

REVUE DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Beginnings

Manuel de Lactation



Intervention en matière de lactation

La différence qu'une
approche proactive
peut faire

Best Practice

Des réussites inspirantes
qui transforment la
science en soins

Augmenter la dose

Amélioration de la
qualité pour plus de lait
dans l'unité de soins
intensifs néonatals

medela

Turning Science into Care

Turning Science into care

La première étape de la prise en charge est la compréhension. C'est pourquoi nous croyons en une étroite collaboration avec des scientifiques de premier plan et des experts en lactation pour développer des produits qui vont au-delà de la forme et de la fonction. Tout cela dans un seul but : rendre la forme de soin la plus délicate simple, intuitive et efficace.

En faisant progresser la recherche, l'observation des comportements naturels et en étant à l'écoute de nos clients, nous transformons la science en soins, en nourrissant la santé de générations entières.

Nous comprenons les besoins des nouveaux parents et des professionnels qui se consacrent à leurs soins. En fait, nous prenons soin des mamans, des bébés, des patients et des professionnels de la santé depuis si longtemps que nous en avons fait une science.

Medela est profondément engagée dans la recherche et investit continuellement dans des études fondamentales et exploratoires afin d'améliorer les résultats en matière de santé. Depuis 1961, nous avons établi des partenariats avec des professionnels de santé et des experts en lait maternel renommés du monde entier pour faire avancer la recherche et développer des pratiques fondées sur des données probantes. Cet investissement a non seulement permis d'établir des normes pour l'industrie, mais il constitue également le fondement scientifique de l'innovation des produits et de la pratique clinique.

L'une des pierres angulaires de la collaboration de Medela est avec l'Université d'Australie occidentale (UWA), établie en 1996. Ce partenariat a permis de faire des découvertes révolutionnaires sur le fonctionnement de la glande mammaire, la synthèse du lait et son élimination. Aujourd'hui, le professeur Donna Geddes dirige la collaboration de recherche Medela-UWA, un programme de recherche complet qui explore les aspects complexes de l'allaitement, de la lactation humaine et de l'alimentation des

nourrissons. Notre engagement auprès des cliniciens et des parents dans l'unité de soins intensifs néonatals nous permet d'identifier les lacunes dans les soins, et en entendant directement les professionnels de santé sur leurs besoins en équipement, nous nous assurons qu'ils peuvent se concentrer sur une prestation de soins exceptionnels aux patients.

C'est grâce à ces connaissances approfondies que nous continuons à innover des produits pour nourrir et améliorer les résultats en matière de santé. En analysant le sein allaitant et la succion du nourrisson, par exemple, nous avons développé notre technologie brevetée 2-Phase Expression® qui imite le rythme naturel de l'allaitement du bébé pour développer et maintenir la production de lait maternel, et nous avons conçu le tire-lait Symphony PLUS® avec la technologie unique Initiation Technology® pour activer et augmenter la production de lait. En utilisant des scanners 3D de milliers de seins en lactation, nous avons trouvé l'angle d'ouverture optimal pour nos téterelles et développé nos collecteurs Hands-free de forme anatomique pour améliorer le confort et l'évacuation du lait. Nous voulons innover des solutions, pas seulement des produits. Transformer la science en soins simples, intuitifs et efficaces pour soigner, nourrir la santé et créer des liens.

Sommaire

- 02 Medela – Turning Science into Care**
Qui sommes-nous?
- 04 Soutien proactif à la lactation :**
L'avis de l'experte en lactation
Dr. Rebecca Hoban
- 10 Augmenter la dose :**
Amélioration de la qualité pour plus de lait
dans l'unité de soins intensifs néonatals
- 18 Best Practice :**
Des exemples de réussite clinique qui
montrent comment transformer la science en soins
- 26 Symphony Plus :**
La référence en matière de soutien à
l'allaitement - dans le service et à la maison

Medela France

20, rue Rouget de l'Isle, 92130 Issy-les-Moulineaux,
Tél : +33 (0)1.6916.10.30, info@medela.fr, www.medela.fr

Rédaction et publication :
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG

Design : www.ruheundsturm.de, Munich

Imprimé par : Goubault Imprimeur, 8 rue de Thessalie,
44240 La Chapelle-sur-Erdre, France

Sources des images : Medela Medizintechnik GmbH &
Co. Handels KG; Adobe Stock: 21748861, 431920443,
106055878, 106055878, 100664546; Getty Images:
590951387

« En faisant avancer la recherche,
en observant les comportements
naturels et en étant à l'écoute de
nos clients, nous transformons la
science en soins afin de préserver la
santé à travers les générations. »

Michael Larsson, Président



99

L'AIDE À LA LACTATION RELÈVE DE *l'urgence*

Avec ses nouvelles découvertes révolutionnaires sur les biomarqueurs du lait, la Dre Rebecca Hoban présente un cas intéressant pour une approche plus proactive de l'aide à la lactation.

La Dre Rebecca Hoban est néonatalogiste et directrice de la médecine de l'allaitement à l'Université de Washington/Hôpital pour enfants de Seattle, aux États-Unis, et professeure associée de pédiatrie à l'université de Washington. Ses projets actuels comprennent l'amélioration de l'apport de lait maternel en néonatalogie et des biomarqueurs du lait pour prédire la réussite de la lactation.



Pourquoi est-il si important de diagnostiquer les problèmes de lactation le plus tôt possible ?

Ce que nous avons vu dans nos études au Rush University Medical Center, c'est que la plupart des mères de bébés de très faible poids de naissance ont initialement atteint leurs objectifs de lactation et ont fourni du lait pendant les premiers jours, puis les taux ont littéralement chuté au cours des semaines et des mois suivants. Nous savons que les mères de ces bébés prématurés présentent de nombreux facteurs de risque pour la lactation, à commencer par l'incapacité à mener la grossesse à terme, de sorte que leurs seins ne sont pas encore pleinement développés. Elles peuvent accoucher par césarienne et avoir elles-mêmes des problèmes de santé préexistants, d'où leur accouchement prématuré. Elles n'ont pas non plus eu l'occasion d'en apprendre davantage sur la lactation et de prendre une décision éclairée. Tout cela a une incidence directe sur les résultats de la lactation. Les problèmes de lactation qui font chuter le taux d'alimentation au lait maternel à six mois ne surviennent pas à ce stade des six mois. C'est au cours des premiers jours qu'il se passe quelque chose qui pousse ces mères à ne pas atteindre leurs objectifs de lactation. Ainsi, diagnostiquer les problèmes de lactation dès le début peut guider une intervention précoce pendant cette période très limitée dans le temps pour avoir une incidence sur la lactation à long terme ; cette étape importante de la « programmation du sein ».

Comment diagnostiquer ces problèmes de lactation au plus tôt ?

