

Exprimer le lait en cas de séparation pendant la période néonatale

1. Introduction :

Les tires lait existent depuis l'antiquité romaine. Ils ont été utilisés pour tirer le lait et aussi pour étirer un mamelon rétracté.

Actuellement ils sont utilisés principalement quand la mère est séparée de son enfant dès la naissance, pour maintenir une lactation lors de la reprise du travail, mais aussi quand des problèmes temporaires plus ou moins long surviennent (ex : BB porteur d'une fente palatine, mère prenant un TRT contre indiqué pendant l'allaitement...).

Selon les études, la quantité de lait obtenue au cours de la première semaine serait le facteur déterminant le plus important pour « prédire » l'exclusivité et la durée de l'allaitement chez le prématuré.

2. Les moyens :

2.1. L'expression manuelle :

Elle est possible à tout moment et ne nécessite ni accessoire spécial, ni électricité. Le lait recueilli par expression manuelle avec des mains soigneusement lavées est particulièrement propre du point de vue bactériologique (à noter : le lait maternel n'est pas stérile).

C'est la pulpe des doigts qui est utilisée. La mère masse les différentes parties du sein (de la cage thoracique vers le mamelon).

Elle peut exprimer ainsi le colostrum au cours des 2 à 3 premiers jours ; il faut lui indiquer qu'il est normal de recueillir une quantité relativement faible par 24h (7 à 10 ml le premier jour, jusqu'à 40 ml le 3 ème).

Méthode de l'expression manuelle :

- Lavage soigneux des mains
- Massage des quadrants des 2 seins
- Placer le pouce et l'index de chaque côté du mamelon, environ entre 3 à 5 cm du mamelon.
- Presser doucement vers l'intérieur du sein et contre la cage thoracique (en ouvrant la main).
- Rouler les doigts vers le mamelon en rapprochant les doigts.

Répéter tout autour du mamelon.

Voir vidéo sur l'expression manuelle sur le site suivant :

<http://newborns.stanford.edu/breastfeeding/>

2.2. Les tires lait :

Ils ne sont pas tous équivalents et fonctionnent pour la plupart grâce à une pression négative (type ventouse). Ceci est différent du NN qui exerce à la fois une pression positive par ses muscles, qui créent une pression négative dans l'arrière gorge.

Il existe des tire lait automatiques (électrique et/ou sur pile) et manuels. Ces derniers ne sont pas efficaces pour stimuler une lactation.

Les principales qualités recherchées sont l'efficacité, l'hygiène, le confort et la facilité d'utilisation.

Pour un usage intensif (stimulation lactation en cas de séparation, relactation) l'utilisation d'un tire lait électrique (TLE) est le plus approprié et facilitant pour la maman, avec la possibilité de pratiquer une double expression.

Sa location est prise en charge par la sécurité sociale si elle est prescrite par un médecin ou une sage femme (12,07 euros la semaine) le premier mois, puis 65 % du tarif de base soit 7,85 euros. Les accessoires sont remboursés à concurrence de 6,09 euros. Indiquer 2 sets simples au lieu d'un set double, le remboursement

se fera sur 2 et non sur 1. La taille de la tétérèlle doit être adaptée à la taille du mamelon.

3. Tirer le lait cas de séparation (enfant hospitalisé) :

Une douche quotidienne assure l'hygiène nécessaire pour l'allaitement. Avant toute manipulation, le lavage des mains est indispensable.

✓ Comment recueillir le lait ?

En cas de séparation maman/bébé à la naissance, la maman doit remplacer la stimulation du bébé par la stimulation manuelle et/ou l'utilisation d'un TLE.

✓ Quand débiter ?

Pour lancer la lactation, il est souhaitable de commencer à utiliser le tire-lait ou l'expression manuelle dans les 6 h suivant la naissance. L'expression manuelle semble plus efficace pour l'obtention du colostrum. Avant la première éjection, il est courant d'observer 30 secondes à trois minutes avant l'apparition des premières gouttes.

✓ A quelle fréquence ?

Il est recommandé de tirer 3 à 6 fois les premières 24h, puis au moins 8 à 10 fois par 24h y compris une fois la nuit (ne pas attendre plus de 5 h entre chaque séance), en ayant comme objectif d'obtenir au moins 500 ml de lait /24h au 7^{ème} après l'accouchement, soit une quantité très supérieure aux besoins de la plupart des bébés. La mère aura ainsi un surplus de « sécurité » si la lactation baisse du fait que le bébé ne peut être mis au sein rapidement. La mère aura comme objectif de maintenir sa lactation à 500 ml/24h quelque que soit le nombre de stimulation (si en 5 fois elle obtient, cela est suffisant). Si la mère souhaite un allaitement mixte ou donner son lait quelques jours ou semaines, elle peut exprimer moins souvent (évite le découragement et arrêt précoce).

✓ Durée d'une séance ?

Jusqu'à la montée de lait 15 à 20 mn maximum au total, après la montée de lait, drainer complètement le sein jusqu'à 2 minutes après la dernière goutte de lait et au maximum 20 à 30 mn en tout. Tirer simultanément les deux seins peut être un gain de temps mais aussi permet une meilleure stimulation. La stimulation alternée est une bonne alternative quand la mère ne dispose pas d'un système à double pompage.

