



Allaitement et malocclusions

Articles scientifiques, Dr Jean-Louis RAYMOND

3èmes journées cliniques de l'AFPP. Molsheim Mai 1999

I) INTRODUCTION

Quand on pense allaitement, on pense à l'allaitement maternel et à l'allaitement artificiel.

L'allaitement artificiel est connu depuis longtemps mais était occasionnel. Il est devenu plus fréquent à la fin du 19ème siècle car la femme était "contrainte" de travailler et ne parvenait plus à se consacrer à l'allaitement au sein pendant de longues périodes. Les perfectionnements, notamment la pasteurisation et de nouveaux matériaux comme le caoutchouc, ont permis de développer le procédé.

L'allaitement artificiel est ensuite devenu synonyme de progrès social car il permettait de soustraire la femme aux contraintes de l'allaitement maternel.

C'est malheureusement une erreur !

II) PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION

CONSTITUTION DU LAIT MATERNEL

Le lait passe par trois phases :

- colostrum
- lait de transition
- lait mature

Le colostrum peut être considéré comme un "jus d'anticorps". D'un point de vue fonctionnel, c'est un liquide épais, assez visqueux et produit en petites quantités pendant deux-trois jours. Il permet au nourrisson d'apprendre à téter et le fait que la quantité soit réduite diminue le risque de fausses routes. En effet, quand l'enfant naît, il a un gros problème à résoudre : synchroniser ventilation et déglutition.

COMPOSITION DU LAIT MATERNEL

Il existe une différence qualitative et quantitative entre le lait maternel et le lait de vache, ce dernier étant hyperprotidique (à l'origine des problèmes d'allergies), riche en lactose et plus minéralisé.

MATURATION DU LAIT MATERNEL

Le taux de protéides diminue, celui des lipides augmente. Il y a même augmentation du taux de lipides au cours de la tétée, ce qui pourrait être à l'origine de la sensation de satiété.

PRODUCTION DU LAIT MATERNEL

L'outil de production est le sein. Dès le début de la grossesse, le sein se prépare à la production de lait. Dès le début du cinquième mois, le sein est capable de produire du lait mais la production est inhibée par la progestérone sécrétée par le placenta. Il est bon de noter que le volume du sein n'a rien à voir avec la production du lait, un petit sein pouvant produire beaucoup de lait.

Il y a développement des ascini, des canaux galactophores et du réseau capillaire (responsable de la montée de lait, montée qui est en fait un œdème dû à la baisse du taux de progestérone lors de l'accouchement).

Le sein n'est pas un réservoir, c'est une glande qui produit au fur et à mesure de la demande : quand l'enfant se met à téter, la production de lait commence.

Le sein est donc une pompe et non un réservoir.

La régulation de la production de lait est hormonale et mécanique (la plus importante). Un bon amorçage de la lactation nécessite trois conditions :

- une tétée précoce (dans les deux heures suivant l'accouchement)
- des tétées fréquentes (à la demande)
- pas de complément.

III) MECANISMES DE LA TETEE AU SEIN ET AU BIBERON.

Le nourrisson happe le téton et une bonne partie du mamelon : quand il happe le sein, le téton va jusqu'à doubler de longueur, il est énormément étiré et son extrémité arrive très postérieurement. De plus, le nourrisson propulse sa mandibule avec la langue en avant. La production de lait va venir de la compression du couple mandibule-langue avec mouvement péristaltique de la langue et la dépression créée par la succion maintient le sein dans la bouche.

La tétée au sein est l'apprentissage de la ventilation nasale. Il n'y a pas d'autres solutions : si l'enfant respire par la bouche, il n'y a plus de dépression et il perd le sein. Bébé n'aime pas ça du tout car il doit réamorcer la pompe, ce qui lui demande des efforts supplémentaires. Il y a mouvement postéro-antérieur de la mandibule avec compression très importante du sein. Ce mouvement met en jeu de nombreux muscles.

Le lait ne coule pas du sein mais en jaillit : la pression du jet du lait est aussi un facteur de régulation de la tétée.

La tétée nécessite une synchronisation très importante des fonctions : tout tourne autour du contrôle du débit de lait et c'est la différence fondamentale entre allaitement et biberon. Dans un cas, bébé contrôle et il y a régulation en feedback : dans l'autre, il est asservi au système et il n'y a pas de régulation en feedback.

Le rythme de la respiration dépend de la déglutition, le rythme de la déglutition dépend du débit de lait.