Actuellement, nous avons très peu de possibilités pour diagnostiquer les mères dépendantes d'un tire-lait qui sont en difficulté. Nous reconnaissions que les faibles

volumes ne sont que rétrospectifs et, à ce stade, le volume de lait n'a déjà pas réussi à augmenter. Traditionnellement, nous demandons aux mères : « Avez-vous eu la montée de lait ? Ressentez-vous un changement dans vos seins ? ». Il s'agit toutefois d'une mesure problématique, car les mères obèses, par exemple, sont moins susceptibles de ressentir cette sensation. Ce n'est donc pas un très bon marqueur en ce qui concerne l'activation sécrétatoire. On pourrait imaginer se fier au volume initialement exprimé, suivre les volumes de lait exprimé ou effectuer des tests de poids sur le nourrisson, mais cela pose également problème, car cela ne mesure pas ce qui se passe dans le sein. S'il y a trop peu de lait, est-ce parce que la mère n'en tire pas assez ou parce qu'elle ne produit pas assez de lait ? Il nous est tout simplement impossible de le dire. J'ai mis l'accent sur les biomarqueurs du lait maternel pour mesurer directement ce qui se passe dans le sein en temps réel.

Veuillez nous en dire plus sur le fonctionnement de cette approche basée sur les biomarqueurs.

Lorsque nous examinons les biomarqueurs, nous mesurons en fait la fermeture des jonctions serrées dans l'épithélium mammaire. Une fois l'inhibition de la progestérone éliminée, c'est la prolactine qui catalyse la fermeture de ces jonctions serrées. Cette fermeture empêche les composants du lait de s'échapper de la glande et constitue la première étape cruciale pour une lactation à long terme. Le sodium est ici un biomarqueur essentiel. À mesure que les jonctions serrées se ferment, le sodium du lait s'effondre très rapidement et les volumes de lait augmentent. Nos études ont clairement montré comment le sodium du



médicale !



De nombreuses mères présentent de multiples facteurs de risque pour la lactation, qui interagissent ensuite entre eux, ce qui va entraîner des difficultés dès le début pour certaines mères.



lait augmente immédiatement lorsque le nombre de séances d'expression quotidiennes diminue, et dès le lendemain, les volumes de lait diminuent. En outre, nous avons constaté qu'en mesurant les niveaux de sodium du lait, nous pouvions déjà savoir dans les trois jours suivant l'accouchement, qui allait produire plus de 500 ml par jour dans les deux semaines ! Une étude précédente a montré que la montée en volume dans les deux semaines est le facteur prédictif le plus important de l'allaitement de la mère à la sortie de l'unité de soins intensifs néonatale. Ainsi, au troisième jour, nous disposons d'une fenêtre sur l'avenir des mères qui fourniront du lait des mois plus tard ! Et cela signifie que nous avons la possibilité d'intervenir de manière proactive !

« Nous avons besoin de soins de lactation personnalisés, basés sur les données et en temps réel, capables de prédire les problèmes avant même qu'ils ne surviennent de façon évidente.

Les biomarqueurs peuvent ouvrir cette fenêtre sur l'avenir et nous aider à identifier très tôt qui a besoin d'aide. »

Waouh, cela ressemble à l'avenir de la lactation !

C'est possible. Nous bénéficions actuellement d'un financement de la part du gouvernement canadien pour examiner cela de plus près avec un projet pilote. Mesurer les niveaux de sodium est si facile que la mère peut s'en charger elle-même et cela pourrait avoir une incidence très importante. Nous avons besoin de soins de lactation personnalisés, basés sur les données et en temps réel, pouvant prédire les problèmes avant même qu'ils ne surviennent de manière évidente. De cette manière, les médecins pourraient intervenir immédiatement lorsqu'il existe encore un potentiel pour protéger le parcours de lactation d'une mère. Nous pourrions donner des « prescriptions d'expression » individualisées, pour ainsi dire. Une expression fréquente pendant ces premiers jours cruciaux est le plus susceptible de stimuler la prolactine, d'obtenir une initiation efficace et de normaliser les biomarqueurs. Sur la base d'un biomarqueur du lait maternel, le sodium, cette intervention au moment opportun pourrait être possible !

D'après votre expérience, quels autres facteurs peuvent influencer la montée de lait en volume ?

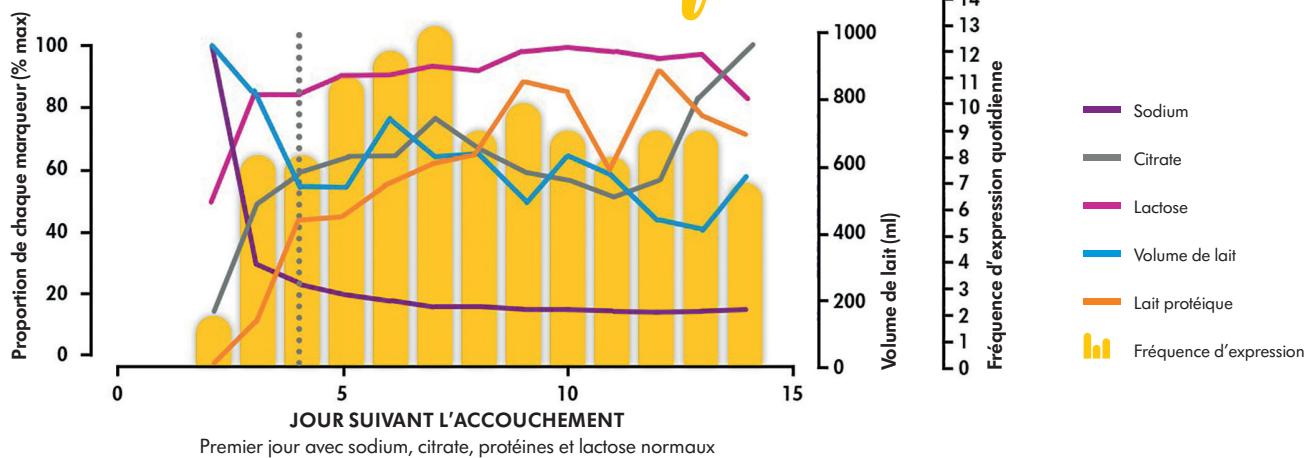
Vous avez besoin à la fois d'une stimulation et d'une extraction de lait pour obtenir le volume. La prolactine joue ici un rôle essentiel. Elle catalyse l'importance de la fermeture des jonctions serrées et régule à la hausse les gènes qui aident les mères à produire davantage de cellules productrices de lait et qui empêche également la mort de ces cellules.

Alors, comment produire plus de prolactine ?

La prolactine est libérée lors de la succion du bébé ou de l'aspiration et elle est libérée beaucoup plus au cours des premières semaines de lactation qu'au cours des mois suivants. Une expression aussi fréquente et efficace dès le départ est essentielle pour les mères qui dépendent d'un tire-lait. Pourtant, il existe encore aujourd'hui des cliniques qui conseillent aux mères d'exprimer leur lait manuellement au cours des trois premiers jours plutôt que d'exprimer leur lait à l'aide d'un tire-lait électrique double ; et cela me rend folle, car nous disposons des données pour prouver que l'expression est bien plus efficace ! Dans une étude réalisée par Lussier et de ses collègues, publiée en 2015¹, les mères de nourrissons de très faible poids à la naissance ont été choisies de manière aléatoire pour recevoir un tire-lait ou procéder à une expression manuelle au cours de la première semaine. Les mères qui ont reçu le tire-lait ont produit deux fois plus de lait la première semaine ! Même après la première semaine, lorsque les mères qui devaient d'abord exprimer leur lait manuellement ont reçu un tire-lait, elles n'ont jamais rattrapé leur retard. Même au bout d'un mois, ces mères produisaient nettement moins de lait que les mères qui commençaient par l'expression. Elles ont manqué cette fenêtre stratégique pour programmation des seins et c'est un moment auquel nous ne pouvons jamais revenir.



