

■ ■ ■ VOUS AVEZ DIT COMPLÉMENTS ?

Nourrir un bébé prématuré : ave

Quand il n'est pas encore possible d'allaiter exclusivement son bébé, d'autres méthodes d'alimentation sont mises en place. L'objectif est de répondre aux besoins du bébé sans mettre en péril le futur allaitement.

LE DÉVELOPPEMENT, DU COTÉ DU BÉBÉ

À partir de 15 semaines de grossesse (SA), le fœtus commence à faire des mouvements de succion et de déglutition. La motricité intestinale se met en place à partir de 24 SA, la coordination succion/déglutition à partir de 32 SA, et la mobilité œsophagique à partir de 34 SA. Si le bébé naît avant terme, il suit globalement cette évolution. Toutefois, comme il est soumis à d'autres stimuli que ceux in utero, l'évolution sera plus rapide. La capacité du bébé à téter au sein ne peut se déterminer qu'en l'observant au sein. Aucun autre moyen comme sa capacité à boire au biberon, sa manière de téter un doigt ou son poids corporel n'est indicatif.

Avant 28 SA, les intestins du bébé né prématurément ne sont pas immédiatement prêts à recevoir et digérer des aliments. Le bébé est nourri pendant quelques jours par l'intermédiaire d'une perfusion sanguine. Toutefois, proposer au bébé quelques millilitres de lait maternel chaque jour permet de stimuler les sécrétions digestives et la croissance/maturation des cellules intestinales, ainsi que de favoriser la mise en place d'une flore intestinale optimale. Quand le bébé peut se passer de perfusion, il n'est pas encore assez efficace pour avaler seul. Une sonde est généralement placée pour amener le lait directement dans l'estomac (voire les intestins chez les tout-petits prématurés). En permettant au bébé d'apprivoiser le sein et de s'entraîner à téter (même avec une sonde en place), quand son état de santé le lui permet, il acquiert peu à peu le réflexe de succion et la coordination de la séquence succion/déglutition/respiration.

LE DÉVELOPPEMENT, DU COTÉ DE LA MÈRE

Les seins se préparent à produire du lait pendant la grossesse, et ils sont prêts dès 17 SA. La fabrication du lait est alors simplement inhibée par la grossesse. La naissance et la sortie du placenta lèvent cette inhibition, et le lait est fabriqué, quel que soit le terme de naissance du bébé. Le lait produit à la naissance est du colostrum, puis il change de composition avec la montée laiteuse. Par contre, le lait produit par une mère ayant accouché avant 33 SA est légèrement différent de celui d'une mère ayant accouché à terme. Un peu comme si la phase initiale du colostrum se prolongeait au-delà des quelques jours habituels. Ce lait maternel "pré-terme"

est particulièrement adapté aux besoins du prématuré, de par ses composants et la concentration de ces éléments (le bébé buvant des volumes moindres au début). Après 3-4 semaines, le lait pré-terme évolue peu à peu pour reprendre, 60 jours après la naissance, une composition similaire à celui d'une mère ayant accouché à terme. Ce lait pré-terme est par exemple plus riche en protéines, lipides (donc en calories), en vitamine A, E et D, en calcium, cuivre et zinc. Par contre, comme le bébé tète moins efficacement et de plus faibles volumes, il est essentiel que la mère lance sa production en exprimant elle-même son lait. Le surplus de

Pour donner des compléments au bébé, d'autres moyens sont efficaces et évitent de perturber la succion au sein.



C quel lait, comment, quand ?

lait peut être conservé plus ou moins longtemps selon la méthode de conservation.

QUEL LAIT CHOISIR ?

Le lait maternel de sa mère, par sa composition, est le plus approprié pour le prématuré. Une liste a été établie donnant un ordre de choix du lait utilisé pour un prématuré quand il doit être donné autrement qu'au sein (échelle ci-contre).

Selon son terme, il arrive que le prématuré ait besoin pendant quelques semaines d'un lait plus riche, en un volume minimum. Certaines équipes choisissent de proposer au bébé un lait maternel enrichi artificiellement en protéines, graisses, vitamines et minéraux, ou donnent ces suppléments indépendamment du lait. D'autres équipes (Griffin, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000) préfèrent enrichir le lait maternel en graisse en utilisant le lait de fin de tétée (de fin de vidange alvéolaire plus pré-cisément), plus riche en

graisses, ou en donnant en priorité au bébé la partie du lait maternel qui surnage dans le flacon après un moment de repos (contenant davantage de graisses). Il n'y a ainsi qu'à compléter le bébé en vitamines et minéraux si nécessaire.

