

AVERTISSEMENT : Cet article a un objectif uniquement pédagogique sur les causes primaires et circonstancielles du manque de lait, et il ne peut pas constituer un avis professionnel en lien avec votre propre condition. Nous ne proposerons pas de moyens pour augmenter la production de lait. Nous recommandons de consulter un expert, le cas échéant.

Le présent texte et toutes les photos sont protégés par des droits d'auteur. Par respect pour les mères qui ont offert les photos, nous vous demandons de ne pas copier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation écrite de l'auteure. La diffusion du document dans son intégralité et pour des fins d'enseignement est permise.

Le manque de lait

**Est-ce que toutes les femmes peuvent allaiter, soit de mettre le bébé à leur sein? Oui
Est-ce que toutes les femmes peuvent nourrir EXCLUSIVEMENT leur bébé?
NON et ce, peu importe ce qu'on vous a dit!!!!**

Beaucoup de femmes éprouvent des difficultés de production de lait, c'est un fait. Pour la majorité d'entre-elles, le manque de lait est circonstanciel, explicable et corrigible. Mais qu'en est-il du manque de lait réel, celui issu d'une cause primaire (physiologique, intrinsèque à la mère)? Selon mon expérience, - celle d'une IBCLC qui travaille auprès des mères depuis 2005 - je vous assure que la majorité des intervenantes en périnatalité du réseau de la santé ou des organismes communautaires ne connaît pas l'existence du manque de lait primaire. En rédigeant ce texte, j'ai souhaité donner une voix aux femmes, alors vous trouverez un peu partout dans le document des témoignages de mères aux prises avec cette condition.

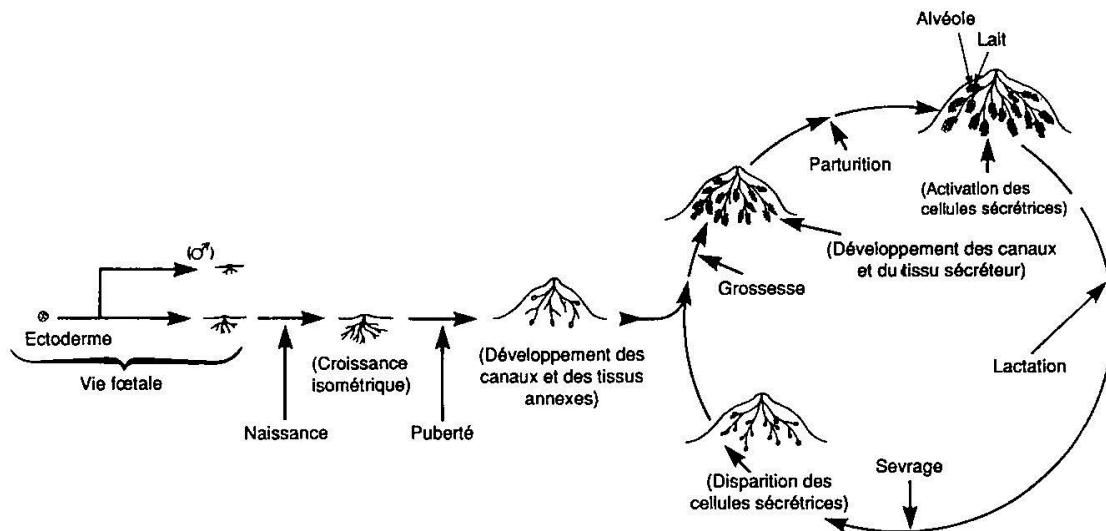
Le manque de lait circonstanciel se résume par une production insuffisante de lait causée par un facteur extérieur à la femme qui allaite, ou par un dommage collatéral dû à sa condition de santé ou celle de son bébé. Dans la majorité des cas, ce phénomène est réversible, une fois la cause identifiée correctement et dans un délai raisonnable, et que des mesures sont prises pour corriger la situation. Comprendre l'origine d'un problème, au lieu de traiter le symptôme, permet d'intervenir de manière cohérente et durable pour le bien de la mère et du bébé. Je traiterai du manque de lait circonstanciel plus bas.

