

Cas cliniques ... cas cliniques

Hyperlactation : la conséquence de règles trop strictes ?

Hyperlactation : how left-brained « rules » for breastfeeding can wreak havoc with a natural process. CM Smillie, S Hetzel Campbell, S Iwinski. *Newborn Infant Nurs Rev* 2005 ; 5(1) : 49-58.

Il y a 50 ans, toutes les mères qui allaitaient s'entendaient répéter de ne mettre leur enfant au sein que toutes les 4 heures. En conséquence, la plupart des enfants ne recevaient pas suffisamment de lait, et les mères passaient rapidement à l'alimentation au lait industriel. Encore aujourd'hui, de nombreuses femmes reçoivent des conseils variés, qui ont souvent pour principal point commun de ne se fonder sur aucune base scientifique sérieuse, et elles sont habituellement considérées comme responsables des problèmes d'allaitement qui en résultent. Les auteurs travaillent dans une consultation d'allaitement, et ils ont eu l'occasion de voir environ 2800 mères allaitantes ces 8 dernières années. La moitié de ces femmes avaient des problèmes liés à leur production lactée surabondante. L'hyperlactation a été décrite pour la première fois en 1988 par Woolridge et Fisher. Ces auteurs ont aussi montré que les nourrissons peuvent réguler leurs apports, pour peu qu'on s'abstienne d'appliquer des règles strictes à l'allaitement. Les auteurs font le point sur ce que leur expérience professionnelle leur a permis de constater.

La mère peut évoquer des symptômes variés chez son enfant : il semble affamé en permanence, tête mal, s'étrangle au sein, se débat pendant les tétées, souffre de « coliques » importantes, régurgite beaucoup, a des selles explosives, éventuellement vertes ou mousseuses... Souvent, la prise de poids est très rapide, tout au moins au début. Plus rarement elle est insuffisante. Certaines tétées peuvent se passer mieux que d'autres. Dans l'ensemble, la mère est déroutée par le comportement de son bébé. Elle peut également avoir des problèmes de mamelons douloureux, des engorgements ou des mastites à répétition. Beaucoup d'entre elles pensent qu'elles n'ont pas assez de lait, et cherchent à augmenter leur production lactée, ce qui aggraverait les symptômes. Lorsque la mère se présente en consultation, l'enfant a le plus souvent entre 3 et 6 semaines, mais dans certains cas le problème a débuté dès 10 à 15 jours. Les auteurs estiment que ce syndrome est induit par des interférences avec le processus physiologique normal de l'allaitement.

La production lactée est régulée par la demande de l'enfant, et la réponse de la mère à cette demande. La fréquence avec laquelle les seins sont stimulés et « vidés » régule la rapidité de synthèse du lait. Lorsque les seins sont « pleins », un facteur autocrine intervient pour ralentir à court terme la production lactée. La capacité de stockage mammaire, et donc la quantité de lait disponible au moment de la tétée, est l'un des facteurs qui affecteront la fréquence avec laquelle le bébé aura besoin de téter pour obtenir suffisamment de lait. De son côté, l'enfant régule la production lactée en fonction de son appétit. Le fait que la mère décide de quand son bébé doit téter, et pendant combien de temps, pourra interférer avec ce processus. Lorsque les besoins de l'enfant sont mal compris ou mal interprétés, ou que des règles inadaptées sont appliquées, le mécanisme physiologique de régulation de la production lactée pourra se dérégler.

Il est nécessaire de suivre de près les apports de l'enfant pendant les premières semaines (urines, selles). Toutefois, la nécessité de ce suivi peut renforcer l'angoisse de la mère liée à sa peur de ne pas avoir suffisamment de lait. Une situation très souvent rencontrée est celle de la mère qui met son enfant au premier sein pendant une durée arbitrairement décidée, puis le met à l'autre sein ; l'enfant reçoit une grande quantité de lait, mais un lait pauvre en lipides et riche en lactose. Il sera rapidement affamé à nouveau. La mère le fera téter à nouveau selon le même schéma, ce qui stimulera de plus en plus la production lactée. Pour rompre ce cercle vicieux ou prévenir sa survenue, il est nécessaire de ne pas laisser nos raisonnements culturels interférer avec l'instinct de la mère et l'observation du bébé qui sait manifester ses besoins.

