

UNIVERSITE JOSEPH FOURRIER

Faculté de médecine de GRENOBLE 1

IMPACT DE L'ASPIRATION SYSTEMATIQUE DU
NOUVEAU-NE SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

Mémoire présenté par

Valérie DENIS-BEZARD

**Pour l'obtention du Diplôme Universitaire
De Lactation Humaine et Allaitement Maternel**

Année 2004

**La lactation est un processus naturel physiologique,
mais l'allaitement n'est pas instinctif.**

**Son succès est lié à la présence d'une société qui le
soutient.**

D'après Jane A. SCOTT et Colin W. BI NNS

SOMMAIRE

SOMMAIRE :2

<u>INTRODUCTION</u> :	5
------------------------------------	---

CHAPITRE 1 :

METHODOLOGIE DE RECHERCHE	7
--	---

CHAPITRE 2 :

INTERETS ET CONTROVERSES AUTOUR DE L'ASPIRATION

NEONATALE	9
------------------------	---

2.1 INTERET DE L'ASPIRATION POUR LA DESOBSTRUCTION DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES	10
---	----

2.1.1 Etude d'Estol et son équipe – 1992	10
--	----

2.1.2 Etude de Carasco et son équipe – 1997	11
---	----

2.2 INTERET DE L'ASPIRATION POUR DIMINUER L'ENCOMBREMENT DES PREMIERES QUARANTE HUIT HEURES	12
--	----

2.3 INTERET DE L'ASPIRATION POUR DEPISTER LES ATRESIES	13
---	----

2.3.1 Dépistage de l'atrésie des choanes	13
--	----

2.3.2 Dépistage de l'atrésie de l'œsophage	14
--	----

2.4 LES CONSEQUENCES IATROGENES DE L'ASPIRATION NEONATALE	16
--	----

2.4.1 La douleur ressentie par le nouveau-né	16
--	----

2.4.2 Les blessures dues au passage de la sonde	18
---	----

2.4.3 Autres conséquences de l'aspiration gastrique	18
---	----

CHAPITRE 3 :

IMPACT DE L'ASPIRATION NEONATALE SUR L'ALLAITEMENT	21
--	----

3.1 IMPACT DE L'ASPIRATION NEONATALE SUR LA PREMIERE TETEE	22
---	----

3.1.1 Etude de Widström et son équipe.....	22
--	----

3.1.2 Aspiration gastrique néonatale et aversion orale.....	23
3.2 IMPACT DE LA SEPARATION MERE-BEBE SUR LA PREMIERE TETEE	24
3.3. IMPACT DE LA PREMIERE TETEE SUR L'ALLAITEMENT	25
<u>CHAPITRE 4 :</u>	
LES RECOMMANDATIONS DE PAR LE MONDE	29
4.1 LES RECOMMANDATIONS DES SOCIETES SAVANTES ...	30
4.1.1 La société suisse de néonatalogie	30
4.1.2 International Liaison Committee On Resuscitation.....	30
4.1.3 L'O.M.S.	31
4.1.4 L'Agence Nationale d'Evaluation en Santé	31
4.2 LES RECOMMANDATIONS D'AUTRES AUTEURS	32
4.3 CE QUI SE FAIT DANS DIVERS PAYS	34
<u>CONCLUSION</u>	35
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	37
<u>ANNEXE 1</u>	40

INTRODUCTION

Toutes les cultures mettent en œuvre des rites d'accueil autour de la naissance des enfants. Dans des pays où la médecine est développée, les rites d'accueils sont aussi rythmés par une série de gestes techniques visant à améliorer l'adaptation du nouveau-né, mais aussi à vérifier son intégrité physique. Ces pratiques reposent parfois plus sur des habitudes de service que sur des fondements scientifiques actualisés et des besoins réels du nouveau-né. Entre autres pratiques, l'aspiration oro-naso-pharyngée et gastrique systématique, chez le nouveau-né à terme et en bonne santé, né par voie vaginale, est sujette à controverse.

La mise en œuvre de politiques de soutien à l'allaitement maternel telles que « l'initiative hôpitaux amis des bébés », a un impact positif sur les taux d'allaitement tant sur l'initiation que sur la durée. Parmi les mesures citées, la quatrième condition est : « aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi heure suivant la naissance ». Cette mesure repose sur l'extrême vigilance du bébé à ce moment là et son aptitude particulière à téter. En effet, le petit d'homme, comme bon nombre de mammifères est un être dont la sensibilité orale est particulièrement développée. Sa sensibilité et sa bucco-motricité complexe lui permettent la recherche du sein maternel puis une tétée efficace. Cependant, cette aptitude innée répond à une séquence comportementale « programmée » qui est très facilement perturbée. De plus, la qualité de ses premières expériences orales semble avoir un lien avec la qualité des tétées suivantes.

Dans ce contexte, l'aspiration systématique pratiquée à la naissance, chez des enfants nés par voie vaginale, à terme et en bonne santé est-elle un élément qui risque de perturber les tétées qui suivent ce geste et par la même, induire des difficultés pour l'allaitement à venir ?

Après avoir analysé les raisons sur lesquelles reposent cette pratique médicale, j'étudierai quelles sont les conséquences de l'aspiration oro-naso-pharyngée et gastrique sur l'adaptation néonatale et je rechercherai s'il existe également un lien avec des difficultés ultérieures d'allaitement. A la lumière des recommandations internationales, j'envisagerai le cas échéant des propositions d'adaptation permettant de maintenir la sécurité à la naissance tout en respectant les aptitudes du nouveau-né et la physiologie de l'allaitement.

CHAPITRE 1

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce travail est basé sur une analyse des études et de la bibliographie que j'ai trouvée pertinente sur le sujet traité.

J'ai recherché les articles traitant de l'intérêt de l'aspiration oro-naso-pharyngée et gastrique à la naissance, du dépistage de l'atrésie de l'œsophage, des pratiques médicales d'accueil du nouveau-né à la naissance et leur impact sur l'allaitement maternel. La recherche a eu lieu par le biais des banques de données informatiques « PASCAL » et « PUBMED ». Collectionner les articles précis n'a pas été simple car il faut reconnaître que les études sur le sujet sont très peu nombreuses. La bibliographie servant de support à quelques articles retrouvés dans les deux banques de données citées ci-dessus, ainsi que quelques articles déjà en ma possession au préalable m'a permis de compléter mes recherches.

J'ai trié les publications que j'ai trouvées afin de répondre à plusieurs interrogations :

- L'aspiration oro-naso-pharyngée et gastrique à la naissance est-elle indispensable à l'adaptation du nouveau-né sain, né à terme et par voie vaginale ?
- Les dépistages d'éventuelles malformations du nouveau-né par le biais de cette aspiration ne peuvent-ils pas se faire d'une autre façon ?
- L'aspiration a-t-elle un impact sur le comportement de succion ultérieur du nouveau-né et sur l'allaitement maternel ?

Les chapitres suivants tentent de répondre à ces questions.

Même lorsque cela n'est pas précisé, l'ensemble de ce travail de recherche et les propositions qui s'en suivront portent sur les enfants nés par voie vaginale, à terme, en bonne santé et sans complication pendant le travail.

