Ces bébés qui ne savent pas téter

Isabelle STEFFAN-ROBERT *
Consultante en lactation IBCLC,
Formatrice Allaitement maternel-formation

Face à un bébé qui ne sait pas téter, les mères sont bien désemparées, tout comme les professionnels de santé qui les soutiennent.

Pourquoi certains bébés n'arrivent-ils pas à téter ?

Grâce aux dernières études de l'équipe du professeur HARTMANN, on connaît aujourd'hui la façon exacte dont s'effectue la succion : la langue plaque dans un premier temps le mamelon sur le palais et le comprime de manière uniforme, puis elle s'abaisse dans sa partie postérieure ce qui crée une dépression. Le mamelon se dilate alors, le diamètre des canaux s'élargit et le lait s'écoule *(voir schéma A ci-contre)*.

Pour que ce travail d'orfèvre puisse avoir lieu, certaines conditions sont nécessaires : un palais dur, complet, avec une forme adaptée (ni trop haut, ni bosselé), une langue assez longue et mobile pour effectuer le travail demandé, des muscles efficaces. Extérieurement, on remarque que les bébés qui tètent efficacement ont généralement une bouche très largement ouverte avec une prise asymétrique du sein – tête légèrement défléchie en arrière, menton dans le sein, nez qui frôle le sein, joues bien arrondies – des lèvres bien ourlées, les muscles mentonniers et masséters sont mobilisés, on peut observer des mouvements rythmés de la mâchoire et entendre une respiration avec des pauses caractéristiques.

Les troubles de la succion peuvent se manifester de plusieurs façons :

- Un bébé qui n'arrive pas du tout à s'accrocher au sein ;
- Un bébé qui repousse le mamelon avec sa langue ;
- Un bébé qui semble téter efficacement, mais la mère se plaint de douleurs aux mamelons, de crevasses ;
- Un bébé qui semble téter efficacement, mais la mère présente des épisodes très fréquents de canaux lactifères bouchés, engorgements, mastites.
- Un bébé qui prend peu de poids ;
- etc.

Les symptômes peuvent être associés (crevasses + prise de poids insuffisante), mais peuvent aussi être isolés, comme par exemple, des épisodes fréquents de canaux bouchés sans aucune crevasse et avec un bébé qui prend du poids.

Il est bien sûr possible de démarrer la consultation

* Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les fabricants de lait industriel et les fabricants de matériel autour de l'allaitement.

ALLAITEMENT MATERNEL-FORMATION est un organisme de formation spécialisé qui intervient depuis plus de 25 ans auprès des professionnels de santé et de périnatalité. Les formatrices AM-F disposent d'une expertise pédagogique unique issue de plus de 25 ans d'expérience dans la transmission des savoirs auprès des maternités, pôles, réseaux et PMI.

Les formations en intra-établissement couvrent une large gamme de thèmes : allaitement maternel niveaux I, II, III, relation d'aide auprès des mères, portage, développement psychomoteur du tout-petit de 0 à 3 ans, deuil périnatal, attachement, comportements d'adaptation du nouveau-né et de sa mère.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS : **www.allaitement-maternel-formation.com** - Tél. : **09 63 00 03 80**

« Pour que ce travail d'orfèvre puisse avoir lieu, certaines conditions sont nécessaires : un palais dur, complet, avec une forme adaptée (ni trop haut, ni bosselé), une langue assez longue et mobile pour effectuer le travail demandé, des muscles efficaces. »

en observant la mise au sein, mais il me semble tout d'abord important d'essayer de comprendre ce qui se passe en écoutant les parents décrire la situation.

Écouter

Qu'ont-ils observé ? Depuis quand ? Que se passe-t-il quand le bébé est face au sein ? Quelle est son attitude ? Si le bébé arrive à téter, quelle est la forme du mamelon après une tétée : est-il bien rond et long ou bien présente-t-il une forme biseautée en "bâton de rouge à lèvre" ? Est-il aplati avec une ligne horizontale au milieu ? Quel est le niveau de douleur observé par la mère ? Quelle en est la localisation ? Les mamelons sont-ils abîmés, crevassés ? À quel endroit ?

