Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 114 (2016)
Heft: 4

Artikel: Que faire en cas d'insuffisance de lait?
Autor: Giraud, Tatiana
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949208

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 06.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Que faire en cas d'insuffisance de lait?

Après avoir rappelé les principes de base de la lactation, l'auteure met en évidence et distingue nettement les «croyances» en la matière des faits probants avérés. Pour chaque difficulté diagnostiquée, elle indique le traitement à recommander. Ces explications font suite à la conférence qu'elle a donnée le 17 septembre 2015 à la maternité des Hôpitaux universitaires de Genève, dans le cadre du mini-symposium organisé durant la semaine mondiale de l'allaitement maternel.

Dre Tatiana Giraud

La préoccupation du manque de lait est très fréquente dans notre société. C'est la principale raison de sevrage. Déjà pendant la grossesse, de nombreuses femmes doutent. Elles souhaitent allaiter mais beaucoup précisent: «Oui! Enfin, si j'arrive…». L'enfant étant né, l'entourage se demande si le lait est bon, s'il y en a assez. Un cri est inconsciemment et immédiatement associé à la faim ou un manquement maternel probable. L'industrie agro-alimentaire faisant preuve d'un tel pouvoir de persuasion, l'humain de façon collective se met à douter de ses capacités. Avant d'envisager un traitement, il faut bien comprendre la physiologie de la lactation.

Rappel de principes de base de la lactation

La production de lait requiert des conditions anatomiques comme la maturation des lobules mammaires pendant la puberté puis au cours de la grossesse (Neville, 2001) et des conditions hormonales, plus exactement des hormones reproductives, métaboliques et mammaires paracrines (Neville, 2002).

La lactogénèse 1 est l'initiation de la sécrétion en 2e partie de grossesse: la différentiation terminale des lactocytes est bloquée par des hautes concentrations de progestérone circulante (placenta).

La lactogénèse 2 est l'activation de la sécrétion. Les facteurs principaux demeurent cependant flous: épithélium mammaire préparé, chute des taux de progestérone, taux de prolactine élevés, vidange mammaire, intervalle de temps, etc.? «Bien que les mécanismes moléculaires liés à la prolactine soient largement étudiés, ceux de la progestérone et du transfert de lait sur l'épithélium mammaire au moment de la naissance sont inconnus (pas de modèle *in vitro,* changements complexes, manque de compréhension générale)» (Neville, 2001).

Le maintien de la lactation est assuré par une sécrétion continue de lait. La stimulation mamelonnaire entraîne la sécrétion de prolactine qui vient activer les lactocytes via des récepteurs et la libération d'ocytocine par l'hypophyse postérieure qui va ordonner la contraction des cellules myoépithéliales à la surface des acini. C'est le réflexe d'éjection qui va pousser le lait des lobules dans les canalicules, puis vers les canaux de plus grand diamètre.

La régulation de la production est médiée par l'augmentation de la pression intra-mammaire et accumulation de FIL *(Feedback Inhibitor of Lactation)* au sein des alvéoles. Le FIL exerce un rétrocontrôle local négatif sur la production de lait. Plus sa présence se prolonge et sa concentration augmente, plus la capacité du lactocyte à produire du lait diminue. La vidange alvéolaire régulière permet de diminuer les concentrations de FIL et incite à la production de reprendre son rythme de croisière. Au contraire, une stase prolongée (par exemple, dans une glande accessoire sans communication externe) conduit à l'involution mammaire de la zone concernée.

Quelles sont les insuffisances de lait «véritables»?

Les cas d'apports insuffisants avérés doivent être évoqués en présence des signes suivants: un ralentissement du gain pondéral (moins de 500 g/mois ou 150 g/semaine), moins de six changes par jour d'urines concentrées, passage de selles sèches dures et peu fréquentes, enfant léthargique, cri faible, absence de larmes, dépression de la fontanelle (Amir, 2006).

Auteure

Dre Tatiana Giraud, gynécologue obstétricienne, Genève. Spécialiste en allaitement. Ancienne cheffe de clinique des HUG.

En revanche, une poitrine devenue plus souple, un bébé qui tête plus souvent, ou moins longtemps, qui pleure beaucoup ou qui semble «plus satisfait» après un biberon de lait artificiel ne sont en aucun cas, à eux seuls et au départ, des signes d'insuffisance de lait. C'est une idée fausse, un ressenti, un préjugé malheureusement souvent soutenu par l'entourage.
Reste une démarche diagnostique importante avant de s'intéresser au traitement: l'insuffisance de lait est-elle primaire ou secondaire? Un volume mammaire inchangé pendant la grossesse associé à une absence de montée du lait et une stagnation pondérale évoquera plutôt une synthèse insuffisante primaire. Au contraire, une montée de lait importante au 3e ou 4e jour, un gain pondéral normal au début prouveront les capacités de production de la glande.
Une mention particulière doit également être faite au sujet des normes de croissance chez l'enfant. L'OMS en 2006 a publié des courbes de références élaborées grâce à l'observation dans le monde entier d'enfants allaités selon ses recommandations (six mois exclusifs puis au moins deux ans en complément d'une alimentation variée). Seuls ces documents devraient être utilisés pour suivre les mensurations des enfants allaités*.