CHAPITRE 2

INTERETS ET CONTROVERSES AUTOUR DE L'ASPIRATION NEONATALE

A l'heure actuelle et dans la plupart des maternités françaises tous les nouveau-nés bénéficient d'une aspiration du nez, de l'oropharynx, assortie d'un sondage et éventuellement d'une aspiration du contenu de l'estomac. Cette pratique a pour justification :

- Désobstruer les voies aériennes supérieures pour faciliter l'adaptation respiratoire du nouveau-né
- Diminuer l'encombrement des premières quarante-huit heures
- Participer au diagnostic de l'atrésie des cohanes et de l'atrésie de l'œsophage.

2.1 INTERET DE L'ASPIRATION POUR LA DESOBSTRUCTION DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES :

Pratiqué par de nombreuses institutions, ce geste n'a toutefois pas prouvé son efficacité chez les nouveau-nés à terme, en bonne santé et nés par voie vaginale. En effet, la résorption du liquide pulmonaire commence dans les heures qui précèdent la naissance et est augmentée par la compression thoracique qui a lieu lors du passage de l'enfant dans les voies vaginales. De plus, le liquide pulmonaire encore présent à la naissance est très rapidement résorbé dans l'espace interstitiel des poumons ce qui détermine une chute des résistances respiratoires brutales.

Deux études viennent confirmer le peu d'intérêt que représente la désobstruction systématique des voies aériennes supérieures dans le post partum immédiat.

2.1.1 Etude d'Estol et son équipe - 1992 (7) :

Estol et son équipe dans une publication de 1992 nous révèlent les conclusions de leur travail. Après avoir mis au point un système peu invasif d'évaluation des

mécanismes respiratoires (compliance dynamique, résistances pulmonaires totales) des nouveau-nés, ceux-ci ont étudié l'effet de l'aspiration oro-naso-pharyngée à la naissance, sur les propriétés mécaniques du système respiratoire, chez des enfants en bonne santé, nés à terme et par voie vaginale. Cette étude randomisée a inclus 40 enfants. 20 ont fait partie du groupe « aspiration » et 20 étaient les témoins de cette étude. Les enfants étaient aspirés à la naissance, avant la première respiration. Cette manœuvre était assortie d'un prélèvement sanguin sur l'artère ombilicale afin d'effectuer une analyse des gaz du sang à la naissance. Ensuite, les enfants étaient enveloppés dans un champ sec et posés sur le sein de leur mère. Des mesures pneumotachographiques informatisées ont été réalisées à 10 minutes, 30 minutes puis 2 heures après la naissance. Les autres soins de routine (pesée, mensuration...) et la première tétée ont également eu lieu au cours de cette période.

Les gaz du sang prélevés à la naissance des enfants ne présentaient pas de différence significative. Les auteurs n'ont pas constaté de différence significative de l'ensemble des valeurs inspiratoires et expiratoires entre les deux groupes d'enfants quelque soit le moment de la mesure.

Les résultats fournis par cette étude ne procurent pas de base physiologique pour recommander, en routine une aspiration de l'arbre respiratoire à la naissance des nouveau-nés normaux, à terme et nés par voie basse.

2.1.2 Etude de Carasco et son équipe – 1997 (4)

Dans cette étude, les auteurs analysent les effets de l'aspiration oro-naso-pharyngée sur la saturation en oxygène de 30 nouveau-nés à terme. Pour 15 d'entre eux, l'aspiration a été effectuée immédiatement après la naissance. La valeur de la saturation a été enregistrée par un oxymètre de pouls minute par minute.

Les résultats de ce travail montrent une saturation en oxygène significativement plus faible dans le groupe des nouveau-nés aspirés et ce jusqu'à 7 minutes après la naissance. Le temps pour atteindre des saturations de 86% et 92% est significativement plus court chez les nouveau-nés non aspirés.

De nouveau, cette étude ne démontre pas le bénéfice de l'aspiration systématique des nouveau-nés à la naissance pour leur adaptation cardio-respiratoire.

2.2 INTERET DE L'ASPIRATION POUR DIMINUER L'ENCOMBREMENT DES PREMIERES QUARANTE HUIT HEURES :

Une des justifications de l'aspiration des nouveau-nés à la naissance serait de diminuer l'encombrement des quarante-huit premières heures.

Un travail non publié effectué à la clinique Saint Jean de Roubaix en 1992 peut nous aider à éclairer ce propos (cité dans 17). Dans cette maternité, un nouveau-né sur deux était aspiré à la naissance. Lorsqu'un nouveau-né avait besoin d'être aspiré en suites de couches une revue du dossier était effectuée. Il y avait autant d'enfants qui nécessitaient une aspiration à distance de la naissance dans le groupe « aspiration en salle d'accouchement » que dans le groupe « non aspiré ». Une partie des enfants aspirés en salle devait donc subir une double aspiration.

Une des raisons avancée pour expliquer l'encombrement des nouveau-nés en suites de couches est une hypersécrétion réactionnelle au stress induit par la naissance. L'aspiration immédiate ne résout pas, voire aggrave ce problème en ajoutant un stress supplémentaire à l'enfant.

De plus l'expérience nous montre que les bébés présentant des difficultés respiratoires minimes, et qui sont laissés en peau à peau sur leur mère semblent résoudre leur difficulté passagère plus rapidement que s'ils sont en berceau ou en incubateur. Cette constatation a été validée par plusieurs études sur le bénéfice du peau à peau que nous ne détaillerons pas dans ce propos.

A la lumière de ce travail, tout nous porte à penser que l'aspiration gastrique ne diminue pas l'encombrement des premières quarante-huit heures. Cependant, ce constat doit être confirmé par une étude plus précise.

2.3 INTERET DE L'ASPIRATION POUR DEPISTER LES ATRESIES

2.3.1 Dépistage de l'atrésie des choanes :

L'atrésie des choanes est retrouvée avec une incidence de 1/7000 naissances. Lorsqu'elle est bilatérale, la brutalité des signes cliniques (détresse respiratoire au repos qui disparaît au cri) la fait suspecter très rapidement après la naissance et conduit à une prise en charge adaptée immédiate.

Le diagnostic de l'atrésie des choanes unilatérale (40% des atrésies) est moins urgent dans la mesure où cette anomalie ne met pas le bébé en danger immédiat. Ce dépistage peut être effectué avant le retour de l'enfant dans l'unité post natale grâce à d'autres techniques :

- Le test de la cuiller : une petite cuiller où un miroir de dentiste placé sous le nez de l'enfant permet de mettre en évidence les traces d'humidité produite par l'expiration en dessous de chaque narine.
- Il est également possible de mettre en évidence le passage de l'air par le nez en plaçant tour à tour sous chaque narine une petite mèche de coton qui va s'agiter sous le souffle de l'enfant.

Ces techniques de dépistage moins invasives permettent un diagnostic tout aussi fiable des atrésies des choanes que par le passage d'une sonde.

2.3.2 Dépistage de l'atrésie de l'œsophage :

L'atrésie de l'œsophage a une prévalence de 1/4500 naissances. Il en existe de plusieurs types qui sont classés en fonction de l'existence ou non de fistules trachéo-œsophagiennes. Lorsque cette malformation n'est pas diagnostiquée rapidement, elle fait courir un risque d'inhalation par le bébé du contenu du « sac œsophagien » avec toutes les complications pulmonaires que cela implique aggravant le pronostic de la prise en charge chirurgicale.