Observer une mise au sein sans agir.

Ces informations recueillies seront complétées par l'observation attentive d'une mise au sein : quelle est la position maternelle spontanée pour une tétée ? Son attitude ? Intervient-elle pour "aider" son bébé à prendre le sein ? Où sont ses doigts ? Le père intervient-il pour aider sa compagne ?

En observant l'enfant, on s'aperçoit parfois que celui-ci est trop loin du mamelon car la mère est assise, bien droite, avec son bébé posé sur un coussin d'allaitement ou calé au creux de son bras. Parfois, la tête du bébé est coincée au creux du bras ne permettant pas au bébé de prendre le mamelon de façon asymétrique. Il est intéressant de noter que de nombreuses mères pensent bien faire en s'asseyant bien droites et en proposant le sein à leur bébé dans la position appelée *Madone*. Or, les travaux récents de Susan Colson montrent que cette position n'est pas optimale pour l'allaitement : la mère peut être crispée et le bébé trop éloigné du corps de sa mère.

Au niveau du visage, il y a des mouvements très caractéristiques qui indiquent une bonne succion : les mâchoires bougent jusqu'aux oreilles et il y a une pause au niveau du menton à chaque gorgée déglutie. Un bébé qui a des difficultés de succion a le visage tendu, les muscles autour de la bouche sont serrés, les joues se creusent.

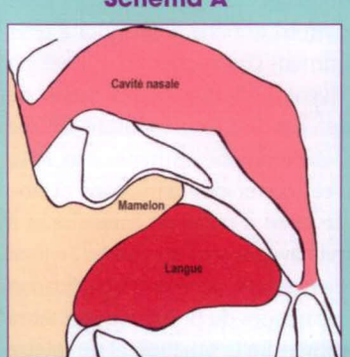
Si l'on tend l'oreille, une succion efficace fait peu de bruit, on entend la respiration régulière du bébé ponctuée de pauses, alors qu'une succion inefficace est une succion bruyante : il peut y avoir des claquements, des bruits qui indiquent que la succion se brise.

Évaluer la succion

Une manière assez simple d'évaluer la succion est de présenter un doigt (gant, ongle court, pulpe tournée vers le haut) sous le nez du bébé en lui expliquant ce qu'on lui propose de faire et en lui demandant s'il accepte de coopérer. Les bébés qui ont une succion efficace happent le doigt et l'on sent la langue faire gouttière pour plaquer le doigt sur le palais dur.

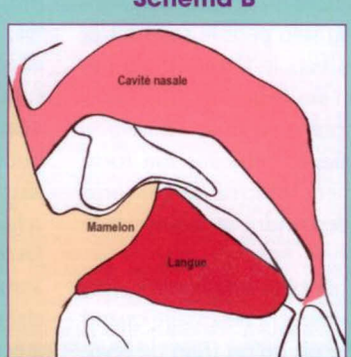
Or, chez les bébés qui ne savent pas téter, la langue vient parfois buter au bout du doigt et l'on sent la mâchoire serrer le doigt au niveau de la phalange proximale. On voit aussi parfois des bébés qui gardent le doigt à l'entrée de la bouche, sans l'emmener plus loin. Ils vont se comporter de la même façon avec le mamelon, ce qui explique qu'ils ne peuvent

Schéma A



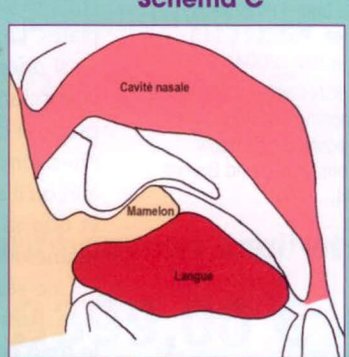
Prise du sein correcte : la langue plaque le mamelon au palais presque jusqu'au point de jonction entre palais dur et palais mou.