MODÈLE DE biomarqueur



COMPARER L'ALLAITEMENT EFFICACE DU NOURRISSON AUX

méthodes d'expression

	Vide	Compression tactile	Recueil du colostrum	Activer efficacement les cellules productrices de lait	Réduction du risque d'activation sécrétoire retardée
	✓	✓	✓	✓	✓
	✓	✗	✓ *	✓	✓
	✗	✓	✓	✗	✗

* Les minuscules volumes de colostrum sont parfois compliqués à récupérer, ce qui peut entraîner un gaspillage





Vous utilisez le terme « programmation du sein ».

Qu'entendez-vous par là ?

Il est important que nous, ainsi que les familles, sachions que notre objectif au cours de ces premiers jours et ces premières semaines n'est pas de produire du lait pour le nouveau-né à ce moment précis. Notre objectif est d'avoir suffisamment de lait plus tard, à l'âge de quatre ou six mois. Les nourrissons prématurés ne mangent presque rien au cours des premiers jours en fonction de leur état de santé. Vous devez donc faire très attention à la question « Y a-t-il suffisamment de lait ? » Le bébé ne consomme peut-être que 8 ml par jour, mais cela ne signifie pas que la mère produit suffisamment de lait pour garantir une lactation à long terme et a suffisamment de lait lorsque ce bébé de 500 g pèsera 4 kg. Le bébé prématuré aura finalement besoin d'autant de lait qu'un nourrisson né à terme et nous devons nous assurer que cette production de lait sera disponible ce jour-là. C'est pourquoi toutes les mères doivent programmer leur allaitement, quel que soit la consommation actuelle du nouveau-né. La question « Y a-t-il suffisamment de lait ? » n'est donc pas la bonne question à poser. La question à se poser est

la suivante : « La mère a-t-elle atteint son volume ? » Pour ce faire, l'expression fréquente, même la nuit, est tout aussi essentielle que l'expression précoce.

Quelle est votre recommandation pour les maternités ?

Nous devons vraiment insister sur l'importance d'une stimulation des seins précoce, fréquente et efficace chez les mères de nourrissons prématurés. Nous savons que ces mères doivent commencer à tirer leur lait avec un tire-lait électrique double doté de la technologie Initiation dans les six premières heures suivant l'accouchement. Cela ne se passe pas comme par magie, nous devons entamer ces conversations avant l'accouchement ! Idéalement, les mères devraient tirer leur lait au moins huit fois par jour et avoir un contact peau à peau avec le bébé. En ce qui concerne cette fenêtre des six premières heures, Leslie Parker² a mené une très bonne étude qui a randomisé les mères pour qu'elles commencent soit au cours de ces six premières heures, soit après, et le groupe qui a commencé l'expression dans la fenêtre des six premières heures a produit deux fois plus de lait au cours de la première semaine par rapport à celles qui ont commencé plus



Ce que les mères doivent savoir : Elles n'expérimentent

pas pour produire beaucoup de lait ici et maintenant.

Elles le font pour programmer le sein afin de produire suffisamment plus tard.



¹ Lussier MM et al. Daily breastmilk volume in mothers of very low birth weight neonates: a repeated-measures randomized trial of hand expression versus electric breast pump expression. *Breastfeed Med*. 2015; 10(6):312–317. ² Parker LA et al. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeed Med*. 2015; 10(2):84–91. ³ Parker LA et al. Timing of milk expression following delivery in mothers delivering preterm very low birth weight infants: A randomized trial. *J Perinatol*. 2020; 40(8):1236–1245. ⁴ Mercado K et al. What Is the Impact of NICU-Dedicated Lactation Consultants? An Evidence-Based Practice Brief. *Adv Neonatal Care*. 2019; 19(5):383–393.

tard. C'est ce qui assure l'exclusivité de l'allaitement ou non dans certains cas ! Il est intéressant de noter que les mères qui dépendent d'un tire-lait et qui ont commencé un peu plus tard au cours de cette période de 6 heures ont en fait produit plus de lait les trois premiers jours et à six semaines que celles qui ont commencé au cours de la première heure.³ L'étude a conclu que le stress lié à l'expression dès que possible risquait de se retourner contre la mère et que le fait de lui laisser quelques heures le temps de récupérer son lait lui permettrait d'exprimer plus fréquemment au cours des premiers jours et de produire plus de lait.³

Comment obtenir une extraction de lait efficace ?

La succion du nourrisson né à terme est la référence absolue : Il doit y avoir une bonne aspiration, une certaine compression est impliquée et, ensemble, elles libèrent de la prolactine et de l'ocytocine. Le tire-lait assure l'aspiration, mais pas la compression, tandis que l'expression manuelle comprime, mais n'aspire pas. Seul le tire-lait déclenche ainsi de la prolactine. Et si vous vous souvenez des bienfaits de la prolactine que j'ai évoqués précédemment, elle est essentielle pour le circuit de production de plus de lait. Par conséquent, si vous n'avez pas un bébé qui prend correctement le sein et extrait le lait et que vous n'utilisez pas de tire-lait, vous ne pourrez tout simplement pas établir une production de lait suffisante. Un tire-lait électrique double de qualité hospitalière doté de la technologie d'initiation doit être la norme de soins pour les mères qui dépendent d'un tire-lait pour l'initiation de leur lactation.

Par ailleurs, cela concerne également les mères d'enfants prématurés modérés ou légers ou même les nourrissons nés à terme ou les nourrissons de mères diabétiques qui ne peuvent pas extraire suffisamment de lait. Nous devons nous assurer qu'elles tirent leur lait une fois que le bébé a été au sein pour favoriser pleinement la programmation des seins. L'expression manuelle ne suffit tout simplement pas à établir la lactation et ne doit jamais être utilisée seule chez les mères à risque ou dépendantes d'un tire-lait.

Comment pouvons-nous nous assurer que les mères reçoivent toutes ces informations ?

Dans nos unités de soins intensifs néonatales, nous adoptons une approche très proactive : L'objectif est que toutes les mères voient une consultante en lactation dans les 24 heures suivant la naissance. Des études, comme celle de Mercado et de ses collègues,⁴ montrent à quel point cela peut être bénéfique : Lorsque des consultantes en lactation sont impliquées, les bébés en néonatalogie sont davantage nourris au lait de leur propre mère et ces taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital sont beaucoup plus élevés. Nous mettons également l'accent sur de nombreuses formations en soins infirmiers au chevet des patientes. Le personnel infirmier au chevet des patientes voit les familles tout au long de la journée, c'est pourquoi elles représentent une forme de communication véritablement primordiale. Nous donnons également à toutes les mères une liste de contrôle rapide et un kit pour colostrum lorsque nous prenons les nouveau-nés pour la première fois.

