

« LE COLOSTRUM Dijonnais ... »

Le colostrum, « fil d'Ariane » entre la mère intérieure et la voie lactée

Benoist Schaal et Karine Durand

Centre des Sciences du Goût, CNRS-Université de Bourgogne, Dijon

La condition mammalienne commence toujours par les soins d'une femelle (rarement assistée d'un mâle). Il en va de même de la condition humaine, le rôle de la mère prévalant amplement dans les soins à l'enfant qui tissent en un lien complexe présence physique et affective, et apports matériels. Parmi ces 'dons' matériels, nous insisterons sur le colostrum, cette concoction multifonctionnelle de la mamelle qui assure en même temps hydratation, nutrition, (immuno)protection, promoteur de croissance, conservateur énergétique (en régulant l'éveil néonatal), brouet d'ensemencement bactérien, etc. Un autre rôle du colostrum relève plus du psychologique, celui de passerelle chimiosensorielle. A savoir qu'il présente au nouveau nez, un mélange de chimie du nouveau monde avec un peu de chimie de l'ancien, ou vice-versa. Par son expérience fœtale, le nouveau-né a élaboré des attentes, en particulier des attentes chimiosensorielles, et le colostrum est physiologiquement aligné sur ces attentes puisqu'il conjugue des composants amniotiques et lactés, en proportions respectivement décroissante et croissante. En l'ingérant à petites doses, l'enfant 'prend note' de la décroissance des notes amniotiques et acquiert la nouveauté croissante des notes lactées. La prévalence progressive de ces notes lactées va de pair avec la découverte de la 'mère extérieure', cette mosaïque multisensorielle totale dont il va falloir à présent décoder les apparences changeantes et prédire les actions variées, tout autant que manipuler la qualité et la quantité des interventions afin d'en rendre les rythmes prévisibles.

« COLOSTRUM Niçois ... »

Impact de l'administration oropharyngée du colostrum chez le nouveau-né prématuré de terme inférieur ou égal à 32 semaines d'aménorrhée.

Dr Stéphanie DESMET et Dr Charlotte ISNARD (*Pédiatres*), Mmes Sandrine JUNAY et Chloé MEREL (*Puéricultrices*), de l'équipe de la Médecine néonatale du Pôle Femme Mère Enfant du CHU de Nice.

RESUME

Introduction : Le colostrum se distingue du lait mature par sa composition riche en facteurs immunomodulateurs et de croissance. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact de l'administration oropharyngée précoce de colostrum chez le nouveau-né grand prématuré (≤ 32 semaines d'aménorrhées) sur la tolérance digestive. Les objectifs secondaires sont d'étudier son impact sur l'immunité mucoale, sur la susceptibilité aux infections, sur l'inflammation intestinale, sur la croissance pondérale et sur l'allaitement maternel.

Matériels et Méthodes : Etude prospective monocentrique interventionnelle et comparative menée sur 11 mois. Le groupe Colostrum (C) était comparé au groupe Témoin (T) en respectant un protocole d'administration oropharyngée de colostrum ou de lait de lactarium similaire (0,2 ml avant la 6^{ème} heure de vie puis toutes les 4 heures pendant 48 heures). Dans le groupe C, 4 sous-groupes ont été constitués en fonction du nombre de doses de colostrum administré. La nutrition entérale progressait quotidiennement jusqu'à l'autonomie digestive (130 kcal/kg/j). Les Immunoglobulines A sécrétoires (IgAs) salivaire et la calprotectine fécale étaient dosés au 7^{ème} jour. L'incidence des bactériémies nosocomiales et des entérocolites ulcéronécrosantes était évaluée, ainsi que la croissance pondérale et la proportion de lait maternel dans la nutrition entérale.

Résultats : Cent dix nouveau-nés prématurés ont été inclus dans l'analyse, 73 dans le groupe C et 37 dans le groupe T. Aucune différence n'a été observée entre les groupes concernant le nombre de jours nécessaire pour atteindre l'autonomie digestive, le taux d'IgAs salivaire, la susceptibilité aux infections et la croissance pondérale. Le taux de calprotectine fécale était significativement inférieur dans le groupe C comparé au groupe T (58 $\mu\text{g/g}$ vs 113 $\mu\text{g/g}$), sans différence retrouvée dans les sous-groupes C. La proportion de lait maternel était significativement supérieure dans le groupe C (34% vs 8%) , avec un effet dose observé.