Schéma B



La langue ne plaque pas le mamelon contre le palais dur jusqu'au point de jonction avec le palais mou : le mamelon prend une forme de biseau, les canaux ne sont pas bien drainés : le bébé peut manquer de lait, la langue râpe le mamelon et entraîne des crevasses.

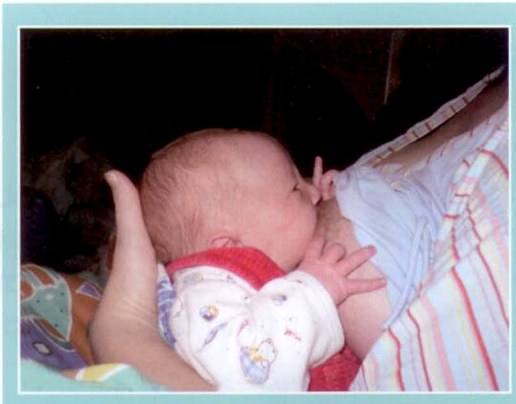
Schéma C



Une ankyloglossie ne permet pas à l'enfant de plaquer correctement le mamelon contre le palais dur : la mâchoire pince la base du mamelon ce qui entraîne des douleurs chez la mère et un manque de lait pour le bébé.

I. Steffan d'après D. Ramsay

Isabelle STEFFAN-ROBERT



Le bébé a une prise du sein asymétrique, la bouche est très largement ouverte, la tête est défléchie dégageant ainsi le nez, le menton est dans le sein. La mère est penchée en arrière afin que son bébé épouse la forme de son corps et sa main est simplement posée au niveau de la nuque (elle ne porte pas le bébé) de façon à libérer la tête. (on peut noter que la main est ici un peu haute).

Bibliographie

1 COLSON Susan. Allaitement, comportements innés ou compétence à acquérir? Dossiers de l'allaitement HS, mars 2011.

2 CORYLLOS Élisabeth. L'impact de l'ankyloglossie sur l'allaitement : évaluation, incidence et traitement. Dossiers de l'allaitement HS, mars 2008.

3 GEDDES D.T., LANGTON D.B., GOLLOW I., JACOBS L.A., SIMMER K. The effect of frenulotomy on breastfeeding infants with ankyloglossia : milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound, Pediatrics, in press (2008)

4 NEWMAN Jack, PITMAN Teresa. La Prise du sein et autres clefs de l'allaitement réussi. Éditions du Hêtre, 2010.

5 NEWMAN Jack, Using a Lactation Aid – Version française, février 2005 par Stéphanie Dupras, IBCLC, RLC http://www.lllfrance.org/Feuillets-du-Dr-Jack-Newman/Utilisation-d-un-dispositif-d-aide-a-la-lactation-DAL-ou-dispositif-d-aide-a-l-allaitement.html

6 RAMSAY DT, KENT JC, HARTMANN RA and HARTMANN PE (2005) Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. Journal of anatomy, 206 : 525-534

7 RAMSAY D.T., KENT J.-C., OWENS R.A. and HARTMANN P.E. Ultrasound imaging of milk ejection in the breast of lactating women. Pediatrics 113 : 361 - 367 (2004)

8 WATSON GENNA Catherine. Supporting sucking skills in breasfeeding infants. Éditions Jones and Bartlett, 2008.

Photos : LLL France.

pas s'accrocher au sein ou qu'ils ne peuvent pas garder longtemps le mamelon en bouche et le lâchent à plusieurs reprises. On peut aussi remarquer que la bouche n'est pas grande ouverte et que la langue ne fait pas le travail demandé.

Très souvent la langue abîme le mamelon, provoquant alors des crevasses. Il arrive aussi que cette succion inefficace draine mal le sein provoquant mastite et canaux bouchés.

On recherchera si un frein de langue postérieur ou un frein de lèvre n'est pas la cause du peu de mobilité de la langue.