Un cas clinique

Cette mère vient consulter avec son bébé de 5 semaines 1/2. Elle a les seins globalement sensibles, les mamelons douloureux, et des écoulements de lait. Le bébé souffre de « reflux », veut téter tout le temps, a beaucoup de coliques et de gaz, est très agité pendant les tétées, qui sont visiblement très difficiles pour lui ; il tousse, s'étrangle, avale beaucoup d'air. La mère allaite en respectant strictement la consigne de « 10 mn à chaque sein ». Elle a présenté un épisode de mastite. La prise de poids de l'enfant est très rapide : 3996 g à la naissance, 5670 g à 1 mois. Il a 8 à 10 selles aqueuses quotidiennement.

Les mamelons de la mère sont irrités, des masses sont palpables dans les seins. Les mamelons présentent des signes de compression après la tétée. Le bébé pèse 6370 g le jour de la consultation. Il est très tonique et agité. La prise du sein par l'enfant est douloureuse pour la mère, mais la douleur s'atténue pendant la tétée. L'enfant tète en rentrant le nez dans le sein pour tenter de ralentir le flot de lait. Il avale bruyamment, en grognant ; régulièrement il lâche le sein, laisse dégouliner le lait, puis le reprend. Il tète pendant peu de temps le sein gauche, où il prend 70 g. Il refuse de prendre l'autre sein, visiblement encore affamé mais trop stressé pour téter.

On conseille à la mère diverses mesures pour le traitement de ses mamelons douloureux, et on lui suggère de ne pas mettre son bébé au sein pendant quelques jours, le temps que les mamelons guérissent. La mère tirera son lait en « vidant » les seins au maximum, à intervalles suffisamment espacés. Les mises au sein seront ensuite reprises en se guidant sur le comportement de l'enfant. 10 jours plus tard, les tétées se passaient beaucoup mieux. Le reflux et les coliques ont disparu en 2 semaines.

Hypoplasie mammaire

Breast hypoplasia and breastfeeding : a case history. V Thorley. Breastfeed Rev 2005; 13(2): 13-16.

L'hypoplasie mammaire est un problème anatomique rare, qui peut avoir pour conséquence une production lactée insuffisante, et une faible prise de poids chez l'enfant allaité. Un examen des seins pendant la grossesse pourra la dépister : seins tubulaires (cylindriques plutôt que coniques), largement espacés, avec une aréole surdéveloppée par rapport au reste du sein, absence de modifications pendant la grossesse (ou modifications minimales). L'hypoplasie peut être bilatérale ou unilatérale, avec asymétrie marquée entre les seins. Elle peut être globale, ou concerner uniquement une partie des seins. L'auteur décrit l'expérience d'allaitement d'une mère présentant une hypoplasie mammaire.

Cette multipare de 35 ans s'est présentée en consultation d'allaitement pendant sa grossesse. Après la naissance de son premier enfant, elle avait commencé à allaiter. Elle est sortie très rapidement de maternité, mais le bébé a été réhospitalisé à J3 pour le traitement d'un ictere, et a été nourri au lait industriel, tandis que la mère essayait en vain de tirer son lait. Après son retour au domicile, l'enfant a été nourri plus ou moins complètement au lait industriel, mais la mère a continué à le mettre au sein, et l'enfant a tété jusqu'à 4 ans.

