

Référentiel Allaitement : Annexe

Administration des compléments

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1	03/2021	Création
N°2	01/2024	Révision et mise à jour

Indexation : 2024_Ref_Allaitement_annexe_complements, référentiel accessible sur www.perinatalite-occitanie.fr

Seule la version informatique fait foi.

Périodicité de révision : 5 ans

- ✓ **Rédaction :** Copil allaitement du RPO
- ✓ **Relecture :** Copil allaitement du RPO
- ✓ **Validation :** Conseil scientifique RPO du 23/01/2024

Objet	ANNEXE 1 du référentiel Allaitement Maternel du RPO : Selon la recommandation N° 6 de la déclaration conjointe OMS/UNICEF de 1989 : <i>"Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, <u>sauf indication médicale.</u>"</i>
Domaine d'application	Ce référentiel s'adresse aux équipes des maternités. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.
Documents de référence	¹ CODE INTERNATIONNAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL, recommandations IHAB, OMS et UNICEF ² Étude Ekstom 2003 ³ Cours DIULHAM 2012 ⁴ article Cofam avril 2019 « Promotion de l'allaitement maternel pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant le séjour à la maternité » ⁵ ABM Clinical Protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. Kellams A et al. Breastfeed Med 2017; 12(4) 188-9. ⁶ C. Dupont, A. Bocquet, S. Brancato et al., Cow's milk-based infant formula supplements in breastfed infants and primary prevention of cow's milk allergy: A commentary of the Committee on Nutrition of the French Society of Pediatrics, Archives de pédiatrie (2023),

	Photos extraites du livre « Allaitement maternel - Précis de pratique clinique », collectif coordonné par Evelyne MAZURIER et Martine CHRISTOL et utilisées avec l'aimable autorisation de Sauramps Médical.
Abréviations utiles	PPN préparation pour nourrisson

Table des matières

I.	Contexte	2
II.	Impacts d'administration des compléments de PPN ³	2
III.	Indications médicales ^{4,5}	3
1.	Indications liées à un NN à risque, non réveillable et dont la mesure de la glycémie capillaire par la technique du Dextro est pathologique	3
2.	Autres indications :	3
IV.	Mauvaises indications ⁵	3
V.	CAT	4
VI.	Et si le complément était donné autrement que par le biberon ?	4
1.	Le Nouveau-né sait téter : utilisation du DAL en 1 ^o intention	4
2.	Le Nouveau-né ne sait pas téter	5
VII.	Volume à administrer	5

I. Contexte¹

Nous utilisons ici le terme de « PPN » ou « complément », communément appelé en France. Le terme « supplément » est utilisé par les anglo-saxons à la place de notre terme « complément ».

Un complément à l'allaitement maternel est un indicateur de difficultés, qu'il faut savoir identifier, dont l'impact lorsqu'il est administré est associé à :

- Une durée d'allaitement plus courte,
- Une baisse de confiance à la mère dans ses capacités à allaiter.

Les compléments donnés sans raison médicale réduisent d'1 mois l'allaitement exclusif.²

Le colostrum et le lait de mère sont à prioriser dans la mesure du possible avant toute administration de complément par PPN.

Recommandations N°5 : "Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson."



cf fiche Technique de l'expression manuelle/ du tire-lait (p. 61 du référentiel allaitement)

II. Impacts d'administration des compléments de PPN³

- Une modification de la flore intestinale, avec des risques d'allergie et infection pour le nouveau-né. Le microbiote intestinal met 2 à 3 semaines pour retrouver son état initial après l'administration d'un complément.

- Un risque d'allergies aux protéines de lait de vache.
- Lorsque le complément est donné chez un nouveau-né sans hypoglycémie, il induit une réaction inverse : survenue d'une hypoglycémie (par augmentation réactionnelle de l'insuline et diminution de la cétoxygénèse = diminution dans la capacité du nouveau-né à utiliser les carburants alternatifs.)
- Une diminution de la fréquence des tétées, risque d'engorgement et de stase lactée, risque de mastite et d'abcès.
- Une diminution de la production de lait qui peut induire rapidement une insuffisance de lait secondaire
- Des interférences potentielles dans l'apprentissage de la succion au sein.
- Un risque de préférence pour la tétine du biberon

III. Indications médicales^{4,5}

1. Indications liées à un NN à risque, non réveillable et dont la mesure de la glycémie capillaire par la technique du Dextro est pathologique

Sur avis pédiatrique le complément peut être nécessaire (cf protocole de l'établissement en vigueur)

2. Autres indications :

- **INDICATIONS LIEES LA MERE :**
 - CI transitoire à l'allaitement maternel (médication transitoire, examens...)
 - Séparation mère-enfant transitoire avec lait de mère indisponible
 - Absence de lait de transition APRES > 72h (pas de signes ressentis pas de changement de couleur de lait)
 - Tétées douloureuses tout au long de la tétée et lait maternel indisponible non soulagées par l'optimisation de la prise en bouche
- **INDICATIONS LIEES A L'ENFANT :**
 - Hypoglycémie objectivée (recherchée chez un nouveau-né à risque d'hypoglycémie)
 - Pertes de poids (8-10%) ET avec signes cliniques tels que :
 - **Déshydratation (T°>38)**
 - **Ictère traité,**
 - **Transfert de lait inefficace :**
 - **Après H 48 :** enfant très agité après les tétées ou enfant endormi, ne se réveillant pas spontanément (économie d'énergie)
 - **Après H72 :** selles méconiales, ou urines rares foncées sans signe de lactogénèse 2
 - Perte de poids **ET retard de lactogénèse 2 (retard de montée de lait) après 72H**
 - Nouveau-né à risque d'hypoglycémie et succion inefficace en l'absence de colostrum ou lait maternel indisponible

