

1 Allaitement maternel

Quelques mots de sémantique avant de commencer. Le terme « allaitement » ne s'applique qu'à l'alimentation au lait de mère. Les expressions « allaitement maternel » ou « allaitement au sein » sont donc des pléonasmes, et « allaitement artificiel » ne doit pas être utilisé. Malgré tout, comme dans le titre de ce chapitre, il nous arrivera d'utiliser ces pléonasmes pour éviter toute confusion.

L'allaitement au sein est le type d'alimentation idéal pour tous les nourrissons. Les mères choisissant d'allaiter leur enfant sont d'autant plus nombreuses que les informations qu'elles ont reçues sur les bienfaits de l'allaitement maternel étaient convaincantes.

Conduite pratique

Le choix d'un allaitement maternel ou d'une alimentation par une formule infantile est presque toujours pris avant la naissance. L'équipe obstétricale joue donc un rôle important en faveur d'une telle décision, mais un encouragement de la part du médecin traitant ou du pédiatre est aussi fort utile. Il faut donc inciter très tôt les futures mamans à allaiter en leur faisant part des avantages de ce type d'alimentation. Cette légitime ferveur ne doit cependant pas se transformer en fanatisme. Une mère qui, pour des raisons personnelles, décide de ne pas allaiter son enfant ne doit pas être culpabilisée, mais au contraire conseillée pour mener au mieux l'alimentation au biberon.

Le nouveau-né doit être mis au sein le plus précocement possible après la naissance, au mieux en salle de travail dans la demi-heure suivant la naissance. Une telle attitude permet de lui faire bénéficier rapidement du colostrum (particulièrement riche en macrophages et en IgA sécrétoires), diminue les risques d'hypoglycémie, et facilite la montée laiteuse. Il est bien sûr nécessaire d'avoir éliminé chez le nouveau-né, lors de l'examen clinique initial, une pathologie digestive contre-indiquant l'alimentation (atrésie de l'œsophage, imperforation anale).

Les biberons de complément que reçoivent durant leur court séjour en maternité la majorité des nouveau-nés destinés à être exclusivement allaités au sein doivent être proscrits. Dans l'objectif de laisser la parturiente se reposer lors des premières nuits suivant l'accouchement, surtout lorsque celui-ci a été difficile, un biberon de lait infantile est souvent proposé aux nouveau-nés au sein. Il s'agit presque toujours d'une formule contenant des protéines du lait de vache entières (lait 1^{er} âge standard) qui multiplie presque par deux le risque de survenue ultérieure d'une allergie aux protéines du lait de vache. En effet, l'intervalle libre de plusieurs semaines entre ces quelques biberons (parfois un seul) et le sevrage de l'allaitement perturbe l'acquisition de la tolérance alimentaire aux protéines du lait de vache et augmente ainsi le risque d'allergie. Les Anglo-Saxons parlent de « *dangerous bottle* ». Il existe cependant de rares situations où

ces compléments s'avèrent nécessaires : mère en unité de soins intensifs, nouveau-né à risque d'hypoglycémie justifiant un apport lacté garanti (macrosomes, hypotrophes, prématurés, nouveau-nés de mère diabétique). Il faut alors donner un hydrolysats extensif de protéines du lait de vache. Idéalement, une formule en nourette, liquide et stérile, devra être choisie. Pepticate® est la seule disponible sous cette forme actuellement. On notera que les laits avec hydrolyse partielle de protéines du lait de vache n'ont pas démontré leur effet préventif dans la survenue ultérieure d'une allergie dans ces circonstances. Quant aux hydrolysats partiels de riz, dans la mesure où il n'y a aucune raison objective qu'ils accroissent le risque ultérieur d'allergie aux protéines du lait de vache, ils pourraient être utilisés, mais aucun travail ne permet d'affirmer qu'ils n'augmenteraient pas le risque subséquent d'allergie au riz selon le même modèle physiopathologique, même si l'hydrolyse partielle des protéines pourrait diminuer ce risque.