Après la naissance de son second enfant, on a prescrit à cette mère du métoclopramide pour augmenter sa production lactée, sans le moindre résultat. A 2 semaines post-partum, le bébé n'avait toujours pas repris son poids de naissance. Sur les conseils d'une sage-femme, la mère a commencé à le supplémenter à l'aide d'un tube de gavage fixé sur une seringue remplie de lait industriel, et posé sur le sein. A l'âge de 5 semaines, le bébé a été hospitalisé en raison de vomissements très importants, et il a été opéré d'une sténose du pylore. Là encore, l'enfant a été par la suite essentiellement nourri au lait industriel donné au DAL posé sur le sein, et il a pris le sein jusqu'à environ 4 ans. 3 jours après la naissance de son 3^{ème} enfant, un professionnel de santé a examiné les seins de la mère, et a déclaré qu'elle ne pourrait pas allaiter ; il a recommandé à la mère de nourrir le bébé au biberon avec une tétine longue, car cela « améliorerait la succion de l'enfant ». Lorsque la mère a voulu reprendre les mises au sein, le bébé a catégoriquement refusé en dépit de tous les efforts de la mère.

Pendant sa 4^{ème} grossesse, la mère a décidé de consulter pour savoir s'il n'était pas possible de trouver une cause à sa production lactée insuffisante, et d'y remédier, même si elle avait plus ou moins accepté l'idée d'un allaitement « affectif » plutôt que nutritionnel. L'examen des seins a permis de constater une hypoplasie marquée, avec un intervalle de 12 cm entre les seins. La consultante en lactation a confirmé qu'il était effectivement inenvisageable d'allaiter

exclusivement, mais que la mère pouvait parfaitement envisager d'allaiter son enfant pendant plusieurs années, même si le lait pris par l'enfant était du lait industriel. La mère a nourri son bébé au sein avec un DAL jusqu'à 6 mois 1/2, puis a continué à le nourrir au biberon ; l'enfant a continué à prendre le sein pour son réconfort, jusqu'à environ 2 ans, âge auquel la mère a décidé de le sevrer : elle était à nouveau enceinte, et l'augmentation de la sensibilité des seins rendait les tétées douloureuses.

La mère a de nouveau allaité ce 5^{ème} enfant avec un DAL sur le sein, jusqu'à environ 4 mois. A cet âge, le bébé a commencé à préférer recevoir le lait industriel au biberon plutôt qu'au DAL. La mère a poursuivi les mises au sein. Après la naissance, l'enfant précédent avait recommencé à réclamer le sein de temps à autre. 7 mois après la naissance de son 5^{ème} enfant, la mère co-allaitait ses 2 derniers enfants, une situation qu'elle trouvait très gratifiante émotionnellement, même si elle produisait très peu de lait.

Si l'enfant continue à perdre du poids après J10, s'il n'a toujours pas repris son poids de naissance à 3 semaines, s'il présente des signes de déshydratation pendant les premières semaines, le déroulement de l'allaitement doit être passé soigneusement en revue. Cela doit inclure un examen des seins à la recherche d'une éventuelle hypoplasie, même si cette cause n'est pas la plus fréquente. En pareil cas, on peut se poser la question de l'intérêt de la poursuite des mises au sein : doit-on encourager la mère à allaiter ?

Si une mère est fortement motivée pour allaiter, tout devra être fait pour l'aider et l'encourager, tout en restant réaliste sur ce qui pourra être fait en pratique. Même une quantité minimale de lait maternel sera bénéfique pour l'enfant. L'utilisation d'un DAL sur le sein permettra à l'enfant d'être adéquatement nourri, tout en bénéficiant des avantages physiologiques et émotionnels de l'allaitement. Le fait de pouvoir « nourrir au sein » son enfant pourra également être gratifiant pour la mère, même si l'essentiel du lait pris par l'enfant est du lait industriel. La situation sera évaluée au cas par cas. On prendra des mesures pour optimiser la production lactée. La croissance de l'enfant sera suivie.



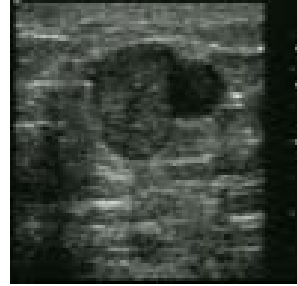
Bébé utilisant un DAL au sein
Modèle commercialisé par :
Medela France Sarl
14 rue de la Butte Cordière
91154 Etampes Cedex
Tél : 01 69 16 10 30
www.medela.fr

Ce cas démontre qu'une relation d'allaitement longue et gratifiante est possible même en cas d'hypoplasie mammaire importante. Et dans d'autres cas moins sévères, la mère pourra produire un pourcentage appréciable du lait dont l'enfant a besoin. Un suivi adapté permettra à une telle mère de « réussir » son allaitement, et à l'enfant d'avoir une croissance normale.