Conclusion : Cette étude a montré pour la première fois l'impact du colostrum sur la calprotectine fécale, marqueur reconnu de l'inflammation intestinale. De plus, son administration précoce et répétée favorise la mise en place de l'allaitement maternel. Le suivi à long terme de cette cohorte permettra de préciser l'impact du colostrum chez les nouveau-nés prématurés.

« COLOSTRUM Niçois ... »

MISE EN PRATIQUE DE L'ETUDE « IMPACT DE L'ADMINISTRATION OROPHARYNGEE DE COLOSTRUM CHEZ LE NOUVEAU-NE PREMATURE DE TERME ≤ 32 SEMAINES D'AMENORRHEE »

Sandrine JUNAY, Chloé MEREL

Dans le service de médecine néonatale du CHU de Nice, lors de cette étude et en se basant sur les études du Dr Jane Morton (Hand Expressing Milk- Stanford Medecine), nous avons travaillé sur l'optimisation du recueil du colostrum dès la salle de naissance lors d'une naissance prématurée.

Le délai entre la naissance et la première expression du colostrum est un des facteurs clés dans le succès de la mise en place de la lactation. D'une façon optimale, les mères ayant un projet d'allaitement maternel pour leur nouveau-né hospitalisé, devraient exprimer leur colostrum dans les 6 premières heures qui suivent la naissance.

Au quotidien, nous devons nous adapter au projet parental pour chaque nouveau-né, aux conditions de naissance (urgence ou parents déjà informés, voie basse ou césarienne +/- AG, à l'état de santé maternel).

En collaboration étroite avec la sage femme consultante en lactation des services de la maternité, une sensibilisation et une formation à la technique d'expression manuelle des professionnels des différents services concernés sont mises en place (hospitalisation des grossesses à risque élevé, salle de naissance, suite des couches, médecine néonatale).

Les mères sont ainsi informées, accompagnées et valorisées dans ce « don en or » pour leur nouveau-né.

La technique d'expression manuelle du colostrum, est alors mis à profit rapidement après la naissance, sans nécessité immédiate du tire lait électrique. Il s'agit là de favoriser le don de colostrum cru, évitant alors le délai éventuel d'attente lié à la pasteurisation et à son effet délétère sur les propriétés nutritionnelles et antiinfectieuses du colostrum. En plus de stimuler la production lactée, elle permet aux bébés prématurés de pouvoir être alimentés plus rapidement avec le lait de leur propre mère

Cela permet également de renforcer les liens d'attachement mère/ bébé si fragile dans nos services.

« LAIT PSYCHOACTIF ... »

Substances psychoactives et allaitement maternel (Drogues et médicaments de système nerveux central)

Dr Raphael SERREAU (*PH Chef de service de la Médecine Préventive - Orléans Métropole, PU Pôle Universitaire Léonard de Vinci - Paris*), suivie d'une table ronde sur **Xenobiotiques et colostrum**
co-animée avec Dr Annie SPREUX et Mme Delphine VIARD (*Centre de Pharmacovigilance de Nice*)

Alcool et allaitement

L'étude de Mennella *et al* 2005 a porté sur 17 femmes, qui allaitaient un enfant âgé de 2 à 4 mois. Chaque femme a absorbé soit une quantité donnée de jus d'orange pur, soit la même quantité de jus d'orange auquel on avait ajouté 0,4 g/kg d'alcool pur (soit par exemple 24 g d'alcool pur pour une femme de 60 kg, l'équivalent de l'alcool contenu dans 20 cl de vin à 12°). Pendant les quelques heures qui suivaient l'absorption d'alcool, le taux d'ocytocine (l'hormone qui déclenche le réflexe d'éjection, et donc la sortie du lait hors du sein) baissait d'en moyenne 78 %, tandis que le taux de prolactine (l'hormone responsable de la fabrication du lait) augmentait d'en moyenne 336 %. La baisse du taux d'ocytocine avait pour corollaire une efficacité moindre du réflexe d'éjection : il était retardé, et le volume de lait tiré par la femme était moins important. L'augmentation du taux de prolactine était corrélé à une sensation d'euphorie, et était susceptible d'augmenter transitoirement la production lactée (sensation de seins « plus pleins » rapportée par les mères). La prise d'alcool avait donc un impact transitoire significatif et opposé sur les deux principales hormones de l'allaitement. Le principal résultat était une plus grande difficulté à déclencher le réflexe d'éjection, et une moindre quantité de lait obtenue lorsque la femme tirait son lait dans les quelques heures qui suivaient la prise d'alcool, en dépit du fait que la femme se sentait plus détendue et euphorique.

