"BFAR".
ALLAITEMENT APRÈS UNE RÉDUCTION MAMMAIRE.

Photo : Gilles Barré Juillet 2007. All rights reserved.

CHARLOTTE YONGE
Tél : 01 56 58 21 93
E-mail : astharte@gmail.com

D'après des textes traduits du livre "Defining Your Own Success" . De Diana West. Illustrations de Subhadra Tidball.
Illustrations Lact-Aid de Lact-Aid, Inc. Edition LLLI.
Permission de publication demandé.
Pour vous inscrire au forum de soutien de mère à mère pour utilisatrices des SNS et lact-aids : "allaitement_pour_tous" formuler votre demande auprès de astharte@gmail.com

Bonjour,
Je m'appelle Charlotte et j'ai accouché ici en France en 2001, d'un petit Alexander.
Quand j'ai su que j'allais devenir mère, j'ai voulu le meilleur pour mon enfant, et donc l'allaiter.

De l'accouchement à l'allaitement, tout s'est très mal passé à cause de mon manque de connaissances mais aussi suite à de fausses informations que j'ai reçues à la maternité.

J'ai connu ensuite La Leche League, une association de soutien de mère à mère qui aide à réussir son allaitement. Mon fils avait déjà 8 semaines quand j'ai connu LLL. Il était maigre et déshydraté.

15 ans avant d'accoucher, j'avais subi une chirurgie de réduction mammaire pour des raisons personnelles.

Contrairement aux dires de la sage femme à la maternité, je n'avais pas les canaux lactifères nécessaires pour fabriquer suffisamment de lait pour nourrir exclusivement mon bébé de lait maternel. De plus, il avait un palais creux qui l'empêchait d'extraire le lait de façon efficace. Généralement, ce problème se risoud tout naturellement le plus souvent dans les 3 ou 4 mois suivant la naissance. Dans le cas de mon fils, il fallait trouver une solution qui l'aide pendant un peu plus de temps.

Les mauvaises nouvelles ? Je devais donner du lait industriel en supplément à chaque tétée pendant une période indéfinie.

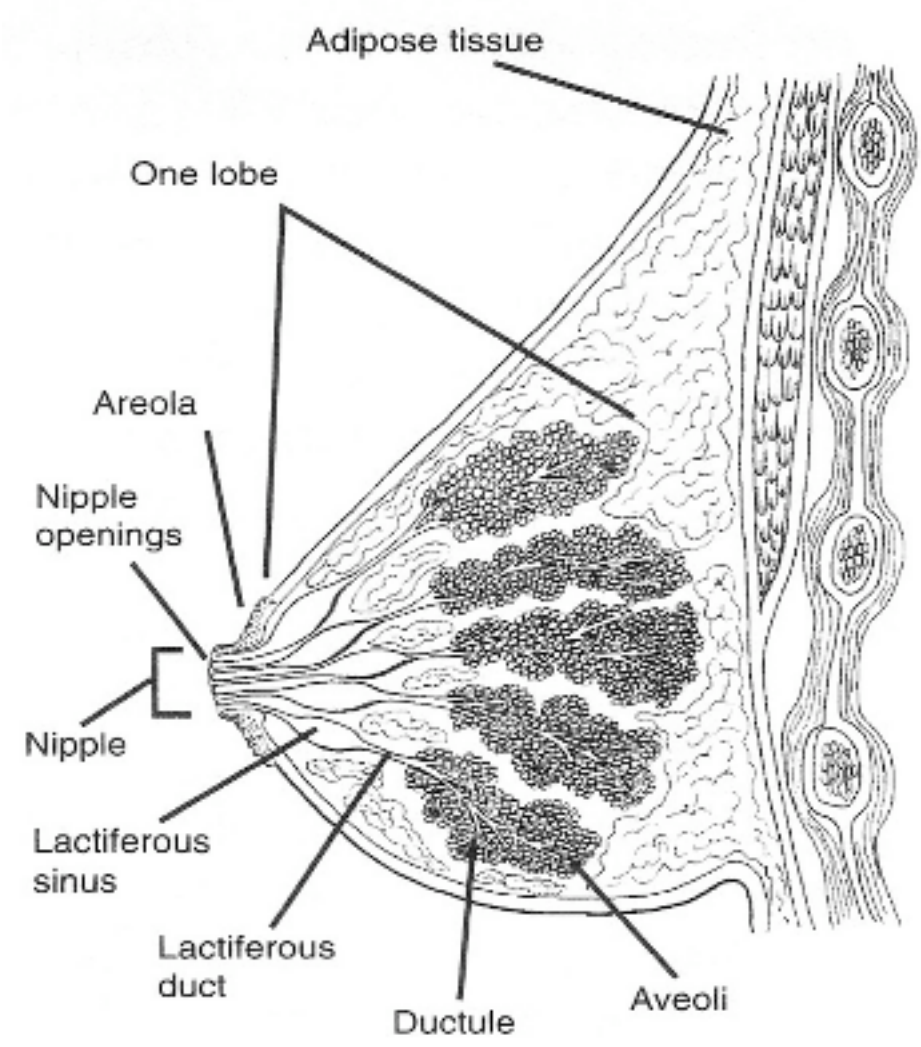
La bonne nouvelle ? Les canaux enlevés durant la chirurgie mammaire peuvent se reconstituer avec la succion fréquente du bébé et la durée de l'allaitement.

Il me fallait intégrer les tétées fréquentes dans ma vie active. Un système de portage dans lequel mon fils pouvait téter s'imposait. J'ai donc commencé avec un portage en hamac.

Ainsi, après six mois, grâce aux tétées fréquentes dans un système de

portage permettant l'allaitement à tout moment, des dispositifs d'aide à la lactation dont un DAL (qui libère les bras et compense les efforts du bébé), de vrais galactogènes et le soutien des mères de LLL ainsi que de ma consultante en lactation, mes canaux ont repoussés. J'ai pu fournir assez de lait à mon fils, et poursuivre une vie active. Aujourd'hui il mange bien d'autres choses et il est en pleine forme grâce à mon lait et au portage.

L'allaitement suite à une réduction mammaire.
Breast Feeding After Reduction. BFAR.

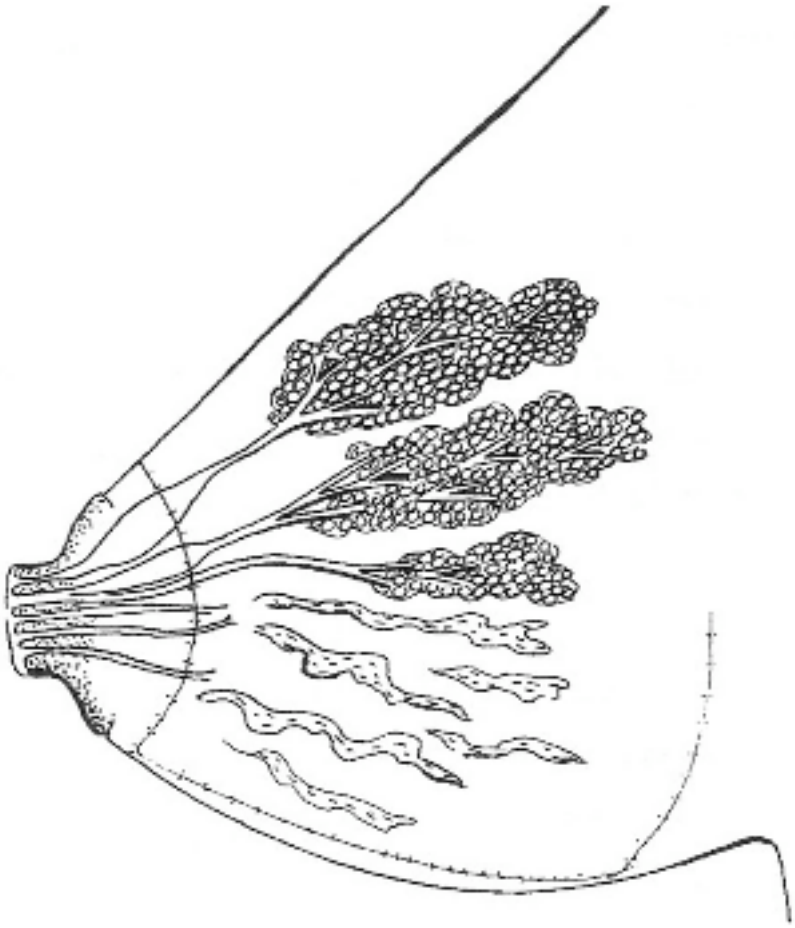


Basic anatomy of a human breast

Ci dessous vous trouverez un résumé des informations pertinentes sur l'allaitement maternel suite à une chirurgie de réduction mammaire.

Table des Matières.

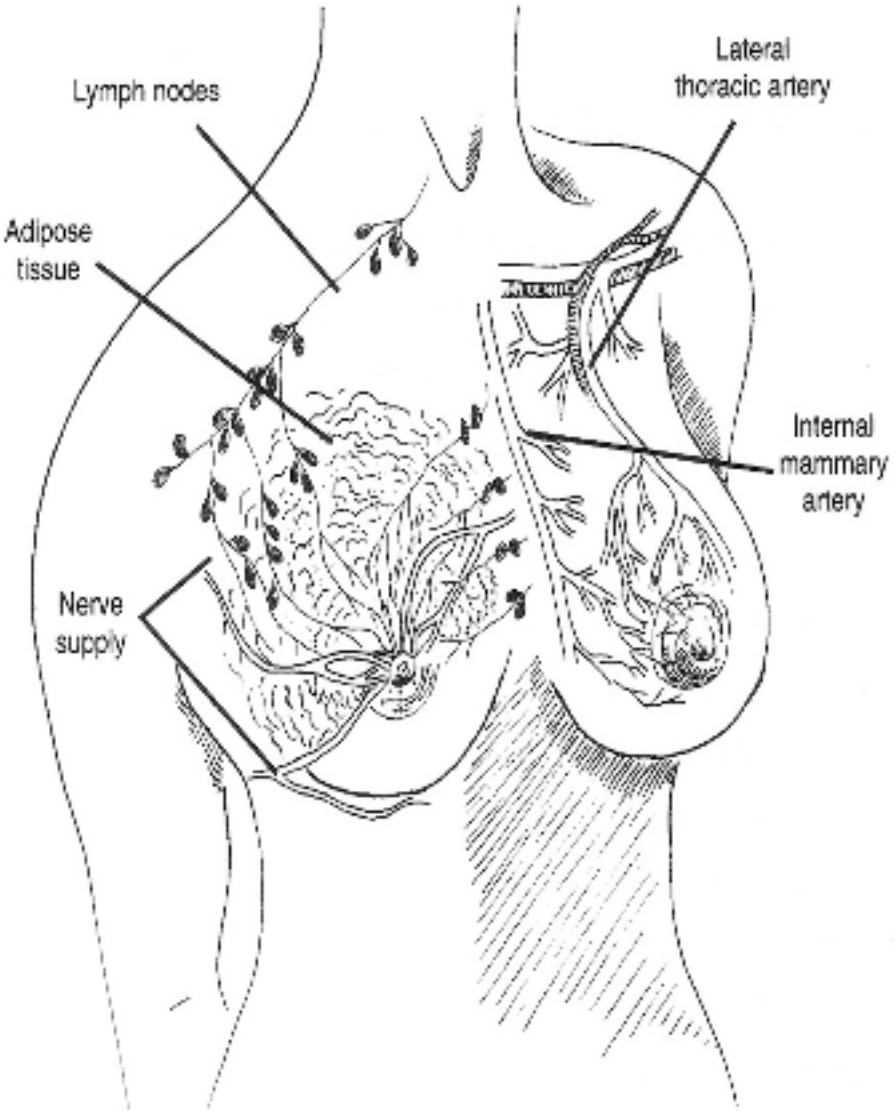
Les raisons de subir une réduction mammaire.
Pourquoi allaiter suite à une réduction mammaire ?
Combien a été enlevé ? Les techniques de réduction mammaire.
Galactogènes.
Les nuits d'allaitement maternel suite à une réduction mammaire.
Comment vivre un vraie expérience d'allaitement maternel.
La durée d'utilisation des dispositifs d'aide à la lactation ?
Témoignages.



Surgically reduced breast showing severed lactiferous ducts and non-functioning, atrophied lobes.

Les raisons de subir une réduction mammaire.

Il existe de multiples raisons de subir une chirurgie de réduction mammaire. Chacune d'entre nous aura ses raisons personnelles qu'elle pourra ou ne pourra pas exprimer ouvertement. Cependant, un facteur constant est la présence d'idéaux physiques qui imprègnent les schémas de notre société et contribuent à l'instauration de canons de beauté dans la société. Cet idéal fait des seins, au lieu d'un organe fonctionnel, un objet sexué. Tout(e) Occidental(e) subit les images idéalisées du corps feminin, dépendant de plusieurs facteurs, dont certains sont plus susceptibles de faire souffrir celui (celle) qui n'est pas "conforme" aux canons contemporains.



