuer la stase lactée**
- Anti-inflammatoire = Ibuprofène

- Antibiothérapie ssi symptômes persistent =
 - Flucloxacilline

Température chez une femme qui allaite = exclure une mastite en premier lieu

- ▶ se renseigner sur le bon déroulement de l'allaitement et l'absence de douleurs mammaires

Madame Q et Quentin 7 jours

Madame Q allaite Quentin, 7 Jours. Elle présente une « rage de dents »

Médicaments ?

Soins dentaires ? Injection d'anesthésique local ?

Médicaments et allaitement

Principales conditions de passage dans le lait

Haute concentration dans le plasma maternel

Poids moléculaire bas (< 500 daltons)

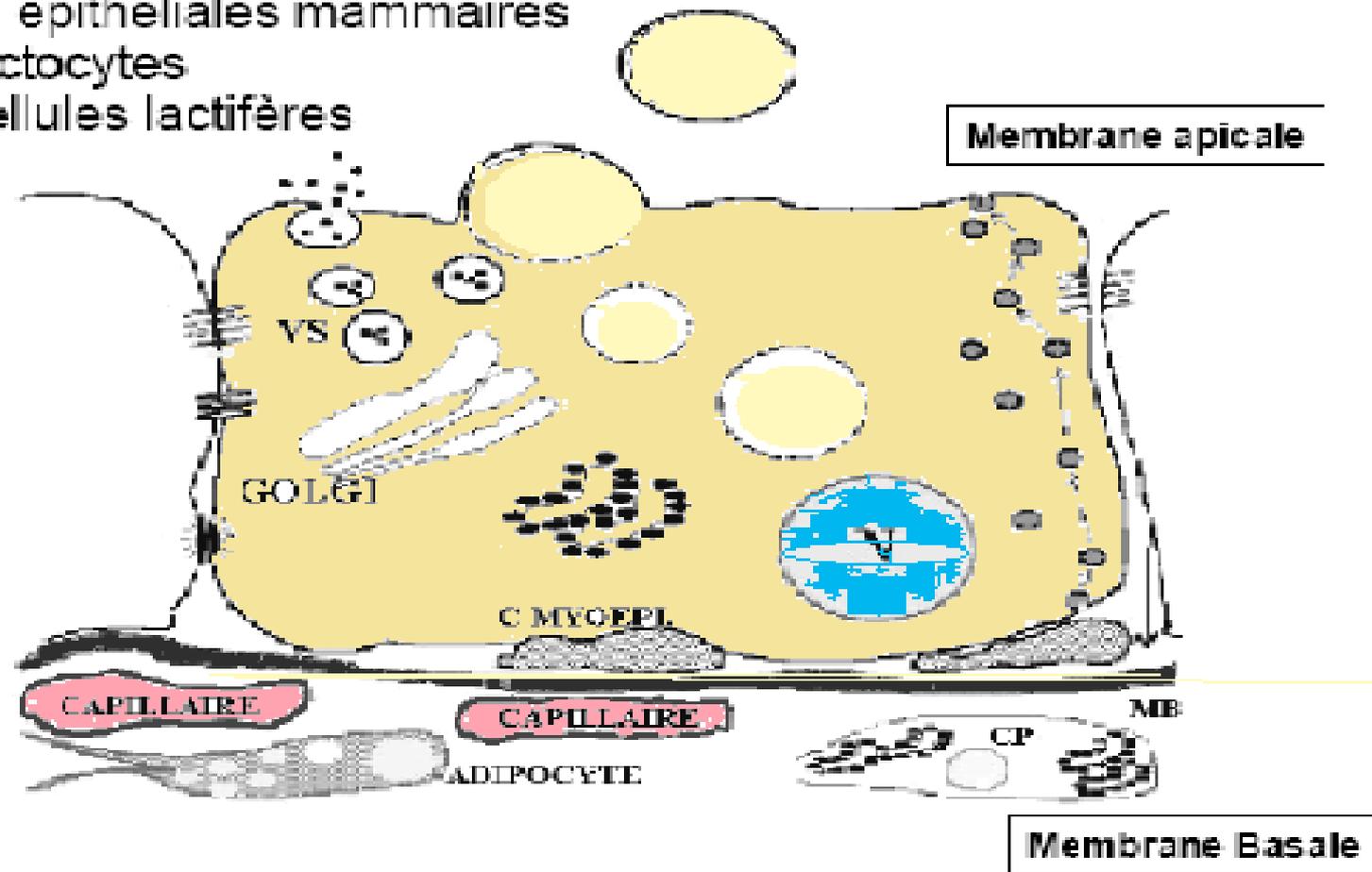
Liaison faibles aux protéines

Molécules liposolubles



Cellule alvéolaire

- = c. épithéliales mammaires
- = lactocytes
- = cellules lactifères



DJULHAM GGF

Medications and Mother's Milk (Hale)

- L1 sans danger
 - *Ibuprofène, amoxicilline, floxacilline,*
 - *dompéridone, budesonide...*
- L2 quasi sans danger
 - *Fluoxétine, citalopram, miconazole,*
 - *agents radio-opaques...*
- L3 danger modéré
 - *Naproxen, ethinyl estradiol, aspirine,*
 - *progesterone, alcool...*
 - .
- L4 hasardeux
 - *Lindane, éphédrine, iode radioactif*
 - ...
- L5 contre-indiqué.
 - *Chimio anticancéreuse, immunosuppresseurs,*
 - *pseudoéphédrine*



CYBELE



RETOUR

Index

ibup|

⊖ **Ibuprofène (systémique)**

ibuprofène (systémique)

⊖ **Ibuprofène (us. topique)**

⊖ **Ibuprofène IV néonate**





[Classe](#) : /douleur et inflammation/AINS/non COX2-sélectifs

Composant	pré	0-3	4-6	7-9	péri	Allaitement
Ibuprofène (voie orale, rectale)	(non)	non	(non)	(non)	(non)	oui

[Interprétation](#)

[Préconception](#)

[Grossesse](#)

[Allaitement](#)

• **Informations relatives à l'homme**

[Fertilité](#)

EN PRATIQUE

L'utilisation ponctuelle ou chronique d'ibuprofène est formellement contre-indiquée à partir du début du 6ème mois de grossesse (24 SA), quelle que soit la voie d'administration.

• En prévision d'une grossesse

- Dans la mesure du possible, on arrêtera le traitement dès le début de la grossesse (cf. **Etat des connaissances**).
- On pourra avoir recours à d'autres **antalgiques** ou aux **corticoïdes**.

• Traiter une femme enceinte

- Jusqu'au début du 6ème mois (24 SA) : on évitera si possible la prise chronique d'ibuprofène (cf. **Etat des connaissances**).
- Au-delà du début du 6ème mois (24 SA) : l'utilisation d'ibuprofène est formellement contre-indiquée, quelle que soit la voie d'administration (cf. **Etat des connaissances**).
- On pourra avoir recours à d'autres **antalgiques** ou aux **corticoïdes**, quel que soit le terme de la grossesse.

• Découverte d'une grossesse pendant le traitement

- **Rassurer** la patiente quant au risque malformatif de l'ibuprofène.
- Jusqu'au début du 6ème mois (24 SA) : on évitera si possible la prise chronique d'ibuprofène (cf. **Etat des connaissances**).
- Au-delà du début du 6ème mois (24 SA) : l'utilisation d'ibuprofène est formellement contre-indiquée, quelle que soit la voie d'administration (cf. **Etat des connaissances**).
- On pourra avoir recours à d'autres **antalgiques** ou aux **corticoïdes**, quel que soit le terme de la grossesse.

• Allaitement

- La quantité d'ibuprofène ingérée par le lait est très faible : l'enfant reçoit moins de 1% de la dose pédiatrique usuelle (20 à 30 mg/kg/j).
- Dans la littérature, aucun événement particulier n'est signalé parmi une vingtaine d'enfants allaités de mères sous ibuprofène.
- Par ailleurs, le recul d'usage de l'ibuprofène en cours d'allaitement est important.
- Au vu de ces données, l'utilisation de l'ibuprofène est possible en cours d'allaitement, quelle que soit la voie d'administration.

Sites de références

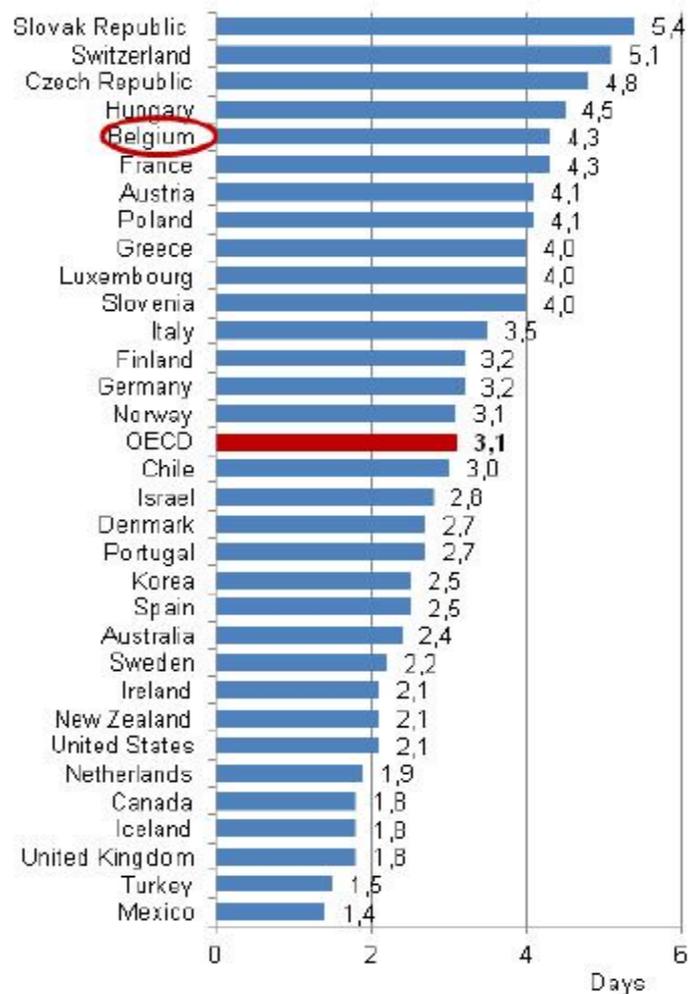
CYBELE :https://www.cybele.be/CybeleF/#t=introfr%2Fintroz_w_f.htm

