



POINT ALLAITEMENT

Allaiter *un bébé* qui a des reflux

Un bébé qui régurgite, c'est physiologique. Mais ça peut devenir pathologique. En cas de reflux douloureux, l'allaitement apporte un soutien important en plus des astuces et éventuels médicaments.

Les régurgitations sont définies comme des rejets involontaires, sans effort, d'une partie du contenu gastrique. Un tel phénomène est totalement physiologique et il est dû, en partie, à l'immaturation de l'œsophage du bébé (le muscle placé en haut de l'estomac n'est pas encore assez tonique). La plupart du temps, ces remontées ne posent pas de problèmes. Le petit régurgite et continue ses activités comme si de rien n'était. Par contre, certains enfants en seront plus ou moins gênés et cela deviendra pathologique. On parlera alors de reflux gastro-œsophagien ou RGO. Des études ont quantifié le phénomène : entre 18 et 40 % des bébés manifesteraient un RGO dans les premiers mois, puis très peu vers un an, la situation s'améliorant avec l'âge. D'un autre côté, si on interroge les mères, deux bébés sur trois souffriraient de régurgitations [DU LHAM, Dr Loras-Duclaux (2005)]. En effet, les manifestations peuvent être très variables et assimilées plus ou moins facilement à un RGO.

DU LAIT
MATERNEL
ET DES TÉTÉES
FRÉQUENTES
ATTÉNUENT
LE RGO.

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES

Le panel de signes cliniques est très variable, en type et en intensité. Deux types de RGO peuvent être définis.

Lors d'un RGO non compliqué, le bébé régurgite, parfois vomit, mais il garde une prise de poids satisfaisante, ainsi qu'un bon état général de santé et semble heureux.

Lors d'un RGO compliqué, en plus des régurgitations voire des vomissements, la prise de poids est nulle ou insuffisante. Le bébé présente différents symptômes parfois difficiles à imputer avec certitude au RGO : douleurs, pleurs, irritabilité. Son sommeil peut être perturbé, avec plus de réveils la nuit que chez un enfant sans RGO [Ghaem M. J Paediatr Child Health (1998)]. Il peut également refuser de manger (du lait comme des solides) ou, à l'inverse, téter à tout bout de champ. Sa prise de poids n'est plus suffisante. D'autres problèmes chroniques respiratoires s'ajoutent parfois, dus à l'inhalation du liquide, comme de la toux, des pneumonies ou de l'asthme. Ces derniers symptômes

→ Suite page 72

→ Suite de la page 71

peuvent aussi apparaître en dehors de signes digestifs. Dans un cas comme dans l'autre, la remontée de liquide gastrique ne se fait pas obligatoirement jusqu'à la bouche. Parfois, cela remonte uniquement dans l'œsophage. L'enfant peut alors montrer des signes de douleurs, mâchonner ou tousser.

Le diagnostic du RGO n'est pas évident et plusieurs paramètres sont à prendre en compte, car tous les pleurs d'un bébé ne lui sont pas imputables. Une observation clinique ainsi qu'une revue de l'allaitement et du maternage est nécessaire. De simples petites astuces aideront le bébé et sa famille à patienter en attendant que le reflux passe ; parfois, des médicaments seront nécessaires.

DES FACTEURS FAVORISANTS

En plus de l'immaturation de l'œsophage du bébé, d'autres mécanismes participent à la présence des reflux. La capacité de l'estomac de l'enfant est faible et le volume de liquide qu'il absorbe au cours de ses repas est important. L'estomac sera encore plus distendu si le bébé avale de l'air en tétant. Il est alors logique que le petit soit également sensible à la position de son corps (tête plus basse que le corps, estomac comprimé, position assise tassée). Enfin, plus l'estomac reste plein longtemps, plus il y aura d'occasions d'en faire remonter le contenu.

IMPACT DE L'ALLAITEMENT

L'allaitement, sans empêcher le RGO, a un impact positif. Les épisodes de reflux sont plus courts et moins importants que chez les bébés nourris avec du lait artificiel. Le lait maternel est rapidement évacué de l'estomac, ce qui limite les occasions de reflux [Heacock H.J. J Pediatr Gastroenterol Nutr (1992)].

Du lait épaissi : à éviter

Il est parfois proposé de donner au bébé du lait artificiel épaissi, ou d'ajouter un épaississant dans le lait maternel, préalablement tiré, afin de limiter les régurgitations, voire le RGO. Or, depuis bien longtemps, des études ont montré l'inefficacité complète de ces procédés [Bailey D.J. J pediatr (1987)]. Pire, le lait épaissi devient plus long à digérer, donc l'estomac reste plein plus longtemps : c'est à l'opposé de ce que l'on recherche dans le cas d'un RGO. De plus, le lait, même épaissi, remonte quant même, au moins dans l'œsophage [Aggett P.J. (ESGPHAN) Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition (2002)]. Si du lait maternel est épaissi, les enzymes présentes naturellement dans le lait digèrent les éléments épaississants avant que le bébé n'ait eu l'occasion d'absorber la préparation. De plus, outre l'aspect fastidieux, donner des compléments peut perturber la lactation et la succion du bébé. De même, diversifier plus précocement n'a pas montré d'effet positif.