Motifs physiques .
Douleurs du dos et du cou.
Difficultés de respiration.
Mauvaise posture.
Maux de tête.
Nerfs endommagés.
"Creux" dans les épaules (dûs aux pressions des bretelles de soutien-gorge.)
Epaules voûtées.
Difficultés à rentrer dans les vêtements du prêt-à-porter.
Douleurs durant le sport.
Incapacité de s'allonger sur le ventre.
Seins affaissés et "pendulants".
Infections de champignons fréquentes sous les seins.
Taille inégale des deux seins.

Raisons psychologiques.
Pression de l'entourage, y compris la famille, pour se conformer aux canons de beauté.
Incapacité à gérer des remarques non sollicitées.
Harcèlement sexuel
Image de soi négative.

Pourquoi allaiter suite à une réduction mammaire ?

Le fer présent dans le lait industriel pour nourrisson est bio-disponible à 4%. Le fer présent dans le lait maternel est bio-disponible à 50%. La lactoferine présente dans le lait maternel entoure le fer présent dans le lait maternel et le rend non assimilable aux bactéries. Par contre, les doses massives de fer dans le lait industriel ne bénéficient pas de cette fonction. Le fer étant l'aliment de prédilection des bactéries, cela rendra donc l'enfant plus susceptible aux maladies qu'un enfant nourri au lait maternel exclusivement.

Méme si la mère ne peut produire que des quantités faibles, les effets du lait maternel restent toujours aussi importants pour l'enfant.

L'allaitement suite à une réduction mammaire représente beaucoup plus de travail et d'angoisse qu'un allaitement simple. De plus, devant avoir recours aux dispositifs d'aide à la lactation, les mères se sentent souvent exclues et moins à la hauteur que les mères ayant "le luxe" d'un allaitement naturel.

Une mère peut être motivée à allaiter son bébé pour beaucoup de raisons personnelles. En plus des raisons d'ordre affectif, une future mère peut être à la recherche de motivations "concrètes" pour se lancer dans l'allaitement suite à une réduction mammaire. Voici, quelques maladies dont les enfants allaités au lait maternel, même en petites quantités, sont protégés :

infections urinaires
maladie de Crohn
diarrhée
meningite bactérienne/haemophilus B (HiB)
infections respiratoires
cancers infantiles, maladie de Hodgkin
colites ulcéréuses
enterocolite ulcéro-nécrosante
eczéma
hernie inguinale
reflux gastrique
cancer du sein (à l'âge adulte)
diabète insulino dépendant juvénile (type 1)
forme de lymphome infantile
sclérose en plaques
asthme
perte de vision nocturne
allergies
otite moyenne
obésité

Cette liste n'est pas exhaustive. De nouvelles découvertes continuent à être publiées qui présentent de nouvelles informations quant aux effets protecteurs pour le bébé de l'allaitement au lait maternel.

Les mères qui allaitent leurs enfants au moins 6 mois auront donc vraisemblablement **moins de jours d'arrêt consacrés à soigner leurs enfants.**(OB/GYN ResearchUMC,Jacksonville, FL.)

D'autre part, et ce même après avoir subi une réduction mammaire, une femme allaitante est personnellement protégée (au prorata de la durée d'allaitement) de nombreuses maladies, dont certaines figurent ci dessous.

Protection utérine. Grace à **l'ocytocine,** l'utérus reprend sa taille initiale, et les contractions durant la tétée peuvent prévenir une hémorragie.

Réduction de stress. L'hormone prolactine est très élevée quand une mère allaite. Les niveaux de prolactine élevés maintiennent **l'infertilité** durant une longue période,(voir D.A.s n° 46 ; 15 et n° 60 ; 28) rendent la mère très sensible aux besoins de son enfant et assurent **l'attachement mère-enfant**. Les hauts niveaux de prolactine assurent un **sommeil récupérateur** et ont tendance à **apaiser la mère,** surtout après une séparation.

Réduction de risque des cancers. Au prorata de sa durée, l'allaitement maternel réduit les risques de cancer **des ovaires,** cancer du **sein, de l'utérus,** ralentit **l'endométriose** et réduit le risque de **cancer de l'endomètre**.

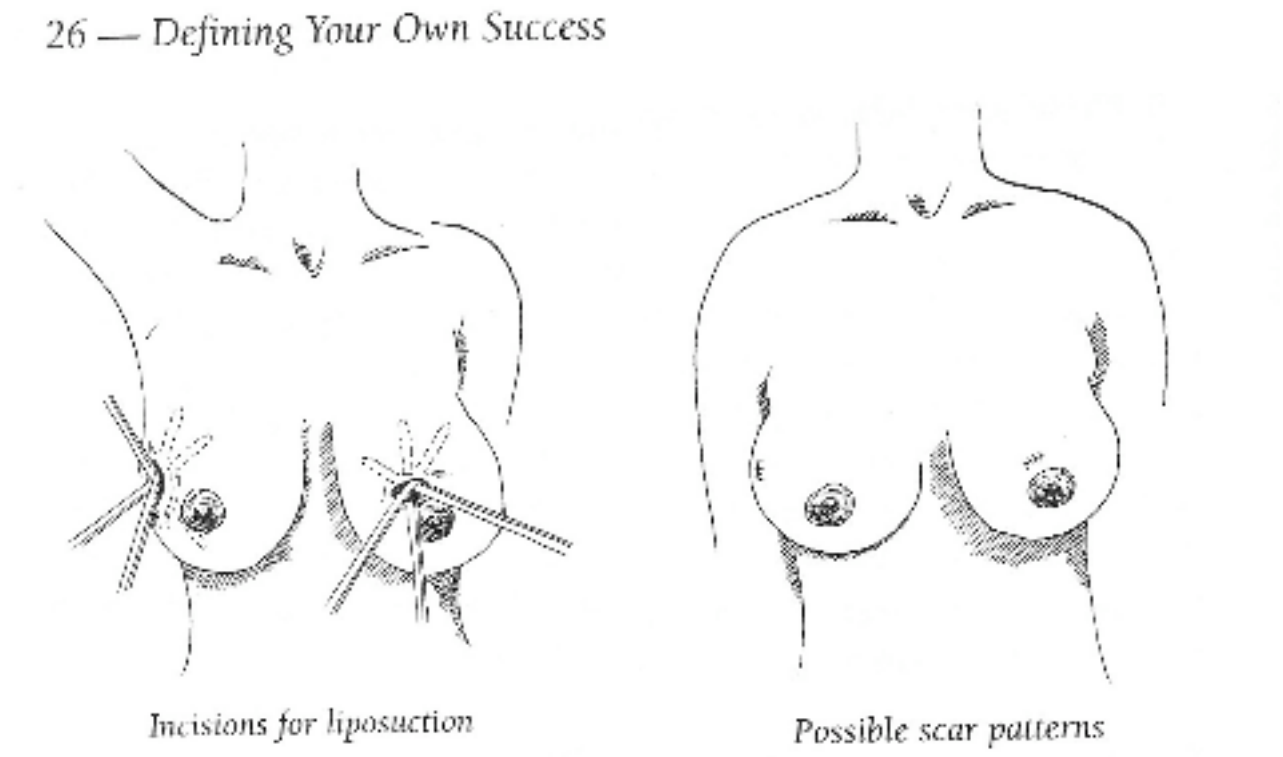
L'allaitement maternel réduit le besoin d'insuline pour les mères **diabétiques,** de médicaments régulateurs chez les **épileptiques,** réduit les risques **d'ostéoporose,** contribue à **éliminer les cellules de graisses, (N.B. Cellulite),** joue un rôle capital dans la **contraception** et **combat les infections** (crevasses, eczéma, suites d'épisiotomies, conjonctivites).

Bien que ce soit une impression subjective, beaucoup de mères vous diront qu'un des bienfaits de l'allaitement maternel est **le parfum** de la tête et de la nuque de leur bébé. Ce parfum unique est souvent présent même quand l'allaitement maternel est supplémenté avec un lait industriel.

Finalement : **la fierté et la confiance maternelle.** Un des effets les plus frappants de l'allaitement maternel est la sensation profonde que nous ressentons toutes, que la santé et la vitalité de notre progéniture est un résultat direct de ce que nous avons donné avec notre propre corps.

Combien a été enlevé ? Les techniques de réduction mammaire.
Une mère n'a pas toujours la possibilité de récupérer le compte-rendu de son opération ou n'est pas assez motivée pour faire la recherche. Les compte-rendus sont disponibles pour toutes les patientes et peuvent être envoyés par courrier ou fax par simple demande téléphonique. Mais, même sans le compte-rendu, il est possible de reconnaître à un certain degré la technique employée par le chirurgien.

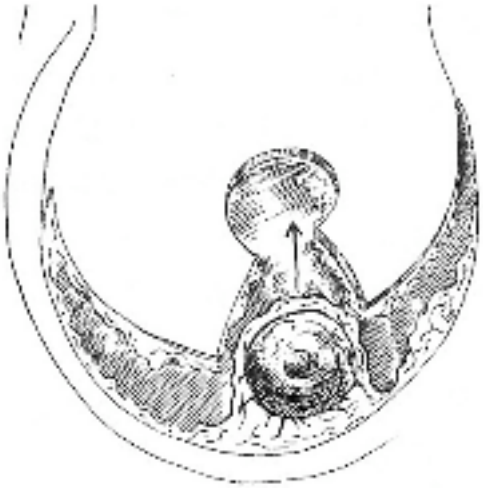
Liposuccion.



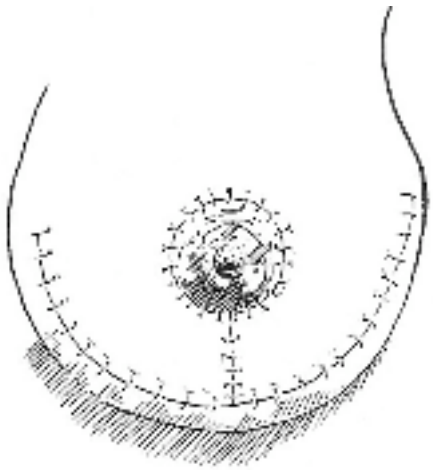
Bien que rare, cette méthode engendre des cicatrices minimales. Les effets sur l'allaitement peuvent être nuls ou quasiment nuls et dépendent de la méthode employée. Cette technique n'est employée que dans les situations où seulement un ou deux bonnets de réduction sont requis. La méthode la plus fréquente est l'insertion d'un tube de succion (une canule) par une incision dans le pli en dessous du sein (sillon sous-mammaire). Parfois, une incision peut être effectuée sur le bord de l'aréole (péri-aréolaire). D'autres incisions peuvent être effectuées afin d'atteindre d'autres dépôts de tissus grasseux. La liposuccion peut être effectuée par une canule effilée ou non effilée. Les dommages causés aux nerfs sont minimaux quand la canule n'est pas effilée. Si par contre du tissu sur la partie supérieure du sein doit être atteint et une incision par

le bord de l'aréole effectuée, le risque de sectionner des nerfs est plus important. La réduction par liposuccion ne nécessite pas forcement un déplacement de l'aréole vers le haut du sein puisque l'aréole monte d'un niveau proportionnel à la taille du sein quand la pression du poids est enlevée. Les grandes aréoles reprennent une taille en proportion avec la réduction de pression. Si un désir d'allaitement est exprimé à l'avance, une incision près de l'auréole peut être évitée, et le risque de couper des nerfs minimisé.

Cicatrice en forme d'ancre. Technique à pédicule inférieure.



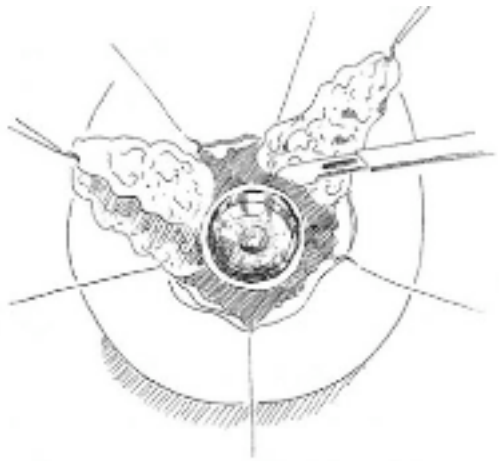
For the Inferior Pedicle Technique tissue is removed from the shaded area and the nipple is moved upward into its new position.



Anchor-shaped scar pattern resulting from Inferior Pedicle Technique.

Connue aussi sous le nom de "technique McKissock", la technique Pédicule Inférieur est la technique la plus souvent employée aux Etats-Unis aujourd'hui. L'innovation de cette technique est le fait que les vaisseaux sanguins, les nerfs et tissus des canaux (galactophores) restent connectés à l'aréole et le "tronc" de l'aréole durant l'opération. La majorité de tissu est enlevée au périmètre du sein, ce qui respecte l'intégrité de la plupart des canaux et du tissu de lactation .
Les couches de tissus de chaque côté de l'aréole sont enlevés, l'aréole est déplacée vers son nouvel emplacement et la peau recousue.
Bien qu'une partie des canaux et lobes de lactation soit touchée et enlevée, cette technique respecte l'infrastructure lactifère et donc laisser la capacité de produire du lait, souvent à un degré important.

Reduction mammaire par voie péri-aréolaire (The Round Block)



Incisions and removal of breast tissue using the "Round Block" Technique.

"Round Block" scar pattern.