Abcès du sein chez la femme allaitante : Traitement guidé par échographie.

Breast abscess in lactating women : US-guided treatment. D Ulitzsch, MKG Nymanet Richard, A Carlson.
Radiology 2004 ; 232 : 904-909.

Les abcès du sein représentent une complication possible des mastites, en particulier en cas de traitement tardif ou inadapté. Le germe le plus souvent en cause est un *Staphylocoque doré*. Lors de l'évaluation clinique, l'abcès du sein peut échapper au diagnostic en raison d'un épisode de mastite grave, ou être difficile à diagnostiquer à cause de l'engorgement et de la sensibilité, ou une localisation profonde de l'abcès dans le tissu mammaire. Les abcès sont traditionnellement traités par drainage chirurgical, pratiqué habituellement sous anesthésie générale de la patiente. Des rapports récents ont décrit l'efficacité du traitement des abcès du sein par ponction ou par mise en place d'un cathéter, sous guidage échographique, en tant qu'alternative à la méthode traditionnelle. Le but de cette étude rétrospective était d'évaluer l'efficacité d'un traitement des abcès du sein par ponction guidée par échographie ou par pose d'un cathéter.



Zone hypoéchogène (contenu trouble et épais)

108 femmes allaitantes, âgées de 32 ans en moyenne, et chez qui un abcès du sein était suspecté cliniquement (masse palpable chez une femme souffrant de mastite) ont passé une échographie mammaire. La mammographie ne devrait pas être employée pour diagnostiquer les abcès aigus chez les femmes allaitantes en raison de la douleur provoquée. Les changements causés par l'inflammation peuvent également entraîner une augmentation de l'opacité, ce qui peut cacher des lésions focales. L'échographie doppler couleur a été effectuée par l'un des 5 radiologues expérimentés ayant participé à l'étude en utilisant les critères diagnostiques d'échogénéité, d'épaississement cutané, d'augmentation de la vascularité, de ganglions lymphatiques réactifs, et de dilatation lymphatique. Le diagnostic a été établi sur la constatation d'une lésion hypoéchogène ronde ou ovale, non vascularisée, avec renforcement acoustique postérieur. L'origine infectieuse a été confirmée par prélèvement et culture bactériologique. 89% des abcès contenaient un *S. doré*, 4% un *Streptococcus pyogenes*, 4% un *Peptococcus*, et 2% à la fois un *S doré* et un *Streptocoque bêta*.

65% des femmes présentant un abcès étaient primipares, et le diagnostic a été effectué en moyenne à 5,4 semaines post-partum. 56 abcès ont été identifiés à l'échographie chez 43 femmes. 79% des femmes présentaient un abcès, 14% en présentaient deux, 5% en présentaient trois, et 2% en présentaient quatre. Quatre patientes présentaient des abcès bilatéraux. Tous ces abcès ont été traités sous guidage par échographie : 23 par

ponction et 33 par drainage par cathéter. La méthode de traitement était déterminée en fonction de la taille de l'abcès : ponction pour les abcès de diamètre maximum inférieur à 3 cm ; mise en place d'un cathéter pour les abcès de diamètre maximum égal ou supérieur à 3 cm. Le diamètre maximum moyen des abcès traités par ponction était de 2,2 cm (diamètre compris entre 1 et 4 cm). Le diamètre maximum moyen des 33 abcès traités par mise en place d'un cathéter guidée par échographie était de 5,2 cm (diamètre compris entre 3 et 10 cm).