LECRAT :<https://lecrat.fr/medicament.php>

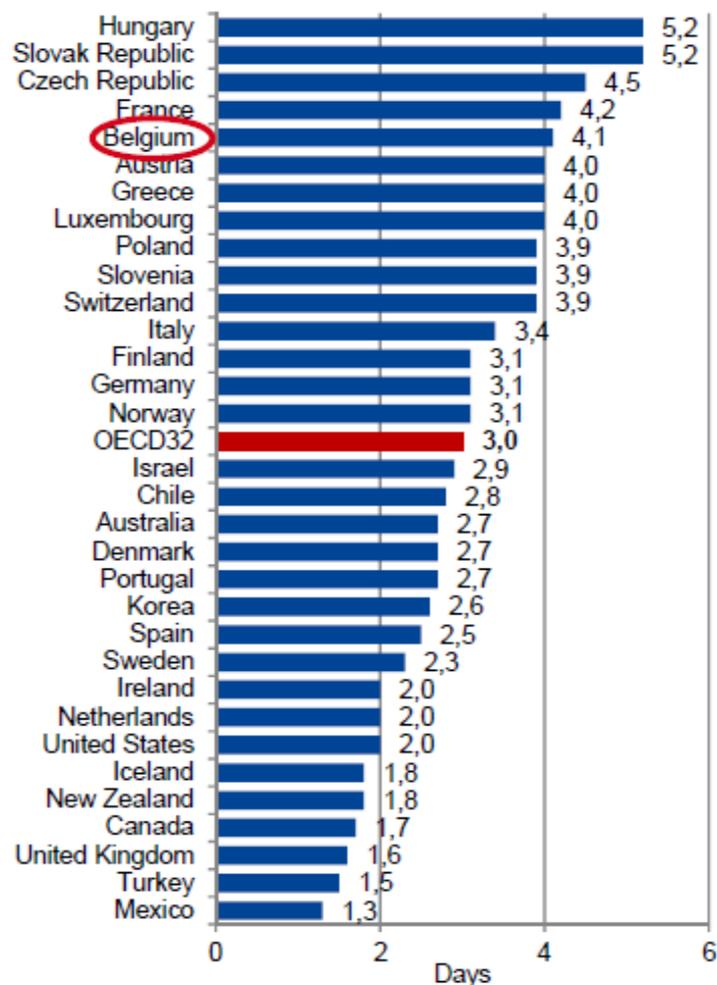
TOXNET(anglais) <https://toxnet.nlm.nih.gov>

Durée de séjour en maternité

Figure 1 – Average length of stay for normal delivery, 2009 and 2011 (or nearest year) ^{6, 12}.



Source: OECD, 2011, Health at a Glance 2011



Source: OECD, 2013, Health at a Glance 2013

Signes d'appel

Bébé

- Température > 38°
- Pleurs+++
- Dort+++
- Déshydratation (langes!)
- Pâleur-cyanose
- Refus d'alimentation
- Vomissements en jet
- Ictère important

Mère

- Température > 38°
- Rougeur sein + malaise + T°
- Métrorragies
- Céphalées violentes
- Mollet gonflé
- Dyspnée
- Fils qui lâchent
- Baby blues persistant

Principaux problèmes chez la mère

Complications mammaires

Mamelons douloureux (crevasses)

Congestion physiologique-montée laiteuse

Engorgement

Mastite

Abcès

- Risques thrombo-emboliques (10000/an en Belgique (X20 en pp)
 - Thrombose veineuse profonde
 - Embolie pulmonaire
 - Thrombophlébite pelvienne
 - Thrombose hémorroïdaire
 - ==>écho-scanner-IRM
- (D Dimères non car tjrs augmentés en pp)

Principaux problèmes chez la mère

- Hémorragies (48 h, normal) pertes 4 semaines
Hémorragies secondaires/Anémie
- Baby blues (pleurs, irritabilité, anxiété) dure moins d'un mois sinon dépression postnatale
- « 4ème trimestre »
- «tranchées » contractions (ocytocine) 36 heures
- Lombalgies
- Douleurs pelviennes/Episiotomie

Principaux problèmes chez la mère

- Céphalées suite à péridurale
- Incontinence urinaire à l'effort, évolution généralement favorable
- Incontinence anale(déchirure sphincter)

Infections

- Urinaires
- Seins
- Sur cicatrices
- Puerpérale (endométrite, annexes)

Epidémiologie (variabilité+++suivant études et pays)

- Douleurs périnéales -avec épisiotomie:100 %
-sans 20 à 67% au 7ème jour pp
- Baby blues max au 5è j > 50 %
- Crevasses/douleurs mamelons de 7 à 50 %
- Mastites 11 à 33 %
- Dépression post natale 10 à 20 %
- Hypertension 5 %
- Infections urinaires 1,5% VB, 2,8%(césarienne)
- Hémorragies secondaires 1 %

Principaux problèmes chez l'enfant

Perte de poids (7% physiologique). Reprise de poids à partir du 3ème jour. Retour au poids de naissance dans les 15 jours.

Ictère néonatal physiologique (3 j à 15 j) ou lié à l'allaitement maternel (jusqu'à 1 mois et parfois plus). Majoré si apports insuffisants

Infection materno-foetale (streptocoqueB) hospitaliser si $T^{\circ} > 38$ bb de moins de 2 mois

Principaux problèmes chez l'enfant

- Malformations digestives
- Malformations cardiaques graves non décelées in utero ni à la naissance, qui vont se révéler à la fermeture du canal artériel==>cyanose et DC
- Infection du cordon ombilical
- Troubles liés aux hormones-
 - pertes de sang « de privation »chez petite fille
 - acné du nourrisson

Principaux problèmes chez l'enfant

-Autres infections: herpès génital maternel-

risque pendant 14 jours

-Déshydratation = cause de réhospitalisation d'un NN allaité

risque de 0,6 à 2,1/1000

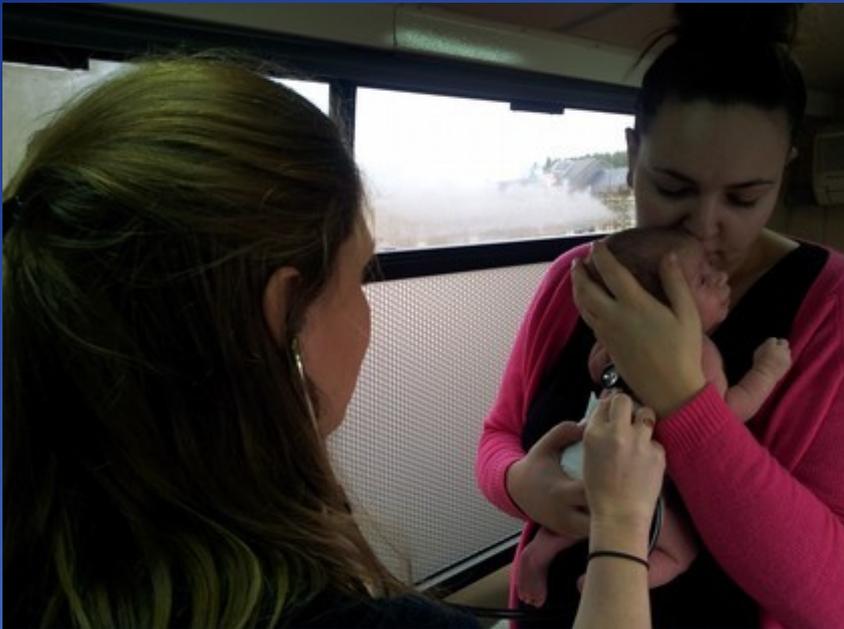
Soif, fontanelles creuses, muqueuses sèches, ictère, pli paresseux, T°...

Oligurie (langes!)

Les nouveaux-nés

- Anamnèse parentale
- Dyade mère-enfant
- Examen du nouveau-né et bébé : garder le lien visuel et auditif
 - Sans pleurs
 - Sans stress
- Stress des nouveaux parents

Examen du NN



Enfant endormi, calme, au sein, dans les bras ...

Contact visuel, auditif (et toucher) avec la mère

Respect de la sphère orale

Sphère orale=1ère étape du développement psychomoteur

-alimentation

-plaisir oral

-langage

-attachement à sa mère

-motricité...

Examen en douceur de la bouche

Surveillance du bb

Éviter de peser tous les jours

Peser dans les mêmes conditions (lange? body?)

Éviter de peser avant/après une tt (variabilité de 0 à 200 ml à 1 mois) car source de stress+++

Attention si...

- Seins restent tendus après tt
- Engorgements fréquents
- Signes de mauvaise prise du sein
 - Mamelons irrités
 - Peau abîmée
- Mère supporte mal les tt
 - Contrôle la fréquence
 - Énervée
 - Introduit des compléments de LA
 - Parle d'arrêter...

HABITUDES(mauvaises...)

