

# Infos sur la recherche

Objektyp: **Group**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **114 (2016)**

Heft 4

PDF erstellt am: **22.07.2024**

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Un outil prometteur permettant d'identifier aisément les freins de langue courts

Ingram, J. et al. (2015) The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. «Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal Edition», 100, F344-F348. doi: 10.1136/archdischild-2014-307503.

Selon plusieurs études déjà publiées, l'ankyloglossie touche mondialement entre 3 et 16% des nouveau-nés. L'ankyloglossie consiste en une adhérence de la langue au plancher de la cavité buccale en raison d'un frein de langue court. Cette malformation, allant de légère à sévère, peut causer des troubles à l'alimentation (au sein ou au biberon) chez 25 à 44% des enfants atteints. Le traitement proposé est relativement simple chez le nourrisson: il s'agit d'une frénulotomie, c'est-à-dire une section du frein de langue.

Une évaluation objective est nécessaire pour déterminer la présence de l'ankyloglossie et la nécessité de traiter. Il existe déjà une grille d'évaluation de la fonction de la langue d'après Hazelbacker, contenant de nombreux critères de fonction et d'apparence. Cette grille, très complète, est cependant ardue à utiliser. Dans le cadre de l'étude *Bristol Tongue-Tie trial*, les auteures ont développé un outil d'évaluation plus simple, mais démontrant tout de même une bonne transférabilité, afin de déterminer l'apparence et la fonction de la langue de nourrissons ayant un frein de langue court.

Dans le cadre de l'étude, trois sages-femmes chercheuses ont tout d'abord développé le *Bristol Tongue Assessment Tool* (BTAT). Les critères de l'outil sont l'apparence du bout de la langue, l'attachement du frenulum à la gencive, le soulèvement de la langue alors que la bouche est grande ouverte

(pleurs) et la protrusion de la langue. Une traduction non validée de l'outil se trouve dans le tableau ci-dessous. Un score entre 0 et 3 démontre une réduction sévère de la fonction de la langue.

Le BTAT a démontré une forte corrélation avec l'outil d'Hazelbacker ( $p < 0,001$ ). Les évaluations appariées entre huit évaluatrices ont certifié d'une bonne corrélation dans la cohérence de l'usage du BTAT ( $p < 0,001$ ). Les sages-femmes ayant participé à l'étude ont attesté que l'usage du BTAT est rapide et que les critères sont compréhensibles. En entrevue, elles ont aussi mentionné que la pose du diagnostic est facilitée, que les critères aident à expliquer le problème aux parents et que l'outil est facile à enseigner aux autres professionnels.

Les auteures proposent que le BTAT soit utilisé non seulement pour le diagnostic mais aussi pour déterminer l'incidence de l'ankyloglossie et l'impact de la frénulotomie sur l'allaitement. Pour les nouveau-nés présentant des difficultés à l'allaitement, ils devraient être référés pour une évaluation du frein de langue et un support en allaitement.

Marie Noël de Tilly, infirmière (bachelor et master) et conseillère en allaitement IBCLC

### Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT)

	0	1	2
Apparence du bout de la langue	En forme de cœur	Légèrement crantée	Ronde
Attachement du frenulum à la gencive	Attachée sur le dessus de la gencive inférieure	Attachée sur le bord intérieur de la gencive	Attachée sur le plancher de la cavité buccale
Soulèvement de la langue alors que la bouche est grande ouverte (lors des pleurs)	Soulèvement minimal de la langue	Les rebords de la langue se soulèvent au milieu de la bouche	Toute la langue se soulève jusqu'au milieu de la bouche
Protrusion de la langue	Le bout de la langue reste derrière la gencive	Le bout de la langue passe par-dessus la gencive	Le bout de la langue s'allonge par-dessus la lèvre inférieure

## Une intervention sur le partage des responsabilités parentales pour améliorer l'allaitement exclusif chez les mères primipares

Abbass-Dick, J. et al. (2015) Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. «Pediatrics», 135 (1), 102-110. doi: 10.1542/peds.2014-1416.

Malgré les bénéfices bien connus de l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie chez l'enfant et la mère, les taux d'allaitement restent sous-optimaux. Les interventions pour modifier cet état de fait doivent viser des facteurs de risque modifiables. Un de ces facteurs, peu étudié, est le support offert par le partenaire à la mère. L'attitude du père face à l'allaitement influence les intentions de la mère à allaiter,

ainsi que la durée et l'exclusivité de l'allaitement. Les pères désirent aussi s'impliquer dans l'allaitement et se sentent souvent ignorés. Entre autres, le partage des responsabilités parentales (*coparenting*) pourrait avoir un effet sur l'allaitement exclusif chez les mères primipares. Le *coparenting* renvoie à la façon que les parents ont de réaliser leurs buts concernant l'éducation et la santé de l'enfant. Quatre éléments le com-

posent: des buts communs, un soutien au partage des responsabilités, une participation commune et une division équitable du travail. Les compétences nécessaires à la résolution de problème, au règlement des conflits et à une communication efficace sont essentielles.