Le manque de lait primaire se définit par l'incapacité physiologique d'une mère à produire suffisamment de lait pour nourrir exclusivement son bébé. La capacité de produire du lait est directement liée à la gravité de la condition physiologique. Le manque de lait primaire est irréversible; il est possible d'améliorer la production de lait, avec des suppléments ou de la médication, mais nous ne pouvons pas corriger la cause. Est-ce que cela veut dire que la femme ne peut pas allaiter? Non : cela veut dire que l'allaitement exclusif est compromis. Même dans les cas extrêmes de manque de lait primaire, les femmes qui le souhaitent peuvent mettre leur bébé au sein. Il faut faire la différence entre nourrir avec le lait de la mère et poser un geste de proximité pour nourrir son enfant. Selon certains auteurs cette condition affecterait entre 2 et 5% des femmes, mais en réalité, la littérature sur le sujet est très limitée, alors nous n'avons pas de données vraiment précises.

L'insuffisance de glandes mammaires (IGM) ou l'hypoplasie mammaire se définit par une malformation uni ou bilatérale, plus ou moins sévère, de la glande mammaire. La production de lait dépendra donc de la gravité de la malformation. J'utiliserai *IGM* pour alléger le texte. Pour comprendre l'IGM, il faut d'abord comprendre le développement de la glande mammaire et la physiologie de la lactation.

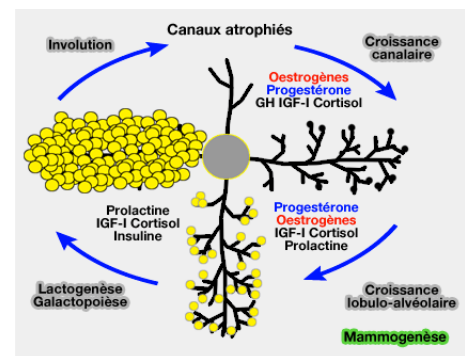
Le développement normal de la glande mammaire

La glande mammaire se développe en 3 phases, la première est embryonnaire (quand la mère est encore dans le ventre de sa mère), la seconde est lors de la puberté et la 3^e est pendant la grossesse.



Ref : Biologie de la lactation, Jack Martinet Louis-Marie Houdebine, ISBN 9782738004277

Les principales hormones impliquées dans le développement de la glande mammaire sont l'estrogène, la progestérone, le cortisol et la prolactine. Lors de l'allaitement, l'insuline s'ajoute au cocktail de prolactine et de cortisol pour la production de lait et l'ocytocine est l'hormone responsable de l'éjection du lait. Dans un cas de manque de lait primaire, un déséquilibre hormonal ou des agents perturbateurs endocriniens pourraient être à l'origine de la problématique, ceci ayant comme conséquence un sous-développement de la glande.

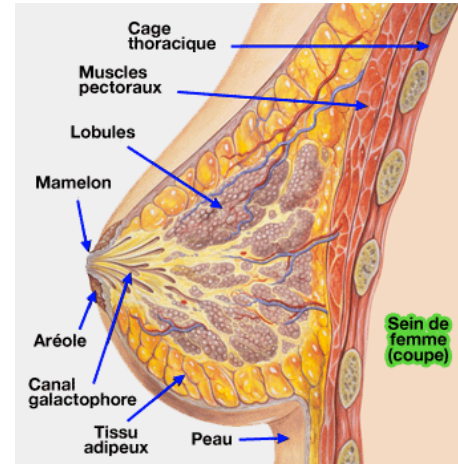


Croquis : © vetopsy.fr

La structure normale du sein.

Le sein, même s'il a la capacité d'emmagasiner du lait, a pour fonction première de faire du lait. La production de lait est régulée, d'une part par la stimulation (via le système nerveux) et d'autre part par la vidange du sein (l'extraction par le bébé). On peut stimuler tant qu'on veut, si le lait n'est pas sorti du sein, la lactation s'arrêtera et la glande entreprendra son processus d'involution, c'est d'ailleurs ce qui se produit chez les femmes qui ne veulent pas allaiter.