L'alcool est métabolisé par le foie à une vitesse fixe ; le temps nécessaire à éliminer l'alcool suivra donc une courbe linéaire en fonction de la quantité d'alcool absorbée. Le pic lacté est observé au bout de 30 à 60 minutes si l'alcool a été consommé à jeun, et au bout de 60 à 90 minutes s'il y a eu prise d'aliments. La baisse du taux lacté est parallèle à celle du taux sérique : quand le taux sanguin d'alcool baisse, l'alcool présent dans le lait repart dans le sang.

Dépression et allaitement

Inhibiteur de recapture de la sérotonine (IRS) :

- 1^{ère} intention sertraline (Zoloft®) Liaison 98%
- 2^{ème} intention paroxétine (Deroxat)

Les antidépresseurs tricycliques peuvent aussi être conseillés si les IRSS sont insuffisants :

Amitriptyline (Laroxyl®) Liaison 90%

Clomipramine (Anafranil®) Liaison 98%

Imipramine (Tofranil®) Liaison 85%

| Médicament | 1/2 t | PP | Poids moléculaire | Voie d'élimination | Passage au lait |
|------------|--------|-----|-------------------|---------------------|-----------------|
| Zoloft® | 22-36h | 98% | 342.7 g/mol | Biliaire - Urinaire | oui |
| Derogat® | 24h | 95% | 374,8 g/mol | Biliaire - Urinaire | oui |
| laroxyl® | 20-40h | 90% | 313.87 g/mol | Biliaire - Urinaire | oui |
| Anafranil® | 21h | 98% | 351,3 g/mol | Biliaire - Urinaire | oui |
| Tofranil® | 9-20h | 85% | 280.40 g/mol | Biliaire - Urinaire | oui |

Pour les professionnels de santé

La prévalence de la dépression post-partum est estimée à **14,5 %** des femmes venant d'accoucher. Les médecins et psychiatres sont confrontés à plusieurs questions : quels sont les risques de ne pas traiter ? Est-ce que traitement antidépresseur et AM sont compatibles? Y a-t-il des arguments pour préférer un traitement plutôt qu'un autre en cas d'AM ? Quelles sont les dernières données pharmacologiques sur le sujet ? Quelle stratégie doit-on adopter pour

limiter l'exposition de l'enfant ? Comment surveiller les potentiels effets secondaires chez l'enfant ?

Des études pharmacologiques ont été menées depuis sur les différentes molécules disponibles :

- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRSS) : citalopram, escitalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline ;
- les antidépresseurs tricycliques ;
- les noradrénergiques et sérotoninergiques spécifiques (noradrenergic and specific serotonergic antidepressant – NaSSA) (mirtazapine) ;
- les inhibiteurs de la recapture de la norépinéphrine et la dopamine (bupropion).

Les études sont peu nombreuses, limitées à des présentations de cas ou à des études sur peu de cas, et peu de données prospectives.

En cas de premier épisode de dépression, la sertraline ou la paroxétine doivent être le premier choix parmi les IRSS. Les concentrations sériques chez l'enfant allaité sont indétectables, et aucun effet secondaire à court terme n'a été rapporté pour ces molécules. En revanche, pour la fluoxétine, le citalopram,

l'escitalopram, la doxépine et le bupropion des effets indésirables ont été rapportés à type de : perturbations du sommeil, troubles gastro-intestinaux, problèmes respiratoires et convulsions.

Parmi les antidépresseurs tricycliques, la nortriptyline et l'imipramine sont les deux molécules pour lesquelles l'AM peut

être autorisé contrairement à la doxépine. Comme les effets indésirables ne sont pas corrélés aux taux sériques, la surveillance des concentrations sériques chez l'enfant allaité n'a pas d'intérêt.