La tétée répond à une technique précise. Dans un premier temps, les mamelons sont nettoyés avec de l'eau. Puis, après s'être confortablement installée, la mère positionne l'enfant en le tournant complètement vers elle, sa tête étant dans le prolongement de son corps sur une ligne droite, et lui offre un premier sein, alternativement différent lors de chaque tétée, puis ne passe au second qu'après avoir vidé le premier, si toutefois le nourrisson a encore faim. Si l'enfant est repu, il n'est pas nécessaire de lui proposer l'autre sein. Pour éviter les crevasses, l'enfant doit prendre dans la bouche grande ouverte la presque totalité de l'aréole et pas seulement le mamelon, de telle sorte que la lèvre soit retroussée et que nez et menton touchent le sein. Pendant la tétée, la mère doit veiller à ce que les narines de son enfant plaquées sur le sein ne soient pas obturées ; pour ce faire, elle appuie de part et d'autre de l'aréole avec son pouce et son index. Après la tétée, les mamelons sont nettoyés, séchés et protégés à l'aide d'un coussinet jusqu'à la tétée suivante.

L'allaitement maternel est adapté à la pratique d'un régime libre, « à la demande ». Ainsi, c'est l'enfant lui-même qui doit fixer la quantité ingérée, la durée et le rythme des tétées. La quantité ingérée est très variable d'une tétée à l'autre, leur durée est de 10 à 20 minutes environ et leur rythme généralement de six à huit par jour le premier mois, puis s'espace. Tout ceci sous-entend qu'il est inutile dans la grande majorité des cas de peser un nourrisson avant et après la tétée pour connaître la quantité de lait qu'il a ingérée. Une telle attitude génère parfois une angoisse inutile et peut entraîner un arrêt de l'allaitement.

Recommandations

Les selles sont de six à huit par jour, semi-liquides, jaune d'or, d'odeur aigrelette et surviennent habituellement après les tétées. Des selles très liquides, plus fréquentes ou de couleur verte inquiètent souvent les parents ; elles doivent être considérées comme pathologiques seulement s'il existe une mauvaise croissance pondérale associée.

Il est inutile de proposer des biberons d'eau au nourrisson entre les tétées, sauf si l'enfant se trouve dans une pièce surchauffée ou en climat tropical. Dans ces derniers cas, l'utilisation d'un autre liquide que l'eau (tisanes, jus de fruits) est formellement déconseillée.

Suppléments vitaminiques chez les nourrissons allaités

L'allaitement maternel seul est suffisant pour couvrir tous les besoins des nouveau-nés et nourrissons jusqu'à l'âge de 4-6 mois, excepté ceux en vitamines D et K. Des supplémentations sont donc nécessaires chez tous les nourrissons allaités.

La supplémentation en vitamine D est de 400-800 UI/j. Pendant longtemps, il était recommandé d'augmenter les doses de vitamine D chez les nourrissons allaités par rapport à ceux qui étaient alimentés avec un lait infantile. En fait, les doses recommandées suffisent pour assurer une concentration plasmatique correcte de 25-hydroxy-vitamine D, quel que soit le mode d'alimentation, au sein ou avec un lait infantile.

La supplémentation en vitamine K doit se faire selon le schéma suivant : 2 mg de vitamine K donnés *per os* à la naissance, entre le 3^e et le 4^e jour de vie et à 1 mois de vie. Si l'enfant est sevré avant l'âge d'un mois, la troisième dose de vitamine K n'est pas obligatoire. Là encore, les recommandations ont été modifiées car la supplémentation en vitamine K ne se limite plus aux nouveau-nés exclusivement allaités comme c'était le cas auparavant, mais concerne tous les nouveau-nés, quel que soit leur mode d'alimentation, sein ou lait infantile.

