

Encore et encore des mythes sur l'allaitement

1. **Une mère allaitante ne doit pas allaiter son bébé après avoir passé des examens radiographiques (rayons X).** Faux ! Les radiographies courantes, celles qui sont les plus souvent pratiquées, par exemple une radiographie des poumons ou des dents, ne posent absolument aucun problème pour le lait ou le bébé, et la mère peut allaiter comme d'habitude. Les **mammographies** sont plus difficiles à interpréter chez une mère qui allaite, mais cet examen est possible et la mère ne doit pas cesser d'allaiter. L'évaluation d'une masse peut aussi se faire autrement. Les nouvelles méthodes d'imagerie comme les tomodesitométries et les IRM sont sans danger, même si des substances de contraste sont employées. **Et les examens utilisant une substance de contraste?** Tout examen radiographique qui n'utilise pas de substances radioactives peut être subi par la mère sans qu'elle soit obligée d'interrompre l'allaitement, même pour une seule tétée. Donc une pyélographie intraveineuse, une lymphangiographie, une phlébographie, une artériographie, une myélographie, etc. ne nécessitent aucune précaution. **Mais qu'en est-il des examens employant des radio-nucléides (scintigraphie osseuse ou pulmonaire)?** Il est vrai que le bébé recevra *une toute petite quantité* de nucléides. Mais il faut se souvenir que ces mêmes examens sont souvent pratiqués chez l'enfant, même tout petit, et que les pertes éventuelles des bénéfices de l'allaitement sont considérables. Compte tenu des risques de l'alimentation au lait artificiel, il est préférable, à mon avis, que la mère continue à allaiter sans interruption. Si vous devez interrompre pendant une certaine période, exprimez du lait à l'avance, pour que votre bébé boive votre lait et non du lait artificiel. Après deux demi-vies, 75 % de la substance sera éliminée de votre organisme. C'est sûrement une période d'attente suffisante (la demi-vie du technétium, utilisé dans la plupart des radiographies, n'est que de six heures. Après 12 heures, 75 % du produit est donc éliminé). L'exception à cette règle est **une scintigraphie de la thyroïde à l'iode 131**. Cet examen **doit être évité** chez la mère allaitante. Il y a beaucoup de façons d'évaluer la fonction de la thyroïde, et ce type de scintigraphie thyroïdienne n'est que rarement nécessaire. Si l'examen doit être fait, l'utilisation de l'iode 123 ne requiert l'interruption de l'allaitement que durant 12 ou 24 heures selon la dose donnée. Avant de prendre la capsule d'iode, vérifiez. Dans bien des cas où l'examen est nécessaire, on peut le retarder de plusieurs mois. Soit dit en passant, l'examen du poumon avec contraste radioactif n'est plus considéré comme étant la meilleure méthode pour éliminer une embolie pulmonaire. La tomographie transaxiale est maintenant l'examen de choix pour confirmer ce diagnostic. (voir l'article n° 9a, *Vous devriez continuer à allaiter - 1*).

2. **Le lait peut se tarir « juste comme ça ».** Faux ! Si c'est possible, ce doit être très rare. En dehors de légères variations en fonction du moment de la journée, le volume de la sécrétion lactée ne change pas subitement. Certaines situations peuvent donner à *penser* à la mère que sa sécrétion lactée a brusquement baissé :