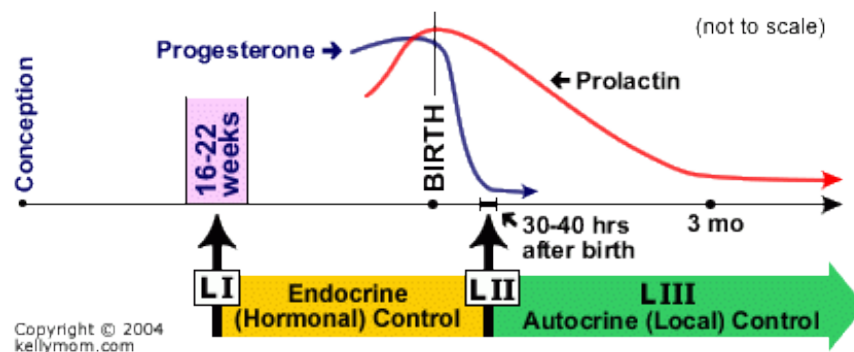
Dans les cas d'IGM, il est facile de comprendre qu'une femme produira moins de lait, dans un temps donné, si le nombre de lobules est inférieur à la norme. On est tous d'accord que 1000 travailleurs produisent plus que 100 travailleurs, pour le même nombre d'heures travaillées. La même logique s'applique ici et il y a une limite à ce que le corps peut produire. Évidemment, ces femmes font du lait, là n'est pas la question, mais en font-elles suffisamment pour soutenir la demande du bébé? Et le fait d'être capable d'exprimer quelques gouttes signifie seulement qu'il est encore possible d'extraire quelques gouttes, non pas que le sein peut répondre à la demande du bébé.



© vetopsy.fr d'après Delouis

D'un mode endocrine (hormones) à autocrine (la demande du bébé, génère l'offre)

Au début de la lactation, la prolactine (principale hormone responsable de la fabrication du lait) reste plutôt élevée, le sein fabrique alors du lait en continu. Avec le temps, la prolactine sanguine baisse et le lait se fait au fur et à mesure que le bébé tète (la stimulation par le bébé, induit un pic de prolactine). Qu'il y ait allaitement ou non à la naissance, il y aura une montée laiteuse, celle-ci étant un processus physiologique dû à la chute drastique de la progestérone suivant la délivrance du placenta.



Les signes d'un sous-développement de la glande mammaire

Dans certains cas, l'IGM peut se reconnaître par une forme atypique du sein et dans d'autres, non. Comme plusieurs facteurs doivent être considérés et surtout, mis en relation les uns avec les autres, sauf pour les cas physiologiquement évidents, c'est l'histoire de la mère qui peut confirmer l'IGM, une fois que toutes les causes de manque de lait circonstanciel ont été identifiées et corrigées, le cas échéant. Ce travail d'investigation inclus de faire tout l'historique, de la puberté au jour où nous sommes avec la mère, question de ne pas passer à côté d'un détail qui pourrait être déterminant dans la compréhension de la problématique du manque de lait. Il est à noter que dans certains cas, par exemple suite à un engorgement pathologique où le sein entre dans sa phase d'involution, il est difficile, voire impossible, de renverser la tendance et le manque de lait peut être présent tout le long de l'allaitement de l'enfant. Il est donc important d'intervenir rapidement en cas de difficulté d'allaitement.

«J'ai toujours été complexée par la forme et la grosseur de mes seins. À mes grossesses, ils se sont développés un peu plus. J'ai souvent pensé subir une augmentation mammaire. À mon premier accouchement, le docteur qui m'a accouché soupçonnait un manque de glandes mammaires. Je ne voulais pas y croire, je ne voulais pas l'entendre. À mon deuxième, j'ai rencontré une IBCLC, elle m'a confirmé une légère insuffisance de glandes mammaires, mais ce n'était pas la seule raison de mon manque de lait. J'ai encore plus détesté mon corps et mes seins. Je me suis sentie emportée par une tempête d'émotions et sentie très vulnérable.»

