

# Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

## Protocole clinique n°10 L'allaitement de l'enfant né un peu avant terme (35-37 semaines de gestation).

*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.*

### OBJECTIFS

1. Promouvoir et soutenir l'allaitement de l'enfant né un peu avant terme.
2. Maintenir une santé optimale chez la mère et l'enfant.

### BUT DE CE PROTOCOLE

1. Permettre aux nourrissons, nés entre 35 et 37 semaines d'âge gestationnel, d'être allaités et/ou nourris au lait maternel dans toute la mesure du possible.
2. Faire prendre conscience des difficultés d'allaitement que ces bébés et leurs mères peuvent expérimenter.
3. Proposer des stratégies permettant de prévenir, d'identifier rapidement et de corriger les problèmes d'allaitement que peuvent rencontrer les mères d'un enfant né légèrement avant terme lors du séjour en maternité et par la suite.
4. Prévenir les problèmes médicaux tels que la déshydratation, l'hypoglycémie, l'hyperbilirubinémie et la stagnation pondérale chez ces enfants.
5. Faire prendre conscience des besoins de la mère.

### DEFINITION

L'enfant né un peu avant terme est défini comme un enfant né pendant les 35<sup>ème</sup> et 36<sup>ème</sup> semaines de gestation. **Nombre de problèmes présentés par ces enfants sont aussi constatés chez les prématurés nés à 34-35 semaines avec un poids élevé ou chez l'enfant né pendant la 37<sup>ème</sup> semaine, et les recommandations faites dans ce protocole peuvent aussi s'appliquer à ces enfants.**

### INTRODUCTION

Les avantages de l'alimentation avec du lait humain sont encore plus importants pour les prématurés que pour les enfants nés à terme. Toutefois, la mise en place de l'allaitement est souvent plus difficile chez l'enfant né un peu avant terme que chez l'enfant né à terme. En raison de son immaturité, l'enfant légèrement prématuré peut être plus somnolent, moins résistant ; il peut avoir plus de difficultés à prendre le sein, à téter et à déglutir ; il peut être plus difficile pour lui de stabiliser sa température ; il est plus vulnérable aux infections ; il peut mettre plus de temps à évacuer la bilirubine et il est plus instable sur le plan respiratoire que l'enfant né à terme. La somnolence et la difficulté à téter vigoureusement sont souvent interprétées à tort comme un signal d'infection, ce qui induit inutilement une séparation d'avec la mère et des traitements. D'un autre côté, un tel enfant peut sembler d'une vigueur trompeuse au premier regard. Des nouveau-nés de poids élevé peuvent être estimés à tort comme étant plus mature que ne le voudrait leur âge gestationnel (un bébé de 3,840 kg à 40 semaines pesait 3 kg à 36 semaines). Ces enfants nés un peu avant terme sont plus souvent séparés de leur mère, suite à une maladie chez l'enfant ou pour des pratiques telles que la recherche d'une infection, la pose d'une voie intraveineuse ou une photothérapie.

Les mères qui accouchent, près du terme, mais pas à terme, sont plus susceptibles d'avoir une grossesse gémellaire ou un problème tel qu'un diabète, une hypertension gravidique, une rupture prolongée des membranes, une chorioamniotite, un accouchement déclenché ou une césarienne, tous facteurs susceptibles d'affecter négativement l'allaitement. Chacun de ces problèmes, seul ou en combinaison, augmente le risque de difficultés de mise en route de la lactation et d'échec de l'allaitement.

Les problèmes infantiles et maternels potentiels, décrits ci-dessus, augmentent à leur tour le risque, chez l'enfant, d'hypothermie, d'hypoglycémie, de perte de poids importante, de déshydratation, de prise de poids lente ou de stagnation staturo-pondérale, de don prolongé de suppléments, d'ictère important, d'ictère nucléaire, de fièvre secondaire à la déshydratation, de réadmission en milieu hospitalier et/ou d'échec de l'allaitement. Dans les services où une sortie rapide est la règle, ces enfants sortiront peu de temps après leur naissance. Donner de l'information aux parents et parler avec eux des besoins de cet enfant, est crucial pour un bon déroulement de l'allaitement.

