





L'allaitement Maternel

Un allaitement réussit dépend d'un bon accompagnement.

Des idées reçues à la réalité

Ce qui est fondé , ce qu'il ne l'est pas !!!

**Dr BLERALD FRANTZ GYNECOLOGUE CLINIQUE ST- PAUL
ANNE-MARIE HENRIC CONSULTANTE EN LACTATION**



Soutenir une femme qui allaite

Les phrases qu'il ne faut pas dire

Problème chez la femme qui allaite

- Douleurs aux mamelons

Gerçures ou crevasses sans infection
Crevasse avec surinfection bactérienne
Eczéma et dermatite de contact

- Douleurs aux seins

Candidose dans le sein
Canal lactifère obstrué
Mastite
Abscess

Production de lait insuffisante

Médication Maternelle

Gain pondéral secondaire lent
à une carence en apports nutritionnel

Ankyloglossie
(Frein de langue trop court)

Bibliographie





- Allaitement difficile, la mère vit une période intense
- Besoin d'un soutien particulier
- Eprouvent du regret ou de la tristesse à l'idée d'abandonner l'allaitement

TEMOIGNAGE D'UNE MERE



Je viens de faire la première visite chez le Médecin à 1 mois et 1 semaine de ma petite fille

Cette dernière après avoir été réveillée pour faire l'examen me réclame le sein au cabinet du docteur. Celui-ci de me demande: est-ce que c'est vraiment l'heure de la tétée?

Elle tète très souvent et parfois c'est juste pour se rassurer.

Le docteur me répond qu'il faut désormais réguler ses heures de repas... Et lui donner une sucette pour patienter.

Alors là d'un coup je me suis sentie mal j'ai eu l'impression d'avoir fauté !

De plus le docteur rajoute qu'elle a pris en moyenne 50g par jour depuis sa naissance au lieu de 30g Je vous assure que mon bébé n'est pas gros, elle a pris de bonnes joues certes mais elle fait 57cm pour 4kg700 à 1 mois.

Du coup on doit tout changer: 6 tétées par jour de 6h à 23h plus 1 facultative la nuit. Entre temps, sucette. "Il n'y a que la sucette pour calmer les bébés madame"

Ensuite il faut arriver à une certaine routine d'après ce docteur, et pourtant quand je mets en pratique tous ces conseils , la galère continue !!!



TROIS PRIORITES , en relation avec l'alimentation de l'enfant

- Alimentation efficace de l'enfant
- Favoriser le lait maternel le plus possible
- Nourrir l'enfant au sein lorsque possible

Problème chez la femme qui allaite

- Douleurs aux mamelons

Gerçures ou crevasses sans infection

Crevasse avec surinfection bactérienne

Eczéma et dermatite de contact





CREVASSES SANS INFECTION



GERCURES EN VOIE DE GUERISON

SIGNES/SYMPTOMES	CAUSES	DIAGNOSTICS DIIF	TRAITEMENT N M	TRAITEMENT M
Apparaît 1 ^{er} Jour AM	Trauma mécanique secondaire à une mauvaise prise du sein	Candidose au mamelon Vasospasme	Améliorer la prise du sein Proposer de diminuer ou de cesser mise au sein douloureux 24h à 48h	Utiliser un onguent antibactérien Pour prévenir de la surinfection 1à 2 Sem Ne pas laver
Douleur : max début de tétée, légère à modérés entre les TT Augmenter par la friction	Irritation secondaire à une utilisation inadéquate du TL TL de mauvaise qualité ou de téterelle (Taille)	Eczéma, psoriasis et dermatite de contact	S'assurer de l'utilisation adéquate du TL	Soulager la douleur avec un anti inflammatoire non stéroïdien au besoin Considérer une frénomie au besoin
Plaies superficielles à profonde	Frein de langue			NON RECOMMANDE Vit E sur mamelon Pommade de composition inconnu
			Ressources en allaitement pour améliorer la prise au sein si besoin	
DOULEURS AUX MAMELONS SANS INFECTION				



CREVASSE SURINFECTEE



CREVASSE SURINFECTION BACTERIENNE

SIGNES/SYMPTOMES	CAUSES	DIAGNOSTICS DIIF	TRAITEMENT N M	TRAITEMENT M
Douleur aigue : Maximale en début de TT Modérée pendant le reste de la TT	Complication de la gerçure ou crevasse non guérie	Candidose au mamelon Vasospasme	Améliorer la prise du sein Proposer de diminuer ou de cesser mise au sein douloureux 24h à 48h	Appliquer pommade magistrale (DR Jack Newman) Si suspicion de causes multiples de douleur
Apparaît généralement après la première semaine de l'AM	FL trop court	Eczéma, psoriasis et dermatite de contact	S'assurer de l'utilisation adéquate du TL Maintenir la lactation avec un TL de qualité ou l'expression manuelle si la mère a une technique efficace	Onguent de Mupirocine de 2% (15g) Onguent de valérate de béthaméthasone 0,1 % (15g) ou équivalent Miconazole en poudre pour obtenir une concentration de 2% - Total = 30g
Plaie superficielle à profonde avec perte de substance		A noter que plusieurs de ces problèmes peuvent coexister		Appliquer l'un ou l'autre des onguents sur l'aréole et le mamelon NE PAS LAVER
Plaie qui adhère aux compresse d'AM			Ressources en allaitement pour améliorer la prise au sein si besoin	Recourir à une antibiothérapie anti staphylococcique <i>per os</i> , si plaie profonde ou perte de substance importante persistant plus de 7 à 10 jours
Présence d'écoulement purulent, d'œdème et de rougeur				Soulager la douleur avec un antiinflammatoire non stéroïdien Considérer une frénotomie

