

Allaitement et jaunisse (ictère)

Introduction

La jaunisse est causée par l'accumulation dans le sang de la bilirubine, un pigment jaune provenant de la destruction des globules rouges. La destruction des globules rouges est un processus normal, et la bilirubine libérée ne cause habituellement pas d'ictère car le foie la métabolise, et elle est ensuite éliminée dans les selles. La jaunisse est toutefois fréquente chez le nouveau-né car le foie, qui fabrique les enzymes métabolisant la bilirubine, est relativement immature. De plus, les globules rouges sont plus nombreux chez les nouveau-nés que chez les adultes; à la naissance, ils seront détruits en quantité importante. Si le bébé est prématuré, affaibli par une naissance difficile, s'il y a destruction d'un nombre de globules rouges supérieur à la normale (comme cela se produit en cas d'incompatibilité sanguine), ou si sa mère est diabétique, le taux de bilirubine dans le sang sera plus élevé que ce qui est habituellement constaté.

Deux types de jaunisse

Le foie métabolise la bilirubine pour qu'elle puisse être éliminée (la bilirubine ainsi modifiée est appelée conjuguée, directe ou hydrosoluble, les trois termes ayant essentiellement la même signification). Cependant, si le foie fonctionne mal, notamment à cause de certaines infections, ou en cas d'obstruction des canaux biliaires, la bilirubine modifiée peut s'accumuler dans le sang et provoquer une jaunisse. Lorsque cela se produit, la bilirubine conjuguée est éliminée dans les urines qui deviennent **foncées**. Ces urines brunes sont le signe patent d'une jaunisse qui n'est pas « ordinaire ». La jaunisse due à la bilirubine conjuguée est *toujours* anormale, fréquemment grave, et elle doit faire l'objet d'un examen immédiat et approfondi. Sauf pour de *rarissimes* cas de maladies métaboliques, l'allaitement peut et doit continuer.

L'accumulation de bilirubine avant sa métabolisation hépatique peut être normale; c'est la jaunisse physiologique (cette bilirubine est appelée non conjuguée, indirecte ou liposoluble). Elle commence autour du 2^{ème} jour, culmine au 3^{ème} ou 4^{ème} jour puis diminue et disparaît. Cependant, il existe certaines conditions qui peuvent aggraver ce type de jaunisse. Étant donné qu'il n'y a aucune association avec l'allaitement, il faut le poursuivre. ***Si, par exemple, le bébé a une jaunisse grave causée par une destruction trop rapide des globules rouges, ce n'est pas une raison pour interrompre l'allaitement. Il faut le continuer.***

La soi-disant jaunisse au lait maternel

Il existe un type de jaunisse appelée « jaunisse au lait maternel ». Personne n'en connaît la cause. Pour poser ce diagnostic, il faut que le bébé soit âgé d'au moins une semaine. Il est intéressant de mentionner que nombre de bébés ayant ce type de jaunisse ont aussi eu une jaunisse physiologique, parfois plus importante que la normale. Le bébé exclusivement allaité devrait avoir une prise de poids satisfaisante, plusieurs selles quotidiennes, des urines claires et abondantes, et être dans l'ensemble en bonne santé (voir article n° 4, *Mon bébé prend-il assez de lait?*). Dans un tel cas, le bébé peut avoir ce que certaines appellent une jaunisse au lait maternel, bien que des infections urinaires, un dysfonctionnement thyroïdien, ou quelques maladies rares peuvent aussi induire un tableau clinique similaire. La jaunisse au lait maternel est à son maximum entre le 10^{ème} et le 21^{ème} jour, et peut durer deux à trois mois. La jaunisse au lait maternel est **normale. Il est rarement nécessaire d'arrêter l'allaitement, même temporairement.** Rien ne prouve que ce type de jaunisse puisse causer un quelconque problème au bébé. Il ne faut pas interrompre l'allaitement sous prétexte « d'établir un diagnostic ». Si le bébé exclusivement allaité se porte bien, ***aucune raison, aucune,*** ne justifie la suspension de l'allaitement ou la supplémentation avec un dispositif d'aide à l'allaitement. L'idée que quelque chose ne va pas chez les bébés souffrant de jaunisse provient du fait que l'on compare les bébés allaités aux bébés nourris au lait industriel, et que ce qui est constaté chez ces derniers est considéré comme la norme à laquelle les bébés allaités doivent se conformer. Cette manière de penser, presque universellement répandue parmi les professionnels de la santé, va à l'encontre de la logique même. Il est vrai que les bébés nourris au lait industriel présentent rarement une jaunisse après la première semaine de vie; lorsque c'est le cas, il y a généralement un problème médical. On s'inquiète donc pour les bébés

