

Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Protocole clinique n°3

Recommandations pour le don de suppléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé.

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants susceptibles d'avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins d'un patient particulier.

DEFINITIONS

Suppléments : aliments donnés à la place du lait maternel. Cela peut inclure du lait maternel exprimé ou du lait humain provenant d'un lactarium. Les aliments donnés avant 6 mois, qui est la durée d'allaitement exclusif recommandée, sont donc définis comme suppléments.

Compléments : aliments donnés à l'enfant en plus du lait maternel. Ce terme sera utilisé pour parler des aliments introduits à partir de 6 mois, un « complément » de l'allaitement nécessaire pour une nutrition adéquate.

INTRODUCTION

Si on leur prodigue les informations nécessaires, le soutien adéquat et la possibilité d'allaiter fréquemment dans les débuts de l'allaitement, la majorité des mères et de bébé pourront réussir leur allaitement. Certains enfants ne prennent pas bien le sein et ne tètent pas correctement les premiers jours de vie, mais avec du temps, une évaluation soigneuse et un minimum d'interventions, l'allaitement se mettra en place.

Des petites tétées de colostrum sont parfaitement adaptées à la taille de l'estomac d'un nouveau-né et suffisent pour prévenir la survenue d'une hypoglycémie chez un enfant né à terme et en bonne santé, avec un poids normal pour son âge gestationnel.^{1,16,19} Les enfants à terme et en bonne santé ont aussi des réserves d'eau suffisantes pour couvrir leurs besoins métaboliques.^{11,14,15} ; par conséquent, la grande majorité des enfants allaités n'ont pas besoin d'un supplément. Certaines mères ont peur que leur colostrum soit insuffisant pour les

besoins de leur bébé ; elles pourront être rassurées, bénéficier d'un soutien en matière d'allaitement et d'informations sur la physiologie de l'allaitement.

Le don de suppléments peut empêcher la mise en route normale de la lactation, avoir des effets néfastes sur l'allaitement (par ex. montée de lait retardée, engorgement), altérer de la flore digestive de l'enfant, le sensibiliser à des allergènes (cela dépend du type de repas donné et de la méthode utilisée) ; cela pourra aussi interférer avec la mise en place d'un lien mère-enfant de bonne qualité³ Avant tout don de suppléments, il est donc important d'évaluer soigneusement la situation de chaque dyade mère-enfant ; cela inclut l'observation d'une tétée. Les recommandations suivantes s'appliquent aux enfants allaités nés à terme (37 à 42 semaines) et en bonne santé.

Situations nécessitant une supplémentation

Les situations où une supplémentation est impérative sont rares¹³. (Table P-1)

TABLE P-1 Indications pour la supplémentation des nourrissons à terme et en bonne santé

1. Hypoglycémie ne cédant pas à des tétées fréquentes et efficaces¹
2. Séparation :
 - a. maladie maternelle ayant pour résultat la séparation de la mère et de l'enfant (par ex. psychose, éclampsie, choc...)
 - b. mère pas dans le même hôpital (par ex. décès de la mère)
3. Enfant né avec une pathologie métabolique (galactosémie par exemple)

4. Enfant qui est incapable de se nourrir au sein (malformation congénitale, maladie)
5. Traitement maternel avec un produit contre-indiquant l'allaitement⁴

Il existe un petit nombre d'autres indications dans lesquelles une supplémentation pourrait être indiquée. La Table P-2 liste les indications pour l'administration de tels suppléments. Le médecin décider si les bénéfices cliniques surpassent les possibles conséquences négatives de tels repas.

Il y a d'autres cas où une évaluation soigneuse de l'allaitement et une gestion adéquate de l'allaitement peuvent être nécessaires, mais une supplémentation n'est *pas* indiquée :

1. Enfant qui dort beaucoup et tète moins de 8 à 12 fois par jour pendant les premières 24 à 48 heures, mais qui n'a pas perdu plus de 7% de son poids de naissance et ne montre aucun signe de maladie
2. Enfant dont le taux de bilirubine reste inférieur à 20 mg/dl à 72 heures, si l'enfant tète bien, a des selles et des urines adéquates et a perdu moins de 7% de son poids de naissance.^{2,6}
3. Enfant qui est agité la nuit ou qui tète tout le temps au sein plusieurs heures de suite.
4. Mère somnolente.