CREVASSES AVEC SURINFRCTION BACTERIENNE



ECZEMA



ECZEMA

SIGNES/SYMPTOMES	CAUSES	DIAGNOSTICS DIIF	TRAITEMENT N M	TRAITEMENT M
Prurit rare Douleur pdt ou après la TT Suintement possible en cas de réaction importante	Dermatite de contact à la salive de l'enfant dont le PH change en vieillissant	Candidose au mamelon (apparence plus luisante de la peau)	Eviter l'humidité excessive	Appliquer un onguent de cortisone de puissance faible ou modérée - Appliquer initialement après chaque TT pour confirmer la réponse clinique
Erythème au mamelon impliquant ou non l'aréole Sécheresse fine desquamation	Dermatite de contact aux compresses d'AM ou autre	Toute dermatite systémique qui pourrait toucher le sein, Comme le psoriasis	Eliminer les facteurs aggravants qui sont sur le mamelons et les seins	Par la suite, fréquence et durée selon évolution Ne pas l'enlever avant la TT
Zone pouvant excéder la partie de l'aréole qui entre en contact avec la bouche de l'enfant	Humidité excessive Savon			Associer un antifongique en alternance si suspicion de candidose Appliquer du miconazole ou du clotrimazole sur le mamelon et l'aréole
Signes très légers parfois	Réaction à un produit appliqué sur le sein Lanoline, crème anti fongique, antibiotique...		Ressources en allaitement pour améliorer la prise au sein si besoin	Ressources : Dermatologue En connaissance AM ou Médecin spécialisé en AM
	Eczéma	ECZEMA ET DERMATITE DE CONTACT		

MAMELON AVEC GERCURE **SANS** VASOSPASME



MAMELON AVEC GERCURE **LORS** DU VASOSPASME



SIGNES/SYMPTOMES	CAUSES	DIAGNOSTICS DIIF	TRAITEMENT N M	TRAITEMENT M
<p>Mamelon complètement normal entre les vasospasmes en l'absence d'un problème concomitant</p> <p>Commence dans les minutes suivants la fin de la TT ou par intermittence jusqu'à la TT suivante</p> <p>Réaction du froid à l'air</p> <p>Bouche du bébé</p>	Idiopathique	<p>Candidose au mamelon ou au sein</p> <p>Eczéma</p> <p>Gerçures ou crevasses</p> <p>Mauvaise prise du sein</p>	<p>Améliorer la prise du sein</p> <p>Appliquer de la chaleur sèche localement pendant qqles minutes</p> <p>Eviter le froid ambiant, bien se couvrir au besoin</p>	<p>Traiter seulement si la douleur est significative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vit B6 - Dose de 150mg à 200 mg i.d pdt 4jours puis 25- 50 mg i.d X 2 semaines <p>Parfois la dose forte est efficace et non celle de 25-50mg garder la plus petite dose efficace</p> <p>Si récurrence répéter le traitement au besoin</p> <p>2 Sem inefficace cesser</p>
<p>Aucune douleur ressentie entre les épisodes de vasospasme sauf si autre problème concomitant</p>	<p>Souvent secondaire à une autre source de douleur comme une mauvaise prise du sein ou une candidose</p>		<p>Eviter la caféine, la nicotine et les autres vasoconstricteurs</p>	<p>Nifédipine longue action 30mg i.d X 2 Sem</p> <p>Au cas échéant : Traiter la surinfection fongique</p>
<p>Blanchissement (rarement bleuissement)du mamelon</p> <p>La décoloration est variable en intensité et durée</p> <p>Petite région ou toute la surface du mamelon</p>				
<p>Brûlures ou pincement au mamelon ou à l'intérieur du sein (décoloration)</p> <p>Douleur peut irradier dans le dos</p>			<p>Ressources en allaitement pour améliorer la prise au sein si besoin</p>	

