



Allaitement Actualités

No 54, août 2013

Allaitement et sucettes

Editrice invitée: Simona Di Mario¹

Le rôle des sucettes dans l'histoire de l'allaitement remonte à l'Antiquité : ainsi, on a trouvé dans des tombes d'enfants de plus de 3 000 ans, de petits objets en argile que l'on donnait aux nourrissons pour y sucer du miel. Au 16^{ème} siècle, pour calmer les nouveau-nés, on enveloppait des aliments de bouts de tissus ou on trempait ces derniers dans des solutions sucrées ou alcoolisées – comme l'atteste le tableau *La Madonne avec le Siskin*, tableau d'Albrecht Dürer datant de 1506². L'utilisation de sucettes a été inversement liée à la pratique de l'allaitement: à la fin de l'ère préindustrielle, avec la diminution de l'allaitement, l'utilisation des sucettes s'est accélérée. Depuis 1970, avec la résurgence de l'allaitement, leur utilisation est devenue un sujet de discussion controversé parmi les professionnels de la santé.

Les éléments principaux du débat actuel sur les sucettes

D'un côté, on prétend que l'utilisation des sucettes a des effets négatifs : elle peut être un obstacle à une initiation adéquate et à la durée de l'allaitement ; et récemment, une revue Cochrane menée pour évaluer leur effet sur l'allaitement, a réussi à rendre la question plus confuse qu'autre chose^{3,4}. Par ailleurs, une utilisation prolongée des sucettes est associée à plusieurs problèmes de santé chez l'enfant, notamment à une incidence accrue de l'otite moyenne aiguë et de la malocclusion dentale.

De l'autre côté, certains chercheurs soulignent de possibles effets bénéfiques des sucettes, tels que le contrôle de la douleur lors d'interventions invasives mineures (piqûres, vaccinations) et une certaine protection contre le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN).

Cependant, aucune étude soulignant le rôle protecteur des sucettes sur le SMSN ne permet d'indiquer un effet aussi net que celui de l'allaitement^{5,6}. Ainsi, au fur et à mesure que s'accumulent les preuves

¹ Pédiatre, MPH, SaPeRiDoc Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, Autorité sanitaire régionale d'Emilie-Romagne, Bologne, Italie, email : sdimario@regione.emilia-romagna.it

² Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. *J Pediatr (Rio J)* 2009;85:480-9 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

³ Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 Mar 16;3:CD007202

⁴ Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Jul 11;7:CD007202 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

⁵ Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics* 2005;116:e716-23

⁶ Moon RY, Tanabe KO, Yang DC, Young HA, Hauck FR. Pacifier use and SIDS: evidence for a consistently reduced risk. *Matern Child Health J* 2012;16:609-14 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

de la protection de l'allaitement sur le SMSN, et que les associations professionnelles ajoutent l'allaitement comme l'une des six mesures préventives contre le SMSN⁷, la possibilité que la promotion des sucettes diminue la pratique de l'allaitement augmente le risque potentiel chez les nourrissons – non seulement de SMSN^{8,9}, mais également de toute autre condition associée à un allaitement non-adéquat.

Dans ce numéro d'*Allaitement Actualités* nous discuterons des preuves scientifiques qui soutiennent ces différents points.

Allaitement et sucettes

En 2011, la Bibliothèque Cochrane a publié une revue systématique d'essais contrôlés randomisés (ECR) intitulée : « De l'influence de l'utilisation ou non des sucettes sur la durée de l'allaitement chez des nourrissons nés à terme et qui allaitent »³. Basée sur deux ECR^{10,11}, les auteurs de la revue concluaient que « chez des nourrissons nés à terme, en santé et qui allaitent, l'utilisation de sucettes dès la naissance ou dès le moment où l'allaitement est établi, n'influe pas de façon significative sur la prévalence ou la durée de l'allaitement exclusif ou partiel jusqu'à l'âge de 4 mois ». Cependant, la revue Cochrane n'avait pas pris en considération un autre essai aléatoire qui montrait pourtant un lien entre l'utilisation de sucettes et l'arrêt de l'allaitement à 4 semaines.

Les conclusions de cette revue Cochrane ne sont pas acceptables car on y trouve plusieurs vices de forme sérieux.

- Un niveau élevé de contamination entre les groupes d'intervention, c'est-à-dire la possibilité que des individus alloués à l'un des groupes apprennent et pratiquent une intervention assignée à un autre groupe. Si l'on prend la totalité des cas, les mères du « groupe sucettes » ont utilisé des loettes dans 71% des cas, alors que celles du « groupe sans » ne les ont utilisées que dans 44% des cas. Une contamination excessive entre les deux groupes tend à indiquer une différence nulle ou des résultats peu concluants.
- Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude la plus conséquente en termes de taille¹⁰ (1'021 nourrissons sur un total de 1'301) étaient si sévères que la population observée ne correspondait pas à une population « réelle ». Par exemple, le taux d'allaitement exclusif à 3 mois, particulièrement élevé dans les deux groupes (>85%), était nettement supérieur aux taux rencontrés communément en Europe (48% en Italie, et en Suède, entre 68% à 4 mois et 79% à 2 mois)^{12,13}. Parmi les critères d'inclusion de l'étude en question : les hôpitaux participants

⁷ Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:103-10.

Voir aussi *Allaitement Actualités*, No 53, Septembre 2012, www.ibfan.org

⁸ Académie américaine de pédiatrie, Groupe de travail sur le Syndrome de la mort subite du nourrisson, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128:e1341-67

⁹ Young J, Watson K, Ellis L, Raven L. Responding to evidence: breastfeed baby if you can--the sixth public health recommendation to reduce the risk of sudden and unexpected death in infancy. *Breastfeed Rev* 2012;20:7-15

³ Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 Mar 16;3:CD007202

¹⁰ Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE; Pacifier and Breastfeeding Trial Group. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *J Pediatr* 2009;155:350-4.e1

¹¹ Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:322-6

¹⁰ Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE; Pacifier and Breastfeeding Trial Group. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *J Pediatr* 2009;155:350-4.e1

¹² Cuoghi C, Di Mario S, Borgini B, Bragliani M, Castelli E, Tramonti D. Prevalence of breastfeeding and other preventive intervention in Emilia-Romagna Region in 2011. [Prevalenza dell'allattamento al seno e altri

avaient un programme d'allaitement comprenant une initiation précoce à l'allaitement, des consultantes en lactation, et la possibilité de garder, sans restriction aucune, son bébé dans sa chambre ; on recommandait aux mères de ne pas utiliser de sucettes avant que l'allaitement ne soit bien établi ; les nourrissons étaient tous nés à terme et en santé, et ils allaient exclusivement au moment de l'étude ; les mères avaient formulé auparavant leur intention d'allaiter pendant au moins 3 mois ; enfin, la non-utilisation de sucettes et un allaitement bien établi à l'âge de 2 semaines. Quant aux critères d'exclusion, ils comprenaient : des problèmes aux seins qui pouvaient influencer l'allaitement (mamelons constamment douloureux, mastites, chirurgie préalable des seins, mamelons très plats ou inversés) ; aussi, les mamans qui avaient montré une préférence pour ou contre l'utilisation de sucettes avaient été exclues.