Nous veillons ainsi à ce que la jeune maman reçoive immédiatement les premières instructions importantes. Il est si important que nous partagions la science ! Nous avons besoin d'une aide proactive à la lactation ! Nous avons également besoin d'un sentiment d'urgence ! Nous devons former le personnel infirmier, nos collègues médecins, les parents, afin que les familles puissent choisir et atteindre leurs objectifs de lactation, plutôt que de laisser la production de lait choisir à leur place.



Si quelqu'un créait demain un médicament contre l'ECUN, le diabète, les allergies, le cancer et bien plus encore, les gens paieraient probablement un milliard de dollars pour se le procurer. Mais nous l'avons déjà ! On l'appelle le lait maternel ! Il s'agit d'un médicament magique et nous devons nous assurer que chaque bébé peut en bénéficier.

LA DRE REBECCA HOBAN RECOMMANDÉ

Exprimez en volume !

LISTE DE CONTRÔLE POUR LES MÈRES

- ✓ Commencez l'expression dans les 6 heures suivant l'accouchement à l'aide d'un tire-lait électrique double de qualité hospitalière, doté de la technologie Initiation.
- ✓ Louez ou achetez un tire-lait électrique double pour une utilisation à domicile.
- ✓ Exprimez le lait toutes les 2-3 heures – au moins 8 fois par jour.
- ✓ Réveillez-vous au moins une fois la nuit pour exprimer votre lait.
- ✓ Demandez à parler à la consultante en lactation dans la salle d'après l'accouchement dès que possible.
- ✓ Ne vous inquiétez pas si vous n'obtenez rien ou seulement quelques gouttes que lorsque vous exprimez votre lait – c'est normal, continuez !
- ✓ Lorsque vous arrivez en unité de soins intensifs néonatale, parlez-en au personnel infirmier ou à une consultante en lactation.

Partagez la science !

LISTE DE CONTRÔLE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- ✓ Conseils précoces (si possible prénatals) aux familles sur l'importance du lait maternel et le contact peau à peau précoce.
- ✓ Expression précoce, fréquente et efficace avec un tire-lait électrique double (de qualité hospitalière) doté de la technologie Initiation. L'expression manuelle seule ne doit pas être utilisée de façon routinière pendant la période critique d'initiation de la lactation avec le tire-lait.
- ✓ Accompagnement proactif à l'allaitement.
 1. Formation pratique à ce qui est normal ; les consultations en matière de lactation doivent être la norme.
 2. Surveillance étroite des expressions + volumes quotidiens au cours des 2 premières semaines.
 3. Envisagez de vérifier les biomarqueurs (taux de sodium dans le lait) pour diagnostiquer et guider les problèmes de lactation.

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 impressionnantes dans le cadre d'une étude similaire (voir pages 24 et 25).

CHOSES À FAIRE

- ✓ **Fournir aux parents des informations précoces** sur l'importance des bienfaits du lait maternel.
- ✓ **Informier 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 courrent 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 :

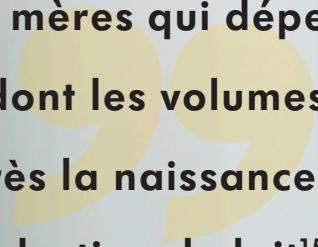
L'initiation précoce à l'expression signifie plus de lait maternel personnel pour les nourrissons à long terme.



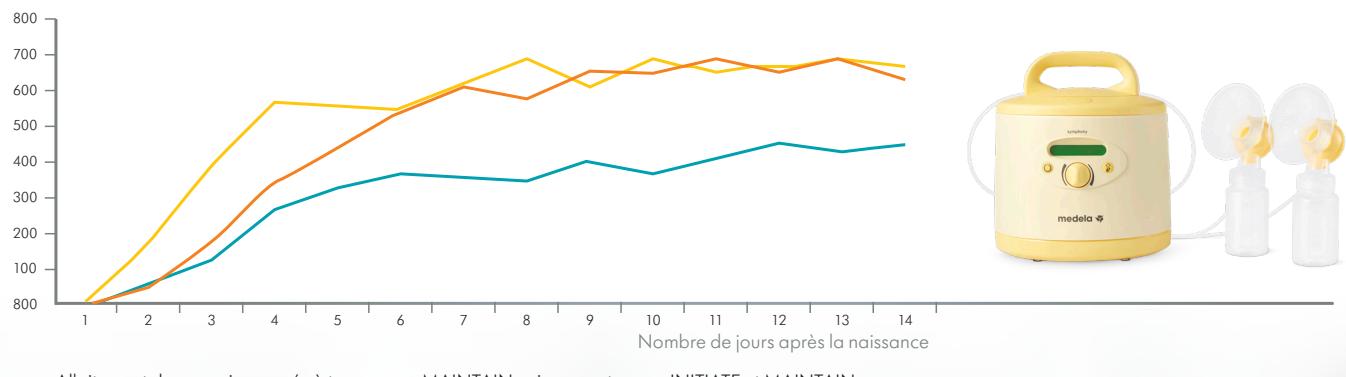
CHOSES À FAIRE

- ✓ **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 téterelle** 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



Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375–1386
Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103–110



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.^{15,16}

CHOSES 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

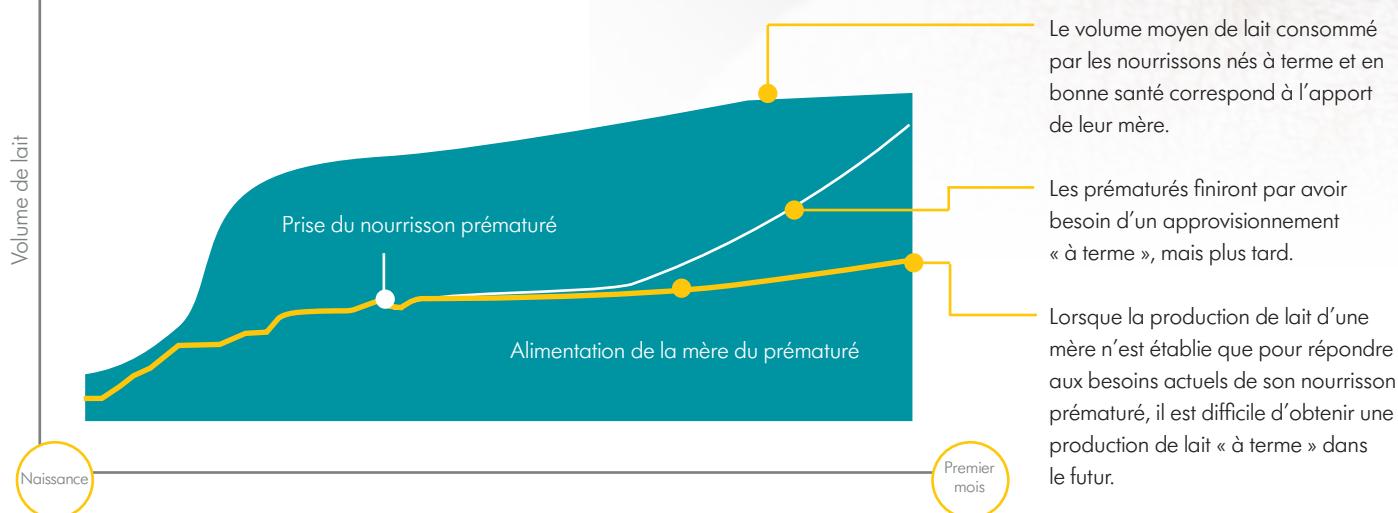
atteignent pour la première fois un volume total exprimé ≥ 20 ml au cours d'une séance d'expression. La montée de lait après 72 heures est définie comme un début de lactation retardée.²⁰ En fait, les mères dont la montée de lait est retardée ont 60 % de risques supplémentaires d'arrêter l'allaitement 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