Réflexions s/ le physique

« allaiter c'est facile ! c'est naturel ! »

Compléments

Séparation mère / enfant

Horaires & règlements

Régimes alimentaires

Conseils contradictoires

Anamnèse PP

- Accouchement
 - Césarienne ?
 - Péridurale ?
 - Episiotomie ?
 - Déchirure ?
 - Température ?
 - Douleurs bas-ventre ?
 - Lochies ? Quantité ? Couleur ? Odeur ?
 - Incontinence ?

Anamnèse

- Comment se passe l'allaitement /alimentation
 - Rythmes
 - Proximité
 - Nuits
 - Croissance bb
 - Allaitement à l'éveil
 - Urines/selles
 - Aide conjoint/famille...

THM Retour précoce

Une mère ET un bébé : « dyade »

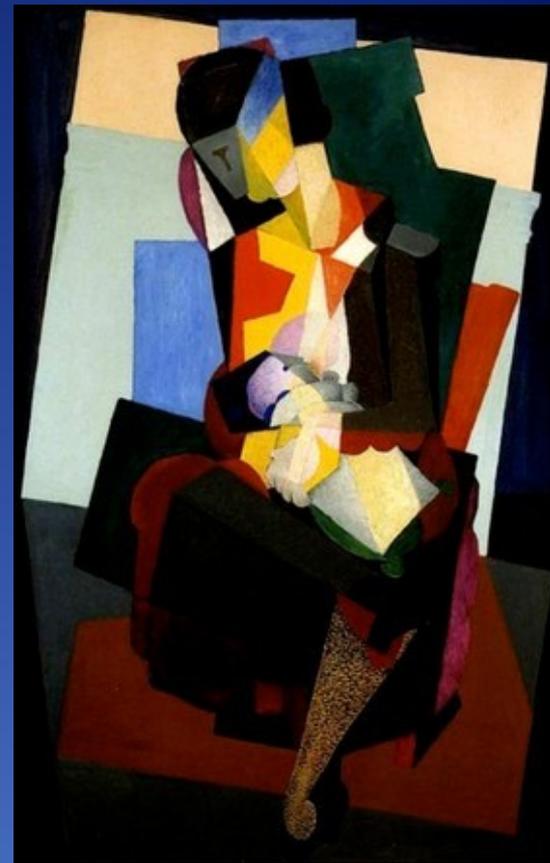
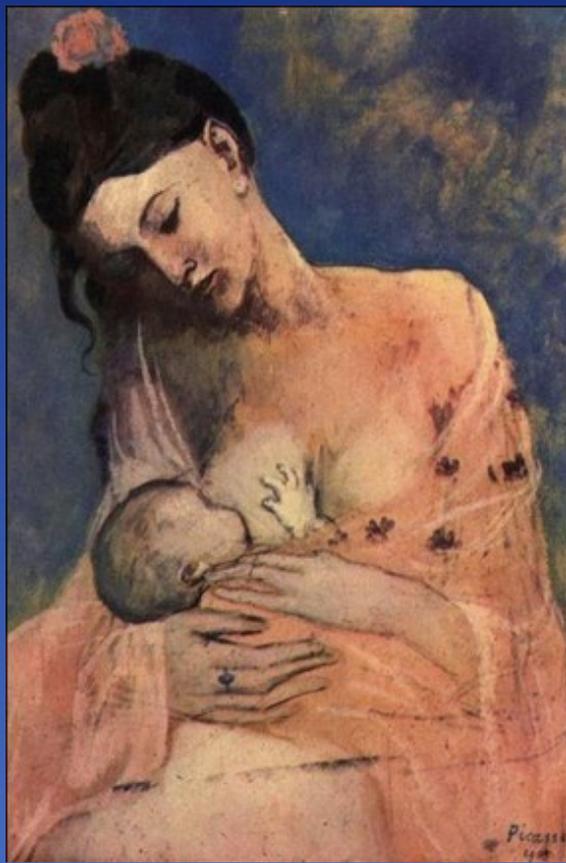
Post partum:risque accru de problèmes de santé chez
patientes jeunes

Nouveau-né en proximité avec sa mère-Allaitement à
encourager+++

Rôle fondamental du père

THM Allaitement

- Allaitement à l'éveil, sans limitation de nombre et de durée ou d'espace entre deux tétées
- Encourager les mères+++dès la grossesse
- Insuffisance de lait est réversible et souvent provoquée par mauvaise conduite de l'AM
- Beaucoup de médicaments sont compatibles avec l'allaitement



Des questions?

A close-up photograph of a baby's face, showing the eyes, nose, and mouth. The baby has dark eyes and is looking slightly to the right. The text "Cas Cliniques retour précoce" is overlaid in a bold, red font across the center of the image. The background is a solid red color.

Cas Cliniques retour précoce

Madame A et Arthur 7 jours

Madame A est sortie de la maternité il y a 3 jours mais n'en peut plus. Elle allaite son premier enfant (Arthur, 7 jours) mais est épuisée. Le bébé pleure tout le temps. Elle vous demande comment arrêter tout cela...

Anamnèse ?

Que pouvez-vous observer ?

Comment aider cette mère en pleurs ?

Madame A et Arthur

Projet d'allaitement ?

Proximité ?

Pourquoi pleure un NN?

Aide du père et de l'entourage ?

- Attitude ?
- Signes chez l'enfant ?
- Environnement ?
- Écouter
- Encourager/féliciter
- Rythmes de l'enfant
- Gestion des temps de repos

Madame R et Ryan (8 jours)

Madame R (30 ans) allaite son petit Ryan de 8 jours (premier enfant) mais cela est très difficile. Elle a mal en allaitant et a l'impression que son enfant a tout le temps faim. Il grossit normalement. Sa mère a proposé de le prendre quelques heures pour qu'elle puisse se reposer. Elle vous demande votre avis.

- Qu'en pensez-vous ?
- Anamnèse ?
- Que proposer pour aider cette mère ?

Variabilité

- du nombre de tétées (4 à >20)
- de la durée d'une tétée
- de l'espace entre deux tétées (4' à 10h58...)
- de la quantité de lait ingéré lors d'un repas (de 0 à 240 g moyenne $73 \pm 12,6$)

Madame D et Dora (3semaines)

Madame D vient en consultation de contrôle. Sa fille de 3 semaines (Dora)-née par césarienne- pesait 4 Kgs à la naissance et pèse actuellement 3,9Kgs.

Elle allaite mais sa fille s'endort souvent au sein et fait déjà ses nuits.

Elle met des bouts de sein en silicone car elle a des crevasses depuis la naissance.

Elle est très découragée car le médecin lui a dit qu'elle n'avait pas assez de lait et a prescrit 60 ml de lait artificiel après chaque TT.

Madame I et Inès et (3 semaines)

Madame I vous téléphone en sanglotant car elle n'en peut plus. Elle a déjà raté son premier allaitement et sa fille de 3 semaines pleure sans cesse. Elle ne se calme que quand elle est « pendue à sa poitrine ». Et pourtant elle a beaucoup de lait...

- Que faire en premier lieu ?
- Anamnèse ?
- Hypothèses diagnostiques ?
- Comment aider cette mère ?

Madame I

- En premier lieu ? L'écouter et lui donner un rendez-vous !
- Causes d'échec du premier allaitement ?
- Connaissance des rythmes et signes chez le bébé ?
- Évaluation de la situation ? Situation familiale ?
- Proximité ? Hyperlactation ?
- Baby blues ?
- Stop allaitement et frustration
- Troubles de l'attachement
- Dépression post partum (> 1 mois)

Madame U(31 ans) et Ulric(7j)

Madame U (31 ans) allaite son fils de 7 jours (Ulric). Elle consulte car elle a terriblement mal aux mamelons chaque fois qu'elle met l'enfant au sein. Les douleurs subsistent après la tétée. A l'examen du sein, on constate des crevasses à la base des deux mamelons.

Qu'en pensez-vous ?

Anamnèse ?

Quel traitement ?

Madame Yz et Yanis (6 jours)

Madame Yz vous consulte car elle est inquiète. Son bébé (Yanis, 6 jours) dort tout le temps. Elle l'allaite mais les tétées ne durent que quelques minutes. C'est son deuxième garçon et le premier pleurait beaucoup, dormait peu et tétait souvent pendant 40 minutes. Elle se demande si c'est normal que celui-ci dorme autant et boive si rapidement. Son bébé a déjà repris son poids de naissance (3,200 kgs).

Anamnèse ?

Examen clinique ?

Rythme des tétées et durée ?

Leila 4 jours

Leila 4 jours

La mère de Leila est sortie de la maternité la veille. Elle vous appelle en catastrophe car elle a remarqué que le lange de sa fille était « rempli de sang ».

Quelles questions poser ? Examen clinique ?

Diagnostic le plus probable ? Causes ? Traitement ?

Valentin 5 jours

La mère de Valentin vous téléphone car elle a remarqué que les selles de Valentin étaient redevenues noires. Elle vous demande si c'est normal. Son bébé est allaité et va bien. Il n'a pas de température.

- Anamnèse ?
- Examen clinique ?
- Diagnostic ?
- Traitement ?

Valentin 5 jours

- -5 jours
- -allaité
- -selles noires
- -né à 36 semaines
- -bon état général

Madame V et Valentine

Madame V a accouché il y a 7 jours d'une petite Valentine. Elle a bientôt 30 ans et son conjoint a organisé une fête avec tous leurs amis pour cette occasion. Elle ne boit que très rarement et n'a pas bu une seule goutte d'alcool depuis deux ans. Elle vient en consultation avec son mari qui vous demande si elle peut quand même boire un verre de champagne ce soir -là...

Qu'en pensez-vous ?

Passage de l'alcool dans le lait maternel ?

Quelles solutions ?