- Le deuxième ERC – le moins important des deux en termes de taille (281 nourrissons) – suggère également que l'effet nul de l'utilisation de sucettes sur l'allaitement est peut-être une fausse conclusion¹¹. Afin de tenir compte du fort taux de contamination dans l'utilisation des sucettes, les auteurs ont décidé de présenter à la fois les résultats basés sur une exposition découlant de la distribution randomisée, et ceux basés sur l'exposition réelle. L'analyse de l'exposition réelle souligne une différence significative : chez les utilisateurs de sucettes le risque de sevrage précoce (avant 3 mois) était deux fois supérieur que chez les nourrissons qui n'en utilisaient pas.
- L'essai le plus important souffrait également d'un conflit d'intérêt conséquent. Comme les auteurs de la revue Cochrane l'ont admis plus tard, l'étude avait été financée par une association établie en Suisse par l'intermédiaire d'une firme qui produit des sucettes¹⁰.

Devant les problèmes méthodologiques et le conflit d'intérêts rencontrés dans cette revue systématique, moi-même et différents collègues avons envoyé un commentaire à l'équipe éditoriale de la Bibliothèque Cochrane ainsi qu'aux auteurs de la revue¹⁴. Cela a pris des mois avant qu'on ne publie notre commentaire, et plus encore avant que les auteurs ne répondent à ce commentaire et ne modifient le texte de la revue. Le titre fut changé, on ajouta quelques amendements au texte, le conflit d'intérêt fut admis, mais les conclusions sont restées essentiellement les mêmes⁴. Ainsi, aussi trompeur qu'il soit, le message principal fait aux professionnels de la santé reste le même : ne découragez pas l'utilisation des sucettes puisqu'elle n'influe pas sur l'allaitement. Et pourtant, à partir des commentaires critiques concernant la revue systématique et les résultats positifs de l'association dérivée de la revue systématique randomisée exclue¹⁵ et de plusieurs autres études d'observation^{16,17}, c'est bien le contraire qui serait le plus probable.

interventi preventivi in Emilia-Romagna. Ricerca triennale Anno 2011] 6e édition. Bologna: Regione Emilia-Romagna; Oct. 2012.

¹³ Statistics Health and Diseases. Breastfeeding, children born in 2002. The National Board of Health and Welfare. Centre for epidemiology. Stockholm 2004 [En suédois, résumé en anglais].

¹¹ Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:322-6

¹⁰ Jenik AG, Vain NE, Gorenstein AN, Jacobi NE; Pacifier and Breastfeeding Trial Group. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *J Pediatr* 2009;155:350-4.e1

¹⁴ Di Mario S, Cattaneo A, Basevi V, Magrini N. Feedback to: Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jul 11;7:CD007202

⁴ Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Jul 11;7:CD007202 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

¹⁵ Howard CR, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511-8.

¹⁶ Callaghan A, Kendall G, Lock C, Mahony A, Payne J, Verrier L. Association between pacifier use and breastfeeding, sudden infant death syndrome, infection and dental malocclusion. *Int J Evid Based Healthc* 2005;3:147-67

¹⁷ Karabulut E, Yalçın SS, Ozdemir-Geyik P, Karaagaoglu E. Effect of pacifier use on exclusive and any breastfeeding: a meta-analysis. *Turk J Pediatr* 2009;51:35-43

Effets nocifs de l'utilisation des sucettes

L'interférence possible de l'utilisation de sucettes avec la durée de l'allaitement est seulement l'une des conséquences non-désirables associées aux sucettes. Il existe d'autres descriptions de risques liés à l'utilisation intensive et prolongée des sucettes^{2,18}. Nous ne donnerons ici que deux exemples, la malocclusion dentaire et l'otite moyenne aiguë, qui présentent les preuves les plus solides d'une telle association.

Dans plusieurs études on a pu détecter diverses formes de **malocclusions dentaires** et notamment des béances antérieures et des occlusions croisées postérieures². En général, la sévérité des effets nocifs des sucettes dépend de la durée, de la fréquence et de l'intensité de leur utilisation. Une étude prospective longitudinale nous donne des preuves irréfutables de cela¹⁹. 867 enfants ont été évalués à 15, 24 et 36 mois relativement à leur habitude de succion non-nutritive (doigt/pouce ou sucette) et à 43 et 61 mois pour d'éventuelles malocclusions dentaires. L'étude a montré que le risque de malocclusion dentaire était plus élevé chez les suceurs persistants (qui affirmaient encore sucer un doigt ou une sucette lors de deux entrevues de suivi) que chez les suceurs occasionnels. A 43 mois, 51,6% des suceurs persistants et 4,5% des suceurs occasionnels présentaient une béance antérieure ; à 61 mois, la proportion était respectivement de 16,9% et de 5,9%. Par ailleurs, on a trouvé à 43 mois ainsi qu'à 61 mois une occlusion croisée postérieure chez 23% des suceurs persistants et chez 6% des suceurs occasionnels. L'étude conclut en outre que l'utilisation de sucettes est davantage la cause de malocclusions que le fait de sucer un doigt (ou le pouce)¹⁹.

L'incidence et la récurrence de l'**otite moyenne aiguë** ont également été associées à l'utilisation de sucettes¹⁸. Deux méta-analyses visant à déterminer les facteurs de risque de l'otite moyenne aiguë, viennent confirmer que l'utilisation de sucettes augmente le risque de développer une otite moyenne. La première a analysé 22 études publiées entre 1966 et 1994 et provenant de plusieurs pays ; elle a conclu que le risque d'une otite moyenne augmentait de 24% chez les enfants utilisant une sucette²⁰.

