



HAL
open science

La pratique de l'allaitement maternel : conseils aux mères en pharmacie d'officine

Christine Arzac

► **To cite this version:**

Christine Arzac. La pratique de l'allaitement maternel : conseils aux mères en pharmacie d'officine. Sciences pharmaceutiques. 1987. dumas-00852417

HAL Id: dumas-00852417

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00852417v1>

Submitted on 23 Aug 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

1er Exemplaire

UNIVERSITE SCIENTIFIQUE TECHNOLOGIQUE
ET MEDICALE DE GRENOBLE
U.F.R. DE PHARMACIE

ANNEE : 1987

N° D'ORDRE : 7034

LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
Conseils aux mères en pharmacie d'officine

THESE

présentée à l'Université Scientifique Technologique et Médicale de Grenoble
pour obtenir le grade de **Docteur en Pharmacie** - Diplôme d'Etat

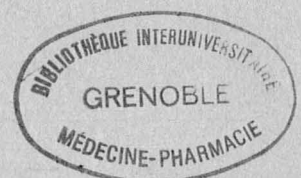
par

Christine ARSAC
née le 9 avril 1962
à Valence

Thèse soutenue publiquement le 7 mai 1987

devant la Commission d'examen :

Madame le Professeur **H. BERIEL**, Président du jury
Madame le Docteur **M. BOITARD**
Mademoiselle **M. FIGUET**, pharmacien



UNIVERSITE SCIENTIFIQUE TECHNOLOGIQUE
ET MEDICALE DE GRENOBLE
U.F.R. DE PHARMACIE

ANNEE : 1987

N° D'ORDRE :

LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
Conseils aux mères en pharmacie d'officine

THESE

présentée à l'Université Scientifique Technologique et Médicale de Grenoble
pour obtenir le grade de *Docteur en Pharmacie* - Diplôme d'Etat

par

Christine ARSAC
née le 9 avril 1962
à Valence

Thèse soutenue publiquement le 7 mai 1987

devant la Commission d'examen :

Madame le Professeur H. BERIEL, Président du jury
Madame le Docteur M. BOITARD
Mademoiselle M. FIGUET, pharmacien



115 007982 2



La Pratique de l'Allaitement Maternel

Conseils aux mères en pharmacie d'officine



L'Amour Maternel

<< Chacun en a sa part,
et tous l'ont tout entier ...>>

à Thierry

à Maman, Papa et Nanou

à mes deux grands-mères

à Jean et Lucette

aux "frangins et frangines" et à toute ma famille

à Elizabeth et à tous mes amis.

à Madame le Professeur BERIEL, qui nous a toujours accueillie avec le sourire et avec de bons conseils.

Qu'elle recoive, ici, toute notre considération.

à Madame le Docteur BOITARD, qui m'a guidée tout au long de ce travail.
Qu'elle trouve, ici, l'expression de ma plus profonde gratitude.

à Mademoiselle FIGUET, pharmacien, qui m'a appris mon métier de pharmacien officinal.

Je la remercie confraternellement.

Je tiens à remercier tout particulièrement

- Monsieur le Professeur Boucherle, qui m'a fait apprécier la chimie organique,*
- Madame le Docteur Martine Huot-Marchand, présidente de S.O.S allaitement (Nancy) qui a bien voulu me recevoir,*
- Mesdames et Messieurs les professeurs, assistants de l'U.F.R en pharmacie de l'Université de Grenoble I pour leur enseignement.*

Que chaque personne qui a contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de cette thèse soit remerciée.

SOMMAIRE

0 Introduction	6
1. Physiologie de la lactation humaine	7
1.1. La glande mammaire	7
1.1.1. Introduction	7
1.1.2. Développement de la glande mammaire	8
1.1.3. Architecture générale de la glande mammaire chez la femme en période d'activité génitale	9
1.1.4. Adaptation de la glande mammaire en vue de la lacta- tion	10
1.1.5. Involution de la glande mammaire lors du sevrage	11
1.2. La lactation	12
1.2.1. L'élaboration du lait	12
1.2.2. Régulation hormonale de la lactation	14
1.2.3. La phase d'automatisme mammaire	16
1.2.4. Le lait de femme	17
2. Les troubles de la lactation et leurs remèdes	21
2.1. Introduction	21
2.2. Petits ennuis de l'allaitement	22
2.2.1. Mamelon ombiliqué	22
2.2.2. Les douleurs mammaires	23
2.3. Troubles de la sécrétion lactée	23
2.3.1. Hypogalactie primaire : fait exceptionnel	23
2.3.2. Hypogalactie secondaire : la panne de lait	25
2.3.3. L'hypergalactie : les seins qui coulent tout seuls	26
2.4. Pathologie de l'allaitement	26
2.4.1. Les crevasses	27
2.4.2. Les engorgements	28

2.4.3. Les lésions inflammatoires	29
2.4.4. Autres pathologies	31
2.5. Conclusion	32
3. Aspects psycho-sociologiques de l'allaitement	33
3.1. introduction	33
3.2. Historique	34
3.3. Le fonctionnement de l'association	34
3.3.1. Une aide immédiate grâce à l'écoute téléphonique	35
3.3.2. Une réponse à des problèmes précis	36
3.3.3. La divulgation de l'allaitement maternel	36
3.4. Les objectifs de S.O.S allaitement	37
3.4.1. Promotion de l'allaitement maternel	37
3.4.2. Sensibilisation du personnel de Santé	37
3.5. Conclusions	38
4. Allaitement maternel - Conseils pratiques en Officine	39
4.1. Introduction	39
4.2. Préparation à la lactation	39
4.2.1. La préparation physique	40
4.2.2. La préparation psychologique	41
4.3. Recommandations diététiques et d'hygiène de vie à la femme qui allaite	42
4.3.1. Une "bonne" alimentation	42
4.3.2. Une "bonne" hygiène de vie	44
4.3.3. Les médicaments "sans danger"	46
4.3.4. Les contre-indications liées à l'allaitement	47
4.4. Durée de l'allaitement et sevrage	49
4.4.1. Durée de l'allaitement	49
4.4.2. Le sevrage	50
5. Conclusions	52

Introduction

Quoi de plus naturel que d'allaiter un bébé ?

Il suffit de blottir tendrement ce précieux nouveau-né dans ses bras et de lui offrir le sein.

Quoi de plus simple ?

En théorie, l'allaitement maternel est, en effet, très facile à mettre en route mais, en pratique, qu'en est-il ?

Le pharmacien reçoit souvent la visite de jeunes accouchées, un peu hagardes, faute d'avoir peu dormi.

En France et dans les pays à niveau social élevé, il n'existe pas de tradition gestuelle, visuelle et auditive de l'allaitement. Les jeunes mères ont rarement la chance d'avoir à leurs côtés une mère, une grand-mère, une amie qui ont allaité dans la joie et qui pourraient les aider dans leur allaitement. Aussi, le pharmacien est souvent sollicité pour des conseils.

Dans un premier temps, nous étudierons la physiologie de la lactation humaine et les troubles qui peuvent en découler.

La deuxième partie de ce travail sera plus pragmatique en abordant les aspects psycho-sociologiques de l'allaitement et les conseils que l'on pourrait donner dans une pharmacie d'officine.

1. Physiologie de la lactation humaine

1.1. La glande mammaire

[4] - [9] - [22] - [26] - [29] - [38]

1.1.1. Introduction

Les mécanismes qui contrôlent le développement et l'activité de la glande mammaire sont souvent mal compris et ils sont même entourés d'un certain nombre d'idées fausses.

Beaucoup de gens s'imaginent en effet que les vaches allaitent indéfiniment après leur première parturition. D'autre part, il est souvent admis que la glande mammaire se développe à partir de la puberté et qu'elle n'attend que les signaux de la parturition pour se mettre à sécréter du lait.

La réalité est bien différente.

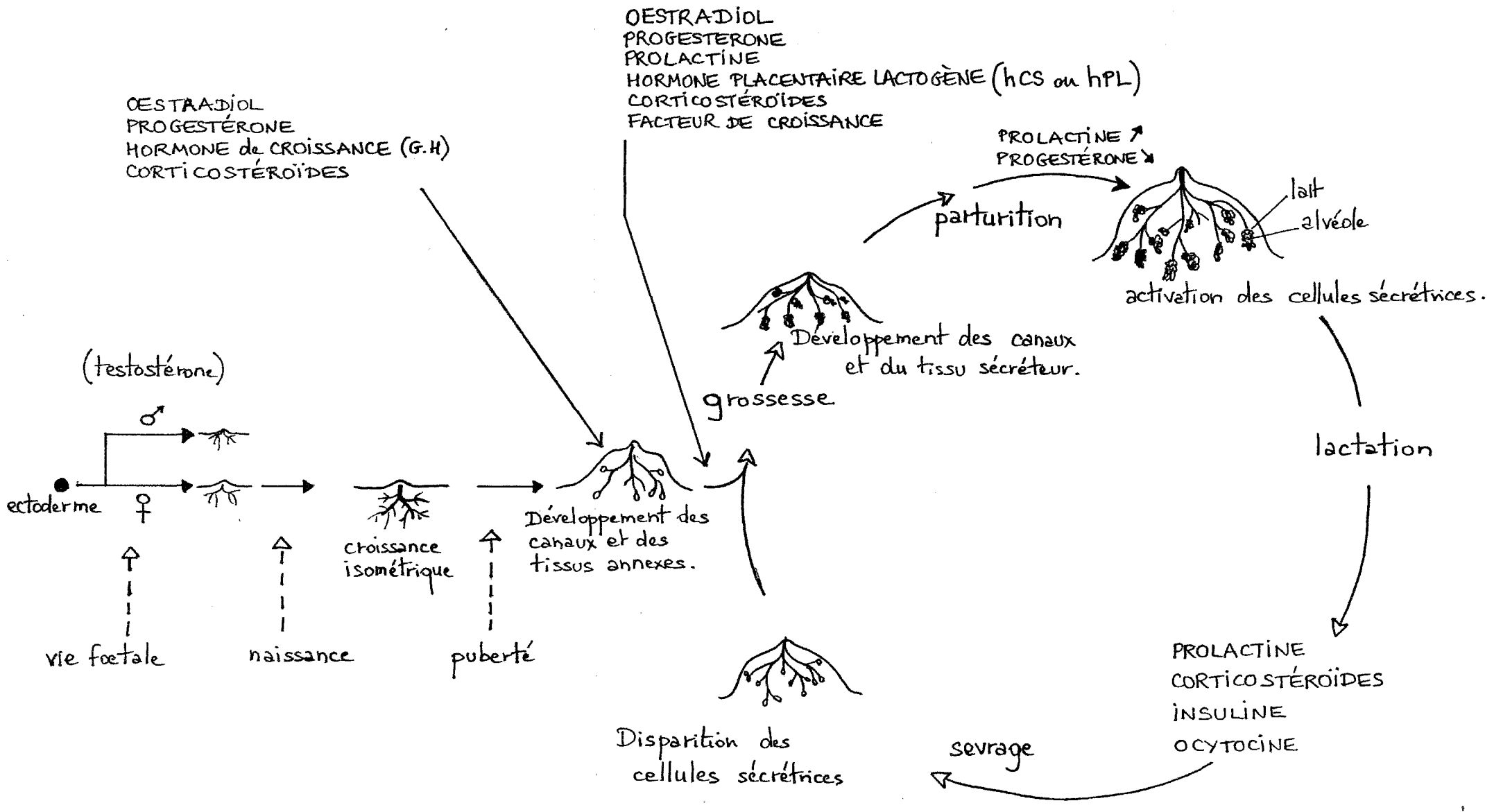


Figure 1.

LE CYCLE CROISSANCE-ACTIVATION-INVOLUTION DE LA GLANDE MAMMAIRE.

1.1.2. Développement de la glande mammaire

a. Durant la grossesse

Le développement de la glande mammaire commence au cours de la vie embryonnaire, vers la fin de la sixième semaine de la gestation. Chez l'embryon des deux sexes l'ébauche mammaire dérive de l'ectoderme; elle consiste en un réseau de cordons épithéliaux qui sont connectés au tétou.

A 4 mois, chaque cordon s'est développé : il a acquis une lumière en son centre et est devenu une glande exocrine composée, tubulo-alvéolaire (cf. figure 1).

b. A la naissance

Les cordons devenus canaux forment un système canalaire galactophore rudimentaire.

La glande mammaire, ainsi que les autres organes génitaux, est déjà prête à répondre à une sollicitation hormonale. La suppression brutale de l'imprégnation hormonale oestroprogestative d'origine maternelle et placentaire provoque chez 30 % des nouveaux-nés la crise génitale : gonflement des organes génitaux et discrète sécrétion lactée (lait de sorcière) tant chez le petit garçon que chez la petite fille. Jusqu'à la puberté, la glande se développe au rythme de la croissance des autres organes sans contrôle hormonal particulier.

c. A la puberté

Sous l'influence des stéroïdes ovariens : oestrogènes et progestérone, des corticoïdes, de l'hormone de croissance et de la prolactine, le système épithélial canalaire se développe, les canaux galactophores prolifèrent et se ramifient. La glande mammaire commence à réagir aux sollicitations hormonales venues de l'ovaire. Très schématiquement, on peut dire que les oestrogènes ont un tropisme canalaire alors que la progestérone agit sur le tissu acineux lui-même

LUMIÈRE GLANDULAIRE

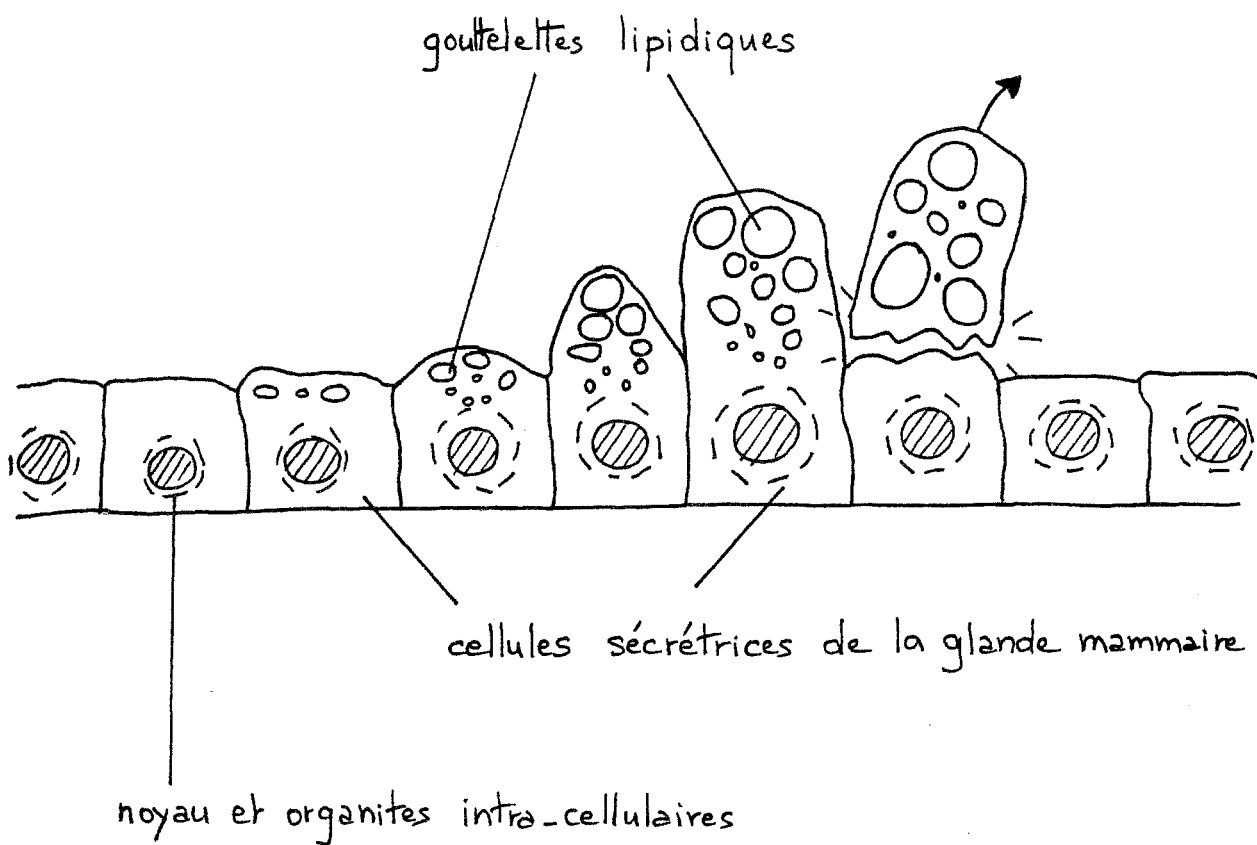


Figure 2.