Sevrage

La durée optimale d'un allaitement au sein exclusif (c'est-à-dire sans compléments de lait infantile) est de 6 mois. Au-delà, l'allaitement peut bien sûr être poursuivi, mais il est parfois nécessaire d'y adjoindre des biberons de complément, soit en raison de l'indisponibilité de la mère qui reprend ses activités professionnelles, soit du fait d'une hypogalactie se traduisant par un nourrisson affamé et grossissant mal. Après 6 mois, une supplémentation en fer est également indispensable en cas d'allaitement au sein exclusif ou majoritaire (*cf.* p. 83). Le premier conseil à donner est de tenter un allaitement exclusif le plus longtemps possible, l'adjonction de compléments ne pouvant qu'accélérer le tarissement du lait maternel. Il est difficile de définir une durée minimale d'allaitement exclusif, mais cette question est souvent posée par les mères. En se basant sur des arguments nutritionnels et immunologiques, un allaitement au sein d'au moins 4 à 6 semaines est la réponse qui peut leur être proposée, même si elle n'est pas étayée par des études objectives. Lorsque la disponibilité de la mère se réduit ou surtout si la croissance de l'enfant devient insuffisante, la prescription de biberons de lait 1^{er} âge standard devient alors indispensable. Des laits avec hydrolyse partielle des protéines du lait de vache étaient souvent prescrits à tort pour assurer ces compléments. Des laits dits « relais » ont été imaginés par les industriels pour assurer une meilleure transition entre le lait de mère et les formules infantiles. Ces laits « relais » sont en fait totalement inutiles, il s'agit d'un pur argument marketing. Ils ne doivent donc pas être prescrits, et ceci d'autant plus qu'ils sont davantage onéreux (*cf.* p. 27).

Dans les situations où l'allaitement maternel exclusif doit être provisoirement suspendu (contre-indication transitoire de l'allaitement chez la mère, hospitalisation

de l'enfant, etc.), il est plus prudent d'utiliser un hydrolysat extensif de protéines du lait de vache jusqu'à la reprise de l'allaitement exclusif pour prévenir le risque ultérieur d'allergie aux protéines du lait de vache. Cependant, si ce risque est bien établi pour les biberons de complément contenant des protéines entières de lait de vache pris à la maternité dans les 3 jours suivant l'accouchement (cf. p. 3), il est moins évident pour ceux ingérés après cette période. Cette consigne ne s'applique bien sûr pas si l'allaitement devient définitivement mixte, c'est-à-dire si l'association allaitement au sein et biberons de lait infantile devient pérenne.

Lorsque la décision de sevrage définitif de l'allaitement maternel a été prise, celui-ci doit si possible être étalé sur environ 1 à 2 semaines, en remplaçant petit à petit une tétée par un biberon. En pratique, pour un nourrisson de 2 mois ayant cinq tétées par jour, l'idéal est de remplacer dans un premier temps une tétée par un biberon de 150 ml de lait infantile, puis tous les 2 à 3 jours de répéter cette opération pour ainsi parvenir à un sevrage total en 8 à 12 jours. Il est important de bien prévenir la mère que le passage du sein à la tétine est parfois difficile car la technique de succion est différente. En effet, la succion du sein nécessite une pression des gencives visant à comprimer l'aréole mammaire, alors qu'une tétine doit être aspirée à l'aide de la bouche et de la langue sans utiliser de manière active les gencives. Certains nourrissons demandent ainsi plusieurs jours avant de s'habituer à la tétine, cette période étant d'autant plus longue que l'allaitement exclusif a été prolongé. Les mères qui désespèrent de voir leur nourrisson s'adapter à la tétine doivent être rassurées : avec un peu de persévérance, tous les nourrissons y parviennent.

Régime alimentaire de la mère allaitante

Conseils diététiques de base

Le régime d'une mère qui allaite doit être bien diversifié et adapté à sa faim et à sa soif, souvent accrues pendant cette période. Il doit comporter un apport suffisant en calcium (produits laitiers), en fer (produits carnés), en acides gras essentiels (huiles végétales), et en acide docosahexaénoïque (poissons gras), ainsi qu'un apport hydrique important, de l'ordre de 1,5 à 2 l par jour de liquides sous n'importe quelle forme, en évitant toutefois les boissons alcoolisées et les boissons excitantes (café, thé).

Certains aliments à goût prononcé comme l'ail, l'oignon ou les épices sont susceptibles de modifier le goût du lait. Ils doivent donc être limités par la mère allaitante car ils peuvent entraîner une diminution de la consommation de lait par l'enfant, du moins temporairement. En fait, l'allaitement maternel participe à la découverte du goût des jeunes nourrissons grâce aux différentes saveurs correspondant aux habitudes alimentaires de la mère et transmises par le lait. Il a également été montré que certaines de ces saveurs pouvaient aussi être transmises *in utero* par l'intermédiaire du liquide amniotique dégluti par le fœtus. Les restrictions précédemment évoquées ne s'appliquent donc pas aux mères consommant régulièrement certains des aliments incriminés.