Cette technique a été introduite en Europe en 1983. Dans la mesure où l'aréole n'est pas déplacée, cette technique ne convient qu'aux femmes qui désirent une réduction petite ou moyenne. Souvent, les bords de l'aréole sont coupés afin de réduire la taille de l'aréole et obtenir une forme plus symétrique et proportionnée à la nouvelle taille des seins. Cette technique est la seule technique chirurgicale où l'aréole reste attachée et n'est pas déplacée. Bien qu'étant la technique qui provoque le moins de cicatrices, la forme du sein n'est pas idéale d'un point de vue esthétique.

Comme l'aréole n'est pas déplacée, le risque de couper les nerfs et vaisseaux sanguins est très réduite, mais si la taille de l'auréole est beaucoup réduit, le risque de toucher le 4ème nerf intercostal est élevé.

Du fait que de grandes portions du tissu lactifère peuvent être enlevées autour de l'aréole, et les canaux et parties des lobes avec (il faut dire que les canaux chez une femme qui n'est pas en lactation sont très difficiles à identifier), il ne faut pas attendre une lactation complète du moins dans les débuts de l'allaitement. Avec la poursuite de l'allaitement, les canaux se reforment et une lactation complète peut être envisagée pour les enfants suivants.

Technique « Central Mound »

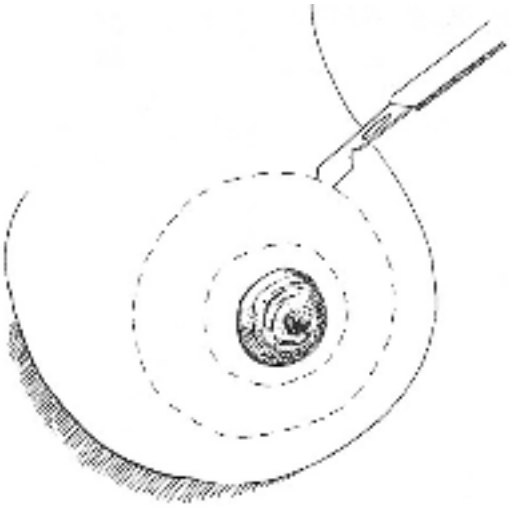
Incisions for Central Mound Technique marked by dotted line

The skin is separated from the breast and pulled away as breast tissue is removed and reshaped.

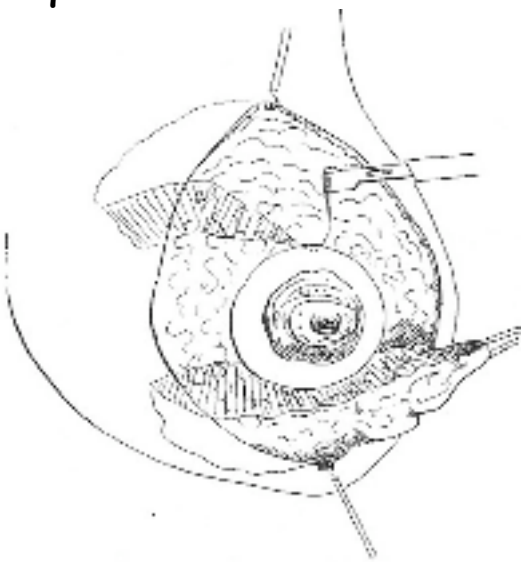
La technique Central Mound a été développée afin d'obtenir une forme plus ronde et naturelle que la technique technique à Pédicule Inférieur qui a tendance à laisser la partie inférieure du sein un peu plate.
Tout comme la technique Pédicule Inférieur, les vaisseaux sanguins, les canaux et les nerfs ne sont pas séparés de la masse derrière l'aréole.

En revanche, cette technique ne respecte pas du tout l'emplacement des lobes et canaux. Étant donné que les variantes de cette technique sont multiples ainsi que les quantités de tissus enlevées, le degré de dommage causé aux tissus lactifères varie aussi. Les bords de la peau de l'aréole peuvent aussi être "taillés" afin d'obtenir la forme désirée. Une fois que les tissus sont retirés, re-formés, l'aréole positionnée à son nouvel emplacement, la peau est recousue. Dans la mesure où les connexions des nerfs, des vaisseaux sanguins et des canaux seront en très bon état pour recevoir le lait, et en dépit de dommage possible aux lobes, le degré de lactation a des chances d'être relativement bon.

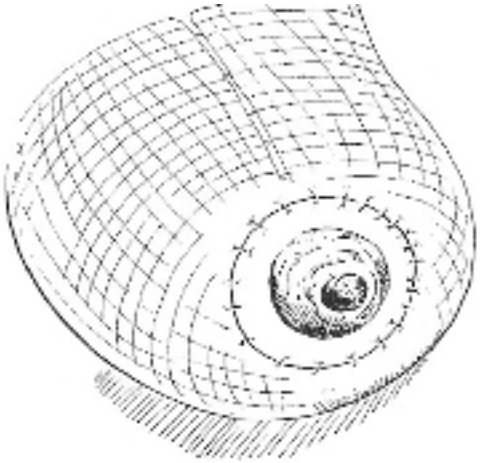
Reduction mammaire par voie périaérolaire avec « pince »- The "Double Skin" Technique.



Incisions for the "Double Skin" technique marked by dotted lines



During the "Double Skin" technique he greatest portion of tissue is taken from the upper part of the breast. Occasionally a wedge of tissue is also taken from the bottom, as shown here.



When the breast tissue has been removed, the skin is separated from the breast and mesh is applied between the breast tissue and the skin to shape the breast. The resulting scar pattern from the "Double Skin" technique is also shown here.

La technique "seconde peau" a été introduite et popularisée au Brésil dans les années '80. L'addition d'un filet à la technique a été rajoutée

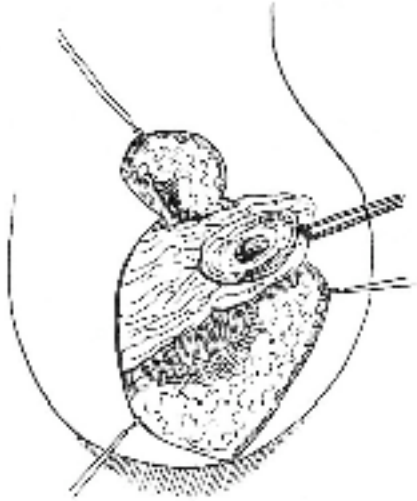
dans les années '90 afin d'améliorer la forme du sein réduit, qui pose toujours un problème dans la technique "Round Block". Le but de la technique "Seconde Peau" est aussi d'empêcher les seins de s'affaisser.

Comme la technique "Round Block", cette technique demande une simple incision autour de l'aréole bien que le périmètre de l'aréole puisse être "taillé". Parfois une tranche de tissu de la partie inférieure du sein peut être enlevée mais un aspect intéressant de cette technique est que la majorité du tissu enlevé dans l'opération "Seconde Peau" est enlevée de la partie supérieure du sein.

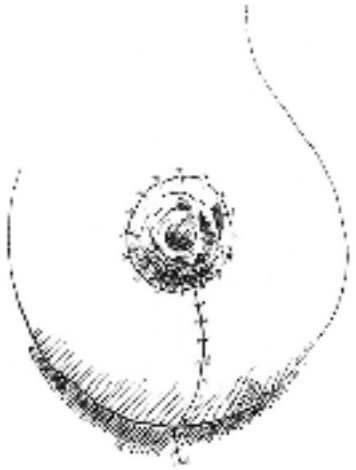
La peau est "épluchée" du sein (désépidermisation), un filet est inséré entre la peau et le tissu du sein afin de donner une forme optimale et durable.

La plupart de tissu lactifère reste intact puisque la majorité des canaux se trouvent dans la partie inférieure du sein. En revanche, du fait que la peau autour de l'aréole est coupée, il y a un risque élevé que l'important 4éme nerf intercostal soit endommagé. Il faut s'attendre à ce que la lactation soit quand même affectée, mais il est possible que très peu de suppléments soit nécessaires. Si la lactation est poursuivie, une re-canalisation et régénerescence nerveuse sont fort probables, auquel cas la supplémentation pour les enfants nés par la suite ne sera probablement pas nécessaire.

Réduction mammaire avec cicatrice verticale. (Technique à Pédicule Supérieur) Avec ou sans décollement



Vertcal Scar Superior Pedicle technique surgical process.



Verticle scar pattern resulting from the Vertcal Scar Superior Pedicle technique.

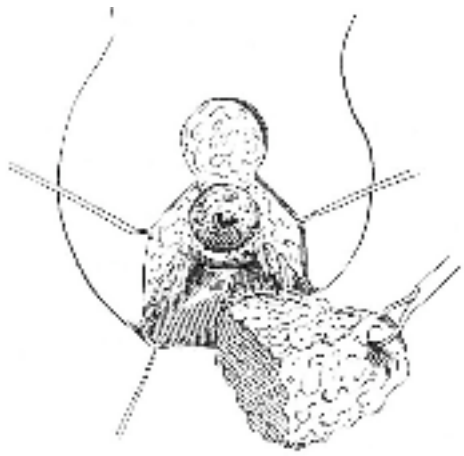
La technique à pédicule supérieur a été réalisée pour le première fois

dans les années '60 par les Drs Lassus et Lejour, en France. Le but principal de cette technique est de minimiser le dommage causé aux vascularisations de l'aréole afin d'éviter infection, nécrose et perte de l'aréole. Cette technique a pour deuxième but de minimiser les cicatrices visibles. Il reste uniquement une cicatrice autour de l'aréole et une cicatrice verticale entre l'aréole et le sillon sous-mammaire. La peau de l'aréole est coupée, l'aréole étant déplacée vers sa nouvelle position plus haut sur le sein, mais la masse derrière l'aréole reste attachée à une petite partie supérieure de l'aréole. Dans la technique "sans décollement", un peu de tissu de chaque côté de l'incision verticale est enlevé. Ceci empêche l'apparition de "trous" qui peuvent survenir quand du tissu est enlevé de la peau ou du muscle. Les trous peuvent se remplir de sang et causer des hématomes post-opératoires qui peuvent à leur tour endommager le tissu du sein. Dans cette technique, il n'y a qu'un risque minimum de nécrose.

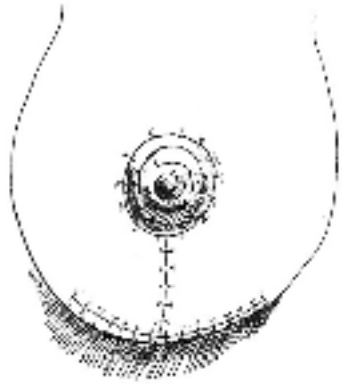
Dans la technique "avec décollement" une plus grande partie de tissu est enlevée de chaque côté de l'incision. Une fois que les sutures ferment la peau, la forme de sein est évaluée. Si la forme ne convient pas, les sutures sont coupées et plus de tissu est enlevé. Cet enchaînement est répété jusque la forme désirée et obtenu.

Bien que cette technique n'affecte pas la vascularisation de l'aréole, il y a toutefois un grand impact sur les nerfs et canaux connectés à l'aréole. De plus, le tissu suprimé de chaque côté de l'incision est grandement susceptible de contenir des canaux et tissu lactifères. Il est même étonnant que l'allaitement soit possible suite à cette technique mais on connait des cas. Si la lactation est possible, un niveau élevé de supplémentation sera nécessaire chez les femmes ayant subi cette technique.

Rèduction mammaire avec cicatrice verticale et courte cicatrice horizontale (pédicule supérieur)



Verticle and Short Horizontal Scar Superior Pedicle technique surgical process.

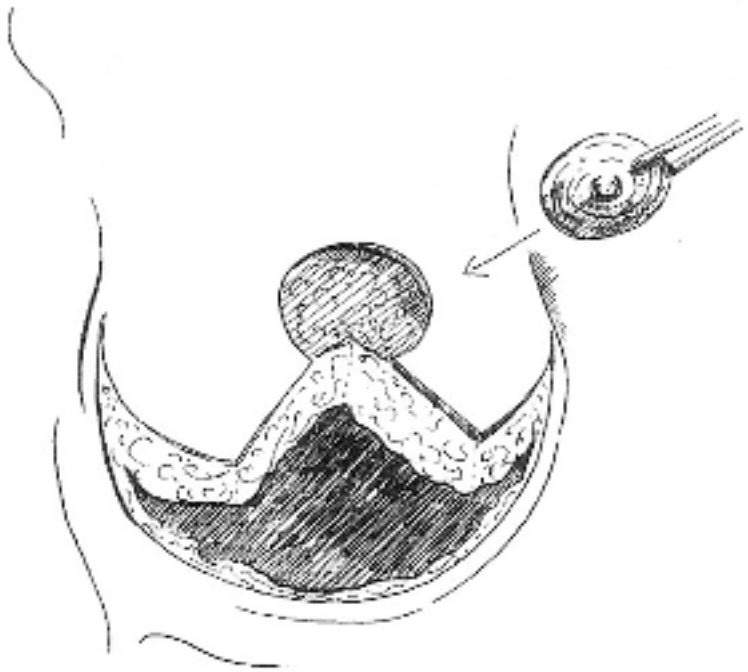


Verticle and Short Horizontal scar pattern resulting from Superior Pedicle technique.