Les enfants nés presque à terme ont plus de chances d'être exclusivement allaités dans les hôpitaux qui respectent les Dix Conditions pour le succès de l'allaitement de l'OMS/UNICEF. Pour cela, les membres de l'équipe soignante doivent connaître les Dix Conditions et travailler en collaboration avec l'administration de leur service pour qu'elle les respecte. (voir le Protocole n°7 de l'Academy of Breastfeeding Medicine).

La plupart des problèmes aigus qui surviennent chez le nouveau-né sont résolus pendant le séjour en maternité, pendant les premières heures ou les premiers jours après l'accouchement ; toutefois, il peut arriver que l'état clinique d'un enfant se dégrade entre le moment du retour au domicile et la première consultation médicale. En conséquence, il est particulièrement important qu'une évaluation de l'état de l'enfant né un peu avant terme soit faite après sa sortie de maternité. De la même façon que de plus en plus de services de maternité deviennent Amis des Bébé, les consultations doivent non seulement soutenir les mères allaitantes, mais également être capable d'aider celles qui présentent des problèmes simples d'allaitement ou qui se posent des questions. En outre, il est essentiel de savoir détecter les mères qui ont besoin d'être référées à un professionnel de l'allaitement, en cas de problème plus complexe, et de savoir le faire à temps. Envoyer la mère à une consultation d'allaitement devrait être considéré comme étant aussi urgent que d'envoyer la mère chez un spécialiste en cas de problème médical aigu.

## **PRINCIPES DE BASE DES SOINS**

1. Une communication optimale
  - a. Recommandations spécifiques à l'allaitement de l'enfant né un peu avant terme.
  - b. Remise d'un planning d'alimentation écrit au moment de la sortie de maternité.
  - c. Faciliter la communication entre les médecins, les infirmières et les consultantes en lactation dans le service et dans les consultations externes.
  - d. Eviter que la famille de l'enfant né un peu avant terme ne reçoive des informations contradictoires.

2. Evaluation/Réévaluation
  - a. Evaluation objective de l'âge gestationnel et des facteurs de risque associés.
  - b. Evaluation quotidienne de l'allaitement pendant le séjour en maternité ou en service spécialisé.
  - c. Evaluation soigneuse de l'allaitement en consultation externe.
3. Soutien de l'allaitement en temps voulu pendant le séjour en maternité et par la suite
4. Eviter la séparation mère-enfant
  - a. En post-partum immédiat.
  - b. En cas d'hospitalisation de la mère ou de l'enfant pour des raisons médicales.
5. Les problèmes fréquemment rencontrés chez les enfants un peu avant terme
  - a. Hypoglycémie
  - b. Hypothermie
  - c. Hyperbilirubinémie
  - d. Déshydratation ou perte de poids excessive.
6. Education
  - a. Formation continue en matière d'allaitement des équipes soignantes et des professionnels de santé sur les caractéristiques spécifiques de l'allaitement d'un enfant né un peu avant terme, tant dans les services de maternité que dans les consultations extérieures.
  - b. Avoir une (ou deux) personne(s) soutien en externe (infirmière ou conseillère en allaitement), formée en matière de soutien à l'allaitement, d'évaluation du déroulement de l'allaitement et de gestion des problèmes courants pouvant se présenter lors de l'allaitement d'un enfant né un peu avant terme.
  - c. Informer les parents sur l'allaitement d'un enfant né un peu avant terme.
7. Sortie/Suivi
  - a. Développer des critères permettant de savoir que l'enfant peut sortir du service.
  - b. Etablir un planning d'alimentation à suivre après la sortie.
  - c. Faciliter et prévoir de fréquentes consultations après la sortie du service pour s'assurer d'un bon déroulement de l'allaitement.
  - d. Suivre soigneusement la mère et l'enfant après la sortie.

## **MISE EN ŒUVRE CES PRINCIPES DE SOINS EN MATERNITE**

1. Premières mesures
  - a. Communication d'un plan pour l'alimentation par le biais d'un document pré-imprimé qui peut être facilement modifié.

