

ADLF, Paris 28-29 juin 2018

Recommandations concernant l'utilisation du lait frais de la propre mère en néonatalogie

J Rigo, JC Picaud, G Putet

*Groupe de travail de la
Société Française de Néonatalogie
sur l'utilisation du lait frais
chez l'enfant prématuré*



**Société Française
de Néonatalogie**
Association des professionnels de la médecine néonatale

R Buffin, G Gremmo-Feger, C Casper

Review concludes that specific recommendations are needed to harmonise the provision of fresh mother's milk to their preterm infants

JC Picaud (jean-charles.picaud@chu-lyon.fr)^{1,2}, R Buffin¹, G Gremmo-Feger³, J Rigo⁴, G Putet¹, C Casper⁵, Working group of the French Neonatal Society on fresh human milk use in preterm infants

Table 1 Definitions

- *Mother's own milk*. Mother's milk for her own infant
- *Raw milk*. Milk which has not undergone any treatment
- *Refrigerated milk*. Milk stored at a temperature of 4°C
- *Fresh milk*. Milk which has not been frozen or pasteurised. Corresponds to 'raw' or 'refrigerated' milk. Often called 'expressed breast milk' in the literature
- *Frozen milk*. Milk preserved at a temperature of at least -18°C ($\pm 2^{\circ}\text{C}$)
- *Thawed milk*. Milk frozen and then returned to the liquid state
- *Pasteurised milk*. Milk heated at a temperature of 62.5°C for 30 minutes (holder method)
- *Donor milk*. Mother's milk intended for a child other than his own, after passing through a human milk bank (« banked milk »)
- *Milk-sharing*. Exchange of raw milk between mothers. In no case this milk can be called 'donor milk'
- *Human milk banks*. Structures authorised to collect, process and distribute donated human milk
- *Fortifier*. Product containing energy, protein, electrolytes, minerals, trace elements and vitamins ('multicomponent fortifier'), used to fortify human milk for premature infants

OPEN
ACCESS

Février 2018

CONTEXTE: Lait de mère et alimentation de l'enfant prématuré

OMS:

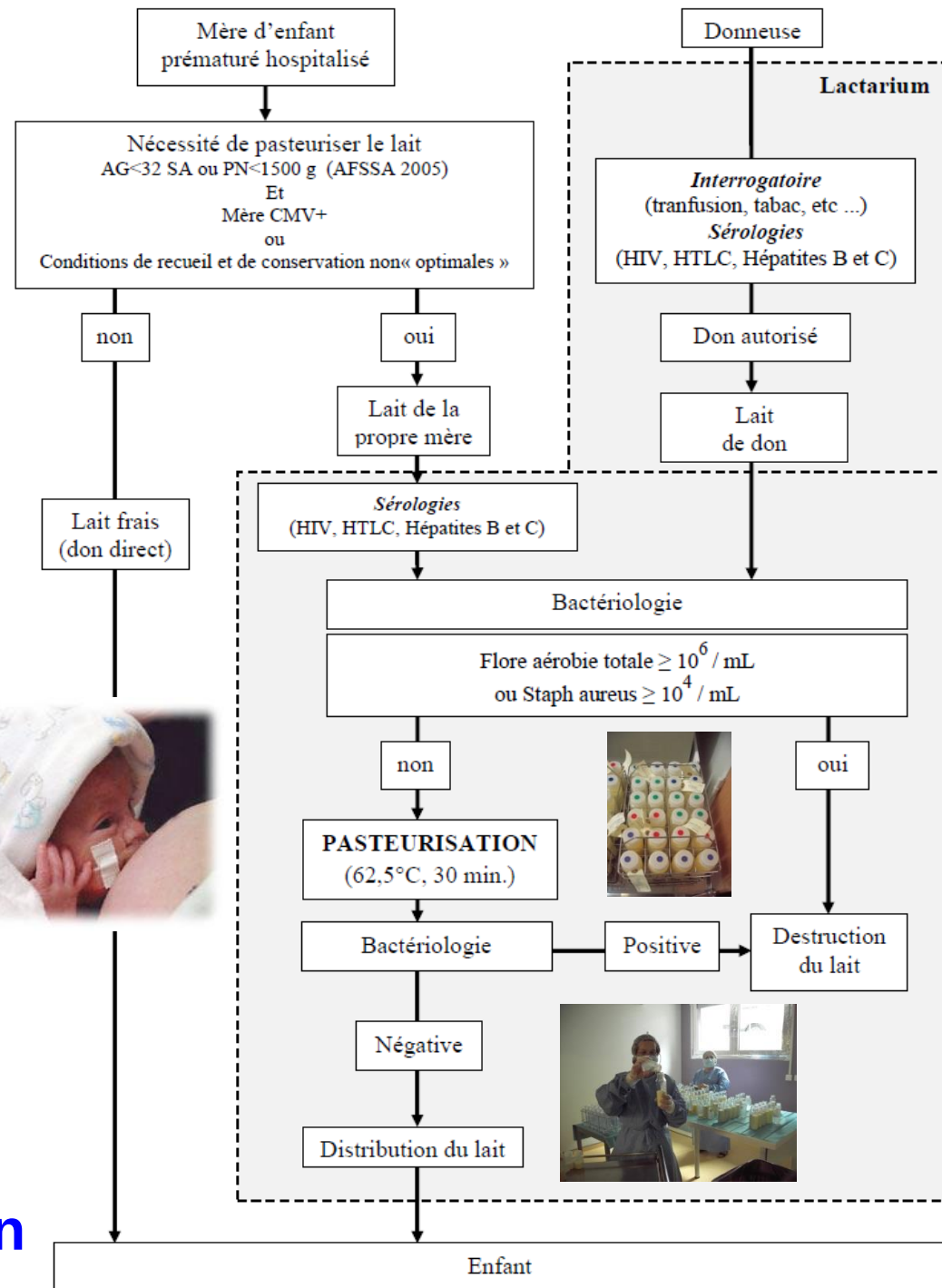
1. Lait de la propre mère

2. Lait de don

3. Préparations pour enfants de faible PN

France = seul pays à pasteuriser le lait de la propre mère

Pas assez de lait maternel (mère, donneuse) pour couvrir les besoins des ~ 60 000 prématurés/an



CONTEXTE: Objectif

Augmenter la quantité de lait maternel disponible pour les enfants prématurés en France (< 1500 g ➔ < 2000 g)



Bulletin d'information
Mars 2017
N° 09



Sommaire

Éditorial **P.1**

Commission parlementaire
sur la prématurité **P.2**

Groupe Dialogue Vaccins à la DGS **P.3**

Actualités du site internet de la SFN **P.3**

Logiciel de prescription
et Réanimation Pédiatrique **P.4**

Utilisation du lait maternel
en Néonatalogie **P4**

> Utilisation du lait maternel en Néonatalogie

Les recommandations actuelles pour alimenter les enfants prématurés sont d'utiliser en première intention du lait maternel (de lait de mère, sinon du lait de don) et, lorsque celui-ci n'est pas disponible, une préparation spécifiquement adaptée pour ces enfants de faible poids à la naissance.

Les lactariums étant dépendants du nombre de donneuses, ils ont parfois eu du mal à fournir autant de lait maternel que nécessaire, et ce lait a donc souvent été réservé aux enfants à plus haut risque (poids < 1500g et/ou AG < 32 SA).

La promotion de l'allaitement maternel et l'utilisation du lait cru s'étant développées, lorsque le nombre de donneuses est stable, il y a plus de lait de don disponible qu'auparavant.

Considérant que les bénéfices liés au lait maternel sont d'autant plus importants que la quantité de lait maternel reçue est importante et sachant que les lactariums ne sont pas encore en mesure de couvrir la totalité de ces besoins jusqu'à terme, il semble souhaitable de prolonger l'utilisation de lait de don lorsque la mère n'a pas (ou pas assez) de lait, jusqu'à **1700-1800 g (environ 34 SA)** au moins, dans la mesure du possible.