LA SÉCRÉTION APOCRINE DES GOUTTELETES LIPIDIQUES.

c'est-à-dire sur la portion véritablement sécrétrice de la glande dont la présence est douteuse en dehors de la gestation et de la lactation. Par ailleurs, le tissu graisseux s'accumule entre les canaux. Le mamelon se développe aussi, se pigmente et l'aréole s'élargit.

1.1.3. Architecture générale de la glande mammaire chez la femme en période d'activité génitale

La glande mammaire est une glande sudoripare apocrine c'est-à-dire dont la sécrétion est constituée par l'amputation de la partie apicale de la cellule glandulaire (cf. figure 2).

Après la perte d'une grande partie du pôle apical, la cellule va se reconstituer. Tout d'abord, la cellule est basse, le pôle apical plus ou moins lisse; le noyau, souvent rétréci est dans la partie basale. Le chondriome est peu abondant. Puis la cellule reconstitue sa partie apicale et le cycle sécrétoire reprend.

La glande mammaire est constituée de quinze à vingt-cinq lobes glandulaires composés, indépendants les uns des autres, drainés chacun par un canal galactophore principal qui s'abouche par un pertuis propre au niveau du mamelon.

Les lobes sont séparés les uns des autres par un tissu conjonctif dense entre les faisceaux duquel se trouve un tissu adipeux abondant. Chaque lobe est formé de lobules drainés par des canaux interlobaires (cf. figure 3).

Enfin, la glande mammaire comprend une vascularisation et un système lymphatique très développés.

Il est maintenant admis, qu'en dehors de la gestation ou de la lactation les lobules ne présentent pas encore de cellules sécrétrices. Chez la femme, le sein au repos est donc constitué essentiellement de tissus annexes : tissu adipeux et tissu conjonctif. Ceux-ci sont plus ou moins



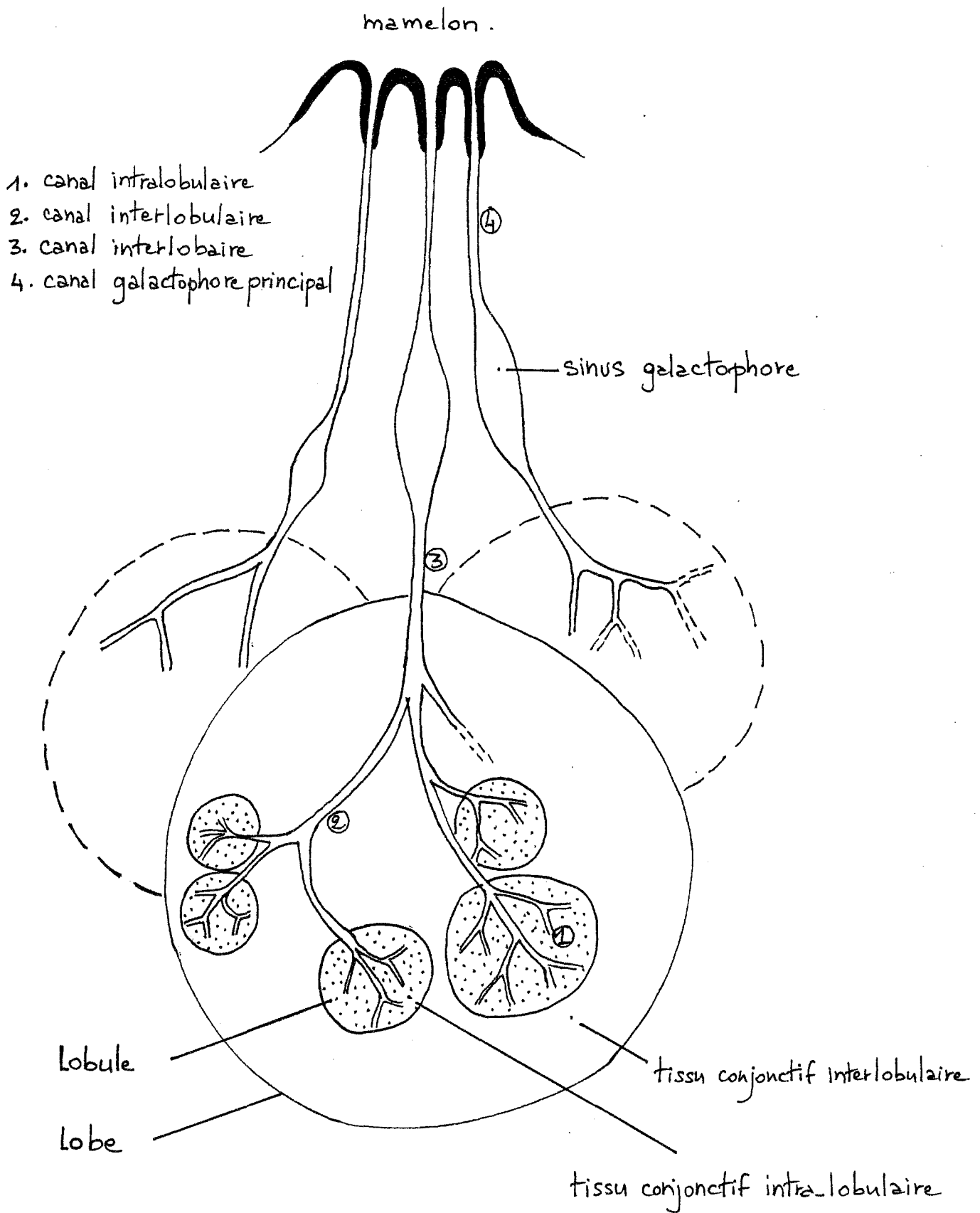


Figure 3.

SCHÉMA DE L'ORGANISATION DE LA GLANDE MAMMAIRE

abondants ce qui explique la taille différente des seins d'une femme à l'autre.

Le volume du sein au repos ne reflète donc en rien les capacités qu'aura la femme à allaiter puisque la quantité de lait produite est proportionnelle au nombre de cellules épithéliales alvéolaires. Or, ces cellules épithéliales sécrétrices n'apparaîtront qu'au cours de la grossesse car leur synthèse ne sera possible que sous l'influence des oestrogènes et de la progestérone sécrétées à un taux important à cette période.

1.1.4. Adaptation de la glande mammaire en vue de la lactation

a. Modifications histologiques lors de la gestation

Au fur et à mesure que la grossesse évolue, le système canalaire intra-lobulaire se développe.

Les alvéoles sécrétoires ou acini, sans lumière encore, formant des invaginations en poches, apparaissent aux extrémités des plus fines branches de division de ce système et deviennent de plus en plus nombreuses. Ces alvéoles sont constituées d'une seule couche de cellules épithéliales sécrétrices.

Des cellules myoépithéliales incurvées se disposent à leur périphérie entre elles et la membrane basale. A la phase de lactation, lors de la stimulation du téton, la post-hypophyse sécrète l'ocytocine qui provoque la contraction de ces cellules et permet l'éjection du lait hors des acini et des canaux lactifères.

L'hypertrophie du système alvéolo-excréteur se fait aux dépens du tissu interstitiel conjonctivo-adipeux inter-acineux qui diminue en même temps que l'appareil vasculaire se développe, entraînant un contact plus intime entre l'appareil glandulaire et l'arbre vasculaire. Cette architecture permettra aux cellules alvéolaires sécrétrices de prélever

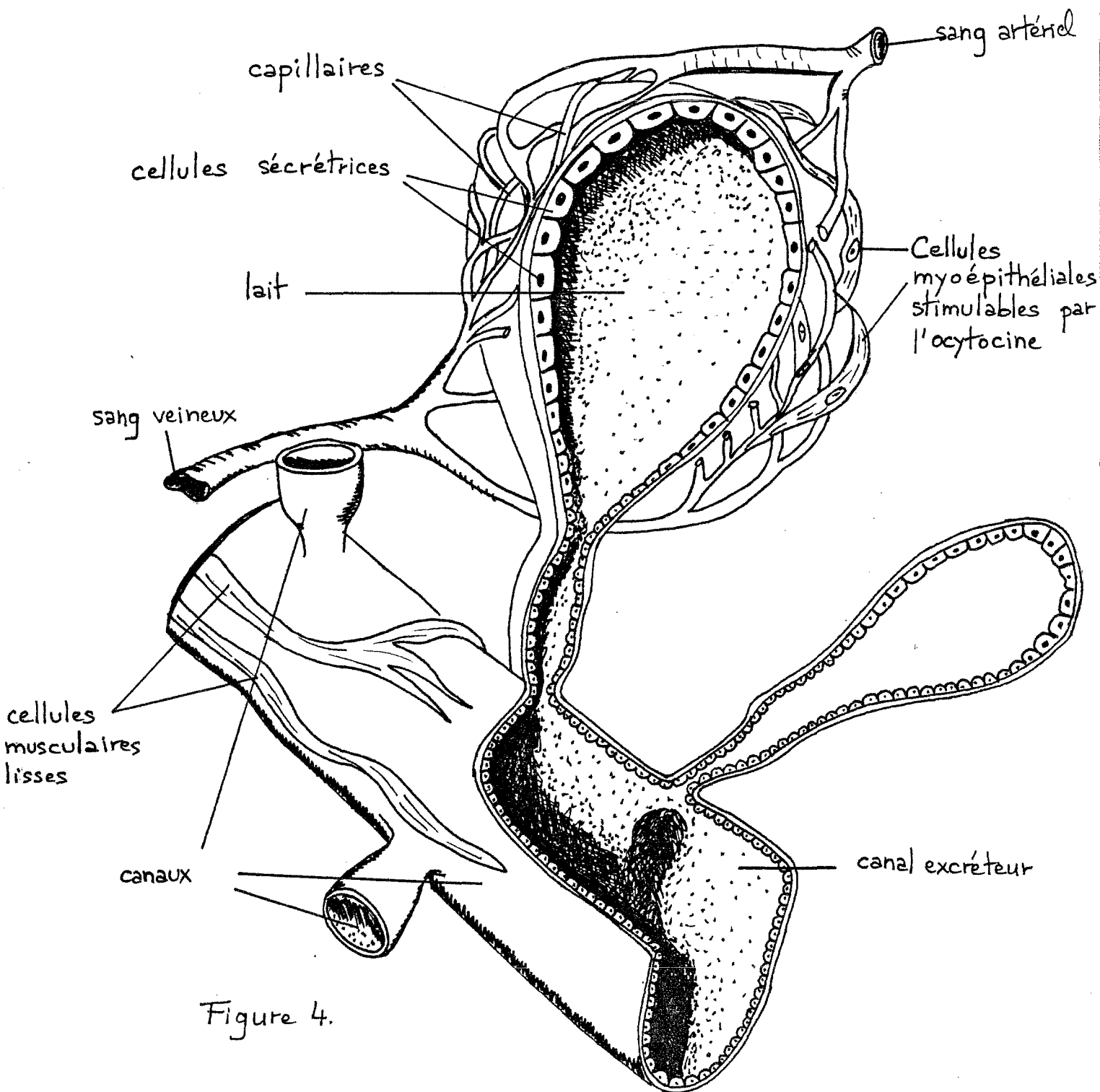


Figure 4.

STRUCTURE D'UNE ALVÉOLE MAMMAIRE (= UN ACINUS)

efficacement dans la circulation sanguine les éléments précurseurs du lait (acides aminés, glucose...), de les transformer et de déverser le lait dans la lumière des alvéoles. La plupart de ces modifications histologiques a lieu avant la fin du sixième mois (cf. figure 4).

Plus tard, la glande continue à se développer, mais plus lentement. Son augmentation est surtout dûe au fait que les cellules alvéolaires commencent à sécréter un liquide qui dilate les acini. En fait, ce liquide, le colostrum, n'est vraiment abondant que pendant les derniers jours de la gestation et les deux ou trois jours qui suivent l'accouchement.

b. Régulation hormonale de la mammogénèse

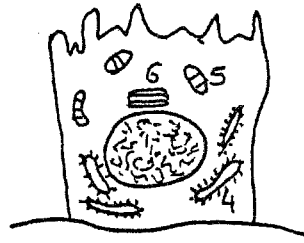
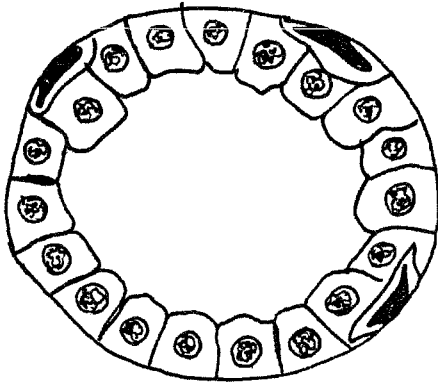
Le développement mammaire post-pubertaire et gravide est essentiellement sous la dépendance des oestrogènes et de la progestérone. Les oestrogènes induisent le développement des canaux galactophores alors que la progestérone agit sur la croissance et la prolifération des acini. Pour que le développement de la glande s'effectue harmonieusement, ces deux hormones doivent agir successivement, puis simultanément en proportions convenables.

D'autres facteurs interviennent tels la prolactine, l'hormone placentaire lactogène (hCS ou hPL), l'hormone somatotrope, accessoirement les autres hormones anté-hypophysaires, ACTH et TSH; ainsi que l'insuline.

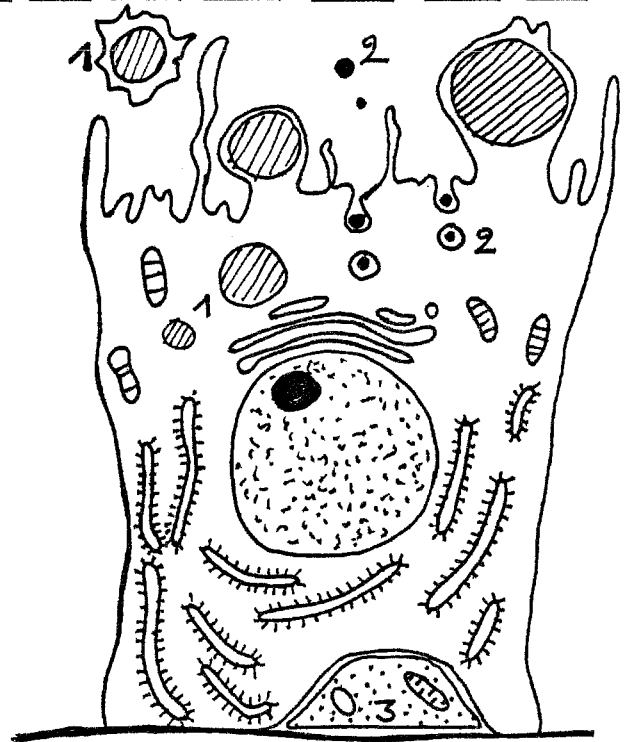
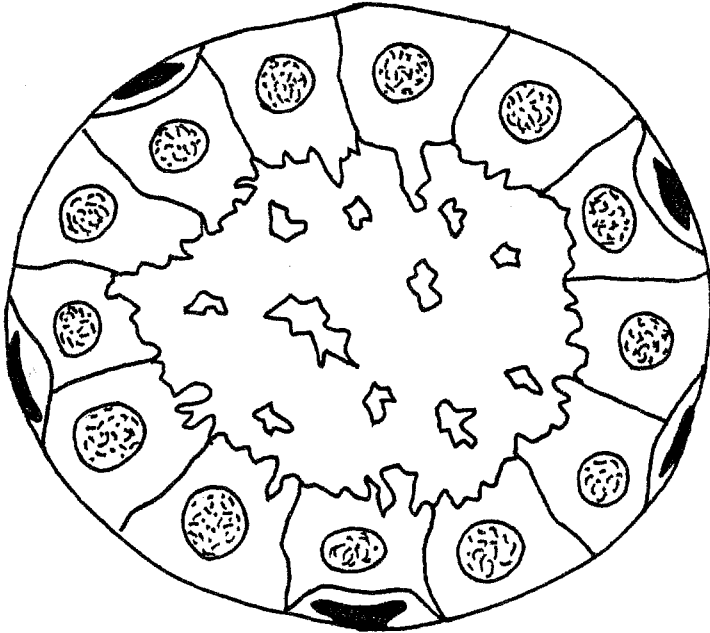
1.1.5. Involution de la glande mammaire lors du sevrage

Lors du sevrage, lorsque la tétée et l'évacuation du lait de la glande sont supprimées, le parenchyme glandulaire involue et la glande reprend progressivement l'allure qu'elle avait avant la grossesse. Quelques alvéoles persistent mais la plupart disparaît. Les lobules diminuent donc de taille et le tissu conjonctif intra et inter-lobulaire

AU REPOS



EN ACTIVITÉ



Coupes transversales au M.O

Cellules alvéolaires au M.E

- 1 : Goutelettes lipidiques
- 2 : Granulations protéiques
- 3 : Prolongement de cellule myoépithéliale
- 4 : Réticulum endoplasmique
- 5 : Chondriome
- 6 : Appareil de Golgi

Figure 5

ACINUS MAMMAIRE A DEUX MOMENTS DE SON ACTIVITÉ AU COURS DE LA LACTATION

s'accroît. Le sein reprend alors sa forme et sa taille originales. La nature a donc choisi de ne pas entretenir en permanence un organe dont l'activité n'est que transitoire mais plutôt de provoquer un nouveau développement à chaque fois que la naissance d'un enfant se prépare.