Le diagnostic de l'atrésie de l'œsophage peut se faire à plusieurs moments :

- En anténatal
- A la naissance
- Dans les heures qui suivent la naissance

Il est à noter que le dépistage systématique à la naissance n'est pas pratiqué par tous les pays de manière identique. L'Angleterre, les pays scandinaves, la Suisse ne pratiquent un sondage de l'estomac que sur signes d'appel. La France et les Etats Unis sont eux plus systématiques dans la recherche de la perméabilité œsophagienne à l'aide d'une sonde. Il ne m'a pas été possible de trouver d'évaluation de ces pratiques professionnelles. Toutefois, quelques remarques peuvent être faites.

Diagnostic anténatal de l'atrésie de l'œsophage :

Le diagnostic anténatal d'atrésie de l'œsophage est difficile. Toutefois, il peut être évoqué devant un hydramnios et une mauvaise visibilité de l'estomac sur plusieurs échographies successives (8).

Magali Munoz, interne en Médecine à Nancy, a fait son travail de mémoire de DIU d'échographie sur le diagnostic anténatal de l'atrésie œsophagienne en 2003 (15). Une étude rétrospective sur 15 années d'activité à la Maternité de Nancy permettent les constatations suivantes : (tableau récapitulatif en annexe 1)

- De 1981 à 1996, 26 cas d'atrésie œsophagienne ont été diagnostiqués en post natal. Seize ont été suspectés lors des échographies obstétricales (soit 61%).

- L'analyse de l'ensemble des cas m'a permis de constater que parmi les enfants de cette série, le diagnostic anténatal d'autres particularités (hydramnios, présence de malformations associées), ainsi que les conditions de leur naissance (prématurité, césarienne) conduisait de toute façon à pratiquer une aspiration à la naissance car ils faisaient partie d'un groupe à risque.

Dans cette série, si l'on n'avait pas pratiqué d'aspiration systématique, mais uniquement sur signes d'appel, pendant ces quinze années d'activité (soit 50000 naissances environ) , tous les enfants porteurs d'atrésie auraient pu bénéficier du dépistage de leur pathologie grâce à un dépistage orienté par le contexte. Un nombre important d'enfants sains aurait pu y surseoir.

Diagnostic de l'atrésie œsophagienne à la naissance :

Le diagnostic de l'atrésie de l'œsophage est suspecté à la naissance lorsqu'une sonde d'aspiration que l'on glisse à travers l'œsophage en direction de l'estomac bute à une dizaine de centimètres après l'orifice buccal. Au moindre doute, il faut pratiquer le « test à la seringue » au cours duquel on constate un silence épigastrique à l'auscultation lors de l'injection de 5 millilitres d'air par la sonde (8). Cependant, ce geste fait systématiquement sans signe d'appel fait courir le risque d'une moindre vigilance de la part du personnel qui l'effectue et des retards au diagnostic ont déjà été constatés malgré l'aspiration systématique (fréquence non chiffrée).

Le diagnostic de certitude est obtenu après exploration radiographique ou scanner. Une prise en charge adaptée et une correction chirurgicale doivent être entreprises dans les meilleurs délais.

Diagnostic de l'atrésie œsophagienne dans les heures qui suivent la naissance :

Les signes cliniques présentés par les bébés porteurs d'atrésie de l'œsophage sont précoces : hyper salivation, toux, accès de cyanose, qui précèdent d'autres signes

plus tardifs : régurgitations voire détresse respiratoire plus ou moins sévère en cas d'inhalation de salive ou de lait.

Chez les bébés allaités, il serait intéressant d'évaluer si l'absorption de colostrum en faible quantité lors de la première tétée, riche en anticorps et d'une composition physico-chimique particulière pose un problème en cas d'atrésie de l'œsophage diagnostiquée après la première tétée.

Une évaluation de l'état clinique des enfants porteurs d'atrésie de l'œsophage et une évaluation du délai de diagnostic, dans les pays où l'aspiration n'est pas systématique et se fait uniquement sur signes d'appel, serait également nécessaire pour compléter ce chapitre.

2.4 LES CONSEQUENCES IATROGENES DE L'ASPIRATION NEONATALE :

L'aspiration oro-naso-pharyngée et gastrique comme tout geste peut avoir des conséquences iatrogènes diverses qui sont plus ou moins connues et documentées.

2.4.1 La douleur ressentie par le nouveau-né :

Une étude de Jacqueline Santos et ses collaborateurs vient confirmer l'hypothèse que les nouveau-nés ressentent de la douleur quand ils sont soumis à l'aspiration gastrique (22).

Cette étude randomisée a été réalisée chez 50 nouveau-nés en bonne santé de plus de 33 semaines de gestation et de plus de 1999 grammes de poids de naissance. Les nouveau-nés ont été observés sur des critères d'évaluation de la douleur, (échelle NIPS-*neonatal infant pain scale*) par deux observateurs indépendants, à différents moments : une minute avant, pendant et une minute après les trois gestes suivants :

- une aspiration gastrique
- un prélèvement par micro méthode au talon
- une friction des pieds. Ce geste reconnu comme désagréable mais non douloureux sert de test de référence.

Les enfants ont été répartis en deux groupes :

- la moitié des enfants ont bénéficié d'une friction des pieds puis d'un prélèvement en micro méthode
- l'autre moitié a été soumise au prélèvement en micro méthode avant la friction des pieds

Les résultats de cette étude démontrent que :

- La fréquence respiratoire des enfants diminue uniquement lors de l'aspiration gastrique.
- La fréquence cardiaque des enfants diminue pendant l'aspiration gastrique et pendant le prélèvement dans le groupe prélèvement/friction, et pendant l'aspiration gastrique et la friction des pieds dans le groupe friction/prélèvement.
- Il n'y a pas d'altération de la saturation en oxygène dans les trois phases quelque soit le groupe d'enfant.
- L'observation de la douleur avec l'échelle NIPS révèle que tous les enfants quel que soit leur groupe d'appartenance ressentent la douleur pendant l'aspiration gastrique et le prélèvement sanguin en micro méthode, et ce, avec un score sensiblement identique lors de ces deux gestes. La friction des pieds n'est pas ressentie comme douloureuse.
- Les altérations des paramètres physiologiques tels que fréquence cardiaque et saturation en oxygène ne sont ni spécifiques ni sensibles pour évaluer la douleur du nouveau-né.

Cette étude met clairement en évidence que l'aspiration gastrique est un geste ressenti douloureusement par les nouveau-nés.

2.4.2 Les blessures dues au passage de la sonde :

Des cas de complications dus à l'aspiration à type de faux trajets ou de blessures de types excoriations sur le parcours de la sonde sont régulièrement rapportés. De même, des cas d'œsophagite néonatale, ont pour seule étiologie suspectée l'aspiration à la naissance.

Un nombre non négligeable d'enfants développent également, en suites de couches, des œdèmes des choanes consécutifs à une aspiration traumatique.

Je n'ai malheureusement retrouvé aucune estimation chiffrée de ces problèmes malgré tout connus des sages-femmes et des pédiatres de suites de couches et qui nécessitent, pour certains, une prise en charge médicale plus ou moins contraignante.