Idées reçues

Il est souvent conseillé aux mères allaitantes de boire des quantités très importantes de liquides pour favoriser la production de lait. Il est vrai que les besoins hydriques, et donc la soif, de ces mères sont accrus et qu'il est ainsi nécessaire qu'elles boivent davantage que d'accoutumée pour assurer une production de lait optimale. En revanche, il est totalement inutile de contraindre ces femmes à boire bien au-delà de leur soif en espérant augmenter leur production de lait. En effet, les besoins réels sont parfaitement régulés par les centres contrôlant la soif et les boissons ingérées en l'absence de sensation de soif sont excrétées dans les urines et non dans le lait !

Il a également été suggéré que la bière avait un pouvoir galactogène parce qu'elle stimulerait la sécrétion de prolactine. Si tel est effectivement parfois le cas chez les femmes non allaitantes, aucune preuve n'existe chez les mères allaitantes dont la synthèse de prolactine est constamment stimulée. Cette idée reçue vient du fait que les mères qui allaitent et boivent de la bière déclarent avoir des seins plus tendus, et des nourrissons repus pendant une durée plus prolongée, comme s'ils avaient consommé davantage de lait. En fait, un travail comparant l'ingestion réelle de lait, par pesée avant et après la tétée, des nourrissons dont les mères buvaient de la bière avec ou sans alcool, a montré que la consommation était moindre chez les nourrissons « saoulés » par l'alcool ingéré par leur mère. C'est donc l'ivresse qui les empêche de vider le sein de leur mère, qui paraît donc plus rempli, et qui les fait dormir plus longtemps.

Enfin, les compléments alimentaires censés stimuler la lactation n'ont pas non plus apporté la preuve formelle de leur efficacité. Certaines études ont montré que le fenugrec pouvait stimuler la production de lait au cours des toutes premières semaines après l'accouchement, mais d'autres n'ont pas trouvé les mêmes résultats. En fait, seule une stimulation répétée par la succion des terminaisons nerveuses du mamelon est véritablement efficace. Le meilleur conseil à donner à une mère qui se plaint de ne plus avoir assez de lait est de lui dire de mettre son enfant au sein le plus souvent possible. La compression de seins ou l'utilisation de coquilles d'allaitement entre les tétées peuvent également être conseillées. L'adjonction de biberons de complément, qui diminue la stimulation mammaire, doit être évitée car elle ne pourrait qu'accélérer le tarissement de la sécrétion lactée.

Allaitement et allergie

Il est maintenant admis que l'allaitement ne protège pas les nourrissons contre la survenue de manifestations atopiques ultérieures. Des travaux ont même montré une augmentation de l'incidence de l'allergie chez les enfants allaités, mais il est possible qu'il s'agisse d'un biais de causalité inverse. En effet, dans la mesure où aucune étude s'intéressant à l'allaitement ne peut être randomisée, il est probable que la décision d'allaiter est plus souvent prise dans les familles les plus atopiques, expliquant ainsi la plus grande fréquence des manifestations allergiques chez les nourrissons allaités.

De gros fragments peptidiques des protéines ingérées par les mères passent dans leur lait et peuvent ainsi être responsables de manifestations allergiques chez

l'enfant, le plus souvent non IgE-médiées. Ces observations demeurent cependant rares, le diagnostic d'allergie alimentaire chez les enfants exclusivement allaités ne doit donc en aucun cas être évoqué en première intention. Lorsqu'un allergène est suspecté, seule la disparition des symptômes après son exclusion chez la mère et la réapparition de ceux-ci après sa réintroduction peuvent permettre un diagnostic formel et ainsi imposer une exclusion de l'aliment incriminé. De manière générale, aucun régime restrictif ne doit être préconisé chez les mères allaitantes, même celles ayant un terrain atopique familial.