CHOSES 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	Postnataux :
Obésité maternelle ^{21,22,24}	Césarienne non planifiée ²⁹
Diabète ^{23,26}	Travail/accouchement stressant ou prolongé ; stress/douleur psychologique ³⁰⁻³³
Chirurgie mammaire ²⁵	Hémorragie après l'accouchement ^{23,34}
Primiparite ^{23,26,28}	Nourrisson prématuré ou prématuré tardif ^{23,35}
Déclenchement du travail ^{27,28}	Séparation mère/nourrisson ³⁶
Césarienne planifiée ²⁹	Première tétée retardée ³⁷
	Apport dans les 48 premières heures ^{23,28}
	Faible fréquence d'allaitement/d'expression ^{38,39}
	Produits de rétention placentaire ⁴⁰



V

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.



CHOSES 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 téterelles 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.



CHOSES 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.

Literaturhinweise: **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, Hrsg. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2018. **9** WHO, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: 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, Aldag JC. J PerinatNeonatalNurs. 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. Pediatriatrics. 2004; 113(5):e465–471. **25** Kraut RY et al. PLoS One. 2017; 12(10):e0186591. **26** Wu JL 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** Salariya 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** Meinzen-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-lait, 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 - ÉDUQUER - 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 !



Les meilleurs cas en lactation

DÉFIS, RÉUSSITES ET PERSPECTIVES

Transformer la science de la lactation en soins pratiques pour le bénéfice des mères et des nourrissons, tel est le défi que les professionnels de santé dévoués relèvent et conquièrent chaque jour. C'est pourquoi, au lieu de vous donner notre avis sur la manière d'exploiter les résultats de la recherche pour améliorer vos protocoles et

résultats quotidiens, nous avons décidé de laisser la parole aux experts cliniques : Ils nous font part de leurs meilleures pratiques pour transformer avec succès la science en soins. De l'administration précoce du colostrum au succès de l'allaitement à long terme chez les grands prématurés. Préparez-vous à être inspirés !



Les meilleurs cas en lactation

Dr Rosalina Barroso, cheffe du service de néonatalogie au Prof. Doutor Fernando Fonseca Hospital au Portugal, au sujet de la mise en œuvre réussie de nouvelles pratiques grâce à l'initiative QI d'amélioration de la qualité en néonatalogie.



Une feuille de route

POUR AUGMENTER LA DOSE DE LAIT MATERNEL DANS NOS UNITÉS DE SOINS INTENSIFS

Qu'est-ce qui vous a incitée à travailler avec les outils QI en néonatalogie ?

Nous avons passé en revue le tableau de bord du service de néonatalogie et avons identifié des lacunes en matière de données liées à l'allaitement ainsi que l'opportunité d'améliorer la quantité de lait des mères de nos nourrissons les plus vulnérables. De nombreuses données montrent que l'alimentation au lait de la mère chez les nourrissons prématurés et de poids de naissance très faible réduit le risque de nombreuses complications liées à la prématurité ainsi que les coûts qu'elles engendrent, améliorant ainsi considérablement l'état de santé du nourrisson. Ce que nous avons développé avec la boîte à outils QI de Medela pour l'allaitement en service de néonatalogie, c'est une feuille de route pour augmenter la quantité de lait maternel chez les mères de nourrissons en néonatalogie.

Comment cela a-t-il été mis en œuvre ?

Je pense que le travail d'équipe est essentiel à la mise en œuvre d'un tel programme. Nous avons veillé à intégrer le travail et l'accouchement, le service obstétrique et le service de néonatalogie. Et notre équipe était extrêmement motivée. Ensuite, la formation est essentielle pour s'assurer que tous les membres du personnel ont bien conscience de leur rôle et sont en mesure de fournir des informations cohérentes aux familles sur l'importance du lait de la mère et sur les techniques d'obtention d'une production de lait adéquate. À ces fins, il est important de planifier des séances de formation lorsque de nouvelles personnes intègrent le service.

Quels obstacles avez-vous rencontrés ?

L'un des obstacles que nous avons rencontré dès le départ, est que non seulement l'expression dans les 3 heures suivant l'accouchement est un challenge, mais aussi le laps de temps entre cette première expression en salle d'accouchement et la deuxième expression dans le service obstétrique. Nous avons attribué ce délai au fait que la mère changeait de service. Pour y remédier, nous avons inclus une infirmière de salle d'accouchement et une infirmière du service obstétrique dans notre équipe QI pour qu'elles puissent induire des changements au sein

de leurs services respectifs. Nous avons également réalisé à quel point il était difficile pour de nombreuses mères de reconnaître l'importance de l'expression fréquente de leur lait au cours des premiers jours, lorsqu'elles n'obtenaient pas de quantités importantes. De plus, les mères avaient tendance à ne pas enregistrer leurs séances d'expression, ce qui a conduit à des données incomplètes. Afin de répondre aux attentes des mères au cours des premiers jours suivant l'accouchement, nous avons insisté sur l'importance de l'expression pendant ce laps de temps. Nous avons expliqué qu'il était essentiel d'enregistrer chaque expression car cela nous permet de surveiller de près l'allaitement et, si nécessaire, d'intervenir de manière appropriée. L'autre obstacle que nous rencontrons au Portugal est qu'il n'y a pas de prescription ni de remboursement pour les soins et l'équipement de l'allaitement. De plus, les mères qui ne possèdent pas de tire-lait à la maison ne peuvent exprimer leur lait que lorsqu'elles viennent voir leur bébé en néonatalogie. La réduction du nombre de séances d'expression qui en résulte a un impact négatif sur la production de lait maternel. Pour pallier ce problème, nous prêtons des tire-lait Symphony aux mères qui ont très peu de ressources.

Comment allez-vous soutenir ce changement au sein de votre hôpital ?

Nous constatons que pour assurer la pérennité du projet, des sessions de formation supplémentaires sont indispensables pour l'ensemble du personnel afin de rafraîchir leur connaissance du contexte scientifique et des meilleures pratiques. Nous devons veiller à ce que tout le monde ait conscience de son rôle et de ses responsabilités pour soutenir l'initiation et le dosage du lait de la mère.

Y a-t-il une prochaine étape du programme QI dans votre hôpital ? Sur quoi allez-vous vous concentrer ensuite ?

Notre objectif est de continuer à augmenter la quantité de lait de la mère pour les bébés prématurés et d'étudier la relation entre le lait de la mère et les morbidités. Par ailleurs, nous aimerais que notre service de néonatalogie soit certifié comme le premier service de néonatalogie du Portugal à être totalement adapté aux bébés.