1.2. La lactation

[4] - [8] - [16] - [22] - [26] - [29] - [31] - [38]

1.2.1. L'élaboration du lait

La sécrétion lactée a bien été observée en microscopie électronique, il y a déjà plus de vingt-cinq ans.

Les premiers constituants du lait (lactalbumine, caséine, lipides...) n'apparaissent qu'à une phase assez avancée du développement alvéolaire et pour un nombre critique de mitoses. Cette synthèse interviendra vers la mi-gestation; chez la femme, les premières sécrétions de colostrum ont été observées entre quatre et cinq mois.

Les principaux constituants du lait sont :

- Les protéines
- Les lipides
- Les hydrates de carbone.

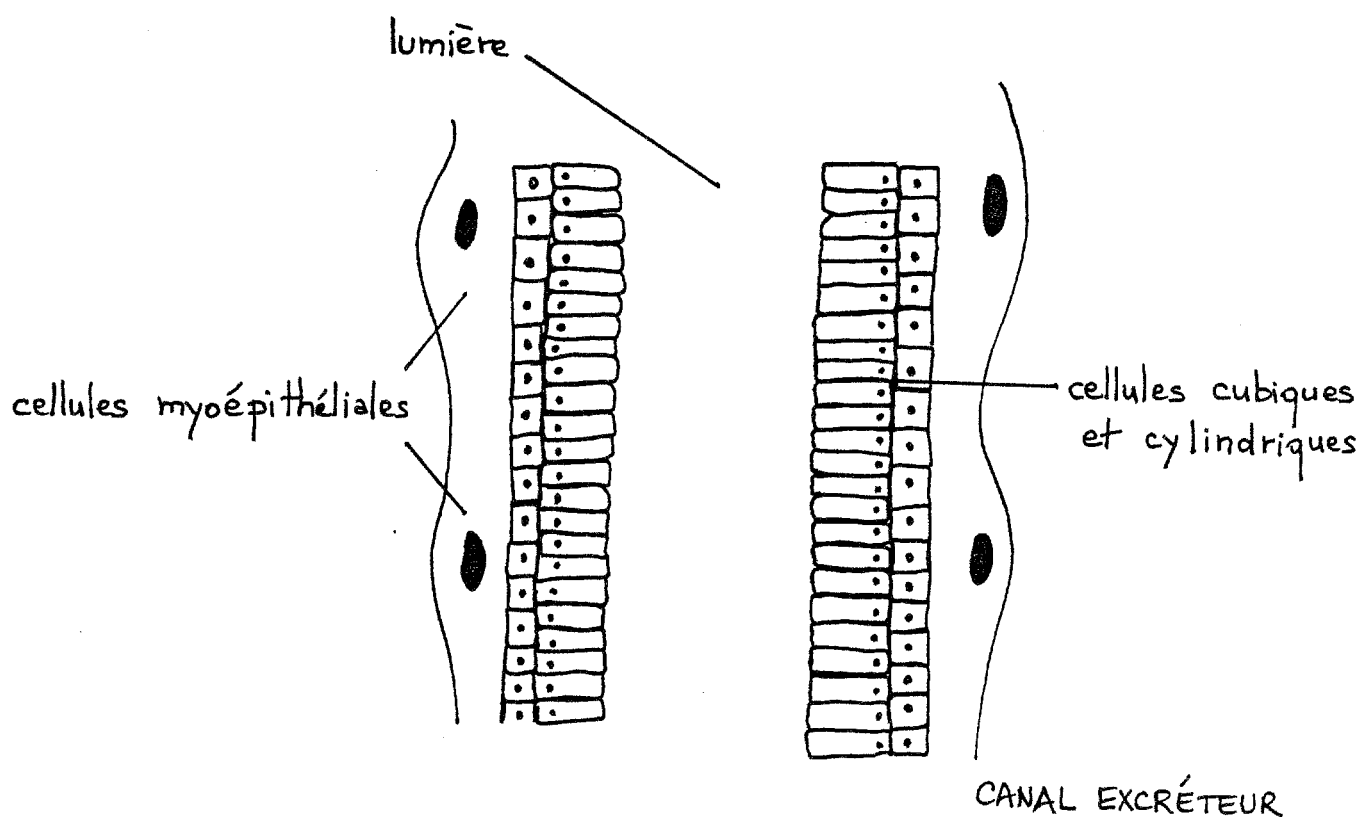
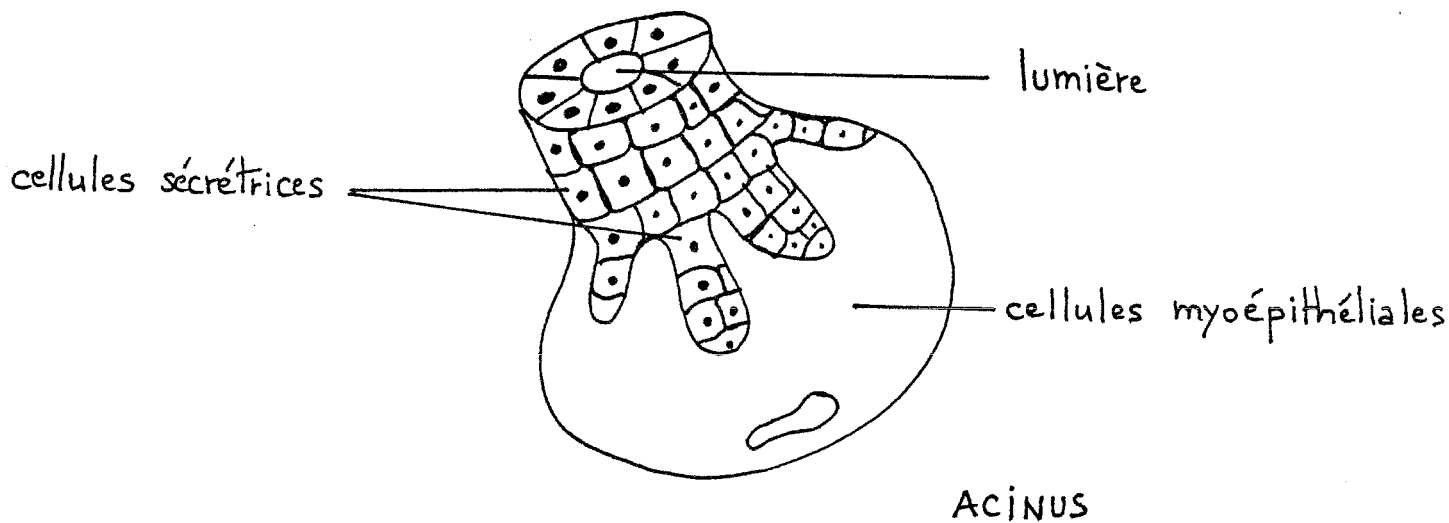


Figure 6.

a. Les protéines

Dans la cellule alvéolaire, les protéines sont assemblées dans les ribosomes du réticulum endoplasmique granuleux (ergastoplasme). Puis elles sont transférées dans l'appareil de Golgi où elles reçoivent leur complément glucidique formant les glycoprotéines. Celles-ci se rassemblent en granulations protéiques qui migrent vers le pôle apical, leur membrane d'origine golgienne fusionne avec la membrane de la cellule alvéolaire sécrétrice. Le contenu de ces granulations protéiques est donc ainsi déversé dans la lumière de l'acinus. Ce type de sécrétion est dit mérocrine.

b. Les lipides

L'évolution des gouttelettes lipidiques est indépendante de l'appareil de Golgi. Elles sont libres dans le cytoplasme, augmentent de volume en se dirigeant vers l'apex de la cellule et là se projettent dans la lumière glandulaire. Les gouttelettes lipidiques vont y tomber entourées d'une couronne cytoplasmique plus ou moins large. Ce processus appelé pinocytose inverse explique l'augmentation de la région apicale (cf. figures 5 et 6).

c. Les hydrates de carbone

Le principal hydrate de carbone du lait est le lactose. Il est synthétisé à l'intérieur de l'appareil de Golgi grâce à la lactose-synthétase et est excrété conjointement aux protéines du lait. Le lactose est fabriqué à partir du glucose et de l'U.D.P-galactose en présence d'une enzyme : la lactose synthétase.

glucose + U.D.P-galactose -----> lactose + U.D.P

La lactose-synthétase comporte deux sous-unités, les protéines A et B. La protéine B n'est autre que l'alpha-lactalbumine..

La protéine A ou galactosyl-transférase contrôle la conversion de l'U.D.P-galactose : soit en N-acétyl-lactosamine en l'absence de

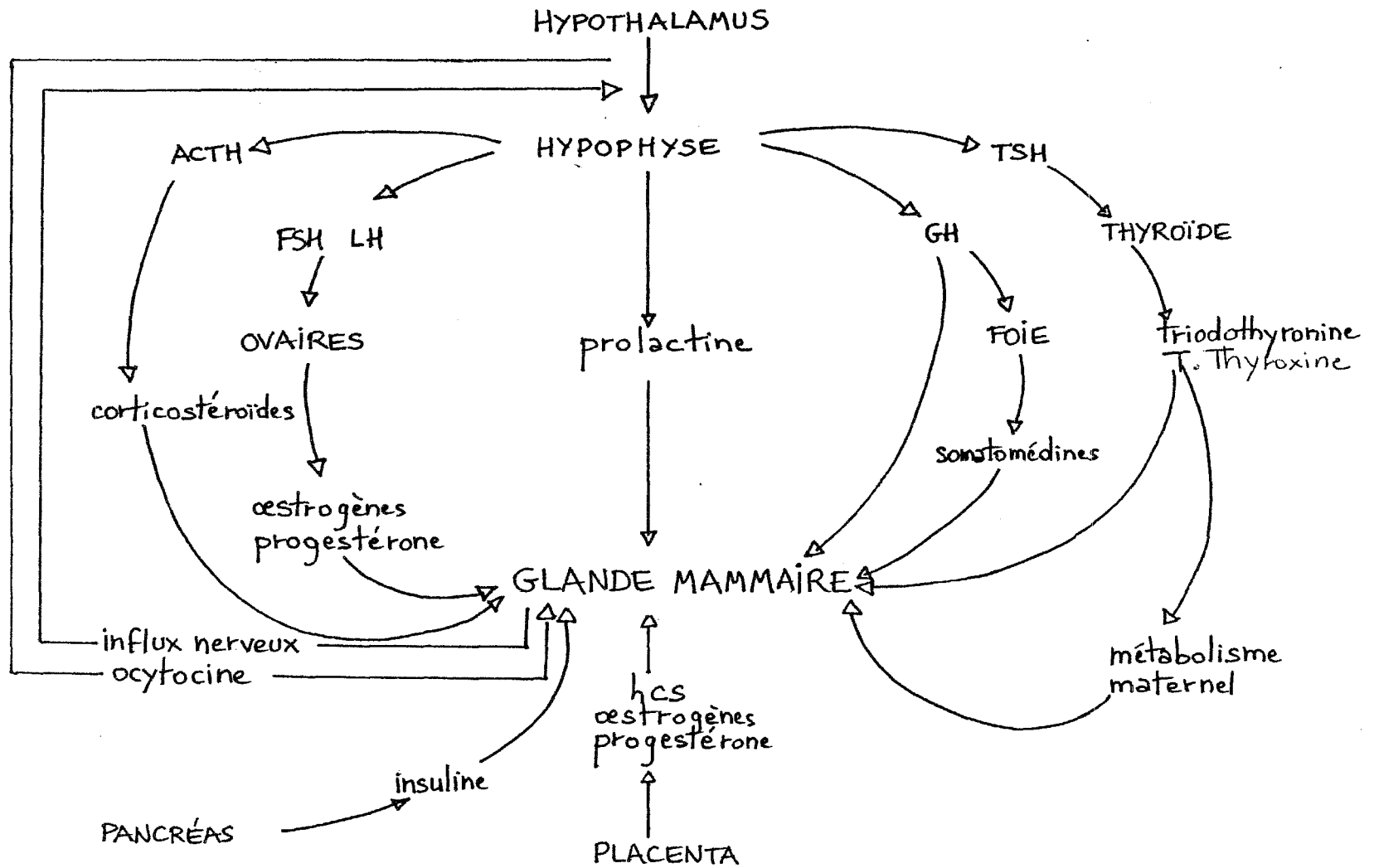


Figure 7.

SCHÉMA RÉCAPITULATIF DES PRINCIPALES FONCTIONS ENDOCRINES IMPLIQUÉES DANS LE CONTRÔLE DE L'ACTIVITÉ DE LA GLANDE MAMMAIRE

protéine B, soit en lactose en présence de protéine B.

La vitesse de synthèse de l'alpha-lactalbumine conditionne en pratique celle du lactose.

On sait qu'elle augmente très rapidement avant l'accouchement sous l'action de la prolactine, de l'insuline et des corticoïdes.

d. Les autres constituants

L'eau, les sels minéraux, les oligo-éléments et les vitamines sont prélevés dans la circulation périglandulaire selon des mécanismes encore obscurs.

Pendant la lactation, les territoires proprement sécréteurs sont impliqués dans la synthèse du lait, mais à cette période les épithéliums galactophores intra et inter-lobulaires présentent des signes d'activités qui évoquent une participation tubulaire à la galactogénèse.