L'observation visuelle

Il faut observer attentivement (la mère est debout et sans soutien-gorge) :

- La forme générale de chaque sein, un sein sans galbe, flasque ou d'apparence vide est plus inquiétant.
- La symétrie ou en fait l'absence de symétrie des seins
- L'espacement entre les seins.
- La position et la forme du complexe mamelon-aréole.
- Des vergetures sans que la peau se soit étirée.

Il n'est pas nécessaire que la femme ait toutes les particularités anatomiques pour manquer de lait. Cependant, si elles sont toutes présentes, il est logique de croire que la production de lait sera compromise de manière plus importante que si seulement une particularité est présente.

J'ai demandé à une mère qui a plusieurs particularités anatomiques facile à voir si lors de ses démarches un examen des seins a été fait? Sa réponse : « Non. Visuel seulement lorsque j'ai allaité bébé. Personne ne m'a jamais tâté ou réellement observé les seins. J'avais toujours mon soutien-gorge et un chandail d'allaitement. On m'a même dit plus d'une fois que j'avais les mamelons parfaits pour allaiter! La gynécologue n'a jamais rien mentionné lors de mes rendez-vous de suivi pré et post-natal. Je croyais que c'était un diagnostic difficile à poser et qu'il n'existait pas de test concluant et que c'était pour cela que ce n'était pas considéré dès le départ. J'ai appris par la suite qu'il n'en était rien. Très frustrant.»

Les photos qui suivent proviennent de mères que j'ai aidées au fil des ans, j'en profite pour les remercier de leur grande générosité.

Observations anatomiques

Peu ou pas de galbe sous le sein



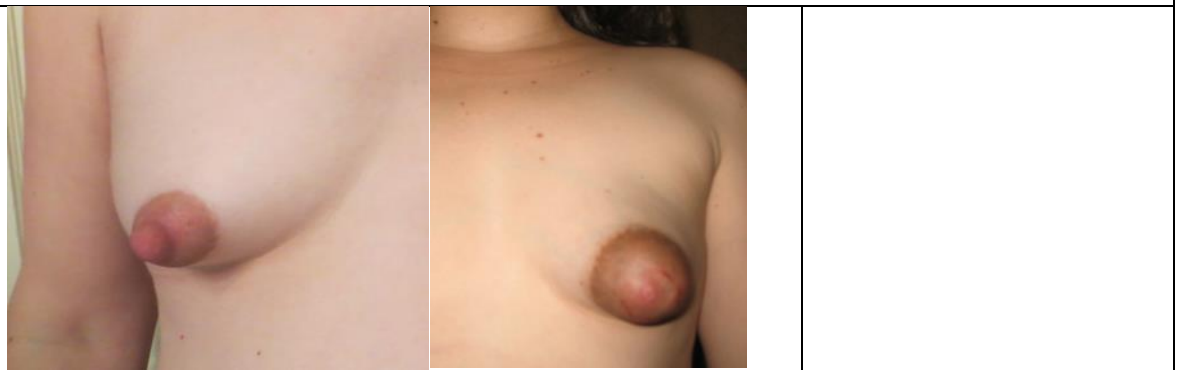
L'asymétrie des seins



Espace de 3 doigts et plus entre les seins



Complexe aréole-mamelon proéminent



Seins d'allure pré-pubère ou atypiques



Si vous vous reconnaissez, ou que vous reconnaissez une mère dans ces photos, il est très important de consulter une personne spécialisée en allaitement qui comprend l'IGM afin d'élaborer des stratégies pour protéger l'allaitement même si celui-ci ne peut être exclusif.

Pour les cas moins évidents, ceux où les particularités anatomiques ne sont pas claires, seul le temps pourra confirmer ou infirmer l'IGM quand tout aura été essayé mais sans succès. La femme aura besoin d'aide psychologique et de beaucoup de soutien émotionnel pour digérer l'annonce d'une IGM, qu'elle soit potentielle ou confirmée. Cette condition affecte la femme dans toute son intégrité, dans ce qui la représente comme mère et dans ce qu'elle a de plus féminin, soit sa capacité à nourrir son enfant avec son sein et son lait. Le fait de nourrir nos bébés au sein nous qualifie comme espèce vivante. Nous sommes des mammifères.