La technique avec une cicatrice verticale et une courte cicatrice horizontale a été réalisée pour la première fois en 1977, en France. Sa caractéristique principale est une cicatrice autour de l'aréole, une cicatrice verticale, ainsi qu'une cicatrice horizontale courte, cachée dans le sillon sous-mammaire. Comme la technique à cicatrice verticale, du tissu est enlevé de chaque côté de l'incision verticale aussi une grande partie du tissu lactifère est-elle forcément enlevée.

L'avantage de cette technique est que l'incision horizontale permet d'obtenir une forme de sein correcte, sans devoir répéter la réouverture des sutures et les refaire. Le pronostic pour la lactation est similaire à celle de la la technique à cicatrice verticale. Cependant une lactation à un certain degré est possible.

Réduction mammaire avec greffe de la plaque aréolo-mamelonnaire.



Free Nipple Graft Surgical process.

La technique **avec greffe de la plaque aréolo-mamelonnaire** ne convient qu'aux femmes qui ne sont pas susceptibles de concevoir des enfants et celles qui ne valorisent pas la sensation dans les mamelons.

Cette technique est réalisée en séparant complètement la masse mammaire du sein et en le greffant plus tard à un nouvel emplacement déterminé par des calculs. Il en résulte des dommages de grande ampleur aux tissus lactifères. D'abord une incision autour de l'aréole est faite. De là, une incision verticale de l'aréole jusqu'au sillon sous-mammaire est faite, puis une incision horizontale. L'aréole est préservée entre temps sur une éponge humectée d'eau saline. Une fois que les tissus de chaque côté de l'incision verticale et horizontale et la peau superflue ont été enlevés, l'aréole est positionnée et cousue. Ensuite les autres incisions sont cousues. Les cicatrices sont identiques à celles des techniques à pédicule supérieur et inférieur. Cette technique abime d'avantage les tissus lactifères, les nerfs et la vascularisation de l'aréole. Bien que la re-canalisation et régénérescence nerveuse soient certainement possibles, même une lactation modérée est peu probable. Il est fort

probable que les lobes inférieurs soient sérieusement touchés. Aussi même si les aréoles seront en condition de recevoir du lait, le peu de tissu lactifère restant sera certainement insuffisant.
Dans les comptes-rendus opératoires, on trouvera les chiffres en grammes du tissu enlevé.

Galactogènes.

Il y a des centaines de galactogènes réputés avoir un effet sur la lactation, dont très peu scientifiquement répertoriés.
Quand une mère ingère une substance afin d'obtenir un effet thérapeutique, il est important de se rappeler qu'il existe toujours un danger d'effets secondaires non intentionnels.

Les informations suivantes ne constituent pas une recommandation vis-à-vis des galactogènes médicinaux mais des informations spécifiques afin de donner à une mère l'opportunité de prendre des décisions informées, en collaboration avec un professionnel de santé. Il est judicieux de consulter un professionnel de santé avant de suivre un traitement, voire un phytothérapeute avant de suivre un traitement à base de plantes.
Des galactogènes peuvent jouer un rôle fondamental pour une mère ayant eu une réduction mammaire, dans la mesure où les signaux d'envoi de l'ocytocine et de la prolactine peuvent être brouillés quand les nerfs sont endommagés.

Les galactogènes ne devraient pas être pris avant qu'une insuffisance de lait soit avèrée. La première étape serait d'essayer des méthodes non chimiques. Des galactogènes ne devraient jamais être ingérés durant la grossesse, non seulement à cause de la toxicité pour le foetus mais aussi parce que beaucoup d'entre eux peuvent enclencher les contractions.

Galactogènes Mythiques.

Plus prévalent des mythes qui persistent au niveau des galactogènes est que l'eau, le lait et la bière ont des propriétés galactogènes.

Plantes Galactogènes

Il n'y a pas encore d'études de grande ampleur montrant l'efficacité des plantes censées avoir des effets galactogènes. Cependant, des études de toxicologie montrent que les effets secondaires sont extrêmement rares dans la population qui utilise les plantes galactogènes les plus répandues.

Beaucoup des plantes galactogènes sont des plantes utilisées dans la cuisine et sont plus utilisées en tant qu'assaisonment qu'en tant que galactogène. Souvent les mêmes plantes utilisées pour la cuisine doivent être ingérées dans des quantités plus importantes pour avoir un effet galactogène. Aussi est-il important d'expliquer aux mères que les risques de toxicité ne sont pas nuls.

Un autre aspect est la possibilité de réactions allergiques. Une plante qui n'est pas considérée comme toxique peut toutefois créer une réaction allergique par simple relation botanique aux autres plantes connues pour leurs effets allergènes. Plusieurs fleurs (par exemple la camomille) ont une relation au tournesol (Compositae) ou aster (Asteraceae), et peuvent être la cause d'une réaction allergique chez celles qui sont allergiques à l'ambroisie.
Même si une mère ne montre aucun symptôme allergique, il se peut que le bébé en manifeste.

Les galactogènes les plus populaires, mieux connus et reconnus pour leurs effets galactogènes, sont facilement obtenus dans les pharmacies, herboristes et magasins bios. Par ordre décroissant d'efficacité reconnue, on peut citer :

Fenugrec.
Chardon Béni.
Galega.
Levure de Bière.
Luzerne.
Guimauve.
Orties.
Verveine.
Fenouil.

Bien que la gattilier, le Fenouil et l'Anis soient populairement reconnus comme galactogènes, ils ne sont pas conseillés pour les mères parce que des études ont démontré un effet inhibiteur de la production de prolactine.

FENUGREC (Trigonella foenum-graecum)

Dans les livres "The Ultimate Breastfeeding Book of Answers" et "The Nursing Mother's Companion" du Dr. Jack Newman et de Kathleen Huggins (respectivement), le Fenugrec est mentionné très favorablement. En plus

des succès remarquables dans les expériences cliniques, le Fenugrec est utilisé depuis des millénaires pour traiter une grande variété de maladies. Parmi les références médicales les plus anciennes connues de l'homme, le Fenugrec est noté pour traiter les plaies, les maladies virales, les fièvres, la détresse respiratoire, les troubles intestinaux, les douleurs rhumatismales, les furoncles, les blessures, les éruptions cutanées, la toux, les maux de gorge, la déprime, les perturbations hormonales féminines, les douleurs d'accouchement, et l'impuissance masculine.

Le Fenugrec est prescrit par beaucoup de professionnels de santé (à l'exception de la France !) et de consultantes en lactation. Le Fenugrec est reconnu par les mères et les conseillères en allaitement maternel comme un des galactogènes les plus efficaces. Il est utilisé aussi en tant que galactogène pour les vaches, à travers le monde. Au 19e siècle, un remède très populaire par une certaine Lydia E Pinkham fut produit en masse, il était réputé « remédier à tout désordre féminin » : il avait le Fenugrec comme principal ingrédient.

Le Fenugrec est approuvé par la FDA (Food and Drug Administration) américaine, sous la rubrique des plantes considérées généralement sans risque. Il a été très recherché pour ses qualités non galactogènes. Les conclusions des recherches montrent que le Fenugrec engendre une baisse du cholestérol, du taux de lipides et de glucose, permet de réduire l'inflammation des tissus et a un effet sur les taux d'hormones. Bien que très peu de recherches sur ses effets galactogènes aient été entreprises, une étude égyptienne de 1945 conclut que "le Fenugrec est un stimulant puissant de la production de lait maternel", en citant des augmentations de production de lait allant jusqu'à 900%.

Contenant de la vitamine C, du potassium, des protéines et de la niacine (vitamine B3), le Fenugrec est utilisé à travers le monde dans les plats de cuisine, salades, cuit avec les légumes, dans la confection des pains, ou rôti, voire ajouté dans les boissons chaudes.

Les effets galactogènes peuvent être observés dans un délai de 24 à 72 heures après le début d'ingestion des doses thérapeutiques. Les seuls effets secondaires rapportés sont des urines et sueurs qui peuvent sentir le sirop d'érable.

Doses thérapeutiques :

2000mg - 5000mg par jour à prendre en 2 ou 3 doses par jour.

Teintures (gouttes) :
1 ml, 3 fois par jour.
Graines / poudre : 1/2 à 1 cuillère à café qui peut être mélangée à des liquides ou des purées.
Tisanes : 1 tasse (à thé), 2 à 3 fois par jour. 1 cuillère à café de graines de Fenugrec, infusées dans l'eau bouillante pendant 15 minutes. Sucrer en fonction du goût.
Effets secondaires possibles :
Les urines et la sueur peuvent sentir le sirop d'érable.
Des doses thérapeutiques peuvent donner une odeur de sirop d'érable au bébé qui peut être diagnostiqué à tort comme atteint d'un désordre métabolique : "Maladie du sirop d'érable".
Selles molles / diarrhée.
Hypoglycémie, qui peut se manifester avec des doses plus élevées que les doses thérapeutiques.
Contractions utérines (déconseillé durant la grossesse).
Taux de glucose sanguin bas chez les mères diabétiques.
Réactions allergiques chez la mère et l'enfant en cas de sensibilité aux arachides.

CHARDON BENI (Cnicus Benedictus)

L'utilisation du Chardon Béni remonte au début du 16e siècle, en tant que traitement pour : variole, fièvre, anorexie, dyspepsie, indigestion, constipation et flatulence. Aussi connu pour ses effets galactogènes, particulièrement quand il est pris en même temps que le Fenugrec. Aucune étude n'existe cependant pour documenter son efficacité. Comme tisanes et gouttes ont un goût amer, les mères préfèrent souvent prendre le Chardon Béni en gélules.
Doses Thérapeutiques:
3 à 4 gélules, 3 fois par jour.

Teintures (gouttes) : en doses thérapeutiques :
10 à 20 gouttes (2 ml), 2 à 4 fois par jour.
Effets secondaires possibles :
Réactions allergiques chez la mère et l'enfant en cas de sensibilité aux marguerites.
Diurétique léger.

GALEGA (Gallega Officinalis)

Glega Officinalis est mentionné pour la première fois en 1873 dans une lettre adressée à l'Académie Française par un éleveur de vaches laitières, Monsieur Gillet-Damitte. Il décrit une augmentation de production de lait chez ses vaches de 30 à 35 % après l'ingestion de Galega Officinalis. Les Drs Cerisoli et Millbank ont confirmé par la suite le caractère puissamment galactogène de Galega Officinalis.

Doses thérapeutiques des teintures (gouttes) :

1 à 2 ml, 3 fois par jour.

Doses thérapeutiques de l'infusion :

1 cuillère à café infusée dans une tasse d'eau pendant 10 à 15 minutes. Boire 1 tasse, 2 fois par jour.

Effets secondaires possibles :

Diaphorétique (peut induire sueurs)

Hypoglycémie (peut induire une baisse de glucose dans le sang)

Diurétique

ALFALFA (Medicago sativa)

L'alfalfa, un galactogène populaire et commun, est pris souvent en association avec chardon béni, guimauve et fenugrec.

Doses thérapeutiques en gélules :

2 capsules, 4 fois par jour.

Effets secondaire possibles :

Selles molles.

Contre indiqué pour les personnes ayant des épisodes de "lupus èrythèmateux".

Des doses plus importantes que les doses thérapeutiques peuvent induire chez les humains une "pancytofènie réversible".

GUIMAUVE (Althaea Officinalis)

Bien que la guimauve ne soit pas un galactogène en soi, elle est depuis longtemps connue pour ses effets "rehausseurs" de l'efficacité du fenugrek, du chardon béni, et de l'alfalfa. Il existe des traces de son utilisation en tant que nourriture et herbe médicinale dans les civilisations les plus anciennes. La guimauve était employée pour ses pouvoirs de cicatrisation des tissus, traitement de l'indigestion, dysfonctionnement des reins et de la vessie, et en tant qu'expectorant. Elle contient des taux importants de vitamine A, calcium, et zinc aussi

des taux moins élevés de fer, sodium, iode et vitamines riches en complexes B.

Doses thérapeutiques en capsules :

2 à 4 capsules, 3 fois par jour.

Doses thérapeutiques en teintures (gouttes) :

1 à 2 ml, 3 fois par jour.

Effets secondaires possibles :

Réactions allergiques possibles mais extrêmement rares.

Ortie (Urtica urens ou Urtica dioica.)

L'Ortie est une plante traditionnellement utilisée depuis la Grèce antique. Elle est utilisée pour traiter la toux, la tuberculose, l'arthrite, l'alopécie, l'hyperplasie prostatique bénigne, les symptômes d'allergie, les spasmes musculaires, les infections parasitaires, les maladies des reins, la goutte, la sciatique, les hémorroïdes et la diarrhée. Elle est aussi connue pour son efficacité dans le traitement de l'eczéma chronique.

Par ailleurs, plus important pour les mères ayant eu une réduction mammaire, l'ortie a la réputation bien établie d'être un puissant galactogène et se trouve donc souvent comme composant principal de la majorité des galactogènes commerciaux. Elle est riche en fer, calcium, vitamine K, silice, potassium, lactine, phénols, stérols, lignans et histamines. L'ortie surgelée utilisée dans les capsules et gouttes est la forme la plus sécurisée car les feuilles séchées de façon traditionnelle peuvent contenir des spores de moisissure qui peuvent être la cause de réactions allergiques chez les personnes ayant une sensibilité aux moisissures. Les feuilles surgelées sont aussi plus puissantes.