✓ Maximiser la sécrétion de lait :

Il est important de se relaxer, de penser au bébé. Le massage des seins avant l'utilisation du TLE est favorable à l'éjection du lait. La compression mammaire en cours d'expression augmente la quantité et la teneur en graisse du lait recueilli.

✓ Comment nettoyer le matériel ?

Avant la première utilisation du kit de recueil (biberon, tétérnelle et accessoires) laver le matériel à l'eau chaude additionnée de liquide vaisselle, bien rincer et procéder à la stérilisation.

Après chaque utilisation, rincer le kit de recueil à l'eau froide, puis plonger le tout dans de l'eau additionnée de liquide vaisselle. Nettoyer avec un goupillon et rincer à l'eau du robinet. Laisser sécher sans essuyer.

✓ Comment stériliser le matériel ?

Tout le matériel en contact avec le lait maternel doit être stérile (kit d'expression, biberon de recueil).

L'ébullition suffit : mettre dans une casserole le matériel, porter à ébullition pendant 20mn. Pour faciliter le refroidissement, vider l'eau chaude mais ne pas rincer sous l'eau froide.

Après un lavage soigneux préalable, l'usage du lave vaisselle avec un cycle à 65°C est efficace et autorisé.

L'utilisation d'un stérilisateur électrique facilitera le quotidien de la maman.

Après stérilisation, ne pas essuyer, refermer immédiatement les biberons et envelopper le tout dans un torchon propre.

Les stérilisations au four à micro onde et à froid ne sont pas recommandées.

✓ Comment conserver le lait ?

La conservation du lait doit se faire dans des flacons ou biberons en plastique polypropylène, en polycarbonate ou en verre.

Fermer le biberon et le contenant avec un couvercle étanche (obturateur et capuchon). Noter le nom, le prénom de l'enfant, la date et l'heure du recueil sur le biberon. Le lait doit être gardé à une température inférieure ou égale à + 4°C immédiatement après le recueil. Ne pas stocker dans la porte du réfrigérateur.

Le lait fraîchement recueilli ne doit pas être ajouté à un biberon de lait froid. Le laisser refroidir avant d'ajouter au premier flacon. La première heure indiquée conditionnera la durée de conservation du tout.

La congélation est possible à - 18 °C, en cas d'excédent ou si la maman ne peut pas venir tous les jours. Dans ce cas remplir le biberon au $\frac{3}{4}$ en prévision de l'augmentation de volume provoqué par la congélation. Il existe des sacs congélation pour lait maternel pré-stérilisé (encombrement moindre dans le congélateur). Ne pas stocker au freezer ou dans le compartiment à glaçons. Ne pas rajouter du lait frais dans un biberon de lait congelé.

✓ Comment transporter le lait ?

Le transport se fait obligatoirement dans une glacière avec des « packs » de froid, que le lait soit frais ou congelé.

✓ A l'arrivée en unité d'hospitalisation :

Vérification de l'étiquetage et du mode de transport par la personne qui réceptionne les biberons. Le stockage se fait au réfrigérateur ou congélateur.

Le lait frais est utilisable dans les 48h après son recueil.

La décongélation peut se faire lentement au réfrigérateur ou rapidement au bain marie ou chauffe biberon (Micro onde non recommandé). **Attention, un lait chauffé ne se conserve qu'une heure.**

Après décongélation au réfrigérateur, le lait conservé à 4 °C ou moins peut être utilisé dans les 24 h.

Après décongélation, le lait conservé à température ambiante devrait être utilisé dans un délai d'1 h maximum.

✓ Production de lait insuffisante :

Certains auteurs ont relié un repos au lit prolongé, la présence de complications maternelles, la fatigue, l'anxiété et l'expression irrégulière à une production de lait insuffisante. Le froid, l'alcool, la nicotine et peut être la caféine peuvent entraîner une diminution du réflexe d'éjection ainsi que le stress.

Le soutien est indispensable, donner les informations justes est un devoir. Proposer à la maman un accompagnement personnalisé afin d'évaluer sa situation, les freins (un TLE de mauvaise qualité, nombre de stimulation insuffisant, un stress majeur...). Valoriser les moindres gouttes de lait apportées. Proposer un carnet de bord afin d'évaluer la quantité exacte de lait apportée à l'enfant.

4. Le soutien de l'allaitement :

Les difficultés principales des prématurés sont la fatigabilité, l'éveil spontané insuffisant, l'hypotonie, l'aversion orale liée à des stimulations négatives secondaires aux aspirations ou à la présence de sondes, les difficultés à mettre le sein dans la bouche et à l'y maintenir et la faiblesse ou l'inefficacité de la succion.

Les difficultés des mères sont liées à l'accouchement prématuré, la séparation maman-bébé, le stress lié à cet accouchement. L'accompagnement est nécessaire et le plus précoce possible. Penser à demander au papa lors de la première visite, de quelle façon ils avaient envisagé de nourrir leur enfant. En cas de prématurité, souvent les parents pensent que l'allaitement ne sera pas possible.