VASOSPASME



Bleuissement du mamelon lors du vasospasme



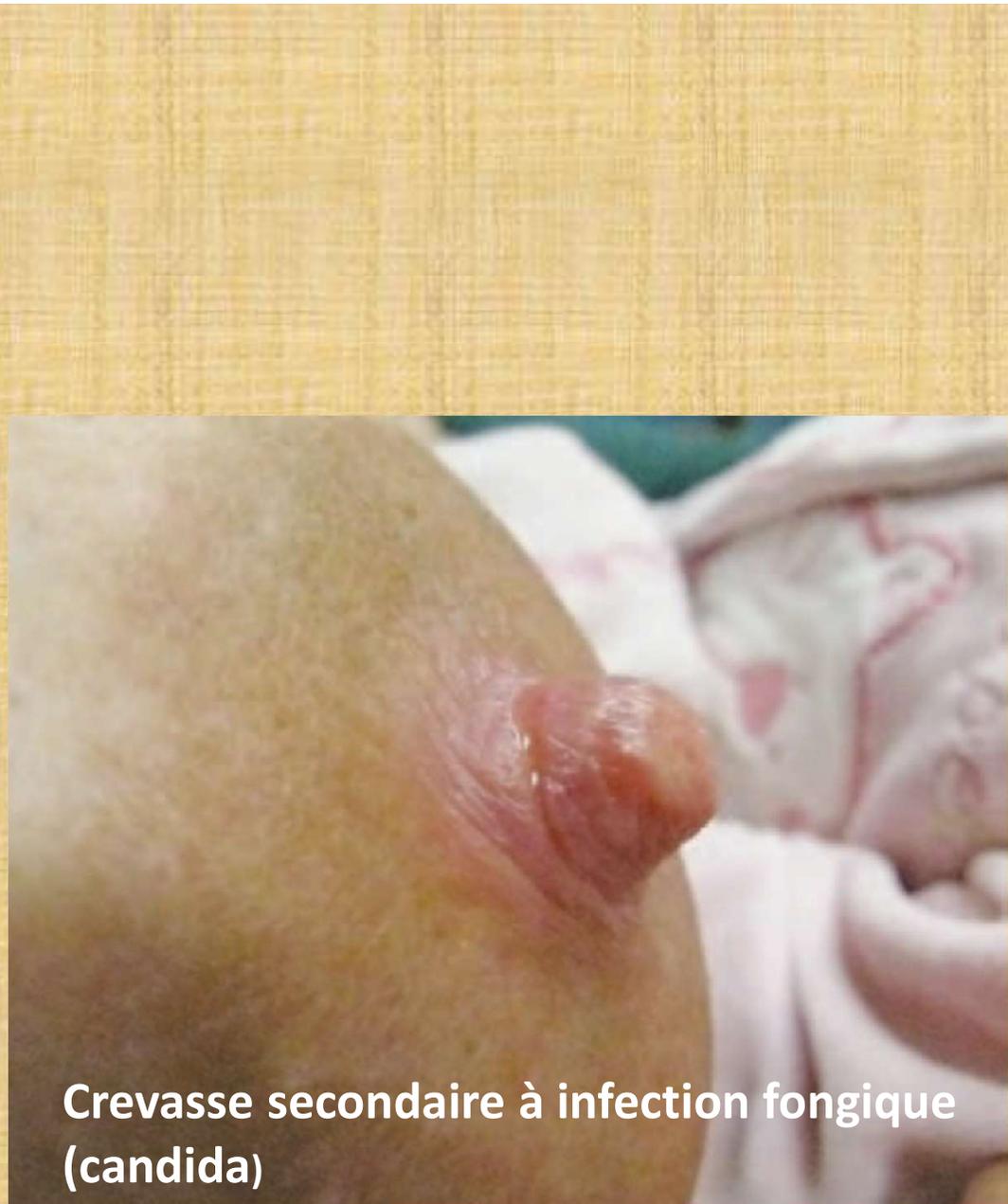
vasospasme

- Douleurs aux seins
- Candidose dans le sein
- Canal lactifère obstrué
- Mastite
- Abcès





INFECTION FONGIQUE (CANDIDOSE)



Crevasse secondaire à infection fongique (candida)

SIGNES/SYMPTOMES	CAUSES	DIAGNOSTICS DIIF	TRAITEMENT N M	TRAITEMENT M
Condition rare la 1ere semaine du Post Partum Dans le 1 ^{er} mois, souvent secondaire à des gerçures ou crevasses	Idiopathique dans la plupart des cas Candidose au mamelon	Vasospasme (souvent déclenché ou exacerbé par le candida au mamelon) Mastite(rougeur chaleur œdème)	Désinfection sucette tétines en faisant bouillir 10 mn Recommencer quelques jours	Traiter la mère et le bébé simultanément même si le bébé n'a pas de symptôme Employer la pommade magistrale
Classiquement, survient après une période d'AM Sans problème	Gerçures ou crevasses actuelles ou récentes :* Une porte d'entrée potentiel	Inflammation résiduelle à l'intérieur du sein secondaire à un engorgement ou une mastite		Si forte douleur Fluconazole 400 mg au jour 1 suivi de 100 mg b.i .d Pdt 14 jours minimum Et 7 jours sans symptôme
Habituellement limitée à un sein dont l'examen est normal	Prise récente d'antibiotiques			Soulager la douleur avec un anti inflammatoire non stéroïdien au besoin compatibles AM
Douleur soudaine et inexplicée pendant ou entre les TT souvent plus forte à la fin ou après les TT	Diabète maternel			AIL - gélules 1300 mg par jour
sensation de brûlures ou d'aiguilles qui traversent le sein. Irradier ds le dos vers l'omoplate/nuit. Mamelon et aréole ne pas présenter de rougeur. Douleur expression lait				

Candidose dans le sein

MASTITE ET CANDIDOSE AU MAMELON ET AEROLE



POINT BLANC / AMPOULE DE LAIT



CANAL LACTIFERE OBSTRUE AVEC AMPOULE DE LAIT



SIGNES/SYMPTOMES	CAUSES	DIAGNOSTICS DIIF	TRAITEMENT N M	TRAITEMENT M
<p>Occurrence habituellement unilatérale</p> <p>Apparition graduelle de douleur, rougeur, chaleur, œdème,</p>	<p>Stase de lait</p> <p>TT sautée ou plus espacée Qu'à l'habitude</p>	<p>Mastite</p> <p>Vasospasme</p> <p>Candidose dans le sein</p>	<p>Vérifier prise au sein</p> <p>Drainer efficacement le sein en poursuivant l'allaitement des deux cotés</p> <p>Si possible diriger le menton</p>	<p>Utiliser un anti inflammatoire non stéroïdien</p> <p>Proposer Frénotomie Si besoin</p>
<p>Elancement dans le sein (Zone délimitée)</p>	<p>Pression prolongée sur une région du sein, par ex : TL mal tenu un soutien gorge mal ajusté, etc</p>		<p>Ou le nez du bébé vers la région indurée lorsqu'il tète</p> <p>Utiliser un tire lait de qualité</p>	<p>Ajouter un Onguent antibiotique si présence de lésions au mamelon</p>
<p>Parfois présence d'un point blanc ou d'une ampoule au mamelon</p>	<p>FL trop court</p>		<p>Appliquer de la glace entre les TT pour diminuer l'inflammation 10- 12 mn /2h</p>	<p>Informer la mère pour qu'elle surveille des signes de complication : MASTITE OU ABCES</p>
	<p>Occlusion d'un pore du mamelon par une ampoule ou une lésion croûtée</p>		<p>Appliquer les compresses chaudes justes avant la prise du sein ou extraction du lait</p>	<p>NON RECOMMANDE : Faire cesser l'allaitement pdt l'épisode,</p>
<p>CANAL LACTIFERE OBSTRUE</p>			<p>Pratiquer massages doux avant et pdt les TT</p> <p>REPOS ET HYDRATATION</p>	<p>+++ risques mastite</p>