La seconde analyse a examiné des études publiées entre 1966 et 2005, et même si elle ne quantifie pas à proprement parler le lien, elle conclut que, dans la prévention de l'otite moyenne aiguë et récurrente, la non-utilisation d'une sucette est un des facteurs de risque modifiables existants²¹. Parmi les études d'intervention publiées par la suite et qui montrent une association entre l'utilisation d'une sucette et l'otite moyenne, la plus citée et la plus débattue fut menée en Finlande en 2000. On a enregistré 272 enfants lors de consultations d'intervention au cours desquelles on a appris aux parents à ne pas utiliser de sucette, et 212 autres enfants dans des consultations de contrôle où il n'y avait aucun conseil concernant l'utilisation de sucettes. En comparaison avec le groupe témoin, dans le groupe d'intervention, l'utilisation de sucettes a diminué de 21% et le nombre de cas d'otite moyenne, de

² Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. J Pediatr (Rio J) 2009;85:480-9 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

¹⁸ Sexton S, Natale R. Risks and benefits of pacifiers. Am Fam Physician 2009;79:681-5

² Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. J Pediatr (Rio J) 2009;85:480-9 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

¹⁹ Duncan K, McNamara C, Ireland AJ, Sandy JR. Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Int J Paediatr Dent 2008;18:178-88 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

¹⁹ Op. cit.

¹⁸ Sexton S, Natale R. Risks and benefits of pacifiers. Am Fam Physician 2009;79:681-5

²⁰ Uhari M, Mäntysaari K, Niemelä M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. Clin Infect Dis 1996;22:1079-83

²¹ Lubianca Neto JF, Hemb L, Silva DB. Systematic literature review of modifiable risk factors for recurrent acute otitis media in childhood. J Pediatr (Rio J) 2006;82:87-96 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

29%²². Parmi les limites les plus importantes de l'étude il y avait le fait que c'était une étude rétrospective, basée sur la mémoire des parents et qu'elle était donc susceptible de distorsion ; on avait ainsi tendance à surestimer l'association entre l'utilisation de sucettes et l'otite. Néanmoins, les conclusions de l'étude sont similaires à celles d'une autre étude²³.

Les limitations de l'étude finlandaise ont été relativisées grâce à une importante étude prospective de cohorte menée en 2008 aux Pays-Bas. Un certain nombre des 24'476 enfants de 1 à 2 ans qui participaient au « Projet Utrecht » ont été examinés plus précisément en relation avec l'utilisation de sucettes : à la base, 216 enfants en utilisaient et 260 n'en utilisaient pas. Ils ont été suivis pendant une période moyenne de 2,9 ans dans le but de détecter des épisodes d'otite moyenne aiguë et récurrente. L'étude a démontré que le taux d'otite moyenne aiguë était similaire entre utilisateurs et non-utilisateurs de sucettes (respectivement 35% et 32%), mais que le risque d'otites moyennes récurrentes était nettement plus élevé chez les utilisateurs de sucettes (augmentation de 90%). Les auteurs suggèrent les raisons suivantes comme explications possibles : augmentation du reflux de sécrétions naso-pharyngales dans l'oreille moyenne ce qui faciliterait l'entrée de pathogènes ; changements de la structure dentaire entraînant des dysfonctionnements du tube d'Eustache^{22,24}. Basées sur l'ensemble de nouvelles preuves qui se sont accumulées dernièrement, les récentes lignes directrices conjointes de l'AAFP/AAP sur l'otite moyenne recommandent que, dans le but d'éviter l'otite moyenne, les médecins optent pour une utilisation modérée, voire nulle, de sucettes dès le deuxième semestre de vie des enfants²⁵. L'Institut pour l'amélioration des systèmes cliniques (The Institute for Clinical Systems) fait une recommandation similaire mais suggère de ne plus utiliser de sucette à partir de 10 mois²⁶.

Sucettes et SMSN

Malgré les risques associés à l'utilisation des sucettes, ces dernières eurent un renouveau de succès pendant les années 1990 suite aux résultats de certaines études de cas témoins, qui soulignaient un lien bénéfique entre l'utilisation de sucettes et le SMSN. Une méta-analyse en particulier, qui comprenait sept études de cas témoins publiées entre 1966 et 2004/5, concluait non seulement que l'utilisation de sucettes protégeait du SMSN, mais qu'elle diminuait le risque carrément de moitié. L'analyse concluait également qu'encourager l'utilisation de sucettes aurait pour conséquence de réduire un cas de SMSN pour chaque ensemble de 2'733 nourrissons utilisant une sucette lorsqu'ils s'endormaient. Il est intéressant de noter qu'aucune étude de cette méta-analyse n'a su démêler les effets de l'utilisation de sucettes et de l'allaitement sur le SMSN. En 2005, au moment où cette revue systématique fut publiée, les effets protecteurs de l'allaitement à l'encontre du SMSN n'étaient pas encore largement acceptés : même si, par exemple, l'Académie américaine de Pédiatrie reconnaissait un lien entre l'allaitement exclusif et prolongé et plusieurs bienfaits, elle précisa néanmoins clairement que la prévention du SMSN n'en faisait pas partie²⁷.

²² Niemelä M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: A randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics* 2000;106:483-8

²³ Warren JJ, Levy SM, Kirchner HL, Nowak AJ, Bergus GR. Pacifier use and the occurrence of otitis media in the first year of life. *Pediatr Dent* 2001;23:103-7

²² Niemelä M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: A randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics* 2000;106:483-8

²⁴ Rovers MM, Numans ME, Langenbach E, Grobbee DE, Verheij TJ, Schilder AG. Is pacifier use a risk factor for acute otitis media? A dynamic cohort study. *Fam Pract* 2008;25:233-6

²⁵ American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113:1451-65

²⁶ ICSI - Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Diagnosis and Treatment of Otitis Media in Children. 9e édition. Bloomington, Janvier 2008. Voir : www.icsi.org (site consulté le 22 novembre 2012).

²⁷ American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116:1245-55

Il est plus difficile de comprendre pourquoi la plus récente étude de cas-témoins (260 cas de SMSN et 260 cas-témoins) a choisi de corriger l'association entre l'utilisation de sucettes et la fréquence de SMSN uniquement pour les cas « allaités au moment de l'étude », en excluant ceux ayant été « allaités à un moment donné »⁶. Cette étude avait été publiée en 2012 quand l'effet protecteur de l'allaitement à l'encontre du SMSN était clairement reconnu, et un des co-auteurs de l'étude était l'auteur principal de la revue systématique de 2005. D'après les auteurs, l'échantillonnage n'était pas suffisamment grand pour permettre un ajustement pour ceux ayant été « allaités à un moment donné »⁶; et pourtant, leurs conclusions sont péremptives : « Nous avons trouvé que l'utilisation de la sucette peut offrir une protection supérieure aux nourrissons dont les mères sont plus âgées, mariées, non-fumeuses, et ont reçu des soins prénatals adéquats. »