Tous les abcès ont été nettoyés par irrigation de sérum physiologique, et des échographies de contrôle ont été effectuées tous les quelques jours jusqu'à disparition de la cavité. Une patiente traitée par ponction a subi une intervention chirurgicale par la suite ; pour toutes les autres femmes, l'intervention guidée par échographie s'est révélée efficace. La mise en place du cathéter a été bien tolérée (note moyenne de la douleur évaluée par 22 femmes sur une échelle subjective de la douleur allant de 0 à 10 : 2,3). Un analgésique systémique a dû être administré à 17% des femmes traitées par mise en place d'un cathéter. Celui-ci a été laissé en place pendant une durée moyenne de 6,4 jours (de 1 à 25 jours). La durée d'hospitalisation moyenne pour le groupe traité par mise en place d'un cathéter était de 5 jours (durées d'hospitalisation comprises entre 2 et 9 jours). 15% des abcès traités par cathéter ont récidivé et ont été à nouveau traités efficacement sous guidage par échographie. Aucune récidive n'a nécessité d'incision chirurgicale ou de drainage.

Sur les 29 femmes traitées par drainage par cathéter dont les dossiers médicaux étaient disponibles, 17 ont poursuivi l'allaitement et 10 ont bénéficié d'un traitement pour interrompre la lactation. 37 femmes ont répondu anonymement à un questionnaire portant sur les résultats esthétiques, entre 38 et 63 mois après le traitement. 94 % d'entre elles se sont déclarées satisfaites.

La principale limitation de cette étude est la décision arbitraire de choisir la limite de 3 cm dans la dimension de l'abcès pour le choix du traitement par ponction ou par cathéter. D'autres études seraient utiles pour voir si cette limite est optimale. Les auteurs concluent toutefois que le traitement des abcès du sein par ponction ou pose d'un cathéter sous guidage échographique constitue un moyen efficace et bien toléré de traitement des abcès du sein.

Allaitement par une mère sous bromocriptine

Breastfeeding a baby with mother on bromocriptine. Verma S, Shah D, Faridi MMA.
Indian J Pediatr 2006 ; 73(5) : 435-36.

La bromocriptine est couramment utilisée pour le traitement des prolactinomes. Dans certains cas, la prise de bromocriptine devra être poursuivie pendant la grossesse, afin d'éviter le risque d'augmentation d'un prolactinome de grande taille. De nombreux spécialistes déconseillent l'allaitement aux femmes souffrant de prolactinome car ils estiment que cela peut l'aggraver ; or, aucune étude n'a jamais constaté d'aggravation induite par l'allaitement. Les auteurs décrivent un cas de femme qui, avec un soutien approprié, a pu allaiter exclusivement son enfant alors qu'elle était sous bromocriptine depuis 6 ans.

Cette femme de 34 ans a accouché d'un bébé de 3,2 kg dans un hôpital de New Delhi. Un prolactinome avait été diagnostiqué 6 ans plus tôt, lors du bilan effectué pour une infertilité. Ce traitement avait permis une première grossesse au bout de 2 ans. On lui a affirmé qu'elle ne pourrait pas allaiter son enfant, et elle l'a donc nourri au lait industriel. L'enfant a souffert de nombreux épisodes de diarrhée et de dysenterie, et il ne pesait que 9 kg à 4 ans. La mère souhaitait allaiter son second enfant, mais se posait beaucoup de questions sur les risques de son traitement pour son bébé ; elle craignait également de ne pas avoir assez de lait. Elle a bénéficié d'excellentes informations sur les pratiques optimales d'allaitement, et sa belle-sœur, qui allaitait elle-même, lui a offert d'allaiter le bébé si la mère avait l'impression qu'il avait trop faim.

La belle-sœur a allaité son neveu à 3 reprises pendant les 2 premiers jours post-partum, mais la mère a réussi à allaiter exclusivement à partir de J3. Sa confiance en elle a augmenté quand elle a constaté que son bébé était calme et satisfait après les tétées. Le nourrisson avait repris son poids de naissance à J10, et sa prise de poids a été parfaitement normale pendant les 5 mois du suivi (il pesait alors 6 kg).