Le colostrum buccal

DEVRAIT TOUJOURS ÊTRE LA PREMIÈRE TÉTÉE

Aniko Deierl, néonatalogiste consultante à l'Imperial College NHS Healthcare Trust à Londres, et son équipe visent l'or liquide avec leur campagne très réussie en faveur d'une plus grande disponibilité du colostrum dans les unités de soins intensifs néonatales.



Les « Kits de colostrum » qu'Aniko Deierl et son équipe remettent aux mères insistent sur le cadeau que représentent ces premières gouttes d'or liquide pour le nouveau-né.

Le colostrum est de l'or liquide et devrait toujours être le premier aliment du nourrisson, en particulier dans les unités de soins intensifs néonatales. C'est l'objectif stratégique que nous essayons de faire adopter depuis trois ans.

Lorsque nous avons lancé ce projet d'amélioration de la qualité en 2020 et mesuré notre situation, seuls 10 à 20 % des bébés dans les unités néonatales ayant moins de 34 semaines de gestation avaient reçu du colostrum au cours des 24 premières heures. À l'époque, le colostrum dans les 24 heures ne faisait pas partie de nos mesures des résultats. Ces faibles chiffres nous ont donc quelque peu surpris, et ce malgré notre taux d'allaitement au lait maternel à la sortie de l'hôpital d'environ 80 %, qui est supérieur à la moyenne nationale.

Des succès durables

Notre objectif était d'augmenter ce chiffre et de parvenir à ce que 80 % des bébés dans les unités néonatales (< 34 semaines de gestation) reçoivent du colostrum dans les premières 24 heures au cours des 12 mois suivants. Le chemin n'a pas toujours été facile, en particulier pendant la période où le COVID a eu un impact négatif sur la relation étroite nécessaire à l'expression précoce du colostrum avec la mère. Néanmoins, nous avons fait des progrès significatifs : les chiffres varient d'un mois à l'autre, mais pour l'instant, nous estimons que 50 à 80 % des enfants reçoivent du colostrum dans les 24 heures suivant leur naissance. Ce que nous réalisons maintenant, c'est que la durabilité de notre succès est le véritable défi : nous devons continuer à insister pour que chaque jour, chaque nourrisson ait la possibilité de bénéficier du colostrum précoce. Nous devons veiller à ce que les bébés

prématurés (< 34 semaines) reçoivent du colostrum buccal dans les six premières heures suivant leur naissance, idéalement comme première tétée, et que la lactation précoce soit bien établie afin que les mères puissent atteindre un volume optimal et que les nourrissons puissent continuer à bénéficier du lait de leur mère.

Imposer le standard de l'or liquide

Pour atteindre cet objectif, nous avons mis en œuvre une nouvelle procédure opérationnelle standard et formé les sages-femmes et l'équipe pluridisciplinaire néonatale à cette procédure. Nous avons spécifiquement acheté des sets pour tire-lait Symphony de Medela avec le programme INITIATE pour toutes nos zones, y compris la salle de travail, afin que toutes les mères puissent commencer la double expression à l'aide du programme INITIATE dans les deux heures suivant l'accouchement. Nous dispensons régulièrement aux sages-femmes des formations en face à face sur nos sets pour tire-lait. Nous veillons également à ce que les sages-femmes remettent aux mères, avant ou juste après l'accouchement, nos nouveaux « Kits pour l'or liquide », qui comprennent tous les accessoires nécessaires à la double expression, des seringues, un support explicatif pour le tire-lait et des documents d'information sur le colostrum. Les médecins des services de néonatalogie ont pour instruction d'inclure des informations sur le colostrum dans leurs conseils prénataux et l'équipe néonatale doit appeler la sage-femme pour vérifier que la première expression a lieu dans les deux heures qui suivent le transfert du bébé à l'unité de soins intensifs néonatale. Plus tôt les infirmières néonatales reçoivent le colostrum collecté, plus tôt elles peuvent l'administrer par voie orale.

MESURES DÉCISIVES :

% de bébés recevant du lait maternel exprimé à la sortie de l'hôpital
 % des bébés recevant du colostrum dans les 6 heures
 % de bébés recevant du colostrum dans les 24 heures
 % de bébés recevant du colostrum comme première tétée
 % de bébés recevant du lait maternel exprimé* le jour 14

Procédure opérationnelle standard à l'Imperial College London

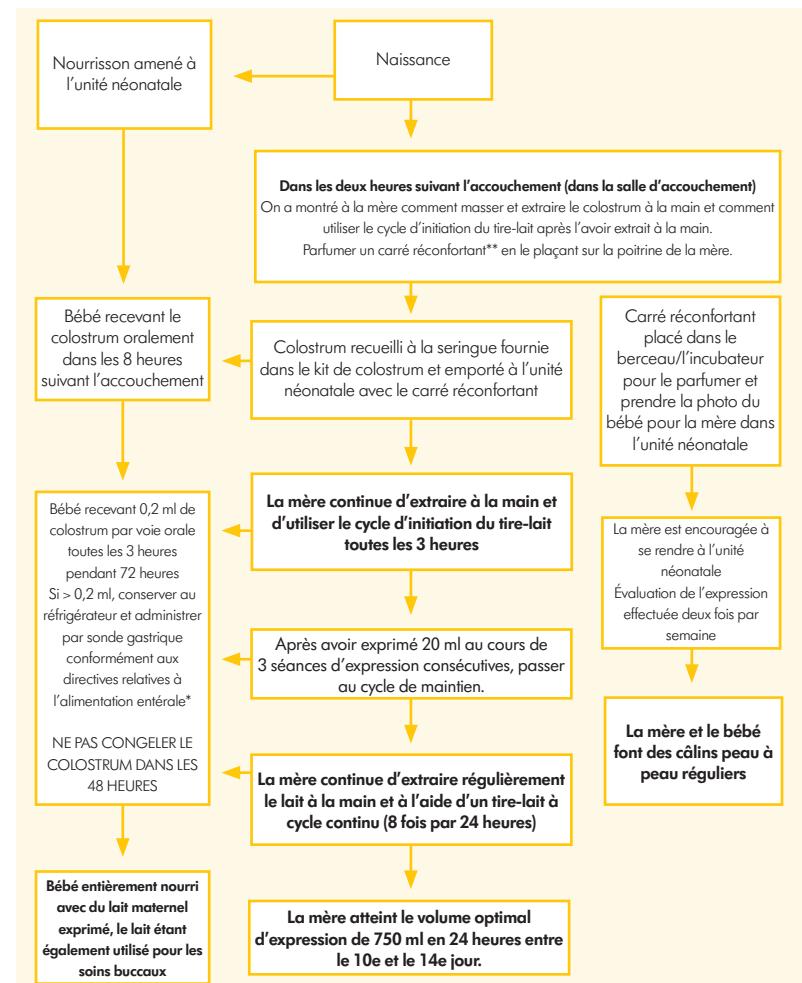
Ce n'est pas de la nutrition, c'est de l'amorçage intestinal !