Doses thérapeutiques en capsules :

1 à 2 capsules de 300 mg, 3 fois par jour.

Dose thérapeutique en gouttes :

1/2 à 1 cuillère à café de teinture de feuille ou racine, 3 fois par jour.

Dose thérapeutique en tisane :

2 à 3 cuillères à café infusées dans une tasse d'eau pendant 10 minutes. Boire 1 tasse, 2 à 3 fois par jour.

Effets secondaires possibles :

Diurétique léger.

Perturbations gastro-intestinales légères.

VERVEINE EUROPÉENE (Verbena Officinalis)

La verveine est utilisée en tant qu'astringent, diurétique, pour favoriser le cycle menstruel, galactogène, stimulant, tonique, traitement des plaies, aphrodisiaque et en traitement d'eczéma et autres problèmes de peau. La verveine n'est pas un galactogène très répandu aux Etats-Unis, mais est réputée pour sa capacité à augmenter la production de lait maternel.

Doses thérapeutiques en gouttes :

20 à 40 gouttes, 1 à 2 fois par jour.

Effets secondaires possibles :

Contre-indiqué durant la grossesse.

FENOUIL (Peucedanum graveolens ou Anethum graveolens)

L'utilisation du fenouil a été très répandue dans les antiquités babylonienne, syrienne, grecque, romaine et egyptienne ainsi que dans la Chine ancienne. Il a été utilisé comme désinfectant buccal, aide à la digestion, et somnifère léger pour adultes et enfants. Il a été employé dans les philtres d'amour et potions protectrices contre la sorcellerie. Au 8ieme siècle, Charlemagne a fait installer des fioles de graines de fenouil sur les tables des banquets afin de guérir les crises de hoquets de ses invités. Un remède pédiatrique artisanal commun "Gripe Water", est à base de fenouil. Grâce à ses effets apaisants, son nom en anglais "Dill" est dérivé du mot nordique "dilla" signifiant "apaiser".

Le Fenouil est riche en calcium, vitamine C, et flavanoïdes. Le Fenouil est un assaisonnement commun en Allemagne, Russie, et dans les pays scandinaves.

Le Fenouil est aussi un galactogène populaire. Etant donné son caractère particulièrement efficace quand il est employé en association avec d'autres galactogènes, il est l'ingrédient principal des galactogènes commerciaux. Le Fenouil est une des plantes connues pour faciliter les montées de lait.

Doses thérapeutiques en teinture (gouttes) :

1/2 à 1 cuillère à café, 1 à 3 fois par jour.

Doses thérapeutiques en tisane :

2 cuillères à café de fenouil broyé infusées dans 1 tasse d'eau pendant 10 à 15 minutes. Boire 1 tasse 2 à 3 fois par jour.

Effets secondaire possibles :

Aucun connu.

GALACTOGÈNES SUR ORDONNANCE

A ce jour, aucune médication par ordonnance n'est pratiquée dans le but d'augmenter la production de lait maternel. En revanche, plusieurs médicaments commercialisés pour d'autres traitements ont comme effet d'accroître la production de lait maternel. Dans la majorité des cas, les médicaments consommés en tant que galactogènes auront un effet plus important que les plantes galactogènes. En particulier, la dompéridone et la métoclopramide accroissent la quantité de lait maternel produit de façon très importante.

Du **dompéridone (Motilium)** et de la **métoclopramide (Reglan, Maxeran)**, seul le dompéridone a des effets secondaires très rares et peu signifiants. Le **dompéridone** augmente le taux de **prolactine**. Chez une mère. Ceci peut être très important, étant donné la forte probabilité que les nerfs qui transmettent les messages aux alvéoles aient été endommagés voire sectionnés.

Dans la 10ème édition de son ouvrage "Medications and Mother's Milk", le Dr. Hale suggère que la métoclopramide n'augmentera le taux de prolactine que si le niveau n'est pas déjà élevé.

Chez les rats qui en ont reçu de grosses quantités sur de très longues périodes, le dompéridone a provoqué des tumeurs aux seins, mais cet effet n'a jamais été recensé chez les humains.

Il existe des médicaments psychotropes qui traitent le malade en bloquant la transmission de dopamine et en parallèle accroissent les taux de prolactine, ce qui augmente la production de lait maternel. Par contre, ces médicaments traversent la barrière sanguine cérébrale. Les risques d'effets secondaires sont élevés, allant de la dyskinésie (des mouvements hyperkinétiques involontaires) à la sédation extrême.

Les médicaments sont transférés dans des quantités variables qui peuvent exposer l'enfant aux effets secondaires à son tour.

Consultez votre consultante en lactation pour plus d'informations sur les galactogènes par ordonnance.

Les nuits d'allaitement maternel suite à une réduction mammaire.

Beaucoup des mères ayant eu une réduction mammaire trouvent que les tétées de nuit sont souvent les moments où elles sont sujettes aux doutes et au manque de confiance. Les avantages des tétées de nuit sont les taux de prolactine élevés et par conséquent une production de lait

plus importante. Beaucoup des mères ayant eu une réduction mammaire trouvent que même si elles doivent donner des suppléments durant la journée, elles peuvent passer la nuit et ne donner que le sein. Les montées de lait arrivent plus facilement la nuit parce que les mères sont plus détendues. Bien entendu, plus souvent se produiront des montées de lait, plus gras le lait sera.

Malheureusement, les petites heures du matin sont l'occasion pour une mère ayant eu une réduction mammmaire de se sentir plus vulnérable et moins sûre de ses convictions. Si bébé a pleuré beaucoup, qu'elle est épuisée et à bout de nerfs, il lui est facile de remettre en question sa persévérance à continuer son effort d'allaitement. Tout peut sembler de tragique et insurmontable à 3h du matin et ce n'est pas le moment le plus propice pour prendre des décisions sur le long terme. Une mère doit faire ce qu'il faut pour dépasser les crises d'angoisse nocturne, mais dès le matin il lui faut prendre contact avec une source de soutien ; une consultante en lactation, une animatrice LLL, ou une professionnelle de santé, qui soutiendront la mère dans son combat.

Photo : Tan.

Parce que les tétées de nuit sont si importantes dans un allaitement suite à une réduction mammaire, beaucoup de mères se rendent compte que dormir avec leur bébé permet à toute la famille de profiter de plus de sommeil et à bébé d'avoir un accès plus facile au lait. Souvent les mères essayent de donner le maximum de tétées la nuit afin de bénéficier de quantités de lait plus élevées et d'un taux de graisses plus élevé. Les mères Bfar trouvent que leur sommeil et celui de leur bébé

sont synchrones, tout comme les autres mères qui partagent le sommeil avec leur bébé.

Certains professionnels de santé conseillent même le sommeil partagé parce que la recherche montre que les mères se réveillent tout naturellement aux mêmes moments que leur bébé pour les tétées. Les bébés qui partagent le sommeil avec leur mère semblent être plus sécures durant la journée et de meilleure humeur parce qu'ils sont rassurés par la présence de leur mère durant la nuit. L'attachement profond que la mère et bébé développent à cette occasion a un effet positif sur une mère, car un bébé dont le besoin de contact est satisfait aura tendance à être en bonne santé. A leur tour, les mères sont rassurées par l'attachement profond qu'elles ressentent vis-à-vis de leur bébé en partageant les heures les plus tendres et intimes de la nuit.

Bien entendu, une mère ayant bu de l'alcool ou pris des médicaments ou drogues qui inhibent ses réactions ne devrait pas partager le sommeil avec son bébé. Beaucoup de mères s'inquiètent de ce que leur partenaire risque de rouler sur le bébé. La réalité est que les adultes sont équipés de capacités sensorielles qui les empêchent de rouler durant leur sommeil sur leur bébé (ou même des petits animaux). Pour les mères, dormir avec leur bébé peut les rendre encore plus sensibles aux facteurs protecteurs du bébé et conscientes des variations dans les rythmes biologiques de leur bébé, voire de son état de santé. Si jamais un bébé a besoin d'assistance dans la nuit, la mère sera la première alertée. Si le bébé donne des coups de pieds ou de tête dans la nuit, un petit coussin ou serviette de bain roulé peut être placé entre le bébé et la mère et/ou le père.

Bien sûr, toutes les familles ne trouvent pas confortable le sommeil partagé. Chacun doit trouver les arrangements de sommeil qui conviennent le mieux pour eux et pour bébé. Ceci est particulièrement vrai et important pour les mères qui essayent de minimiser le stress et maximiser le repos. Voir "Etre Parent le jour et la Nuit Aussi" du Dr. Sears ou "la peau et le toucher" d'Ashley Montagu pour plus d'informations sur le sommeil partagé.

Photo : Tan.

Comment vivre une vraie expérience d'allaitement maternel.

Dispositifs d'Aide à la Lactation.

D.A.L. ou S.N.S. (Supplementing Nursing System).
Allaitement au doigt.
Gobelets ou cuillères.
Pipettes ou seringues (sans aiguille)
Biberons.

Il existe des avantages et désavantages avec chacun des dispositifs de supplémentation. Une mère pourra avoir recours à plusieurs dispositifs à la fois ou aux différents stades de la lactation, selon les circonstances.
Le facteur le plus important d'un système de supplémentation au sein est sa capacité à préserver la relation d'allaitement. Ceci dépend de deux facteurs : éviter la confusion/préférence sein-tétine et obtenir le maximum de stimulation du système de lactation.

La liste qui figure ci-dessus est présentée par ordre d'efficacité décroissante. Il est clair que dans la mesure où aucune tétine artificielle n'est employée et le supplément administré en même temps que l'allaitement au sein, un système de supplémentation au sein est de loin le meilleur choix.

L'utilisation des tétines artificielles peut facilement finir par une confusion (ou préférence) sein-tétine, aussi les mères ayant eu un réduction mammaire doivent-elles faire particulièrement attention à les éviter. Idéalement la supplémentation devra incorporer le maximum de tétées afin de développer et stimuler la re-formation des canaux et tissus nerveux le plus rapidement possible, avec comme résultat une augmentation croissante de la production de lait.

Même les tétines artificielles qui ont une forme moins agressive, telles que les tétines Avent ou Munchkins, n'ont pas la capacité ou la physiologie d'encourager la langue à s'enrouler contre la tétine et l'aréole comme durant l'allaitement maternel. A la place, le bébé presse la tétine artificielle dans un mouvement vertical, comme pour un piston. Il peut contrôler le flux de lait en appliquant plus ou moins de pression et même freiner le flux en bouchant le trou avec sa langue (cette dernière technique fait sortir le téton maternel de la bouche de bébé durant une tétée).

On peut voir que seule la supplémentation au sein peut maintenir une technique correcte qui sera nécessaire pour stimuler la repousse du système de lactation. Ainsi, supplémenter au sein permet-il la stimulation maximum pour la production de lait.

Il peut arriver par contre des moments ou des circonstances particulières où une autre méthode de supplémentation sera jugée nécessaire. En fin de compte, le choix dépend des connaissances et motivations de la mère.

Supplémentation au Sein.

L'élément principal d'un dispositif d'aide à la lactation est un réservoir pour contenir le lait, et un ou deux tuyaux fins et transparents qui partent du réservoir jusqu'à dépasser d'un centimètre environ le téton maternel.