- b. Encourager un contact peau à peau immédiat et prolongé, afin de faciliter la stabilisation en post-partum du rythme cardiaque, du fonctionnement respiratoire, de la température, du métabolisme, ainsi que le démarrage de l'allaitement.
- c. Évaluer l'âge gestationnel à partir des estimations obstétricales et du score de Dubowitz. Observation étroite de l'enfant pendant 12 à 24 heures, afin de vérifier sa stabilité physiologique (température, apnée, tachycardie, hypoglycémie).
- d. Encourager la cohabitation mère-enfant permanente. Si l'enfant est physiologiquement stable et en bonne santé, lui permettre de rester près de sa mère s'il doit recevoir une antibiothérapie en IV ou une photothérapie. En fonction de la situation, l'utilisation d'une couverture Biliblanket (système de diffusion de la lumière par fibres optiques, que l'on enroule autour du bébé) pendant les tétées pourra être nécessaire, avec limitation du temps passé par l'enfant ailleurs que sous photothérapie plus intense.
- e. Permettre à l'enfant d'avoir librement accès au sein maternel, encourager la première mise au sein dans l'heure qui suit la naissance. Encourager un contact peau à peau continu autant que faire se peut.
- f. L'allaitement à la demande doit être encouragé. Il est très important que l'enfant soit allaité (ou nourri avec du lait maternel) *au moins* 8 fois par 24 heures. Il pourra être nécessaire de réveiller le bébé s'il ne montre pas de signes de faim. La mère pourra avoir besoin de tirer son lait pour le donner au bébé à la tasse ou à l'aide d'une autre méthode alternative. Les mères devraient être averties du fait que l'utilisation d'un biberon, à ce stade, peut affecter négativement l'allaitement chez certains bébés.

Informers la mère sur l'allaitement de son enfant (position, mise au sein, durée des tétées, manifestations de faim, etc.)

- d. Suivre les signes vitaux de l'enfant, l'évolution de son poids, ses selles et ses urines, évaluer le transfert de lait. La pesée de l'enfant avant et après la tétée pourrait être utile, en particulier lorsque la montée de lait est faite. Surveiller l'apparition des problèmes les plus fréquents : obtenir un dosage de la bilirubine avant la sortie si le bébé est ictérique, suivi de la glycémie, avant les 3 premières tétées ou jusqu'à stabilisation, si une hypoglycémie a été constatée (voir le protocole sur l'hypoglycémie). Il est recommandé de rechercher en routine une hyperbilirubinémie chez les enfants nés un peu avant terme, et d'utiliser des diagrammes standardisés pour évaluer le risque d'hyperbilirubinémie, ainsi qu'un planning de suivi.
- e. Éviter la perte de poids excessive ou la déshydratation. Une perte de poids supérieure à 3% du poids de naissance à J1, ou supérieure à 7% à J3, un mauvais transfert du lait ou un ictère important, doivent être considérés comme anormaux et donner lieu à une évaluation détaillée et à un suivi approprié.
  - i. Le bébé pourra avoir besoin de recevoir de suppléments après les tétées, en faibles quantités (5-10 cc par tétées à J1, 10-30 cc par tétée par la suite), constitués soit de lait maternel exprimé, soit de lait industriel. Les mères peuvent donner ces suppléments en utilisant un système de supplémentation posé sur le sein, à la tasse, au doigt, à la seringue ou au biberon, en fonction de la situation clinique et de leurs préférences. Il a été montré que l'utilisation d'une tasse était sans danger tant chez des prématurés<sup>5</sup> que chez des enfants nés à terme<sup>6</sup>. L'alimentation à la tasse permet aussi d'augmenter la durée de l'allaitement chez les prématurés<sup>7</sup> et les enfants nés à terme<sup>8</sup> qui ont besoin de recevoir des suppléments à de nombreuses reprises. Toutefois, il n'existe guère de données fiables sur l'efficacité et l'innocuité des autres méthodes ou sur leur impact sur l'allaitement. Lorsque le niveau d'hygiène est médiocre, l'alimentation à la tasse peut être le meilleur choix<sup>9</sup>.
  - ii. En cas de don de suppléments, la mère devrait tirer son lait régulièrement (l'utilisation d'un tire-lait électrique hospitalier est recommandée chaque fois que possible) pendant la journée (toutes les 3 heures par exemple), jusqu'au moment où le bébé tètera correctement, ou si la mère est séparée de son enfant et ne peut pas le mettre au sein.

