

REVUE DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Beginnings

LES LACTARIUMS EN EUROPE

Créer des synergies
pour de meilleurs soins

MANIPULER AVEC PRÉCAUTION

Comment normaliser
la gestion du lait maternel

AUGMENTER LA DOSE

Amélioration de la qualité
pour davantage de lait
maternel dans les unités de
soins intensifs néonatales

LACTARIUMS

Le lait de donneuses n'est pas un luxe !

CELA FAIT PARTIE DE LA THÉRAPIE NUTRITIONNELLE CONFORME AUX LIGNES DIRECTRICES À L'ATTENTION DES BÉBÉS PRÉMATURÉS

Daniel Klotz, membre du conseil d'administration de l'EMBA et néonatalogiste, explique pourquoi chaque centre périnatal devrait envisager la création d'une banque de lait et comment le lait de donneuses peut soutenir l'allaitement maternel.



Pr Daniel Klotz
Membre du conseil d'administration de l'EMBA, membre fondateur du réseau de banques de lait du Bade-Wurtemberg/Allemagne ; Département de néonatalogie et de médecine intensive pédiatrique, Fondation de l'hôpital protestant Bethel, Hôpital universitaire OWL, Université de Bielefeld, Bielefeld, Allemagne

Dr Klotz, pourquoi tous les grands hôpitaux disposant d'un centre périnatal en Europe devraient-ils envisager de créer une banque de lait de donneuses ?

Si, malgré un soutien optimal par l'allaitement et la prise en charge de la lactation, le lait maternel n'est pas disponible en quantité suffisante, le lait de donneuses provenant de banques de lait est l'aliment de substitution idéal. C'est ce que recommandent uniformément l'Organisation Mondiale de la Santé et de nombreuses associations médicales dans le monde.

Le lait maternel est parfaitement adapté aux besoins du nouveau-né. Que peut apporter le lait de donneuses pour aider le nourrisson à se développer ?

Les prématurés nourris au lait de donneuses plutôt qu'au lait infantile présentent un risque nettement plus faible de développer une inflammation gastro-intestinale très grave connue sous le nom d'ECN, qui entraîne souvent des problèmes intestinaux à vie, voire le décès. Des études ont confirmé à plusieurs reprises qu'une alimentation à base de lait de donneuses protège contre cette maladie. Parallèlement, il est prouvé que l'alimentation au lait de donneuses peut protéger les bébés prématurés contre les infections et une maladie oculaire spécifique. Le lait de donneuse est également mieux toléré que les substituts du lait maternel, ce qui favorise la digestion.

Que répondez-vous aux critiques qui affirment que les banques de lait sont un luxe coûteux ?

Imaginez qu'il existe un médicament capable de réduire de moitié l'incidence d'un certain événement grave

entraînant la mort ou une invalidité sévère. L'utilisation de ce médicament serait-elle considérée comme un luxe ? Le lait de donneuses n'est pas un luxe ! Cela fait plutôt partie d'une thérapie nutritionnelle conforme aux lignes directrices pour les bébés prématurés. En ce qui concerne les coûts, il existe des systèmes très différents pour le lait de donneuses en Europe. Dans certains pays, les frais sont remboursés. Dans d'autres cas, c'est l'hôpital qui doit payer. Un bon traitement est coûteux.

L'EMBA propose-t-il des lignes directrices précises pour l'organisation et le fonctionnement d'une banque de lait ? Quel est le rôle des réglementations nationales ?

L'EMBA a formulé des exigences de base pour la création et le fonctionnement des banques de lait, dont certaines ont été incorporées dans diverses lignes directrices nationales. Cependant, la structure et la fonction d'une banque de lait dépendent toujours des circonstances locales et les besoins varient considérablement, tant au niveau national qu'international. Par ailleurs, il n'existe aucune preuve scientifique réelle pour de nombreux aspects de la procédure. Par conséquent, outre les lignes directrices nationales et les dispositions légales obligatoires spécifiques à chaque pays, les bonnes pratiques cliniques jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement d'une banque de lait.

Selon votre expérience personnelle, quels sont les défis liés à la création d'une banque de lait de donneuses ?

La création d'une banque de lait est un processus de longue haleine. Les obstacles à la mise en œuvre résident souvent dans les détails. Les parties prenantes sont nombreuses et tout le monde doit être impliqué. Nous avons constaté que de nombreux employés s'identifiaient au projet de banque de lait de donneuses et qu'ils trouvaient des partisans à tous les niveaux, que ce soit dans les domaines des soins infirmiers, de la technologie ou de l'administration. C'est en fin de compte la clé de notre succès.

Comment les échantillons de lait maternel donnés sont-ils analysés et traités pour garantir leur sécurité et leur qualité nutritionnelle ?

Chaque étape du processus, depuis le recrutement de la donneuse jusqu'à la distribution du lait de la donneuse aux bébés prématurés est décrite par écrit dans des instructions de procédure et tous les employés sont formés en conséquence. Une fois la donneuse approuvée, nous effectuons des analyses microbiologiques sur chaque lot de lait de donneuse avant de le pasteuriser. Chaque lot reçoit un code permettant de le tracer à tout moment et un échantillon de réserve est prélevé et conservé pendant six mois. Le lait est stocké congelé à -25 °C pendant un maximum de six mois avant d'être libéré. Grâce à notre réseau, nous avons un rendement très élevé de près de 1 000 litres par an. Une gestion continue de la qualité et des formations régulières complètent les processus bien rodés.

Vous évoquez le réseau de banques de lait de donneuses que vous avez mis en place dans votre région. Comment cette coopération fonctionne-t-elle en pratique ?

L'objectif de notre réseau est de fournir à tous les bébés prématurés de notre État fédéral du lait de donneuse en cas de besoin. Les hôpitaux participants offrent aux mères de leur région la possibilité de donner leur lait. Le lait donné est ensuite stocké à l'état congelé dans les hôpitaux participants. En tant que l'un des deux centres actuels dans notre État fédéral, nous autorisons les mères à effectuer un don après une analyse de sang, nous collectons le lait dans les hôpitaux participants, nous l'analysons et le traitons, puis

nous le stockons. En cas de besoin, les hôpitaux peuvent récupérer le lait. En regroupant les étapes fastidieuses dans deux centres et en prenant en charge la totalité de la logistique et du suivi du lait, nous abaïssons le seuil d'utilisation du lait de donneuses pour les petits hôpitaux. Pour financer ce système, nous répercutons une partie des coûts sur les membres de notre réseau.

Comment faire en sorte que le lait de donneuses ne soit pas simplement un « autre produit dans le réfrigérateur » ? Les banques de lait peuvent-elles soutenir les taux d'allaitement ?