Comme le SMSN est une situation à la fois immensément tragique et totalement dévastatrice, il est essentiel de comprendre l'ensemble des facteurs de risque afin de fournir aux parents et aux professionnels de la santé des conseils et recommandations avisés ; mais ce n'est pas chose facile. Parmi les difficultés, il convient de noter :

- Le manque d'informations sur le nombre réel de cas de SMSN. Puisque le SMSN « n'est pas une cause de maladie dont meurent les bébés, mais une catégorie dans laquelle on les assigne si on ne trouve pas de cause à leur décès » (voir *Allaitement Actualités*, no 53), l'incidence réelle est difficile à déterminer. Dans les cas de SMSN, il n'y a souvent pas d'autopsie complète, d'examen du lieu du décès ou d'étude approfondie de l'histoire clinique de l'enfant²⁸.
- Le nombre réduit de cas. A mesure que l'on réussit à mieux définir le SMSN, de nombreux cas – résultant de suffocation, d'asphyxie et d'autres causes mal-définies ou non-spécifiées – et auparavant classifiés comme MSN, sont classés aujourd'hui comme MSIN (Mort subite inattendue du nourrisson) ou comme SEAL (Suffocation et étranglement accidentel au lit). De plus, les effets positifs de la campagne « Back to Sleep », dans plusieurs pays au début des années 1990, a également diminué l'incidence des cas de SMSN. Ainsi, il y a moins de cas dont on peut examiner et comprendre les causes de mortalité.
- Les limitations intrinsèques aux études sur le SMSN résultant du type-même des études de « cas-témoins » (le seul genre d'étude possible pour ce syndrome). De telles études ne peuvent pas permettre de comprendre la séquence chronologique des événements conduisant au décès du nourrisson. Par exemple, le bébé meurt-il parce qu'il ne respire pas à cause d'un problème lié à son système nerveux central ? Ou s'arrête-t-il de respirer parce qu'il est emprisonné dans la literie, ce qui lui cause une altération au cerveau, ce qui à son tour résulte en sa mort ? De même, la contribution spécifique de différents éléments est difficile à évaluer. Par exemple, l'utilisation de la sucette réduit-elle le risque de SMSN ? Ou l'utilisation d'une sucette la nuit est-ce un marqueur caractérisant un nourrisson ayant tendance à pleurer, et qui aurait donc une meilleure capacité de se réveiller qu'un nourrisson qui n'utilise pas de sucette ?
- Des informations possiblement erronées provenant d'études qui émettent des comparaisons basées sur le « dernier sommeil ». Les chercheurs se réfèrent à l'expression « dernier sommeil » lorsque l'information accumulée est relative uniquement à la nuit pendant laquelle le nourrisson est décédé. Par définition il n'y a donc qu'un seul « dernier sommeil » possible, et il diffère probablement du « sommeil usuel » duquel l'enfant se réveillait normalement le lendemain – autrement dit, vivant. Il est possible que des conditions présentes lors du « dernier sommeil » du groupe de nourrissons morts du SMSN ne correspondent pas à leurs

⁶ Moon RY, Tanabe KO, Yang DC, Young HA, Hauck FR. Pacifier use and SIDS: evidence for a consistently reduced risk. *Matern Child Health J* 2012;16:609-14 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

⁶ Op. cit.

²⁸ Willinger M, James LS, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol* 1991;11:677-84

« conditions usuelles de sommeil », et qu'on ne peut donc pas les comparer au « sommeil de référence » du groupe-témoins – soit, les nourrissons vivants. Il serait plus approprié de comparer les conditions normales de sommeil des nourrissons décédés avec les mêmes conditions des nourrissons du groupe-témoins. En effet, dans les études évaluant l'impact de l'utilisation des sucettes sur l'incidence du SMSN, lorsqu'on a analysé le « sommeil usuel » plutôt que le « dernier sommeil », l'association était plus petite, ce qui réduit par conséquent la force de la recommandation basée sur ces études²⁹.

En ce qui concerne la prévention du SMSN, il est important de noter qu'après des années d'accumulation de preuves soulignant une association entre l'allaitement et la réduction du risque de SMSN^{30,31,32,33}, l'Académie américaine de Pédiatrie et d'autres agences internationales ont récemment ajouté l'allaitement à la liste de recommandations visant à réduire les risques de SMSN et de SUDI^{8,9}.

Sucettes et contrôle de la douleur

On utilise les sucettes, seules ou avec d'autres interventions non-médicamenteuses, pour réduire la douleur causée par certaines procédures médicales. Depuis 2004, l'Académie américaine de Pédiatrie a ajouté l'utilisation de sucettes à d'autres moyens-clé comme le sucrose ingéré par voie orale, le contact peau-à-peau et l'allaitement, pour diminuer la douleur chez les nouveau-nés et les nourrissons de moins de 6 mois^{34,35}. Plusieurs revues systématiques ont été menées pour évaluer les méthodes non-médicamenteuses permettant de diminuer la douleur chez les enfants prématurés et nés à terme qui subissent des interventions douloureuses telles que des intraveineuses, vaccinations ou prises de sang au talon. Une de ces revues s'est centrée sur l'efficacité de l'administration de sucrose³⁶; une autre sur l'allaitement ou l'administration de lait maternel³⁷; et une troisième, sur d'autres moyens telles que la succion non-nutritive, le contact peau-à-peau, l'emballage/bordage, le toucher/massage, l'eau avalée, et la distraction par les jouets³⁸.

²⁹ Buzzetti R, D'Amico R. The pacifier debate. *Pediatrics* 2006;117:1850

³⁰ McVea KL, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 2000;16:13-20

³¹ Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007;1-186

³² Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, Mitchell EA; GeSID Study Group. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2009;123:e406-10

³³ Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:103-10

⁸ Académie américaine de pédiatrie, Groupe de travail sur le Syndrome de la mort subite du nourrisson, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128:e1341-67

⁹ Young J, Watson K, Ellis L, Raven L. Responding to evidence: breastfeed baby if you can--the sixth public health recommendation to reduce the risk of sudden and unexpected death in infancy. *Breastfeed Rev* 2012;20:7-15

³⁴ Zempsky WT, Cravero JP; American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine and Section on Anesthesiology and Pain Medicine. Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. *Pediatrics* 2004;114:1348-56

³⁵ Fein JA, Zempsky WT, Cravero JP; the committee on pediatric emergency medicine and section on anesthesiology and pain medicine. Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems. *Pediatrics* 2012;130:e1391-e1405

³⁶ Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD001069

³⁷ Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD004950 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