Madame V et Valentine



Aloïs 6 jours

Les parents d'Aloïs vous appellent en visite à domicile car leur bébé respire mal. Il a la nez bouché. Il est allaité exclusivement. La mère a remarqué des petits grains rosés dans le linge « comme du tapioca ». Elle se demande si c'est du sang.

Anamnèse ?

Examen clinique ?

Diagnostic ?

Traitement ?

Gaston 10 jours

La mère de Gaston vient en consultation car son fils a attrapé des boutons sur le visage. Elle est très inquiète bien que l'infirmière qui passe à la maison lui ait dit que cela n'était rien.

Anamnèse ?

Diagnostic le plus probable ?

Causes ?

Traitement ?

Gaston

-10 jours

-né à terme

-éruption



Leila 4 jours

Leila 4 jours

La mère de Leila est sortie de la maternité la veille. Elle vous appelle en catastrophe car elle a remarqué que le lange de sa fille était « rempli de sang ».

Anamnèse ? Examen clinique ?

Diagnostic le plus probable ? Causes ? Traitement ?

Omar, 12 heures

Omar est né le matin même. Son père vous téléphone de la maternité car son fils a été retiré de la chambre maternelle et placé en néonatalogie.

Pourtant le bébé est né à terme et on lui a dit qu'il allait bien.

La mère a reçu un médicament pour empêcher la montée laiteuse.

Madame est porteuse de l'hépatite B. Elle est originaire du Niger et a allaité son premier fils 15 mois. Elle pleure depuis que son fils lui a été retiré. Il vous demande de les aider

Votre avis ? Anamnèse ?

Risques de contamination du lait maternel ?

Comment aider ce couple ?

Madame W (29ans) et William 3 mois

Madame W (29 ans) vous consulte car son bébé de 3 mois (William) a perdu 150 g en 15 jours. Il dort beaucoup depuis quelques semaines. Elle allaite et donne en plus 60 ml de lait artificiel après chaque tétée depuis la dernière consultation pédiatrique, sans amélioration.

Elle a pris un congé parental de 9 mois pour pouvoir allaiter le plus longtemps possible. Elle est très inquiète.

Anamnèse ?

Causes de perte de poids à 3 mois ?

Diagnostic différentiel ?

Examen clinique ?

Traitement ?

Madame W (29ans) et William 3 mois

bb dort beaucoup depuis 15 jours

Pourquoi ?

Perte de poids de 150 g

Tonus ? Langes ? Oligurie ? Déshydratation ?

==>Insuffisance d'apport

= Insuffisance de lait secondaire

Pourquoi ???

Insuffisance de lait ?

de 0 à 3/4 mois : 115 à 225 g/semaine → 15 à 30 g/j

-de 4 à 6 mois : 340 à 560 g/mois → 85 à 140 g/semaine

-de 6 à 12 mois : 160 à 340 g /mois → 40 à 85 g/semaine

Insuffisance d'apport: Causes ?

- Limitation du nombre/durée des tt
- >> Quantité insuffisante
- BB dort
- TT de nuit=20% des apports
- Non proximité
- TT inefficaces Pq?
- Téterelles, têtes...

Insuffisance de lait ?

- Le plus souvent secondaire et due à une mauvaise conduite de l'allaitement maternel
 - Mauvais conseils
 - Introduction de lait artificiel
 - Non respect des rythmes de l'enfant
 - Pas/plus de proximité ► disparition des tétées de nuit

Augmenter la lactation ?

=Relactation

- Augmenter le nombre et la durée des tt
- Tirer le LM en dehors des tt et le rendre au bb
- Supprimer le LA dès que possible
- Surveiller le tonus
- Contrôler les langes
- Contrôler le poids (dans les mêmes conditions que pédiatre ou ONE)

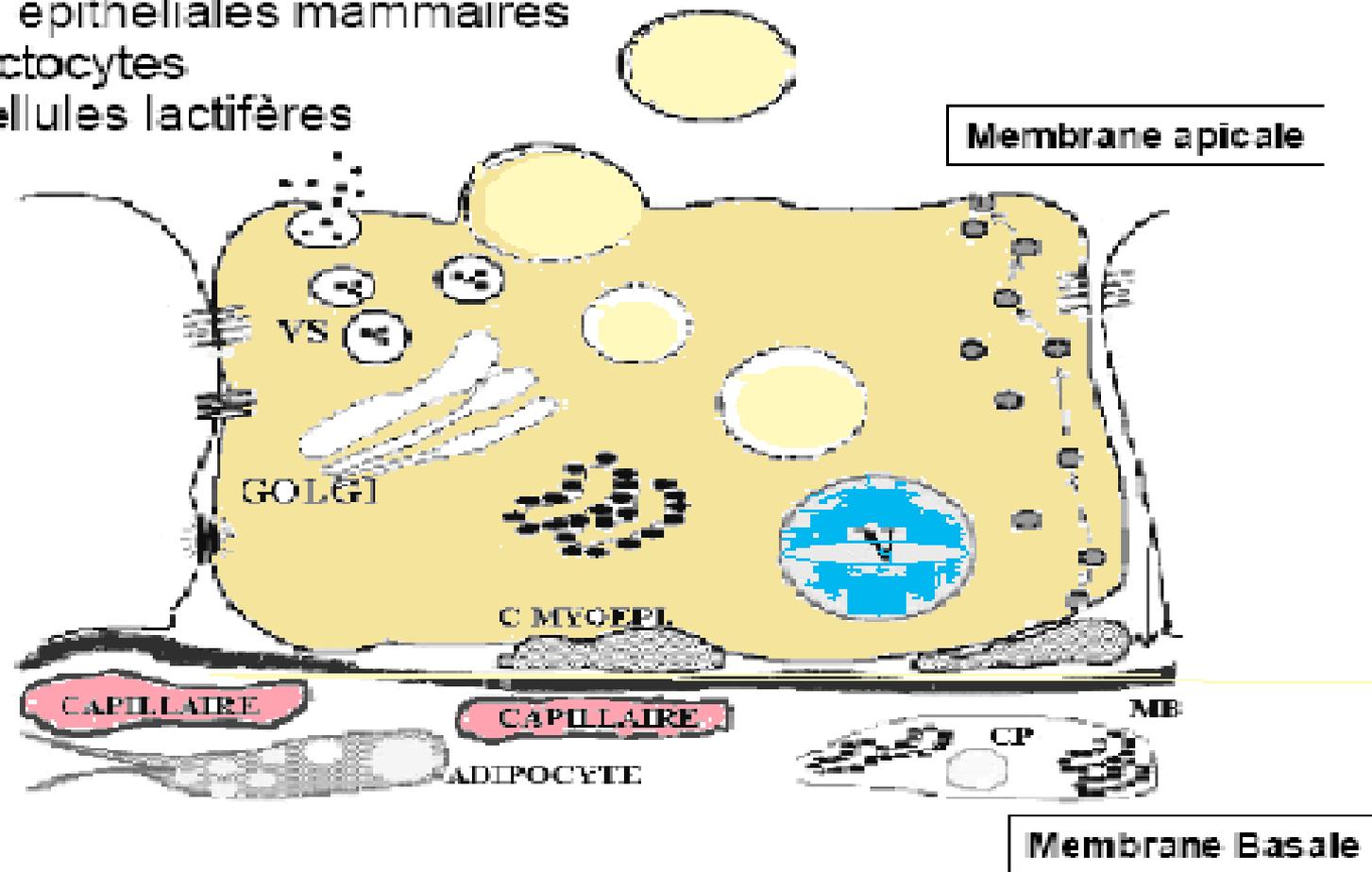


IMPACT OBSTÉTRICAL

- « mise au sein » retardée ==> inhibition autocrine
- césarienne ==> absence de stimulation ocytocyque
- césarienne en urgence => idem + stress
- prématurité ==> lactogenèse I pas terminée
- induction & péridurale ==> excès hydrique et interférence hormonale

Cellule alvéolaire

- = c. épithéliales mammaires
- = lactocytes
- = cellules lactifères



Retour précoce

Dépistage auditif

- par analyse des oto-émissions acoustiques entre J1 et J2 en maternité
- par bilan ORL en cas de facteurs de risque par potentiel évoqué auditif
⇒ s'assurer que le test est réalisé et normal

Retour précoce

« Guthrie » « entre le 3^e et 5^e jour de vie » - dépiste la
phénylcétonurie_
hypothyroïdie
Galactosémie
Mucoviscidose (et autres maladies rares...)

→ S'assurer de la réalisation du test

= Promotion de la santé publique

Avantages pour la mère	Avantages pour le bébé
↙ Risque de cancer du sein et de l'ovaire	↙ Risque infections respiratoires et otites
↙ Anémie du pp	↙ Risque gastro-entérites
↙ Risque d'ostéoporose	↙ Risque de mort subite
↙ Risque diabète	↙ Risque d'obésité
↙ Risque de dépression du post partum...	↙ Risque maladies inflammatoires de l'intestin (?) et cardio-vasculaires...
➔ Attachement	

Projet d'allaitement ?