En principe, le lait de donneuses doit toujours être considéré comme un substitut nutritionnel. Son utilisation n'est donc pas un critère de qualité en soi, mais un instrument permettant d'atteindre notre objectif réel : des enfants en bonne santé qui sont allaités à leur sortie de l'hôpital. C'est pourquoi l'allaitement et la gestion de la lactation sont toujours prioritaires. L'objectif d'une banque de lait est d'être utilisée le moins souvent possible. Des études montrent que les mères démarrent mieux leur lactation et allaitent plus souvent lorsque du lait de donneuse est disponible comme substitut. On ne sait pas clairement si cela est dû au fait que le personnel des hôpitaux ayant accès aux banques de lait est plus concerné par le sujet de l'allaitement et de la lactation, ou si les mères de nourrissons prématurés perçoivent l'« effet de transition » du lait de donneuses comme un soulagement et commencent donc à mieux allaiter. Cela est probablement dû à une combinaison de plusieurs facteurs.

SOMMAIRE

- 02** **Le potentiel des lactariums**
Comment mettre en place une gestion efficace du lait de donneuses
- 04** **Augmenter la dose**
Nouvelles normes pour plus de lait maternel
- 12** **Meilleur cas**
Comment favoriser un allaitement réussi à long terme
- 14** **L'alimentation biologique**
Un moyen de réduire les problèmes d'allaitement précoce ?
- 16** **Manipuler avec précaution**
Réchauffage et décongélation du lait maternel avec Calesca
- 18** **Conservation en toute sécurité**
Lignes directrices pour le domicile
- 19** **Actualités locales**

MENTIONS LÉGALES

Medela France
20, rue Rouget de l'Isle, 92130 Issy-les-Moulineaux,
Tél : +33 (0)1.69.16.10.30, info@medela.fr,
www.medela.fr

Rédaction et publication :
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Design : www.ruheundsturm.de, München
Imprimé par : IMPRILITH, 5, rue de la Croix Blanche,
77310 Pringy

Sources des images :
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG;
Adobe Stock: 21748861, 492828842, 105526948,
100664546, 602215403, 739175972

AUGMENTER

la dose



COMMENT AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ DU LAIT MATERNEL À L'HÔPITAL ET APRÈS

L'exposition prolongée et à haute dose au lait maternel a un impact significatif sur la santé des nourrissons.^{1,2} C'est particulièrement vrai pour les enfants nés prématurément et/ou présentant des problèmes de santé. Pourtant, il n'est pas toujours possible d'obtenir en temps voulu cette bonne dose d'or liquide. La bonne nouvelle : La recherche montre que des interventions standardisées et la mise en œuvre de soins fondés sur des données probantes font toute la différence et permettent d'obtenir des résultats optimaux. **Six indicateurs à prendre en compte pour que la lactation de la mère et l'apport de lait maternel au nourrisson se passent bien dès le départ.**

I UNE DÉCISION ÉCLAIRÉE

Soutenir l'alimentation de leur nourrisson vulnérable avec son propre lait maternel est une décision que les parents doivent prendre en toute connaissance de cause. Cependant, une décision éclairée ne peut être prise que lorsque les mères et les familles ont accès à des informations standardisées et fiables pour guider leurs choix. Les parents doivent donc recevoir le plus tôt possible des informations cohérentes et fondées sur des données probantes concernant la lactation et l'alimentation des nourrissons. Lorsque les mères sont informées et comprennent que leur lait fait partie d'une intervention médicale essentielle, que personne d'autre ne peut fournir à leur enfant, elles décident presque toujours de tirer leur lait. En outre, les mères s'investissent toutes davantage si elles comprennent, par des preuves, la valeur de leur lait.³⁻⁸

Les familles dont le nourrisson est admis en unité de soins intensifs néonatale se trouvent souvent dans un état de choc, de désespoir et d'impuissance. En discutant avec le personnel médical de la valeur critique de son propre lait maternel, on peut faire naître chez elles de l'espoir et un nouveau sentiment d'utilité. Dans une étude menée au centre médical de l'université de Rush aux États-Unis, 98 % des mères avaient choisi l'expression après avoir reçu des informations, alors que 50 % d'entre elles avaient l'intention de donner du lait infantile.³ Plus récemment, le Pr Sven Wellmann de la KUNO Klinik St. Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder à Regensburg (Allemagne) a obtenu des résultats tout aussi impressionnants dans le cadre d'une étude similaire (voir pages 12 et 13).

CHOSSES À FAIRE

- ✓ Fournir aux parents des informations précoces sur l'importance des bienfaits du lait maternel.
- ✓ Informer tous les professionnels et veiller à ce que la communication soit cohérente dans tous les services afin d'éviter toute confusion.



II PÉRIODE DE LA PREMIÈRE EXPRESSION

Il est prouvé que la stimulation précoce du sein a un impact positif sur la production future de lait et sur les résultats ultérieurs de l'alimentation. Selon les lignes directrices de l'OMS, le contact peau à peau et l'allaitement devraient avoir lieu dans l'heure qui suit la naissance.⁹ Si l'allaitement n'est pas (encore) possible ou efficace, le sein doit être stimulé par une double expression à l'aide d'un tire-lait électrique, idéalement dans les trois premières heures suivant la naissance et au plus tard dans les six heures qui suivent. Cette activation en temps voulu de la production de lait de la mère est essentielle, car il s'agit d'un événement unique qui se réalise pleinement, ou non. Sans un soutien approprié et proactif, les mères d'enfants vulnérables

qui ne peuvent pas encore stimuler efficacement le sein courent un risque élevé de retard dans l'activation sécrétoire (montée de lait) et de production de lait sous-optimale. D'autre part, les mères qui ne peuvent pas allaiter mais qui utilisent un tire-lait double électrique pour la stimulation et qui expriment leur lait tôt ont plus de chances de continuer à exprimer leur lait à six semaines, et elles ont plus de chances de continuer à allaiter/exprimer à la sortie de l'hôpital.^{4,10-14}

En résumé :

L'initiation précoce à l'expression signifie plus de lait maternel personnel pour les nourrissons à long terme.