La confiance est essentielle
Un nombre croissant de publications montre un lien direct entre la confiance maternelle et la réussite de l'allaitement maternel (Dégrange, 2015). Cette confiance peut parfois être entamée par l'entourage (comme décrit plus haut) mais aussi par des soignants bienveillants.
Ovaires polykystiques (PCO), rétention placentaire, hypoprolactinémie sont des étiologies régulièrement citées dans la littérature. La fréquence de ces affirmations n'en fait pas pour autant des vérités. Les patientes avec PCO présenteraient un taux de sevrage précoce plus important mais le taux d'allaitement serait équivalent à trois et six mois (Vanky, 2008).
Le mythe de la rétention placentaire et de l'insuffisance de lait repose sur une hypothèse physiologique théorique non encore prouvée *in vivo*. Le report de trois cas dont la lactation spontanée aurait été immédiate après l'évacuation utérine (Neifert, 1981) fait malheureusement défaut de dosages hormonaux, diagnostic anatomo-pathologique ou autre chronologie de la montée du lait pour soutenir cette théorie.
Les taux de prolactine sont parfois mis en cause (syndrome de Sheehan). On ne trouve cependant pas de normes validées et diffusées de prolactinémie postpartum. A noter qu'une hypo-prolactinémie isolée ne correspond à aucune entité clinique jusque-là décrite. De manière générale, on ne peut que souhaiter qu'il soit publié davantage d'articles scientifiquement rigoureux pour envisager une meilleure prévention.
Mécanisme indiscutable d'insuffisance de lait secondaire, la stase lactée prolongée entraîne un sevrage spontané. Dans des conditions d'équilibre, elle permet de réguler le volume de lait.

* www.who.int/childgrowth/standards/fr

Lucia Floris
Sage-femme chercheuse, Hôpital universitaire de Genève

Chère lectrice, cher lecteur,

Difficile, de nos jours, d'ignorer les résultats des études publiées depuis plus d'un siècle sur les bienfaits du lait maternel et, «a contrario», sur les limites des produits de substitution. En ce début d'année 2016, l'argument demeure toujours d'actualité. La prestigieuse revue «The Lancet» est revenue sur le sujet en y consacrant plusieurs articles. De plus, et c'est une première mondiale, une chaire universitaire en lactation a été créée à Zurich et à Perth.

En 2014, seuls 26% des nourrissons vivant en Suisse ont reçu exclusivement, jusqu'à l'âge de six mois, la «nourriture des dieux». De nombreux obstacles subsistent encore à l'allaitement. A commencer par la puissance d'une industrie productrice de substituts du lait maternel, s'appuyant sur un marketing par trop agressif. A cela s'ajoutent les prises de position idéologiques de certains milieux féministes, peu sensibles aux résultats des dernières études scientifiques et surtout désireux de voir les femmes se conformer au modèle de vie masculin.

Enfin, en matière de santé publique, on peut déplorer des politiques trop discrètes par rapport à l'engagement des femmes et des familles. Les sages-femmes, quant à elles, souvent seules dans l'effort, accompagnent les mères et leur famille dans leur projet d'allaiter en déployant toute leur énergie, avec finesse et doigté, afin de valoriser le précieux breuvage.

En ces temps de développement durable tous azimuts, l'allaitement devrait être l'affaire de tous. Dès lors, il ne faudrait pas qu'il s'arrête à la porte de la maison ou à la sortie de la maternité, mais qu'il puisse être pratiqué dans les meilleures conditions partout ailleurs – dans les espaces publics comme sur les lieux de travail – avec une réelle reconnaissance et une valorisation de la part de toute la communauté.

Cordialement,
Lucia Floris

Discussion sur les traitements

Les éléments physiologiques ayant été présentés, il est temps de discuter des traitements. La *dompéridone* est sûrement la plus populaire! Longtemps considérée remède miracle de l'insuffisance de lait, les preuves scientifiques solides manquent. La revue Cochrane 2012 ne retient que deux études (59 patientes) et conclut que des essais randomisés plus puissants sont nécessaires pour évaluer les effets secondaires et à long terme de la médication (Donovan et Buchanan, 2012). Respectant les principes d'une médecine basée sur l'évidence, la *dompéridone* ne devrait pas être utilisée en dehors d'essais cliniques tant que son efficacité et son innocuité n'ont pas été prouvées.

Ayant compris les mécanismes de production et de régulation, on sait maintenant que pour augmenter la synthèse de lait, il faut éviter la stase lactée, donc augmenter la vidange: soit quantitative (plus souvent...) et/ou qualitative (c'est ce qu'il y a de mieux!).

Pour une bonne vidange alvéolaire, il faut du lait (un minimum de production), des cellules myoépithéliales qui se contractent sous l'effet d'ocytocine, un tissu périglandulaire souple et des galactophores non comprimés. Hormis la synthèse de lait (insuffisance primaire), à chaque maillon son traitement.