Le colostrum peut être administré en petites quantités (0,2 à 0,3 ml), même chez les bébés ventilés, car il est absorbé par la muqueuse buccale. L'alimentation entérale ne doit pas être retardée au-delà de huit heures de vie, mais le nourrisson bénéficie grandement de l'apport de colostrum buccal en premier lieu. Déposer des gouttes de lait maternel sur la muqueuse buccale du nourrisson n'est pas de la nutrition, c'est de l'amorçage intestinal ! Nous avons également constaté une association entre le colostrum précoce et une proportion plus élevée de nourrissons nourris exclusivement au lait maternel de 7 à 14 jours après la naissance. »



PRINCIPAUX MOTEURS

- 1) ÉDUCATION DE LA MÈRE** et du personnel néonatal/ maternel sur les bénéfices du colostrum (ante/postnatal)
- 2) ÉQUIPEMENT APPROPRIÉ** dans toutes les zones (salle de travail, salle postnatale, unité de soins intensifs néonataux) pour favoriser l'expression précoce du colostrum, y compris nos « Kits de colostrum » et les tire-lait Symphony dotés de la technologie d'initiation
- 3) FAVORISER L'EXPRESSION** précoce du colostrum et l'alimentation précoce avec le colostrum, idéalement dans les six premières heures de vie
- 4) FAVORISER LA LACTATION** et l'apprentissage de la succion pendant le séjour à l'unité de soins intensifs néonatale afin de réussir l'allaitement à la fin



* lait maternel exprimé par la mère

** des carrés tricotés et texturés qui sont utilisés pour capturer l'odeur de la mère, puis sont placés dans la couveuse avec le nourrisson

Deux approches

POUR AMÉLIORER LE TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS NÉONATAUX

Ce qu'il y a de mieux avec des dizaines de spécialistes en lactation venus de toute l'Europe, ce sont leurs récits de réussite ! Deux exemples qui ont fait des vagues lors du symposium 2023 de Medela à Munich : repousser les limites des taux d'allaitement exclusifs à la sortie de l'hôpital dans les services de néonatalogie.

La voie du succès allie l'engagement multidisciplinaire, la personnalisation des soins et la systématisation de la pratique

Le Dr Manuel Cunha, chef de service et coordonnateur de l'unité de néonatalogie et de pédiatrie à l'hôpital Cascais au Portugal, explique comment il a réussi à augmenter les taux d'allaitement à la sortie de l'unité de soins intensifs néonatale de plus de 30 % en quatre ans.

« En 2018, l'indicateur d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital pour les nouveau-nés de moins de 35 semaines de gestation était de 39,8 %. Ce chiffre était clairement trop bas ! Alors que nous nous étions engagés à améliorer cet indicateur de qualité, toutes les pratiques cliniques ont été examinées sur la base des meilleures données probantes disponibles et des indications de l'orientation générale de la santé au Portugal, de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Par conséquent, nous avons établi un plan d'actions avec des stratégies axées sur les professionnels, les parents et les nouveau-nés.

Un nouveau protocole d'administration du colostrum dans l'oropharynx, du jour de la naissance jusqu'à l'autonomie alimentaire, s'est révélé être un facteur clé. 40 % des bébés ont reçu leur première dose de colostrum dans les 24 heures suivant la naissance. Des projets visant à promouvoir l'allaitement ont été mis en place, tels qu'une expression fréquente et régulière du lait (manuelle et par double expression électrique) dès que possible après l'accouchement, des retours positifs aux mères pour chaque goutte de lait qu'elles exprimaient, un contact peau à peau, une succion non nutritive et une alimentation au doigt, ainsi que des retours réguliers à tous les membres de l'équipe sur les résultats obtenus.

Nous avons également promu la gestion systématique des stocks de lait maternel grâce au système MilkTrac® déjà mis en place dans notre établissement hospitalier. L'utilisation de la technologie pour soutenir le processus opérationnel nous a permis d'améliorer la conformité du processus et de surveiller les étapes clés de la réussite du projet.

Et les résultats sont impressionnantes : à la fin de notre projet, l'indicateur de qualité de l'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital avait augmenté à 73,1 % en 2022 ! Un résultat étroitement lié à la quantité de lait reçue par les bébés à la fin de la première semaine, qui est à son tour lié au moment de la première collecte. Nous attribuons ce succès à l'implication d'une équipe pluridisciplinaire et à la formation à la collecte et à l'administration du colostrum, ainsi qu'à une approche personnalisée des soins et à la systématisation de la pratique qui offre les mêmes chances à tous les bébés et toutes les familles. »



Le Dr Manuel Cunha
a remporté les meilleurs
Abstract Awards de
Medela lors du symposium
européen de 2023

À LA SORTIE DE



Nous avons constaté que le fait d'informer les mères avant l'accouchement change vraiment la donne. En particulier lors des naissances prématurées, un soutien et une formation précoces sont essentiels.

Plus de 70 % du taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital, le meilleur cas présenté par le Pr Miguel Sáenz de Pipaón Marcos, médecin au service de néonatalogie de l'hôpital La Paz à Madrid en Espagne, a ébloui les personnes présentes à l'atelier. Cela soulève la question suivante : Comment y êtes-vous parvenu, docteur ?

« Tout d'abord, c'était un travail sans relâche, et un véritable travail d'équipe de médecins, de sages-femmes et du personnel infirmier. Nous avons constitué un « Groupe de travail sur le lait maternel » co-présidé par deux collègues spécialistes en néonatalogie et en obstétrique. L'implication du personnel infirmier et des sages-femmes dès le début est essentielle. Ensemble, nous avons mis en place un protocole sur le lait maternel, qui fait l'objet d'une formation tous les quatre mois, dispensée à l'ensemble du personnel, afin d'actualiser et de pérenniser les connaissances. L'unité de lactation et l'équipe de nutrition surveillent la consommation des bébés en lait de leur propre mère. Les systèmes électroniques remplis par le personnel infirmier sont en mesure de distinguer les différents types de lait : lait maternel de la mère, lait maternel d'une donneuse ou lait artificiel. Nous organisons des réunions tous les mois dans les différentes unités où nous examinons les données résumées de plusieurs bébés, et nous organisons également des réunions internes chaque semaine dans le service de néonatalogie où nous discutons des cas isolés.

En règle générale, nous avons trouvé que l'information avant l'accouchement changeaient vraiment la donne. En particulier lors des naissances prématurées, il est

essentiel d'aider et de former les mamans le plus tôt possible sur la manière d'exprimer leur lait. D'après notre expérience, il est beaucoup plus difficile pour les mamans de produire du lait lors de naissances prématurées inattendues. C'est pourquoi nous avons nommé une infirmière néonatale et une sage-femme en tant que consultante en lactation, qui sont responsables des conseils prénatals. Notre équipe a également conçu des brochures d'information et nous concevons actuellement des QR codes pour aider les mères à obtenir également des informations écrites.

Dans la mesure du possible, les bébés restent avec leur mère immédiatement après la naissance. Les bébés prématurés sont pris en charge dans des chambres individuelles avec un lit pour la mère ou le père. Les mamans sont invitées à recueillir leur colostrum le plus tôt possible après la naissance. Tout d'abord en exprimant votre lait à la main (dans les trois premières heures), puis en exprimant votre lait (dans les six heures suivant la naissance). Recueillir le colostrum le plus tôt possible et le donner immédiatement au nourrisson est un facteur primordial ! En fait, le colostrum est prescrit en tant que « médicament » par le médecin traitant à chaque nourrisson immédiatement après son admission en unité de soins intensifs néonatale. Nous travaillons également avec la banque régionale de dons pour utiliser le lait maternel de donneuses en tant que relais, tant que la production de lait de la mère s'accumule. Pour monter en volume, la mère est soutenue par les sages-femmes, le personnel infirmier et les consultantes en lactation.



