

Étude de cas

Allaitement et laryngomalacie Au-delà du stridor

Joannie Hamel-Richard, erg. M. Sc., Agente de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique et responsabilité populationnelle –équipe 0-5 ans, CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Mélanie Nadeau, M.Sc.Inf., IBCLC, conseillère-cadre spécialisée en périnatalité, Direction du programme Jeunesse-famille, CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec



The background features several concentric, curved lines in shades of grey and blue, creating a sense of motion and depth. A dark blue speech bubble is positioned on the left side of the slide.

Déclaration des conférencières

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt
potentiel à déclarer.

Évaluation clinique structurée



Évaluation du bébé



Évaluation de la mère



Observation de la tétée



Impression clinique



Pistes de stratégies à explorer avec la mère



Suivi



Messages clés



Résumé de la situation

Février 2020 – Accouchement en centre hospitalier

- Multipare, 30 ans, G₂P₂A₀, grossesse s/p (sans particularité), AVS (accouchement vaginal spontané) à 39^{3/7} semaines sans complications;
- Bébé sexe masculin, APGAR 9-9-10, PN: 3120 gr;
- Tétée précoce < 1h, se déroule bien.

1^{re} nuit : très difficile

- BB pleure ++, mise au sein difficile, prise sous-optimale, sécrétions +++ aspirées à la poire, BB semble inconfortable pendant/après les tétées;
- Mère accuse douleur aux mamelons.

2^e nuit:

- SaO₂ < 95%, observation à l'UNN X 24h puis retour à la chambre, TTNN (tachypnée transitoire du nouveau-né);
- Congé: après 72h, suivi usuel.

Jour #5: Visite post-natale à domicile par l'infirmière du CLSC



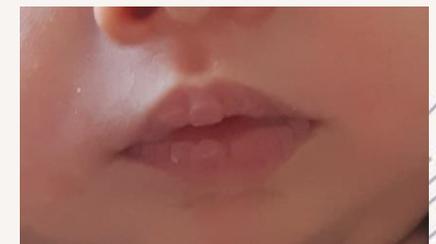
Évaluation du bébé

Informations rapportées par la mère:

- Bébé pleure ++ et dort peu, ne peut être déposé, inconfortable pendant/après les tétées (se tortille, s'arque, ravale);
- Présence de râlements/bruits quand il boit et pleure;
- Congestion nasale malgré hygiène nasale fréquente;
- Éliminations abondantes;
- 10 à 15 tétées/jour, 5 à 10 minutes chacune, 1 sein/tétée;

Évaluation objective:

- Bébé calme dans les bras de la mère;
- Évaluation physique sans particularité sauf:
 - Frein de langue et de lèvres restrictifs
 - Ampoules de succion
- Poids jour #5: 2950 g (perte pondérale de 5,4%)





Évaluation de la mère

Informations rapportées par la mère:

- Parents épuisés, alternance la nuit sur la chaise berçante pour faire dormir bébé depuis 5 jours;
- Inquiète des râlements et des inconforts de bébé. Se questionne sur la possibilité d'un RGO et se demande si elle devrait débuter un régime d'éviction;
- Douleurs aux mamelons à 5/10 pendant la tétée (sent la langue qui frotte sur le mamelon) et 3/10 entre les tétées;
- Rapporte des fourmillements intenses lors de l'éjection du lait et ses seins coulent avant la tétée.

Évaluation objective:

- Gerçures aux 2 mamelons;
- Montée laiteuse présente (installée progressivement au jour #3), seins tendus mais pas d'engorgement pathologique.



Observation de la tétée

À l'aide des 5B de l'allaitement:

- **Bon moment;**
- **Bonne position;**
- **Bonne mise au sein;**
- **Bonne prise du sein;**
- **Bonne succion.**



Impression
clinique?

À cette étape, quelles sont vos impressions cliniques?



Image: Pixabay.



Pistes de stratégies à explorer avec la mère

- Revoir la mise au sein;
- Exprimer du lait avant la tétée ou contre-pression;
- Donner un seul sein par tétée, 2x même sein au besoin;
- Référer vers d'autres professionnels:
 - IBCLC;
 - Chiro, ostéo pour thérapie manuelle;
 - Médecin ou dentiste pour frénotomie (selon corridor de service en place dans la région).
- Rassurer la mère, plusieurs stratégies à explorer avant d'essayer un régime d'éviction;
- Assurer un suivi serré;
- Valider la possibilité d'aide à la maison via réseau social ou organismes communautaires de la région.