Bien que la supplémentation au sein soit le meilleur dispositif pour supplémenter dans le but d'éviter confusion/préférence sein-tétine, et maximiser la production de lait, il y a cependant certaines contraintes réelles ou supposées. Le supplémentation au sein demande plus de temps en préparation et nettoyage qu'un biberon, gobelet, seringue ou pipette ou allaitement sans suppléments. La supplémentation au sein étant une compétence acquise, elle pourra demander peut-être plusieurs essais permettant de bien assimiler la technique et se sentir à l'aise. La

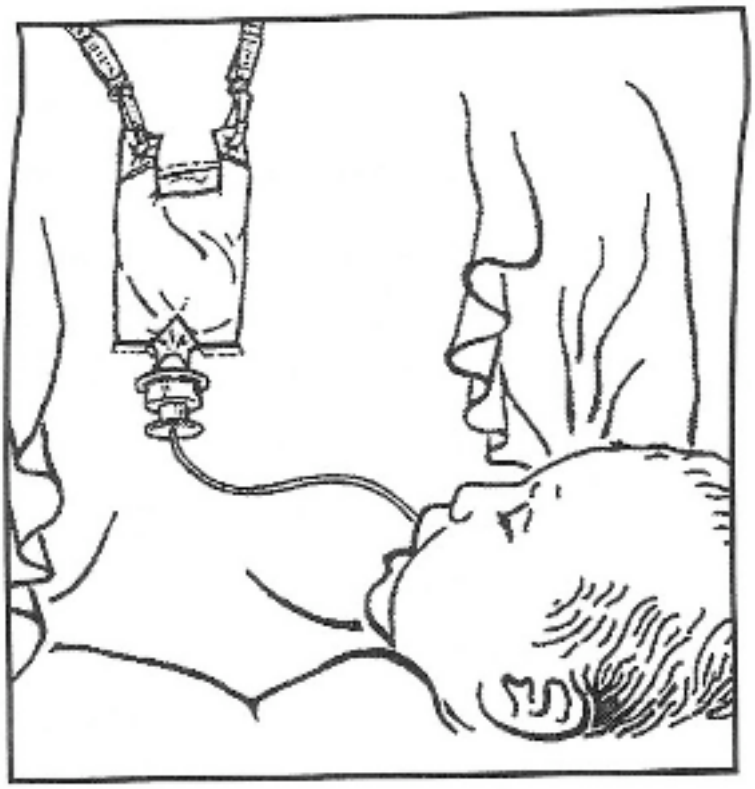
supplémentation au sein n'est pas toujours discrète sous les vêtements. Mais dans l'ensemble, la supplémentation au sein est de loin très supérieure aux autres méthodes de supplémentation, et la plupart des mères trouvent que ces quelques contraintes sont facilement surmontées.
Le coût d'un système de supplémentation au sein est très inférieur au prix de quelques mois de lait en poudre - le coût estimé pour 1 an de lait en poudre pour un enfant nourri exclusivement au lait en poudre revient à 2.450 €.
Il existe 4 marques de dispositif de supplémentation au sein dans le monde. Deux sont fabriquées en Amérique du Nord, une est fabriquée en Australie et l'autre est fabriquée en Angleterre. Les marques d'Amérique du Nord sont "Medela Supplemental Nursing System" (SNS) et le "Lact-Aid Nursing Trainer System", connu comme "Lact-Aid".
La marque australienne est "Supply Line Mark II", fabriquée par "The Nursing Mother's Association of Australia" (NMAA). La marque britannique est "Axicare Nursing Aid". Le "SNS" et "Lact-Aide" ont la plus grosse part du marché international de supplémentation au sein.
Le choix des marques de supplémentation au sein dépend largement des disponibilités locales, du côté pratique et de l'efficacité du produit, du style d'allaitement au sein, de la préférence personnelle et du coût. Les deux méthodes mentionnées ici ont chacune leurs avantages et inconvénients. Souvent les mères préfèrent avoir deux marques différentes à portée de main, le choix de l'une ou l'autre se faisant en fonction de la situation.

Medela SNS (ou DAL en France.)

Medela propose deux systèmes de supplémentation au sein. L'un est le "Starter SNS" pour une supplémentation de courte durée, et l'autre est le "SNS" pour une supplémentation sur une durée indéfinie. Des 2 systèmes, le SNS ou DAL est le plus répandu chez les mères ayant eu une réduction mammaire.

Le DAL est un réservoir rectangulaire qui peut contenir jusqu'à 150 ml de supplément. Le réservoir est suspendu à l'envers par un cordon autour du cou de la mère. Le bouchon se compose d'un insert en plastique qui permet à 2 tubes de sortir du bouchon. Le bouchon a des entailles dans lesquelles les tuyaux peuvent être insérés afin de stopper le flux de

supplément. 3 diametres différents de tuyaux sont fournis avec le DAL pour diminuer le flux au fur et à mesure que les canaux se reforment et que la production de lait maternel augmente. Le fait d'avoir deux tuyaux à la fois permet une installation préalable qui facilite les sorties.
Le réservoir peut être rempli à l'avance et transporté dans un container froid jusqu'à son utilisation. Le DAL fonctionnant en général selon le principe de gravité. Si les tuyaux ne sont pas serrés entre les entailles, le supplément peut descendre facilement, même quand bébé ne tète pas. C'est pour cette raison qu'une position assise est nécessaire. Autrement, la mère peut tenir le DAL en l'air si elle est allongée. Le choix du diametre des tuyaux est très important afin de ne pas encourager des habitudes inefficaces du bébé. Il peut être débordé par rapport à ses efforts ou ses besoins. Enfin, le flux peut être contrôlé en mettant ou sortant le tuyaux du bouche du bébé.



Mother and baby using the Lact-Aid at-breast supplementer.

Une bonne prise de sein avec tuyau.
(Merci Julien Barré Yonge.)

Le Lact-Aid.

Le dispositif Lact-Aid consiste en un petit sac en plastique stérile qui contient le supplément. Les sacs sont disponibles en de 135ml et 210ml. Le sac est positionné avec l'ouverture en haut et un anneau serre le sac autour de l'ouverture. Un tuyau très fin descend du sac et dépasse le téton de 1 cm environ.

Le Lact-Aid ne fonctionne pas avec la gravité. Le débit dépend du fait que l'air est vidé du sac et seule la succion du bébé peut faire sortir le supplément. C'est pour cela que le sac est maintenu droit et pas à l'envers comme le Medela DAL. Quand le bébé tète de façon active et que le sein est en train de produire du lait, la mâchoire du bébé est décontractée, très peu de succion est appliquée sur le tuyau, aussi peu de supplément est-il extrait du sac.

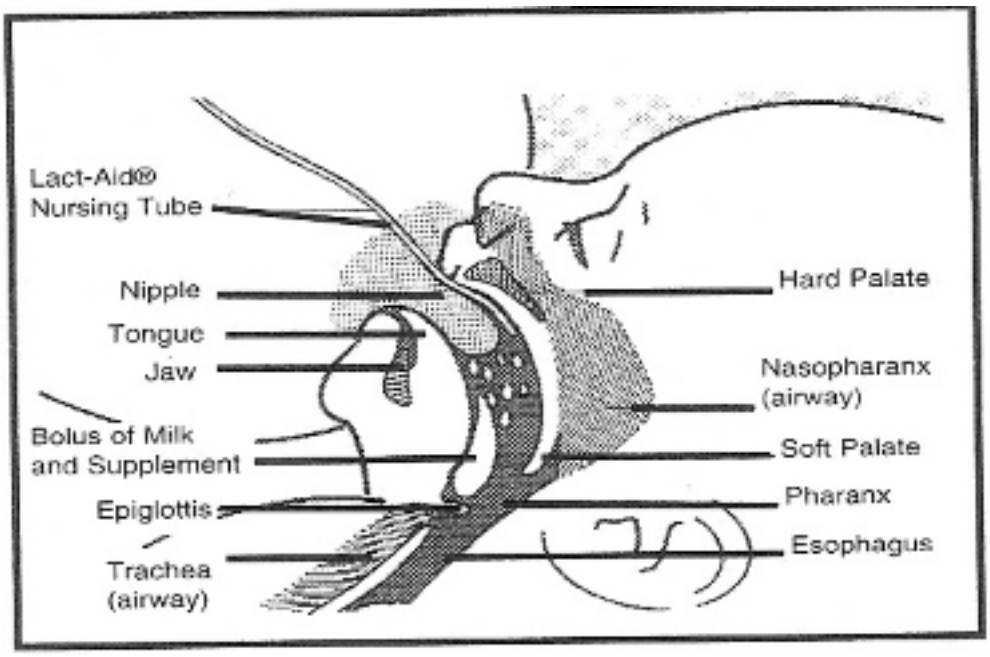
Quand moins de lait maternel est en train de sortir et que la bouche du bébé se met à travailler, ceci crée plus de succion sur le tuyau, et le supplément sort. De cette façon, la méthode de succion correcte et efficace du bébé est renforcée. De plus, le travail du bébé assure une stimulation maximale des seins. Bien qu'il y ait une entaille sur le côté de

la valve du sac pour stopper le flux du supplément, il n'est généralement pas nécessaire de l'utiliser, parce que quand la mâchoire du bébé se décontracte, le flux s'arrête. C'est pour cette raison que l'allaitement au Lact-Aid en position allongée est possible sans craindre de fuite.

Au lieu d'utiliser des tuyaux de diametres différents pour contrôler le flux de supplément, celui-ci peut être facilement contrôlé par la hauteur du sac, en ajustant la lanière autour du cou où est suspendu le Lact-Aid, bien que généralement cet ajustement ne soit pas nécessaire.

Pour nettoyer le Lact-Aid, aussi bien que le DAL, il suffit de laver les pièces fixes et les accessoires dans de l'eau chaude avec du savon. Les tuyaux sont lavés par circulation d'eau chaude et savonneuse à travers leur longueur, cette opération étant suivie d'un rinçage à l'eau claire, puis par circulation d'un mélange d'eau et de vinaigre blanc à 50/50 suivi d'un rinçage à l'eau distillée. Le sac du Lact-Aid est jetable.

Si le système ne peut pas être nettoyé immédiatement après usage, les pièces fixes peuvent être trempées dans un récipient rempli d'eau afin d'empêcher le supplément de sécher et coller. Parfois, une petite brosse ou un coton tige peut être employé pour laver les pieces fixes.



Cross-section of baby at the breast showing proper placement of the nursing tube.

Types de formules qui marchent avec les dispositifs de supplémentation au sein

Certains types de laits industriel marchent mieux avec des dispositifs de supplémentation au sein qu'avec d'autres. De façon générale, les laits industriel pré-mélangés sont plus fluides que les formules en poudre, bien que celles-ci puissent être bien fluides s'ils sont assez bien mélangés à l'eau. Si les mélanges de poudre sont agités assez longtemps, ils deviennent éventuellement assez fluides. Le Lact-Aid est livré avec une petite passoire pour usage avec du lait en poudre, mais si une certaine quantité de lait reste dans la passoire, il faut la re-mélanger en l'ajoutant au lait afin d'éviter que celui-ci soit trop diluée. Il est important de ne pas positionner le réservoir de lait à l'avance contre le corps, car les bactéries prolifèrent dans le cas d'un échauffement lent. Chauffer sous l'eau chaude du robinet est une méthode meilleure, voire dans un autre récipient au bain-marie. Il faut faire particulièrement attention à ne pas trop chauffer le lait qui risquerait de brûler la bouche du bébé. La température idéale est la température du corps.

Positionnement des tuyaux.

Un problème très courant des mères ayant eu une réduction mammaire est le positionnement des tuyaux. Le tuyau doit rentrer par le palais et donc passer sous la lèvre supérieure du bébé. Le tuyau doit donc être positionné par rapport à la position d'allaitement. Pour la position madone, le tuyau sera fixé avec le ruban adhésif sur le côté extérieur du sein. Pour la position verticale, le tuyau sera fixé sur le haut du sein, etc. Il faut plusieurs essais afin de maîtriser les dispositifs de supplémentation au sein. Si la mère attend que bébé ait faim pour l'allaiter, il sera très difficile de garder les petits mains furieuses dans une main afin de les empêcher de s'emmêler dans les tuyaux et gérer un bon positionnement au sein avec l'autre main, tout en essayant de maintenir la tête de bébé... Les coussins d'allaitement ou des tas des coussins sur lesquels le bébé peut être soutenu sont une aide précieuse dans les premiers essais de supplémentation au sein. Si bébé n'essaie de sucer que le tuyau sans prendre le sein, comme il arrive chez certaines mères, le tuyau peut être reculé jusqu'au bout du sein. Dans cette position, bébé sera obligé de prendre toute l'aréole dans sa bouche pour obtenir une bonne prise du tuyau. Un bon soutien des seins gros ou lourds est important pour permettre à bébé de maintenir sa prise de sein. Assurer un soutien

manuel en forme de U plutôt qu'une position de C ou de V. Le soutien dusein en forme de C ou V peut faire sortir le tuyau.

Très vite, on devient expérts.

Le Portage et allaitement après réduction mammaire.

Dans la majorité des cas, une maman ayant eu une réduction mammaire va pouvoir allaiter. La grande majorité d'entre nous devra supplémenter les tétées pour une durée indéfinie. Il est clair que plus fréquemment bébé tète, plus rapidement les canaux se reforment et plus rapidement il y a régénérescence nerveuse. Cependant, nous vivons dans une société qui encourage fortement de donner du lait industriel dans un biberon, depuis 3 générations au moins. Nous vivons dans un monde fortement influencé par le mouvement comportementaliste, fondé au 19e siècle et qui a connu une grand succès au début du 20e siècle (si bébé n'a ni chaud, ni froid, est changé, n'a ni soif, ni faim, il n'a pas de raison valable de pleurer, alors on

peut le laisser pleurer jusqu'à ce qu'il s'épuise). Dans cette société, on grandit avec la croyance très médiatisée de bébés qui dorment de longues heures, qui sont très heureux de passer tout leur temps dans des accessoires immobilisants tels que les landaus, poussettes, transats, lits à barreaux, sièges en plastique, balançoires à bébé, etc. Le lait maternel se digère en 20 à 40 minutes. Ceci est une astuce de la part de la nature pour s'assurer que bébé passe beaucoup de temps dans les bras de sa mère ou quelqu'un d'autre. Pour une mère ayant eu une réduction mammaire, le besoin d'allaiter au sein très fréquemment n'est pas seulement d'ordre naturel mais aussi réduit le temps de la régénérescence des cannaux de lactation et donc le besion de supplément. Un système de portage qui permet un allaitement au sein tout en marchant, faisant les courses ou le ménage, en rendez-vous chez le dentiste, l'esthéticienne, l'avocat, le banquier, etc., est une aide des plus précieuses. Dans notre société, très peu de femmes vivent en communauté. Une mère ayant eu une réductoin mammaire, avec toutes ses déceptions et tous ses complexes, ses émotions et espoirs sans réponses, aura besoin de plus de détermination, plus d'énergie, plus de patience et plus de confiance en elle, bien davantage qu'une mère qui bénéficie d'un allaitement naturel. Sans un système de portage dans lequel bébé peut téter, la mère ayant eu une réduction mammaire risque de se trouver seule de longues heures d'affilée. Il est dans mon expérience et de mon avis que plus que les mères qui bénéficient d'un allaitement naturel, une mère ayant eu une réduction mammaire et son bébé bénéficieront d'un système de portage dans lequel bébé peut être allaité, autant qu'un dispositif de supplémentation au sein (hamac ou écharpe).