- Allaiter ou pas ?
- Tétée de bienvenue ?
- Durée souhaitée ?
- Réussir son allaitement = dépasser la durée imaginée



Anatomie



Structure externe

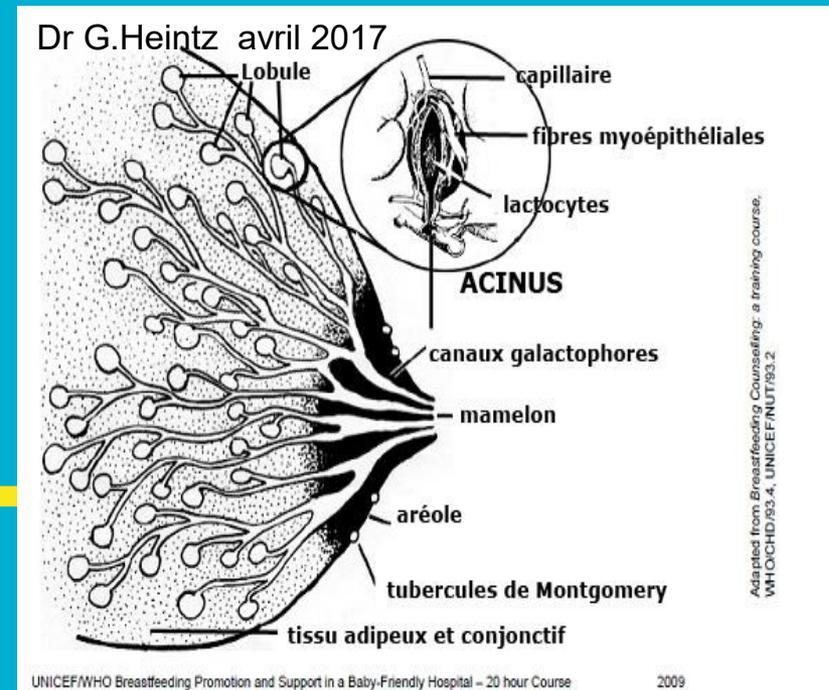
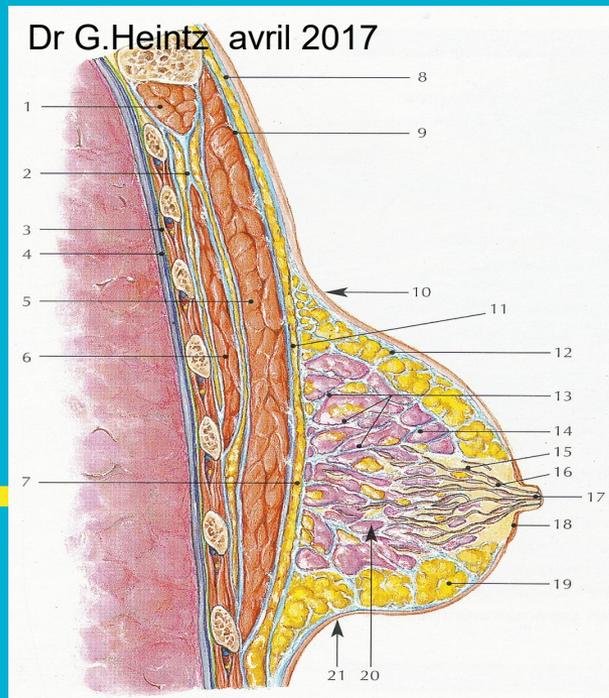
- Peau (soutien principal)
- aréole-glandes sudoripares
- glandes sébacées : tubercules de Montgomery
- mamelon-dimension et forme variables

Structure interne

- Tissu glandulaire
- Travées conjonctives
- Tissu adipeux

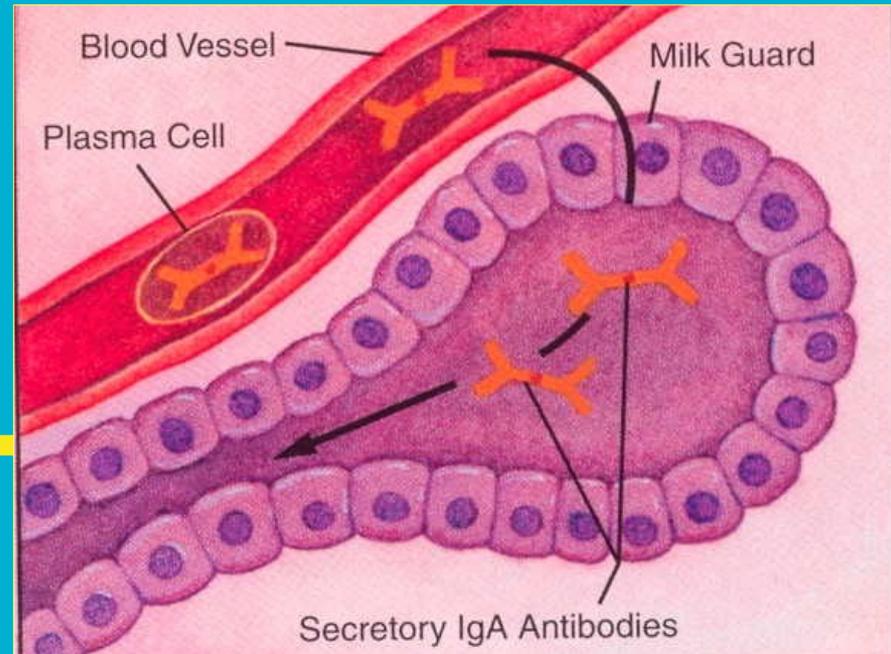
Anatomie

- Glande en grappe : lobes > lobules > acini/alvéoles
- Grande variabilité anatomique
- Canaux galactophores convergents > canaux principaux vers le mamelon par des trajets **sinueux** et s'ouvrent au sommet du mamelon par des **pores** (4 à 18, moyenne 9)



Lobule mammaire

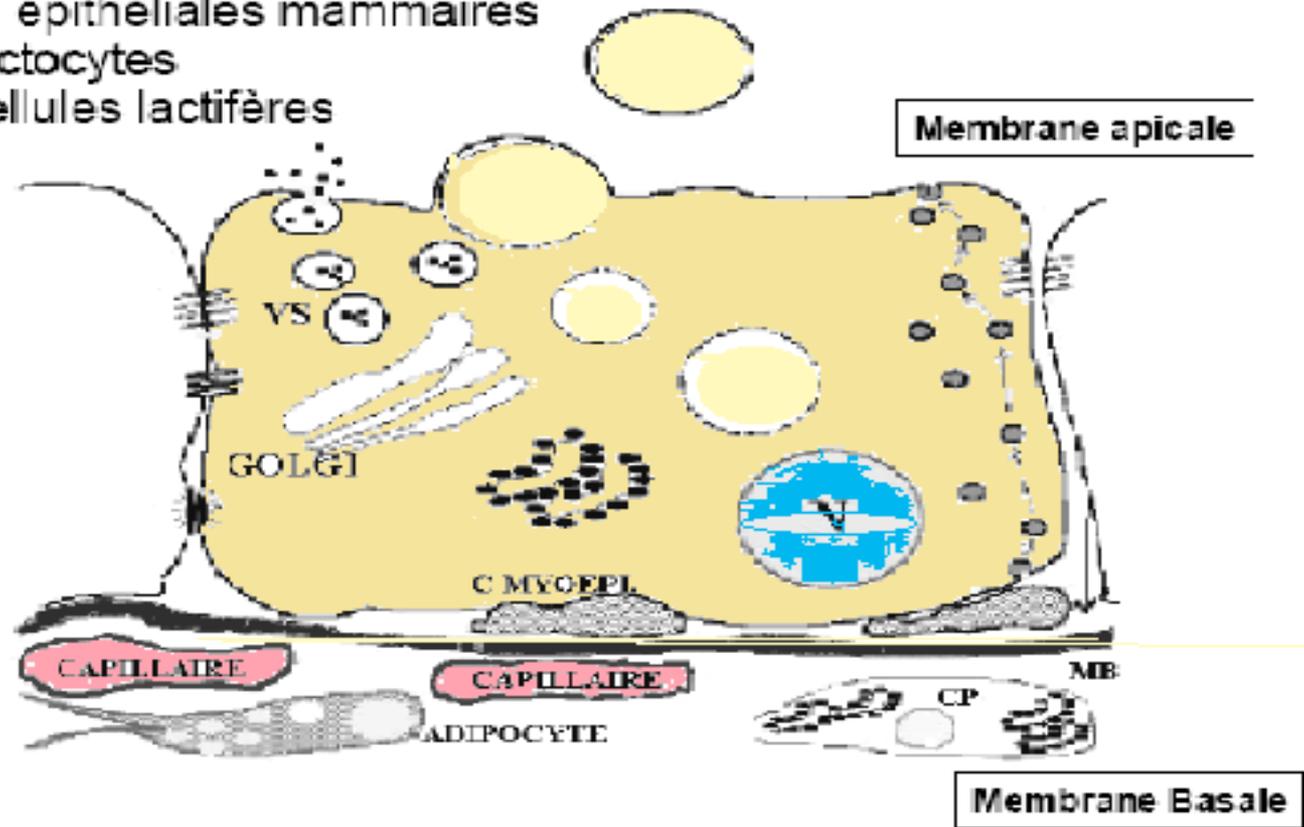
- Chaque lobule contient 10 à 100 alvéoles
- Une alvéole mesure 0,12 mm de diamètre
- Chaque alvéole est tapissée par une simple rangée de cellules épithéliales



3) Physiologie

Cellule alvéolaire

- = c. épithéliales mammaires
- = lactocytes
- = cellules lactifères



DIULHAM GGF

Composition du lait maternel (70cal/100ml)

Le lait maternel évolue avec les besoins du bébé

- Eau 87 %
- Lactose (galactose+glucose):65 à 75g/l
- Lipides 3,5g/l (triglycérides98%-phospholipides-cholestérol-acides gras essentiels...)
- Protéines 3g/l(lactoferrine=leurre pour pathogènes),IgG, IgA...
- Vitamines
- Hormones (Insuline...)
- Leucocytes
- Enzymes (lipase...)
- Oligoéléments...
- Plus de 300 composés bio-actifs répertoriés...