MASTITE ET GERCURE SURINFECTEE



SIGNES/SYMPTOMES	CAUSES	DIAGNOSTICS DIIF	TRAITEMENT N M	TRAITEMENT M
Symptômes systémique : Asthénie, malaises, myalgies, frissons, fièvre Peuvent précéder la douleur au sein	Surinfection de gerçures ou de crevasses	Canal obstrué Autres maladies fébriles (grippe, endométrite...)	Vider le sein affecté : le +important Poursuivre l'allaitement des deux côtés	Si les traitements NM n'apportent pas d'amélioration dans les 12 à 24 heures ou si la mère est septique
Douleur, rougeur œdème ou induration Habituellement unilatérale mais parfois bilatérale	Complication d'une stase de lait prolongée - TT sautée ou plus espacée qu'à l'habitude, engorgement, canal obstrue		Si possible, diriger le menton ou le nez du bébé vers la région indurée lorsqu'il tète Trop douloureux	Antibiothérapie antistaphylococcique <i>per os</i> pdt 10 JRS à 14 JRS (TX< 10 JRS ASSOCIÉ À UNE RÉCURRENCE)
Coagulât de lait ou de mucus dans le lait	Présence d'une bosse depuis 12 à 48 heures ou arrêt brusque de l'allaitement		Utiliser un TL de qualité	Cloxacilline 500mg q.i.d Céfalexine 500 mg q.i.d Clindamycine 300 mg q.i.d
Augmentation de la teneur en sodium secondaire à l'inflammation qui donne un goût salée du lait	FL trop court		Appliquer de glace 2/ Se Reposer /Hydratation Appliquer du chaud juste avant TT	Anti inflammatoire non stéroïdien Diminution douleur
Lait de coloration verdâtre ou orangée (rare) Cellulite crevasse surinfectée	MASTITE		Si rechute une évaluation complète de l'AM s'impose	Ajout d'un onguent de mupirocine ou acide fusidique localement 1à 2 Sem Ne pas laver ou essuyer avt TT NON RECOMMANDE: Faire cesser l'AM

ABCES (VUE SUPERIEURE)



ABCES (VUE LATÉRALE)

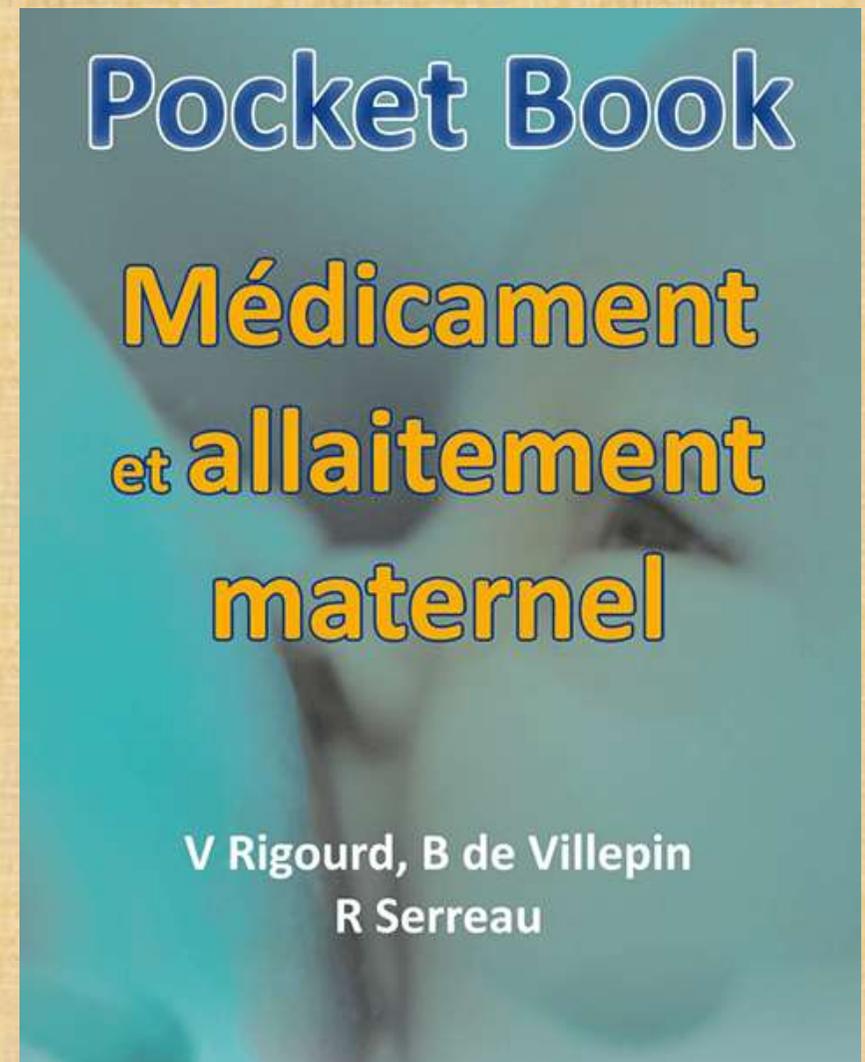
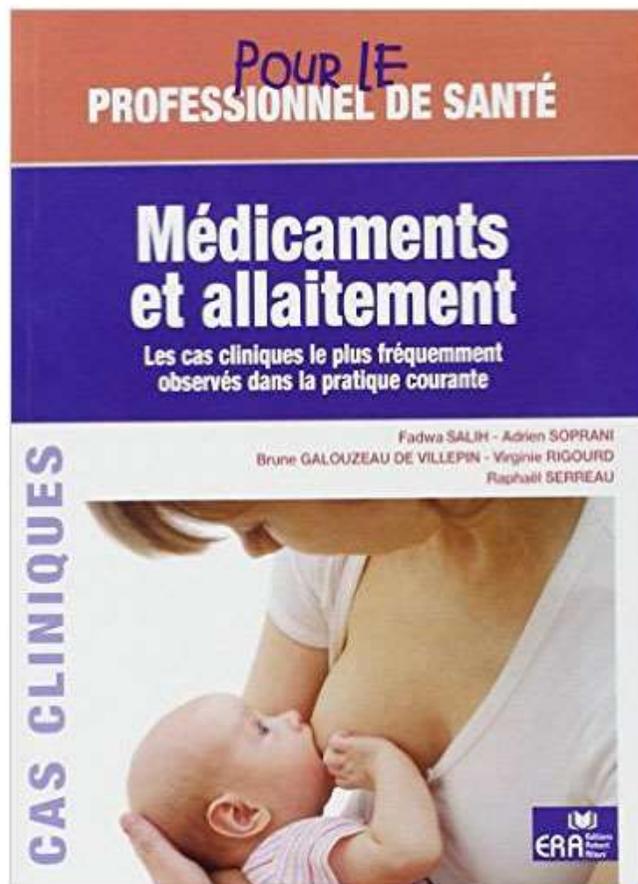