2.4.3 Autres conséquences de l'aspiration gastrique :

Anand et ses collaborateurs viennent de publier en avril 2004 leurs conclusions suite à une étude cas/témoins effectuée à l'hôpital de Stockholm au cours de l'année 2000. Leur travail avait pour but d'évaluer l'hypothèse que les stimulations nocives à la naissance peuvent augmenter les risques à long terme de développer une maladie psychosomatique ou un désordre fonctionnel pendant la vie future (2).

Le recrutement des patients a été effectué au cours de l'année 2000 au sein des enfants nés de 494 femmes ayant accouché entre 1935 et 1945 à la maternité de Stockholm et qui ont donné naissance à deux enfants ou plus, à la suite de grossesses normales. Dans cette fratrie, un des enfants devait avoir été exposé à une complication néonatale de type asphyxie périnatale.

1110 enfants étaient concernés par cette étude. Parmi eux, 108 ont été hospitalisés pour des symptômes fonctionnels digestifs. 96 cas ont été retenus pour l'étude, qui seront comparés à 116 frères et sœurs servant de témoins, ce qui élimine les facteurs génétiques confondants.

Les auteurs, après avoir éliminé un certain nombre de biais possibles, présentent les résultats de cette étude :

- Les symptômes fonctionnels intestinaux arrivent plus fréquemment dans la population des 1110 sujets de l'étude que dans la population générale (9.5% versus 3.4%)
- Les personnes présentant des pathologies intestinales ont plus souvent été exposées à l'aspiration digestive que leur frère ou sœur sain. (22.9% versus 11.2%). De plus les patients présentant des désordres intestinaux ne sont pas toujours hospitalisés, ce qui prouve la gravité des symptômes dans la population étudiée.
- Le nombre de cas d'antécédents d'exposition à un traumatisme périnatal ou une asphyxie périnatale ne présentait pas de différence significative entre les deux groupes étudiés.
- L'analyse des différents paramètres de l'étude montre que l'aspiration gastrique à la naissance est associée à des désordres fonctionnels intestinaux pendant la vie future, alors que les autres variables : maternelle, périnatale ou autres variables confondantes ne sont pas significatives.

Conclusions de ce travail : les stimulations nocives dues à l'aspiration gastrique à la naissance peuvent être à l'origine du développement à long terme d'hypersensibilité viscérale et d'hyper vigilance cognitive. La prévalence étant surtout marquée pour les désordres fonctionnels intestinaux dans la vie future.

Toutefois, cette étude fut contestée après sa publication. Carlo Di Lorenzo et Miguel Saps livrent leurs réflexions dans un article paru dans le même journal que précédemment. (6) Leur argumentaire repose sur le fait qu'une succession d'interactions liées à la génétique et à des facteurs environnementaux influencent la prédisposition d'un individu à des désordres fonctionnels intestinaux. De nombreux autres facteurs auxquels sont soumis les enfants dans la période néonatale pourraient également être incriminés pour provoquer de tels désordres.

Certes, le modèle animal a montré qu'une possibilité de lien entre les stimulations nocives précoces et les désordres intestinaux est possible, mais la séparation précoce du petit de sa mère produit également les mêmes effets.

Les auteurs estiment également que chez les patients atteints de désordres intestinaux la différence entre ceux ayant subi une aspiration gastrique à la naissance ou non n'est pas saisissante, bien que significative. (24 versus 13 patients). De plus le

recrutement des cas s'est fait sur le diagnostic imposé par la classification internationale des maladies. Le code « symptômes intestinaux » peut inclure des manifestations hétérogènes n'ayant pas toujours une origine fonctionnelle.

Enfin ils expliquent que, si l'aspiration gastrique était un élément si important dans le développement ultérieur de pathologies intestinales, les prématurés ainsi que les nouveau-nés hospitalisés en unité de soins intensifs et qui nécessitent des soins quotidiens et des aspirations répétées seraient à hauts risques de développer des pathologies intestinales sévères. Or à ce jour une telle association n'est pas mise en évidence. De plus, s'il est vrai que les événements ayant lieu dans la vie précoce peuvent avoir une influence sur les désordres intestinaux, les auteurs ont du mal à penser qu'un événement aussi bref que l'aspiration à la naissance soit une cause suffisante.

Cette controverse peut laisser un doute sur les conclusions de l'étude de Anan qui mériterait peut-être d'être confirmée par d'autres.

Il est cependant à préciser que les auteurs de ce texte sont Américains, et que les Etats Unis sont particulièrement attachés à pratiquer toute une batterie de test sur leurs nouveau-nés dans le but d'affirmer leur intégrité physique et de ne laisser subsister aucun risque de faille dans la prise en charge. L'origine de ces auteurs les porte sans doute à être plus facilement critiques vis à vis d'une procédure de routine à laquelle ils tiennent.

CHAPITRE 3

IMPACT DE L'ASPIRATION NEONATALE SUR L'ALLAITEMENT

L'impact de l'aspiration systématique des nouveau-nés sur l'allaitement se situe à deux niveaux :

- L'impact du geste proprement dit
- L'impact de la séparation mère-bébé souvent nécessaire pour pratiquer ce geste.

3.1 IMPACT DE L'ASPIRATION NEONATALE SUR LA PREMIERE TETEE :

3.1.1 Etude de Widström et son équipe (26) :

Cette étude randomisée porte sur 21 nouveau-nés en bonne santé et nés à terme par voie vaginale dont le poids de naissance était situé entre 3000 à 4000g, suite à une grossesse sans complication. 11 bébés bénéficient d'une aspiration gastrique, 10 bébés sont les témoins de cette étude. Les enfants sont observés une minute avant l'aspiration, pendant l'aspiration et deux minutes après.

- Effets sur la tension artérielle et le rythme cardiaque :
La tension artérielle des enfants augmente de façon significative après l'aspiration gastrique et le retrait du cathéter d'aspiration, alors que la tension reste stable dans le groupe contrôle. Un enfant présente une bradycardie au cours de ce geste
- Observation des mouvements de défense : 9 enfants sur 11 manifestent leur inconfort au cours de ce geste par des mouvements de défense.
- L'apparition de nausées est également observée. Six enfants sur 11 manifestent des réflexes nauséux au cours de l'aspiration.

Le comportement de succion des enfants est également analysé.

- Dans le groupe contrôle, les mouvements de succion commencent environ 15 minutes après la naissance. Ce délai se prolonge au maximum 45 à 60 minutes après la naissance.
- Le premier mouvement de la main vers la bouche est observé environ à 34 minutes.

- Les enfants trouvent le sein spontanément et commencent à téter environ 55 minutes après la naissance.
- Dans le groupe « aspiration », le comportement inné de recherche du sein est perturbé. Tous les enfants sauf un ont tout de même réussi à trouver le sein seul. Cependant, il existe une différence significative sur le moment où a lieu la première tétée, qui est retardée par rapport au groupe témoin.
- Il n'y a pas de différence sur la courbe de poids des enfants à 24 heures et 4 jours.

Cette étude démontre que l'aspiration digestive est ressentie comme pénible par les enfants (ce qui confirme l'étude de Santos (22) citée précédemment). De plus, cette pratique perturbe la séquence comportementale innée qui conduit le bébé à trouver seul le sein maternel avec le risque de perturber les tétées futures.