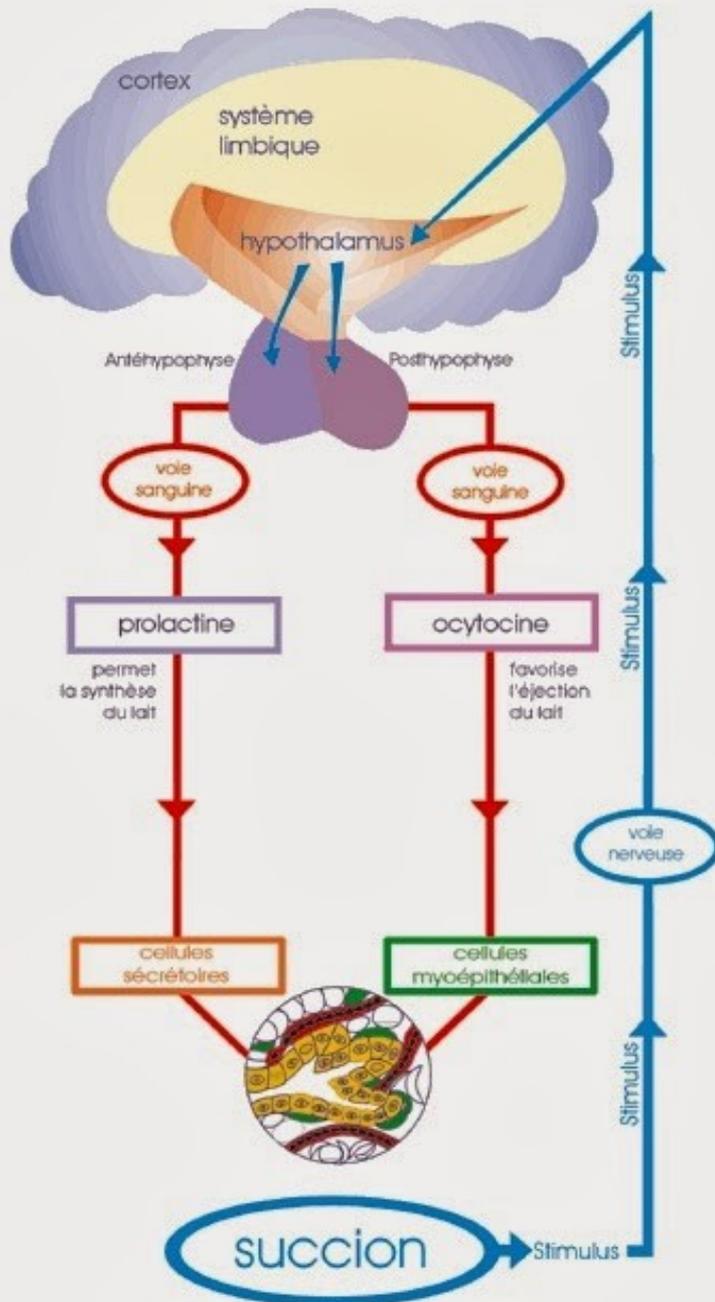
2) Physiologie

Lactogenèse I	Lactogenèse II ou « montée de lait »	Lactogenèse III
<p>Jonctions serrées ouvertes => Colostrum riche en IgG, IgA, IgM...et en sels minéraux → pertes hydriques ↙</p> <p>Petits volumes</p> <p>Selles = méconium</p>	<p>Fermeture des jonctions serrées (Délivrance ==>↓progestérone) => synthèse de lait Congestion possible des seins jusqu'à 6 semaines</p> <p>Production ↗ en fonction des besoins</p> <p>Selles jaunes/vertes</p>	<p>Seins en permanence souples (comme avant la grossesse)</p> <p>Régulation autocrine : La vidange des seins ↗ quantité</p> <p>Grande variabilité dans le nombre des tétées et le rythme (Syndrome des selles rares)</p>

Régulation de la production du lait

A) Régulation neuro-endocrine

B) Régulation autocrine: régulation locale en fonction du degré de remplissage du sein

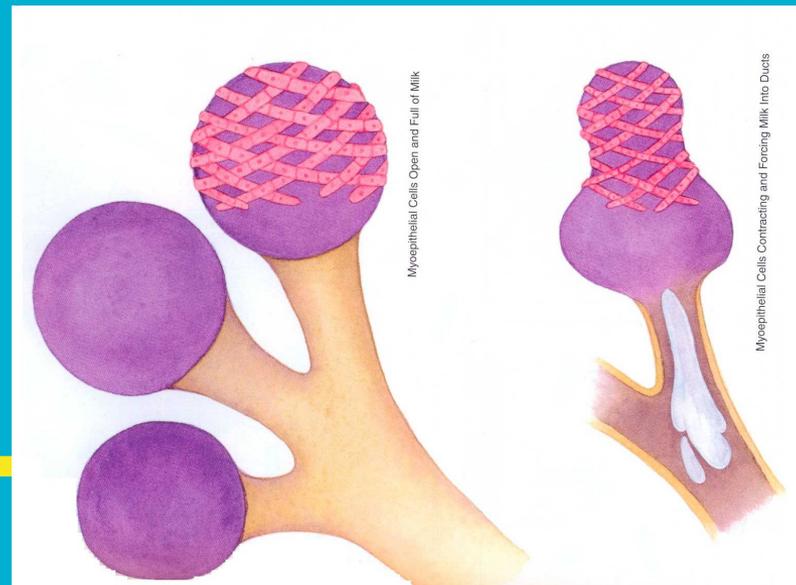


Un réflexe simple, intégré dans l'hypothalamus, permet à partir de la stimulation mécanique due à la tétée, l'entretien de la synthèse du lait et de son éjection.

A) Régulation neuro-endocrine

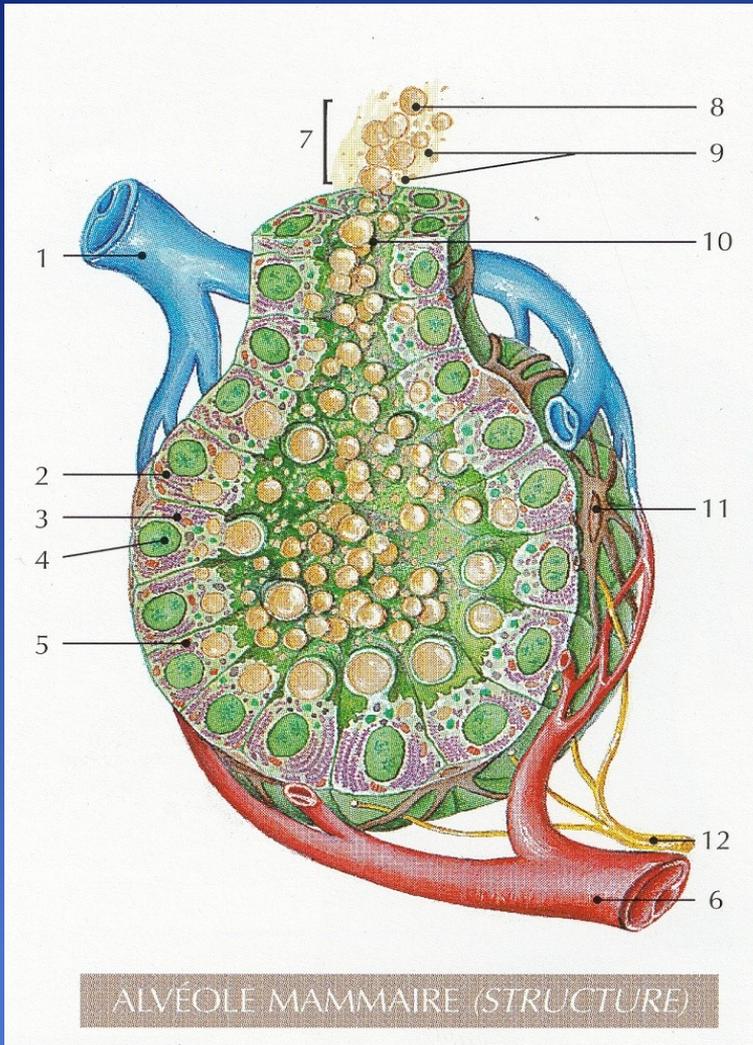
Succion du mamelon → stimulation des récepteurs nerveux → activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire → sécrétion de prolactine et ocytocine

Prolactine → synthèse du lait
Ocytocine → éjection du lait



Contraction des cellules myoépithéliales

B) Régulation autocrine



Vidange fait la quantité

- Lait **fabriqué continuellement** par les cellules de l'épithélium mammaire
- **sécrété** dans les alvéoles où il est
- **stocké** jusqu'à son éjection
- F.I.L. **feed-back inhibitor of lactation**

Vitesse de synthèse du lait (entre 5,8 et 90 ml/h)

La vitesse de remplissage d'une alvéole est inversement proportionnelle à son taux de remplissage → C'est la vidange qui fait la quantité : tétées fréquentes et succion efficace
→ Alimentation optimale

Capacité de stockage

= Capacité maximale de remplissage d'un sein

Variabilité+++ (de 80 à 600ml)

→ Certains bébés doivent boire plus souvent

Variabilité

- du nombre de tétées (4 à >20)
- de la durée d'une tétée
- de l'espace entre deux tétées (4' à 10 h58...)
- de la quantité de lait ingéré lors d'un repas (de 0 à 240 g, moyenne 73g+/-12,6)

Un bon démarrage

- Une bonne information prénatale
- Peau à peau
- Tétée précoce (dans l'heure)
- Respect des rythmes
- Cohabitation mère / enfant
- Importance du soutien
- Donner uniquement le sein
- Connaissance des signes chez l'enfant