Plusieurs travaux observationnels et interventionnels ont montré que l'ingestion précoce et continue de petites quantités de protéines du lait de vache chez les nourrissons exclusivement allaités diminuait le risque ultérieur d'allergie à ces mêmes protéines, notamment lorsque l'allaitement est prolongé. La Société française d'allergologie préconise ainsi l'introduction de 10 ml/j de lait de vache dès les premières semaines de vie chez les nourrissons exclusivement allaités à risque allergique. Cette recommandation suscite néanmoins des réactions controversées. La méthodologie discutable des études la soutenant et le risque de compromettre l'allaitement dans sa durée sont les principaux arguments avancés par les opposants à ces compléments quotidiens. Si le premier argument est recevable, le second n'est pas étayé par les travaux disponibles. Il est clair que de nouveaux travaux prospectifs sont nécessaires pour confirmer l'intérêt de ces compléments lactés, et mieux définir l'âge où ils doivent être débutés, leur volume et leur fréquence, mais aussi les enfants qui devront en bénéficier. Mais en attendant leurs résultats, il y a peut-être un réel bénéfice et aucun danger à donner 10 ml/j (soit 2 cuillères à café) de lait de vache aux nourrissons exclusivement allaités ayant un terrain atopique familial. Les études disponibles montrent aussi de manière convaincante que ces compléments quotidiens de lait préviennent le risque d'allergie aux protéines du lait de vache chez les nourrissons exclusivement allaités ayant reçu une ou plusieurs « dangerous bottle » à la maternité (cf. p. 3), même en l'absence de terrain allergique.

Recommandations

- Aucun aliment ne doit être exclu à titre systématique du régime des mères allaitant un enfant ayant un terrain atopique familial.
- L'exclusion d'un allergène (protéines du lait de vache, œuf, arachide, fruits à coque, etc.) est préconisée seulement s'il existe une preuve confirmée d'allergie à cet allergène précis, *via* le lait de mère.

Avantages et inconvénients

Avantages

Les nombreux avantages potentiels de l'allaitement maternel justifient pleinement la priorité accordée à ce type d'alimentation. Malgré les améliorations permanentes apportées à la composition des laits infantiles, aucun d'entre eux ne

pourra égaler la qualité du lait de mère, même s'ils l'approchent de plus en plus. Par rapport à l'alimentation au biberon, l'allaitement a, en plus de son intérêt économique, des avantages d'ordre nutritionnel, en matière de prévention et de développement psychoaffectif.

Les avantages d'ordre nutritionnel de l'allaitement maternel ont été réduits par les progrès réalisés dans la fabrication des laits infantiles. Il persiste néanmoins des différences que les industriels auront beaucoup de mal à gommer :

- tout d'abord dans sa composition, le lait de mère contient des facteurs de défense anti-infectieuse (immunoglobulines, leucocytes, etc.), des enzymes (lipase, protéases, etc.), des hormones, des facteurs de croissance, des fragments peptidiques de protéines ingérées par la mère et bien d'autres peptides dont le rôle physiologique est probablement important, bien qu'il ne soit pas toujours connu avec précision ;
- ensuite, dans la qualité de ces composants, notamment les acides aminés et les acides gras dont les proportions sont optimales pour assurer une bonne croissance et un bon développement cérébral et sensoriel ;
- enfin, la composition du lait de mère se module en fonction de l'âge du nourrisson (colostrum, puis lait de transition, puis lait mature à l'âge de 1 mois), de la durée de la tétée (le lait est très riche en eau et en sels minéraux en début de tétée, puis la concentration protéique et surtout lipidique augmente au cours de la tétée) et du moment de la journée (le lait est plus riche en lipides et en protéines le midi et le soir).

La prévention potentielle des maladies infectieuses est également un argument de choix pour décider d'allaiter son enfant. Les infections respiratoires et surtout digestives sont moins fréquentes chez les nourrissons allaités, probablement en raison des moyens de défense anti-infectieux transmis par le lait de mère. En revanche, contrairement à ce qui est parfois avancé, l'allaitement au sein n'a aucune influence dans la prévention des maladies à transmission génétique comme l'obésité, l'hypercholestérolémie ou l'hypertension artérielle.