3.1.2 Aspiration gastrique néonatale et aversion orale :

Comme le font remarquer Linda Killion et Rebecca Sliter, toutes deux consultant en lactation (12), les enfants ont une sensibilité orale extrêmement développée pendant la première année de leur vie et leur bouche est pour eux un moyen de faire connaissance avec leur environnement. La succion peut autant les aider à calmer leur faim que leurs tensions intérieures. La bouche est l'organe sensitif le plus développé chez les bébés et celui dont ils ont le meilleur contrôle. Comment dans ce contexte ne pas penser que des stimulations aussi désagréables, voire douloureuses, occasionnées par l'aspiration oro-naso-pharyngée et gastrique à la naissance, ne créent pas des dommages dans l'apprentissage oral des enfants ? Qui plus est, lorsqu'il s'agit du premier « corps étranger » qui pénètre dans la bouche de l'enfant depuis sa naissance.

Pour appuyer cette hypothèse, force est de constater, que nombreux sont les enfants qui développent des aversions orales sévères et des comportements alimentaires problématiques, lorsqu'ils sont prématurés ou ont bénéficié de soins intensifs intégrant des aspirations et cathétérismes buccaux répétés, dans la période néonatale. Il n'est pas rare que des aversions orales soient aussi constatées en secteur de suites de couches.

Leur étiologie est le plus souvent due à des traumatismes buccaux précoces dont l'aspiration néonatale fait partie.

« En conséquence, la devise en médecine étant « *primum non nocere* », rien d'autre que le sein maternel ne devrait être introduit dans la bouche du nouveau-né tant que son bénéfice n'a pas fait la preuve de son efficacité.

Des procédures telles que l'aspiration des nouveau-nés, en routine, devraient donc être considérées comme potentiellement nocives pour l'allaitement. » (12)

3.2 IMPACT DE LA SEPARATION MERE-BEBE SUR LA PREMIERE TETEE :

Plusieurs études ont démontré l'intérêt du contact peau à peau prolongé à la naissance. Parmi elles, celle de Lennart Righard et Margaret O.Alade précise l'importance du contact ininterrompu avant la première tétée. (20)

72 enfants sont observés après la naissance. Ces enfants sont séparés en deux groupes : un groupe bénéficiera d'un contact ininterrompu en peau à peau avec leur mère jusqu'à ce qu'ils tètent spontanément. Un autre groupe bénéficiera d'un contact peau à peau pendant 20 minutes après la naissance, puis les enfants seront séparés de leur mère pour les soins de routine (vitamines, désinfection oculaire, soins du cordon...) et retourneront en peau à peau ensuite jusqu'à ce qu'ils tètent.

- Dans le groupe contact ininterrompu, les enfants commencent à ramper vers le sein environ 20 minutes après la naissance. La première tétée a lieu aux environs de 50 minutes post natales. (Mêmes observations que Widström (26)
- Dans le groupe séparation : les enfants crient et manifestent très fort lorsqu'ils sont séparés de leur mère et tout le temps des soins. Lorsqu'ils sont de retour sur leur mère, leur comportement inné de recherche du sein et leur réflexe de succion sont perturbés, ce qui incite les mères à des

manipulations pour amener le bébé à prendre le sein. Les enfants ont alors une prise en bouche moins bonne du sein.

Sur 34 enfants, 7 seulement auront une technique de succion correcte lors de cette première tétée et 16 refuseront de téter.

Cette étude démontre clairement l'importance du contact ininterrompu mère-bébé pour le succès de la première tétée.

3.3 IMPACT DE LA PREMIERE TETEE SUR L'ALLAITEMENT :

Lorsque les mères font le choix d'allaiter, il est de notre devoir de professionnel de les accompagner au mieux dans ce choix et de faire en sorte que l'allaitement se passe sans complication tant qu'elle et son bébé en ont le désir.

Jane A. Scott et Colin W. Binns ont fait une revue de la bibliographie récente pour étudier quels étaient les facteurs associés à l'initiation et à la durée de l'allaitement chez les femmes occidentales (22). Cette question complexe a mis en évidence une participation des facteurs relatifs aux pratiques professionnelles dans les services de soin.

Si la patiente a décidé du mode d'alimentation de son bébé avant la naissance, les pratiques hospitalières ont peu probablement d'influence sur l'initiation de l'allaitement. Par contre, les pratiques de soins exercent quant à elles une influence positive ou négative sur la durée de l'allaitement. Parmi elles, l'impact du contact précoce mère-bébé est souvent cité par les études comme un facteur déterminant sur la durée de l'allaitement. Or, après correction par divers facteurs confondants, la corrélation est sans doute moins claire, mais dépend cependant beaucoup de l'accompagnement et du soutien apporté par l'équipe qui encadre le couple mère-bébé.

Des constatations similaires sont également mises en évidence par Renfrew et ses collaborateurs dans une publication de la revue Cochrane sur la comparaison entre allaitement précoce et allaitement différé. (19). Les auteurs concluent que l'allaitement

différé n'est pas forcément associé à une durée plus courte d'allaitement mais dépend des interventions du personnel soignant.

Si le contact mère-bébé et la première tétée ne peuvent pas avoir lieu immédiatement après la naissance, le pronostic de l'allaitement n'est pas pour autant mauvais. Cependant, ce sera au prix d'un effort plus important de la part de la mère et de son bébé, ainsi que d'un soutien plus attentif de la part du personnel qui les encadre.

Ceci peut expliquer les résultats de l'étude suivante.

Dans la section 3.2, je rapportais une étude de Lenhart Righard et Margaret O.Alade qui ont mis en évidence l'impact du contact ininterrompu mère-bébé sur le succès de la première tétée. Dans une étude ultérieure, ces auteurs étudient la relation entre la qualité de la succion et la durée de l'allaitement. (21)

82 couples mère-bébé ont été étudiés. Des observateurs ont assisté à la tétée le sixième jour du post-partum. Lorsqu'ils identifiaient une mauvaise technique de succion, le couple mère-bébé était randomisé. Parmi eux, la moitié a bénéficié d'un accompagnement pour corriger la mauvaise technique de succion. Un groupe témoin avec une bonne technique de succion a également été constitué.

Les 82 mères allaitaient exclusivement à la sortie de maternité.

Les mères ont été contactées par téléphone après deux semaines, puis un, deux, trois et quatre mois post natal. Le but de l'entretien était de connaître si l'allaitement se poursuivait, s'il existait des complications à l'allaitement et si la mère donnait une « sucette » à l'enfant. Au cours de cette période d'évaluation, la mère ne devait pas reprendre son travail ni commencer la diversification alimentaire.

Extrait des résultats de l'étude :

- Le passage à l'alimentation au biberon est dix fois plus important dans le groupe « mauvaise succion » que dans le groupe « corrigé » et le groupe témoin.
- A tous les âges, il n'y a pas de différence significative sur la qualité de l'allaitement entre le groupe « succion correcte » et le groupe « bébé corrigé ».

- Lorsqu'il y a arrêt de l'allaitement, les raisons invoquées sont : l'insuffisance de lait, l'introduction du biberon, les coliques du bébé, maladie de la mère et engorgement.
- Les allaitements sont plus problématiques dans le groupe « mauvaise succion » que dans les deux autres groupes. Les problèmes les plus importants sont : l'insuffisance de lait, l'introduction précoce de biberons de compléments (le plus souvent liée au manque de lait), engorgements et problèmes de blessures du mamelon.