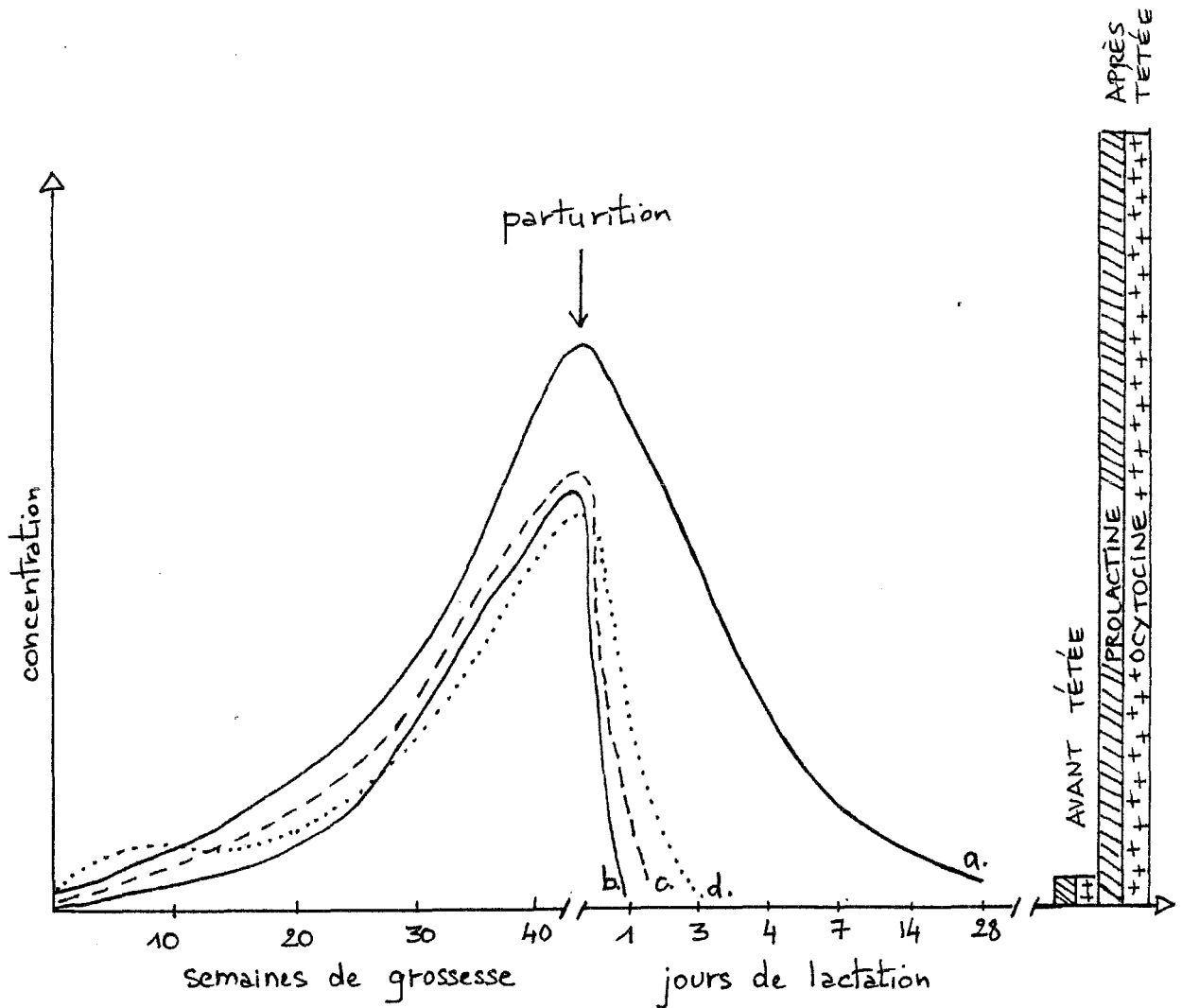
1.2.2. Régulation hormonale de la lactation

Des mécanismes complexes contrôlent la sécrétion lactée mais une hormone hypophysaire, la prolactine, intervient de façon privilégiée à tous les stades de cette sécrétion. Elle est considérée comme le facteur lactogénique prépondérant.

a. La prolactine

La prolactine humaine est un polypeptide sécrété par les cellules acidophiles situées dans la partie ventrale des lobes latéraux de l'anté-hypophyse.

La sécrétion de prolactine est sous contrôle hypothalamique par l'intermédiaire du Prolactin Inhibiting Factor (P.I.F). Ce facteur inhibe la libération de prolactine par l'hypophyse. Pendant la grossesse, les valeurs de prolactinémie augmentent régulièrement et parallèlement



LES TAUX HORMONAUX SONT LES SUIVANTS :

- a/ prolactine : 200 ng/ml
- b/ hCS : 7 µg/ml
- c/ estradiol : 10 ng/ml
- d/ progestérone : 100 ng/ml

Figure 8.

VARIATION DES PRINCIPALES HORMONES IMPLIQUÉES DANS LE DÉVELOPPEMENT ET L'ACTIVATION DE LA GLANDE MAMMAIRE AU COURS DU CYCLE GESTATION-LACTATION.

aux oestrogènes.

Cependant aucune sécrétion de lait n'est possible, l'activité lactogénique étant inhibée par les stéroïdes placentaires, oestrogènes et progestérone, synthétisés à doses très élevées.

b. Début de sécrétion lactée ou Lactogénèse

Dès la naissance, la chute rapide de ces stéroïdes libère l'activité lactogénique de la prolactine.

En fait, la montée de lait n'apparaît qu'après un décalage de quelques jours, ce délai correspond à l'élimination des hormones sexuelles placentaires.

Récemment, Houdebine et ses collaborateurs, dans la Revue du Praticien [26], ont montré que c'est essentiellement la chute de progestérone qui déclenche la sécrétion lactée. En effet, cette hormone exerce un double verrou : elle réprime la sécrétion de prolactine par l'hypophyse et inhibe plus directement l'action de la prolactine sur son effecteur mammaire.

Bien que fondamental, le rôle de la prolactine dans la lactogénèse n'est cependant pas exclusif.

D'autres hormones sont aussi nécessaires pour la lactation : l'A.C.T.H, l'hormone de croissance (G.H), l'hormone thyroïdienne hypophysaire. Elles agissent en synergie avec la prolactine.

L'insuline participe aussi à la sécrétion lactée par ses actions sur différents métabolismes cellulaires (glucides et lipides en particulier).

L'intervention des glucocorticoïdes est probable (cf. figures 7 et 8).

c. Entretien de la sécrétion lactée ou Galactopoièse

La persistance de la sécrétion lactée après la montée laiteuse implique la continuité de la stimulation hormonale. Ce maintien est le fait d'un réflexe neuro-hormonal dont l'origine est mamelonnaire.

C'est, en effet, la succion du mamelon par le nourrisson qui, en provoquant une stimulation des récepteurs sensoriels locaux, permet, par le

Eau	ml	871	Minéraux : calcium	mg	340	Vitamines : A	U.I	1898
Cendres	g	2	phosphore	mg	140	B ₁	µg	161
Energie	k.Cal	750	sodium	mEq	7	B ₂	µg	360
Proteines :			chlore	mEq	11	B ₆	mg	100
totales	g	11	potassium	mEq	13	B ₁₂	µg	0,3
caseine	%	40	magnésium	mg	40	Folates	µg	52
proteines solubles	%	60	sulfures	mg	140	C	mg	43
Azote non protéique :			Oligoéléments :	mg		D	UI	22
total	mg	320	fer		0,5	E	mg	1,8
azote total	%	15	zinc		3-5	K	µg	15
Lipides	g	45	iode		0,03	Pantothénate	mg	1,84
Lactose	g	68	cuivre		0,4	PP	mg	1,47
			manganèse		$7-15 \cdot 10^3$			
			sélénium		$13-50 \cdot 10^3$			

(Pour un litre.)

Figure 9.

COMPOSITION MOYENNE DU LAIT DE FEMME

transport de cette stimulation par voie nerveuse jusqu'à l'hypothalamus, la poursuite de l'inhibition du P.I.F et donc la continuation de la sécrétion de prolactine.

Mais pour entretenir la sécrétion lactée, encore faut-il qu'il y ait une vidange complète des alvéoles sécrétoires, l'hypertension intra-alvéolaire entraînant l'arrêt de la sécrétion. C'est l'ocytocine libérée par la région infundibulaire et le lobe postérieur de l'hypophyse qui permet cette évacuation. Cette hormone va agir sur la contractilité des cellules myoépithéliales des alvéoles et des canaux galactophores. Là encore, c'est un mécanisme réflexe à partir de la succion mamelonnaire qui va provoquer la sécrétion hypothalamique d'ocytocine.

Le réflexe ocytocique est spécialement sensible à l'inhibition due à l'anxiété ou au manque de confiance en l'allaitement.

A l'inverse, il n'est pas rare que le réflexe se déclenche par anticipation lorsque la mère s'apprête à allaiter son enfant.

1.2.3. La phase d'automatisme mammaire

Au bout d'un certain temps, la région hypothalamo-hypophysaire n'intervient plus.

La vidange des acini stimule l'activité sécrétoire et si l'excitation mamelonnaire persiste la sécrétion lactée continue sans l'intervention de la prolactine. La glande mammaire acquiert donc une véritable autonomie ce qui explique que l'effet inhibiteur de la prolactine sur la sécrétion des hormone gonadotropes disparaisse et que leur sécrétion reprenne progressivement avec réapparition de menstruations et de cycles ovulatoires.

La phase d'automatisme mammaire peut-être perturbée par de nombreux facteurs, en particulier les facteurs socio-économiques, le psychisme, le stress qui jouent un rôle important.

Teneurs pour un litre	LAIT DE FEMME	LAIT DE VACHE
Apport calorique total (K.cal)	650-750	650-750
Lactose (g)	72	47
Proteines (g)	13	33
Lipides (g)	40	35
Sodium (mg)	140	500
Potassium (mg)	580	1500
Magnésium (mg)	30	120
Calcium (mg)	340	1200
Phosphore (mg)	140	950

Figure 10

COMPARAISON QUANTITATIVE DU LAIT DE FEMME ET DU LAIT DE VACHE.

1.2.4. Le lait de femme

a. Introduction

Le lait de femme est l'aliment le mieux adapté au petit d'homme, comme le lait de vache l'est pour le veau.

Le lait maternel est celui qui assure un apport nutritionnel optimal et adapté. Schématiquement, il assure trois rôles fondamentaux : la nutrition de l'enfant, une protection anti-infectieuse et anti-allergique, et il favorise la mise en place d'une bonne relation mère-enfant. De plus le nouveau-né a un tube digestif parfaitement adapté au lait maternel.

b. Composition quantitative du lait maternel (Comparaison avec le lait de vache)

Il paraît vain d'introduire des notions d'exactitude ou de normalité dans la composition du lait maternel; celle-ci en effet varie d'une nourrice à l'autre, et chez la même femme en fonction de la durée de la lactation, du nombre des tétées quotidiennes, du moment du prélèvement, voire de sa forme physique. Aussi, les chiffres avancés dans ce travail ne représentent que des valeurs moyennes.

Dans le tableau 9, nous avons reproduit les valeurs d'un lait mature (ou parfait) c'est-à-dire celui obtenu durant les premiers mois de lactation chez une femme vivant dans des conditions socio-économiques satisfaisantes.

Le tableau 10 met en évidence les difficultés que l'on rencontre pour arriver, en partant du lait de vache, à une composition se rapprochant de celle du lait maternel.

Le lait de vache possède trop de protéines, trop de sodium et est relativement pauvre en lactose.

Quant aux lipides, quantitativement ils sont en même proportion dans le lait humain que dans le lait de vache; par contre d'un point de vue qualitatif, leur composition est fort différente (cf. tableau 11).

		LAÏT DE FEMME	LAÏT DE VACHE
LIPIDES	g/l	40	35
Acides gras saturés	%	45	74
Acides gras insaturés	%	46	24
Acide linoléique	%	6	<1
Cholestérol	g/l	0,350	0,100
GLUCIDES	g/l	70	50
Lactose		60	49
Oligosaccharides		10	1

Figure 11

TENEUR EN LIPIDES ET EN GLUCIDES DU LAÏT DE FEMME ET DU LAÏT DE VACHE.

c. Aspects qualitatifs du lait de femme

a/ Les glucides :

La teneur en glucides du lait de femme est d'environ 75g/l. Le principal sucre est le lactose synthétisé dans la glande mammaire. Contrairement au lait de vache, le lait maternel renferme des polyosides en quantité non négligeable (10 à 12 g/l). La signification biologique de ces polysaccharides n'est pas encore parfaitement connue. Il semble exister quelques relations entre les oligosaccharides du lait et les glycoprotéines des groupes sanguins, la biosynthèse de ces deux catégories de substances faisant intervenir les mêmes enzymes (glycosyl-transférases).

Par ailleurs, il a été démontré que les osides neutres azotés assurent la croissance du lactobacillus bifidus.

b/ les lipides :

Le lait maternel contient 35 à 40 g/l de lipides qui fournissent plus de la moitié des calories nécessaires au nourrisson. 99% de ces graisses sont constituées par des triglycérides, le 1% restant se partageant entre phospholipides, cholestérol, lécithines, acides gras libres, mono et diglycérides, etc...

Il est intéressant de noter que 50% environ des lipides sont de type insaturé.

Le lait de femme contient une enzyme très importante pour la digestion des graisses : la lipase. Cette enzyme est très efficace dès qu'elle est en contact avec la bouche du nouveau-né et dans son estomac.

La lipase libère à partir des triglycérides soit des acides gras libres, soit des monoglycérides qui eux sont parfaitement absorbés par l'intestin du nouveau-né.

Pour ce qui est de l'acide palmitique et de l'acide stéarique, on sait qu'ils existent dans le lait de femme en position interne à 75% : ils sont donc facilement absorbés. Ces proportions sont pratiquement inversées dans le lait de vache. Le coefficient d'absorption des graisses chez le nouveau-né nourri au sein est d'environ 80% (cf. figure 12).

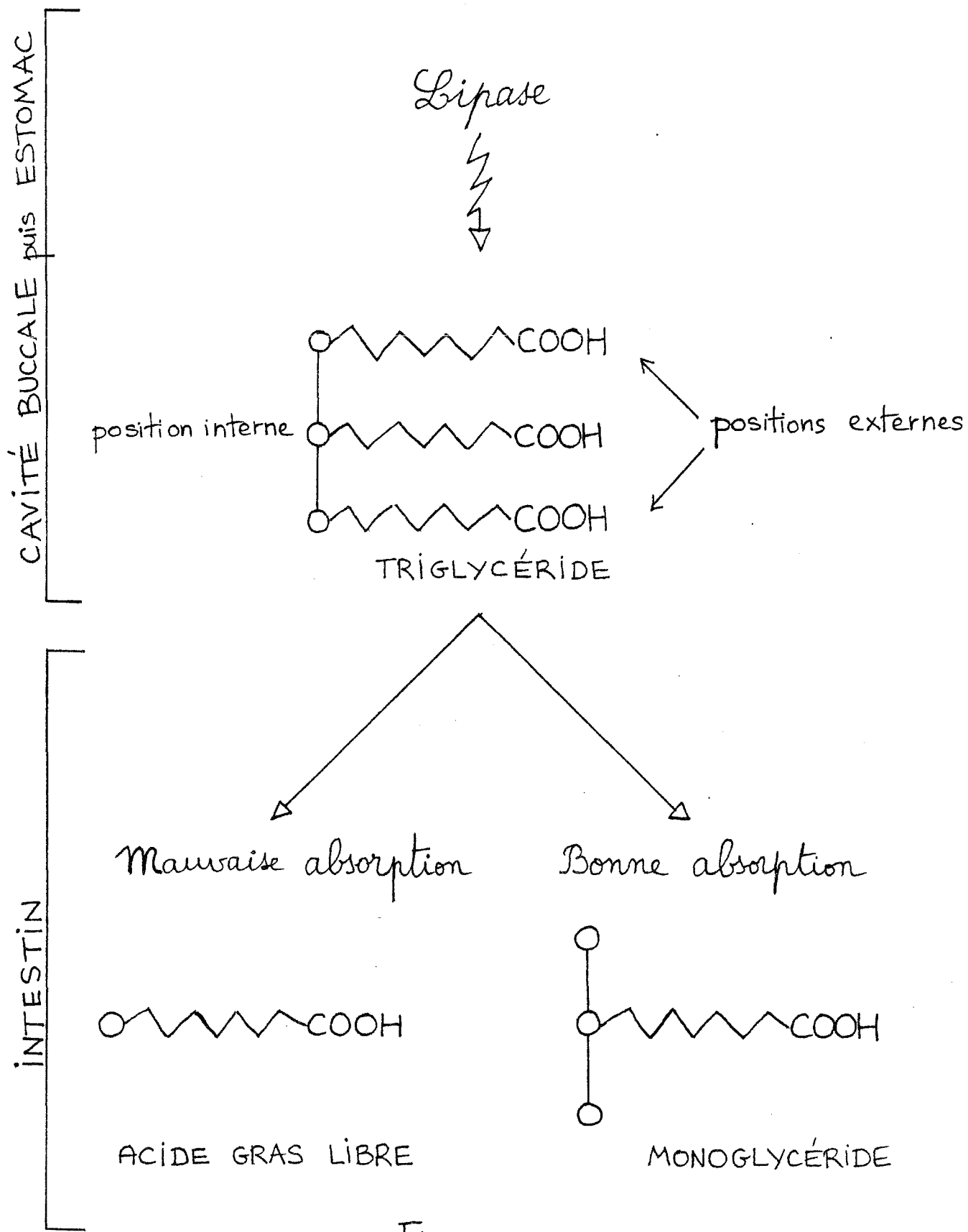


Figure 12

ABSORPTION DES LIPIDES SOUS L'ACTION DE LA LIPASE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

c/ Les sels minéraux et les vitamines

Le lait maternel contient trois fois moins de sels minéraux que le lait de vache; notons comme particularités :

- sa faible teneur en sodium, en fer et en fluor;
- ses concentrations modestes en Calcium (Ca) et en phosphore (P), avec un rapport Ca/P supérieur ou égal à 2. Cette pauvreté relative en P expliquerait la tendance à l'hypercalcémie/hypercalciurie des enfants nourris au sein, le Ca se fixant mal sur l'os par manque du facteur énergétique PO_4 (J. Santerre);
- Les vitamines C et D (cf. tableau 9), dans le lait maternel, se trouvent à la limite des besoins du nourrisson.