Les nouveaux nés et les prématurés ont une meilleure maîtrise de la succion/déglutition/respiration au sein qu'au biberon.

Quel est le rôle spécifique de la puéricultrice ?

Il existe des stratégies de soutien d'ordre général. Les unités kangourous, la pratique des soins de développement, le programme NIDCAP ou l'initiative hôpital amis des bébés, ont en commun le respect des bases physiologiques, la compréhension des besoins individuels et une philosophie de soins centrés sur la famille qui reconnaît les compétences du bébé et de ses parents. L'un des points essentiels est de favoriser la présence des parents dans les services de soins sans restriction et de les intégrer le plus tôt possible dans les soins, et en particulier dans tous les aspects de l'alimentation car c'est une fonction parentale importante. Une attitude positive et des encouragements de l'ensemble du personnel constituent un facteur de soutien primordial.

Il existe des stratégies de soutien spécifiques à l'allaitement :

Encourager la décision de donner son lait pour son enfant : donner son lait à son enfant permet à la mère de se sentir importante en tant que mère et cela peut l'aider à faire face au stress de la situation. Dans ce contexte de naissance prématurée, certaines mères n'ont pas encore pris de décision en ce qui concerne l'allaitement, et elles ne sont pas toujours conscientes de l'importance du lait maternel pour ces bébés fragiles. Il est toujours possible de l'encourager à tirer son lait pendant 2 à 3 semaines ce qui permettra à l'enfant d'être nourri entièrement au lait maternel pendant plusieurs semaines.

Donner à la mère toutes les facilités pour tirer son lait : information sur l'utilisation d'un tire lait électrique, sur la conservation et le transport du lait, l'hygiène alimentaire et corporelle. L'obtention d'une production largement supérieure aux besoins de l'enfant est un facteur clé de la transition d'une alimentation par sonde à la tétée directe au sein.

Favoriser le contact peau à peau le plus tôt possible et sans limitation : laisser l'enfant aller contre le sein pour le sentir, le lécher, chercher à téter. Le PAP permet d'augmenter la production de lait et est associé à une durée d'allaitement prolongée en plus de faciliter l'établissement des liens affectifs et de conforter les parents dans leurs compétences. Favoriser la succion non

nutritive (sucette proposée lors de l'alimentation). Donner quelques gouttes de lait à la seringue.

Ne pas imposer de critères arbitraires pour les premières « mise au sein » : les prématurés sont plus stables sur le plan physiologique au sein qu'au biberon. Ni le poids, ni l'âge gestationnel, ni la capacité à prendre un biberon ne doivent être utilisés comme critères pour démarrer les tétées au sein. Il n'y a pas d'âge pour commencer, le plus tôt est toujours le mieux, le seul critère c'est la stabilité de l'enfant.

Assister la mère lors des premières « mises au sein » : à distance d'une expérience pénible ou fatigante (changement de couche, bain, examen de routine...), dans un endroit calme, pas trop éclairé pour ne pas créer une surcharge de stimulations sensorielles. Les positions de la madone inversée, glissée ou ballon de rugby offrent un bon soutien au bébé.

Encourager l'allaitement à l'éveil et expliquer les signaux comportementaux du bébé : montrer à la mère les petits signes qui montrent que l'enfant est disposé à téter et l'encourager mettre l'enfant au sein

Permettre la transition d'une alimentation programmée à un allaitement au sein à la demande : quand l'observation des tétées montre qu'elles commencent à devenir efficaces, il est souhaitable de mesurer les quantités de lait absorbées. Des tests de pesée réalisés à chaque tétée n'augmentent pas l'anxiété maternelle et permettent d'ajuster les apports. Le volume restant sera donné par des méthodes alternatives. Encourager la mère à ne pas abandonner trop vite le TLE afin de maintenir une lactation suffisante et faciliter ainsi le transfert de lait.

Privilégier l'usage de méthodes alternatives : les bébés qui reçoivent des biberons ont une durée d'allaitement plus courte (différence débit, succion), éviter le biberon sauf si c'est un souhait des parents.

Préparer la sortie et organiser le suivi et le soutien après le retour au domicile : si cela est possible, proposer un séjour en chambre mère/enfant, pour aider les mères à prendre confiance dans sa capacité à s'occuper de son enfant

et à s'autonomiser. Organiser les modalités du suivi de l'enfant (accès à des conseils téléphoniques, visite à domicile, consultation allaitement...). Fournir également à la mère les coordonnées des associations de soutien à l'allaitement.

5. Sources :

Dr GREMMO-FEGER : « l'allaitement de l'enfant prématuré : rôle spécifique de la puéricultrice », dossier « allaitement maternel », cahier de la puéricultrice n° 206 avril 2007.

AFFSA : « recommandations pour la préparation et la conservation des biberons », juillet 2005

Fiche « allaiter en cas de séparation » du CHU de Nice.

Circulaire DGS/SP2 n° 97-785 du 16 décembre 1997 « relative au don de lait personnalisé d'une mère à son enfant hospitalisé et rappel des dispositions en vigueur en matière d'allaitement maternel »