SIGNES/SYMPTOMES	CAUSES	DIAGNOSTIC S DIIF	TRAITEMENT N M	TRAITEMENT M
Etat général souvent bon Fièvre et asthénie rares Apparence variable selon le degré de mûrissement de l'abcès	Complication non fréquente d'une mastite non traitée ou ne répondant pas à l'antibiothérapie	Canal obstrué Galactocèle (Kyste de lait) Kyste Néoplasie	Poursuivre l'AM du côté non affecté	Echographie souvent nécessaire pour confirmer le diagnostic Antistaphylococcique pdt 10 à 14 JRS Ponction à l'aiguille souvent suffisante et préférable au drainage chirurgical.
Masse bien délimitée avec douleur variable à la palpation Rougeur variable parfois accompagnée d'une zone centrale souvent plus pâle			Du côté affecté, laisser le bébé continuer à prendre le sein si le site de ponction ou de l'incision n'est pas sur l'aréole.	Peut être répétée 2 à 3 fois Peut être faite par le médecin de famille qui a des habiletés en chirurgie mineure ou par le radiologiste lors de l'échographie
			Une gaze peut être placée sur le site pendant la TT pour éviter que le bébé n'entre en contact avec le pus	Drainage chirurgical en dernier recours. Une incision perpendiculaire à l'aréole est préférable pour éviter que le bébé ne tire sur les lèvres de la plaie pdt TT
			Si le bébé ne tète pas le sein, Drainer adéquatement le sein affecté avec TL de qualité ou EXM si la mère a une technique efficace	NON RECOMMANDE: Faire cesser l'AM

ABCES

SIGNES/SYMPTOMES	CAUSES	DIAGNOSTICS DIIF	TRAITEMENT N M	TRAITEMENT M
Absence de montée laiteuse ou montée laiteuse timide Baisse de production quantifiable chez une mère qui exprime du lait de façon régulière	Fréquence insuffisante de stimulation du sein par la TT ou le TL - Sein vidé de façon insuffisante : . Mauvaise prise . TT inefficace (FL Court, Tonus diminué, prématuré....)	Coliques Croissance lente mais régulière chez un petit bébé satisfait au sein avec un développement psychomoteur normal	Peser le bébé nu sur une même balance Courbes de L'OMS Evaluer la TT	Evaluer, traiter les causes Courbes de L'OMS Proposer Frénotomie Si besoin
Gain pondéral limite ou insuffisant chez l'enfant (Gain pondéral lent secondaire à une carence en apports)	. Secondaire à un canal obstrué, à une mastite, ou un engorgement important . Mauvaise utilisation TL	Problème de santé chez l'enfant (infection urinaire, fibrose kystique...)	Augmenter la stimulation du sein - Améliorer la prise du sein au besoin - Utiliser la compression du sein - Changer le bb de sein lorsqu'il ne déglutit plus	Fenugrec et chardon béni 3 caps 3X3/JOUR
Nécessité de recourir à des suppléments de façon quotidienne	.Insuffisance glandulaire primaire ou secondaire à une chirurgie . Hypothyroïdie non contrôlée . Rétention placentaire		- Donner 2 à 3 fois chaque sein sans augmenter la durée de la TT - Si suplts / DAL	DOMPERIDONE
NN de – 3mois Perte de poids initiale -10% Continu au-delà de 5 jrs Non reprise de poids 3 Sem de vie	. Alcool et nicotine à haute dose . Agonistes dopaminergiques . Utilisation régulière de préparation commerciale . Utilisation excessive de la sucette		- Augmenter le nombre de TT - Utilisation TL qqles fois /jour - Diminuer l'utilisation de la sucette	
Bb de + 3mois Absence de gain de poids sur plus d'une semaine	Nouvelle Grossesse			