La bromocriptine reste couramment utilisée pour le traitement des prolactinomes. Il existe très peu de données sur son éventuel impact négatif sur le fœtus, mais à l'heure actuelle ce type d'impact n'a encore jamais été rapporté. La bromocriptine est également utilisée pour supprimer la lactation chez les femmes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas allaiter, et on peut

donc se poser des questions sur les chances de réussite de l'allaitement chez une mère traitée par bromocriptine au long cours. Toutefois, une étude de Zhang et al (1996) avait constaté que 75% des mères traitées par bromocriptine pour leur prolactinome arrivaient à allaiter. Ce cas montre lui aussi que l'allaitement exclusif est possible même pour une mère traitée par bromocriptine. Etant donné les nombreux bénéfices de l'allaitement, les mères traitées par bromocriptine pour un prolactinome devraient être encouragées à allaiter, et elles devraient recevoir les informations et le soutien nécessaires pour ce faire.

Prolactinome, grossesse et allaitement

Management of pituitary adenoma in pregnancy. Cheng W, Zhang Z. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 1996 ; 31(9) : 537-9.

Le but de cette étude chinoise était d'évaluer l'impact du traitement des prolactinomes pendant la grossesse et l'allaitement.

Pour cette étude clinique rétrospective, 41 femmes souffrant de prolactinome ont été incluses. La prévalence de survenue d'un prolactinome pendant la grossesse est de 1,02%. 85,7% des femmes prenaient de la bromocriptine avant leur grossesse. 39% des femmes ont présenté des symptômes neurologiques pendant leur grossesse. Dans cette étude, 30 femmes (73%) ont poursuivi leur traitement par bromocriptine pendant la grossesse. Aucun effet secondaire n'a été constaté chez les enfants. 75% des femmes ont allaité sous bromocriptine, sans qu'aucun problème soit rapporté.

La poursuite d'un traitement par bromocriptine pendant la grossesse et l'allaitement s'est avérée efficace pour contrôler les signes cliniques du prolactinome, et n'a induit aucun effet négatif chez les enfants allaités. L'allaitement ne doit pas être contre-indiqué à ces mères.

Utilisation au long cours d'un bout de sein

Long term nipple shield use. Jennifer Cassini. Lactnet, 14 Jan 2005.

Cette femme avait les deux mamelons totalement rétractés. Elle voulait absolument allaiter, mais lorsque son premier enfant est né, elle n'a pas réussi à le mettre au sein en dépit de tous ses efforts. En désespoir de cause, elle a utilisé un bout de sein, ce qui a permis à son bébé de prendre le sein. Elle a progressivement supprimé les bouts de sein au bout de 2 semaines, car ses mamelons ressortaient et son bébé arrivait à prendre directement le sein. Elle a allaité cet enfant jusqu'à environ 2 ans. Son second enfant est né à 28 semaines. Ses mamelons s'étaient invaginés à nouveau après le sevrage de son premier enfant, mais elle n'a pas eu besoin d'utiliser à nouveau un bout

de sein : elle tirait son lait. C'était douloureux, mais elle a pu allaiter exclusivement cet enfant. Lorsqu'il est sorti du service de néonatalogie, 3 mois après sa naissance, elle a poursuivi l'allaitement directement au sein, et l'a allaité pendant 18 mois. Lorsque son 3^{ème} enfant est né, elle a dû réutiliser des bouts de sein pour permettre à son bébé de prendre le sein. Elle les a progressivement supprimés à partir de 3 semaines post-partum. Cet enfant est toujours allaité actuellement. L'auteur conclut que si les bouts de sein sont bien souvent donnés sans raison valable, ils peuvent dans certains cas constituer une aide appréciable, et permettre la poursuite de l'allaitement.

Utilisation du lait humain chez un adulte immunodéprimé

An extraordinary odyssey to health ! K Farmer. LLL International Conference, July 2005, Washington.

Ce pompier américain était très souvent malade depuis sa petite enfance (fréquentes otites, allergies...), et avait donc subi de nombreux traitements antibiotiques. Avec les années, il était devenu asthmatique. Il a subi un accident qui a provoqué une rupture hépatique, qui s'est surinfectée. Il a été hospitalisé de nombreuses reprises pour le traitement de cette infection qui non seulement récidivait régulièrement, mais induisait des infections à distance (conjonctivite persistante, pneumonie, endocardite...) jusqu'au jour, 2 ans après l'accident, où on lui a dit que les germes responsables de ces infections étaient malheureusement devenus résistants à tous les antibiotiques connus.