Il est possible que le métabolite actif de la vitamine D, le 1-25 hydroxycholécalférol, soit présent dans le lait humain, expliquant ainsi son pouvoir antirachitique, au moins partiel.

d/ Les protéines

Les protéines se décomposent en caséine (30%), en protéines solubles (40%) et en immunoglobulines (notées Ig).

L'intestin du nouveau-né digère mieux les protéines solubles et les utilise beaucoup mieux que la caséine.

La lactoferrine est en quantité importante dans le lait maternel. Or, la croissance de la plupart des bactéries anaérobies nécessite la présence de fer. La lactoferrine par sa constante d'association très élevée pour le fer diminue donc la disponibilité de celui-ci pour ces bactéries souvent pathogènes.

Les Ig du lait de mère correspondent à l'axe entéromammaire et protègent le nouveau-né contre les infections.

d. L'axe entéromammaire : rôle anti-infectieux du lait maternel

Il existe dans le lait de femme une grande richesse d'anticorps : principalement les immunoglobulines A (IgA), mais aussi les IgG et les IgM.

Les molécules d'IgA sont synthétisées par les plasmocytes de la glande

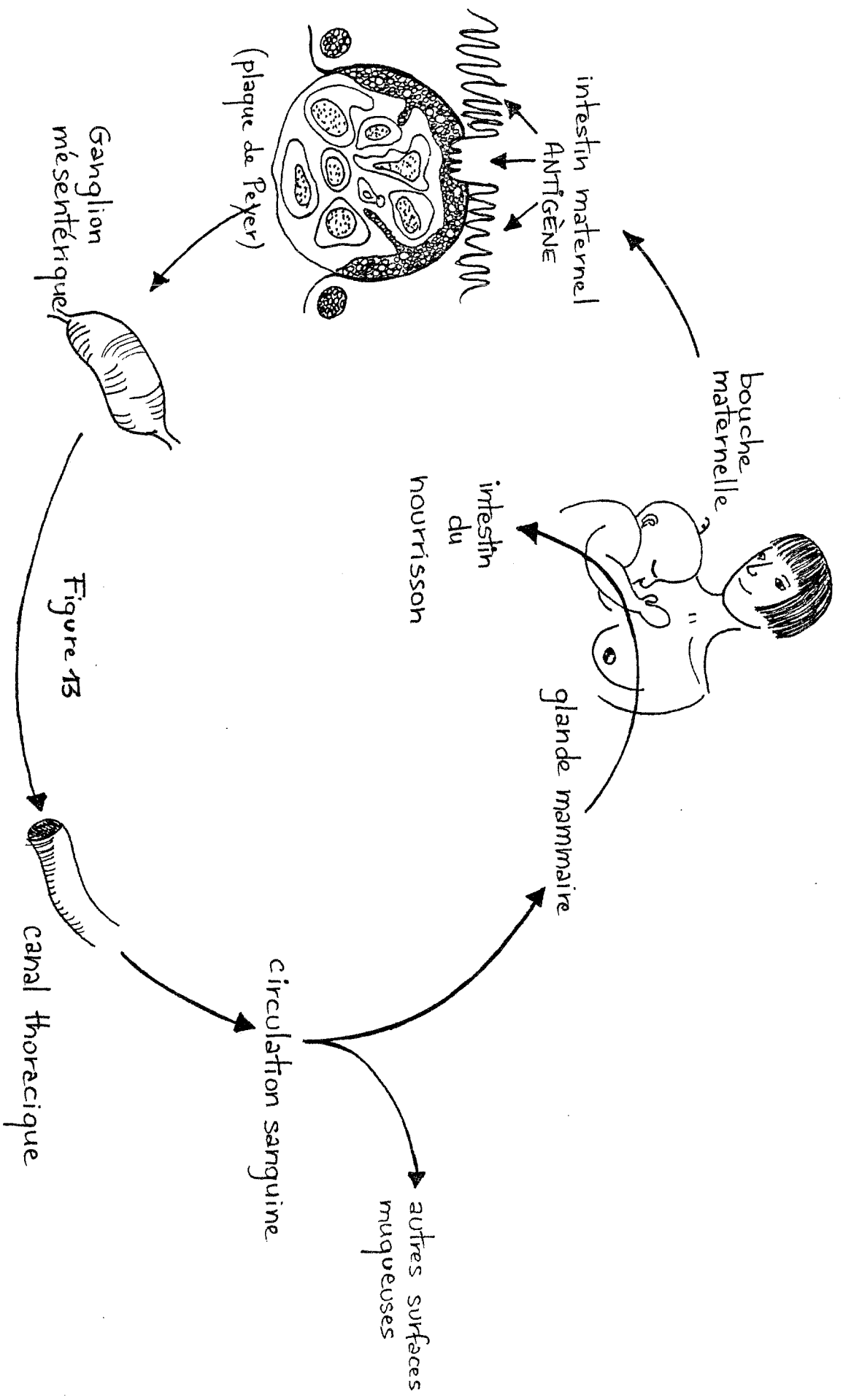


Figure 13

LE CIRCUIT ENTÉRO-MAMMAIRE

	COLOSTRUM	LAIT DE TRANSITION	LAIT MATURE
Ig A	20-50 mg/ml		
Ig M	VARIABLE		0,01-0,05 mg/ml
Ig G	VARIABLE		0,01 mg/ml

Figure 14

TENEUR EN IMMUNOGLOBULINES DU COLOSTRUM ET DU LAIT MATURE.

<p>IMMUNITÉ NUTRITIONNELLE et autres moyens de protection non- spécifiques.</p>	<p>IMMUNOGLOBULINES</p>	<p>CELLULES du LAIT</p>
<p>Lactoferrine Ligands de l'acide folique et de la vitamine B₁₂ Facteur de croissance du Bacillus bifidus Lysozyme Interféron Complément Lactopéroxydase Facteurs antistaphylococciques antiviraux antiparasitaires Facteurs de croissance de l'épithélium intestinal</p>	<p>IgA sécrétoire Ig G Ig M Ig E Ig D</p>	<p>Macrophages Lymphocytes T Lymphocytes B</p>

Figure 15

MOYENS DE PROTECTION DU LAIT DE MÈRE

mammaire et sont assemblées en dimères sécrétoires dans la cellule épithéliale. Par contre, les IgG et les IgM proviennent du sérum, sans l'intervention d'une synthèse locale.

Les informations antigéniques (virus, germes...) recueillies au niveau du tube digestif et de l'appareil respiratoire maternels sont transmises aux plasmocytes de la glande mammaire par les lymphocytes T; ces plasmocytes synthétisent donc les anti-corps (Ac) correspondants.

Ainsi les Ac préférentiels du lait reflètent-ils la situation bactériologique de ces organes lymphoïdes lointains que sont les appareils digestif et respiratoire de la mère; d'où une bonne protection de l'enfant celui-ci baignant dans le même environnement septique que sa nourrice (cf. tableau 13).

Les quantités d'Ig sont très importantes dans le colostrum puis s'abaissent très rapidement pour rester à des taux stables durant le reste de la lactation (cf. tableau 14).

D'autres facteurs contribuent à la protection passive du nouveau-né, ce sont les facteurs de protection non spécifiques (= immunité nutritionnelle), ils sont résumés dans le tableau 15.

Les principaux facteurs de protection non spécifiques sont :

- la lactoferrine et la cobalophiline (appelée aussi ligand R); toutes deux ont un rôle bactériostatique en se liant respectivement au fer et à la vitamine B₁₂.
- les oligosaccharides dont certains favorisent la croissance du *Bacillus bifidus*. Ainsi, une flore acidophile s'installe et limite l'implantation d'autres souches bactériennes en particulier pathogènes.
- la lactose, sucre prédominant du lait, favorise également la formation d'une flore acide.

Cependant, la contribution respective, *in vivo*, de chacun de ces facteurs dans la protection des enfants nourris au sein reste encore mal connue.

L'ALLAITEMENT MATERNEL
(Schéma de la position assise)



2. Les troubles de la lactation et leurs remèdes

2.1. Introduction

[20] - [37]

L'allaitement maternel est un geste naturel que la mise au point de laits artificiels n'a plus rendu indispensable à la survie du nouveau-né.

Après avoir connu un net déclin dans les années 50-70, on assiste actuellement à un renouveau de l'allaitement maternel qui augmente progressivement : 36% des femmes allaitaient en 1972, en 1986 plus de 50% des femmes essaient l'allaitement au sein. Il est regrettable de constater que parmi les femmes qui ont choisi d'allaiter, 43% d'entre elles abandonnent au cours des quinze premiers jours.

Comme toute expérience humaine, l'allaitement nécessite un temps d'apprentissage, d'adaptation. Les incidents fréquents des premiers jours sont souvent ressentis comme de véritables drames pour une mère fatiguée et souvent déprimée. Beaucoup arrêtent au bout de quelques jours, alors qu'une présence chaleureuse, de judicieux conseils, suffisent à leur redonner confiance et à mener à bien leur allaitement.

Les incidents de "démarrage" tels que montée de lait lente, crevasses, engorgement, s'ils ne sont pas résolus rapidement, sont la porte ouverte à d'autres pathologies plus rares mais qui nécessiteront une intervention médicale. Il existe des contre-indications à l'allaitement maternel en nombre assez limité.

2.2. Petits ennuis de l'allaitement

[4] - [8] - [9] - [25] - [26] - [36] - [37]

2.2.1. Mamelon ombiliqué

Lorsque l'on pince l'aréole du sein entre pouce et index, le mamelon doit normalement faire saillie. Un mamelon ombiliqué aura tendance au contraire à se rétracter, rendant la succion de l'enfant difficile. Les mamelons vraiment ombiliqués se rencontrent rarement. Le plus souvent, les bouts de seins sont mal formés faute d'une bonne préparation et d'une bonne technique d'allaitement.

- Les bouts de sein, surtout s'ils sont courts doivent être préparés en fin de grossesse par des tractions manuelles, ou frottés avec un gant de toilette.

Une façon astucieuse de tanner la peau consiste à découper la pointe du soutien-gorge afin de laisser saillir le bout du mamelon.

- Une bonne position du bébé pendant l'allaitement est primordiale. Le bébé est placé face à sa mère. Il doit happer le mamelon entier et l'aréole, sa mère étant confortablement installée. Certaines mères préféreront pour ces premières tétées plus délicates, se mettre en position couchée.

- Si l'enfant malgré ces précautions a du mal à téter, sa mère peut l'aider en vidant un peu le sein avant la tétée, et en tirant sur le mamelon avant de le présenter au bébé.

Des tétées nombreuses et courtes formeront les mamelons de la mère en quelques jours.

2.2.2. Les douleurs mammaires

Le mamelon est une zone très innervée. Le nouveau-né en tétant exerce une forte pression qui, au bout de quelques tétées, peut rendre le sein douloureux .

Habituellement, cette douleur s'accroît pendant 3 à 4 jours, puis le mamelon s'habitue. Si la mère a le courage de persister, l'allaitement devient parfaitement insensible et confortable.

Si la femme a peur de mettre son enfant au sein, elle se crispe, ce qui tend à inhiber l'arc réflexe d'éjection du lait; la sécrétion d'ocytocine fléchit d'où risque accru d'engorgement et de douleurs. Un cercle vicieux s'installe.

Aussi, lors de ces premières mises au sein, la présence d'une personne expérimentée rassure et détend la mère. Ce rôle était autrefois habituellement tenu par les grands-mères.

2.3. Troubles de la sécrétion lactée

[26] - [37]

2.3.1. Hypogalactie primaire : fait exceptionnel

Les hypogalacties primaires sont rarement observées et sont dues à des lésions hypothalamo-hypophysaires telles celles rencontrées dans le syndrome de Sheehan.

Les hypogalacties primaires sans cause hypophysaire sont assez rares (15%) bien que les chiffres varient énormément de 6% à 40% selon les

auteurs; mettant en évidence le rôle de l'équipe soignante et du climat psychologique et affectif de la mère.

Elles sont parfois imputables à des causes locales :

- causes citées précédemment : mamelons ombiliqués, succion douloureuse des premiers jours;
- mauvaise succion d'un enfant prématuré ou porteur d'une malformation buccale;
- enfant déjà repu par des biberons de complément (la succion du sein lui demande, en effet, davantage d'efforts que celle d'un biberon).

Mais il semble qu'il y ait deux vraies raisons à cette montée de lait lente à s'établir : l'ambiguïté des femmes vis à vis de leur désir d'allaiter et les allaitements mal amorcés.

Faible désir d'allaiter

D'une part, elles pensent qu'il est bien d'allaiter pour être une bonne mère. Mais d'autre part, elles craignent que cet allaitement ne soit source d'esclavage, qu'il nuise à l'esthétique de leur poitrine. Ces femmes non convaincues du plus apporté par l'allaitement maternel choisiront ce manque de lait apparent comme prétexte à un arrêt précoce de l'allaitement.

Allaitements mal amorcés

Ils correspondent à des mises au sein tardives et trop rares, phénomène encore malheureusement trop fréquent.

Le traitement devra alors être préventif :

- Première mise au sein le plus tôt possible après l'accouchement, de préférence dans les deux premières heures.
- Tétées courtes et fréquentes en donnant le moins possible de biberons de complément, sauf si l'état du bébé l'exige.
- Bien faire vider les seins après chaque tétée. Supprimer une tétée

entraîne une réduction de la production mais, à l'inverse, provoquer une super vidange augmente de 15% à 20% la sécrétion.

C'est le bébé qui, en tétant, fabrique le lait.

- La qualité du climat psychologique est essentielle : repos, éviter tout stress à la mère, la rassurer sur ses qualités de nourrice.

2.3.2. Hypogalactie secondaire : la panne de lait

Les hypogalacties secondaires après une lactation normale sont, par contre, très fréquentes; surtout les trois ou quatre premières semaines. La fatigue du retour à la maison, une contrariété quelconque réduiront la production lactée.

Cette baisse est temporaire, à condition de ne pas paniquer en donnant trop vite des biberons de complément, ce qui mine la succion de l'enfant et donc la stimulation de la lactation.

Comme pour les hypogalacties primaires, on conseillera :

- des tétées fréquentes;
- une bonne vidange des seins à chaque fois;
- le plus possible de repos;
- boire abondamment : eau, lait, tisanes (non laxatives);
- le Galactogil^o pris à la dose de 3 cuillères à soupe par jour peut agir comme soutien psychologique.

Le métoclopramide (Primperan^o) et le sulpiride (Dogmatil^o) augmentent la sécrétion lactée. Mais leur clairance mammaire n'étant pas connue, on peut toujours craindre des syndromes extra-pyramidaux chez le nourrisson. Il vaut donc mieux les éviter.

Galactogil^o : Galega, fenouil, cumin, phosphate tricalcique, malt.

Le plus important reste surtout de rassurer la mère car cette panne de lait est temporaire et le lait reviendra d'autant plus vite que la mère sera calme et détendue.

2.3.3. L'hypergalactie : les seins qui coulent tout seuls

Ceci est très fréquent les premières semaines lorsque la sécrétion d'ocytocine n'est pas encore bien réglée. On la rencontrera plus fréquemment chez une femme diabétique.

Un sein peut couler lorsque le bébé tète l'autre sein. Les deux peuvent couler parce que la mère entend pleurer son enfant, ou parce qu'elle y pense lors d'une émotion.

Là aussi, il convient de minimiser ces petits problèmes et de conseiller à la mère une bonne protection lorsqu'elle sort. Chez elle, il est préférable qu'elle utilise peu ces protections qui favorisent la macération et les crevasses.

Si cette hyperproduction persiste, il faut inciter la mère au don de lait et l'orienter vers un lactarium.

2.4. Pathologie de l'allaitement

[4] - [10] - [19] - [25] - [26] - [32]

Lors de la mise en route d'un allaitement deux principales difficultés peuvent surgir : les crevasses et l'engorgement.