PRODUCTION DE LAIT INSUFFISANTE



RESEAU MEDIC-AL Dr RAPHAEL SERREAU
01 71 19 60 47 ou 48



DAL



BONNE PRISE AU SEIN

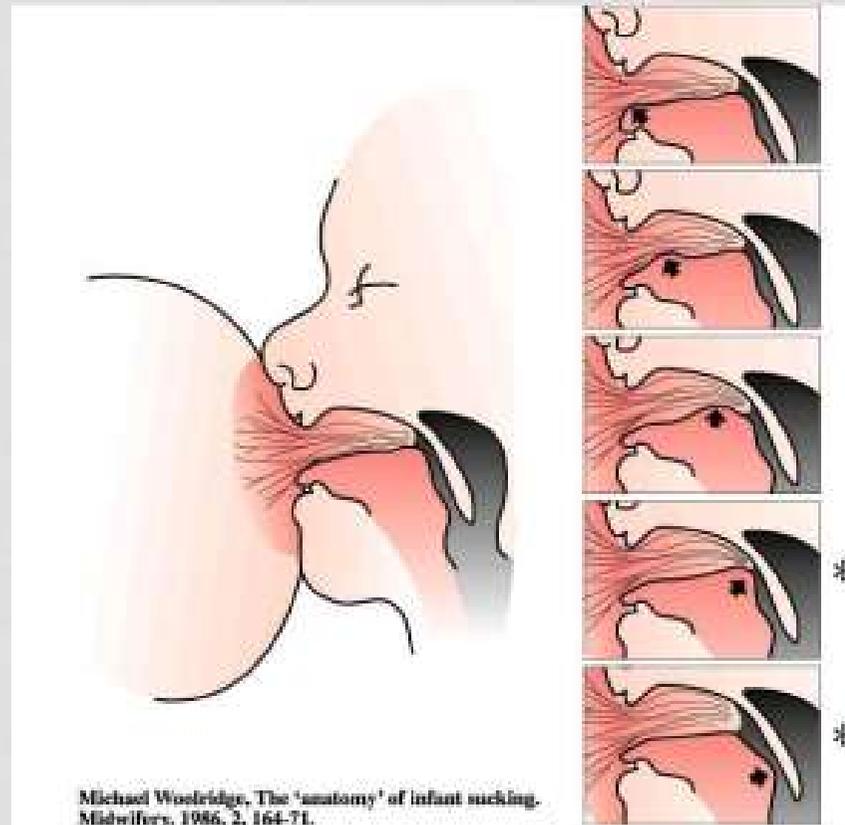
FREIN DE LANGUE



FREIN DE LANGUE

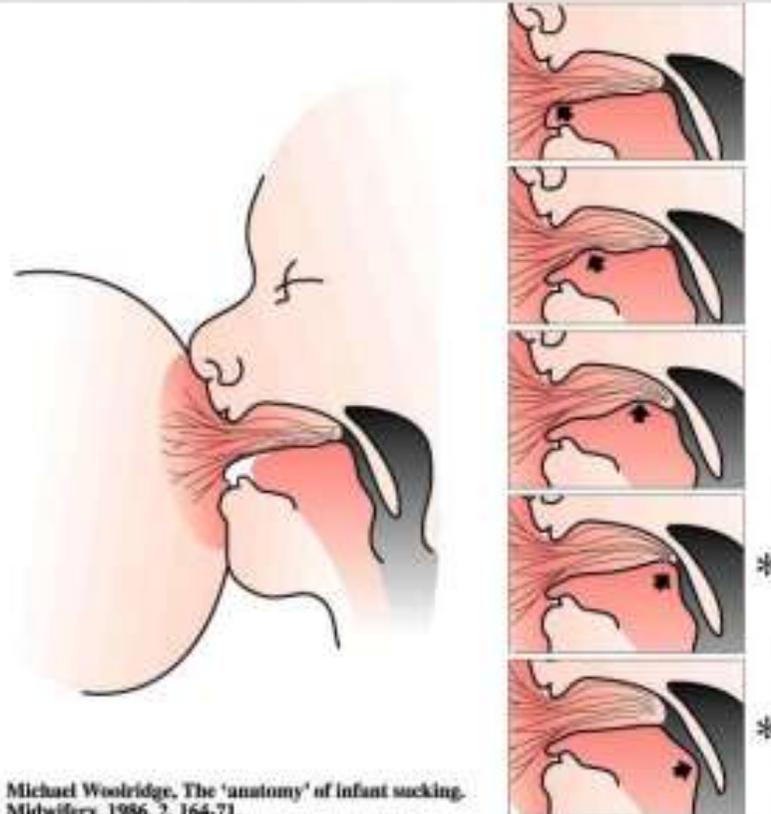
SIGNES/SYMPTOMES	CAUSES	DIAGNOSTICS DIIF	TRAITEMENT N M	TRAITEMENT M
Langue en cœur ou avec peu de mobilité Frein sous-lingual apparent ou fibreux	D'origine héréditaire dans près de 25% des cas avec une occurrence deux fois plus élevées chez le garçon	Fente palatine Rétrognathie Douleur au mamelon ou problème d'allaitement lié à autre chose	Evaluation complète de la TT Evaluation de la succion en 5 points	Utiliser un onguent antibactérien Pour prévenir de la surinfection 1à 2 Sem Ne pas laver
SIGNES ET SYMPTOMES ASSOCIES : - Difficultés à s'attacher ou rester sur le sein - Mamelons douloureux - Gercés, crevassés			Evaluer si l'ankyloglossie gêne la succion	Soulager la douleur avec un anti inflammatoire non stéroïdien au besoin Considérer une frénotomie au besoin
- Impression de papier sablé sur le mamelon pdt la tétée - Gain pondéral insuffisant				NON RECOMMANDE Vit E sur mamelon Pommade de composition inconnu
- Parfois associée à une voûte du palais très prononcée			Ressources en allaitement pour améliorer la prise au sein si besoin	
- TT trop longues ou trop courtes				

POSITION ET ACTION DE LA LANGUE SANS FREIN DE LANGUE



POSITION ET ACTION DE LA LANGUE AVEC UN FREIN DE LANGUE

Image de gauche modifiée pour illustrer un bébé dont le frein de langue est trop court. Le mamelon ne serait pas en position optimale.



Michael Woolridge. The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2, 164-71.