## 2. Les soins pendant le séjour

- a. Faire le point quotidiennement sur les modifications du planning d'alimentation, soit directement, soit à l'aide d'un document écrit comme par exemple une feuille de suivi.
- b. Demander à une consultante en lactation ou à une autre personne compétente en matière d'allaitement une évaluation dans les 24 heures qui précèdent la sortie.
- c. Au moins 2 membres différents de l'équipe soignante devraient assister à au moins 3 tétées tous les jours, et en dresser une évaluation à l'aide d'un protocole d'évaluation standardisé (par ex., outil LATCH<sup>2</sup>, IBFAT<sup>3</sup>, Mother/Baby assessment Tool<sup>4</sup>)

- iii. Envisager l'utilisation d'un bout de sein en silicone ultrafin si le bébé a du mal à prendre le sein ou si on a constaté qu'il était inefficace<sup>10</sup>. L'utilisation de bouts de sein est controversée et requiert habituellement un suivi étroit par une consultante en lactation ou un autre professionnel de santé expérimenté en matière d'allaitement. L'utilisation inappropriée ou prolongée de bouts de sein peut induire une baisse de la production lactée et, dans certains cas, les bouts de sein abaissent plutôt qu'ils n'augmentent le transfert du lait à l'enfant.
  - f. Eviter le stress thermique en recommandant le contact peau à peau (portage kangourou par exemple) ou en emmaillotant le bébé, si nécessaire, et en lui mettant maillot et bonnet. Evaluer l'intérêt de la mise en incubateur de façon intermittente pour faciliter le maintien de sa température. Lorsque c'est culturellement acceptable, la mère peut dormir avec son bébé pour le maintenir au chaud.
3. Planning de sortie
- a. Evaluer si l'enfant peut sortir en fonction de sa stabilité physiologique, de sa prise de poids correcte en allaitement exclusif ou avec don de suppléments. Il pourra être nécessaire de faire des tests de poids, sur 24 heures, en utilisant une balance de haute précision pour évaluer les apports des enfants qui ont perdu plus de 7% de leur poids de naissance.<sup>11</sup>
  - b. Prévoir un planning d'alimentation après la sortie. Prendre en compte la nature du lait donné, les quantités (ml/kg/jour) et la méthode d'alimentation (sein, biberon, dispositif utilisé pour donner les compléments). Si l'enfant reçoit des compléments, voir avec la mère quelle méthode lui semble la plus acceptable à utiliser après le retour au domicile.
  - c. Prévoir un rendez-vous dans les 48 heures qui suivent la sortie pour faire le point sur la prise de poids, l'alimentation de l'enfant, l'ictère.
  - d. Communiquer le planning d'alimentation au pédiatre qui va suivre l'enfant après sa sortie. Des informations écrites sont préférables.
- b. On reverra les dossiers de la mère et de l'enfant, en ce qui concerne les périodes prénatale et périnatale, ainsi que l'alimentation du bébé depuis le début (par exemple nécessité du don de compléments pendant le séjour en maternité, problèmes de mise au sein, nécessité d'une photothérapie, etc.). L'âge gestationnel, le poids de naissance et le poids à la sortie de maternité seront inscrits dans le dossier médical de l'enfant tenu par le pédiatre.
  - c. Le médecin devra passer en revue de façon très détaillée le déroulement de l'allaitement depuis la sortie de maternité : fréquence des tétées, durée approximative, façon dont le bébé est nourri (au sein, avec du lait maternel exprimé, donné au sein à l'aide d'un dispositif d'aide à l'allaitement, au doigt ou au biberon). Il recueillera aussi des informations sur les urines et les selles du bébé, sur la couleur des selles, sur le comportement du bébé (par exemple pleurs après les tétées, bébé somnolent et difficile à maintenir éveillé au sein, etc.). Si les parents ont un «tableau de bord» écrit pour l'alimentation du bébé, il devra être passé en revue.
  - d. L'examen du bébé devra inclure une pesée de l'enfant nu, avec calcul de l'évolution du poids depuis la naissance et la sortie du service, évaluation du niveau d'éveil et de l'état d'hydratation. On évaluera le niveau de l'ictère par mesure transcutanée de la bilirubine et/ou dosage sanguin du taux de bilirubine si nécessaire.
  - e. Les seins de la mère seront examinés pour évaluation de la forme des mamelons, recherche de l'existence de douleurs et de lésions, d'un engorgement et d'une mastite. Le statut émotionnel maternel et son degré de fatigue doivent aussi être pris en compte, en particulier lorsqu'on envisage les pratiques de don de compléments. On observera le bébé pendant une tétée au sein, pour évaluer sa prise du sein, sa succion et ses déglutitions.
2. Résoudre les problèmes
- a. Une faible prise de poids (moins de 20 g/jour) est le plus souvent la conséquence d'une absorption insuffisante de lait. La prise de poids moyenne d'un nouveau-né en bonne santé est de 26 à 31 g/jour.<sup>12</sup> Le professionnel de santé doit déterminer où se situe le problème : production lactée insuffisante, incapacité de l'enfant à absorber le lait disponible ou combinaison des deux. Un bébé qui reçoit suffisamment de lait doit quotidiennement uriner 6 à 8 fois et avoir des selles jaunes et molles à J4, ne pas avoir perdu plus de 8% de son poids de naissance et être satisfait après 20-30 mn de tétée. Envisager