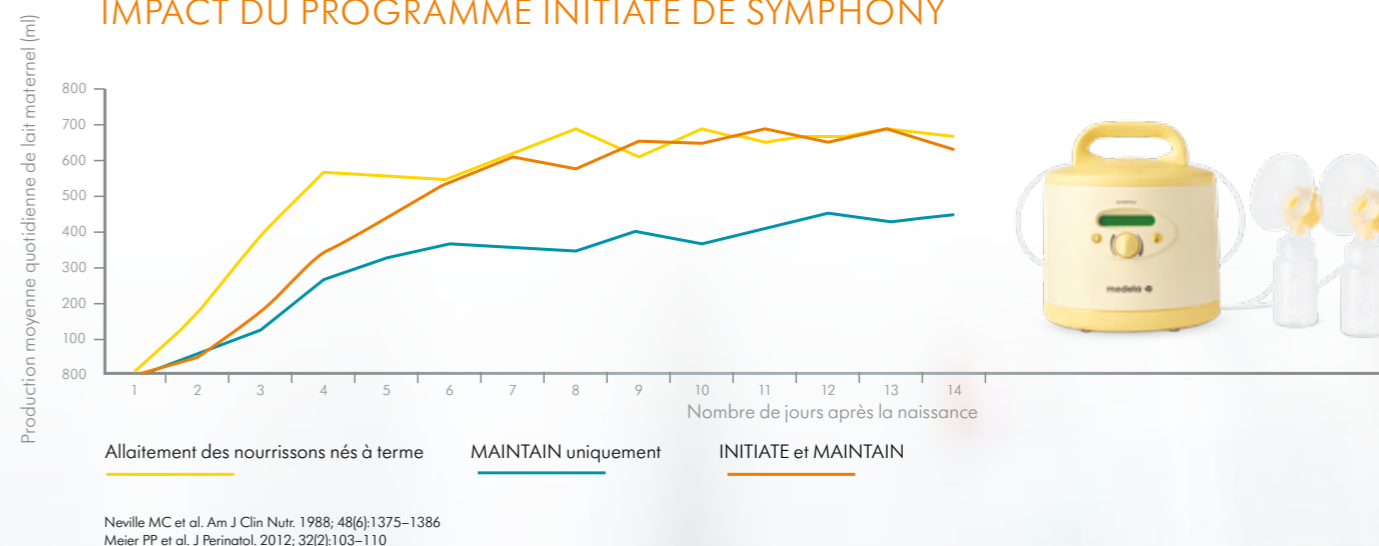


CHOSSES À FAIRE

- ✓ **Faciliter la double expression précoce (idéalement encore dans la salle d'accouchement !)** avec un tire-lait double hospitalier électrique à technologie d'initiation.
- ✓ **Aider la mère à trouver la bonne taille de tétérelle** et à assembler ses sets pour tire-lait.
- ✓ **L'aider** pour ses premières expressions.
Pour obtenir de l'aide, vous pouvez accéder à des instructions étape par étape en plusieurs langues via le Medela Symphony Hub à l'adresse medela.com/symphony-hub
- ✓ **Veiller à définir des attentes appropriées** et vérifier sa régularité.

LES MÈRES QUI DÉPENDENT D'UN TIRE-LAIT ET DONT LES VOLUMES DE LAIT SONT INFÉRIEURS À 150 ML/JOUR AU JOUR 4 APRÈS LA NAISSANCE ONT >9x PLUS DE RISQUES D'AVOIR UNE FAIBLE PRODUCTION DE LAIT¹⁵ ET >7x PLUS DE RISQUE D'UNE ALIMENTATION AU LAIT INFANTILE À LA SORTIE DE L'USI ET AU-DELÀ.¹⁷

IMPACT DU PROGRAMME INITIATE DE SYMPHONY



III EXPRESSION FRÉQUENTE

Une expression fréquente est d'une grande importance au cours des 14 premiers jours après la naissance pour initier et construire des volumes de lait adéquats pour la production future de lait. Les changements hormonaux après l'accouchement jouent un rôle crucial : Dans les premiers jours suivant la naissance, la chute de la progestérone et l'augmentation de la prolactine ainsi que la stimulation des seins sont les déclencheurs physiologiques du début d'une production de lait significative (montée de lait) entre 24 et 72 heures. Lorsque le nourrisson n'est pas en mesure d'être allaité, les mères doivent être encouragées à exprimer leur lait

au moins 8 fois par 24 heures, dont une fois pendant la nuit pour profiter de l'augmentation supplémentaire de la sécrétion de prolactine pendant cette période.¹⁰ Lorsque le lait est exprimé fréquemment, les seins sont drainés efficacement pour constituer une réserve de lait adéquate au 14e jour. Par ailleurs, si l'extraction de lait est peu fréquente au cours de la période qui suit la naissance, la montée de lait peut être retardée et les volumes de lait risquent fort de rester en permanence inférieurs aux besoins.^{5,16}

CHOSSES À FAIRE

- ✓ **Veiller à ce que la mère ait accès** à un tire-lait et ses accessoires dès qu'elle en a besoin.
- ✓ **Fournir aux mères un journal d'expression** pour consigner les expressions et la quantité de lait.
- ✓ **Donner des conseils clairs.** Spécifier au moins une séance d'expression, entre 00h00 et 07h00 (pas de pause de plus de cinq heures !)



IV LA MONTÉE DE LAIT

Comme indiqué précédemment, tout retard dans la montée de lait est lié à des risques de faible volume de lait et de raccourcissement de la durée d'allaitement.^{18,19} La montée de lait se produit normalement entre 24 et 72 heures après la naissance.²⁰ Subjectivement, les mères rapportent cet événement avec une sensation de plénitude des seins, de seins tendus et de larmes d'émotion. Objectivement, chez les mères devant impérativement tirer leur lait, c'est le moment où elles

atteignent pour la première fois un volume total exprimé ≥ 20 ml au cours d'une séance d'expression. La montée de lait après 72 heures est définie comme un début de lactation retardée.²⁰ En fait, les mères dont la montée de lait est retardée ont 60 % de risques supplémentaires d'arrêter l'allaitement au bout de quatre semaines.¹⁸ En outre, un faible volume de lait au quatrième jour est associé à un risque 8 fois plus élevé de faible production de lait à six semaines.¹⁵

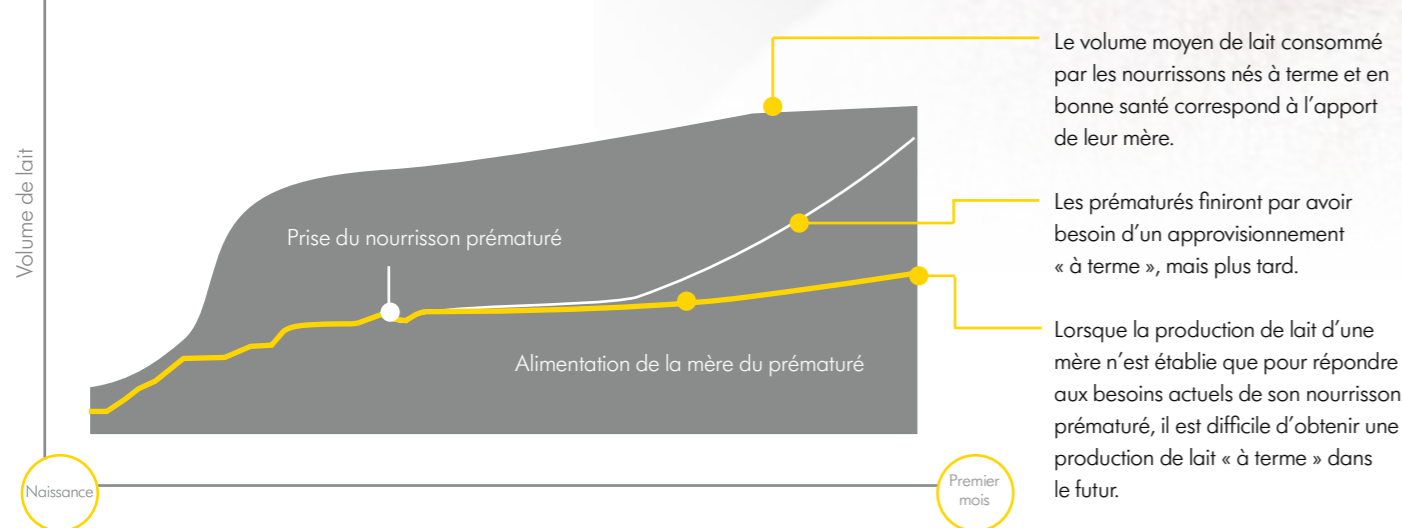


CHOSSES À FAIRE

- ✓ **Identifier les mères présentant des facteurs de risque** d'activation sécrétoire retardée, afin que votre formation et votre soutien à l'allaitement soient proactifs et ciblés.
- ✓ **Veiller à ce que l'expression soit activée dès le début**, et à ce qu'elle soit fréquente si l'allaitement n'est pas efficace.
- ✓ **Effectuer un suivi des volumes exprimés !**