La libération d'ocytocine peut être entravée par des situations de stress. Des séances de calcul mental, les pieds dans l'eau froide ou des chocs électriques diminuent les volumes de lait obtenus (Newton, 1948). Traitement: faire ressentir à la mère l'importance d'être en communion avec son bébé.

Un tissu péri-glandulaire œdématié associé à une plénitude alvéolaire gène la contraction des acini. En effet, la rigidité de la matrice extracellulaire s'oppose à la contraction des cellules myoépithéliales. Traitement: massages doux (par simple mobilisation de la glande) ou mieux un drainage lymphatique par un physiothérapeute. Ne pas hésiter en cas de montée de lait congestive majeure!

Un œdème rétro-péri-aréolaire comprime les canaux galactophores dont le tonus est insuffisant pour garder leur lumière perméable. Traitement: appliquer une pression douce mais prolongée sur l'aréole pour lever la compression des galactophores et pratiquer une expression manuelle pour initier la vidange. Pratiquer ainsi dans tous les axes du mamelon.

Ce qu'il faut retenir

Le traitement commence par restaurer la confiance des mères en sachant reconnaître et démontrer leur capacité à produire assez de lait (jet de lait maternel lors d'une expression manuelle).
Les facteurs mécaniques devraient être identifiés et résolus en douceur.
Rendre l'allaitement maternel le plus facile et agréable possible aidera à appliquer les recommandations de l'OMS, en vue d'un allaitement exclusif durant six mois puis au moins pendant deux ans en complément d'une alimentation progressive et variée.

Références

Amir (2006) Breastfeeding-managing ‹supply› difficulties. «Australian Family Physician», 35(9):686-9.

Dégrange et al. (2015) La confiance est-elle un facteur de succès de l'allaitement? «Archives de Pédiatrie», 22(7):708-17.

Donovan T. J. et Buchanan K. (2012) Medications for increasing milk supply in mothers expressing breastmilk for their preterm hospitalized infants. «Cochrane Database System Review».

Neifert et al. (1981) Failure of lactogenesis associated with placental retention. «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 140(4):477-8.

Neville, MC (2001) Anatomy and physiology of lactation. «Pediatric Clinics of North America», 48(1):13-34.

Neville, MC et al. (2002) Hormonal regulation of mammary differentiation and milk secretion. «Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia», 7(1):49-66.

Newton (1948) The let-down reflex in human lactation. «Journal of Pediatrics», 33(6):698-704.

OMS (2006) WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development.

Vanky et al. (2008) Breastfeeding in polycystic ovary syndrome. «Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica», 2008;87(5):531-5.

Impressum

Herausgeberin | **Editeur** Schweizerischer Hebammenverband (SHV) Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des SHV wieder. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion | Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) Les articles signés ne reflètent pas forcément l'opinion de la FSSF. Toute reproduction est soumise à autorisation de la rédaction. **Redaktion** | **Rédaction** Verantwortliche Redaktorin: Miryam Azer, Geschäftsstelle SHV, Rosenweg 25 C, Postfach, CH-3000 Bern 23, T +41 (0)31 331 35 20, m.azer@hebamme.ch **Adressänderungen** | **Changement d'adresse** adress@hebamme.ch **Rédaction de langue française** Josianne Bodart Senn, Chemin du Bochet 4a, CH-1196 Gland, T +41 (0)22 364 24 66, N +41 (0)79 755 45 38, j.bodartsenn@sage-femme.ch **Redaktioneller Beirat** | **Conseil rédactionnel** Bénédicte Michoud Bertinotti, Marie Blanchard, Sandrine Hernicot, Christina Diebold, Silvia Meyer, Regula Hauser **Foto Titelseite** | **Photo couverture** Corina Steiner, steinerbrouillard.ch **Layout** | **Graphisme** www.atelierrichner.ch **Jahresabonnement** | **Abonnement annuel** Nichtmitglieder CHF 109.–, inkl. 2,5% MWST, Ausland CHF 140.–, Einzelnummer CHF 13.20, inkl. 2,5% MWST + Porto. Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn es nicht bis zum 31. Oktober des laufenden Jahres schriftlich beim SHV gekündigt wird. | Non-membres CHF 109.–, 2,5% TVA inclue, étranger CHF 140.–, prix du numéro CHF 13.20, 2,5% TVA inclue + porto. L'abonnement est automatiquement renouvelé pour un an s'il n'est pas résilié par écrit auprès de la FSSF au 31 octobre de l'année en cours. **Inseratemarketing** | **Régie d'annonces** kömedia AG, Geltenwilenstrasse. 8a, CH-9001 St. Gallen, T +41 (0)71 226 92 92, info@koemedia.ch, www.kömedia.ch **Druck** | **Impression** Vogt-Schild Druck AG, Gutenbergstrasse 1, CH-4552 Derendingen, www.vsdruck.ch **Papier** PlanoArt 100 gm², holzfrei, hochweiss matt, säurefrei, FSC-zertifiziert | PlanoArt 100 gm², sans bois, extra-blanc mat, sans acide, certifié FSC | WEMF-beglaubigt | ISSN 1662-5862