Allaitement à l'éveil

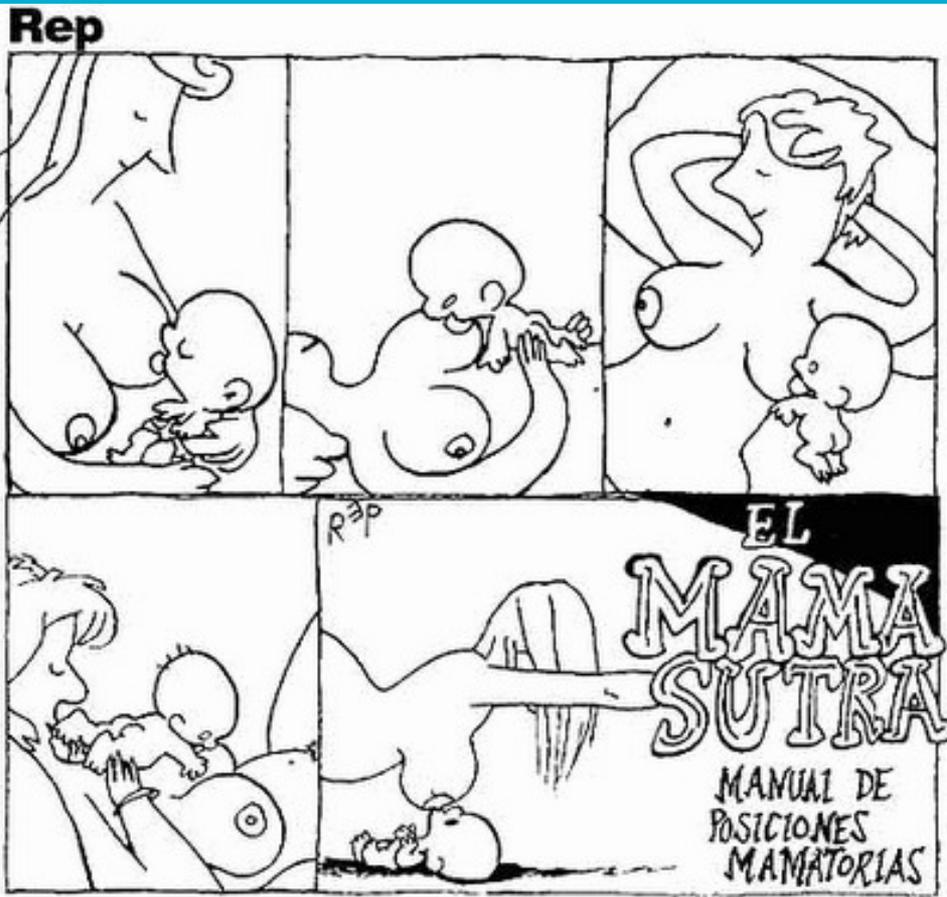
- Éveil calme



- Éveil agité



Position de l'enfant au sein



Fouissement

Tête défléchie



Bouche grand ouverte



Nez dégagé



Position de l'enfant

- Ventre contre ventre
- Tête dans l'axe du corps
- Tête défléchie
- Bouche grand ouverte
- Menton dans le sein
- Nez dégagé
- Biological nurturing : « position biologique »



Critères + bébé

- 1) Enfant en forme (tonique...)
- 2) Langes (5/6) bien mouillés sur 24 heures (selles chaque jour avant 1 mois)
- 3) Bonne prise de poids



Normes de prise de poids

-de 0 à 4 mois : un petit kg/mois (115 à 225 g/semaine → 15 à 30 g/j)

-de 4 à 6 mois : un petit 1/2 kg/mois (340 à 560 g/mois → 85 à 140 g/semaine)

-de 6 à 12 mois: 1/4 kg/mois (160 à 340 g /mois → 40 à 85 g/semaine)

Critères + mère

Après 1 mois

- Seins + souples, - gros
- Mamelons non douloureux

Rythme tétées

- Accès libre au sein chaque fois que le bébé est prêt
- Mère s'adapte au rythme du bébé

Anamnèse orientée

- Projet d'allaitement?
- Mère allaitée?
- Parité?
- Médicaments? Toxiques ?
- Seins opérés?
- Situation socio-économique ?
- Vulnérabilité ?

Accouchement

- Césarienne ?
- Péridurale ?
- Perfusion ?
- Peau à peau ?
- 1ère Tétée ?
- Prématurité ?
- Aspiration ?
- Montée laiteuse ?

Impact obstétrical

- « Mise au sein » retardée ==> inhibition autocrine
 - Césarienne ==> absence de stimulation ocytocique
 - Césarienne en urgence => idem + stress
 - Prématurité ==> lactogénèse I pas terminée
 - Induction & péridurale ==> excès hydrique et interférence hormonale
-

Transfert du lait

- Succion-déglutition-respiration
 - Transfert de lait grâce à deux processus
 - Expulsion active du lait (réflexe d'éjection)
 - Succion active (si prise correcte du sein)
 - Tétées inefficaces
-

4) Difficultés - Douleurs

- Douleurs au mamelon
- Engorgements
- Mastites
- Abscès



Crevasses

Douleurs +++

Insuffisance de lait (peur de mettre au sein)

▶ Arrêts précoces (40% <1mois)



Crevasses - Pourquoi ?

- Trop de pression sur le mamelon
- Causes?
 - Problème bouche bébé, frein, palais
 - Mauvaise prise du sein, bouche insuffisamment ouverte
 - Mauvaise position
 - Hyperlactation



Crevasses = Mauvaise prise du sein

Crevasses

Douleurs +++

Insuffisance de lait (peur de mettre au sein)

▶ Arrêts précoces (40% <1mois)



Autres douleurs aux mamelons

- Mycose du mamelon
- Vasospasme
- Eczéma de contact
- Allergie
- (Paget)...

Engorgement

- Partiel ou total-stase lactée
- œdème intersticiel
- Subsiste + de 2TT ou 24 heures
- Sein douloureux, rougeur
 - Prise de sein difficile



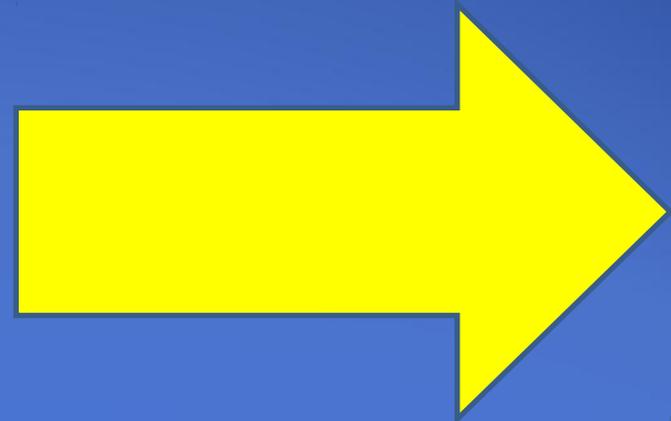
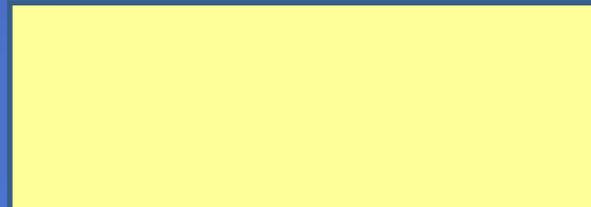
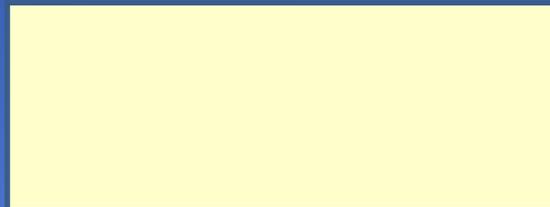
Traitement

- Vider les seins
- Mettre le bébé au sein plus souvent
- Varier les positions
- Massages, application de compresses froides, douches...