Satisfaire les besoins futurs

DU NOURRISSON



FACTEURS DE RISQUE DU RETARD DE LA LACTATION :

Anténataux

- Obésité maternelle^{21,22,24}
- Diabète^{23,26}
- Chirurgie mammaire²⁵
- Primiparité^{23,26,28}
- Déclenchement du travail^{27,28}
- Césarienne planifiée²⁹



Postnataux :

- Césarienne non planifiée²⁹
- Travail/accouchement stressant ou prolongé ; stress/douleur psychologique³⁰⁻³³
- Hémorragie après l'accouchement^{23,34}
- Nourrisson prématuré ou prématuré tardif^{23,35}
- Séparation mère/nourrisson³⁶
- Première tétée retardée³⁷
- Apport dans les 48 premières heures^{23,28}
- Faible fréquence d'allaitement/d'expression^{38,39}
- Produits de rétention placentaire⁴⁰



MONTÉE EN VOLUME

La montée en volume est définie comme un volume total de lait quotidien supérieur à 500 ml au 14e jour après la naissance.^{41,42} Elle indique que la production de lait est en mesure de répondre aux besoins à long terme du nourrisson : l'obtention d'un volume au 14e jour est le principal facteur prédictif de l'alimentation maternelle personnelle à la sortie de l'unité de soins intensifs néonatale. La stimulation de la production de lait au

cours des 14 premiers jours tire parti des taux élevés d'hormones de production de lait.⁴³ C'est aussi pour cette raison qu'un mois après la naissance, il est plus difficile d'augmenter la production de lait de manière significative.^{41,44} Une fois que la mère a atteint le volume, il faut l'aider à atteindre 700 ml ou plus par jour pour satisfaire les besoins quotidiens d'un enfant né à terme et en bonne santé.



CHOSSES À FAIRE

- ✓ **Toujours encourager la double expression.** Cela aide à obtenir jusqu'à 18 % de lait en plus avec une teneur en matière grasse plus élevée en deux fois moins de temps.
- ✓ **Suivre les volumes de lait** afin que vous puissiez intervenir immédiatement en cas de problème.
- ✓ **Vérifier régulièrement que les tételles sont bien ajustées.** Le confort est important pour un bon écoulement de lait.
- ✓ **Toujours régler le tire-lait sur le niveau de vide le plus élevé et le plus confortable** pour favoriser la récupération de plus de lait en moins de temps.



VI DOSE DE LAIT MATERNEL



La dose de lait maternel correspond à la proportion (%) ou à la quantité (ml/kg/jour) d'alimentation orale au lait maternel. Le lait maternel personnel est une intervention médicale dans l'unité de soins intensifs néonatale et fonctionne sur une base dose-réponse pour les nourrissons nés prématurément. Des doses plus élevées de lait maternel (et ainsi éviter le lait infantile à base de lait de vache) sont des interventions peu coûteuses qui réduisent le risque de nombreuses morbidités telles que l'ECN et la septicémie, et il a également été démontré qu'elles raccourcissent la durée du séjour à l'hôpital.⁴

⁴⁵⁻⁵³ Il est primordial de procéder systématiquement au suivi du volume de chaque dose de lait maternel qui alimente le nourrisson. Idéalement, les journaux d'alimentation devraient préciser la composition relative et le volume de chaque séance d'allaitement : Quelle était la quantité de lait maternel personnel, quelle était la quantité de lait de donneuses, et quelle était la quantité de lait infantile. Le lait de donneuse doit toujours être le substitut préféré au lait maternel personnel s'il est disponible. (À cet effet, lisez également notre interview en page 2 sur les banques de lait !)

CHOSSES À FAIRE

- ✓ Réviser les politiques et procédures en matière d'alimentation et s'assurer que le personnel est informé.
- ✓ Assurer une expression du lait précoce et fréquente. Ne pas oublier le suivi !
- ✓ Faciliter l'utilisation de lait de donneuses comme passerelle pour éviter le lait artificiel à base de lait de vache si la disponibilité du lait maternel personnel est retardée.
- ✓ Stipuler que les journaux d'allaitement définissent la composition et le volume relatifs de chaque séance d'allaitement : Lait maternel personnel/Lait de donneuses/Lait infantile. Viser à ce que tous les nourrissons de l'unité de soins intensifs néonatale reçoivent : 100 % de lait maternel (lait maternel personnel/lait de donneuses) pendant les 14 premiers jours et > 50 ml/kg/jour de lait maternel personnel (dose journalière moyenne) pendant les 28 premiers jours.



Références : 1 Johnson TJ et al. J Pediatr. 2013; 162(2):243-249. 2 Patel RM. Am J Perinatol. 2016; 33(3):318-328. 3 Meier PP et al. Pediatr Clin North Am. 2013; 60(1):209-226. 4 Meier PP et al. Clin Perinatol. 2017; 44(1):1-22. 5 Spatz DL. J Perinat Neonatal Nurs. 2004; 18(4):385-396. 6 Miracle DJ et al. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2004; 33(6):692-703. 7 Spatz DL. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012; 41(1):138-143. 8 Meier PP et al. In: Family Larsson-Rosenquist Foundation, editor. 1st ed. Stuttgart: Thieme; 2018. 9 OMS, UNICEF Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève : World Health Organization; 2003. 1-30 p. 10 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015;24(3):160-170. 11 Parker LA et al. J Perinatol. 2012; 32(3):205-209. 12 Parker LA et al. Breastfeed Med. 2015; 10(2):84-89. 13 Parker LA et al. FASEB J. 2017; 31(1 Suppl):65019. 14 Parker LA et al. J Perinatol. 2020; 40(8):1236-1245. 15 Hill PD, Aldog JC. J Perinat Neonatal Nurs. 2005;19(3):273-282. 16 Kim YJ et al. Clin Exp Pediatr. 2020 Aug;63(8):312-313. 17 Murase et al., J Hum Lact., 2014 18 Brownell E et al. J Pediatr. 2012; 161(4):608-614. 19 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 20 Boss M et al. F1000Res. 2018; 21 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025-1036. 22 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017; 33(4):684-691. 23 Hurst NM. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):588-594. 24 Rasmussen KM, Kjolhede CL. Pediatrics. 2004; 113(5):e465-471. 25 Kraut RY et al. PLoS One. 2017; 12(10):e0186591. 26 Wu J-L et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385-392. 27 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 28 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003; 112(3):607-619. 29 Hobbs AJ et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16:90. 30 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S-3015S. 31 Grajeda R, Pérez-Escamilla R. J Nutr. 2002; 132(10):3055-3060. 32 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 33 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013; 69(4):828-839. 34 Thompson JF et al. Int Breastfeed J. 2010; 5:5. 35 Boies EG, Vaucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11:494-500. 36 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89-97. 37 Salaria EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 38 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015; 24(3):160-170. 39 Furman L et al. Pediatrics. 2002; 109(4):e57. 40 Hernández-Aguilar M-T et al. Breastfeed Med. 2018; 13(9):559-574. 41 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493-499. 42 Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141. 43 Pang WW, Hartmann PE. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2007; 12(4):211-221. 44 Daly SE, Hartmann PE. J Hum Lact. 1995; 11(1):21-26. 45 Bigger HR et al. J Perinatol. 2014; 34(4):287-291. 46 American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding. Pediatrics. 2012; 129(3):e827-e841. 47 Hylander MA et al. Pediatrics. 1998; 102(3):E38. 48 Hylander MA et al. J Perinatol. 2001; 21:356-362. 49 Meinen-Derr J et al. J Perinatol. 2009; 1(1):57-62. 49 Patel AL et al. J Perinatol. 2013; 33(7):514-519. 50 Sisk PM et al. J Perinatol. 2007; 27(7):428-433. 51 Taylor SN et al. Breastfeed Med. 2009; 4(1):11-15. 52 Patel AL et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2017; 102(3):F256-F261.