L'hormonothérapie fait partie de la panoplie des traitements de la dépression post-partum, mais les estrogènes diminuent la production lactée et ne sont pas recommandés. L'enrichissement en oméga 3 de l'alimentation de la femme allaitante peut avoir, dans cette situation, un double intérêt : améliorer la concentration en oméga 3 (acide docosahéxanoïque et eicosanoïque) du lait, et réduire l'incidence de la dépression post-partum. Le millepertuis n'est pas recommandé, car c'est un inducteur enzymatique.

D'une façon générale, les médicaments psychotropes sont lipophiles et passent la barrière lactée, d'où danger pour l'enfant allaité

L'anxiolytique de choix en cours d'allaitement est l'oxazépam (Séresta®), dans la limite de 10 mg trois fois par jour, en cure courte de quelques jours suivant l'avis du médecin traitant

Précaution : surveillance de l'enfant allaité, possibilité de l'apparition de signes de sédation (sommeil prolongé, diminution de la succion, mauvaise prise de poids...).

D'autres molécules peuvent être utilisées dans les troubles anxieux en cours d'allaitement, comme la paroxétine (Deroxat®) ou la sertraline (Zoloft®)

En ce qui concerne les autres anxiolytiques : il est préférable de ne pas les utiliser en cours d'allaitement ou de ne pas allaiter si leur usage s'avère nécessaire.

Il s'agit soit :

de benzodiazépines : clorazépatate (Tranxène®) - bromazépam (Lexomil®) - lorazépam (Temesta®) - nordazépam (Lysanxia®) - diazépam (Valium®) - clonazépam (Rivotril®), etc.

ou d'anxiolytiques non benzodiazépines : hydroxyzine (Atarax®) - buspirone (Buspar®) - cyamémazine (Tercian®), etc. :

- soit leur passage dans le lait n'est pas négligeable, avec parfois des effets indésirables signalés chez des enfants allaités,

- soit leur passage dans le lait n'est pas évalué, et leurs caractéristiques pharmacologiques ne permettent pas d'écarter un risque pour l'enfant allaité.

Tabac, cannabis et allaitement

Le passage des plusieurs éléments nocifs (+ de 4000 éléments !) dans le lait maternel, quand la maman qui allaite fume, son enfant reçoit une quantité de métaux lourds pouvant avoir une toxicité cumulative à savoir

- Cadmium
- nitrates/ nitrites
- plomb

Conseil :

-Fumez votre cigarette APRES avoir allaité votre bébé, et non avant

-Le mieux serait d'organiser votre pause cigarette de façon qu'il y ait un délai d'au moins 2 heures entre la dernière cigarette et la mise au sein.

Les données du Ministère de la santé : recommandations

Pour les patches : oui recommandations HAS grossesse/ allaitement et addiction

De préférence utiliser les gommes à mâcher juste après une tétée car la diffusion de nicotine n'est pas permanente, contrairement au patch. Le mieux, évidemment, est d'arrêter de fumer tant pour la santé du bébé que pour celle de la maman.

Pas la cigarette électronique car non vendue en Pharmacie, non contrôlé par l'agence du médicament contrairement au patch, on ne connaît pas la composition avec certitude.

<http://www.arret-tabac-sevrage.com/cigarette-et-allaitement-risques/>

En France, on recense 5% de retard de croissance intra utérin (RCIU) parmi les nouveau-nés. Le RCIU est une pathologie obstétricale responsable d'une morbidité et d'une mortalité périnatale importante.

Le risque de RCIU augmente à 16% pour un tabagisme inférieur à 10 cigarettes par jour, puis à 27% pour un tabagisme supérieur à 10 cigarettes par jour (England 2001). Au cours de la grossesse, 17,7% des femmes enceintes sont fumeuses de tabac, puis 15,4 % sont fumeuses au 2ème et 3ème trimestre (Lieberman 1994).

Par ailleurs, **le cannabis** est la substance illicite la plus consommée en France et est en augmentation ces dernières années, notamment chez les jeunes de 15-25 ans : plus 50% en 10 ans (données de l'OFDT : en 2005, 550000 consommateurs au quotidien ; en 2015 il y en a 700000 sur 17,1 millions d'expérimentateurs). Si le risque d'hypotrophie fœtale est documenté pour le tabac ; qu'en est-il pour le cannabis associé ?