Frein de langue
Type 2



MERCI
A BIENTOT



A woman with long, dark, curly hair is sitting on a stone ledge, holding a baby. She is wearing a blue, off-the-shoulder, patterned dress. The baby is wearing a white and blue outfit. The background is a blurred outdoor setting with a white wall and a window. There are decorative flowers, including a pink one on the left and a purple one on the right. The word "BIBLIOGRAPHIE" is written in orange, outlined letters across the middle of the image.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- L'impact de l'ankyloglossie article FR Coryllos.pdf
Septième journée de l'allaitement.
. Le phénomène douleur du NN en maternité
Charpentier A, Drecourt-Mester J, Renault-Tinelle N,
Blondeau L. Douleurs 2005 ; 6 : 374-82 Pédiadol
LLLFrance DA 60 – AA 95- AA 28 – DA 59 – DA 47 – DA 42-
AA55 – AA 26
Tongue-tied in Connecticut. D Schmidt. New Beg 2003 ;
20(6) : 211
Ankyloglossia : assessment, incidence, and effect of frenu-
lopasty on the breastfeeding dyad. JL Ballard, CE Auer, JC
Khoury. Pediatrics 2002 :110(5) : e63

Gerçures ou crevasses sans infection :

CENTURY, S., et autres. « Nipples Care, Sore Nipples, and Breastfeeding : a Randomized Trial » , *Journal of Human Lactation*, 1999, 15(2) : 125-30.

MORLAND-SCHULTZ, K. et P.D. HILL. « Prevention of and Therapies for Nipples Pain : a Systematic Review » , *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2005, 34(4) : 428-37

Crevasse avec surinfection bactérienne

Livingstone, V. et I. J. Stringer. « the treatment of staphylococcus aureus infected sore nipples: a randomized comparative study », *Journal of Human Lactation*, 1999, 15(3) : 241-6.

eczéma, psoriasis et dermatite de contact

Barankin, B. et M. S. Gross. « nipple and areolar eczema in the breastfeeding woman », *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2004, 8(2) : 126-30. epub 2004 may 3.

surinfection fongique (candidose)

Wiener, S. « Diagnosis and management of candida of the nipple and breast », *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2006, 51(2) : 125-8.

Francis-Morrill, J., et autres. « Diagnostic Value of signs and symptoms of mammary candidosis among lactating women », *Journal of Human Lactation*, 2004, 20(3) : 288-95 ; quiz 296-9.

Andrews, J. I., et autres. « the Yeast connection: is candida linked to breastfeeding associated pain? » *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197(4) : 424. e1-4.



Vasospasme

Anderson, J. e., n. Held et K. Wright. « Raynaud's phenomenon of the nipple: a treatable cause of painful breastfeeding », *Pediatrics*, 2004, 113(4) : e360-4.

Page, S. M. et D. S. McKenna. « Vasospasm of the nipple presenting as painful lactation », *Obstetrics & Gynecology*, 2006, 108(3 pt 2) : 806-8.

Garrison, C. P. « Nipple vasospasms, Raynaud's syndrome, and nifedipine », *Journal of Human Lactation*, 2002, 18(4) : 382-5.

Morino, C. et S. M. Winn. « Raynaud's phenomenon of the nipples: an elusive diagnosis. », *Journal of Human Lactation*, 2007, 23(2) : 191-3.

ankyloglossie

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. « ABM Clinical Protocol #11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad, 2004. <http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx> page consultée le 22 juillet 2009.

Amir, I. H. James, J. P. Beatty, J. Review of tongue-tie release at a tertiary maternity hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2005, mai-juin;41(5-6) : 243-5.

Ballard, J. I. C. E. Auer et J. C. KHoury. « Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad », *Pediatrics*, 2002;110(5) : e63.

Comité de la pédiatrie communautaire, Société canadienne de pédiatrie. « L'ankyloglossie et l'allaitement », *Paediatrics & Child Health*, 2002;7(4) : 273-4. réapprouvé en février 2009

Corillos E, Genna C, Watson et A. C. Salloum. « Congenital tongue-tie and its impact on breastfeeding AAP Section on Breastfeeding », *Breastfeeding: Best for Baby and Mother*. Summer 2004. p. 1-6

Dollberg, S., et autres. « Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study », *Journal of Pediatric Surgery*, 2006,41(9) : 1598-600.



geDDes, D.t., et autres. « frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound », *Pediatrics*, 2008,122(1) : e188-94.

griffiths, D.m. « Do tongue ties affect breastfeeding? », *Journal of Human Lactation*, 2004,20(4) : 409-14.

Hogan, m., c. Westcott et m. griffiths. « randomized, controlled trial of Division of tongue-tie in infants with feeding problems », *Journal of the Paediatrics and Child Health*, 2005,41(5-6) : 246-50. KupietZKY, a. et e. botZer. « ankyloglossia in the infant and Young child: clinical suggestions for Diagnosis and management », *Pediatric Dentistry*, 2005 Jan-feb;27(1) : 40-6.

lalaKea, m.l. et a.H. messner. « ankyloglossia: Does it matter? », *Pediatric Clinics of North America*, 2003 apr;50(2) : 381-97.

lori a. ricke, mD, « newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding », *JABFP*, January–february 2005 Vol. 18 no. 1.

messner, a.H., et autres. « ankyloglossia: incidence and associated feeding Difficulties », *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2000,126(1) : 36-9.