Ces découvertes suggèrent que le point de départ, pour éviter les complications et l'arrêt précoce de l'allaitement, est une succion correcte dès le début de l'allaitement.

Cependant, en cas de diagnostic d'une mauvaise succion, la correction précoce par un professionnel expérimenté, permet de retrouver les conditions propices à un allaitement de qualité, pouvant s'inscrire dans la durée.

A l'issue de ce chapitre il est donc possible d'affirmer que l'aspiration néonatale est une pratique qui met potentiellement en danger l'allaitement maternel car elle perturbe le comportement inné de succion. Le déroulement correct de l'allaitement nécessite alors plus d'efforts, de la part de la mère, du bébé et des personnes qui les accompagnent.

L'analyse de la littérature m'a également permis d'affirmer que ce geste n'apportait pas un bénéfice santé pour les bébés nés à terme, par voie basse et en bonne santé.

Lorsqu'il existe un contexte qui nécessite un dépistage de la perméabilité œsophagienne (hydramnios, signes échographiques évoquant une atrésie, malformations associées), il serait souhaitable de tenir compte de ces études pour pratiquer ce geste en limitant ses effets iatrogènes :

- **Diminuer au maximum le temps de la séparation mère-bébé, voire pratiquer le sondage gastrique sur le ventre de la mère.**
- **Eviter le balayage de la sonde en intrabuccal.**
- **Effectuer ce geste le plus doucement possible.**

- **Etre conscient de l'impact sur le comportement de succion ultérieur du nouveau-né. Dans ce cas, il faudra être plus attentif à la qualité de la succion du nouveau-né et renforcer l'accompagnement mère-bébé en post natal.**

Dans la mesure où l'aspiration néonatale systématique peut être remise en question étant donné les complications qu'elle peut engendrer, il me paraît maintenant important de voir quelles sont les recommandations ailleurs dans le monde.

CHAPITRE 4

LES RECOMMANDATIONS DE PAR LE MONDE

4.1 LES RECOMMANDATIONS DES « SOCIETES SAVANTES »

4.1.1 La société suisse de néonatalogie : (24)

« Il n'est pas nécessaire d'aspirer chaque enfant. On peut renoncer à aspirer l'oro-pharynx lorsque le nouveau-né sain respire dans les 60 premières secondes de vie, qu'il développe un bon tonus musculaire et que le liquide amniotique est clair. Une aspiration inutile : est désagréable pour l'enfant, peut conduire à des lésions des muqueuses et causer accidentellement des bradycardies et des apnées réflexes. »

« L'enfant est mis au sein peu après la naissance. »

« Dans le cas idéal, un contact continu peau à peau entre l'enfant et sa mère sera facilité durant les deux premières heures de vie, pour le moins jusqu'après avoir mis le nouveau-né au sein. Les mesures de routine et les soins du nouveau-né ne seront effectués qu'après cette période de deux heures ou au plus tôt après avoir mis l'enfant au sein. L'enfant sera alors examiné... »

4.1.2 International Liaison Committee On Resuscitation : (3)

« Les nouveau-nés vigoureux en bonne santé ne nécessitent généralement pas d'aspiration après la naissance. »

« L'aspiration pharyngée agressive peut entraîner un spasme laryngé et une bradycardie vagale et retarder le démarrage de la ventilation spontanée. »

4.1.3 L'O.M.S : (17)

« Rien ne permet de penser que l'aspiration systématique de la bouche et du nez du nouveau-né dès le dégagement de la tête ou par la suite, présente un avantage quelconque si le liquide amniotique est clair. »

« L'aspiration agressive et prolongée peut différer le moment de la première tétée spontanée et être la cause de spasmes. »

En collaboration avec l'UNICEF, l'Organisation Mondiale de la Santé a édicté les dix conditions pour l'initiative « hôpitaux amis des bébés », qui sont des mesures visant à favoriser l'initiation et la durée de l'allaitement maternel. Parmi elles, la quatrième condition, c'est-à-dire « aider les mères à démarrer l'allaitement dans la demi-heure qui suit la naissance », pourrait être celle qui motive le changement de comportement des professionnels vis-à-vis de l'accueil du nouveau-né. Cette condition concerne en fait le respect d'un contact tactile ininterrompu entre la mère et son enfant après la naissance, jusqu'à ce que celui-ci se montre disposé à téter. J'ai démontré dans un chapitre précédant combien le respect du comportement inné du bébé était important dans ces instants pour favoriser la première tétée. Dans ce cadre, une réflexion sur la suppression de tous les gestes qui ne sont pas indispensables ou qui peuvent être différés est à mener.

4.1.4 L'Agence Nationale d'Evaluation en Santé : (1)

L'ANAES dans ses recommandations publiées en mai 2002 reste générale dans ses recommandations pour la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel dans les six premiers mois. Cependant elle précise que : « les interventions visant à changer les pratiques fondées sur tout ou partie des dix conditions proposées par l'OMS et l'UNICEF pour le succès de l'allaitement, améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité. » Elle ajoute en outre que : « la mise en œuvre de ces conditions est recommandée, mais rend nécessaire un profond changement des pratiques dans les maternités et la participation de l'ensemble des professionnels impliqués. »

« Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue. Ces soins et les pratiques habituelles de surveillance devraient être définis pour favoriser le contact mère-enfant et l'allaitement maternel tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant. »

Nous sommes bien au cœur du problème avec l'aspiration néonatale qui nécessite un changement de comportement de la part des professionnels, afin qu'elle ne soit plus systématique, mais orientée et remplacée par une surveillance attentive du nouveau-né dans le respect de son comportement inné d'adaptation à la vie extra-utérine.

4.2 LES RECOMMANDATIONS D'AUTRES AUTEURS :

La littérature est plus abondante en ce qui concerne les recommandations pour l'accueil du nouveau-né favorisant le succès de l'allaitement. Parmi elles j'ai sélectionné quelques textes.

Marshall Klaus à un congrès de l'allaitement à Bâle (12) a affirmé qu'immédiatement après la naissance, l'enfant qui a un bon score d'Apgar et semble normal, doit être séché et placé en peau à peau sur sa mère, couvert par un linge chaud. Les soins habituels doivent être différés après la première heure et demie. Le bébé doit être autorisé à décider seul du moment de sa première tétée.

Le contact continu mère-bébé augmente les chances de succès de l'allaitement.

S'appuyant sur la littérature, John H. Kennel affirme dans la revue Birth (11): « le temps est venu de reconsidérer les soins de routine post natus » Il rappelle que les petits mammifères commencent à ramper vers le sein de leur mère peu de temps après la naissance et crient très fort si on les sépare de leur mère. Ceci est reconnu et respecté par tous chez les animaux, alors « pourquoi sommes nous si longs à le reconnaître pour nos propres petits » ? Il émet l'hypothèse que l'environnement médicalisé de la naissance participe à cette perte des repères biologiques. Il est dorénavant important de

considérer l'impact des soins de routine sur la physiologie de l'adaptation du nouveau-né et de l'allaitement et de savoir différer tout ce qui n'est pas urgent, au profit du respect du comportement inné.