La littérature n'est pas suffisamment informative sur l'effet sur le fœtus la consommation – même faible - de cannabis (moins de 5 joints par jour) pendant la grossesse et/ou l'allaitement. Le principal principe actif - le tetrahydrocannabinol (THC) - passe dans le lait maternel mais cependant il n'existe pas de recommandations officielles concernant la grossesse et l'allaitement en cas de consommation de cannabis. En pratique, les équipes soignantes délivrent des messages parfois contradictoires, ne reposant pas sur de solides données scientifiques. Il est souhaitable de différencier l'impact du cannabis de celui du tabac sur le nouveau-né. Le risque de RCIU est-il majoré chez le nouveau-né, en cas de consommation de cannabis associée ?

Par ailleurs, les données sont pauvres sur l'impact chez l'enfant après une exposition in utero ou au cours de la lactation, notamment sur les fonctions cognitives et l'apprentissage scolaire. Il serait utile de suivre ces enfants exposés, grâce à une cohorte observationnelle pendant les six premières années de vie.

GEGA Pr Claude Lejeune – Dr Raphaël Serreau

L'utilisation du tabac, de l'alcool et du cannabis en France chez les jeunes de 12-26 ans a été étudiée et montre que 10,9 % des femmes de 19-21 ans utilisent du tabac et du cannabis régulièrement et que 4,6 % des femmes utilisent l'association tabac, alcool et cannabis. Ces résultats montrent des taux de prévalence élevés sur l'utilisation du tabac, de l'alcool et de drogues chez les jeunes en France. En 2005, la France comptait environ 1,2 million de consommateurs réguliers de cannabis, dont 550 000 consommateurs quotidiens.

La France se situe parmi les pays les plus consommateurs de cannabis en Europe. Le cannabis est la substance illicite la plus souvent utilisée par les femmes en âge de procréer. Des études américaine et anglaise (1980 à 2000) montrent une incidence de la consommation de cannabis au cours de la grossesse de 3 % à 30 %. En population adulte, la France se situe dans la moyenne des pays européens où 1 % à 4 % des individus ont déjà consommé des amphétamines. Chez les jeunes adultes, environ 1 % à 5 % des individus âgés de 16 à 34 ans ont essayé les amphétamines, la proportion étant proche pour l'ecstasy (www.drogues.gouv.fr). La plupart des drogues illicites passent dans le lait. Elles peuvent aussi modifier la production, le volume et la composition de ce lait. Il existe de nombreuses études rapportant des effets indésirables chez l'enfant allaité (irritabilité, vomissement, sédation, dépression respiratoire, choc hémodynamique), mais les études de cas sont trop peu nombreuses pour un calcul de risque.

La possibilité d'autoriser l'AM doit de tenir compte également de la capacité de mère à s'occuper de son enfant. Cette capacité peut être altérée par :

- la prise de la substance illicite elle-même ;
- la prise de médicaments liée à un désordre psychologique ou psychiatrique associé ;
- la consommation d'alcool.

Généralement l'utilisation limitée dans un cadre structuré de prise en charge pluridisciplinaire avec suivi de la mère et de l'enfant peut être autorisé.

Bibliographie :

Kieviet N, Dolman KM, Honig A. The use of psychotropic medication during pregnancy: how about the newborn? *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1257-1266. Epub 2013 Aug 28. Review. PubMed PMID: 24039427; PubMed Central PMCID: PMC3770341.

Chad L, Pupco A, Bozzo P, Koren G. Update on antidepressant use during breastfeeding. *Can Fam Physician*. 2013 Jun;59(6):633-4. PubMed PMID: 23766044; PubMed Central PMCID: PMC3681447.

Félegyházy Z, Adler M. [Affective disorders and their treatment during pregnancy and after birth -- a review]. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2013 Mar;15(1):40-8. Review. Hungarian. PubMed PMID: 23542758.

Rosenquist SE. When the bough breaks: rethinking treatment strategies for perinatal depression. *Am J Clin Hypn*. 2013 Jan;55(3):291-323. Review. PubMed PMID: 23488254.

DelRosario GA, Chang AC, Lee ED. Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches. *JAAPA*. 2013 Feb;26(2):50-4. Review. PubMed PMID: 23409386.

Sie SD, Wennink JM, van Driel JJ, te Winkel AG, Boer K, Casteelen G, van Weissenbruch MM. Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012 Nov;97(6):F472-6. doi: 10.1136/archdischild-2011-214239. Review. Erratum in: *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2013 Mar;98(2):F180. PubMed PMID: 23080479.