La durée d'utilisation des dispositifs d'aide à la lactation ?
Quand pourrai-je allaiter comme toutes les autres mères ?

Suite à une réduction mammaire, il est vrai que les nerfs se reforment sur une période de temps qui commence même avant la grossesse, mais la reformation des canaux et tissus lactifères se fait principalement grâce à la succion de bébé. Il y a tellement de variantes qui peuvent avoir un impact sur la régénérescence nerveuse qu'il est impossible de prédire la durée d'utilisation des dispositifs d'aide à la lactation : galactogènes, dispositifs de supplémentation au sein, etc. Le portage en revanche devient, une fois le bon réglage trouvé, un dispositif qui perdure en

général. Puisque l'allaitement maternel dans une écharpe ou hamac avec ou sans dispositif de supplémentation au sein devient alors possible et même facile (avec un bon réglage), les tétées occupent alors une partie des gestes automatiques dans le rythme quotidien et le portage peut donc durer jusqu'aux 3 ans de l'enfant, bien que sur des durées de plus en plus courtes.

The author breastfeeds her two-year-old son, Ben.

DIANA WEST.
Auteur de "Defining Your Own Success". Allaitant son fils Ben, âgé de 2 ans.

Charlotte Yonge allaitant son fils Alex, âgé de 2 ans.

Avec mes remerciements à Patrick Boulet et Fabienne Auffret pour leur aide pour la traduction en français.

TÉMOIGNAGES.

L'histoire d'Anne Rozenn.

Bonjour

J'ai moi-même subi cette intervention en 2000, car je pensais ne plus avoir d'enfant, donc la question de l'allaitement ne se posait pas !

En janvier 2004, Marie pointe le bout de son nez.

Dès le début de ma grossesse, je me suis posée des questions quant à un allaitement. Mes mamelons ont été "coupés". On aperçoit une cicatrice très fine autour du mamelon.

Et puis je me suis dit qu'après tout il fallait essayer. Mon mari m'a toujours soutenue.

Je ne te cacherai pas que les débuts ont été très difficiles. J'ai eu mal aux seins avec l'impression qu'ils étaient remplis et que rien ne venait.

Mais l'équipe médicale et surtout paramédicale de la maternité m'a vraiment aidée et encouragée (le pédiatre de la maternité a un DU d'allaitement, ça aide!!)
Finalement, tout est rentré dans l'ordre dès le retour à la maison et depuis j'allaite Marie pour notre plus grand bonheur.
Je dois préciser que mon médecin m'avait averti que l'allaitement n'était pas à envisager...On m'avait aussi dit que je ne pourrais plus avoir d'enfant !!! Comme quoi les miracles existent ! Non, je crois surtout que la nature est bien faite et que si on lui fait confiance, et bien elle reprend ses droits.
Encore une précision. Ma fille aînée a 16 ans et je l'ai aussi allaitée mais je n'avais pas du tout rencontré ces difficultés.

Anne-Rozenn, Maman de Mona 16ans, Marie 10 mois qui fait ses premiers pas !

L'histiore de Gaëlle.

Bonjour,
J'ai eu une réduction il y a 11 ans et j'ai deux enfants : mon fils, 2 ans, allaité au sein 3 jours et ma fille, 3 mois , toujours allaitée.
L'allaitement de mon fils a été un échec du fait de 2 choses : les mauvais conseils de la maternité (biberons donnés la 1ère nuit) et du doute que j'avais de pouvoir allaiter correctement, de ne pas avoir assez de lait (ce qui n'aide pas, surtout avec un premier bébé). Donc pour mon fils, les biberons de complément se sont vite substitués à mon sein. J'ai quand même tiré mon lait 3 semaines pour lui donner au biberon, car il ne voulait pas du sein. En tirant mon lait, j'arrivais à extraire la moitié de sa ration quotidienne, alors je me disais que je n'aurais jamais assez de lait. Puis je me suis renseignée (feuillet de LLL, forum allaitement...) et j'ai analysé les échecs de mon 1er. J'avais même acheté un DAL en prévision (j'étais très déterminée). Pour ma fille je ne me suis pas laissée faire à la maternité : pas de biberon, je l'ai mise beaucoup au sein et j'ai surveillé ses couches pipi. Elle a repris du poids au 4e jour et je ne me suis plus inquiétée. Les problèmes que j'ai eus liés à ma chirurgie :
- un gros engorgement localisé sur les régions de mes seins qui ne débouchent pas sur des canaux lactifères : donc engorgement les 3 premiers jours suivant la montée laiteuse, le temps que les alvéoles

comprennent d'elles-mêmes qu'elles étaient bouchées et ne pouvaient plus produire.

Ce qui m'a bien soulagée, ce sont les poches de glace (mais pas le chaud ni les crèmes décongestionnantes).
J'ai un sein qui produit beaucoup moins que l'autre (ma fille le vide en 5 min alors que pour l'autre sein il lui faut 20 min environ). J'essaie donc de bien le stimuler. Ma fille tète beaucoup : 4 fois entre 3h du matin et midi, sûrement pour compenser le manque de "stockage".

Pour conclure, mon avis est que le DAL et le tire-lait doivent être utilisés en dernier recours, car cela complique beaucoup la vie de la maman : pour stimuler le sein, mieux vaut mettre beaucoup le bébé au sein !
Gaëlle.

L'histoire de Brigitte.

Eh oui, je l'ai attendu ce jour de 1 an " d'allaitement " au DAL...
Opérée en janvier 2000 d'une réduction mammaire, j'avais « une chance sur deux de pouvoir allaiter », dixit le chirurgien. Mon envie d'allaiter était très forte mais les réflexions style Samantha Fox, je ne supportais plus, donc je décide de me faire opérer. Novembre 2001, j'accouche de Damien, par césarienne , et la gynéco écrit sur mon dossier médical : ALLAITEMENT DECONSEILLÉ et qu'il fallait qu'à la naissance de Clément, je prenne tout de suite des médicaments pour couper le lait parce que j'aurais (d'après elle) un engorgement à coup sûr.

Têtue comme je suis, je me suis alors dit : « Mais trois jours, ce n'est rien ; je tente quand même l'expérience... » En effet, au bout de 5 mois de grossesse, j'avais déjà du colostrum.
De fait, trois jours après l'accouchement, la montée de lait se fit, et l'on m'obligea tout de même à donner des biberons dits « de complément ».

Au premier accouchement, on écoute bêtement.
Je n'ai donc pas su si mon lait aurait pu suffire !!!!

Damien à quand même tétée en mixte pendant 6 mois et demi. Après

je ne sais plus si il à fait une grève de tétée ou s'il s'est sevré...

Puis arrive Clément 18 mois plus tard dans un autre hôpital (donc le 4 Juin) et là je me garde bien de parler de cette opération dont je me mords les doigts chaque jour. Naissance difficile, il naît à 2 kgs 470, reste sous perfusion trois jours, perd ses 10 %, soit 3 kgs 380 (normal quoi), puis tète au troisième jour, passe à 4 kgs 400, puis stagne en poids pendant 3 jours et là j'ai eu peur, je leur dis pour mon opération et là commencent les biberons de complément donnés à la tasse qui durera un mois.
Puis, à une réunion LLL, on me reparle du DAL (Dispositif d'Aide à la Lactation) et à ce moment je décide que c'est la seule solution pour moi.
J'en avais déjà entendu parler pour Damien, mais je n'en ai pas eu la force morale car j'avais déjà mal vécu la césarienne. J'ai donc commencé avec 5 ou 6 DAL par jour comme source alimentaire et des tétées câlins sans le DAL.

Trois mois plus tard, je décide de voir le docteur Marchand Lucas, qui me dit que Clément a en plus un palais creux... Je prends contact avec Claire de la Lactaliste, puis je rencontre une femme dans le même cas que moi qui allaite son bambin de 2 ans et demi après réduction mammaire et palais creux : cela me redonne de la force et de l'espoir.

J'en arrive à conclure qu'il pourra peut-être un jour téter sans DAL... Je me documente et j'apprends que plus il tétera, plus les canaux lactifères repousseront.
Progressivement les DAL à la journée diminuent, mais je pense que c'est plus parce que BB grandit que parce que mon lait lui suffit, car il les boit tous et en entier... Je diversifie avec difficulté à ses 8 mois et demi. Je me redonne des forces grâce à la Lactaliste (depuis décembre) mais me sens parfois aussi découragée car je n'entends jamais qu'il déglutit, je n'ai pas trop de lait non plus, je ne sens pas le réflexe d'éjection, bref vous parlez de choses que je ne connais pas...

Je continue mes réunions LLL une fois par mois. Quelle bouffée d'air ou plutôt de lait... Je reste envieuse tout de même et je me dis que je dois tenir au moins un an. Et maintenant, jour d'anniversaire, je ne lui donne

plus qu'un DAL de complément par jour le matin, qu'il boit en entier. Il aime téter pour s'endormir de longuggggggggggggggggggggggggues heures, et parfois la nuit.

Alors qu'est-ce que ce sein pour lui ????? Une tétine ??? Un peu de lait ??? De l'amour, je l'espère, de la patience (parce que le DAL qui coule le matin dans son lit ou en voiture, les tuyaux qui cassent en vacances...no comment). Et les réflexions, vous imaginez : « pourquoi se prendre la tête avec ce truc alors qu'il y a les biberons »…

J'aime cette relation, mais je suis aussi un peu déçue de ne pas avoir autant de LM que j'aimerais lui donner et de ne pas pouvoir me passer du DAL…

Je ne sais pas combien de temps nous allons tenir encore ??? Car en plus, papa n'est pas trop pour l'allaitement des bambins, mais je crois aussi que ni lui ni moi ne sommes prêts à arrêter, alors l'avenir me le dira...

Brigitte, Maman de Damien (2 ans et demi) et Clément, allaité au DAL de lait industriel hélas... mais que le matin maintenant.

Mon histoire.

Il y a quinze ans, j'ai eu une opération de réduction mammaire pour les raisons habituelles : épaules douloureuses, mauvaise posture, incapacité à faire du sport sans douleur et, par dessus tout, un énorme complexe. Je détestais être jugée sur mon tour de poitrine plutôt que sur mes qualités humaines. Je détestais être l'objet de coups de klaxon quand je traversais la rue en été, ou être la cible de ricanements quand je courais sur le tapis de course au gymnase. J'avais l'impression de n'être qu'un objet sexuel ambulant. Quand le chirurgien m'a informée que l'opération était prise en charge par la sécurité sociale, il n'en a pas fallu plus pour me convaincre. Je me rappelle en revanche qu'il m'a dit que je pourrais allaiter avec cette « nouvelle » technique (cela se passait en 1987). J'avais 23 ans à l'époque, avoir un bébé et allaiter étaient bien loin de mes préoccupations.

A 37 ans, enceinte et vaguement plus sage, je savais que je voulais

allaiter mon bébé. Comme l'a dit quelqu'un, c'est grâce à l'allaitement maternel que l'espèce a pu évoluer tout au long de millions d'années. Les cellules vivantes ne peuvent se comparer au lait de vache en poudre ! Je demandais partout autour de moi des anecdotes et des tuyaux passés de génération en génération. De tous côtés, la réponse était un haussement d'épaules et de longs discours sur la simplicité du biberon, en rajoutant que c'était difficile d'allaiter et, à mon grand étonnement, que ça ne marchait pas toujours.

Le jour de l'accouchement approchait et je me disais que si, depuis des millions d'années, des mamans avaient pu le faire, moi aussi j'y arriverais. A la maternité, une sage-femme m'a confirmé les dires du chirurgien quatorze ans plus tôt : l'opération de réduction mammaire n'allait pas affecter l'allaitement. Elle m'a dit de donner un sein par tétée, pendant une vingtaine de minutes, toutes les deux à trois heures (la meilleure méthode pour un échec !). Elle a rajouté : « Pas de supplément, sous aucun prétexte, même si le bébé a faim. » Bien sûr, je lui faisais confiance, c'était une professionnelle de la santé !

Enfin, début septembre 2001, Alex est né.

Je suppose que mon lait est monté le quatrième jour après la naissance, mais je n'ai rien senti. Quand Alex a eu la bouche sèche et que j'ai trouvé des cristaux dans ses couches, j'ai demandé ce que cela voulait dire. J'avais imaginé des heures de complicité, de câlins au sein. Ce qu'Alex et moi vivions était très loin de ça ! On m'a répondu : « Oh, c'est normal, tous les bébés ont cela. » Quand il a eu des coliques terribles à partir du quatrième jour, pendant les tétées, j'ai cru que c'était mon lait qui lui faisait si mal. La réponse de la maternité était toujours : « Oh, c'est normal, tous les bébés font cela. » Une chose était vraie : les couloirs résonnaient de pleurs de bébés. Leurs débuts dans la vie sont durs avec une tétée toutes les deux à trois heures. De plus, un nouveau-né ne peut pas téter aussi efficacement qu'un bébé de trois mois. Alors, à ce rythme, ils sont sûrement affamés.