## **LE SUIVI EN CONSULTATION : MISE EN ŒUVRE DES PRINCIPES DE SOINS**

### 1. La première visite

- a. La première consultation au cabinet du pédiatre ou au domicile des parents devrait avoir lieu lorsque l'enfant est âgé de 3 à 5 jours ou 24 à 48 heures après sa sortie du service.

d'augmenter la fréquence des tétées et/ou de donner des suppléments (de préférence du lait maternel exprimé) après celles-ci si la mère n'est pas prête à augmenter leur fréquence ou penser à l'augmentation de la quantité de suppléments. Envisager de commencer à tirer le lait manuellement ou avec un tire-lait, ou d'augmenter la fréquence des séances d'expression. Envisager de référer la mère à un spécialiste en lactation.

- b. Quand le bébé a des difficultés à prendre le sein, sa bouche devrait être examinée à la recherche d'une anomalie anatomique [ankyloglossie par exemple (frein de la langue trop court),<sup>13</sup> fente palatine] et un examen au doigt devrait être pratiqué. Il pourra être nécessaire de référer la mère à un spécialiste en allaitement ou à un professionnel compétent pouvant pratiquer une freinectomie en cas d'ankyloglossie.
- c. Le suivi du bébé ictérique né presque à terme pose davantage de difficultés sur le plan de l'hyperbilirubinémie. Il faut garder à l'esprit la nécessité de déterminer tous les facteurs de risque ; si le principal facteur est l'absorption d'une quantité insuffisante de lait, le premier traitement est de donner du lait au bébé (de préférence en améliorant la pratique d'allaitement ou en donnant du lait maternel exprimé). La mise en œuvre d'une photothérapie pour un ictère au lait maternel, que ce soit au domicile ou à l'hôpital, peut interférer avec la principale mesure thérapeutique qui est d'augmenter la quantité de lait prise par le bébé.
- d. Envisager l'utilisation d'un galactagogue (un médicament ou une plante qui augmente la production lactée) si la mère a réellement une faible sécrétion lactée. (Voir le protocole de l'ABM «Utilisation des galactagogues pour l'induction ou l'augmentation de la sécrétion lactée»)
- e. La capacité de la mère à faire face à la situation et à gérer le planning d'alimentation doit être évaluée. Si la mère a du mal à y arriver, il est nécessaire de voir avec elle comment elle peut trouver de l'aide, ou de modifier le planning d'alimentation pour le rendre plus facile à gérer.

### 3. Le suivi

L'enfant né presque à terme devrait être pesé toutes les semaines jusqu'à 40 semaines d'âge post-conceptionnel ou jusqu'à ce qu'on ait constaté que sa prise de poids est normale alors qu'il ne reçoit pas de suppléments.