- **Le bébé réclame plus souvent; la soi-disant « poussée de croissance ».** S'il semble ne pas avoir assez de lait, quelques jours de tétées plus fréquentes ramèneront les choses à la normale. Essayer la compression du sein pendant que le bébé tète (voir article n°15 *La compression du sein*)
- **Le comportement du bébé est différent.** Vers 5 à 6 semaines environ, certains bébés qui s'endormaient au sein lorsque le flot de lait diminuait commencent plutôt à s'agiter et à pleurer. Le lait n'a pas disparu, c'est le bébé qui a changé. Essayer de comprimer le sein pour permettre au bébé d'obtenir plus de lait. Voir la rubrique **Clips du Dr Jack Newman** pour des vidéos démontrant la mise au sein, comment savoir que le bébé reçoit du lait, et comment faire la compression.
- **Les seins de la mère sont plus souples et semblent moins « pleins ».** C'est une évolution normale après quelques semaines d'allaitement; la mère n'a plus les seins engorgés, ni même pleins. Tant que le bébé boit du lait pendant la tétée, il est inutile de se faire du souci (voir article n° 4, *Mon bébé prend-il assez de lait ?*).
- **Le bébé tète moins bien.** Cela est souvent dû au fait qu'il a reçu des biberons ou qu'on lui donne une sucette; il a appris un mode de succion inadéquat au sein.

La prise de contraceptifs oraux *peut* abaisser la sécrétion lactée. En pareil cas, envisagez de cesser les contraceptifs oraux ou de prendre ceux contenant uniquement un progestatif. Ou changer de méthode contraceptive. D'autres médicaments qui peuvent diminuer la production lactée sont la pseudoéphédrine (Sudafed), certains antihistaminiques, et probablement les diurétiques.

Si le bébé semble réellement ne pas recevoir assez de lait, demandez de l'aide, mais n'introduisez pas des biberons de complément qui ne feront qu'empirer les choses. Si des compléments sont absolument nécessaires, le bébé peut les recevoir à l'aide d'un DAL pendant la tétée; cela n'interfère pas avec l'allaitement. On peut faire beaucoup avant de songer à donner des compléments de lait. Obtenez de l'aide. Essayer de comprimer le sein pendant la tétée (voir article n° 15, *Compression du sein*).

3. **Les médecins s'y connaissent en matière d'allaitement.** Faux ! Bien sûr, il y a des exceptions. Toutefois, très peu de médecins formés en Amérique du Nord et en Europe occidentale ont appris quoi que ce soit sur l'allaitement pendant leurs études. Encore moins ont appris ensuite comment aider *pratiquement* une mère à bien démarrer son allaitement, puis à le poursuivre dans des conditions optimales. L'essentiel de l'information qu'obtiennent les médecins en exercice en matière d'alimentation infantile provient des fabricants de lait artificiel (représentants des ventes et publicités).