ayant une jaunisse au lait maternel, et on tient à « faire quelque chose ». Pourtant, selon notre expérience, la **plupart** des bébés *exclusivement* allaités qui sont en parfaite santé et dont la prise de poids est bonne présentent encore des signes de jaunisse à cinq ou six semaines post-partum, voire même plus tard. En fait, la question devrait être: « Est-il normal de *ne pas constater de jaunisse*, et devrait-on s'inquiéter en l'absence de jaunisse? » ***Ne cessez pas l'allaitement à cause d'une jaunisse « au lait maternel ».***

La jaunisse chez le bébé qui ne reçoit pas assez de lait maternel

Des taux de bilirubine supérieurs à la normale ou une jaunisse prolongée peuvent survenir *si le bébé ne reçoit pas suffisamment de lait*. Une « montée de lait » tardive, des routines hospitalières qui limitent l'allaitement, ou, plus souvent encore, une mauvaise prise du sein par l'enfant, peuvent avoir pour conséquence une absorption insuffisante de lait par le bébé (voir l'article n° 4, *Le bébé prend-il assez de lait?*). Lorsque le bébé reçoit peu de lait, ses selles deviennent rares et peu abondantes, ce qui provoque la réabsorption dans le sang de la bilirubine présente dans le tube digestif du bébé, étant donné que l'élimination par les selles est limitée. Évidemment, la meilleure façon d'éviter la jaunisse causée par une absorption insuffisante de lait est un bon démarrage de l'allaitement (voir article n° 1, *L'allaitement maternel : un bon départ*). La solution pour ce type de jaunisse n'est certainement **pas** de cesser l'allaitement ou encore donner des biberons. Si le bébé tète correctement, des tétées plus fréquentes peuvent suffire à faire baisser plus rapidement le taux de bilirubine, quoique, en réalité, il n'est pas nécessaire d'intervenir. Par contre, si le bébé tète mal, une correction de la mise au sein lui permettra de téter plus efficacement et de recevoir davantage de lait. La compression du sein peut aussi être utile pour aider le bébé à obtenir plus de lait (voir l'article n° 15, *La compression du sein*). Si l'amélioration de la mise au sein et la compression du sein ne règlent pas le problème, il serait approprié d'utiliser un dispositif d'aide à l'allaitement pour la supplémentation (voir l'article n° 5, *Utilisation d'un DAL*). Voir aussi l'article *Protocole pour augmenter l'absorption de lait maternel*.

La photothérapie

La photothérapie augmente les besoins liquidiens du bébé. Si le bébé tète bien, des tétées plus fréquentes suffiront à satisfaire ces besoins accrus. Cependant, s'il semble nécessaire de donner au bébé des liquides supplémentaires, **il est préférable d'utiliser un dispositif d'aide à l'allaitement** contenant du lait maternel exprimé, du lait exprimé sucré ou de l'eau sucrée, plutôt que de donner des compléments de lait industriel.

Questions? (416) 813-5757 (option 3) ou drjacknewman@sympatico.ca ou mon livre *Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding*

Traduction de l'article n°7, « Breastfeeding and jaundice »

Révisé en janvier 2003.

Dr Jack Newman, MD, FRCPC © 2003

Version française révisée en janvier 2003 par Stéphanie Dupras, IBCLC

**Peut être copié et diffusé sans autre autorisation,
à condition qu'il ne soit utilisé dans aucun contexte où le Code international de
commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS est violé.**