Le Pr Miguel Sáenz de Pipaón Marcos
croit qu'il est important d'impliquer le personnel infirmier et les sages-femmes dans la mise en place d'un protocole sur le lait maternel.

POUR EN SAVOIR PLUS
Regardez l'enregistrement de notre symposium dans notre université Medela en ligne.

Points CPD disponibles !



La communication

MOTIVANTE FAIT LA DIFFÉRENCE

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.



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 32e et la 36e 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



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 !

ont été étonnantes : 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 14e 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

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 pourrons créer les conditions d'un allaitement réussi à long terme.

Literaturhinweise: 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 ist ein wissenschaftliches Projekt in Deutschland mit dem Ziel, die Unterstützung für das Stillen zu verbessern und Frauenmilchbanken auf neonatologischen Intensivstationen einzurichten. neo-milk.uni-koeln.de

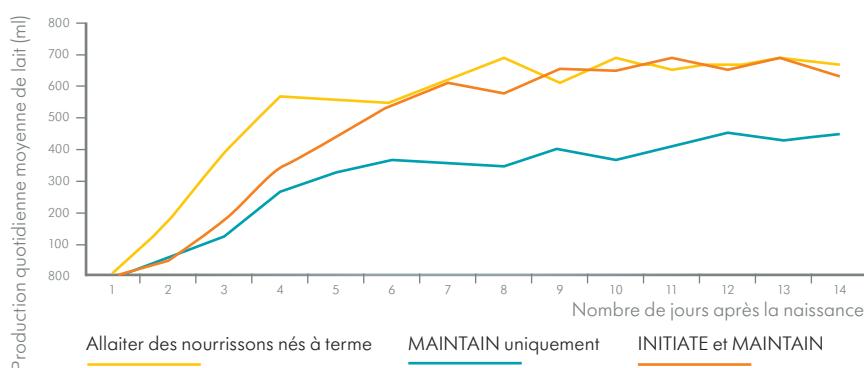
SYMPHONY® PLUS

Un tire-lait – une combinaison unique

Grâce à ses deux programmes fondés sur la recherche, le tire-lait Symphony avec la carte Symphony® PLUS est le choix de prédilection pour garantir un démarrage et une amplification efficaces en cas de difficultés initiales et, si nécessaire, pour maintenir la production de lait de la mère sur le long terme.

Au cours des premiers jours suivant leur naissance, les nourrissons tétent différemment de ce qui suit, une fois la lactation établie : leur comportement de succion reste irrégulier et comprend des pauses fréquentes, un rythme naturel spécialement destiné à stimuler la lactation après la naissance de façon optimale. Symphony propose le programme INITIATE pour garantir la simulation la plus précise possible de ce processus de déclenchement de l'allaitement.

Il imite le rythme de succion et de pause du nouveau-né pendant les premiers jours de lactation. Après l'activation sécrétoire, la mère peut ensuite passer au programme MAINTAIN, qui imite le rythme de succion d'un nouveau-né en bonne santé une fois la lactation établie, basé sur la technologie prouvée 2-Phase Expression. Au départ, le nourrisson stimulate le sein de la mère au moyen de cycles de succion courts et rapides. Une fois que le réflexe d'éjection du lait a été



Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375-1386
Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103-110

déclenché et que le lait commence à s'écouler, le bébé adopte un schéma de succion plus régulier. La technologie 2-Phase Expression imite précisément ce rythme, ce qui permet d'exprimer le lait plus efficacement.

Cependant, c'est la combinaison de ces deux programmes qui rend le Symphony si unique. Dans le cadre d'un essai clinique randomisé, des chercheurs ont étudié l'efficacité des programmes INITIATE et MAINTAIN. Les participantes étaient des mères de nourrissons prématurés qui avaient toutes besoin d'un tire-lait. Elles ont été réparties en deux groupes : un groupe utilisait le Symphony avec le programme INITIATE jusqu'à l'activation sécrétoire, puis passait au programme MAINTAIN. L'autre groupe utilisait le programme MAINTAIN uniquement¹.

Les résultats

Par rapport aux mères utilisant MAINTAIN uniquement, les mères utilisant INITIATE puis MAINTAIN¹ :

- Ont produit des quantités quotidiennes de lait nettement plus élevées au cours des deux premières semaines.
- Avaient davantage tendance à atteindre une production supérieure à 500 ml (16,9 fl oz) par jour avant la fin de la deuxième semaine.
- Ont exprimé, après l'utilisation du programme INITIATE suivie du programme MAINTAIN, des quantités similaires à celles absorbées par un nourrisson né à terme entre le sixième et le quatorzième jour après la naissance^{1,2}.

Comment mettre en place Symphony, étape par étape :



Choix de programmes

Les mères qui utilisaient le programme INITIATE* ont atteint une activation sécrétoire⁴ 1,2 jours plus tôt



AVANTAGES DE LA DOUBLE EXPRESSION

En plus d'être plus rapide – atout majeur pour les professionnels de santé et les mères très occupées – les recherches montrent qu'une fois la lactation établie, la double expression permet d'obtenir 18 % de lait en plus en moyenne par rapport à l'expression de chaque sein à tour de rôle³. Le lait exprimé présentait également une teneur énergétique plus élevée³.



Pour plus d'informations

Conseil : Notre formation en ligne Symphony est désormais disponible en 10 langues au sein de l'Université Medela.



Vous soutenir en soutenant les mères

Nous sommes ravis de partager !

Les dernières recherches sur la lactation, les études pertinentes sur l'allaitement, les meilleurs scénarios de pratique clinique et, bien sûr, tout ce qu'il faut savoir sur la meilleure façon d'utiliser nos produits. Vous avez donc tout ce qu'il faut pour aider les mères à atteindre leurs objectifs d'allaitement.

NEWSLETTER



Inscrivez-vous dès maintenant pour recevoir les dernières nouvelles du monde de l'allaitement et de la recherche sur la lactation, des événements exclusifs, des cas exemplaires de toute l'Europe, des technologies innovantes et des développements de produits passionnants.

SYMPHONY HUB



Notre système d'assistance numérique sur l'utilisation de notre tire-lait hospitalier et du tire-lait en location, Symphony. Avec des instructions simples, étape par étape, des vidéos utiles, des liens et des éléments visuels, le tout optimisé pour l'utilisation mobile.

MEDELA UNIVERSITY



Inscrivez-vous à des cours gratuits en ligne et à des discussions à la demande sur l'allaitement et la lactation, tenus par des scientifiques reconnus à l'échelle mondiale. Enrichissez votre formation continue !



AVEZ-VOUS DES QUESTIONS, DES COMMENTAIRES OU DES IDÉES DONT VOUS AIMERIEZ NOUS FAIRE PART ? NOUS SOMMES HEUREUX DE VOUS LIRE !

Contactez-nous à info@medela.co.uk