³⁸ Pillai Riddell RR, Racine NM, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, Din Osmun L, Ahola Kohut S, Hillgrove Stuart J, Stevens B, Gerwitz-Stern A. Non-pharmacological management of infant and young child procedural

En ce qui concerne l'administration de sucrose pendant les procédures douloureuses, une revue systématique de 44 études publiées entre 1966 et avril 2009 et totalisant 3'496 nourrissons, a permis de mesurer sur une échelle de comportement, que l'administration orale de sucrose (avec ou sans sucette) en comparaison avec l'administration d'eau seulement, diminuait la douleur suite à une prise de sang au talon ou à un examen de l'œil³⁶. Une autre revue systématique visant à évaluer l'effet analgésique de l'allaitement sur la douleur due à des interventions médicales, a rassemblé onze études publiées jusqu'en février 2006³⁷. A cause de la grande hétérogénéité des études, des différences entre groupes témoins et de la variété des résultats, il ne fut pas possible de rassembler les données et donc les auteurs n'ont pu comparer les études qu'individuellement les unes avec les autres. Ils ont néanmoins conclu que l'allaitement réduisait la douleur due à des procédures médicales plus effectivement que le placebo (eau stérile), les sucettes, l'emballage, le fait d'être tenu dans les bras de la mère, et que l'allaitement était aussi efficace que l'administration de glucose, alors que l'administration de lait maternel n'obtenait pas de meilleurs résultats que le placebo. Enfin, la troisième revue systématique sur les autres interventions visant à réduire la douleur due aux interventions médicales rassemblait 51 études (avec un total de 3'396 nourrissons) publiées jusqu'en avril 2011³⁸. Une fois de plus l'hétérogénéité des études a posé problème et on n'a pu réunir que peu de résultats concordants. De plus, les échantillons des études étaient souvent de petite taille, et une discussion sur la signification clinique des résultats mesurés faisait souvent défaut. Par exemple, on a noté que la succion non-nutritive réduisait de façon significative (0,38 points) la détresse liée à la douleur chez les prématurés. Cette estimation, basée sur quatre études comprenait des examens dont les échelles s'échelonnaient de 0 à 3 (échelle PIPP) et de 54 à 837 (échelle du niveau de stress). Or, il n'est pas aisé de comprendre la signification clinique de la réduction de 0,38 points en relation avec les différentes échelles utilisées.

D'autres essais contrôlés randomisés ont par la suite confirmé l'effet analgésique de l'allaitement en comparaison avec l'utilisation de sucettes. La douleur due à la prise de sang au talon fut mesurée chez 228 nouveau-nés en bonne santé placés de façon randomisée dans quatre groupes différents : groupe allaitement, groupe sucette, groupe sucette + sucrose, groupe-témoin (sans aucune intervention)³⁹. Les nouveau-nés du groupe allaitement pleuraient pendant des périodes nettement plus courtes que ceux de tous les autres groupes (0,19 secondes versus 10,7 secondes pour les deux groupes avec sucettes et 51,7 secondes pour le groupe-témoin) ; et ils présentaient moins de points sur une échelle de comportement face à la douleur, un système adapté du Neonatal Facial Coding System ou NFCS, qui s'échelonnait de 0 (aucune douleur) à 5 (douleur sévère) : 0,6 points pour les nourrissons du groupe allaitement, 1,5 pour ceux du groupe sucette + sucrose, 2,1 pour le groupe sucette seulement et 3,9 pour le groupe témoin. L'effet analgésique de la sucette et du sucrose fut également examiné dans un autre essai contrôlé randomisé totalisant 165 nouveau-nés recevant le vaccin contre l'Hépatite B par injection intramusculaire⁴⁰. La douleur fut mesurée à partir de la fois de l'échelle NFCS – s'échelonnant de 0 (aucune douleur) à 48 points (douleur sévère) –, de la durée des pleurs, et de deux paramètres physiologiques, le taux de respiration et le taux cardiaque, le tout contrôlé par électrocardiogramme. La douleur était nettement inférieure chez les nourrissons du groupe sucette et du groupe sucrose que

pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(10):CD006275 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

³⁶ Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD001069

³⁷ Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD004950 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

³⁸ Pillai Riddell RR, Racine NM, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, Din Osmun L, Ahola Kohut S, Hillgrove Stuart J, Stevens B, Gerwitz-Stern A. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(10):CD006275 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

³⁹ Iturriaga GS, Unceta-Barrenechea AA, Zárate KS, Olaechea IZ, Núñez AR, Rivero MM. Analgesic effect of breastfeeding when taking blood by heel-prick in newborns. *An Pediatr (Barc)* 2009;71:310-3

⁴⁰ Liaw JJ, Zeng WP, Yang L, Yuh YS, Yin T, Yang MH. Nonnutritive sucking and oral sucrose relieve neonatal pain during intramuscular injection of hepatitis vaccine. *J Pain Symptom Manage* 2011;42:918-30

chez ceux du groupe-témoin, tant au niveau de l'échelle NFCS (respectivement -11,3 et -11,7 points) que des taux respiratoires et cardiaques ; en revanche, la durée des pleurs était nettement inférieure dans le groupe sucré que dans le groupe sucette et le groupe-témoin.

Il est vrai que les données tendant à prouver l'effet analgésique suite à des interventions médicales, de méthodes non-médicamenteuses – telles que la succion non-nutritive, le sucre donné par voie orale, l'allaitement et le contact peau-à-peau –, sont difficiles à comparer entre elles parce qu'elles sont souvent de qualité inégale. Il n'en reste pas moins que les résultats actuels de la recherche sont cohérents et que ces moyens n'ont que peu d'effets secondaires. Cela nous incite donc à en adopter un ou plusieurs lorsqu'un nouveau-né est en situation de souffrir d'une douleur due à une intervention médicale. Le bon sens semble dicter que la meilleure option reste d'encourager, lorsque cela est possible, l'allaitement juste avant, pendant et après l'intervention. Le fait même d'allaiter est associé à une moindre douleur ; à cela s'ajoute l'effet calmant de la succion et l'ingestion d'un liquide sucré (le lactose). Dans le cas d'un enfant non-allaité, la succion non-nutritive avec ou sans sucre est la meilleure alternative. Le contact peau-à-peau, le fait d'être tenu dans les bras de la maman, le bercement et l'emballage sont également des méthodes à promouvoir.

Conclusions

A partir des exemples et preuves cités plus haut, et en accord avec d'autres chercheurs², on peut conclure que l'utilisation de sucettes fait plus de mal que de bien puisqu'elle empêche l'établissement de l'allaitement et conduit à un arrêt précoce de l'allaitement. Les parents devraient être informés correctement des avantages et des désavantages associés à l'utilisation des sucettes afin de pouvoir prendre, en toute connaissance de cause, la décision d'en utiliser ou pas.

² Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. J Pediatr (Rio J) 2009;85:480-9 (voir le résumé de cet article dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*).

Résumés d'articles

Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. J Pediatr (Rio J) 2009;85:480-9 [Article en anglais et en portugais]

L'objectif de cet article était d'étudier l'histoire de la sucette à partir d'une revue multidisciplinaire de la littérature, en cherchant plus particulièrement les avantages et désavantages de la sucette dans le but de donner aux professionnels de la santé des éléments susceptibles de guider les parents le désirant. Ils ont utilisé pour leur recherche historique aussi bien des livres d'histoire et des livres d'art, que la littérature non-médicale et les musées. Les données multidisciplinaires ont été trouvées sur MEDLINE, LILACS, SciELO et à la Bibliothèque Cochrane. Les auteurs ont inclus tous les articles identifiés avec le mot-clé « sucette » publiés en anglais, en portugais et en espagnol au cours des 5 années précédentes. En se basant sur les articles retenus, ils expliquent qu'on utilisait déjà au néolithique des sucettes pour calmer les nourrissons. On trouve, reproduites sur des tableaux, de petites boules en tissus contenant de la nourriture ; et d'autres boules, faites de matières non-périssables, sont parvenues jusqu'à nous. Les sucettes ont été utilisées pour stimuler la succion ou pour coordonner les réflexes de succion dans le but de faciliter l'allaitement précoce chez les nouveau-nés. Certains chercheurs suggèrent que l'utilisation des sucettes diminue l'incidence du syndrome de la mort subite du nourrisson, mais une telle affirmation reste contestée. D'autres pensent que la sucette empêche d'établir l'allaitement et qu'elle conduit au sevrage. Le fait d'utiliser une sucette peut causer la suffocation, l'empoisonnement ou des allergies chez l'enfant, et peut augmenter le risque de caries, d'infections ou de maladies liées aux parasites intestinaux. Les effets négatifs de la sucette sont liés à la fréquence, à la durée et à l'intensité de son utilisation. Les auteurs recommandent qu'on arrête de l'utiliser vers 3 ou 4 ans afin de ne pas influencer sur le développement de la dentition et la façon de parler chez l'enfant. Ils tirent la conclusion qu'il y a plus de désavantages que d'avantages dans l'utilisation des sucettes et que les

professionnels de la santé devraient en informer les parents afin que ces derniers puissent prendre, en connaissance de cause, une décision concernant ou non leur utilisation.

Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2012 Jul 11;(7):CD007202 Update of Cochrane Database Syst Rev. 2011;(3):CD007202.

Le document de l'OMS intitulé « *Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement* » recommande que les nourrissons qui allaitent évitent toute utilisation de tétines artificielles et de sucettes car il semblerait en découler des épisodes d'allaitement de moins en moins fréquents ce qui pourrait résulter en une diminution de la production de lait et en une durée moindre de l'allaitement. Cependant l'association entre allaitement et utilisation de sucettes reste incertaine. Cette revue systématique a cherché à évaluer l'effet d'une utilisation restreinte versus une utilisation non-restreinte de la sucette sur la durée de l'allaitement, sur d'autres conséquences de l'allaitement et sur la santé infantile chez des nourrissons nés à terme et en santé et dont la mère, qui avait déjà initié l'allaitement, avait formulé son intention d'allaiter exclusivement. Les auteurs ont utilisé le registre des essais du Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (14 mars 2012). Ils ont sélectionné des essais contrôlés randomisés et quasi-randomisés comparant une utilisation restreinte versus une utilisation non-restreinte de la sucette dans la population définie plus haut (nourrissons en santé, nés à terme à la maison ou ailleurs, et qui avaient déjà été initiés à l'allaitement). Trois études comprenant 1'915 nourrissons ont été incluses dans la revue, mais seulement deux d'entre elles, comprenant 1'302 nourrissons, ont été analysées. La méta-analyse de ces deux études prises conjointement a montré que l'utilisation de la sucette chez des nourrissons en santé et qui allaitent n'avait pas d'effet significatif sur la proportion de bébés allaités exclusivement à 3 et à 4 mois, et

qu'elle n'avait pas d'effet sur la proportion de nourrissons allaités partiellement à 3 et à 4 mois. Se basant sur ces résultats, les auteurs en ont conclu que chez des nourrissons en santé, nés à terme et allaitant, l'utilisation de la sucette dès la naissance ou dès que l'allaitement était établi, n'affectait pas de façon notable la prévalence ou la durée de l'allaitement exclusif ou partiel jusqu'à l'âge de 4 mois. Cependant, l'étude manque de preuves concernant les difficultés à court terme rencontrées par les mères relatives à l'allaitement, ainsi que les effets à long-terme des sucettes sur l'allaitement et sur la santé du nourrisson.

Duncan K, McNamara C, Ireland AJ, Sandy JR. Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Int J Paediatr Dent 2008;18:178-88

Cette étude d'observation à long-terme d'une cohorte avait pour but de déterminer la prévalence des habitudes de succion non-nutritives et leurs effets sur le développement de la dentition chez les jeunes enfants. Les auteurs ont étudié en profondeur le groupe « Enfants au centre » (comprenant 891 enfants) de l'étude « *Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood* ». Des données provenant d'un questionnaire sur les habitudes de succion non-nutritive ont été collectées à 15, 24 et 36 mois. Des examens dentaires ont été faits sur les mêmes enfants à 31, 43 et 61 mois. A 15 mois, 63,2% des enfants avaient une habitude de succion, 37,6% utilisant une sucette et 22,8% un doigt. A 36 mois, la succion était réduite à 40%, avec une prévalence similaire que ce soit pour l'utilisation d'une sucette ou d'un doigt. Les deux habitudes avaient un effet sur le développement de la dentition, avant tout sur l'alignement du segment de la lèvre supérieure et le développement des béances antérieures et des occlusions croisées postérieures. En se basant sur les données rassemblées, les auteurs ont conclu que jusqu'à l'âge de 24 mois la majorité des enfants avait une habitude de succion non-nutritive. Les deux formes de succion (doigt et sucette) étaient associées à

des anomalies observées du développement de la dentition, mais la sucette avait une influence plus importante sur les occlusions antérieures et postérieures chez ces enfants.