G. Nylander (16) n'hésite pas à affirmer que ce qui a permis à la Norvège de revenir à une prévalence relativement élevée d'allaitement et à la maintenir, c'est entre autre, l'adoption de mesures visant à modifier les habitudes. Ceci a conduit à l'amélioration constante des routines hospitalières dans les services de maternité, guidée par l'adoption des dix conditions de l'OMS/UNICEF pour l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés.

A. Di Girolamo et ses collaborateurs (5) insistent également sur l'importance de l'adoption des mesures de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés, pour améliorer les durées d'allaitement. Après avoir travaillé sur l'impact de ces mesures, ils démontrent que le plus gros risque d'arrêt précoce de l'allaitement est l'allaitement retardé et le don de compléments à l'enfant. Ces deux problèmes étant couramment retrouvés en cas de perturbation précoce des réflexes de succion et d'aversion orale. (Pouvant être induits lors de passages intempestifs de sonde dans la bouche de l'enfant).

En France aussi les experts de l'allaitement maternel insistent pour que la quatrième condition de l'IHAB soit respectée, c'est-à-dire « aider les mères à démarrer l'allaitement dans la demi-heure qui suit la naissance ».

« Si après avoir été soigneusement séché, le nouveau-né est laissé tranquille en peau à peau sur le ventre de sa mère, il va aller se positionner seul, en rampant, à proximité du mamelon ; ses réflexes de fouissement et de succion vont lui permettre de bien prendre le sein, de sa propre initiative et avec une technique de succion correcte ; l'ensemble du processus peut prendre une heure ou plus mais pendant ce temps, la mère et le nouveau-né doivent rester ensemble, sans être dérangés, car ces réflexes sont fragiles et facilement perturbés par des interférences (aspiration, soins de routine...) Les nouveau-nés qui ont ainsi l'opportunité de « s'auto attacher » ont moins de risques d'avoir des difficultés à prendre le sein de façon efficace. » G. Gremmo-Féger (10)

« Ce qui devrait disparaître des salles de naissance, c'est l'enchaînement des gestes qui n'ont rien d'urgent mais sur lesquels tout le monde –par habitude- se précipite : baigner, peser, mesurer, s'occuper du cordon ombilical, vérifier l'anus et l'oesophage (...) Tout cela peut attendre que le bébé ait réussi son programme tétée et se faire tranquillement juste avant le retour de la nouvelle famille dans sa chambre. » M.Thirion (25)

4.3 CE QUI SE FAIT DANS DIVERS PAYS :

L'Angleterre, les pays de l'Europe de Nord (Hollande, Pays Bas, Norvège, Suède), l'Allemagne, la Suisse ne pratiquent aucun passage de sonde après la naissance du nouveau-né qui est autorisé à téter dès qu'il démontre qu'il est prêt. La perméabilité de l'œsophage n'est vérifiée que sur signes d'appels.

En France, des maternités engagées dans l'accompagnement de l'allaitement maternel, en visant le label « hôpitaux amis des bébés », ont elles aussi revu leurs conditions d'accueil des nouveau-nés et ne pratiquent plus systématiquement d'aspiration. Il serait intéressant de pouvoir avoir accès à leurs évaluations et connaître :

- Le taux de bébés aspirés et les raisons de ce geste
- Le nombre de dépistage des atrésies et le délai entre la naissance et le moment du dépistage
- L'impact de ces mesures sur l'allaitement, sachant que l'amélioration des durées d'allaitement est multifactorielle et qu'il sera difficile d'isoler une seule condition responsable.

L'adoption des mesures de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé par de nombreuses maternités de par le monde et particulièrement dans les pays occidentaux, a permis une augmentation considérable des taux d'allaitement, tant dans l'initiation que dans la durée.

Bien sûr, ces mesures concernent la révision d'un ensemble de pratiques professionnelles et le réajustement de nombreuses croyances erronées en matière d'allaitement. Il ne s'agit pas uniquement de modifier des pratiques d'accueil du bébé à la naissance, mais c'est également un changement de regard sur le nouveau-né et sa mère, plus respectueux, moins routinier, redonnant sa place à l'autonomie de chacun, mais tout aussi attentif et soucieux de leur santé et leur bien-être.

CONCLUSION

A la lumière de ce travail de recherche, je peux clairement répondre à la question de départ et affirmer que l'aspiration oro-naso-pharyngée et gastrique à la naissance est une pratique :

- Dououreuse pour les enfants et potentiellement dangereuse par ses effets iatrogènes.
- Inutile pour les bébés en bonne santé nés à terme et par voie basse
- Non obligatoire pour le dépistage de l'atrésie des choanes qui peut être effectué d'une autre manière moins agressive.
- Qui participe au diagnostic de l'atrésie de l'œsophage mais préférentiellement orientée par des signes d'appel : hydramnios, dépistage d'autres malformations ou anomalies, hyper-salivation, accès de cyanose). Elle n'est pas indispensable en routine s'il n'y a pas de signes d'appel et que le nouveau-né est surveillé attentivement.
- Parce qu'elle impose la séparation de la mère et de son bébé, et par sa mise en œuvre même, elle est une source de perturbation du comportement inné qui amène le bébé à téter et désorganise sa succion. Une « mauvaise » première tétée, voir un refus du sein peut mettre en péril l'allaitement qui s'en suit et être à l'origine d'arrêts précoces de l'allaitement.

En accord avec ce qui se fait dans d'autres pays, et dans le respect des mesures de soutien à l'allaitement, il serait bénéfique pour les enfants et pour le bon pronostic de l'allaitement de ne plus pratiquer l'aspiration oro-naso-pharyngée et gastrique à la naissance de façon systématique.

En cas de nécessité d'aspirer un nouveau-né ou de vérifier sa perméabilité œsophagienne, il serait souhaitable de tenir compte des conclusions des différentes études exposées dans ce travail, afin de faire en sorte que ce geste perturbe le moins possible le bébé. Dans tous les cas, une attention plus soutenue dans l'accompagnement de l'allaitement sera nécessaire pour faire en sorte que l'allaitement ne souffre pas des conséquences de ce geste.