Ces deux pathologies sont très anxiogènes et peuvent inhiber le réflexe d'éjection du lait. Bien traitées, elles guériront en quelques jours;

mal traitées, elles seront la porte ouverte aux complications qui demanderont une intervention médicale : lymphangites, galactophorites, abcès.

2.4.1. Les crevasses

Elles apparaissent au début de l'allaitement.

Plusieurs phases sont décrites :

- gerçures = minuscules trainées rouges à la surface du mamelon.
- fissures radiées qui divisent la surface du mamelon.
- le mamelon peut être érodé, rouge vif, framboisé et peut saigner lors des tétées.

Elles sont favorisées par une peau claire, une mauvaise technique de succion, des premières tétées trop longues, une macération excessive, une mauvaise hygiène.

La douleur est le maître symptôme.

Il faut les distinguer d'un mamelon douloureux mais sans lésions cutanées visibles, phénomène banal les premiers jours avant que le mamelon ne "se fasse", et surtout éliminer une pathologie cutanée autre, telle qu'un eczéma, un psoriasis ou une candidose associée à un muguet du bébé.

Le traitement des crevasses sera essentiellement préventif :

- avant chaque tétée : se laver les mains et nettoyer les seins avec de l'eau stérile (cf. paragraphe 4.3.2),
- les premières tétées seront courtes et fréquentes,
- après chaque tétée, le mamelon sera bien nettoyé avec de l'eau stérile, et bien séché (éventuellement au sèche-cheveux).

Il faut proscrire : les savonnages trop fréquents, les mélanges alcool-glycérine trop décapants, le soluté salé physiologique à 9%

qui devient rapidement un bouillon de culture. Le savonnage des seins, lors de la douche quotidienne, suffit amplement.

Si, malgré ces précautions, des crevasses surviennent, le mamelon doit être séché, éventuellement au sèche-cheveux, et laissé à l'air libre. Les rayons du soleil possèdent une très bonne activité cicatrisante. Ensuite, appliquer une pommade cicatrisante à base de vitamines A et E, du Madécassol^o ou de la lanoline pure, en renouvelant fréquemment les compresses dès qu'elles s'humidifient.

Il est parfois nécessaire de laisser le sein au repos 6 à 12 heures en faisant téter l'enfant à l'autre sein et en vidant manuellement le sein crevassé.

Pour soulager la douleur, on peut appliquer un glaçon entouré d'une compresse, le froid possédant un bon pouvoir anesthésiant et anti-inflammatoire.

2.4.2. Les engorgements

Contrairement aux crevasses, les engorgements peuvent se rencontrer à tout moment d'un allaitement; ils sont cependant plus fréquents la première semaine.

Un engorgement est un défaut d'excrétion lactée. Les seins sont durs à la palpation, douloureux, immobiles. Il y a parfois un fébricule, mais sans trainée ou placard rouge sur le sein.

Facteurs favorisant les engorgements :

- l'anxiété, les discours anxigènes ou inadaptés;

Madécassol^o = extrait tiré de *Centella asiatica*

- l'utilisation intempestive d'un tire-lait;
- les seins insuffisamment vidés : enfant qui tète mal, endormi, malade ou un mamelon ombiliqué;
- les douleurs et les crevasses.

Tous ces phénomènes bloquent la sécrétion d'ocytocine d'où l'éjection du lait.

Le meilleur traitement sera préventif : la précocité de la première tétée qui assure une meilleure ouverture des canaux lactifères, le calme et la détente font régresser le nombre des engorgements. Si les seins sont tout de même congestionnés, on facilitera l'excrétion lactée par des douches chaudes, des cataplasmes chauds (Antiphlogistine^o, Osmogel^o) avant la tétée. Après celle-ci, on pourra éventuellement compléter la vidange des acini par expression manuelle.

En cas d'échec l'injection intra-musculaire de 5 à 10 unités internationales de post-hypophyse (Syntocinon^o) 15 mn avant la tétée assurera l'excrétion lactée.

En général, en 2 à 3 jours, la vidange se fait normalement, la douleur et la congestion disparaissent.

Dans ce qui suit, nous parlerons plus brièvement des pathologies qui peuvent survenir si les précautions citées plus haut n'ont pas été prises. Mais à ce stade, de simples conseils ne suffisent plus et l'intervention d'un médecin sera nécessaire. Aussi, le rôle du pharmacien d'officine sera d'orienter la malade vers son médecin traitant.

2.4.3. Les lésions inflammatoires

Si la fréquence des lésions inflammatoires reste stable (0,5%), un faible nombre évolue vers une forme suppurée aiguë depuis qu'une antibiothérapie précoce et adaptée est mise en route.

Le germe le plus souvent indentifié est le *Staphylocoque doré*, plus rarement *Streptocoques* ou Gram-négatifs.

a. La lymphangite

C'est l'inflammation superficielle du réseau lymphatique dermo-épidermique.

Cliniquement, on observe une hyperthermie à 40°c et des frissons très caractéristiques. Le sein est rouge, gonflé, très douloureux. Il présente un placard rouge ou une trainée se prolongeant vers l'aisselle. Des adénopathies sont perceptibles à ce niveau.

L'évolution spontanée est bénigne en 24h : les antibiotiques ne se justifient pas et le traitement sera purement symptomatique : repos, Anti-phlogistine° locale, aspirine ou paracétamol. L'allaitement ne sera pas interrompu puisque le lait n'est pas infecté.

Il faudra associer une antibiothérapie efficace sur le germe si les troubles ne s'amendent pas en 48 heures.

b. La mastite aiguë

L'étiologie en est mal connue. Pour certains les crevasses constituent une porte d'entrée certaine, mais la discordance entre leur fréquence élevée et celle faible des mastites, implique l'intervention d'autres facteurs : stase mammaire ou des anomalies de structure des canaux galactophores.

L'évolution se fait en deux temps :

- Première phase : la galactophorite.

Les signes fonctionnels et systémiques sont modérés. Si on fait couler du lait sur une compresse, il y reste des débris jaunâtres traduisant l'existence de pus.

Le traitement sera essentiellement le repos. Le médecin fera un prélèvement bactériologique pour identifier le germe, prescrire l'antibiotique qui convient et y associer des anti-inflammatoires.

Si la mère veut continuer son allaitement après cet épisode, on lui conseillera de tirer son lait aux heures des tétées. Mais, ce lait sera jeté car il est infecté.

- Deuxième phase : l'abcès du sein.

C'est la complication de la galactophorite.

L'état général s'altère, les douleurs sont lancinantes et l'induration nette.

Selon le stade auquel l'abcès est traité, le traitement sera uniquement médical ou on associera un traitement chirurgical. Il faut suspendre l'allaitement qui pourra être repris si la mère le désire, si le sein est bien cicatrisé et si les prélèvements bactériologiques sont négatifs.

L'abcès du sein est un accident, la conséquence d'une erreur thérapeutique; il n'y a donc aucun danger pour les allaitements ultérieurs.

2.4.4. Autres pathologies

Nous ne ferons qu'évoquer, ici, des pathologies plus rares.

- Les tumeurs cancéreuses : elles sont, en général, révélées lors de l'allaitement;
- Les écoulements atypiques : leur étiologie reste encore mal définie;
- La galactocèle : une tumeur kystique renfermant du lait altéré qui peut justifier l'exérèse chirurgicale.

2.5. Conclusion

[37]

Toutes ces difficultés de démarrage peuvent paraître compromettre la poursuite d'un allaitement. Et c'est un fait, elles sont souvent prétexte au "sevrage" du bébé.

Mais comme l'écrit A.M. Thirion (dans son merveilleux livre sur l'allaitement) :

<< En réalité il n'en est rien. Si la mise en route de l'allaitement est correcte, ces ennuis sont très passagers, et ne représentent qu'un inconfort temporaire. Avec un peu de patience tout va rentrer dans l'ordre.

Mère et enfant, heureux, détendus, bien adaptés l'un à l'autre, vont alors atteindre la phase d'équilibre, le temps du bonheur d'allaiter et d'être allaité... >>

3. Aspects psycho-sociologiques de l'allaitement

(à propos de l'association S.O.S allaitement)

3.1. introduction

[36] - [37]

L'allaitement est une fonction simple, un système naturel basé sur la loi de l'offre et de la demande, dont bénéficient au plus au point la mère et son enfant. Depuis toujours, les mères allaitent leur progéniture avec joie.

L'allaitement n'est pas devenu compliqué, c'est plutôt notre attitude envers l'allaitement qui a créé des problèmes. C'est précisément pour résoudre ces problèmes, pratiques avant tout, que fut créée l'association S.O.S allaitement.

3.2. Historique

[19] - [20] - [21]

La création de S.O.S allaitement a pour origine le constat des difficultés à nourrir les enfants au sein.

Tous les professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmières, pharmaciens...) faisant partie de l'association ont constaté l'inefficacité de leurs formations respectives à trouver des conseils efficaces pour des problèmes simples. Après leurs expériences de nourrice, elles ont observé qu'elles représentaient pour les jeunes mères de leur entourage, des guides spontanées dont l'expérience suscitait d'autres allaitements bien vécus.

En 1983, au cours d'une réunion informelle, ces femmes ont l'idée d'instaurer une aide téléphonique à minima, ce qui leur a permis d'évaluer les besoins et l'efficacité d'une telle aide.

En 1984, elles se sont constituées en association loi 1901 afin d'élaborer de nouvelles stratégies d'entraide.

En 1986, une permanence dans une MJC de la commune a été organisée. Malheureusement, cette nouvelle sorte d'aide s'est avérée être un échec, les mères préférant souvent l'appel téléphonique anonyme et qui leur apporte une solution rapidement.

En 1987, leur actions continuent et l'association S.O.S allaitement a reçu des subventions du Comité de Promotion de la Santé.

3.3. Le fonctionnement de l'association

[19] - [20] - [21]

Cette association "loi 1901", c'est-à-dire sans but lucratif, emploie des personnes toutes bénévoles.

Schématiquement, quatre types d'aide aux nouvelles mères ont été décidés :

- permanence téléphonique,
- réponse au courrier, édition d'une brochure,
- expositions sur l'allaitement maternel dans les écoles,
- cours dans l'enseignement supérieur.

3.3.1. Une aide immédiate grâce à l'écoute téléphonique

Cette permanence téléphonique fonctionne tous les jours de 8h à 11h et de 14h à 22h.

Les mères, au nombre d'une dizaine, qui répondent au téléphone sont encadrées et formées à l'écoute par les professionnels de santé de l'association. Il ne s'agit pas, en effet, que n'importe qui réponde n'importe quoi mais le choix de ces personnes est primordial pour un allaitement réussi et prolongé. Une mère, d'un enthousiasme tranquille et très efficace, peut redonner confiance à celles qui se retrouvent désorientées.

Les jeunes accouchées éprouvent le besoin d'être écoutées, rassurées, encouragées. Les femmes qui ont bénéficié d'un tel soutien en sont d'autant plus satisfaites qu'elles sentent qu'on comprend leurs difficultés pour les avoir souvent vécues.

Les standardistes essaient de trouver avec la maman une solution propre à celle-ci. Il n'existe pas de recette prête à l'emploi. Chaque appel dure entre 1/2 h à 3/4 h et le leitmotiv des répondantes pourrait être : Redonner confiance.

3.3.2. Une réponse à des problèmes précis

Réponse est faite aux mères qui écrivent à l'association pour soulever un point précis de l'allaitement : mon lait est-il de bonne qualité ? pourquoi mon lait s'est-il tari au retour de la maternité ? Une brochure est sur le point d'être éditée. Il ne s'agit pas de substituer à ceux qui sont compétents et motivés dans ce domaine, mais d'agir en toute complémentarité avec le réseau institutionnel dans le but d'élargir et de renforcer les aides déjà existantes.

3.3.3. La divulgation de l'allaitement maternel

L'association S.O.S allaitement se donne pour mission d'intervenir à l'école, au lycée, afin de sensibiliser les jeunes à la fonction première du sein, qui aurait tendance à être oubliée ou ignorée.

Des cours dans l'enseignement supérieur telle que la faculté de médecine de Nancy, ont été dispensés par le Docteur M. Huot-Marchand, médecin et présidente de S.O.S allaitement.

3.4. Les objectifs de S.O.S allaitement

[19] - [20] - [21]

3.4.1. Promotion de l'allaitement maternel

S.O.S allaitement existe donc pour, avant tout, promouvoir l'allaitement maternel.

Chaque allaitement réussi entraîne d'autres ou les fait durer plus longtemps. On se rend compte devant cette expérience heureuse, que c'est possible. Les femmes de milieu favorisé qui allaitent volontiers vont indirectement stimuler celles de catégories sociales moins aisées où allaiter est une nécessité pour l'enfant comme pour la mère, car :

- le coût élevé des laits en poudre entraîne un passage trop précoce au lait de vache et donc souvent les troubles que l'on sait;
- allaiter protège les enfants contre les infections, ces enfants défavorisés étant plus souvent malades;
- allaiter est un des éléments de la relation mère-enfant et de ce fait une prévention des sévices. L'allaitement rend le contact corps à corps obligatoire... et habituellement chaleureux.

3.4.2. Sensibilisation du personnel de Santé

S.O.S allaitement aimerait sensibiliser les professionnels de la Santé sur la pratique de l'allaitement maternel et sur la façon dont il est vécu par les femmes.

Il ne s'agit pas de prendre la place de ceux qui dispensent un enseignement de qualité, mais de compléter cette formation théorique par une information plus pragmatique. Il n'est pas toujours facile de se rendre compte de ce que peuvent ressentir les mères. Certaines, encore aujourd'hui en 1987, sont obligées de se battre pour pouvoir allaiter.

3.5. Conclusions

L'association S.O.S allaitement a déjà reçu plus de 300 appels depuis sa création. Elle espère bien voir le nombre de ses adhérents augmenter chaque année.

Elle se distingue des associations anglo-saxonnes telle que la Leche League Internationale par une politique un peu différente.

La Leche League prône l'alimentation au sein, rien que ce type d'alimentation.

S.O.S allaitement part du principe qu'il vaut mieux un allaitement au biberon réussi qu'un allaitement maternel mal vécu.

En effet, l'allaitement maternel n'est pas un but en soi, il est pour l'enfant un facteur de contact privilégié avec le monde par l'intermédiaire de sa maman. Il est un mode alimentaire incomparable, c'est vrai. Mais, il n'est ni une obligation, ni une mode à laquelle il faut sacrifier pour présenter un visage de mère exemplaire. On se doit de respecter un refus d'allaitement ou un désir de sevrage précoce.

Les conseils que l'on peut donner sont parfois très utiles s'ils ne se présentent pas comme des règles strictes. Ils doivent épauler les mères sans troubler la mise en route délicate de leur relation avec leur nouveau-né.

Ce qui est essentiel, c'est que toutes les personnes amenées à cotoyer le couple mère-enfant, ou la cellule familiale, aient le même discours, des conseils allant dans le même sens.

4. Allaitement maternel - Conseils pratiques en Officine

4.1. Introduction

Des femmes enceintes, des mères, jeunes accouchées ou non, des pères franchissent le seuil de l'officine... pour des conseils, des encouragements. Que leur répondre ?

Des conseils donnés ou non dépendra la réussite ou l'échec de l'allaitement, du moins partiellement car, en effet, le pharmacien d'officine n'est qu'un maillon de l'entourage du bébé. Mais, pour des petits "bobo", la famille se tournera plus facilement vers le pharmacien toujours disponible que vers le médecin souvent moins accessible.

4.2. Préparation à la lactation

[9] - [13] - [17] - [25] - [37]

La préparation à la lactation devrait se faire sur deux plans fondamentaux :

- une préparation physique, celle des seins,

- une préparation psychologique de la future maman mais également du père (éventuellement le reste de la famille).

Mais tout ceci ne sont que des conseils, une majorité de femmes allaite sans aucun problème et sans s'être préparée particulièrement à donner le sein.

4.2.1. La préparation physique

Elle consiste uniquement à "tanner" la peau du mamelon particulièrement fragile. Il suffit pour cela de la frotter un petit peu chaque jour sous la douche avec différents moyens qui peuvent être :

- une brosse à dents souple,
- un gant de toilette un peu rêche,
- ou encore rouler le mamelon entre pouce et index, comme une cigarette,

Ce tannage doit être fait très doucement, pour ne pas provoquer une sécrétion de prostaglandines, hormones inflammatoires, pouvant entraîner des contractions répétées de l'utérus et ainsi risquer un accouchement prématuré.