J'ai demandé aux mères comment elles se sentaient. «Enfin une part le soulagement. Je mettais tellement d'effort à vouloir avoir du lait et que ça ne fonctionnait que je me sentais coupable. De savoir qu'une anomalie physique m'empêchait de le faire me confirmait que ce n'était pas de ma faute. Mais aussi une part de déception. J'étais déçue d'avoir arrêté l'allaitement à cause de ma condition. Si j'avais eu plus de réponses plus vite, j'aurais perdu beaucoup moins de temps et d'énergie à chercher des solutions où il n'y en a pas. Je me sentais au bout de mon énergie et de mes ressources alors j'ai abandonné. En sachant que l'allaitement mixte était ma seule option, j'aurais peut-être plus mis le focus là-dessus au lieu d'insister sur l'augmentation de la production de lait.»

«Il faut absolument qu'un examen physique complet soit systématiquement donné aux femmes qui ont un problème de production de lait pour identifier la cause. Les femmes qui ont un problème de thyroïde non-identifié vont voir leur production diminuer encore plus si elles prennent du fenugrec. J'ai eu davantage d'information et de soutien avec le groupe Facebook (IGT and Chronic Low Supply Support Group) qu'avec une conseillère en lactation et mon médecin. De respecter les femmes qui viennent les voir avec des inquiétudes au lieu de rejeter leurs doutes et leurs peurs du revers de la main en disant que 'statistiquement', il est très rare de ne pas pouvoir allaiter.

Et surtout, que les intervenants expliquent bien aux femmes comme moi qu'il ne faut pas forcément allaiter exclusivement pour que l'allaitement soit un succès.»

Le manque de lait circonstanciel

Rappel : le manque de lait circonstanciel se résume par une production insuffisante de lait causée par un facteur extérieur à la femme qui allaite ou par un dommage collatéral dû à sa condition de santé ou celle de son bébé. Dans la plusieurs cas, le manque de lait est réversible, une fois la cause identifiée correctement, dans un délai raisonnable, et que des mesures sont prises pour corriger ou s'adapter à la situation.

Voici une liste, non exhaustive, de circonstances qui peuvent affecter la production de lait.

- Une gestion inadéquate de l'allaitement : des tétées selon un horaire fixe ou limitées dans le temps (par exemple : 10 minutes chaque côté). Certains bébés sont réglés naturellement au quart de tour mais la majorité préfèrent moduler leur horaire selon l'humeur et les besoins du moment : faim, soif, besoin de proximité, ventre qui brasse à cause d'un caca ou d'un gaz à passer, démangeaisons sous le pied, ou simplement parce qu'il n'a rien d'autre à faire dans la vie. C'est ça un bébé !