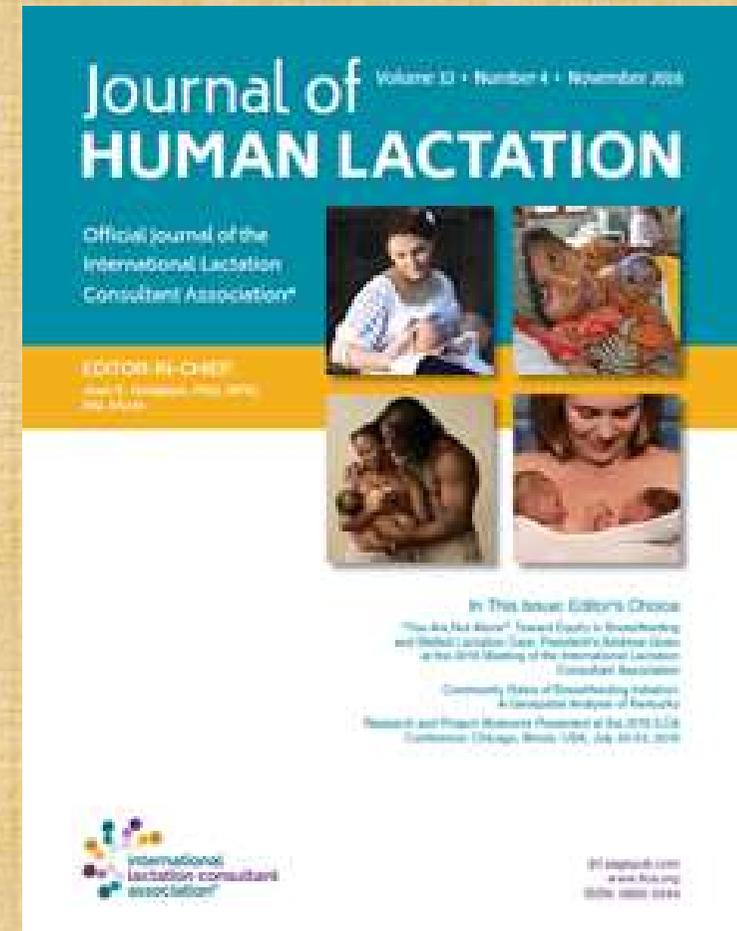
ricKe, l.a., n.J. baKer, DJ. maDlon-KaY et ta. Defor. « newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding », *Journal of the American Board of Family Practice*, 2005 Jan-feb;18(1) : 1-7.

segal, l. m., et autres. « prevalence, Diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review », *Canadian Family Physician*, 2007, 53(6) : 1027-33.

sriNiVasan, a., et autres. « ankyloglossia in breastfeeding infants », the effect of frenotomy on maternal nipple pain an latch. *Breastfeeding Medicine*, 2006 Winter;1(4) : 216-24.

Wallace, H. et s. clarKe. « tongue tie Division in infants with breast feeding Difficulties », *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2006, 70(7) : 1257-61. epub 2006 mar 9.

JaHanfar, s., c. J. ng et c. l. teng. « antibiotics for mastitis in breastfeeding Women », *Cochrane Database Systematic Review*, 2009, 21(1) :



Canal lactifère obstrué, mastite et abcès

acaDemY of breastfeeDing meDicine protocol committee, et p. berens. « abm clinical protocol #20: engorgement », *Breastfeeding Medicine*, 2009, 4(2) : 111-3.

acaDemY of breastfeeDing meDicine protocol committee. « abm clinical protocol #4: mastitis. revision, may 2008 », *Breastfeeding Medicine*, 2008, 3(3) : 177-80.

JaHanfar, s., c. J. ng et c. l. teng. « antibiotics for mastitis in breastfeeding Women », *Cochrane Database Systematic Review*, 2009, 21(1) cD005458.

organisation monDiale De la santé. la mastite : cause et prise en charge. (WHO/fcH/caH/00.13), Genève, organisation mondiale de la santé, 2004. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_00.13_fre.pdf

spencer, J.p. « management of mastitis in breastfeeding Women *American Family Physician*, 2008, 78(6) : 727-31.

Candidose dans le sein

idem surinfection fongique dans douleur au mamelon.

dompéridone

HofmeYr, g.J., b. Van iDDeKinge et J. a. blott. « Domperidone: secretion in breast milk and effect on puerperal prolactin levels », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1985, 92 : 141-4.

Da silVa, o.p., et autres. « effect of Domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, Double-blind, placebo-controlled trial », *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164 : 17-21.

Wan, e.W., et autres. « Dose-effect study of Domperidone as a galactagogue in preterm mothers with insufficient milk supply, and its transfer into milk ». *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2008, 66 : 283-9.

petraglia, f., et autres. « Domperidone in Defective and insufficient lactation », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1985, 19 : 281-7.

broWn, t. e., et autres. « effect of parity on pituitary prolactin response to metoclopramide and Domperidone: implications for the enhancement of lactation » *Journal of the Society for Gynecologic Investigation*, 2000, 7 : 65-9.



liVingstone, V., I. blaga stancHeVa et J. stringer. « the effect of Withdrawing Domperidone on formula supplementation », *Breastfeeding Medicine*, 2007, 2 : 178.

acaDemY of breastfeeDing meDicine protocol committee.
« abm clinical protocol #9: use of galactogogues in initiating or augmenting maternal milk supply », 2004. <http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx> page consultée le 22 juillet 2009.

recommandations sur la durée de l'allaitement

american acaDemY of peDiatriCs. « breastfeeding and the use of Human milk », *Pediatrics*, 2005, 115(2) : 496-506.

organisation monDiale De la santé. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (WHa54.2)*, Genève, organisation mondiale de la santé 2001

Médicaments et allaitement

- toXnet : documentation complète gratuite en ligne.
le meilleur site : <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?lact>

- image (cHu sainte-Justine) :

téléphone : 514 345-2333

télécopie : 514 345-4972

- m otherisk (toronto) :

téléphone : 416 813-6780

télécopie : 416 813-7562

<http://www.motherisk.org/prof/breastfeeding.jsp>

- Dr Hale, *Medications and Mother's Milk* :

versions : imprimée, pour ordinateur de poche

et en ligne <http://neonatal.ttuhscc.edu/lact/>

- c entre d'information sur les médicaments (cHuq) :

téléphone : 418 654-2200

allaitement et contre-indications

- c Dc : <http://www.cdc.gov/breastfeeding/disease/index.htm>

academy of Breastfeeding Medicine

www.bfmed.org



Courbes de croissance de l'OMS (2006)

http://www.who.int/childgrowth/standards/chart_catalogue/en/index.html

- maintenant recommandées par la société canadienne de pédiatrie.
- courbes reflétant la croissance normale des bébés allaités.
- courbes plus fiables et plus précises que les anciennes courbes du CDC.