Les services de Néonatalogie (type III et type II) peuvent se rapprocher du lactarium le plus proche (www.lactariums-de-france.fr), qui pourra leur préciser l'état de ses stocks et dans quelle mesure il peut leur fournir tout le lait maternel dont ils ont besoin. Cela peut varier selon les périodes et seul votre lactarium de proximité pourra vous informer.

Association Des Lactariums de France

CONTEXTE: Objectif

- Soutenir l'allaitement des prématurés par leur propre mère
 - Proposer du lait de don à ceux dont la mère n'a pas (ou pas assez) de lait

Lait cru

Attention aux pratiques!

Absence de recommandations



Lait de donneuses

Lactariums, qui doivent être

- En nombre suffisants
- Bien organisés (ADLF)
- Bien répartis sur territoire national (inclus DOM-TOM)



Introduction

Avant la mise en route d'un don direct, l'équipe médicale doit :

- Vérifier compatibilité d'un éventuel **traitement médical** de la mère avec l'allaitement
- Vérifier les **sérologies** de la grossesse:
- Assurer **traçabilité** du recueil du lait à son administration

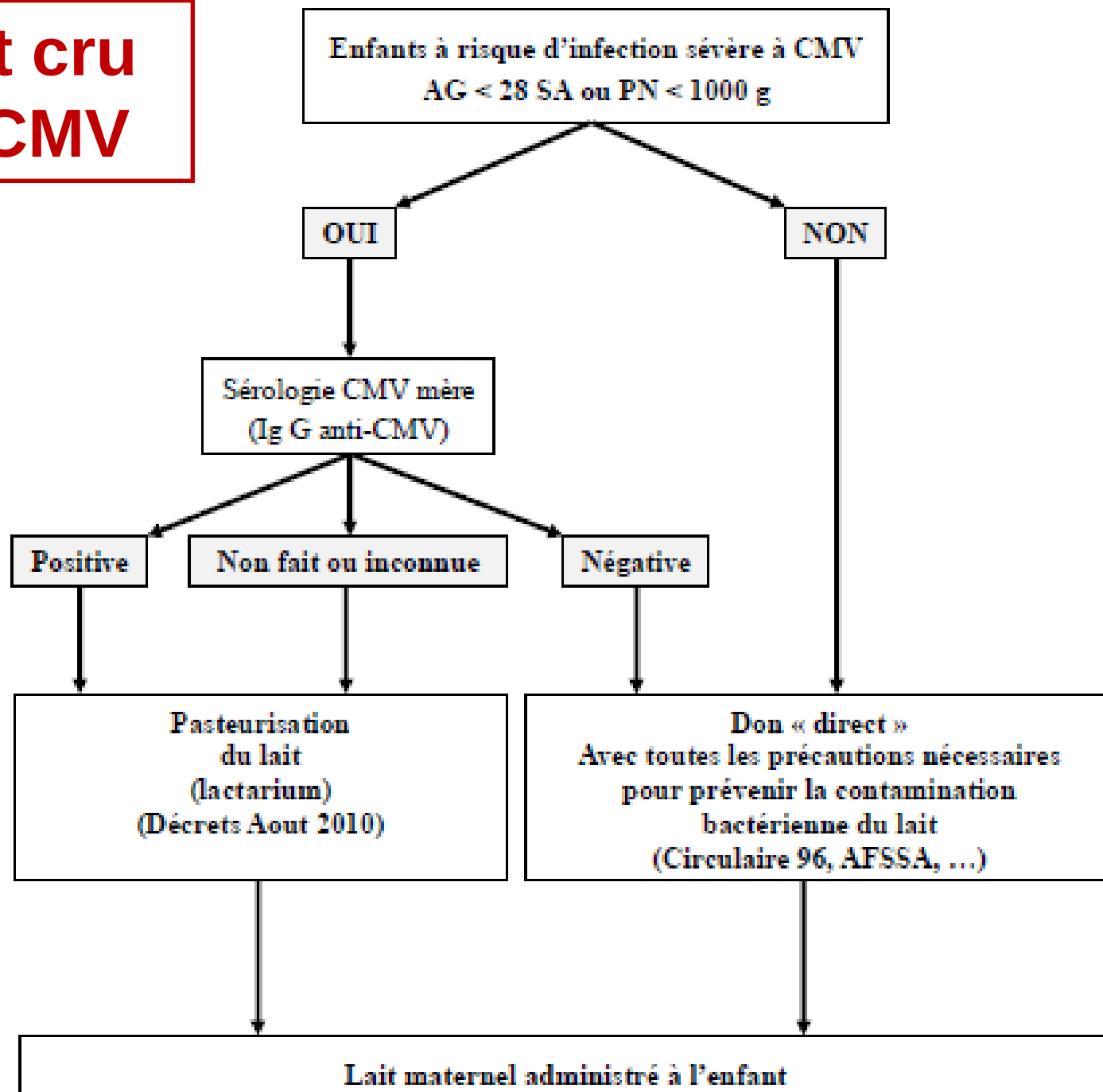
Ces recommandations

- ✓ concernent exclusivement le don le lait d'une **mère à son propre enfant.**
 - ✓ seront régulièrement réévaluées en fonction des publications sur le sujet.

Utilisation du lait cru et risque viral: CMV

- Le lait de mère cru peut être donné sans restriction dès la naissance et pendant les **3 à 5 premiers jours** de lactation, quel que soit le statut sérologique CMV de la mère.
- La mise au sein et la tétée sont autorisées, quels que soient le poids et l'âge gestationnel de l'enfant.
- Dans l'état actuel des connaissances, le groupe de travail propose pour les prématurés **de PN<1000g et /ou AG<28 SA** d'établir l'état sérologique de la mère et, si elle est positive, de pasteuriser le lait pour ces enfants jusqu'à 31+6 SA.

Lait cru et CMV



Utilisation du lait cru et risque bactérien

C.A.T en fonction:

- du lait : **Conditions de recueil et de conservation**

ET

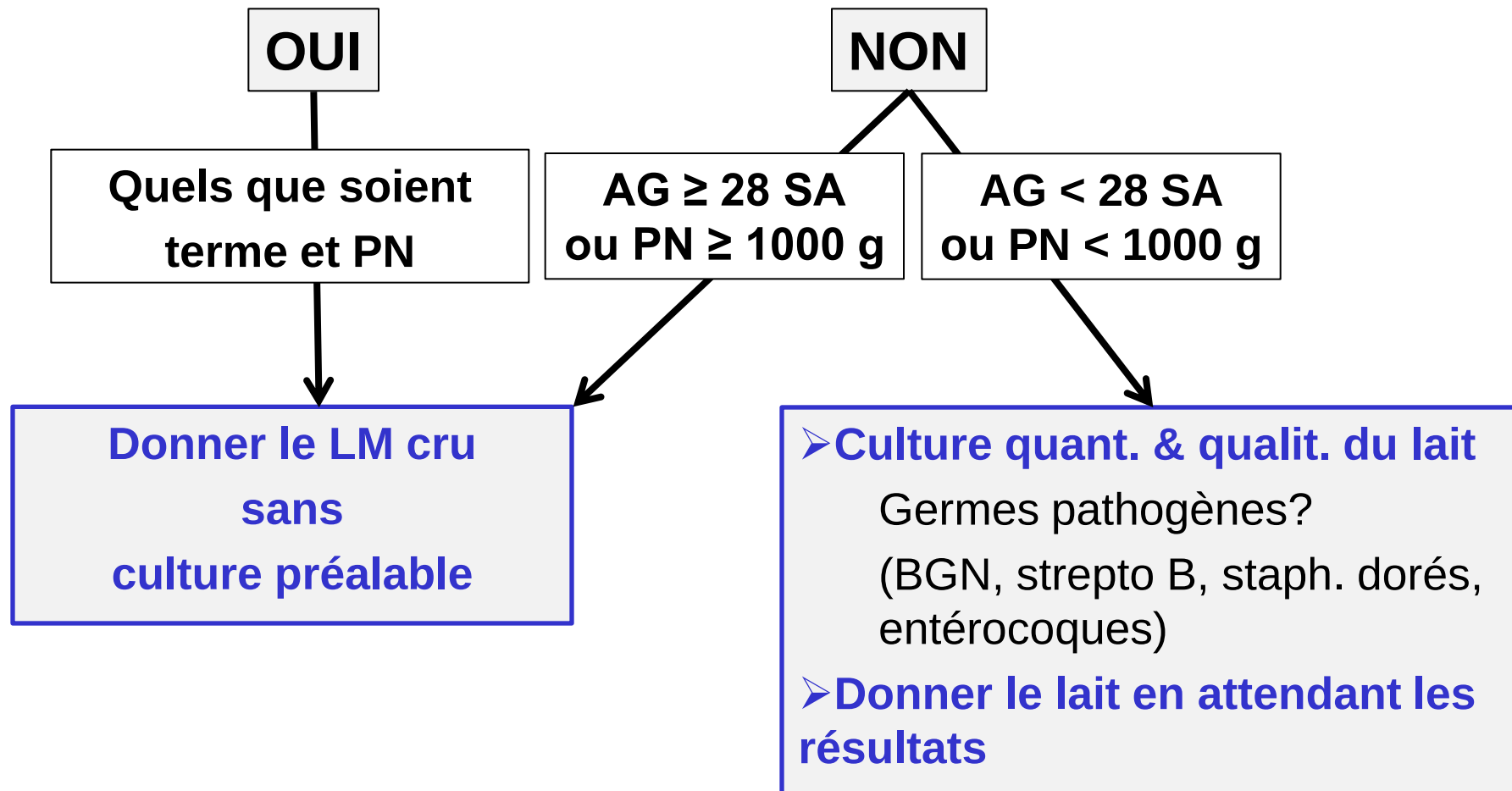
- de l'enfant : **âge gestationnel et poids à la naissance**