IV. Mauvaises indications ⁵

- Faible nombre de tétées < 48h si nouveau-né à terme, bien portant
- Tétées nocturnes fréquentes, nouveau-né en demande (« Nuit de Java »)
- Demande de compléments de la part des parents : dans ces cas, une information éclairée sur la physiologie du nouveau-né et des conséquences de l'administration de compléments doit être apportée

- Accompagnement de l'allaitement par les soignants peu ou mal formés (courtes durées de séjours rendant irréaliste la reprise de poids avant la sortie)

V. CAT

- **Encourager la proximité, le peau à peau**
- **Limiter les dépenses d'énergie (bains, stress...)**
- **Limiter les interventions iatrogènes et désorganisatrices chez le bébé mais aussi chez la mère.**
- Evaluer une pathologie sous-jacente chez le bébé
- Evaluer individuellement le couple mère -enfant : trouver le(s) facteur(s) de risques et observer les tétées (Cf annexe "signes d'alertes")
- Etablir les indications médicales précoces et revoir très régulièrement ces indications

VI. Et si le complément était donné autrement que par le biberon ?

Que le complément soit du lait de mère (ou Colostrum) ou des préparations pour nourrisson, le complément peut être donné autrement que par la technique du biberon. **On doit toujours privilégier le lait de mère aux préparations pour nourrissons lorsque cela est possible.**

1. Le Nouveau-né sait téter : utilisation du DAL en 1^o intention

Le DAL « artisanal » est constitué d'un réservoir de lait (flacon de biberon, seringue) dans lequel est plongée une tubulure (sonde alimentation entérale de petit calibre). L'extrémité de la sonde est glissée à la commissure des lèvres du bébé pendant la tétée. En maternité, c'est ce dispositif qui est le plus souvent utilisé (voir ci-contre).



Il existe aussi un dispositif vendu dans le commerce. Les tubulures sont plus souples, et sont fixées à l'aide d'un adhésif sur le sein en prenant soin de faire dépasser un peu le bout de la tubulure au niveau du mamelon (voir photo ci-contre).

Le DAL au sein apporte au bébé un complément de lait maternel ou préparation pour nourrissons, pendant les tétées. En plus de sa fonction nutritive, il établit, stimule et maintient la lactation. Il donne les moyens à l'enfant de faire un apprentissage de la tétée au sein. On considère que le DAL au sein perturbe moins la succion du bébé que d'autres types d'alimentation alternative au sein.

Le DAL peut être utile quand :

- La lactation de la mère est insuffisante (insuffisance de lactation primaire à la suite d'une pathologie, secondaire à la suite d'une chirurgie mammaire, par ex.)

- Et/ou l'enfant a un trouble de la succion transitoire ou durable qui ne lui permet pas de prendre au sein tout le lait dont il a besoin.

Les limites du DAL au sein :

- Le sevrage du DAL pour revenir à un allaitement exclusif au sein est parfois difficile car la mère peut ressentir une perte de confiance dans ses capacités à allaiter son enfant sans l'accessoire.
- Son utilisation est inappropriée si le bébé ne prend pas le sein en bouche. On a alors recours à la tasse, la seringue ou le DAL au doigt pour nourrir le bébé, la lactation étant stimulée par ailleurs.
- Éventuellement, le DAL peut induire des fausses routes chez les nouveau-nés qui présentent des problèmes de coordination.

Les limites du DAL au doigt :

L'enfant peut ressentir la sonde au doigt comme un système invasif. Le DAL pourrait induire des difficultés pour téter efficacement au sein car il occasionne de nombreuses expériences buccales différentes.

Dans certains services de néonatalogie, le DAL au doigt n'est donné que par l'un des parents.

2. Le Nouveau-né ne sait pas téter

- Petits volumes à donner
 - Tasse ou gobelet : Le bébé est maintenu dans une position semi-verticale, le lait affleurant juste ses lèvres. Au départ, le bébé va laper le lait, et il apprendra progressivement à le boire par petites gorgées. Le lait ne doit jamais être introduit dans la bouche du bébé.
 - Cuillère
 - Pipette et seringue
- Volumes plus importants
 - Biberon-tasse mais utilisation ponctuelle (utilisés dans les troubles de la succion)

VII. Volume à administrer

Analyse individuelle du couple mère-enfant.

Selon l'âge de vie (se fier à la taille de l'estomac).

Doit être évaluée la fréquence de l'administration à court, moyen et long terme.

A réévaluer toutes les 12h.

Il s'agit d'une administration avec indication médicale, la traçabilité est nécessaire (indication, volume administré, type de lait, fréquence).

N.B :

Concernant l'utilisation d'hydrolysats poussés chez le nouveau-né à terme, il n'y a pas à ce jour de consensus international.

Le groupe de travail de nutrition des sociétés françaises de pédiatrie ne valide pas les propositions de la SFA à savoir l'adjonction systématique à tout enfant allaité de 10 ml de PPN par jour. ⁵