- Un manque de connaissances sur les rythmes des bébés. Par exemple, les adaptations, souvent appelées «poussées de croissance» ou les tétées groupées du soir qui n'en finissent plus de finir qui laissent croire que la mère ne fait pas assez de lait.
- Les pressions de l'entourage et de la société : culturellement, l'Occident a une perception pour le moins étrange des besoins normaux des bébés normaux. La preuve, il y a des tonnes de modes d'emploi sur les tablettes des librairies et sur l'Internet qui sont souvent écrits par des pseudo-experts : l'organisation du sommeil, laisser pleurer, introduire les aliments selon un protocole nutritionnel strict, apprendre l'autonomie le plus tôt possible, sevrer à tel ou tel âge, donner des biberons pour que l'enfant apprenne, etc.
- Les pratiques hospitalières qui nuisent à l'initiation et à l'apprentissage de l'allaitement : les interventions pendant le travail et la naissance, la non-protection de l'homéostasie des nouveau-nés, le manque de contacts peau à peau pendant le séjour, la mise au sein selon un horaire ou faite par une autre personne que la mère, le bain au milieu de la nuit, le manque d'uniformité dans les consignes, les techniques et les recommandations, le fait de forcer un bébé à prendre le sein quand il pleure, les compléments, les mots qui tuent prononcés par le personnel ou la famille, etc.
- Le stress : le cortisol nuit à la sécrétion de l'ocytocine qui, elle, est responsable de l'éjection du lait, donc du transfert du lait du sein au bébé.
- Une maladie ou un syndrome chez la mère: le syndrome des ovaires polykystiques, une hypothyroïdie non-contrôlée, le diabète (l'insuline joue un rôle important dans la production de lait), un syndrome de Sheehan (hémorragie sévère qui affecte la glande hypophyse) ou autres.
- Une maladie ou un syndrome chez le bébé : trisomie, paralysie cérébrale, grande prématurité, fissure labio-palatine, etc. peuvent compliquer l'allaitement et toute la vie de la famille.
- Particularité anatomique du bébé : palais ogival, frein de langue court, réflexe nauséux, etc. qui empêche le bébé de bien positionner le complexe mamelon-aréole dans sa bouche.
- La contraception hormonale.
- Difficulté d'adaptation / Dépression post-partum (DPP) / Syndrome de choc post-traumatique (SCPT) qui rend la mère moins réceptive aux signes de son bébé.
- Traumatisme post accouchement de la mère.
- Trauma de naissance causé par un accouchement violent ou médicalisé.
- Chevauchements des os crâniens causant de l'inconfort au bébé, des tensions aux nerfs et aux muscles de la tétée.
- Torticolis ou autre truc de coincé dans le cou, le dos, aux épaules, etc.
- Allaitement avec des douleurs ou des blessures
- La fixation de plusieurs sur la nécessité que le bébé ait les lèvres retroussées pour s'assurer d'une bonne prise; à force de reculer le bébé pour voir si ses lèvres sont bien retroussées, on finit aussi par mal positionner le bébé, le mamelon se retrouve au palais dur ce qui entraînera une diminution du transfert de lait, de la douleur, du frottement et à la longue des blessures.
- Les chirurgies mammaires.

Que pouvons-nous faire pour remédier au manque de lait?

Premièrement, se poser les bonnes questions de manière à comprendre l'origine de la problématique pour intervenir de manière cohérente. Il faut comprendre si c'est l'œuf (le bébé), la poule (la mère), le poulailler (l'environnement), ou une combinaison des trois et surtout, de mettre tous les éléments en relation les uns avec les autres.

Lors d'une consultation pour une difficulté d'allaitement et plus particulièrement pour un manque de lait, l'intervenante doit chercher à comprendre l'origine du manque de lait avant de proposer quoi que ce soit. Par expérience et avec les histoires que les mères me racontent, je peux affirmer que plusieurs intervenantes s'arrêtent aux premiers symptômes, proposent des solutions plus ou moins adaptées mais surtout, elles ne cherchent pas à en comprendre l'origine. Dans ces conditions, plusieurs stratégies sont offertes sans qu'elles soient cohérentes avec la difficulté et pire encore, elles ne tiennent pas compte des besoins et des limites des mères. Dire à une mère épuisée, qui galère depuis plusieurs semaines et qui est au bord de cesser l'allaitement, d'aller louer un tire-lait et d'exprimer du lait 20 minutes après chaque tétée, c'est tout sauf prendre en compte les limites physiques et émotionnelles de la personne qui se trouve devant nous.

Si vous êtes une mère, voici ce à quoi vous devez vous attendre d'une consultation pour une difficulté d'allaitement. L'intervenante doit faire une bonne évaluation de la tétée et de tout l'allaitement, mais aussi questionner votre histoire pré, per et post natale. Et pour les cas de manque de lait, elle doit toujours considérer la cause physiologique, car elle existe. Si l'intervenante que vous consultez n'écoute pas, minimise vos préoccupations, et ne cherche pas à comprendre l'origine mais vous propose des stratégies pour augmenter la production de lait, je vous encourage à trouver une autre intervenante.