4. **Les pédiatres, au moins, s’y connaissent en matière d’allaitement. Faux!** Bien sûr, il y a des exceptions. Toutefois, pendant leurs études spécialisées (résidence), la plupart des pédiatres n’ont reçu aucun enseignement formel sur l’allaitement, et le peu qu’ils auront éventuellement entendu ici et là sera généralement faux. Pour de nombreux résidents en pédiatrie, l’allaitement est souvent « un obstacle à des soins de bonne qualité » lorsqu’un nourrisson est hospitalisé.
5. **La littérature et les échantillons de lait distribués par les fabricants de lait industriel n’ont aucun impact sur la durée de l’allaitement. Ah bon?** Alors pourquoi les fabricants de lait industriel se donnent-ils autant de mal pour distribuer aux mères *leurs* articles d’information et *leurs* échantillons ? Est-ce vraiment pour les encourager à allaiter? Investissent-ils de l’argent dans ces articles et ces échantillons pour les inciter à allaiter plus longtemps? Les fabricants donnent pour argument que, si la mère veut donner un lait artificiel, ils veulent que ce soit un lait de leur marque. En fait, en se faisant concurrence, les fabricants de lait artificiel font aussi de la concurrence à l’allaitement. Avez-vous cru ces arguments lorsqu’ils vous ont été donnés par les fabricants de cigarettes?
6. **Si la mère donne un lait artificiel en même temps que son lait, cela induira des problèmes chez le bébé. Faux!** Tout d’abord, la plupart des mères allaitantes n’auront pas besoin de lait artificiel; si une mère a un problème si grave que le don de lait artificiel semble nécessaire, le problème pourra en fait souvent être résolu sans l’utilisation de formules lactées. Mais si un tel lait est réellement nécessaire, il peut être donné avec le lait maternel sans aucun problème.
7. **Allaiter un bébé à la demande peut lui donner des coliques. Faux!** Il est vrai que le bébé allaité qui a des « coliques » prend souvent beaucoup de poids et parfois est souvent au sein. Mais les coliques sont le plus souvent dues non au fait que le bébé tète souvent, mais au fait qu’il ne reçoit pas suffisamment de lait de fin de tétée, riche en gras. Typiquement, le bébé tète bien au début, et puis s’endort vite au sein ou tète, mais ne boit pas. Après un certain temps, la mère le change de côté, et la même chose se reproduit. Ainsi le bébé qui ne reçoit que le lait relativement faible en gras tétera souvent. Et s’il ne prend que du lait relativement faible en gras, il peut aussi avoir des coliques, beaucoup de gaz, des selles aqueuses et explosives, et il pleurera beaucoup. La mère peut rendre les tétées plus efficaces en s’assurant que le bébé tète suffisamment longtemps au premier sein pour qu’il boive davantage de lait riche en gras. Elle peut aussi comprimer le sein avec la main quand le bébé tète mais n’avale plus (voir articles n° 3 sur les coliques, et n° 15 sur la compression du sein). Voir les vidéos à la rubrique Clips du Dr Jack Newman.
8. **Une mère qui se fait vacciner (contre le tétanos, la rubéole, l’hépatite A ou B, etc.) doit interrompre l’allaitement pendant 24 heures (3 jours, 2 semaines...).** Faux! Pourquoi donc? Il n’y a aucun risque, et cela pourra même présenter des avantages pour le bébé. Une seule exception (rare): lorsque le bébé souffre d’une déficience immunitaire, la mère ne doit pas recevoir de vaccin contenant un virus *vivant* (par exemple, le vaccin oral pour la polio (et non injectable), la rubéole, la rougeole, les oreillons, etc.), même si elle nourrit son bébé au lait artificiel.
9. **La confusion sein-tétine n’existe pas. Faux!** Cependant, le bébé n’est pas confus, mais plutôt il sait exactement ce qu’il veut. Un bébé qui reçoit un débit lent au sein et ensuite un débit rapide à la bouteille, comprendra l’astuce très rapidement. Un bébé qui n’a eu que le sein pendant les 3 à 4 premiers mois refusera probablement de prendre un biberon. Certains bébés préfèrent un sein à l’autre. Les bébés nourris au biberon préfèrent souvent une sorte de tétine à une autre. Bref, il est courant que le bébé manifeste une *préférence* en la matière. La seule question est avec quelle rapidité il manifestera cette préférence. Dans certains cas, elle sera nette avec seulement un ou deux biberons. Un bébé qui a des difficultés à prendre le sein peut ne jamais avoir reçu de biberons, mais introduire une tétine en pareil cas améliorera rarement la situation et l’aggraverait souvent. Signalons que beaucoup de mères se font dire que la confusion sein-tétine n’existe pas par les mêmes personnes qui affirment qu’il vaut mieux introduire rapidement les biberons afin que le bébé s’y habitue et les accepte bien.

Questions? (416) 813-5757 (option 3) ou drjacknewman@sympatico.ca ou mon livre *Dr Jack Newman’s Guide to Breastfeeding*

Traduction de l’article n° 14, « *More and More Breastfeeding Myths* », révision janvier 2005
par Jack Newman, MD, FRCPC © 2005
Version française, avril 2005 par Stéphanie Dupras, IBCLC, RLC

**Peut être copié et diffusé sans autre autorisation,
à condition qu’il ne soit utilisé dans aucun contexte où le Code international de
commercialisation des substituts du lait maternel de l’OMS est violé.**