Lubianca Neto JF, Hemb L, Silva DB. Systematic literature review of modifiable risk factors for recurrent acute otitis media in childhood. J Pediatr (Rio J) 2006;82:87-96

Cette revue systématique visait à rassembler des données sur les facteurs de risque modifiables liés à l'otite moyenne aiguë. Les auteurs ont examiné les bases de données de MEDLINE, relevant, sans restriction de langue, les études publiées entre janvier 1966 et juillet 2005, en utilisant les mots-clés « otite moyenne aiguë » et « facteurs de risque ». Ils ont ainsi sélectionné 257 articles comprenant des essais cliniques randomisés, des études de cohortes, des études de cas-témoins et des études transversales, qui présentaient toutes comme premier objectif des analyses de facteurs de risque modifiables sur l'évolution de l'otite moyenne récurrente ainsi que des échantillons d'individus jusqu'à l'âge de 18 ans. Les études suivantes ont été éliminées sauf où cela s'avérait pertinent : revues non-systématiques, rapports de cas, séries de cas, lignes directrices d'associations médicales. En se basant sur les données rassemblées, les auteurs ont identifié neuf facteurs de risque liés à l'enfant et huit autres liés à leur environnement. Dans le premier groupe, l'allergie, les anomalies cranio-faciales, le reflux gastro-oeso-phagéal et la présence d'adénoïdes ont été classifiées comme modifiables ; dans la deuxième catégorie les auteurs ont inclus les infections du système respiratoire supérieur, le fait d'aller à une garderie, la présence d'une fratrie/taille de la famille, la fumée passive, l'allaitement et l'utilisation de sucettes. Les facteurs de risques modifiables retenus pour l'otite moyenne aiguë et récurrente étaient l'utilisation d'une sucette et le fait d'aller à une garderie.

Moon RY, Tanabe KO, Yang DC, Young HA, Hauck FR. Pacifier use and SIDS:

evidence for a consistently reduced risk.
Matern Child Health J 2012;16:609-14

Des études antérieures semblent suggérer que l'utilisation d'une sucette lors du sommeil réduit le risque du syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN). Il n'est cependant pas clair si l'utilisation de la sucette peut modifier l'impact d'autres facteurs liés au sommeil sur le risque de SMSN. L'objectif de cette étude était d'examiner l'association entre l'utilisation d'une sucette lors du sommeil et le SMSN en relation avec d'autres facteurs de risque, et de déterminer si l'utilisation de la sucette modifiait l'impact de ces facteurs de risque. Les données proviennent d'une étude de cas-témoins sur une population comprenant 260 nourrissons victimes de SMSN et 260 nourrissons vivants (cas de contrôle). L'utilisation de la sucette pendant le « dernier sommeil » diminuait le risque de 50 à 80%. Par ailleurs, l'utilisation de la sucette diminuait le risque plus encore lorsque la mère avait plus de 20 ans, était mariée, non fumeuse et avait été suivie de façon adéquate pendant la grossesse, et si le nourrisson avait été allaité à un moment donné (il fut impossible d'inclure des informations sur les nourrissons « allaités au moment de l'étude » vu leur nombre réduit). Par ailleurs, lorsque le nourrisson dormait sur le ventre ou sur le côté, ou qu'il partageait le lit avec un parent ou que la literie était molle (tous des facteurs augmentant le risque de SMSN), l'utilisation d'une sucette diminuait ce risque. L'utilisation d'une sucette modifiait positivement l'association entre risque du SMSN et certains facteurs provenant de l'environnement du nourrisson, mais les interactions entre eux n'étaient pas significatives. Les auteurs en concluent que l'utilisation d'une sucette peut se concevoir comme une stratégie de plus pour réduire le risque de SMSN chez des enfants à haut risque ou subissant des conditions défavorables liées à leur environnement de sommeil.

Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breast-feeding or breast milk for procedural pain in neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(3): CD004950

L'objectif premier de cette revue d'articles était d'évaluer chez des nourrissons l'efficacité

de l'allaitement et du lait maternel dans la réduction de la douleur causée par des interventions médicales. Le second objectif était d'analyser les données basées sur le type d'intervention de contrôle, le type d'intervention douloureuse, l'âge de gestation du nourrisson et la quantité de lait maternel donné. Les auteurs ont collecté les informations sur MEDLINE (1966-2000), EMBASE (1980-2006), CINAHL (1982-2006), le registre centralisé d'essais contrôlés de Cochrane (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (No 4, 2005 de la Bibliothèque Cochrane), les résumés des réunions annuelles de l'Association de recherche pédiatrique (Society for Paediatric Research) (1994 - 2006) et les actes des principales conférences pédiatriques sur la douleur. Aucune restriction de langue ne fut appliquée. Ont été inclus également des essais contrôlés randomisés ou quasi-randomisés comprenant des nouveau-nés allaités ou recevant du lait maternel qui étaient comparés à des nouveau-nés bénéficiant d'autres traitements ou d'aucune autre mesure. Les résultats des études retenues devaient par ailleurs utiliser des marqueurs physiologiques de douleur ou des échelles de douleur reconnus. La qualité méthodologique des études fut évaluée à partir de l'information trouvée dans les études elles-mêmes et des communications directes avec les auteurs. Onze études furent ainsi retenues. Les auteurs ont noté les différences les plus grandes entre les interventions de contrôle et les mesures d'évaluation de la douleur.

En comparaison avec le groupe de nourrissons emmaillotés ou le groupe utilisant une sucette, les nouveau-nés du groupe allaitement présentaient de façon significative des augmentations statistiquement plus bas du taux cardiaque, une proportion plus courte de périodes de pleurs, et une durée réduite des pleurs proprement dits. En comparaison avec les nourrissons du groupe sans traitement (groupe-témoin), la durée des pleurs était réduite de façon significative chez les nouveau-nés du groupe allaitement, mais ce groupe ne présentait pas de différence notable lorsque comparé au groupe glucose. Sur l'échelle « Profil de la douleur chez les enfants prématurés » (Premature Infant Pain Profile) les résultats étaient notablement différents entre le groupe allaitement et, soit le groupe placebo (eau stérile), soit le groupe de

nourrissons tenus dans les bras maternels ; mais ils n'étaient pas statistiquement significatifs entre le groupe allaitement et, soit le groupe sans traitement, soit le groupe glucose. Les résultats obtenus selon une autre échelle d'évaluation du comportement face à la douleur, l'échelle « Douleur aigüe chez le nouveau-né », étaient par contre significativement différents entre le groupe allaitement et le groupe placebo ou le groupe de nourrissons tenus dans les bras maternels, mais non pas lorsque comparés au groupe glucose. A partir de l'« Echelle de codage facial des nouveau-nés » (Neonatal Facial Coding Score), un troisième système d'évaluation de la douleur, les nouveau-nés du groupe lait maternel présentaient des augmentations du taux cardiaque significativement plus bas que ceux du groupe placebo ; les différences dans la durée des pleurs et le changement de saturation en oxygène entre le groupe recevant du lait maternel et le groupe placebo n'étaient pas statistiquement significatifs. Les nouveau-nés du groupe lait maternel présentaient des augmentations supérieures du taux cardiaque et de la durée du temps des pleurs à ceux du groupe glucose/sucrose. Les auteurs n'ont trouvé aucune étude évaluant la sécurité/efficacité de l'administration répétée de l'allaitement ou du lait maternel pour la diminution de la douleur.