Outre une douche quotidienne, il est bon, en fin de grossesse :

- de graisser le mamelon afin de lui conserver toute son élasticité, ceci pourra être réalisé avec de la lanoline ou de l'huile d'amandes douces;
- d'ouvrir les canaux lactifères, par une douce pression sur le sein, on favorise ainsi l'écoulement d'un peu de colostrum; pour certains spécialistes, ce serait un bon moyen pour prévenir congestion mammaire et engorgements.

4.2.2. La préparation psychologique

Il est préférable de ne pas attendre le jour de la venue de bébé pour se poser la question : sein ou biberon ? Ce choix , librement consenti, devrait être le fruit d'une réflexion, seule ou à deux, tout au long de la grossesse.

Lire des ouvrages sur le sujet peut amener les futurs parents à avoir les idées plus claires quant à l'allaitement. Eviter les livres trop simplistes qui donnent des recettes.

Essayer de ne pas trop ouvrir les oreilles à n'importe quel discours, se cantonner "aux bons conseils" comme par exemple ceux dispensés par des mères ayant bien vécu leur allaitement. Forcément, le couple entendra "différents sons de cloches", ce sera à lui de prendre "les bons carillons".

<< La qualité de l'allaitement semble être d'autant plus satisfaisante, la quantité de lait d'autant plus grande que le confort affectif de la mère est grand. Tout de passe comme si un climat émotionnel favorable avait pour corrolaire naturel l'allaitement maternel. >> (Michel Odent)

<< Se préparer à allaiter, c'est aussi préparer son corps. Peut-être stimuler les bouts de sein, les mamelons, mais surtout apprendre à se détendre , à se reposer, à être à l'aise dans sa peau...

Chaque famille est différente, il ne peut avoir de recettes valables pour toutes.>> (Marie Thirion)

4.3. Recommandations diététiques et d'hygiène de vie à la femme qui allaite

[4] - [6] - [9] - [10] - [11] - [13] - [17] - [20] - [25] - [26] - [27] - [34] - [38] - [40]

Toutes les recommandations qui vont suivre tombent plus sous le coup du bon sens que d'un savoir particulier. Cette liste est loin d'être exhaustive, elle se veut juste un guide pour le conseil en officine.

4.3.1. Une "bonne" alimentation

L'alimentation de la femme qui allaite doit être semblable en qualité à l'alimentation recommandée pour l'ensemble de la population. Elle permet d'assurer les besoins propre de la mère et la fabrication d'environ 850 grammes de lait par jour soit une perte protéique d'environ 11 grammes de protéines par jour et une perte hydrique importante.

Cependant, si la nourrice doit manger plus, il ne s'agit pas qu'elle mange pour deux.

On pourra donner les conseils suivants :

- Mangez un peu de tout, en puisant chaque jour au cours des repas, dans tous les groupes d'aliments.
- Lorsqu'on allaite, on a souvent soif : boire à volonté eau, jus de fruit, tisanes douces, potages. Mais ne buvez pas de lait de vache en excès. En effet, cela risquerait de provoquer un déséquilibre osmotique et d'apporter trop d'acides gras insaturés, et le bébé risquerait de mal le supporter.
- Faire plusieurs petits repas, ainsi la digestion est facilitée et

la maman aura moins de "coup de pompe" dûe à l'hypoglycémie pré-prandiale.

- Autrefois, il était parfaitement proscrit que la mère allaitante mange des aliments à goût fort tels que oignon, céleri, choux, artichaut, melon etc... dont l'arôme parfume le lait. On semble être revenu sur cette position. La mère peut très bien, si elle le désire, manger de tels produits; elle s'apervra vite, en effet, si son bébé aime le lait parfumé à l'oignon ou au melon!

De préférence, ne manger qu'un seul aliment à goût prononcé par jour, ainsi on se rend mieux compte des goûts de l'enfant et on peut déjà commencer son éducation gastronomique. Certaines épices stimulent la succion et par là même la lactation.

- Il est également important d'augmenter la ration en calcium sous forme de laitages, de fromages, de yaourts... (de préférences 1/2 écrémés) pour couvrir les besoins en calcium qui sont d'environ 1200 mg/j chez la femme qui allaite.
- Un apport supplémentaire en vitamine D pourra être prescrit par le médecin car la maman allaitante est souvent carencée en vitamine D et aura donc tendance à se décalcifier.

De toute façon, la mère qui nourrit son bébé, n'a pas besoin de faire de savants calculs pour savoir si elle mange assez et boit suffisamment, la simple augmentation de son appétit suffit, dans la plupart des cas, à satisfaire pleinement les pertes liées à la production de lait.

4.3.2. Une "bonne" hygiène de vie

a. La toilette quotidienne

La bouche du bébé n'est pas stérile, il n'est donc pas nécessaire de désinfecter le mamelon avant chaque tétée. Le nettoyage du mamelon avec un peu d'eau bouillie suffit amplement. Une toilette quotidienne générale à l'eau et au savon non parfumé (par exemple, savon de Marseille) est suffisante mais il est important de se laver souvent les mains.

En cas de crevasses, il est conseillé d'utiliser de l'eau bouillie (20 mn à 100°C) pour détruire la majorité des germes.

b. Le don de lait

Si la mère veut donner un peu de son lait à un lactarium les mesures d'hygiène seront un peu plus strictes : il est recommandé d'essuyer le sein de préférence avec une serviette à usage unique en commençant par le bout du mamelon et en remontant vers la périphérie afin d'éviter la recontamination par les germes présents au niveau de l'aisselle.

Tout le matériel en contact direct avec la peau ou le lait doit être stérilisé :

- à froid : mais prix de revient élevé,
- à la cocotte-minute, on évite ainsi les dépôts de calcaire,
- ou à ébullition pendant au moins 20 mn.

Le lait est en effet un très bon milieu de culture pour les bactéries. Le lait ainsi recueilli sera conservé au froid à +4°C et acheminé vers le lactarium le plus proche sous 48 heures. La liste des lactariums français est donnée en annexe.

Poids (kg)	Age (jour)	Dosage (ng/kg/h)		Intervalle entre la tétée et le prélèvement	Concentration dans le sérum	
		Nicotine	Nicotinine		Nicotine	Nicotinine
3,0	6	316	586	2,00	1,6	20
2,7	6	266	467	2.00	0,2	15
3,3	3	286	675	1.50	0,5	30
3,2	3	118	190	2.25	0,5	20
3,0	8	260	357	2.50	0,2	18
3,2	3	107	365	2.00	0,8	15
3,4	4	317	575	2.25	0,4	10
2,5	8	130	735	2.00	0,4	5

Figure 16

TAUX DE NICOTINE ET DE NICOTININE DANS LE SÉRUM D'ENFANTS ALLAITÉS PAR DES MÈRES QUI FUMENT.

c. Eviter tous les excitants

La caféine contenue dans le café, le thé, la cola se retrouve en quantité importante dans le sang de la mère et une partie non négligeable passe dans le lait, ce qui risque d'entraîner une excitation chez le nourrisson. Un petit café loin des tétées est possible, c'est dans la dose qu'est le poison, mais il vaut mieux pendant cette période privilégiée qu'est l'allaitement éviter toutes sortes d'excitants.

d. Limiter la prise de toxiques

* L'alcool : ce premier toxique national français est déconseillé à tous, plus encore si on allaite car l'alcool passe dans le lait. Il vaut donc mieux s'abstenir, ou n'en boire que très modérément et toujours au cours d'un repas.

* Le tabac : l'enfant au sein est très vulnérable à la nicotine et à son principal métabolite la nicotinine, en effet ces deux substances sont retrouvées dans le lait. Que ce soit la mère qui fume, ou l'entourage du couple mère-enfant, le nourrisson est exposé aux méfaits de la fumée du tabac. Ainsi, on risque, chez le bébé, de voir apparaître une cyanose, une hyperexcitabilité ou encore des vomissements. Là encore, les effets sont dose-dépendants (cf. tableau 16). Si la mère ne peut s'empêcher de fumer, lui conseiller de prendre une cigarette juste après la tétée et de préférence en l'absence de l'enfant.

* La pollution du lait maternel : parallèlement au risque médicamenteux, elle représente un risque de plus en plus étudié. En ce qui concerne la pollution des denrées alimentaires, les résidus de pesticides ont été particulièrement analysés.

Dans le cas du lait, ce sont les organo-chlorés qui ont attiré l'attention car ils sont liposolubles et s'accumulent dans les graisses des cellules animales et humaines pendant de nombreuses années. On dit qu'ils sont très rémanents.

Chez la femme, la pollution de son lait s'explique non seulement par les légumes mal nettoyés mais encore par l'inhalation de différents

pesticides tels que ceux contenus dans les diffuseurs ménagés, les plaquettes insecticides ou encore les bombes aérosols.

En France, bien que le D.D.T ait été interdit depuis de nombreuses années, il reste encore le principal polluant du lait de femme à cause de sa très grande rémanence dans le milieu et chez tous les mammifères. On conseillera donc à la mère de nettoyer systématiquement tous les primeurs et d'éviter d'inhaler les pesticides ménagés.

4.3.3. Les médicaments "sans danger"

De tout temps, l'automédication a existée et il est souvent difficile de changer les habitudes des gens. Mais l'allaitement est peut-être un moment où la femme sera particulièrement réceptive aux conseils de son pharmacien.

Nous ne pouvons, dans le cadre de ce travail, passer en revue toutes les classes médicamenteuses; il existe pour cela de très bons ouvrages (cf. bibliographie).

Nous nous bornerons à ne donner que les grands principes à appliquer lors du conseil à l'officine.

Conseiller à la femme qui allaite :

- De ne prendre que les médicaments dont elle a besoin, médicaments prescrits par un médecin ou une sage-femme.
- Règle fondamentale : le traitement sera toujours pris juste après la tétée de façon à ce que la tété suivante soit située la plus loin possible des pics plasmatiques maternels. Ainsi, le nourrisson ingérera la dose minimale.
- Si le pharmacien est amené à conseiller une spécialité, il choisira parmi celles qui ont fait la preuve de leur innocuité chez la mère et chez le bébé.

Il proscrira les spécialités nouvelles ou pour lesquelles le recul

Acide étacrynique	Iode
Allergènes	Levodopa
Antinéoplasiques	Loxapine
Atropiniques	Mercuriels
Aurothiomalate de sodium	Méthimazole
Benzylthiouracile	Méthylthiouracile
Bicarbonate de sodium	Métrizamide
Bromocriptine	Métronidazole
Bromures	Novobiocine
Calomel	Phénacétine
Carbimazole	Phénindione
Carisoprodol	Phénolphtaleïne
Chlorampénicol	Produits iodés
Clomifène	Produits radioactifs
Cuivre	Propylthiouracile
Cyclines	Quinidine
Danazol	Résérpine et dérivés
Diazoxide	Sulfamides
Dihydrotachystérol	Thiazides et apparentés
Ergot de seigle (dérivés)	Thiouracile
Furosémide	Vitamine D (à fortes doses)

Figure 17

MÉDICAMENTS CONTRE-INDIQUÉS PENDANT L'ALLAITEMENT

est insuffisant.

- Eviter également les associations médicamenteuses dont on ne sait que très rarement quels effets elles peuvent produire.
- Si l'état de la mère impose un traitement incompatible avec l'allaitement, rien ne l'empêche, si le traitement est de courte durée, de continuer à tirer régulièrement son lait, en attendant la fin du traitement. Elle pourra ainsi, si elle le désire toujours, reprendre l'allaitement au sein.
- Avoir en tête (ou à portée de main!...) la liste des médicaments contre-indiqués pendant l'allaitement (cf. tableau 17).

Cependant, dans certains cas, il faudra choisir entre la prise du médicament et l'allaitement en raison du risque encouru par le nouveau-né.

Ce choix n'est pas du ressort du pharmacien, il concerne la femme et son médecin traitant.

Toutefois, si le pharmacien estime qu'une thérapeutique est dangereuse pour l'enfant, il est toujours en droit de téléphoner au médecin, voire de refuser la délivrance d'un tel médicament.

4.3.4. Les contre-indications liées à l'allaitement

Les contre-indications à l'allaitement maternel sont liées aux deux principaux protagonistes de cette histoire d'Amour : d'une part la mère, d'autre part l'enfant.

a. Contre-indications liées à la mère

- Contre-indications absolues : maladies graves telles que insuffisances cardiaque ou rénale, diabète à un stade avancé, affections néoplasiques, syndrome de Sheehan, S.I.D.A.

A ce propos, le virus du sida a été retrouvé dans tous les compartiments liquides du corps (sérum, salive, larmes...). A priori, il n'y a donc pas de raison de ne pas le retrouver dans le lait. Tant que de plus amples recherches sur la possibilité de transmission du virus dans le lait humain n'ont pas été réalisées, les femmes considérées comme à haut risque pour le sida, doivent être averties du risque potentiel de transmission du virus à leur enfant.

Les infections maternelles générales comme la tuberculose, la brucellose, le paludisme, les hépatites... ou locales comme les staphylococcies peuvent être également des contre-indications.

- Contre-indications relatives : hypogalactie, épilepsie, névrose, psychose, démence.

Ces trois dernières contre-indications ne peuvent qu'être individuelles car dans le cas où la mère désire allaiter son enfant, le refus d'ordre médical est un traumatisme psychique parfois néfaste.

b. Contre-indications liées à l'enfant

- Ce n'est jamais l'incompatibilité foeto-maternelle.
- C'est temporairement la prématurité ou l'hypotrophie qui contre-indique le sein, mais non l'allaitement maternel, surtout que le lait de sa mère est de loin le mieux adapté au prématuré. Il en est de même pour les enfants porteurs d'une fissure palatine.
- Ce n'est plus l'ictère d'Arias. Il suffit de tirer le lait et de le chauffer à 60°C au bain marie pendant 10 mn.

Si la mère désire vraiment allaiter, la discussion de son choix doit porter sur deux éléments :

- L'effort physique imposé par l'allaitement peut-il être supporté par la mère ? Ne risque-t-il pas d'aggraver sa maladie ?
- Ne vaut-il pas mieux un allaitement au biberon avec beaucoup d'amour ?

La seule véritable contre-indication réelle et fréquente, c'est le NON

DESIR de la mère. La décision d'allaiter lui appartient à elle et à elle seule..., son non désir est une contre-indication absolue en soi.

4.4. Durée de l'allaitement et sevrage

[1] - [3] - [9] - [10] - [11] - [12] - [19] - [33] - [37]

Définition du sevrage : Cesser progressivement d'allaiter, d'alimenter en lait, pour donner une nourriture plus solide (Petit Robert).

4.4.1. Durée de l'allaitement

Il importe dans ce domaine d'éviter toute prise de position excessive.

Il est évident qu'un allaitement de quelques semaines apparaît insuffisant (bien que préférable, tout compte fait, à l'allaitement artificiel d'emblée). A l'inverse, il ne semble pas nécessaire de prolonger trop longtemps l'alimentation au lait exclusif, la diversification s'imposant vers l'âge de 5 à 6 mois.

Cette diversification a pour rôles principaux :

- de préparer le réflexe de mastication (âge d'apparition de la première dent);
- d'introduire des nutriments non contenus (ou en quantité trop faible) dans le lait : fer, vitamines ...; et des fibres qui régularisent le transit;
- de satisfaire les besoins énergétiques du bébé = les 800 à 900 ml de lait par jour n'apportent plus assez de calories pour un bébé de

5-6 mois;

- d'amorcer l'autonomie alimentaire complète de l'enfant.

En pratique, un allaitement de 3 mois peut être considéré comme le minimum souhaitable, un allaitement de 5 à 6 mois comme une limite raisonnable.

Ceci est vrai pour nos pays à niveau socio-économique élevé, mais la situation est différente dans les contrées où sévit la malnutrition chronique, l'allaitement représentant la meilleure garantie pour le nourrisson jusqu'à 1 an et même bien au delà.

4.4.2. Le sevrage

Comme pour l'allaitement, seul un sevrage choisi librement, au moment le plus propice, peut être réussi.

a/ Comment mettre toutes les chances de son côté pour que mère et enfant vivent cette période joyeusement ?