Le développement psychoaffectif des enfants allaités au sein est également meilleur. En effet, le renforcement des liens affectifs entre la mère et l'enfant qu'entraîne la mise régulière au sein ne peut être qu'intensément bénéfique pour l'épanouissement de ces deux êtres. C'est peut-être ce rapprochement précoce, ou des facteurs nutritionnels transmis par le lait de mère, qui expliquent que le quotient intellectuel à l'enfance et les performances scolaires au lycée, et même à la faculté, soient meilleurs chez les nourrissons ayant été allaités, et ceci indépendamment du niveau social de la famille.

Dans tous ces travaux statistiques cherchant à démontrer l'intérêt spécifique de l'allaitement maternel, le niveau socioéconomique des familles et les autres paramètres confondants sont pris en compte. Cependant, il demeure possible que le contexte familial et les rapports particuliers entre la mère et l'enfant qui vont de pair avec l'allaitement au sein, notamment lorsque celui-ci est prolongé, jouent un rôle dans les bénéfices constatés, indépendamment de la transmission de facteurs nutritionnels ou anti-infectieux.

Les avantages de l'allaitement sont nombreux, même si aucun d'entre eux ne peut être formellement démontré. Il est en effet impossible de réaliser des

études randomisées, c'est-à-dire avec un tirage au sort pour décider si un enfant va bénéficier ou pas d'un allaitement maternel, qui seraient les seules à pouvoir confirmer ou infirmer l'hypothèse avancée. Cette incertitude doit cependant être occultée afin de ne pas entraver le choix d'une mère en faveur de l'allaitement.

Inconvénients

L'allaitement maternel demande une totale disponibilité de la mère et on peut aisément comprendre que la présence d'autres enfants dans la fratrie, surtout s'ils sont jeunes, la pratique d'une activité professionnelle, voire la survenue d'une certaine lassitude puissent conduire une mère à abrégé l'allaitement. C'est alors que l'information de la mère sur les avantages de l'allaitement peut stimuler sa motivation et permettre de le prolonger. Il faut cependant éviter toute attitude autoritaire ou culpabilisante et savoir rassurer une mère dont la décision paraît irréversible, ou simplement pertinente, et que l'approbation médicale soulage.

Depuis quelques années, le passage de polluants environnementaux (perturbateurs endocriniens, pesticides, polluants organiques persistants, etc.) dans le lait maternel préoccupe certains scientifiques. Soyons clairs, non seulement les concentrations mesurées dans le lait de mère sont, dans la très grande majorité des cas, très inférieures aux doses toxiques potentielles, mais de plus aucun lien avec le développement d'une quelconque pathologie chez l'enfant n'a pu être démontré. Il faut donc oublier ce faux problème qui, en plus d'inquiéter inutilement les mères qui allaitent, pourrait en inciter certaines à arrêter prématurément le sein, voire les dissuader d'allaiter.

Quelques troubles liés à l'allaitement peuvent apparaître chez la mère et conduire à son arrêt, alors que des conseils simples suffiraient à les faire disparaître.

Crevasses

Elles constituent un motif fréquent d'arrêt de l'allaitement maternel. Là encore, l'information de la mère est essentielle pour permettre leur prévention. Pour éviter les crevasses, l'enfant doit prendre presque toute l'aréole dans la bouche et pas seulement le mamelon. Il faut également rincer et surtout sécher les mamelons après chaque tétée et les protéger à l'aide d'un coussinet entre celles-ci, en veillant à le changer régulièrement afin d'éviter la macération au sein d'un coussinet imprégné de lait. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'utiliser des coquilles d'allaitement qui, en gardant le mamelon au sec entre les tétées, peuvent permettre la guérison des crevasses les plus rebelles.

Engorgement mammaire

Il entraîne une distension douloureuse des seins non fébrile qui rend l'allaitement particulièrement pénible. Pour le prévenir, il convient de bien vider un sein avant de passer à l'autre et de les alterner d'une tétée à l'autre. Si un engorgement mammaire apparaît malgré tout, il peut être réduit en proposant une tétée à l'enfant, et s'il persiste malgré tout, la pression manuelle des seins sous une douche chaude permet de soulager la mère.