Utilisation du lait cru et risque bactérien

Lait recueilli et conservé dans conditions « optimales » :

Lait tiré en néonatalogie, au lactarium ou en maternité (si même hôpital)

Conformité avec les recommandations de l'AFSSA 2005



Recueil /conservation en **conditions non « optimales »** chez enfants d'**AG<28SA** ou **PN<1000g**

Présence de germes pathogènes?

(BGN, strepto B, staph. dorés, entérocoques)

OUI

- suspendre le don de lait cru
y compris celui recueilli sur place
tant que persistent les pathogènes
- revoir hygiène
recueil, transport, conservation
- Pasteuriser le lait (lactarium)
- faire un contrôle bactériologique
48h après avoir revu l'hygiène

NON

- Poursuivre le lait cru
- Si flore totale $\geq 10^6/\text{mL}$:
➔ revoir hygiène:
(recueil, transport, conservation)

*Pour ces enfants à haut risque, cette surveillance bactériologique
du lait maternel doit être effectuée une fois par semaine.*

Utilisation du lait cru: besoins nutritionnels

Pour le lait maternel cru, comme pour le lait pasteurisé, il convient de:

- **Débuter le plus tôt possible** l'alimentation avec du lait maternel, afin d'arrêter au plus vite l'alimentation parentérale
- **Enrichir le LM au moins jusqu'à 35-36 SA.**

Chez un enfant autonome qui présente une croissance non optimale, il faut enrichir le lait.