Quelques "trucs" (la liste n'est pas complète ...) :

- avoir le temps; ne pas être trop pressée;
- éviter les périodes de fatigue, de déprime, où tout simplement lorsque le bébé est grognon;
- le sevrage doit être très progressif : d'une part pour que l'enfant n'est par l'impression d'être abandonné, d'autre part pour que la production de lait diminue d'elle-même (il faut le temps que l'automatisme mammaire s'enraye);
- ne pas forcer l'enfant, lui proposer un seul nouveau met à la fois.

Très vite, pour faire plaisir à ses parents, l'enfant voudra manger "comme les grands".

Et s'il n'aime pas les épinards aujourd'hui, ne pas en faire "tout un

plat" ... il a toute la vie pour apprendre à les apprécier.

b/ En pratique, commencer par proposer à la fin d'une tétée quelques cuillères de compote, de jus de fruits ou de purée de légumes (bien cuits). L'introduction de poisson, de jaune d'oeuf, de viande se fera progressivement, plus tard (jamais avant 5 à 6 mois). Peu à peu, les tétées seront de plus en plus courtes pour être remplacées par de "vrais repas".

Certains enfants veulent continuer à téter très longtemps, souvent le soir pour s'endormir. Si cela n'ennuie pas la mère, on peut laisser faire ces petits câlins du soir jusqu'à 2 ans (Docteur E. Antier).

Si la mère désire que son lait tarisse complètement, on lui conseillera :

- de supprimer d'abord la tétée la moins abondante,
- de boire un peu moins,
- de reprendre d'avantage d'activité physique,
- éventuellement on aura recours à un traitement chimique (la bromocriptine (Parlodol^o) sur prescription médicale).

Mais, rien que le fait de moins mettre le bébé au sein suffit, dans la plupart des cas, à tarir la sécrétion lactée progressivement et en douceur.

c/ Indépendamment de l'aspect alimentaire, le sevrage est une nouvelle étape du développement psycho-affectif de l'enfant.

A ce moment-là, la mère peut avoir un peu de nostalgie de cette séparation. Mais c'est l'occasion pour elle et le père de développer avec l'enfant une nouvelle relation, basée sur l'apprentissage de l'autonomie du tout petit.

5. Conclusions

La pharmacie d'officine est une profession tournée vers le public, le pharmacien doit savoir donc prendre le temps d'écouter, de rassurer, apporter des solutions pratiques simples.

Un allaitement réussi dépend en grande partie de sa mise en route. Un bon départ permet d'éviter bon nombre de désagréments; mise en route qui n'est pas du ressort du pharmacien. Son rôle sera donc limité mais pas totalement inutile. Il peut aider à guérir les petits maux, voire orienter la mère vers son médecin traitant si son état l'exige.

<< Les chiffres (des femmes allaitantes) seraient bien supérieurs encore, déclare le Docteur Barrois, si on transmettait à toutes les femmes l'art de l'allaitement et la manière de le mener à bien, malgré quelques incidents de parcours (engorgements, crevasses, ...) qui ne doivent, en aucun cas, entraîner un sevrage précoce du bébé >>.

Encore de nos jours, l'allaitement maternel "déchaîne les passions". Aussi, le pharmacien devra se borner à son rôle d'informateur, de conciliateur. C'est, en effet, au couple parental de décider, car dans notre pays, il a le choix entre des laits humanisés de très bonne qualité et l'allaitement au sein. Le pharmacien d'officine ne saurait, en aucun cas, prendre cette délicate décision à la place des parents.

ANNEXES

GLOSSAIRE

Apocrine (sécrétion) = se dit d'une sécrétion dans laquelle le sommet des cellules sécrétrices est émis avec le produit de sécrétion.

Calcémie = taux de calcium dans le sang.

Calciurie = taux de calcium dans les urines.

Ergastoplasme = reticulum endoplasmique granuleux.

Fébricule = petite fièvre.

Leche League International = organisme non confessionnel et sans but lucratif de promotion de l'allaitement maternel.

Est né aux E.U. (Illinois); existe maintenant dans de nombreux pays.

Méocrine (sécrétion) = se dit d'une sécrétion dans laquelle les cellules sécrétrices restent intactes au cours de la formation du produit de sécrétion.

Prandial = relatif aux repas.

Syndrome de Sheehan = syndrome d'hypopituitarisme dû à la nécrose par apoplexie du lobe antérieur de l'hypophyse.

ABREVIATIONS

Ac = anti-corps.

ACTH = hormone adreno-cortico-trophique.

GH = hormone de croissance.

hCS = hPL = hormone placentaire lactogène.

Ig = immunoglobuline.

Ig A = immunoglobuline A.

Ig G = immunoglobuline G.

Ig M = immunoglobuline M.

LH = hormone lutéinique.

TSH = hormone thyroïdienne hypophysaire.

LACTARIUMS

Lactarium

Chemin de la Bretèque

BOIS-GUILLAUME

76230 - Tél : 35.60.06.06

P.450 - Lactarium

Hôpital des enfants

168, cours de l'Argonne

BORDEAUX

33000 - Tél : 56.90.92.21

Lactarium Bretagne occidentale

Service Pédiatrie Hôpital Morvan

C.H.U. de Brest

BREST

29200 - Tél : 98.80.80.33

Lactarium C.H Louis Pasteur

46, rue du Val-de-Saire

CHERBOURG

50107 - Tél : 33.52.61.11 -P.302

Lactarium

3, rue du Maréchal Joffre

CLERMONT-FERRAND

63000 - Tél : 73.92.68.55

P.3359 Lactarium

10, bd De Lattre-de-Tassigny

Maternité du Bocage

DIJON

21000 - Tél : 80.65.81.23

Oeuvre du lait maternel

15, rue Saint-Louis

EVREUX

27000 - Tél : 32.33.01.67

Lactarium régional Institut Pasteur

20, Bd Louis-XIV

LILLE

59019 -B.P.245- Tél : 20.52.33.33

Lactarium Rhône-Alpes

37, rue Bossuet

LYON

69006 - Tél : 78.24.77.46

Antenne de **Grenoble**

38000 - Tél : 76.42.51.45

Lactarium Dr-Raymond-Fourcade

Av des Martyrs-de-la-Résistance

MARMANDE

47200 - Tél : 53.64.26.22.

C.H.U. Clinique obstétricale

Av. du Professeur Grasset

MONTPELLIER

34000 - Tél : 67.63.53.80 P.314-318

Lactarium C.H de Mulhouse

Hôpital du Hasenrain- B.P.1070

Av. d'Altkirch

MULHOUSE

68051 - Tél : 89.54.90.33

Lactarium Jacques-Grislain

C.H.R. quai Moncoussu

NANTES

44000 - Tél : 40.48.34.08

Lactarium Maison de l'Enfance

-B.P.719

89, faubourg Saint-Jean

ORLEANS

45000- Tél : 38.53.94.50.

Lactarium

26, Bd. Brune

PARIS

75014

Lactarium départemental Charles Butteur

25, Bd. Pasteur

SAINT-ETIENNE

42200 - Tél : 77.57.41.05

P. 05.45 Lactarium

23, rue de la Porte-de-l'Hôpital

STRASBOURG

67005 - Tél : 88.36.71.11

P. 4421 Lactarium C.H.U de Tours

TOURS

37000 - Tél : 47.66.15.15

Lactarium de Versailles

46, rue Lamartine

VERSAILLES

78000 - Tél : 30.21.04.96

ASSOCIATIONS FRANCAISES POUR L'ALLAITEMENT

Association Internationale

Leche League

Ligue pour l'allaitement maternel. B.P.18
78620 L'ETANG-LA-VILLE

Association nationale

Solidarilait

Siège social : Lactarium de Paris
26, Bd. Brune
75014 PARIS

Associations régionales

Action pour l'allaitement

8, rue de l'Abbé Hanauer
671000 STRASBOURG

Info-allaitement

Bayers
16046 AUNAC

Groupe allaitement de Lyon
25, rue de l'églantine
69500 BRON

SOS Allaitement
MJC Etoile, rue de Londres
54500 VANDOEUVRE

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ANTIER E., *Mémoires d'un nouveau-né.* - Paris : Ed. Scarabée - 1986.
- [2] BADINTER E., *L'Amour en plus.* - Paris : Ed. du Livre de Poche - 1986.
- [3] BERGER A., *Allaitement et activité professionnelle de la mère.*
Th. : Méd. : Nancy I : 1979, 192.
- [4] BONNET H., JEAN R., *Alimentation au sein.* - Encyclopédie Médico-Chirurgicale Paris - Pédiatrie, 4002 H¹ °, 9-1979, p. 1-8.
- [5] BRAGONI A., *L'allaitement maternel.* - 75p.
Th. : Méd. : Lyon-Nord : 1974, 437.
- [6] BULLETIN DE L'O.M.S., *Allaitement maternel et régularisation de la fécondité : connaissances actuelles et incidences sur l'orientation des programmes.* - 1983, 61, n°4, p 597-609.
- [7] CAPRON F.N., *Le lait de femme uniquement.* - La revue du praticien, 1985, 35, n°26, p. 1593.

- [8] CLERC M., *Dossier : les quinze premiers jours du nouveau-né.* - Les Cahiers Médicaux - 1976, 2, n°3, p. 93-106.
- [9] COMITE FRANCAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE, *Allaitons ... comme nous voulons* - Paris - 1986, 21p.
- [10] DEFRANOUX N., *Alimentation du nourrisson à la demande.* - 96p.
Th. : Méd : Grenoble I : 1977, 38.
- [11] DOROSZ, *Guide pratique des médicaments.* - Paris : Ed. Maloine - 1986. - 1260p.
- [12] DOUCET G., *Allaiter jusqu'à quand ?* - Parents, jan. 85, p. 61-63.
- [13] DUCLOS V., *Donner le sein.* - Prévention Santé - 2 - 1985, p. 83-87.
- [14] GILLON F., *Allaitement maternel.* - La revue du praticien - 1985, 35, n°3, p. 2657-58.
- [15] GUEZI C., *Allaitement au sein : une lectrice se révolte.* - Parents -1983, n°178, p. 49-50.
- [16] HANSON L.A. et al., *Breast-feeding as a Protection against Gastroenterities and Other Infections.* - Acta paediatrica scandinavica - 1985, 74, n°5, p. 641-2.
- [17] HERBINET E., *D'amour et de lait.* - Les cahiers du nouveau-né n°3 - Stock - 1980.
- [18] HOUSTON M.J. et al., *Factors affecting the duration of breast feeding.* - Early Human Development - 1983, 8, p. 49-54.

- [19] HUOT-MARCHANT M., *L'allaitement maternel*. - polycopié de cours - Nancy - 1986, 12p.
- [20] HUOT-MARCHANT M., *Pour favoriser l'allaitement maternel*. - Cahiers de la promotion de la santé dans le Nord-Est - 1986, n°6, p. 19-22.
- [21] HUOT-MARCHANT M., *S.O.S allaitement*. - Médecins de Lorraine, 1986, 7, n°4, p. 19-22.
- [22] JEAN R., *Le lait de vache*. - Encyclopédie Médico-Chirurgicale Paris - Pédiatrie, 4002 H²°, 9-1979, p. 1-2.
- [23] KLAUS M.H., FANAROFF A., *Care of the High-Risk Neonate*. - Philadelphia(U.S.A) : Ed. Saunders - 1973. - 358p.
- [24] JULIEN F., *L'allaitement maternel : un exploit ?*
Th. : Méd : Paris VII : 1978, 198.
- [25] LA LECHE LEAGUE, *L'art de l'allaitement maternel*. - Québec : Ed. de l'Homme - 1895. - 378p.
- [26] LA REVUE DU PRATICIEN, *La lactation et ses troubles*. - 1986, Paris, 36, n°27, p. 1491-1557.
- [27] LUCK W. et al., *Nicotine and nicotine concentrations in serum and urine of infants exposed via passive smoking or milk from smoking mothers*. - The Journal of Pediatrics, 1985, 107, n°5, p. 816-20.
- [28] MEKKAOUI A., *L'allaitement maternel*. - 43p.
Th. : Pharm. : Grenoble I : 1984, 141.

- [29] **MOURIQUAND C.**, *La glande mammaire.* - Collection Synthèse : organes génitaux et reins, 1978, Ed. Colin, p. 65-71.
- [30] **MOUVEMENT ATD QUART-MONDE**, *Pour une politique de la Maternité.* - Ed. Science et service - 1982, n°114, 143p.
- [31] **NAVARRO J., SCHMITZ J.**, *Développement des fonctions immunitaires de la barrière muqueuse intestinale.* - Paris : Ed. Flammarion - 1986. - p. 57-65. (Collection Médecines Sciences).
- [32] **O'CALLAGHAN M.N.**, *Atypical Discharge from the Breast during Pregnancy and/or Lactation.* - Australia New Zeland Journal of Obstetrica-Gynecologia - 1981, 21, p. 214-16.
- [33] **OSUSKY P.**, *Jusqu'ou l'allaitement maternel suffit-il ?* - The Lancet - 1981, 2, n°8239, p. 161-163.
- [34] **SAULNIER J.L.**, *Médicaments, grossesse et allaitement.* - Paris : Ed. Serendip - 1984. - 429p.
- [35] **SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE PERINATALE**, 7^{èmes} Journées nationales de Médecine Périnatale (1977; Aix-les-Bains) - Librairie Arnette -372 p.
- [36] **SOULE M.**, *Aspects psychologiques de l'allaitement maternel.* - Les Dossiers de l'Obstétrique - 1985, n°121, p5-20.
- [37] **THIRION M.**, *L'allaitement.* - Paris : Ed. Ramsay - 1980. - 336p.
- [38] **THOMES A.**, *Médicaments et allaitement.* - Th. : Méd. : Lille : 1981, 249.

- [39] TREISSER A. et al., *Drogues et allaitement maternel*. - Encyclopedie Médico-Chirurgicale Paris - Obstétrique, 5111 A¹°, 6-1984, p. 1-10.
- [40] WASSERBERGER J. et al., *AIDS and breast milk (letter)*. - JAMA - 1986, 24-31, 255, n°4, p. 464.



A U T O R I S A T I O N D ' I M P R E S S I O N

de la Thèse dont l'intitulé est :

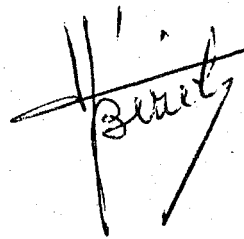
LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MARNEREL - CONSEILS AUX MERES EN PHARMACIE D'OFFICINE

candidat : M^{elle} ARSAC Christine

VU

GRENOBLE, le 23 / 02 / 1987

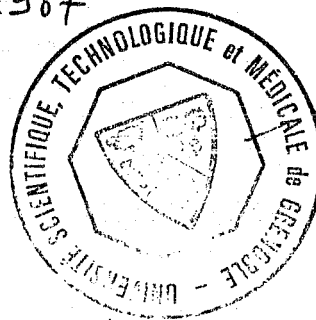
Le Président du Jury



VU

GRENOBLE, le 30 - 04 - 1987

**Le Président de l'Université
Scientifique, Technologique
et Médicale de GRENOBLE**



Le Président

J.J. BAYAN

RESUME

Depuis quelques années, l'allaitement maternel revient à la mode, mais ce n'est pas pour autant que toutes les difficultés inhérentes à ce mode d'alimentation sont aplanies.

Le sein est une glande sudoripare apocrine qui, lors de la lactation, synthétise le lait maternel, aliment inimitable pour le petit d'homme. Pour ce faire, la glande mammaire subit des transformations d'ordre histologique sous l'influence de nombreuses hormones dont la principale est la prolactine.

Qui dit donner le sein, sous-entend un certain nombre d'ennuis : douleurs mammaires, hypogalacties le plus souvent secondaires ou hypergalactie.

Parfois, ces troubles ne se résolvent pas spontanément et une intervention médicale devient nécessaire.

L'association S.O.S allaitement a été fondée pour venir en aide aux jeunes allaitantes désemparées. Quelques conseils de bon sens et des paroles réconfortantes suffisent bien souvent à leur remonter le moral. Le pharmacien d'officine de part sa position sociale est amené à prodiguer des conseils sur l'alimentation, l'hygiène de vie, les médicaments et les contre-indications à l'allaitement.

La durée de l'allaitement dépend de chaque mère, de chaque enfant. Ainsi, le sevrage marque une nouvelle étape du développement psychoaffectif de l'enfant.

A l'officine, le pharmacien sera toujours présent pour prodiguer de judicieux conseils.