Moretti M. Breastfeeding and the use of antidepressants. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2012;19(3):e387-90. Epub 2012 Oct 11. PubMed PMID: 23075497

Toohey J. Depression during pregnancy and postpartum. *Clin Obstet Gynecol*. 2012 Sep;55(3):788-97. doi: 10.1097/GRF.0b013e318253b2b4. PubMed PMID: 22828111.

Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Recognizing and treating peripartum depression. *Dtsch Arztebl Int*. 2012 Jun;109(24):419-24. doi: 10.3238/arztebl.2012.0419. Epub 2012 Jun 15. Review. PubMed PMID: 22787503; PubMed Central PMCID: PMC3394379.

Sharma V, Sharma P. Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *J Obstet Gynaecol Can*. 2012 May;34(5):436-42. Review. PubMed PMID: 22555136.

Sharma V. Considerations in the pharmacotherapy of bipolar disorder during and after pregnancy. *Curr Drug Saf*. 2011 Nov 1;6(5):318-23. Review. PubMed PMID: 22424539.

6^{ème} Journée Allaitement Maternel « RivierAllaitement » 23 mars 2018 SESAME - Archet 2 - CHU de Nice

Gorman JR, Kao K, Chambers CD. Breastfeeding among women exposed to antidepressants during pregnancy. *J Hum Lact.* 2012 May;28(2):181-8. doi: 10.1177/0890334411429782. Epub 2012 Feb 17. PubMed PMID: 22344850.

Focht A, Kellner CH. Electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of postpartum psychosis. *J ECT.* 2012 Mar;28(1):31-3. doi:10.1097/YCT.0b013e3182315aa8. Review. PubMed PMID: 22330704.

Berle JO, Spigset O. Antidepressant Use During Breastfeeding. *Curr Womens Health Rev.* 2011 Feb;7(1):28-34. PubMed PMID: 22299006; PubMed Central PMCID: PMC3267169.

Nielsen RE, Damkier P. Pharmacological treatment of unipolar depression during pregnancy and breast-feeding--a clinical overview. *Nord J Psychiatry.* 2012 Jun;66(3):159-66. doi: 10.3109/08039488.2011.650198. Epub 2012 Jan 30. Review. PubMed PMID: 22283766.

Welle-Strand GK, Skurtveit S, Jansson LM, Bakstad B, Bjarkø L, Ravndal E. Breastfeeding reduces the need for withdrawal treatment in opioid-exposed infants. *Acta Paediatr.* 2013 Aug 5. doi: 10.1111/apa.12378. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 23909865.

Shanker SA, Saia K, Lee-Parritz A. Opioid addiction in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2012 Dec;67(12):817-25. doi: 10.1097/OGX.0b013e3182788e8c. Review. PubMed PMID: 23233054.

Cressman AM, Koren G, Pupco A, Kim E, Ito S, Bozzo P. Maternal cocaine use during breastfeeding. *Can Fam Physician.* 2012 Nov;58(11):1218-9. PubMed PMID: 23152457; PubMed Central PMCID: PMC3498013.

Jones HE, Heil SH, Baewert A, Arria AM, Kaltenbach K, Martin PR, Coyle MG, Selby P, Stine SM, Fischer G. Buprenorphine treatment of opioid-dependent pregnant women: a comprehensive review. *Addiction.* 2012 Nov;107 Suppl 1:5-27. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04035.x. PubMed PMID: 23106923.

ACOG Committee on Health Care for Underserved Women; American Society of Addiction Medicine. ACOG Committee Opinion No. 524: Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2012 May;119(5):1070-6. doi:10.1097/AOG.0b013e318256496e. PubMed PMID: 22525931.

Wong S, Ordean A, Kahan M; Maternal Fetal Medicine Committee; Family Physicians Advisory Committee; Medico-Legal Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Substance use in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011 Apr;33(4):367-84. PubMed PMID: 21501542.

Wachman EM, Byun J, Philipp BL. Breastfeeding rates among mothers of infants with neonatal abstinence syndrome. *Breastfeed Med.* 2010 Aug;5(4):159-64. doi:10.1089/bfm.2009.0079. PubMed PMID: 20658895

Haber PS, Demirkol A, Lange K, Murnion B. Management of injecting drug users admitted to hospital. *Lancet.* 2009 Oct 10;374(9697):1284-93. doi:10.1016/S0140-6736(09)61036-9. Review. PubMed PMID: 19819393.