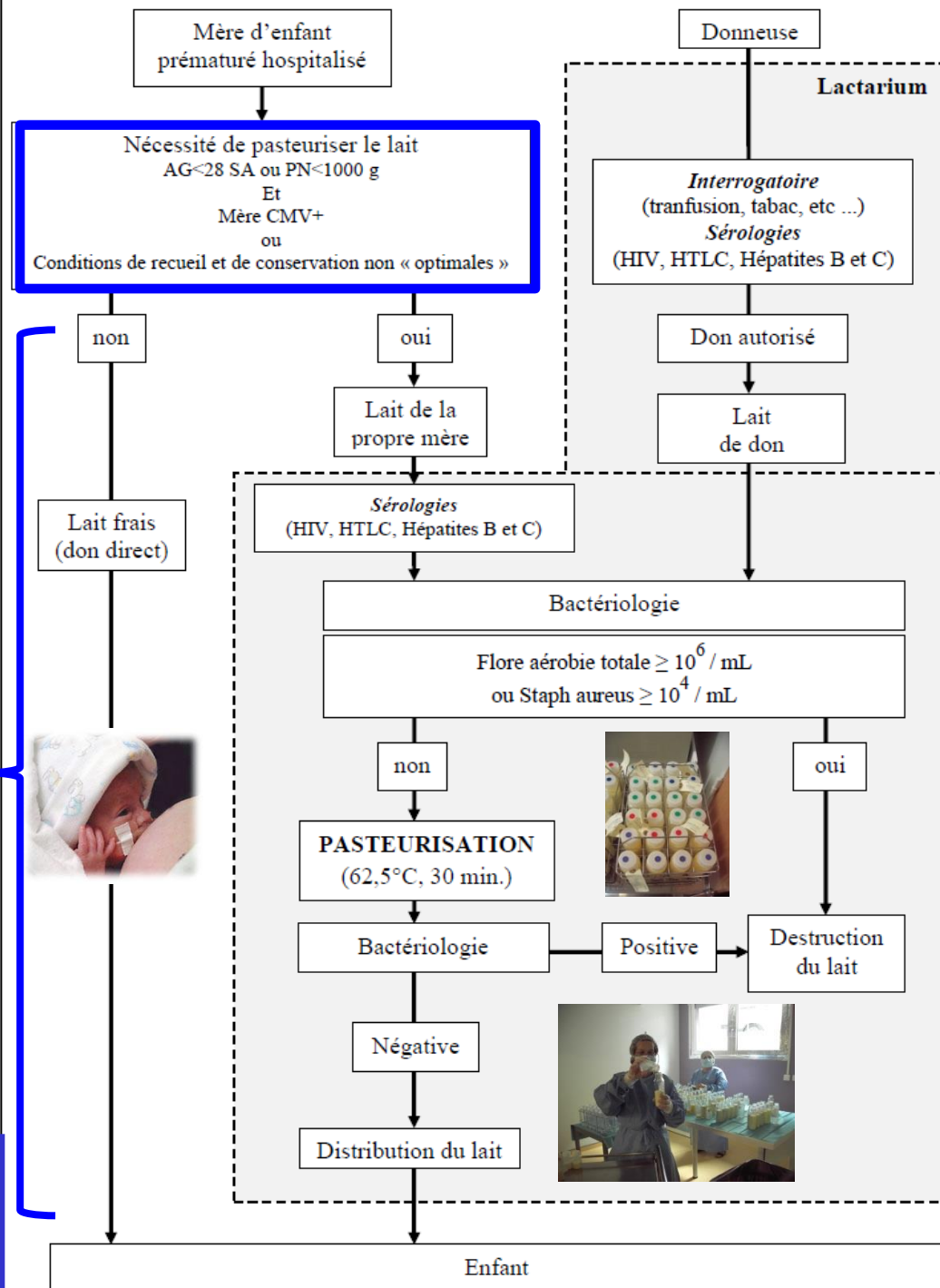
- **Réduire les pertes de nutriments**
 - limiter l'alimentation entérale continue par sonde,
 - favoriser la tétée au sein,
 - surveiller la tolérance digestive,
 - préserver des apports nutritionnels suffisants, permettant une croissance normale.

Au total

Lait de mère frais et alimentation de l'enfant prématuré

Lait de mère frais

A réévaluer en fonction
des publications sur le sujet.



CONTEXTE: Lait cru vs. pasteurisé

Très peu d'études randomisées

Différent lait de don pasteurisé

- Relation parents – enfants (père colostrum, mère dont direct au sein, ...)
- Réduction des pertes de lipides sur les parois (biberons, tubulures, seringues, ...)

Idem lait de don pasteurisé

- Nombre d'infections tardives
- Gain pondéral
- Tolérance digestive, ECUN

Non évalué: Développement cognitif