Ils concluent que pour diminuer la douleur causée par une intervention médicale chez des nourrissons subissant une unique intervention médicale douloureuse, lorsque cela est possible, on devrait pencher en faveur de l'allaitement ou du lait maternel plutôt que d'un placebo, la tenue dans les bras maternels ou aucune intervention ; l'administration de glucose/sucrose présente en revanche des résultats similaires à ceux de l'allaitement. Par contre, l'efficacité de l'allaitement lors d'interventions répétées ne fut pas démontrée et il faudrait poursuivre la recherche dans ce sens. Les nouvelles études devraient comprendre différentes interventions de contrôle dont le glucose/sucrose, et elles devraient par ailleurs se centrer sur les nouveau-nés prématurés.

Pillai Riddell RR, Racine NM, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, Din Osmun L, Ahola Kohut S, Hillgrove Stuart J, Stevens B,

Gerwitz-Stern A. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. Cochrane Database Syst Rev 2011; (10):CD006275

Cette revue systématique visait à évaluer l'efficacité d'interventions non médicamenteuses – à l'exception de l'allaitement, du sucrose et de la musique – pour diminuer la douleur aigüe chez des enfants de moins de 3 ans. Les interventions retenues, telles que décrites dans la revue Cochrane, sont les suivantes : 1. Les « soins kangourou » également connus sous le nom de « contact de peau à peau » : le nourrisson est placé sur la poitrine nue de l'adulte lors d'une intervention douloureuse ou pour le calmer suite à une intervention douloureuse. 2) L'emmaillotage/bordage : le nourrisson est serré dans une couverture pour empêcher que ses membres ne bougent excessivement. Le bordage signifie le fait de tenir le nourrisson fermement, les mains de l'adulte étant placés à la fois sur sa tête et ses membres inférieurs de façon à le maintenir dans une position repliée. Le nourrisson peut porter ou ne pas porter de vêtements. 3. Des stratégies liées à la succion non-nutritive: un objet (une sucette ou une tétine sans biberon) est placé dans la bouche du nourrisson afin de stimuler des mouvements de succion lors d'une intervention douloureuse. On a également retenu dans la revue les cas de « sucette + eau » mais pas de « sucette + sucrose ». 4. Eau avalée : l'eau est donnée avec un instrument qui n'exige pas de succion (par exemple, une pipette). 5. Bercer ou porter l'enfant ou les deux interventions ensemble : l'adulte tient le nourrisson et le berce doucement de haut en bas et de gauche à droite (ou les deux). 6. Bercement simulé + eau : plutôt que d'être tenu par l'adulte, le nourrisson est placé dans une machine ayant la forme d'un bassinnet, lequel se balance. De l'eau est administrée au nourrisson par un moyen qui n'exige pas de succion. 7. Toucher/massage : le corps de l'enfant est caressé de façon à fournir une contre-stimulation à l'intervention douloureuse. 8. Engagement parental structuré : on décrit aux parents des actes connus pour réduire la douleur, mais on ne leur donne pas de matériel pour accomplir ces actes. Parmi les actes décrits : bercer l'enfant, le tenir, le faire taire, lui parler, le frictionner, le chatouiller ou encore le distraire, mais sans jouet ou vidéo. 9.

La voix maternelle : on fait entendre au nourrisson, sur bande magnétique, la voix de sa mère reproduite de façon à ressembler aux sons entendus par le fœtus dans l'utérus. 10. Présence d'un parent: un parent est présent lors de l'intervention douloureuse mais n'intervient pas auprès de l'enfant d'une façon qui serait considérée comme pouvant diminuer la douleur.

Dans cette revue systématique, les analyses ont tenu compte de l'âge de l'enfant (prématuré, nouveau-né, enfant plus âgé) et de la réponse à la douleur (réactivité à la douleur, régulation de la douleur). Les auteurs ont examiné plusieurs bases de données biomédicales et des listes de références et ils ont pris contact avec les chercheurs par le biais de listes de serveurs électroniques. Les enfants compris dans la revue avaient entre 0 et 3 ans. Seuls ont été retenus les essais contrôlés randomisés (ECT) ou les ECT croisés avec groupe-témoins sans

traitement. 51 recherches comprenant 3'396 participants ont été examinées. Les interventions aigües les plus communes étaient la pique au talon (29 études) et les injections (10 études). Les interventions les plus efficaces quant à la réduction de la réactivité à la douleur étaient liées à la succion non-nutritive (prématurés : -0,42 ; nouveau-nés : -1,45), les soins kangourou (prématurés : -1,12), l'emballage/bordage (prématurés : -0,75) et le bercer/porter l'enfant (nouveau-nés : -0,75). Mais étant donné la grande hétérogénéité méthodologique notée dans plusieurs études, les auteurs questionnent le manque de résultats de certaines analyses. Ils trouvent cependant qu'il y a assez de preuves pour affirmer que l'on peut en effet utiliser des méthodes non-médicamenteuses sur des prématurés, des nouveau-nés et des enfants plus âgés pour gérer positivement leur comportement face à une douleur causée par des interventions douloureuses aigües.

Allaitement Actualités est une publication de l'Association genevoise pour l'alimentation infantile (GIFA), membre du Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN)
Rédactrice invitée : Simona Di Mario. Equipe éditoriale : Adriano Cattaneo, Marina Ferreira Rea, Lida Lhotska, Robert Peck, Elaine Petitat-Côté. Traduction : Elaine Petitat-Côté. Mise en pages : Ina Verzivoli.

Des copies papier des numéros 1 à 43 d'*Allaitement Actualités* peuvent être commandées à : GIFA, Avenue de la Paix 11, 1202 Genève, Suisse, fax : +41 22 798 44 43, e-mail : info@gifa.org
À partir du n°44, les numéros sont accessibles en ligne uniquement, à l'adresse : www.ibfan.org
Allaitement Actualités est également disponible en anglais, arabe, espagnol et portugais.