Suite page 32 ➔

- +
- Lait maternel frais de la mère, exprimé depuis moins de 4 h
- Lait maternel frais de la mère, exprimé depuis moins de 24 h
- Lait maternel de la mère congelé
- Lait maternel de la mère pasteurisé
- Lait maternel pasteurisé d'une autre mère, ayant accouché avant 33 SA, et 10 à 23 jours après l'accouchement
- Lait maternel pasteurisé d'une autre mère, ayant accouché avant 33 SA, et 24 à 60 jours après l'accouchement
- Lait maternel pasteurisé de lactarium (mélange de laits maternels provenant de mères ayant accouché à terme ou prématurément)
- Lait maternel lyophilisé de lactarium (mélange de laits maternels provenant de mères ayant accouché à terme ou prématurément)
-
- Lait artificiel pour prématuré



Comment lancer la lactation et l'entretenir ?

Le bébé prématuré, même mis au sein rapidement, n'est souvent pas capable de téter efficacement, et, s'il l'est, ne boit pas des volumes importants de lait au sein. Or, une fois la lactation activée par la naissance, ce sont la succion efficace et le lait prélevé dans les seins qui lancent et entretiennent la lactation. Il est alors essentiel de prendre le relais en exprimant son lait. De plus, une production de lait importante aidera le bébé à prendre du poids, car sa succion est souvent plus faible.

Des équipes ont montré que l'idéal est que la mère arrive à exprimer au moins 500 à 750 ml de lait par 24 h après les 2 semaines suivant la naissance (comprenant le lait que son bébé boit directement du sein si c'est le cas). Pour ce faire, les tirages doivent commencer le plus tôt possible (dans les 12 h suivant la naissance, ou dès que l'état de santé de la mère le permet). La mère devrait exprimer son lait sur les 2 seins au moins 6 fois par jour, voire même 8-10 fois si elle y arrive, dont une fois la nuit au moins pendant les 2 à 4 premières semaines. La production étant bien au-delà des besoins du bébé à ce moment-là, le lait peut être conservé de différentes manières. Ces réserves permettent également de faire face aux éventuelles baisses de lait ponctuelles.

Si ces objectifs ne sont pas atteints, il est toujours possible d'augmenter la production ultérieurement, mais l'effort à fournir sera probablement plus important.

De bonnes conditions pour exprimer son lait aideront la mère (son bébé contre elle ou à proximité, des photos et du linge du bébé, une atmosphère calme et non stressante) ainsi qu'un matériel adapté. Un tire-lait électrique professionnel, double pompage, avec des têtes adaptées à la taille des mamelons, permet une efficacité maximale en un temps minimum et un bon confort. Une expression manuelle peut aussi être utilisée en association avec le tire-lait, surtout dans les premiers jours.

→ Suite de la page 31

COMMENT DONNER LE COMPLÉMENT DE LAIT ?

Quand le bébé ne prend pas l'intégralité de sa ration directement au sein, les autres moyens utilisés pour le nourrir doivent perturber le moins possible sa succion et la lactation. Les sensations que le bébé a au niveau de sa bouche peuvent avoir un impact sur sa manière d'accepter le sein. Quand le bébé est nourri par sonde, certaines équipes préfèrent la faire passer par le nez plutôt que par la bouche. Cela ne gêne pas le bébé, ni pour respirer, ni pour téter, et lui permet de conserver des sensations agréables au niveau de la bouche.

Quand la mère est présente, il est possible de proposer le complément de lait directement au sein quand le bébé tète, avec un système d'aide à la lactation (DAL, voir encadré).

Les avantages sont multiples :

- le bébé au sein s'exerce à téter, boit du lait maternel provenant directement du sein, puis via le DAL si nécessaire
- le contact, la succion et le lait bu par le bébé stimulent la lactation.

Quand la mère n'est pas présente ou que le DAL n'est pas utilisable, le bébé peut boire du lait grâce à d'autres systèmes :

- à la tasse : le bébé lape le lait dans un petit récipient, en position semi-assise. Cette technique peut être difficile à maîtriser et longue pour des volumes de lait plus importants.
- au doigt : le fin tuyau du DAL est posé sur un doigt qui est donné à téter au bébé.
- d'autres systèmes comme une pipette, une seringue (sans aiguille), voire même une cuillère (pour de faibles volumes) peuvent être utilisés.

Dans de nombreuses études, l'utilisation du biberon est liée à des taux d'allaitement plus faibles et à un pourcentage d'allaitement exclusif moindre.

Parmi les causes, on cite un impact sur la succion du bébé au sein, ainsi qu'une perte de la confiance en elle de la mère. ■



Le DAL (dispositif d'aide à la lactation) est composé d'un flacon permettant de réguler le débit où l'on place le lait et d'un très fin tuyau, une extrémité dans le lait, l'autre fixée sur le mamelon de la mère ou sur le doigt.

Sur ce principe, Medela vend un "Set de Nutrition Supplémentaire" (<http://www.medela.ch> puis sélectionner votre pays. Pour la France, tél : 01 69 16 10 30).

Un autre système appelé Lact-aid est également disponible (<http://www.lact-aid.com>).

Un système "maison" peut aussi être fabriqué pour une utilisation plus ponctuelle, avec un fin tuyau (une sonde) et un flacon ouvert. Le débit de lait est alors modifié en levant ou baissant le flacon de lait par rapport au bébé.