Mais, pour des motifs socio-économiques, par manque d'informations, par crainte d'être fatiguée, pour des motifs esthétiques, psychologiques ou médicaux, on préfère le biberon. En France et aux USA, un enfant sur deux est allaité au sein : après un mois, il y a 40% d'abandon du sein, ce qui qu'après un mois, 75% des enfants sont au biberon. La durée moyenne de l'allaitement est de 10 semaines, ce qui est faible pour obtenir un gain fonctionnel.

Au biberon, la langue et la mandibule sont plus rétrusives, la langue se compare alors à un piston, un robinet, et elle va simplement moduler le débit de lait : la production de lait ne nécessite pas de gros efforts, il n'y a pas de stimulation de la musculature oro-faciale pour avoir une réponse de développement intéressante. La langue est moins tonique, la mandibule moins énergique, la tétée est sans efforts et très rapide. L'alimentation ressemble plus à un gavage des oies qu'à autre chose !

Pourquoi l'allaitement maternel a-t-il un rôle aussi important sur le développement ? Le rôle morphogénétique de la tétée est très important car la tétée a lieu dans une période de croissance exceptionnelle. La première activité musculaire du fœtus se situe au niveau de la langue et l'ossification suit l'activité musculaire (le muscle crée l'os). L'enfant apprend à déglutir in-utéro. A la naissance, la période de développement est exceptionnelle :

- 0-2 mois, 30 gr/jour

- 2-6 mois, 20 gr/jour

- 6-12 mois, 10 gr/jour.

La première année, le poids est multiplié par trois et la taille augmente de 50%. La première année est équivalente à deux fois le pic pubertaire. Il y a un potentiel de croissance énorme et il serait intéressant pour le développement de ne pas le brider. C'est pourquoi l'allaitement maternel est très important.

Le médiateur morphogénétique est le cartilage condylien, mitotiquement très actif pendant deux ans. Il y a donc une signification succionnelle du cartilage secondaire responsable du rattrapage du décalage antéro-postérieur de la mandibule.

Presque tous les enfants sont rétrognathes à la naissance. C'est au cours de la tétée qu'ils rattraperont ce décalage.

IV) ALLAITEMENT ARTIFICIEL ET PATHOLOGIES BUCCO-FACIALES

Il existe un gros problème au niveau des études épidémiologiques, dont les critères ne sont pas toujours clairs et souvent mal définis. L'étude de LABBOCK et HENDERSHOT, sur 15000 enfants, semble être la plus sérieuse : elle met en évidence une réduction de 44% des malocclusions chez l'enfant allaité au sein.

La malocclusion la plus fréquente est la rétrognathie mandibulaire mais le manque de développement est tridimensionnel.

Il existe aussi une pathologie hors de la sphère buccale :

- aérophagie et régurgitation

- risque d'otite de l'oreille moyenne

- pathologie psychologique : l'insatisfaction du nourrisson induit le recours au pouce ou à la tétine - risque d'adaptation à la ventilation buccale.

V) CONCLUSION

L'allaitement maternel procure des stimuli très importants et entraîne un travail musculaire et articulaire phénoménal. Les deux condyles travaillent simultanément en synergie et en propulsion et c'est le seul moment de la vie où ils vont travailler de cette manière. Avec l'apparition de la mastication, les mouvements deviendront alternatifs.

L'allaitement maternel permet l'optimisation du développement maxillo-facial, ce qui ne veut pas dire qu'il préviendra l'installation de toutes dysmorphoses mais qu'il donnera au génotype les conditions idéales pour s'exprimer. Les dysmorphoses sont le résultat d'un hypofonctionnement et de l'hérédité. Si l'on ne peut pas faire grand-chose au niveau de l'hérédité, on peut agir sur l'hypofonctionnement, à travers l'allaitement maternel, la ventilation et la mastication.

Un bon allaitement maternel sera fonctionnel et de longue durée. Un bon allaitement maternel préparera une bonne mastication, en permettant un bon développement musculaire, un rattrapage du décalage antéro-postérieur et un bon développement transversal.

Le biberon est un instrument archaïque.

Si la mastication n'est pas physiologique, c'est à dire, en accord avec PLANAS, si elle ne s'exerce pas de manière unilatérale alternée sur des aliments secs et durs, même après un an d'allaitement, on perdra tout ce qui a été acquis. Pas question donc de passer aux "petits pots" mais plutôt à une alimentation non mixée, en demandant à l'enfant de faire travailler son système stomatognathique.

La période post-natale est une période extraordinaire au niveau de la croissance. Elle constitue une période idéale pour la prévention des dysmorphoses complexes.

Dr Jean-Louis RAYMOND Chirurgien-Dentiste -SQODF- Maître de Conf. UER Strasbourg - mise à jour 24 oct 2007