LES NORMES NÉCESSAIRES SONT BIEN DOCUMENTÉES : LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT, LES INFORMATIONS À L'ATTENTION DES PARENTS, LA DISPONIBILITÉ DES TIRE-LAITS, LA DOUBLE EXPRESSION PRÉCOCE, L'ADMINISTRATION DU COLOSTRUM. MAIS : POUR LE PATIENT, CELA NE COMPTE QUE SI NOUS APPLIQUONS CES MESURES DE MANIÈRE COHÉRENTE !

Pr Sven Wellmann, chef du service de néonatalogie à la clinique KUNO St Hedwig, Hôpital Barmherzige Brüder, Regensburg, Allemagne

ÉVALUER - ÉDUCER - MESURER

Vous souhaitez démarrer un programme d'amélioration de la qualité et auditer vos pratiques de la lactation ? Nous avons tout ce qu'il vous faut ! Vous trouverez des informations générales et des outils utiles ici :



Vous souhaitez en savoir plus de la part des plus grands chercheurs ? Découvrez des conférences exclusives et gratuites dans notre Université Medela !



UNE COMMUNICATION MOTIVANTE ET ENCOURAGEANTE DE LA PART DES PROFESSIONNELS EST ESSENTIELLE !

Quelles sont les conditions préalables au succès de l'allaitement maternel à long terme chez les nourrissons prématurés ? Le professeur Sven Wellmann a trouvé des réponses claires dans une étude d'intervention prospective menée en Allemagne.

Best practice



Pr Sven Wellmann, chef du service de néonatalogie à la clinique KUNO St Hedwig, Hôpital Barmherzige Brüder, Regensburg, Allemagne

80 à 90 % de l'ensemble des bébés prématurés naissent entre la 32^e et la 36^e semaine de grossesse en tant que prématurés modérés ou tardifs. A la KUNO Klinik St. Hedwig, cela concerne environ 300 enfants par an. Parce qu'il ne nécessite généralement que peu de soins intensifs, ce groupe le plus important de prématurés risque souvent d'être négligé dans la pratique clinique quotidienne – pourtant, il a besoin de soutien en urgence. Ces enfants perdent quatre à huit semaines cruciales de développement dans l'utérus, ce qui a des conséquences non seulement à court terme, mais également à long terme : Le poids corporel et le volume cérébral des prématurés nés à 34 semaines de grossesse sont inférieurs d'environ 40 % à ceux des prématurés nés à terme et la maturation de leurs organes est incomplète.¹ Environ un nouveau-né sur deux dans ce groupe est également affecté par un trouble de l'adaptation respiratoire, en particulier les enfants ayant subi une césarienne en raison de l'élimination inadéquate du liquide des poumons du bébé.^{2,3}

Les résultats neurologiques de ces prématurés modérés et tardifs sont en moyenne plus mauvais de 6 % après 18 mois⁴ et le risque cardiométabolique et respiratoire

est accru de l'âge de 3 ans à 12 ans.^{5,6} Nous nous sommes donc posé la question suivante : Comment soutenir au mieux ces nourrissons prématurés tardifs ? Quels sont les facteurs prédictifs d'un allaitement réussi à long terme ?

La formation fait la différence

Notre intervention : une campagne de formation à grande échelle destinée aux mères et au personnel des services gynécologiques et pédiatriques. Tous les parents ont reçu un dossier d'information standardisé avant et après la naissance. Nous avons collé des affiches dans la salle d'attente pour l'enregistrement des naissances, dans la salle d'accouchement, dans les services, nous avons distribué des dépliants et diffusé des vidéos de formation, le tout avec une identité corporative uniforme. Nous avons utilisé Neo-Milk* comme seule source d'information pour les parents et le personnel. Nous avons offert une formation complète aux sages-femmes, au personnel infirmier, aux médecins et à tous ceux qui assistent les mères avant et après l'accouchement. Afin de garantir la disponibilité du lait maternel pour tous les enfants et en particulier pour les prématurés, nous avons également créé notre propre banque de lait. Les résultats que nous avons mesurés

ont été étonnants : 75 % des nourrissons de ce groupe d'intervention étaient nourris au lait maternel lors du contrôle général allemand (« U4 ») à l'âge de 3 à 4 mois. Avant notre intervention, ce chiffre n'était que de 48,5 %. En outre, plus de deux fois plus de mères du groupe d'intervention avaient bénéficié de conseils en matière d'allaitement.²

L'expérience de l'auto-efficacité

Cela montre à quel point il est essentiel d'informer les mères de manière précoce et complète sur l'importance du lait maternel et de l'allaitement, et de leur fournir des conseils continus en tant que professionnels informés. Un facteur de réussite décisif dans notre étude était, entre autres, que la mère produise au moins 500 ml/jour de lait maternel le 14^e jour après l'accouchement. En outre, l'expérience précoce de la mère en matière de confiance en soi et d'efficacité personnelle en rapport avec l'allaitement (mesurée 14 jours après la naissance) était un facteur prédictif indépendant de l'allaitement au lait maternel de l'âge de 3 à 4 mois. Pour parvenir à cela, toutes les recommandations doivent être mises en œuvre de manière cohérente : information précoce de la mère, expression précoce et régulière à l'aide d'un

L'INTERVENTION

- Campagne de formation complète et précoce à l'attention des (futurs) parents
- Formation complète de l'ensemble du personnel (sages-femmes, personnel infirmier, médecins)
- Mise en œuvre d'une source d'information unique (Neo-Milk*) avec une visibilité dans tous les services
- Création d'une banque de lait pour garantir la disponibilité de lait maternel pour tous les enfants

LE RÉSULTAT

26,5 % Un plus grand nombre de nourrissons ont été nourris au lait maternel après l'intervention qu'auparavant !

tire-lait double, essais d'allaitement réguliers et conseils cohérents de la part des professionnels à l'aide d'une plateforme d'information standardisée.