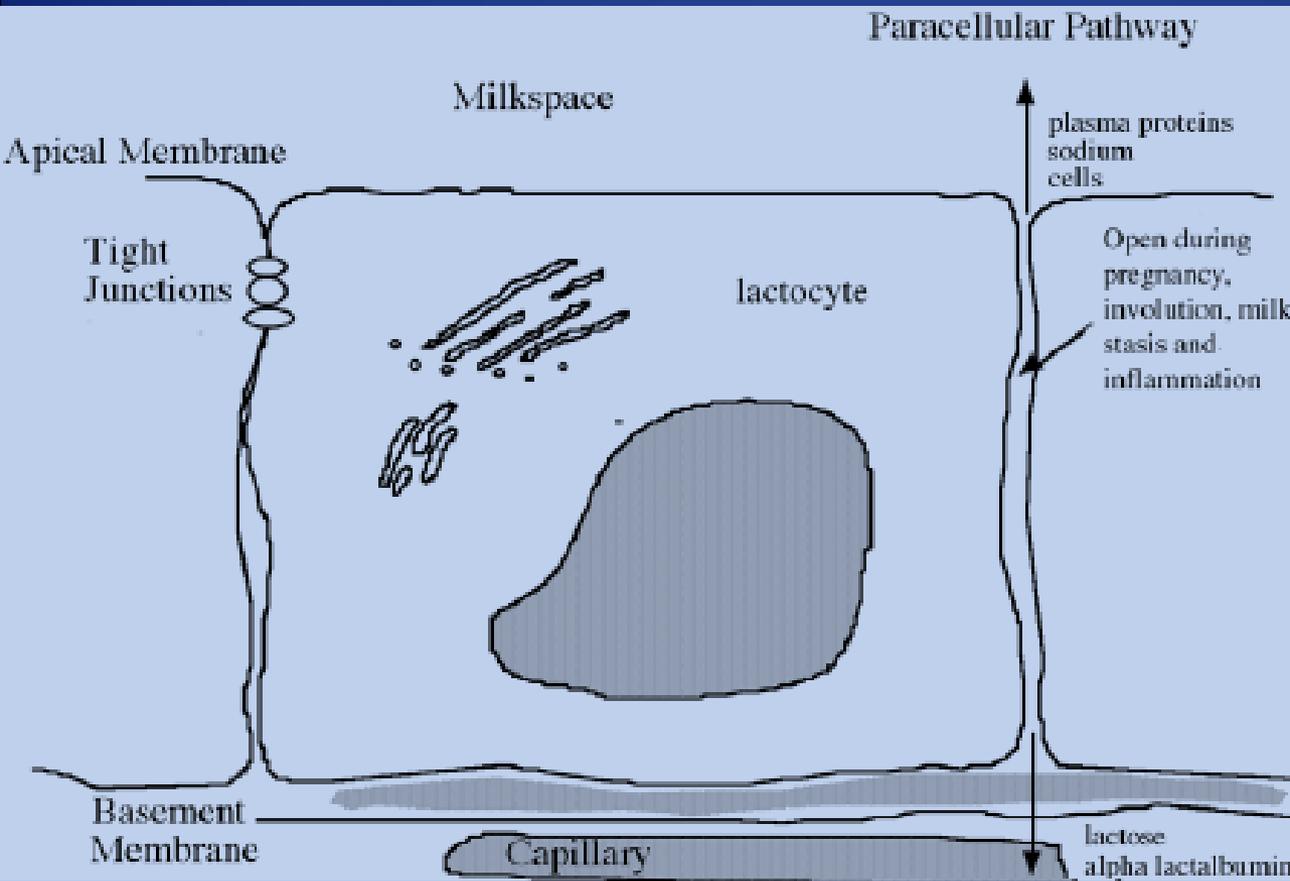
STASE LACTÉE

MASTITE
INFLAMMATOIRE

MASTITE INFECTIEUSE



Mastite



Na ++

Cl -

Ig A

Lactoferrine

C.R.P.

Lactose

Glucose



Mastites

Engorgement + symptômes
généraux :

Température - état
grippal- « pas bien »



Mastite: prise en charge

- Soutien moral
- Repos 7 jours
- Diminuer la stase lactée
- Anti-inflammatoire = Ibuprofène

- Antibiothérapie ssi symptômes persistent =
 - Flucloxacilline

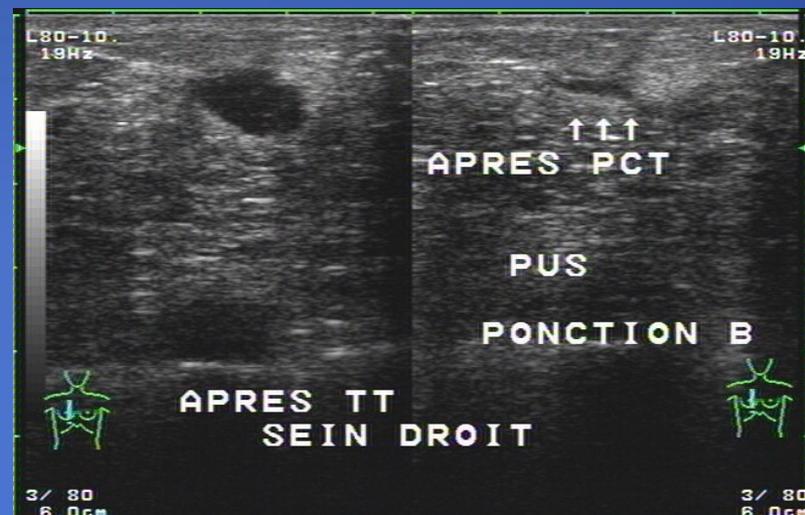
Abcès du sein

Diagnostic clinique:

- masse +/- douloureuse, fluctuante si collectée
- Signes inflammatoires locaux
- +/- signes généraux

Diagnostic différentiel (écho)

- Galactocèle
- Canal lactifère bouché
- Adénome, fibroadénome
- Carcinome



Abcès du sein = urgence sénologique



- Traitement = drainage par ponction
- Continuer l'allaitement des 2 côtés
- AB min 10 jours

Insuffisance de lait

Causes de sevrage (enquête nationale GD Lux 2010)

- 50% « manque de lait »
- 29% reprise du travail
- 19% problème de sein
- 16% fatigue
- 16% refus du sein



Insuffisance de lait ?

Souvent secondaire et souvent iatrogène

Mauvais conseils

- Horaires et règlements
- Introduction de lait artificiel
- Non respect des rythmes de l'enfant
- Pas de proximité ► disparition des tétées de nuit

Insuffisance de lait

⇒ **relactation** = augmenter la production

- Tétées plus fréquentes
- Tire-lait
- Rendre le lait tiré au bébé



Hyperlactation

- Problème fréquent
- Beaucoup de lait
- Réflexe d'éjection fort = L'enfant reçoit un jet trop fort et avale de travers
- Lait moins calorique => pas de satiété, signes de reflux (quantité+++)
- Lactose+++ => gaz+++ selles très liquides, coliques

→ Crevasses, engorgements, mastites



Et le père ?

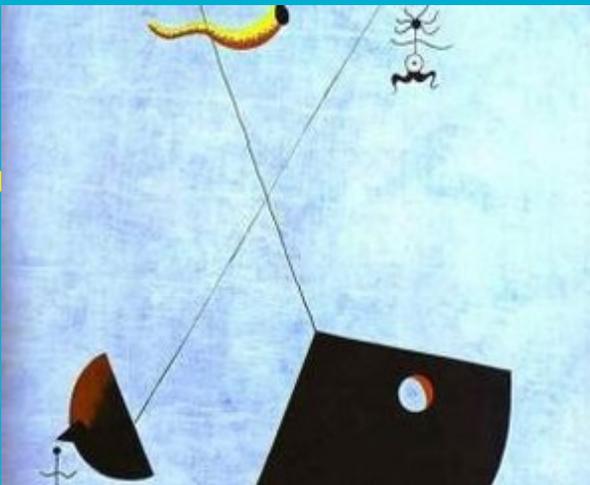
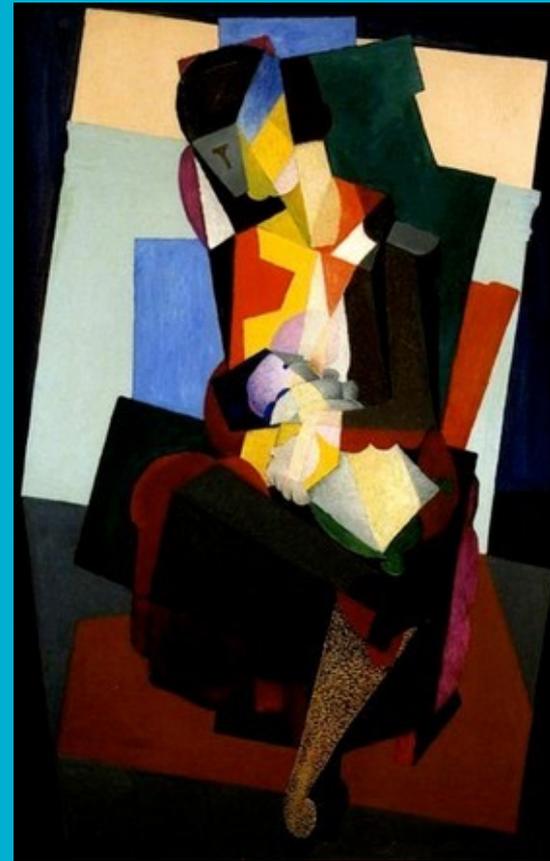
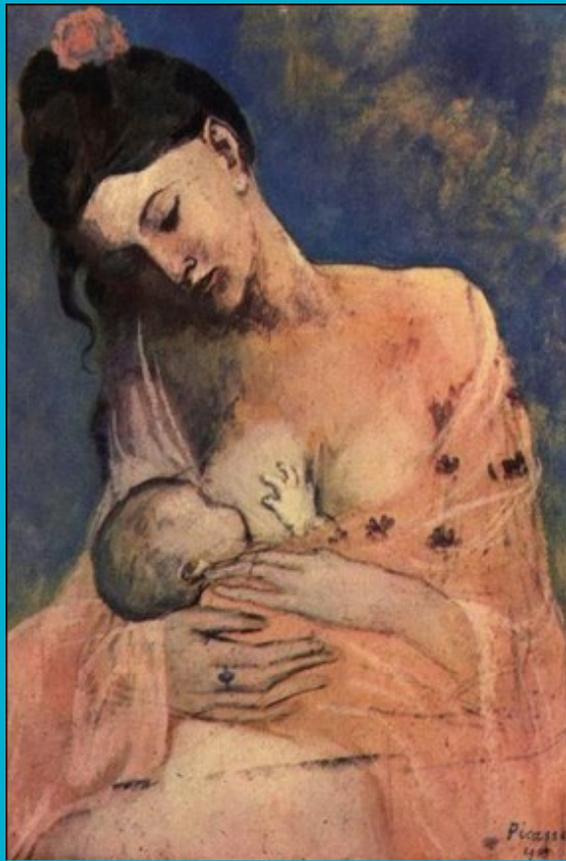


Les besoins du bébé ne sont pas que alimentaires...



Messages à retenir

- Encourager +++ dès la grossesse
- Allaiter sans limitation de nombre, de durée, d'espace entre deux tétées...
- Crevasses = mauvaise prise du sein
- Insuffisance de lait est généralement secondaire et réversible



Des questions?