Parfois, ce sont tout simplement des bébés qui ont été confrontés au départ à un **réflexe d'éjection très fort** (REF) et/ou à une hyperlactation qui ne leur a pas permis de développer leurs compétences au niveau de la succion. Ils avaient juste à se "brancher" au sein et le lait coulait à flot sans avoir d'effort particulier à fournir. Le lait coulant beaucoup trop vite pour eux, ils ont dû développer des "stratégies" pour ne pas s'étrangler sous le flot de lait (en plaçant leur langue devant ou en pinçant un peu le mamelon).

Certains bébés, stressés par le flux très fort du lait, comblent leurs besoins de succion sur leurs doigts ou une sucette et les parents sont ravis d'avoir un bébé si sage qui espace ses tétées. Ce qui semblait fonctionner les premiers mois (le bébé prenait du poids) aboutit au fil des semaines à une nette baisse de la lactation.

Quelles solutions apporter ?

Diverses pistes pourront être suggérées à la mère afin d'optimiser la prise du sein : on veillera à ce que la tête du bébé soit défléchie afin que sa bouche puisse se placer sur le sein de façon asymétrique (le menton dans le sein et le nez dégagé). En enlevant le coussin d'allaitement et en adoptant la position de la madone inversée (le bébé est posé sur l'avant-bras. les jambes vers le creux du coude de sa mère, la main de la mère le soutient au niveau des omoplates. La main du côté du sein peut le soutenir et ainsi orienter le mamelon vers le filtrum du bébé) la succion s'améliore bien souvent. Susan COLSON propose que la mère adopte la position « *Biological Nurturing* » : semi-allongée, le bébé sur son torse afin qu'il épouse parfaitement la forme de son corps et que sa langue puisse descendre et maintenir le mamelon en place.

Une séance d'ostéopathie peut améliorer la succion. Parfois, une freinectomie sera nécessaire quand le frein de langue est serré ou qu'un frein de lèvre ne permet pas au bébé de bien s'accrocher au mamelon. Dans les cas où les parents ne souhaitent pas que soit effectuée une freinectomie, ou quand le rendez-vous chez l'ORL est encore loin, on peut essayer d'optimiser la prise du sein avec le port de bouts de sein en silicone en s'assurant qu'ils sont à la bonne taille et combinés éventuellement avec l'utilisation d'un dispositif d'aide à la lactation (DAL) pour encourager le bébé à téter.

Pour maintenir une lactation adéquate, il est important que la mère soit informée qu'elle devra tirer son lait régulièrement afin de compenser la succion inefficace de son bébé.

Certains exercices permettront d'apprendre au bébé à mieux utiliser sa langue :

- En plaçant le bébé face à son père ou à sa mère et en lui proposant de l'imiter en ouvrant grand la bouche et en lui tirant la langue ;
- En massant la langue avec l'index de façon à ce que le bébé étire sa langue en forme de gouttière ;
- En "marchant sur la langue" avec des petites pressions de l'index.

Quand le bébé ne peut pas du tout attraper le sein, une solution alternative pourra être proposée aux parents : le bébé s'alimentera tout en rééduquant sa succion à l'aide d'un DAL réalisé avec une sonde fixée sur le doigt à l'aide d'un adhésif et plongée dans un récipient contenant du lait maternel. Au fil des jours (et des semaines parfois) le bébé apprendra à téter et comprendra comment s'accrocher au mamelon.

Les parents qui vivent cette situation ont besoin de beaucoup de soutien car c'est extrêmement difficile pour une mère de voir son bébé refuser le sein. Pour leur permettre de retrouver des sensations et une relation agréable, le peau à peau est magique et il favorisera la proximité avec le sein pour aider l'enfant à trouver la façon de téter efficacement. L'explication claire des causes mécaniques du problème permettra aux parents de comprendre la situation et de mettre en œuvre leurs propres stratégies permettant de poursuivre l'allaitement malgré les difficultés car, comme le dit si bien Jack NEWMAN « *les bébés apprennent à téter en tétant et les mères apprennent à allaiter en allaitant* ».