L'accouchement par césarienne reste un facteur de ralentissement

L'accouchement par césarienne reste un défi : Notre étude a pu montrer que l'accouchement par césarienne a un impact négatif sur l'allaitement au moment du bilan « U4 ». Une attention particulière doit être accordée à la routine d'allaitement des nouvelles mères. Il faut que l'ensemble du personnel comprenne l'importance du lait maternel pour les nourrissons prématurés modérés et tardifs. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrions créer les conditions d'un allaitement réussi à long terme.

Références : 1 Fenton TR, Kim JH. BMC Pediatr. 2013 Apr 20;13:59. 2 Gromann J et al. Incidence of neonatal respiratory morbidity after vaginal and caesarean delivery in the late-preterm and term period – a retrospective cohort study. Swiss Med Wkly. 2024;154:3798. 3 Wellmann S et al. Neonatology. 2021;118(1):116-121. 4 Ryan MA et al. Front Pediatr. 2023 Nov 30;11:1256872. 5 Yoshida-Montezuma Y et al. JAMA Netw Open. 2022 May 2;5(5):e2214379. 6 Du Berry C et al. EClinicalMedicine. 2022 Jul 29;52:101597. *Neo-MILK est un projet scientifique allemand visant à améliorer le soutien à l'allaitement et à créer des banques de lait maternel dans les unités néonatales de soins intensifs. neo-milk.uni-koeln.de

MEILLEUR Sur le dos

COMMENT L'ALLAITEMENT BIOLOGIQUE PEUT AIDER À PRÉVENIR LES MAMELONS DOULOUREUX ET LES PROBLÈMES DE DÉBUT D'ALLAITEMENT

La douleur pendant l'allaitement est l'une des raisons les plus fréquentes d'arrêt prématuré de l'allaitement.^{1,2}

Bien que plusieurs positions d'allaitement puissent être utiles, des études suggèrent que la nature pourrait avoir trouvé la meilleure façon de démarrer l'allaitement en douceur.

Les nouveau-nés ont des réflexes innés et les mères réagissent intuitivement aux signaux de leur enfant.³ Ce phénomène se manifeste de manière particulièrement impressionnante immédiatement après la naissance : L'allaitement biologique qu'on appelle « allaitement maternel sur le dos » peut être facilité par un contact ininterrompu entre la peau et le sein au cours des premières heures suivant la naissance, lorsque les nourrissons trouvent instinctivement leur propre chemin vers le sein. C'est la façon la plus naturelle de commencer l'allaitement, et elle peut être extrêmement bénéfique en tant qu'approche préventive pour réduire les problèmes liés à l'allaitement précoce tels que les crevasses ou les mamelons douloureux.

Encourager les réflexes naturels

La « méthode » est simple : En se penchant confortablement en arrière et en étant bien soutenue, la mère offre au bébé la possibilité de s'allonger sur sa poitrine. Les réflexes du nouveau-né l'aident à lever la tête, à s'accroupir et à se déplacer vers le sein pour saisir le mamelon de manière autonome. La gravité assure un ajustement étroit entre le sein maternel et le visage du nourrisson. L'enfant prend les devants et la mère l'encourage et ne le soutient que lorsque c'est nécessaire.³ Lorsque Suzanne Colson, spécialiste renommée de l'allaitement, a commencé à parler de cette approche sous le nom de « alimentation biologique

» dans les années 1990, elle a découvert qu'elle pouvait non seulement donner aux enfants plus de contrôle sur la façon dont ils se nourrissent, mais aussi les aider à soulager les douleurs et les mamelons, la pratique générale à l'époque était très différente : Les mères doivent surtout apprendre à allaiter dans la position du berceau, en positionnant le nourrisson et le sein en fonction des besoins.

Réduction du risque de mamelons douloureux et crevassés

Les études de Suzanne Colson ont proposé une approche révolutionnaire, qui a été confirmée par des recherches ultérieures, notamment dans une étude italienne de 2020 et une méta-analyse chinoise de 2021 : Tous deux sont parvenus à la conclusion que la position d'allaitement sur le dos réduit considérablement le risque de mamelons douloureux et crevassés par rapport aux positions d'allaitement traditionnelles. L'étude italienne de 2020 portant sur 188 paires mère-enfant a démontré que les conseils professionnels sur l'allaitement sur le dos réduisaient le risque de mamelons douloureux d'environ 40 %. L'effet était encore plus prononcé pour les mamelons douloureux et crevassés, cas dans lequel le risque était même réduit de 60 %.⁴ Une méta-analyse chinoise est arrivée à des conclusions similaires en 2021. Les résultats d'études menées en Asie ont montré que l'allaitement intuitif réduisait le risque de mamelons douloureux d'environ 75 % et de mamelons douloureux et crevassés d'environ 50 %.⁵ On peut donc conclure que l'allaitement biologique est une position d'allaitement efficace et simple qui facilite grandement le démarrage de l'allaitement, à l'hôpital et à domicile. L'alimentation biologique peut également s'avérer utile dans les cas de prématurité tardive.

COMME LE NOURRISSON EST CAPABLE DE SAISIR PLUS DE TISSU MAMMAIRE DANS CETTE POSITION, LES PROBLÈMES DE PRISE DU SEIN SONT MINIMISÉS.

ALIMENTATION NATURELLE SELON SUZANNE COLSEN, 2012⁶ :

1. La mère adopte une position semi-redressée/semi-couchée, le nourrisson étant couché sur la partie supérieure de son corps.
2. Le nourrisson adopte intuitivement une position de grenouille : les bras et les jambes sont pliés ; les avant-bras, la poitrine, le ventre, les cuisses et le bas des jambes sont en contact étroit avec le corps de la mère.
3. La mère peut soutenir le nourrisson en plaçant sa main sous ses pieds ou ses fesses. La tête reste libre pour que le nourrisson puisse se déplacer vers le sein.
4. Le nourrisson saisit le mamelon de manière autonome. La gravité favorise le positionnement de la bouche et de la mâchoire du nourrisson.

Pour plus d'informations sur les différentes positions d'allaitement, regardez ici.



Références : 1 Morrison AH et al. MCN Am J Matern Child Nurs. 2019; 44(6):325-330. 2 Odom EC et al. Pediatrics. 2013; 131:e726-e732. 3 Colson SD et al. Early Hum Dev. 2008; 84(7):441-449. 4 Milinco M et al. Int Breastfeed J. 2020; 15(1):21. 5 Wang Z et al. BMC. Pregnancy, Childbirth. 2021; 21(1):248. 6 Colson S. Midwifery Today Int Midwife. 2012; (101):9-11, 66.