Toutefois, il existe certaines situations où la conduite de l'allaitement pourra avoir un impact favorisant le reflux. Il faut alors agir au niveau de l'allaitement. Si la mère a un réflexe d'éjection fort (REF) couplé à une surproduction lactée, le bébé risque de boire de gros volumes de lait peu riches en lipides. Son estomac est alors très rempli de lait, voire d'air. De plus, si tout le lactose du lait n'est pas digéré, ceci occasionnera des désordres intestinaux et incitera le bébé à téter davantage, recevant à nouveau une grande quantité de lait [Woolridge M.W. Lancet (1988)].

Il semblerait également que le RGO puisse être l'un des symptômes de l'allergie aux protéines de lait de vache (PLV). Des allergènes, consommés par la mère, passent dans le lait. Le bébé peut alors y réagir, ce qui pourrait amplifier le phénomène de reflux, selon certains auteurs.

COMMENT GÉRER LES TÉTÉES

Il est préférable de **poursuivre l'allaitement** d'un bébé ayant un RGO. La mère doit être rassurée : son lait est toujours bon pour le bébé et sera toujours meilleur que tout autre lait artificiel ou aliment. Le lait maternel est rapidement digéré et libère vite l'estomac. De plus, en cas de remontées, il irrite peu l'œsophage. Certaines astuces dans la conduite de l'allai-



Martine Vergnol

➤ Interview Gérer les tétées et les médicaments

Interview du Dr Irène Loras-Duclaux,
gastro-pédiatre hospitalière, IBCLC (Lyon)

GA : Quand faut-il donner un médicament au bébé ?

Dr Loras-Duclaux : Dans le cas d'un RGO compliqué, un traitement médicamenteux pourra être nécessaire, en plus des astuces non médicales. Certains médicaments demandent à être pris un peu avant les repas. Mais dans le cas d'un bébé allaité à la demande, on peut difficilement prévoir le moment de la tétée. Il n'est pas obligatoire de respecter un temps strict entre la prise du médicament et la tétée. Il est déjà assez difficile de faire prendre un sirop à un bébé, inutile d'ajouter du stress pour la mère et le bébé.

Pourriez-vous détailler les différents types de médicaments utilisés ?

Les anti-acides (inhibiteurs de la pompe à protons) sont indiqués dans le traitement du RGO compliqué et de l'œsophagite, pour lesquels leur efficacité a été démontrée. On peut les donner au bébé en une ou deux prises, simplement entre les repas ou les tétées.

Les prokinétiques (le dompéridone par exemple) augmentent la vitesse de vidange gastrique. Mais leur efficacité n'a pas été démontrée. On peut les donner au bébé entre les repas/tétées.

Les pansements (comme le Gaviscon ou le Polysilane) surnagent sur le contenu gastrique et s'étalent sur les parois lors des remontées. Leur efficacité n'a également pas été démontrée. Ils sont à donner après la tétée.

tement permettront également de limiter les symptômes du RGO.

Des tétées nombreuses permettent au bébé d'ingérer un faible volume de lait à la fois. Ce n'est pas gênant pour le bébé que son estomac soit souvent plein, à partir du moment où ce dernier se vide rapidement. L'estomac n'a pas besoin d'être mis « au repos ». Il faut rester attentif à ce que le bébé puisse boire un lait riche en lipides, particulièrement si la mère présente un REF. Le bébé peut alors devoir faire plusieurs tétées sur le même sein avant de passer à l'autre.

La position d'allaitement utilisée place le bébé de manière inclinée, voire verticale, afin de limiter les remontées.

Après les tétées, le bébé est **manipulé doucement**. Il peut également être **porté verticalement**, dans une écharpe par exemple, sans comprimer son estomac. S'il dort dans un lit, la surface peut être inclinée de 30° environ, inclinaison qu'on peut obtenir également en posant le bébé sur la poitrine de ses parents. Dans les cas où le bébé n'a pas pris assez de poids, il est nécessaire de faire un point complet avec une personne compétente pour vérifier la gestion de l'allaitement et l'efficacité de la succion, afin de vérifier que le bébé arrive à prendre assez de lait.

Enfin, si l'enfant manifeste également des signes d'allergie aux protéines de lait de vache, la mère pourra

faire un test en suivant un régime d'éviction et en surveillant l'évolution du comportement de son bébé. S'il y a un lien réel, un mieux devrait se faire généralement sentir après 36 à 48 h, et sera confirmé après une période d'éviction de 15 jours [Salvatore S. Pediatrics (2002)].

UN MAL « CULTURE-DÉPENDANT » ?

Les cas de RGO semblent de plus en plus fréquents. Une hypothèse a été proposée afin d'expliquer cette augmentation dans nos cultures occidentales [Douglas P.S. Med hypotheses (2005)]. Le RGO serait une manifestation de la différence existant entre les besoins de l'enfant et la manière occidentale de s'occuper des petits, particulièrement dans les premiers mois de la vie. Des tétées fréquentes, une réponse rapide des parents aux demandes des petits, des contacts physiques (portage, massage) et un partage du sommeil nocturne diminueraient le stress chez les bébés, ainsi que les cris, et feraient également diminuer la survenue de RGO chez les bébés. ■

MARTINE VERGNOL
CONSULTANTE EN LACTATION IBCLC