Klinger G, Stahl B, Fusar-Poli P, Merlob P. Antipsychotic drugs and breastfeeding. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2013 Mar-Apr;10(3):308-17. Review. PubMed PMID: 23724438.

Robinson GE. Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2012;19(3):e380-6. Epub 2012 Oct 11. Review. PubMed PMID:23075483.

Harari F, Ronco AM, Concha G, Llanos M, Grandér M, Castro F, Palm B, Nermell B, Vahter M. Early-life exposure to lithium and boron from drinking water. *Reprod Toxicol.* 2012 Dec;34(4):552-60. doi: 10.1016/j.reprotox.2012.08.009. Epub 2012 Sep 7. PubMed PMID: 23017911.

Seeman MV. Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Jan;127(1):12-22. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01897.x. Epub 2012 Jun 21. Review. PubMed PMID:22715925.

Ma JD, Lee KC, Kuo GM. Clinical application of pharmacogenomics. *J Pharm Pract.* 2012 Aug;25(4):417-27. doi: 10.1177/0897190012448309. Epub 2012 Jun 11. Review. PubMed PMID: 22689709.

Kelly LE, Poon S, Madadi P, Koren G. Neonatal benzodiazepines exposure during breastfeeding. *J Pediatr.* 2012 Sep;161(3):448-51. doi:10.1016/j.jpeds.2012.03.003. Epub 2012 Apr 14. PubMed PMID: 22504099.

Bogen DL, Sit D, Genovese A, Wisner KL. Three cases of lithium exposure and exclusive breastfeeding. *Arch Womens Ment Health.* 2012 Feb;15(1):69-72. doi:10.1007/s00737-012-0257-3. Epub 2012 Jan 26. PubMed PMID: 22277970; PubMed Central PMCID: PMC3629811.

Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O. et Spilka S., Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014. Tendances, n°99, 2015, 8 p.

JA Mennella, MY Pepino, KL Teff. Acute alcohol consumption disrupts the hormonal milieu of lactating women. *J Clin Endocrinol Metab* 2005 ; 90(4) :1979-85

« TIRE ALLAITEMENT OU DON DE SOI ... »

**Cas de la lactation induite chez les mères sociales des couples
homoparentaux féminins.**

Mmes Céline VERGUET (Docteure en Anthropologie Sociale, Nice), Lise DAUVIGNAC (Sage-femme hospitalière, Gap) et Mme Sandrine LOEUILLET (Infirmière libérale, Consultante en lactation, Nice)

Depuis la plus grande visibilité des familles homoparentales dans les années 90, les professionnels de la périnatalité sont amenés à suivre de plus en plus de couples homosexuels féminins, parmi lesquels deux mères sont distinguées : la mère sociale, qui n'a pas porté l'enfant, et la mère de naissance.

Des témoignages et des cas recueillis en consultation d'allaitement mènent à la découverte de situations d'allaitements peu connues du grand public et des professionnels soignants : ce n'est pas systématiquement le sein de la mère de naissance qui est donné, mais le sein peut être celui d'une grand-mère, d'une tante, d'une mère adoptive... Une autre situation rencontrée, autour de laquelle s'axe essentiellement notre intervention, est celle des couples homoparentaux féminins parmi lesquels les mères sociales ont mis le nouveau-né au sein pour le nourrir : cette pratique s'appelle la lactation induite. Initialement pratiquée par les mères adoptantes, elle a été transposée chez les mères sociales des couples homoparentaux féminins.

Cette pratique nourricière peut être obtenue par divers procédés thérapeutiques (contraceptif oral oestroprogestatif, motilium) et/ou fonctionnel (stimulation mammaire). La phase de préparation des seins dans la période prénatale est une étape essentielle, où le tire-lait occupe une place prépondérante dans la mise en place d'une lactation induite.

Si ce sujet est pourtant méconnu du grand public et des soignants, le corps médical de la périnatalité découvre l'existence de cette pratique par le biais de ces mères, qui possèdent donc un certain savoir. Mais quel est-il ?

L'importance et la richesse de ces témoignages montrent qu'au-delà de la lactation induite, il existe une diversité de pratiques de mises au sein chez ces mères sociales qui nécessitent d'être connues et reconnues...