Il s'est alors tourné vers les médecines alternatives. Il a modifié son alimentation, et a commencé à prendre divers suppléments nutritionnels. Son état de santé s'est amélioré, mais son système immunitaire restait profondément déprimé, en dépit des thérapies de chélation, de la prise de vitamines en IV, des traitements chiropractiques... Et un jour, un immunologiste lui a suggéré d'essayer de prendre du lait maternel ; il avait en effet lu un article sur le don de lait humain pour le traitement d'une immunodépression chez des adultes.

Ce malade a fait part de cette suggestion à son médecin traitant. Ce dernier lui a fait une ordonnance pour du lait maternel, qu'il a portée au lactarium local. Une semaine plus tard, la prescription était approuvée, et il a reçu son premier échantillon de lait maternel. Comme il n'existait aucun protocole pour ce type d'utilisation du lait humain, il a donc commencé à prendre au hasard environ 115 ml par jour 4 jours par semaine. Il a pris la première dose le matin à jeun, accompagné d'enzymes digestives prescrites par le médecin.

Au bout de 6 semaines de prise de lait humain, il a constaté une nette amélioration de son état de santé. Il a pu reprendre son travail à temps plein. 3 mois après le début du traitement, il s'est blessé à l'épaule dans le cadre de son travail, et la plaie s'est gravement infectée en l'espace de quelques heures. Le médecin lui a recommandé d'augmenter la consommation de lait humain à 115 ml 2 fois par jour, et d'appliquer du lait humain sur son épaule 3 fois par jour. Au bout de 24 heures, l'infection locale commençait à régresser, et elle a guéri en une semaine. L'auteur a de même commencé à mettre du lait humain dans ses yeux, avec pour résultat la disparition de sa conjonctivite purulente chronique ; il s'en est pulvérisé dans les narines, ce qui a induit la disparition des sinusites chroniques et des otites en l'espace de 2 semaines. Son bilan immunologique est progressivement revenu à la normale.

Il a actuellement cessé de prendre quotidiennement du lait humain. Il en prend uniquement lorsqu'il lui arrive d'être malade, ainsi qu'en cures occasionnelles pour stimuler son système immunitaire, à faible dose. Cela lui permet, lorsqu'il présente un quelconque problème infectieux, de guérir rapidement au lieu de voir les infections traîner pendant des mois comme auparavant. Il est profondément reconnaissant aux centaines de mères dont le lait l'a aidé à guérir. Il donne régulièrement des conférences auprès de professionnels de santé pour exposer son cas. Il souhaite faire passer le message suivant, sur l'importance vitale du lait humain : « Si la prise de juste 115 ml de lait humain 4 fois par semaine a permis à un adulte de 85 kg de reconstruire son système immunitaire, pensez à ce que cela fera à un bébé de 5 kg – ou à un prématuré de 1 kg – de recevoir cette quantité et plus tous les jours. »

Programme Relais Allaitement de La Leche League

Un programme de soutien à l'allaitement et de renforcement des compétences parentales spécifiquement adapté aux milieux défavorisés.



Ce programme est conçu pour permettre à des professionnels (de santé, de la petite enfance et à des opérateurs sociaux) de **créer et d'animer des réseaux d'Accompagnantes à l'allaitement**.

Nous sommes à la disposition des professionnels, institutions ou associations pour une étude de faisabilité.

Nous assurons la **formation** de ces professionnels (Responsables de réseaux) et le **suivi** du programme. Supports pédagogiques, documentations et journées de suivi sont fournis et assurés pendant 3 ans.

Nos formatrices : Elles sont actives dans le domaine de la formation, ont une expérience approfondie du soutien de mère à mère et sont consultantes en lactation IBCLC.

PraLLL

87, rue de Paris - 92110 Clichy
PRALLL@illfrance.org

☎ 01 47 37 41 46

Organisme de formation Continue
déclaré sous le n° 11 78 011 46 78