Manipuler avec prudence !

LA GESTION DU LAIT MATERNEL EN TOUTE SIMPLICITÉ

Décongeler et réchauffer le lait maternel pour le donner aux nourrissons les plus vulnérables est une discipline délicate. Des pratiques et des dispositifs normalisés peuvent contribuer à favoriser la tolérance alimentaire chez les nourrissons et faciliter la vie du personnel grâce à des routines sûres.

Préservation de tous les bénéfices

Le lait maternel est un médicament. Alimenter les prématurés et les nourrissons de très faible poids de naissance avec le lait de leur propre mère ou, s'il n'est pas disponible, avec du lait de donneuses, peut réduire de manière significative le risque de morbidités telles que l'ECN¹, si les propriétés uniques de ce nectar de vie sont soigneusement préservées. Décongeler et réchauffer le lait dans de l'eau chaude, sur une plaque chauffante ou même au micro-ondes relève toujours de l'approximation subjective. Le contrôle de la température n'est pas garanti, ce qui comporte le risque d'endommager les composants fragiles du lait, de surchauffer et de créer des points chauds dangereux. Des études ont montré que la chaleur sèche douce et forcée est essentielle pour conserver intacts tous les composants importants, vivants, bioactifs et essentiels, tels que les protéines, la lactoferrine, les enzymes, les immunoglobulines et les vitamines, du lait maternel conservé, de sorte qu'il reste aussi proche que possible du lait maternel frais.²⁻⁷

Prévention de la contamination

Certaines méthodes peuvent également être une source de contamination par des agents pathogènes environnementaux. L'eau du robinet des hôpitaux, par exemple, est une source potentielle d'infections nosocomiales dues à des bactéries et à d'autres contaminants.⁸⁻¹² Dans certains pays, les lignes directrices nationales (États-Unis) ou régionales (Royaume-Uni) interdisent même l'utilisation de l'eau dans l'unité de soins intensifs néonatale. Si le lait maternel est décongelé à température ambiante ou dans une couveuse, il risque d'être exposé trop longtemps ou même d'être mélangé.

Obtenir la bonne température

L'alimentation des nourrissons prématurés délicats peut présenter des difficultés. Cependant, il est prouvé que le réchauffement du lait à la température du corps peut favoriser une meilleure tolérance à l'alimentation chez les prématurés de très faible poids de naissance^{13,14} et la température peut fortement influencer cela : Les nourrissons nourris à la température du corps présentaient le moins de résidus gastriques et la plus grande incidence de tolérance alimentaire, tandis que les prématurés nourris au lait à des températures plus fraîches présentaient les résidus de lait les plus élevés et la plus grande incidence d'intolérance alimentaire.¹³

C'est pourquoi un dispositif standardisé, sûr et facile à utiliser tel que le Calesca de Medela devrait être considéré comme un élément essentiel pour toutes les unités de soins intensifs néonatales ou de maternité afin de déterminer quand le lait maternel est à la température souhaitée.



Calesca

RÉCHAUFFAGE ET DÉCONGÉLATION FACILES DU LAIT MATERNEL



NORMALISÉ, RAPIDE ET PRÉCIS.
Pour décongeler et réchauffer facilement le lait maternel.



SANS EAU.
Un système complètement sec protège contre l'eau en tant que source de contamination.



STABLE.
La température du lait chauffé est maintenue jusqu'à 30 minutes.



FIABLE.
L'alarme retentit lorsque le lait est prêt. Elle peut également être désactivée.



POLYVALENT.
Convient à une grande variété de bouteilles et de seringues. Le plastique et le verre ne présentent aucun danger.

Plus d'informations sur Calesca :



ASTUCE

UTILISEZ CALESCA DE MEDELA COMME ÉLÉMENT CONSTITUTIF DE VOTRE APPROCHE DE SOINS CENTRÉS SUR LA FAMILLE

Dans l'unité de soins intensifs néonatale, placez Calesca directement à côté de la couveuse pour encourager les familles à participer activement à l'alimentation de leur bébé, pour renforcer leur confiance et pour encourager l'utilisation du lait maternel comme principale source d'alimentation du bébé.

Références : 1 Johnson TJ et al. Neonatology. 2015; 107(4):271-276. 2 Donovan SM et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1991; 13:242-253. 3 Van Zoeren-Grobbe et al. Arch Dis Child. 1987; 62:161-165. 4 Wardell JM et al. Pediatr Res. 1984; 18(4):382-386. 5 Williamson S et al. Arch Dis Child. 1978; 53(7):555-563. 6 Czank C et al. Pediatr Res. 2009; 66(4):374-379. 7 Wills ME et al. Early Hum Dev. 1982; 7:71-80. 8 Molina-Cabrillana J et al. Am J Infect Control. 2013; 41(2):e7-e9. 9 Squier C et al. Curr Infect Dis Rep. 2000; 2(6):490-496. 10 Rutala WA et al. Infect Control Hosp Ep. 1997; 18(9):609-616. 11 Büyükyavuz BI et al. Jpn J Infect Dis. 2006; 59(4):213-215. 12 Anaisie EJ et al. Arch Intern Med. 2002; 162(1):1483-1492. 13 Dumm M et al. Adv Neonatal Care. 2013; 13(4):279-287. 14 Gonzales I et al. Neonatal Netw. 1995; 14(3):39-43.

CONSERVATION EN TOUTE SÉCURITÉ

@Domicile

SI LA SÉCURITÉ DU LAIT MATERNEL STOCKÉ À L'HÔPITAL EST RÉGIE PAR DES PROTOCOLES, LES MÈRES ONT BESOIN D'INSTRUCTIONS CLAIRES LORSQU'ELLES TIRENT LEUR LAIT À DOMICILE. LIGNE DIRECTRICE

Le lait frais contient des cellules vivantes de la mère et une très grande quantité de nutriments, de facteurs de croissance et de nombreux autres composants protecteurs. Au fil du temps et des fluctuations de température, ces composants perdent de leur puissance et le risque de contamination bactérienne et de prolifération d'agents pathogènes augmente. Cela signifie que des recommandations distinctes sont nécessaires pour les différentes températures et situations de conservation :

- La **température ambiante** est sûre pour une courte durée. En général, les températures plus chaudes sont associées à des numérations bactériennes plus élevées dans le lait exprimé.
- La **réfrigération** à environ 4 °C a montré qu'elle bloquait la croissance des bactéries gram-positives pendant une période pouvant aller jusqu'à trois jours.

- Une **congélation du lait maternel** à -20 °C pendant 3 mois maximum a été préconisée comme étant optimale. À l'issue de cette période, les vitamines A, E et B, les protéines totales, la matière grasse, les enzymes, le lactose, le zinc, les immunoglobulines, le lysozyme et la lactoferrine sont maintenus, même si une perte de vitamine C peut intervenir après 1 mois. La formation de bactéries n'est pas un problème significatif jusqu'à la 6e semaine. Toutefois, la capacité antibactérienne est généralement inférieure à celle du lait frais, en raison de la perte de cellules vivantes. Jusqu'à neuf mois de congélation à -20 °C sont considérés comme acceptables, bien que des changements de goût et d'odeur puissent se produire, car la lipase continue à décomposer les graisses en acides gras.