TABLE P-2 Indications possibles pour la supplémentation des nourrissons à terme et en bonne santé

Indications liées à l'enfant :

- Hypoglycémie vérifiée sur une prise de sang et par un dosage effectué en laboratoire (les bandelettes ne sont pas une méthode suffisamment fiable), après que l'enfant ait eu la possibilité de prendre le sein régulièrement¹
- Signes cliniques manifestes de déshydratation
- Perte de poids atteignant 8 à 10% du poids de naissance en l'absence de la montée de lait (J5 ou plus)
- Selles rares ou présence de selles toujours méconiales à J5 ;
- Absorption insuffisante de lait par l'enfant en dépit d'une sécrétion maternelle adéquate
- Hyperbilirubinémie
 - Ictère lié à l'allaitement quand le bébé ne reçoit pas suffisamment de lait en dépit des interventions adéquates,
 - Ictère au lait de mère lorsque le taux de bilirubine dépasse 20 à 25 mg/dl chez un enfant par ailleurs en bonne santé, lorsque le médecin estime qu'une suspension de l'allaitement pourrait être utile

- Faible poids de naissance,
 - lorsque la mère n'a pas suffisamment de lait,
 - lorsqu'une supplémentation en nutriments est indiquée.

Indications liées à la mère :

- a) Montée de lait tardive (J5 ou plus) avec apports insuffisants à l'enfant
- b) Douleur majeure pendant les tétées, non soulagée par les interventions
- c) Mère non disponible du fait d'une maladie grave ou d'une séparation géographique
- d) Insuffisance glandulaire primaire (échec primaire de lactation) mise en évidence par un faible développement des seins durant la grossesse et peu de signes de lactogénèse, pathologie du sein ou chirurgie mammaire antérieure occasionnant une production lactée faible.
- e) Retard de la montée de lait :
 - rétention placentaire (la lactation démarrera probablement après enlèvement des fragments placentaires)
 - syndrome de Sheehan (hémorragie du post-partum suivie d'une absence de lactogénèse)

Adapté de : Powers NG, Slusser W : Breastfeeding update. 2 : Clinical lactation management. *Pediatr Rev* 1997;18:147-161.

RECOMMANDATIONS

1. Les nouveau-nés à terme, s'ils ne tètent pas correctement pendant les premières 24 à 48 heures, n'ont pas besoin de suppléments, mais les bébés qui sont trop malades pour téter ou dont la mère est trop malade pour allaiter, pourront avoir besoin de suppléments.¹³
2. Le don de suppléments pourra se faire sur ordonnance du pédiatre et après avoir obtenu l'accord de la mère qui aura reçu les explications nécessaires. Quand ces suppléments ne sont pas médicalement nécessaires et qu'une mère souhaite que son bébé en reçoive, les membres de l'équipe soignante devraient noter dans le dossier les efforts faits pour l'en dissuader. Tout don de supplément devrait être soigneusement noté dans le dossier de l'enfant : nature du complément, volume, méthode et les indications médicales ou raison de ce don.
3. Lorsque le don d'un supplément est nécessaire, le principal objectif est de nourrir le bébé et d'augmenter la production lactée maternelle, pendant que l'on travaille à déterminer la cause de ces tétées inefficaces ou du transfert de lait inadéquat.

4. Chaque fois que c'est possible, l'enfant restera en permanence avec sa mère, afin d'augmenter les occasions de tétées et de favoriser la lactation.¹³
5. Si une séparation mère-enfant est inévitable, que la production lactée est insuffisante ou incertaine, ou que le bébé n'est pas efficace au sein, la mère recevra les informations et le soutien nécessaires pour tirer son lait manuellement ou avec un tire-lait, afin de stimuler sa production et fournir du lait exprimé pour son enfant autant que nécessaire.
6. Dans l'idéal, la mère devrait tirer son lait chaque fois que son bébé reçoit un supplément, ou toutes les 2 à 3 heures.^{7,13}. On encouragera les mères à commencer à tirer leur lait dès le premier jour ou dès que possible. Un engorgement important devrait être évité, car cela risque de compromettre la mise en place d'une production lactée adéquate et peut induire d'autres complications.¹³
7. Avant tout don de suppléments, les nourrissons devraient être évalués. Il faudrait vérifier l'installation, la prise du sein par l'enfant.¹⁷ La majorité des bébés qui restent en permanence avec leur mère et têtent correctement perdra moins de 7% de leur poids de naissance. Une perte de poids supérieure à 7% peut être le signe d'une absorption insuffisante de lait, en raison d'un problème infantile ou maternel.^{5,12}. Une perte de poids atteignant 8 à 10% peut être dans des limites normales, mais si tout se passe bien par ailleurs et si l'examen clinique est normal, c'est une indication pour une évaluation soigneuse et éventuellement une aide pour l'allaitement.
8. Le pédiatre doit être prévenu si :
 - a. l'enfant présente un quelconque symptôme en plus d'un problème d'allaitement,
 - b. si la dyade mère-enfant présente une des conditions cliniques décrites dans la table P-1
 - c. si la perte de poids dépasse 7% du poids de naissance,