Message d'une mère à l'attention des intervenantes : «Prenez le temps de nous examiner... de nous poser des questions... pas seulement regarder la prise au sein et les freins de langue... Rechercher plus d'informations sur le manque de lait primaire.. nous parler davantage des ressources comme les IBCLC au privé. C'est une ressource en or et les nouvelles mères qui ne connaissent pas cette ressource se retrouvent plus facilement à laisser tomber l'allaitement, comme moi, il y a 4 ans.»

Le paradigme que nous devons considérer si nous voulons soutenir et protéger l'allaitement est : l'habitat du nouveau-né est le corps de sa mère, c'est là qu'il s'attend à être et pour plus longtemps que l'heure suivant sa naissance, d'où l'importance de multiplier les contacts peau à peau les premières semaines. Le bébé s'attend aussi à initier lui-même la tétée, quand il en a besoin, c'est la job du bébé de s'alimenter. Quand on laisse le bébé jouer son rôle, il est compétent et l'allaitement n'est pas douloureux et le bébé prend du poids. Si malheureusement ce n'est pas le cas, c'est qu'il se passe quelque chose d'anormal et il faut comprendre si c'est l'œuf, la poule ou le poulailler, avant de proposer quoi que ce soit. Comprendre l'origine permet d'intervenir de manière cohérente et durable pour le bien de la mère et du bébé. Si vous êtes inquiète concernant votre allaitement, n'hésitez pas trouver de l'aide compétente.



Dessinateur : Thomas Beauchamp
© Chantal Lavigne, IBCLC

Références pour l'hypoplasie

- Nancy M. Hurst, RN, DSN, IBCLC Recognizing and Treating Delayed or Failed Lactogenesis II,
- Neifert MR, Seacat JM, Jobe WE. Lactation failure due to insufficient glandular development of the breast. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4058994>)
- Diana Cassar-Uhl. Supporting Mothers with Mammary Hypoplasia. (<http://www.lli.org/llleaderweb/lv/lviss2-3-2009p4.html>)
- Kathleen E. Huggins, RN, MS, CLC, Ellen S. Petok, BS, IBCLC and Olga Mireles, RNC, CLC Markers of Lactation Insufficiency: A Study of 34 Mothers. (<http://www.sonic.net/~mollyf/igt/>)
- Diana Cassar-Uhl, MPH, IBCLC Insulin resistance and lactation insufficiency: FAQ, (<http://dianaibclc.com/2014/05/06/insulin-resistance-and-lactation-insufficiency-faq/>)
- Marasco, L., Marmet, C., & Shell, E. (2000). Polycystic ovary syndrome: a connection to insufficient milk supply? Journal of Human Lactation, 16(2), 143-148.
- Rudel, R. A., Fenton, S. E., Ackerman, J. M., Euling, S. Y., Makris, S. L. (2011). Environmental exposures and mammary gland development: State of the science, public health implications, and research recommendations. Environmental Health Perspectives 119(8): doi:10.1289/ehp.1002864

L'hypoplasie mammaire, groupe de soutien sur Facebook :

- En français : <http://www.facebook.com/groups/152535068248725/>
- En anglais : <http://www.facebook.com/groups/IGTmamas/>

Sites Internet intéressants (tous en anglais)

<http://www.theboobgroup.com/breast-hypoplasia-and-breastfeeding/#>
<http://kellymom.com/bf/got-milk/supply-worries/insufficient-glandular-tissue>
http://www.007b.com/breast_size_breastfeeding.php
<http://lowmilksupply.org/>
<http://noteveryonecanbreastfeed.com/>
<http://dianaibclc.com/about/>

Pour voir la vie d'un angle différent...

Gwen Dewar, Ph.D est une anthropologue que j'adore, parce que contrairement à d'autres, elle donne seulement de l'information appuyée sur des recherches solides, sans dogmes, ni recettes. Elle nous oblige à réfléchir, à prendre nos propres décisions et à les assumer.

<http://www.parentingscience.com/index.html>