- a. Les bébés qui ne prennent pas suffisamment de poids et pour lesquels des ajustements sont fait en ce qui concerne le planning d'alimentation

doivent être revus 2 à 4 jours après chaque ajustement. Un professionnel de santé passant au domicile de la mère, de préférence compétent en matière d'évaluation des nourrissons et de soutien à l'allaitement, et qui fait connaître la prise de poids au professionnel de santé qui suit régulièrement l'enfant, peut faire ce suivi.

- b. Les bébés nés presque à terme auront des réserves plus basses de vitamine D à leur naissance et ont donc un risque plus élevé de carence par la suite. En fonction de l'exposition de l'enfant à la lumière du soleil et de la couleur de sa peau, le don de suppléments de vitamine D (200 IU/jour) pourra être indiqué si l'enfant est exclusivement allaité. Il est fortement recommandé de débiter ce don de suppléments avant 2 mois post-partum, âge recommandé pour les enfants nés à terme aux USA. Il faut aussi envisager le don de suppléments de fer, car chez ces enfants nés presque à terme les réserves de fer ne sont pas aussi élevées que chez les enfants nés à terme. Le Comité sur la Nutrition de l'Académie Américaine de Pédiatrie recommande la prise de 2 mg/kg/jour de fer par les prématurés sous forme de gouttes, entre 1 et 12 mois.
- c. Après leur première semaine de vie, les bébés doivent être suivis sur le plan de leur croissance et de leurs constantes biochimiques (voir le tableau P-4 du protocole 12 de l'ABM, «La transition entre le service de néonatalogie et la maison chez le prématuré allaité»). La prise de poids moyenne doit être supérieure à 20 g/jour, et la taille du bébé et son périmètre crânien doivent augmenter d'en moyenne 0,5 cm/semaine.

## REFERENCES

1. Reynolds A. Breastfeeding and Brain Development. *Pediatr Clin North Am* 2001(1); 48:159-171.
2. Jensen D, Wallace S, and Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1994; 23:27-32.
3. Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery* 1988;4:154-65.
4. Mulford C. The mother-baby assessment (MBA): an Apgar "score" for breastfeeding. *J Hum Lact* 1992; 8:79-82.
5. Marinelli K, Burke G, Dodd V. A comparison of the safety of cup feedings and bottle feedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol* 2001;21:350-5.
6. Howard CR, de Blic EA, ten Hoopen CB, et al. Physiologic stability of newborns during cup- and bottle-feeding. *Pediatrics* 1999;104(5 Pt2):1204-7.
7. Collins CT, Ryan P, Crowther CA, et al. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomised controlled trial. *Br Med J* 2004; 329:193-198.

8. Howard, CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511-518.
9. United Nations Children's Fund. Feeding low birth weight babies. 1996. UNICEF Division of Information and Public Affairs.
10. Meier PP, Brown LP, Hurst NM, et al. Nipple shields for preterm infants: Effect on milk transfer and duration of breastfeeding. *J Hum Lact* 2000;16:106-113.
11. Meier PP, Engstrom JL, Crichton C, et al. A new scale for in-home test-weighing for mothers of preterm and high-risk infants. *J Hum Lact* 1994;10:63-8.
12. National Research Council, Food and Nutrition Board, National Academy of Science: Recommended daily allowances, 10<sup>th</sup> ed. Washington, DC, 1989, US Government Printing Office.
13. Ballard MD, Auer CE, Khoury, JC. Ankyloglossia: Assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002;110:e63.

## Comité pour les protocoles

*\*Eyla Boies MD*

*Caroline J. Chantry MD, FABM, Co-Chairperson*

*Cynthia R. Howard MD, MPH, FABM, Co-Chairperson*

*\*Yvonne Vaucher MD.*

\*Auteur principal.

Copyright 2004 de l'Academy of Breastfeeding Medicine, Inc.

Approuvé le 22/08/2004

Le développement de ce protocole a été financé en partie par une subvention du Maternal and Child Health Bureau, Department of Health and Human Services.