Ce changement radical dans les pratiques professionnelles doit être accompagné pour que chacun se sente rassuré. Une évaluation de la santé des nouveau-nés et de la qualité des allaitements serait sans doute intéressante pour valider le bien fondé de ce changement de pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES : Allaitement maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002. <http://anaes.fr/documents>
2. Anand K.J.S, Phil D., Bo Runeson, Jacobson B. : Gastric suction at birth associated with long-term risk for functional intestinal disorders in later life. The Journal of Pédiatrics : avril 2004 : 144 :449-54
3. Bétrémieux P., Pladys P., Beuchée A. : Prise en charge et réanimation du nouveau-né en salle de naissance. Traduction et adaptation des recommandations de l'International Liaison Committee on Resuscitation. Sept.2001
4. Carrasco M et al : Oronasopharyngeal suction at birth : effects on arterial oxygen saturation. J Pediatr 1997 ; 130(5):832-4
5. Di Girolamo AM. Maternity care practice : implications for breastfeeding. Birth 2001 ; 28 :94-100
6. Di Lorenzo C. Saps M. : Gastric suction at birth : guilty as charges or innocent bystander ? Journal of Pédiatrics 2004 ; 144 : 417-20
7. Estol PC et al : Oronasopharyngéal suction at birth : effects on respiratory adaptation of normal term vaginally born infants. J.Perinat.med 1992 ; 20:297-305
8. Francoual c. Hamza j. : urgences chirurgicales en salle de naissance. Archives de pédiatries 2001 ; vol 8 ; N°.sup2 ; 423s-425s
9. Gremmo-Feger G, Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Les dossiers de l'Allaitement 2002 ; n° 51 : 18
10. Gremmo-Féger. G. : Comment bien démarrer l'allaitement maternel : source Internet : <http://perso.wanadoo.fr/ipa/santé/demarrer.htm>
11. Kennel J. : The time has come to reassess delivery room routines. Birth 21 : 49,1994
12. Klauss M. : 21th century post partum care. What has to change. Abstract Kongress Lactation and Stillen. Basel, 12-13/04/2002
13. Killion Healow, Sliter Hugh : Oral aversion in the breastfed neonate ; B.Abst 2000 – 20(1) :3-4
14. Lennart R., O.Alade M. : Effect of delivery room routines on succes of first breast-feed. The Lancet 1990 vol 336 ; 1105-07.
15. Munoz M. : L'atrésie oesophagienne. Mémoire de DIU d'échographie en gynécologie et obstétrique. Faculté de médecine de Nancy. 2003
16. Nylander. G : Gestion de l'allaitement : pour un démarrage réussi. Pourquoi tant de femmes allaitent en Norvège ? 28^e journées de la Société française de Médecine Périnatale – Arnette 1998
17. OMS : Essential newborn care and breastfeeding. Training modules. 2002. Source Internet : <http://www.euro.who.int/document/e79227.pdf> (session 4 et 11)

18. Prieur Régine : Aspiration systématique en salle de naissance nécessité sécuritaire ou croyance mythique ? Les dossiers de l'obstétrique N°327-mai 2004
19. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding (cochrane review). In cochrane Library, Issue 2. Oxford : Update Software 2001. P 1-8
20. Righard L, Alade M : effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 336 : 1105; 1990
21. Righard L, Alade M : Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth 19 : 185, 1992.
22. Santos JA,: do newborn infants feel pain when submitted to gastric suctioning. Journal de pédiatrie 2001 ; 77 (5) : 374-80
23. Scott JA. Factors associated with the initiation and duration of breast-feeding : a review of literature. B Review 1999 ; 7(1) :5-16.
24. Société suisse de néonatalogie, société suisse de Gynécologie et d'Obstétrique et Association Suisse de Sage-Femme Novembre 2000 : prise en charge des nouveau-nés à la naissance.
25. Thirion : Allaitement maternel : une mise en route à ne pas manquer. Texte téléchargeable sur Internet : <http://www.co-naitre.net>
26. Widström A.M. et al : gastric suction in healthy newborn infants. Effects on circulation and developing feeding behavior. Acta paediatr 76 : 556,1987

ANNEXE 1

**TABLEAU RECAPITULATIF
DES CAS D'ATRESIE DE L'ŒSOPHAGE
DIAGNOSTIQUES A LA MATERNITE DE NANCY DE 1981 A 1996**

	Age du 1 ^{er} signe	Age du diagnostic	Signes indirects	Malformations associées	amniocentèse	Terme à l'accouchement	Diagnostic postnatal	Pertinence de l'écho.
1 ^{er} cas	20 SA	20 SA	Absence d'estomac	Pyelectasie cardiomégalie	+	37 SA par césarienne	Type IV	Diagnostic fait
2 ^{ème} cas	28 SA	28 SA	Poche gastrique collabée hydramnios	CIV An. Extrémités Art.omb.unique	+	MFIU à 28SA1/2	Type III	Diagnostic fait
3 ^{ème} cas	31 SA		hydramnios			38 SA/ VB	Type III	Diagn. non fait
4 ^{ème} cas	34 SA	38 SA	Hydramnios Image en double bulle		+	38 SA/césarienne	Type III + atrésie duodénale	Diagnostic fait
5 ^{ème} cas	33 SA		hydramnios			33 SA/césarienne	?	Diagn. non fait
6 ^{ème} cas	33 SA		hydramnios			MFIU à 38 SA	Type III	Diagn. non fait
7 ^{ème} cas	27 SA 1/2	29 SA	Estomac non vu hydramnios	Agénésie rénale gauche Art. omb unique		36 SA1/2/VB	Type III	Diagn.fait
8 ^{ème} cas				Hypotonie pyélique Mains bottes Brieveté des ABras à 16SA	+	ITG à 30 SA	Type III	Diagn. non fait
9 ^{ème} cas	23 SA	25 SA	Hydramnios Estomac non vu	Suspicion de RCIU		Pas de suivi		Diagn.fait
10 ^{ème} cas	21SA1/2	28 SA	Absence d'image gastrique hydramnios		+	34 SA/VB	Type I	Diagn.fait
11 ^{ème} cas	35 SA	35 SA	Estomac non vu hydramnios			38 SA/VB	Type I	Diagn.fait
12 ^{ème} cas	23 SA	23 SA	Hydramnios estomac non vu			30 SA	Type IV	Diagn.fait
13 ^{ème} cas						32 SA pour altération RCF	Type III	Diagn. non fait
14 ^{ème} cas	34 SA	36 SA	Hydramnios Estomac de petite taille			38 SA/VB	?	Diagn.fait
15 ^{ème} cas	26SA1/2	27 SA	Estomac non vu hydramnios	Veine ombilicale droite persistante	+	35 SA1/2/césarienne	Type III	Diagn.fait
16 ^{ème} cas	25 SA	25 SA1/2	Hydramnios Abs.d'image gastrique	Hypotélorisme Rein unique Mains crispées Pieds fendus	Trisomie 18	ITG à 28 SA	Type III	Diagn.fait
17 ^{ème} cas	26 SA	30 SA	hydramnios	Dilatation pyélique	+	MFIU à 31 SA	Type III	Non diagn.
18 ^{ème} cas	33 SA	33 SA	Hydramnios Abs.d'image gastrique		+	35 SA/césarienne	Type I	Diagn. fait
19 ^{ème} cas						34 SA/VB	Type III	Diagn non fait
20 ^{ème} cas	37 SA	37 SA	Hydramnios Estomac non vu			37 SA/VB	?	Diagn.fait
21 ^{ème} cas	31 SA	31 SA	Hydramnios absence d'estomac			32 SA/césarienne	Type I	Diagn fait
22 ^{ème} cas	36SA1/2	37SA1/2	hydramnios	RCIU	Délétion 4p- probable	40 SA/césarienne	Type IV	Diagn fait
23 ^{ème} cas	26SA1/2		hydramnios	Ventriculomégalie Art omb unique Dilatation pyélique	+	37 SA/césarienne	Type III	Diagn non fait
24 ^{ème} cas			hydramnios	Estomac volumineux	+	36 SA/césarienne	?	Non fait
25 ^{ème} cas	22 SA		Hydramnios Estomac de petite taille	Pied droit varus équin	Trisomie 21	ITG à 25SA		Diagn fait
26 ^{ème} cas				uropathie	+	40SA/VB	Type IV	Non fait

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.