Plus tard, je devais apprendre que la bouche sèche et les cristaux dans les couches sont des signes immanquables de déshydratation. Les coliques étaient dues au fait qu'Alex n'arrivait pas à téter jusqu'à obtenir le lait gras qui vient en fin de tétée, en plus du fait qu'il était affamé. Avec une tétée toutes les deux à trois heures, il était frustré et il y

avait peu de chances qu'il y arrive. Mais personne à la maternité n'a pu m'expliquer, alors même qu'elles m'assuraient avoir une « formation en allaitement ».

La sage-femme m'a assurée que j'avais du lait. Alors si j'avais du lait, pourquoi Alex pleurait-il à chaque tétée ? Pourquoi les coliques ? Il ne prenait pas de poids, pourquoi ? Plus je posais de questions au personnel, plus j'obtenais de réponses contradictoires. Après sept heures sous l'influence de la péridurale, Alex avait tendance à s'endormir au sein où il n'arrivait pas à rester accroché. Dès qu'il tétait trois minutes, il se jetait en arrière et hurlait. Je le remettais au sein, mais après quelques gorgées, il se jetait en arrière de nouveau et recommençait à hurler. J'ai essayé de garder mon calme, mais après des dizaines de tentatives, j'éclatais en sanglots. L'accouchement avait duré dix-sept heures et s'était terminé par une césarienne. J'étais épuisée, mais rien n'importait dans toute cette affaire que d'allaiter mon bébé, et cela ne marchait pas.

De toute évidence, mon bébé rejetait le sein. Mon mari me l'a fait remarquer bien souvent. Je persistais, mais je tremblais à chaque tétée et sanglotais avec mon bébé. J'étais responsable de l'avoir fait venir dans ce monde et je le faisais uniquement souffrir. Je le gardais dans mes bras constamment. J'étais convaincue que le lait maternel est la meilleure nourriture pour lui, mais je n'avais aucune information. Je ne voulais pas reconnaître ce que les Français m'avaient dit : « Parfois ça ne marche pas. »

Alex perdait du poids, il avait faim et il pleurait de faim. Quand, au cinquième jour, à la maternité, on m'a persuadée de lui donner des compléments de lait artificiel, Alex les a dévorés comme s'il n'avait jamais mangé. La sage-femme qui m'avait « conseillée » de ne pas donner de supplément m'a alors jeté : « Alors il t'a eue, il t'a fait croire qu'il avait faim ? Comment tu vas faire pour le sevrer des biberons maintenant ? » Et elle a quitté ma chambre.

Je suis rentrée chez moi déterminée à sevrer mon bébé de ces compléments qui m'empêchaient d'avoir plus de lait maternel. Je croyais que ce que la nature avait prévu était forcément le meilleur. Mais je me retrouvais escroquée par la nature. Toutes les autres se plaignaient d'engorgement. Moi, j'étais incapable de produire une chose aussi simple que du lait pour mon nouveau-né. Certainement qu'avec du repos et moins de compléments, j'allais pouvoir avoir plus de lait.

J'ai consulté un pédiatre, connu pour son expertise en allaitement. Bien sûr, je n'ai pas parlé de ma réduction mammaire puisqu'on m'avait affirmé à la maternité qu'il n'y avait aucun rapport avec l'insuffisance de lait. Alex pesait 4 kg à la naissance, mais il n'a pris que 250 g dans son premier mois. Le pédiatre m'a dit de réduire les suppléments bien sûr. La règle est simple : moins le bébé tète, moins le lait vient. J'ai pu reconnaître l'évidence de cela. Seulement, plus je réduisais les compléments, plus mon bébé était affamé, nerveux, éclatant en pleurs, au bord de l'hystérie. Plus il pleurait, plus il avait de mal à dormir. Les siestes se faisaient rares ou très courtes. Il devenait surexcité, et moi, de plus en plus affolée. Je voulais croire, mais j'étais coincée. Je me sentais cruelle quand à la fin des 30 ml de complément, Alex se débattait pour en avoir plus et que je lui disais : « Si tu en veux encore, il va falloir le prendre au sein. »

Quand j'ai appelé le pédiatre en larmes, il m'a assurée que la détresse d'Alex était temporaire et qu'il fallait tenir bon (cela faisait six semaines) Mon mari ne soutenait pas du tout cette « folie » et me harcelait pour que je renonce. Je crois que je ne me suis jamais sentie aussi perdue. Tout cela pour une simple question de faim.

Le pire était mon mari et mes amies. Toutes celles qui avaient de « l'expérience » en matière d'enfants m'assuraient que tout irait mieux si j'arrêtais de me casser la tête pour cela. Leurs bébés avaient tous été nourris au biberon et ils allaient très bien, disaient les parents.

« Pourquoi faire tout un plat pour cela ? » me disait-on, mon mari en tête.

« Il ne veut pas de ton sein, laisse tomber. Ce n'est pas le plus important, ne te casse pas la tête. Tu t'en fais une obsession. De toute façon, tu n'as plus 25 ans. »

J'ai enfin pu assister à une réunion de La Leche League où l'on m'a tout de suite demandé si j'avais subi une chirurgie mammaire. J'ai été tellement sidérée que je n'ai même pas répondu qu'à la maternité, on m'avait formellement dit que ça n'allait pas avoir d'effet sur l'allaitement. J'ai été immédiatement envoyée chez une consultante en lactation et entre temps j'ai dévoré *L'Art de l'allaitement maternel*.

Avant même de rencontrer la consultante en lactation, je me suis

rendue compte que les professionnels de santé n'y connaissaient rien en allaitement maternel, et encore moins en ce qui concerne les femmes ayant subi une réduction mammaire et que la chirurgie mammaire était LA raison pour laquelle réellement je ne produisais pas beaucoup de lait. Le problème est que les professionnels de santé annoncent soit qu'on peut, soit qu'on ne peut pas allaiter après une réduction mammaire. La réponse est que nous pouvons toutes allaiter, mais 99% d'entre nous qui avons subi cette opération devrons supplémenter à différents degrés selon la technique utilisée par le chirurgien.

Quel soulagement ! Mais quelle duperie ! J'ai triplé la quantité des suppléments pour la première fois sans culpabiliser. Alex a pris 1,150 kg dans les deux semaines suivantes. Il s'est calmé et il est devenu le bébé heureux et calme qu'il avait été les trois premiers jours. Bien que le problème émotionnel ait été résolu, désormais il fallait travailler beaucoup plus pour allaiter et supplémenter avec le lait artificiel. D'abord le sein, ce qui prenait une heure avec mon bébé si endormi. Puis mélanger et chauffer le lait artificiel. Ensuite soulager les pleurs et les coliques qui suivaient le lait artificiel, et nettoyer les taches de vomi sur la moquette !

Au milieu de la nuit, ce rituel de plus de deux heures me prenait toute l'énergie que je possédais.

La consultante en lactation m'a prescrit un galactogène qui a augmenté ma production de lait de 30 % environ. En revanche, on a découvert qu'Alex avait un palais très concave. Bien que ce ne soit qu'un problème de courte durée, cela ajoutait à la difficulté qu'il avait pour extraire du lait de mon sein. Puis j'ai découvert le seul livre entièrement dédié à l'allaitement après une réduction mammaire (*Defining your own success*). J'ai appris que la technique de réduction utilisée dans mon cas s'appelle « pédicule inférieure ». Les nerfs qui connectent l'aréole au sein et qui envoient le signal pour la fabrication de lait se reforment quelques mois après l'opération. En revanche, les conduits et les glandes qui fabriquent le lait se reforment un peu durant la grossesse, mais surtout avec la demande de la succion. Cela veut dire qu'il suffit de tirer le lait ou de mettre le bébé au sein pour stimuler la repousse des conduits et des glandes !

Si une maman suit la recette vouée à l'échec (toutes les deux à trois

heures, un sein par tétée) dans les premières semaines, elle n'aura que peu de chance de conserver l'intérêt de son bébé ou de stimuler suffisamment la repousse.

Grâce au travail du bébé et de la maman, un second bébé n'aura souvent pas besoin de supplément. Plus elle allaite longtemps, plus les conduits seront reformés. J'ai appris aussi l'existence d'autres galactogènes (fenugrec et chardon béni) qui ont encore augmenté ma production de 25 %.

Le plus beau, c'est que même une maman allaitant après une réduction mammaire n'a pas besoin de supplémenter la nuit si elle dort avec son bébé puisqu'elle a plus de lait grâce aux niveaux de prolactine élevés pendant les heures de repos. Avec les galactogènes, j'ai pu arrêter les suppléments de nuit. Alex ne réclamait une tétée que trois fois dans la nuit. Je confirme la rumeur : quand on dort avec son bébé, on dort nettement plus et mieux.

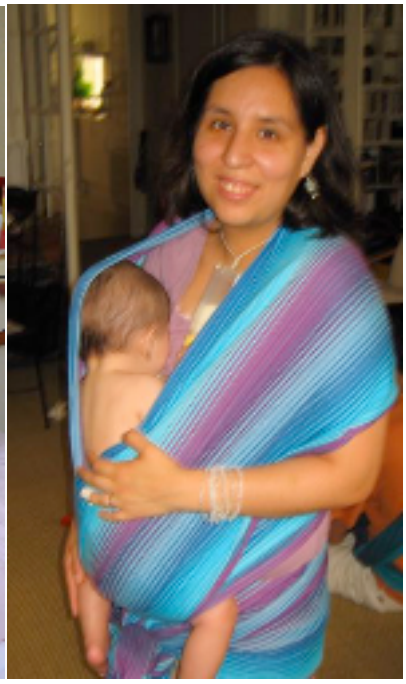
Les semaines suivantes, Alex a grandi et il est devenu plus efficace au sein. Les conduits se reformaient.

J'ai acheté un porte-bébé hamac. Un accessoire indispensable, quand un bébé a besoin de téter souvent. Je faisais tout le ménage et ma toilette avec Alex au sein, heureux dans le porte-câlllin. Puis j'ai même appris à donner le sein en marchant, en faisant les courses ou pendant les déjeuners avec mes copines, toujours avec Alex dans le porte-câlllin. Il tétait et personne ne s'en rendait compte. Je l'ai emmené avec moi chez le dentiste, le gynéco, et pour me faire épiler en toute simplicité. Je dois une bonne partie de notre succès au porte-câlllin.

Quand Alex a eu 5 mois, la consultante en lactation a calculé que je fournissais 50 % de ses besoins. J'ai pleuré de joie. Un enfant n'a besoin que de 20 % de lait maternel pour bénéficier du développement supérieur du nerf optique. Tout le monde me demandait combien de temps je comptais continuer ce « cirque ». Quand est-ce que j'allais le sevrer ? Je contre-attaque en disant ceci : « Le système immunitaire d'un enfant n'est pas mature avant l'âge de six ans, c'est une des raisons pour lesquelles l'OMS recommande l'allaitement maternel pendant deux ans au moins. » Mais en réalité, je suis si heureuse d'avoir mon petit homme lové contre moi, en train de se rassasier de mon lait de plus en plus abondant… Quelle liberté, simplicité, tout ce dont j'avais rêvé.

A 6 mois, avec l'introduction des solides, Alex a refusé les

suppléments. Génial ! Les conduits et les glandes s'étaient reformés. Ensemble, nous avions gagné ! Bien sûr, même pour une maman ayant subi cette opération, supplémenter avec du lait artificiel est une pente dangereuse. La règle reste que plus on supplémente, moins on fabrique de lait. Et avec les coliques, seule la balance peut mesurer la prise de poids de façon fiable. Je regrette seulement que mon bébé ait souffert à cause de mon ignorance et de ma confiance dans le corps médical français.

Alex a aujourd'hui 3 ans. Il est libéré du lait artificiel et moi d'une corvée ! Il se nourrit exclusivement de solides, comme sa maman et son papa, et de lait maternel. En revanche, l'expérience d'avoir été affamé a eu un effet sur sa personnalité. Durant les six semaines de grande faim, Alex a perdu confiance en lui et sûrement en moi. Alors si vous entendez un jour une maman dire :

« Je n'ai pas assez de lait », vous pouvez la rassurer que ce n'est pas possible. Les mères sont faites pour faire du lait, presque sans exception toute les mères peuvent produire assez de lait maternel sauf si elles ont subi une opération de réduction mammaire (et même dans ce cas, ça vient). Il peut y avoir une multitude des pépins facilement réglés, mais le fait est que tous les bébés ne tètent pas très efficacement dans les premiers mois, alors il faut compenser avec des tétées très fréquentes, et avec la bonne technique, afin de créer un lait plus gras, calorique, et en quantité parfaitement adaptée aux besoins du bébé. Etre bien informée fait toute la différence. Si Alex et moi l'avons fait, tout le monde peut le faire. Charlotte. astharte@gmail.com