Lieu de conservation	Température ambiante 16 °C à 25 °C	Réfrigérateur 4 °C ou plus froid	Congélateur -18 °C ou plus froid	Lait maternel précédemment congelé, décongelé dans le réfrigérateur
Durée de conservation adéquate pour éviter tout risque	Maximum de quatre heures	Maximum de trois jours	Maximum de six mois	Maximum de deux heures à température ambiante
	Maximum de six heures pour du lait exprimé dans d'excellentes conditions d'hygiène*	Maximum de cinq jours pour du lait exprimé dans d'excellentes conditions d'hygiène*	Maximum de neuf mois pour du lait exprimé dans d'excellentes conditions d'hygiène*	Jusqu'à 24 heures au réfrigérateur Ne jamais recongeler !

SACHETS DE CONSERVATION POUR LAIT MATERNEL AVEC BEC VERSEUR



ESSAYÉ, TESTÉ ET RECOMMANDÉ
par plus de 84 %
de jeunes familles.**

VERSEMENT FACILE D'UNE SEULE MAIN

Large ouverture et bec secondaire, évitant les déversements et la contamination croisée.

PROTECTION DES NUTRIMENTS MULTIPLIÉE PAR 10

Double couche ultra-épaisse avec une barrière à l'oxygène supérieure.

100 % SANS FUITES

La conception à double couche et la double fermeture à glissière assurent une meilleure étanchéité.

CONGÉLATION À PLAT, AUTOPORTANTE ET FACILE À ÉTIQUETER

Pour un rangement pratique et peu encombrant dans le réfrigérateur et le congélateur. Facile à étiqueter.

RECYCLABLES ET SANS BPA

Garantir la sécurité du précieux lait maternel et de l'environnement.

Découvrez en ligne nos nouveaux sachets de conservation pour le lait maternel



* Des conditions très hygiéniques sont garanties si les directives de nettoyage et de stérilisation figurant dans le mode d'emploi du tire-lait Medela sont strictement respectées. Ces lignes directrices de conservation et de décongélation du lait maternel sont des recommandations. Les règles et normes nationales et internes aux hôpitaux peuvent être différentes. ** Enquête auprès de 188 participants aux États-Unis à la suite d'un essai à domicile de deux semaines, novembre 2023.

Références : Human Milk Banking Association of North America 2011 Best practice for expressing, storing and handling human milk in hospitals, homes, and child care settings [HMBANA, Fort Worth, 2011]. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee; Eglash A. ABM clinical protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants [original protocol March 2004; revision #1 March 2010]. Breastfeed Med. 2010 Jun;5(3):127-30.

Symphony. Système de tire-lait éprouvé pour favoriser la lactation



#1

Marque dans les hôpitaux³

JUSQU'À 50 % DE LAIT EN PLUS

Grâce à la combinaison unique de deux programmes basés sur la recherche INITIATE et MAINTAIN, les preuves cliniques montrent que le tire-lait Symphony permet à la mère d'exprimer davantage de lait pour son bébé au cours des deux premières semaines.¹

TESTÉ CLINIQUEMENT ET ÉPROUVÉ

Résultat de plus de 60 années de recherches et plébiscitée par des millions de mères, Medela est la marque n°1 dans les hôpitaux³ et Symphony est le tire-lait le plus recommandé par les sages-femmes.²

UN SYSTÈME COMPLET, DES PERFORMANCES OPTIMALES

Le tire-lait Symphony et les sets pour tire-lait Symphony sont vérifiés et validés ensemble, en tant que système complet. Profitez d'une production de lait optimisée^{4,5} et d'un confort amélioré^{6,7}, grâce au tire-lait hospitalier Symphony et aux sets pour tire-lait Symphony désignés. Disponibles sous les formes Ready-to-Use et Sterile.

Aide les mères à initier, amplifier et maintenir une production de lait adéquate.

Références : 1 Meier PP et al. Journal of Perinatology. 2012; 32(2):103-10. Si le lait est exprimé des deux côtés, conformément aux recommandations, et en utilisant les phases INITIATE puis MAINTAIN dans les 14 premiers jours, par rapport à l'utilisation de la phase MAINTAIN seule. 2 Recommandé par les sages-femmes pour la lactation. À partir de la note moyenne de l'enquête iConsult menée auprès de 480 sages-femmes en Europe, en mars 2023. 3 Tire-lait. À partir de la distribution dans les maternités et services de néonatalogie. 4 Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103-110. 5 Yuan S et al. Breastfeed Med. 2023; 18(7):506-513. 6 Meier PP et al. Breastfeed Med. 2008; 3(3):141-150. 7 Kent JC et al. J Hum Lact. 2003; 19(2):179-186. 8 Centre de consultation allemand pour l'épidémiologie hospitalière et le contrôle des infections [Deutsches Beratungszentrum für Hygiene]. Conclusion de l'évaluation des risques de la méthode de production de produits Ready-to-Use [2014].

La combinaison du tire-lait Symphony et de ses sets pour tire-lait jetables garantit :

- ✓ Une aide efficace pour l'initiation de la lactation au moment opportun et la production durable de lait
- ✓ Sans compromis sur les performances et le confort^{6,7}
- ✓ Aucun nettoyage préalable nécessaire avant la première utilisation
- ✓ Utilisation d'un système valide
- ✓ Sets pour tire-lait Ready-to-Use : un choix 100 % hygiénique⁸ et économique pour une utilisation sur 24 heures en milieu hospitalier

Hands-free

Expression supérieure.
**À tout moment,
n'importe où.**



Solo™
Hands-free



Freestyle™
Hands-free



**DOUBLE
EXPRESSION**
plus de lait, en
moins de temps !

Swing Maxi™
Hands-free



NOTRE CONCEPTION ANATOMIQUE FAIT LA DIFFÉRENCE

Nos collecteurs portables ultra-légers sont conçus pour réduire au maximum la compression et adopter la forme naturelle du sein allaitant. Les tétérelles à 105°, issues de la recherche, ont prouvé qu'elles offraient une expérience d'expression plus confortable et plus efficace.² Et le tire-lait reste dans la poche.

Parce que les mamans actives ont besoin d'avoir les mains libres !



DISCRET



PORTATIF



CONCEPTION
ANATOMIQUE



LÉGER ET
CONFORTABLE



3 PIÈCES, FACILE
À NETTOYER



IMITE LA SUCCION
DU BÉBÉ



BASE STABLE



150 ML



CONÇU POUR UNE
UTILISATION MULTITÂCHE



SUIVI AUTOMATIQUE

Scannez le
code QR
pour plus
d'informations



Références : 1 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012 Dec;7(6):442-447. 2 Sakalidis VS et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99(11):1561-1567 (compared to 90° breast shields).