Une étude randomisée contrôlée réalisée au Canada a permis d'évaluer l'efficacité d'une intervention multiforme visant à soutenir le partage des responsabilités parentales quant à l'allaitement. L'intervention, réalisée auprès de 107 couples, consistait en une discussion de 15 minutes à l'hôpital, un livret sur le *coparenting* et un livret sur l'allaitement, un site web, une vidéo, des courriels à une et trois semaines post-partum et un appel téléphonique à deux semaines post-partum. Les 107 couples du groupe contrôle ont seulement reçu les soins habituels. Les 214 couples présentaient des caractéristiques démographiques semblables, à savoir que la majorité d'entre eux avaient une éducation universitaire, un revenu annuel supérieur à 60 000 dollars canadiens et prévoyaient un allaitement exclusif de six mois.

Plusieurs résultats ont été évalués à six et douze semaines post-partum auprès de 88% des participants. À six semaines, l'allaitement était toujours pratiqué chez plus de mères ayant reçu l'intervention, sans que la différence ne soit significative ( $p=0,06$ ). À douze semaines, les mères du groupe inter-

vention étaient plus nombreuses à toujours allaiter ( $p=0,02$ ) mais il ne s'agissait pas nécessairement d'un allaitement exclusif. De plus, la perception maternelle du partage des responsabilités parentales, la perception maternelle du support, le sentiment d'auto-efficacité du père face à l'allaitement et son attitude face à l'alimentation du nouveau-né étaient plus élevés chez le groupe intervention, sans que les différences ne soient significatives. Par contre, plus de mères ont rapporté avoir reçu de l'aide du père dans les premières semaines ( $p=0,02$ ), leur satisfaction face à cette participation était plus élevée ( $p=0,04$ ) et elles étaient plus satisfaites face à l'information reçue ( $p=0,001$ ).

Malgré le fait que les résultats n'aient pas tous été significativement différents entre les deux groupes, une tendance positive s'observe auprès du groupe intervention, autant chez les mères que chez les pères. Les résultats semblent appuyer la pertinence clinique d'activités de support à l'allaitement encourageant le partage des responsabilités parentales.

Marie Noël de Tilly, infirmière (bachelor et master) et conseillère en allaitement IBCLC

## L'interaction du lait maternel et de la salive du nouveau-né favorise l'immunité

Al-Shehri, A.S. et al. (2015) Breastmilk-saliva interactions boost innate immunity by regulating the oral microbiome in early infancy. «PLoS One», 10(9), e0135047. doi: 10.1371/journal.pone.0135047.

Chez le nouveau-né, la salive contient des précurseurs cellulaires qui favorisent le développement de la flore intestinale. Le lait maternel contient aussi une substance qui, mélangée à la salive du nouveau-né, produit du peroxyde d'hydrogène ( $H_2O_2$ ) freinant la croissance d'agents pathogènes dans le lait maternel. Entre six semaines et six mois, la salive du nourrisson se transforme pour ressembler à celle de l'adulte et voit diminuer sa capacité à interagir de cette façon avec le lait. Ces découvertes ont été faites par une équipe de chercheurs de l'université de Queensland (Australie) en étudiant puis en simulant la salive du nouveau-né.

Le lait maternel contient du  $H_2O_2$  et de l'oxydase de xanthine (XO). Le XO est une protéine de la membrane des matières grasses du lait humain. Le  $H_2O_2$  agit comme substrat à l'enzyme du lait lactoperoxydase, présent dans le lait et la salive, qui fabrique des antibactériens (système LPO). Le XO et l' $H_2O_2$  aident à réduire la charge bactérienne du lait et à prévenir les mastites. La salive du nouveau-né contient dix fois plus de xanthine et d'hypoxanthine que celle de l'adulte. Ces deux substrats biochimiques, additionnés au XO, font passer la concentration du  $H_2O_2$  dans le lait maternel de  $27,3 \pm 12,2 \mu M$  à  $>40 \mu M$ . La concentration de  $H_2O_2$  et l'activité du XO dans le lait maternel diminuent après quatre semaines de vie.

Le mécanisme biochimique du lait maternel interagissant avec la salive du nouveau-né active le système LPO et inhibe la croissance de *Staphylococcus aureus*, *Salmonella spp*, *Lactobacillus plantarum*. Cependant, *Escherichia coli* n'est pas affecté par le mécanisme. L'exposition du nourrisson à la

flore bactérienne cutanée de la mère et la sélection subséquente des espèces par le mécanisme biochimique entre le lait maternel et la salive déterminent la flore intestinale du nouveau-né.

La salive du nouveau-né contient aussi des nucléosides et des bases nucléiques purine/pyrimidine qui favorisent la croissance des cellules immatures de l'intestin. En effet, les cellules intestinales du nouveau-né sont peu capables de synthétiser des nucléotides et nécessitent des sources externes de purine/pyrimidine.

L'activité du XO n'a pas pu être détectée dans le lait maternel pasteurisé, les préparations pour nourrisson en poudre et le lait de vache pasteurisé car la pasteurisation mène à une perte complète de l'activité enzymatique. Les implications sont importantes en néonatalogie. Les nouveau-nés prématurés qui reçoivent du lait maternel pasteurisé ne bénéficient pas du système LPO. De plus, l'alimentation par sonde nasogastrique contourne l'interaction du lait maternel avec la salive. Il pourrait s'agir d'un facteur contribuant au risque d'entérocologie nécroscante.

Marie Noël de Tilly, infirmière (bachelor et master) et conseillère en allaitement IBCLC