Méthode utilisée pour donner le supplément

Lorsque des suppléments sont nécessaires, l'une des techniques suivantes peut être utilisée : dispositif d'aide à la lactation, permettant à l'enfant de recevoir le supplément en étant au sein, tasse, cuillère, compte-gouttes, alimentation au doigt, biberon.^{8,10,17,18} Il n'existe que peu de données sur la sécurité ou l'efficacité de la plupart des méthodes alternatives et sur leurs effets sur l'allaitement ; cependant lorsque les conditions d'hygiène ne sont pas optimales, la tasse peut être le meilleur choix.¹⁸ Il a été montré que cette méthode était simple à utiliser

chez les enfants nés à terme, et pouvait aider à préserver l'allaitement chez ceux qui devaient recevoir de fréquents suppléments.^{8,9}

Quel supplément donner

Le lait tiré par la mère représente le premier choix¹⁷. Exprimer suffisamment de colostrum pourra être difficile pendant les premiers jours. La mère aura besoin d'informations spécifiques et d'un soutien actif. Si la mère n'a pas suffisamment de colostrum pour couvrir les besoins de son bébé, du lait de donneuse pasteurisé est préférable à tout autre supplément. Le médecin qui suit l'enfant devra soigneusement peser les risques liés à l'utilisation d'autres liquides tels qu'un lait industriel standard ou d'un hydrolysate. Il prendra en compte les ressources disponibles, les facteurs de risque familiaux, tels que l'atopie, l'âge de l'enfant et l'impact éventuel sur la mise en route de l'allaitement.

RÉFÉRENCES

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol Number 1: Guidelines for Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Breastfed Neonates. ABM News and Views 1999, insert.
2. American Academy of Pediatrics. Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. [published erratum appears in Pediatrics 95:58-61, 1995] [see comments]. Pediatrics 94:558-65, 1994.
3. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. Acta Paediatrica 83:1122-1126, 1994.
4. Committee on Drugs. The American Academy of Pediatrics : The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 108:776-789, 2001.
5. DeMarzo S, Seacat J, Neifert M. Initial weight loss and return to birth weight criteria for breast-fed infants: Challenging the "rule of thumb". Am J Dis Children 145, 402. 1991.
6. Gartner LM, Herschel M. Jaundice and Breastfeeding. Pediatr Clin North Am 48:389-400, 2001.
7. Hill PD, Brown LP, Harker TL. Initiation and frequency of breast expression in breastfeeding mothers of LBW and VLBW infants. Nurs Res 44:352-355, 1995.
8. Howard CR, de Blicke EA, ten Hoopen CB, et al. Physiologic stability of newborns during cup- and bottle-feeding. Pediatrics 105:105-107, 1999.
9. Howard CR, Howard FM, Lanphear BP, et al. Complementary feeding methods for breastfed babies. A randomized trial of cup versus bottle and the effect on breastfeeding success. Pediatr Res 49:161A, 2001.
10. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: An alternative method of infant feeding. Arch Disease Child 365-369, 1994.

11. Marchini G, Stock S. Thirst and vasopressin secretion counteract dehydration in newborn infants. *J Pediatr* 130:736-739, 1997.
12. Muskinja-Montanji G, Molnar-Sabo I, Vekonj-Fajka G. Physiologic neonatal body weight loss in a "baby friendly hospital". [Serbo-Croatian (Roman)]. *Medicinski Pregled*.52:237-240,1999.
13. Powers NG, Slusser W. Breastfeeding update. 2: Clinical lactation management. [Review] *Pediatr Rev* 18:147-161,1997.
14. Rodriguez G, Ventura P, Samper MP, et al. Changes in body composition during the initial hours of life in breast-fed healthy term newborns. *Biol Neonat* 77:12-16, 2000.
15. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK. Do exclusively breast fed infants need fluid supplementation? *Indian Pediatr* 29:535-540,1992.
16. Scammon RE, Doyle LO. Observations on the capacity of the stomach in the first ten days of postnatal life. *Am J Dis Child* 516-538, 1920.
17. The American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 100:1035-1039, 1997.
18. United Nations Children's Fund. Feeding low birth weight babies. UNICEF division of information and public affairs. New York, UNICEF, 1996.
19. Williams AF. Hypoglycemia of the newborn: Review of the literature. Geneva, World Health Organization, 1997; download from www.who.int/reproductive-health/docs/hypoglycaemia_newborn.htm