Suivi

Semaine 6: suivi à la clinique externe de pédiatrie

Informations rapportées par la mère:

- Amélioration légère de l'état général de bébé depuis début de la médication mais inconforts et pleurs demeurent pendant/après les tétées;
- Amélioration légère de la prise depuis frénotomie mais les tétées restent compliquées; bébé s'étouffe et a de la difficulté à garder le sein en bouche;
- Grèves de tétées: bébé peut refuser de boire si trop d'inconforts, mise au sein trop difficile ou étouffements;
- Parents épuisés et inquiets.

Évaluation du bébé:

- Courbe de poids: passe du 35^e au 9^e percentile en 6 semaines.

Semaine 6: suivi à la clinique externe de pédiatrie

Évaluation du bébé



Suivi





Observation de la tétée





Impression clinique

Des examens complémentaires ont été réalisés afin de confirmer les hypothèses émises par la pédiatre (laryngomalacie et RGO pathologique).

- **Gorgée barytée:** dénote la présence de RGO mais pas de risque d'aspiration;
- **ORL - laryngoscopie:** confirme une laryngomalacie légère avec RGO caractérisée par une rougeur et enflure du larynx.



La laryngomalacie

- Malformation congénitale du larynx (affection laryngée la plus fréquente chez le bébé);
- Se manifeste par un collapsus des structures supraglottiques à l'inspiration;
- Présence d'un stridor inspiratoire (son aigu audible lors de l'inspiration, lorsque l'air est obstrué);
- Stridor exacerbé par: alimentation, pleurs, cris, agitation, décubitus dorsal;
- Spectre de sévérité: laryngomalacie légère (la plus commune), modérée, sévère;
- Co-morbidités et conditions associées (Simons et al.,2016);
- Évolution habituelle: Début vers 2 semaines, apogée vers 6-8 mois, diminution graduelle avec disparition complète entre 12 et 24 mois;
- Dans de rares cas (laryngomalacie sévère et/ou persistance: chirurgie (supraglottoplastie).



Pistes de stratégies à explorer avec la mère

- **Conseils usuels d'allaitement en présence d'un RGO pathologique;**
- **Conseils usuels en cas de détresse respiratoire;**
- **Respecter le rythme de bébé;** éviter la comparaison avec les autres bébés à terme et en santé:
 - Allaitement à l'éveil;
 - Pacing, pauses au besoin pour respecter les signes de fatigue;
 - Diminution durée des boires pour éviter l'épuisement du bébé; augmentation de la fréquence au besoin;
 - Si bébé pleure, est trop excité ou fatigué et que la tétée est trop difficile, retenter plus tard.
- **Conseils usuels en cas de grève de tétée**
- Prévoir un plan B; essayer des **méthodes alternatives pour alimenter bébé et préserver l'hydratation** en cas de difficultés sporadiques (ex: cup, cuillère);
- Revoir les **positions d'allaitement** (pronation, cou en extension, 45 degrés):
 - Physiologique;
 - madone/madone inversée modifiée.
- **Hygiène nasale à la seringue** avant les tétées ou au besoin.



Question réflexive

Devrait-on recommander de nourrir le bébé avec du lait maternel exprimé (idéalement) mais donné au biberon?

Serait-ce plus facile pour le bébé et les parents?



Messages clés

- **La laryngomalacie, associée ou non à un RGO, peut être la source de difficultés d'allaitement et entraîner notamment:**
 - Abandon précoce de l'allaitement (avec difficultés probables au biberon);
 - Prise de poids difficile;
 - Pneumonies d'aspiration;
 - Épuisement du bébé lors des boires;
 - Épuisement parental;
 - Grèves de tétées.
- Importance de **l'équipe interdisciplinaire** dans l'évaluation et les interventions à mettre en place lors de difficultés d'allaitement en présence d'une laryngomalacie:
 - Ergothérapeute, infirmière, IBCLC, médecin (incluant pédiatre, ORL), nutritionniste.
- Importance d'un **suivi à moyen terme** considérant **l'évolution des sx**
 - Exacerbation vers 6-8 mois concordant avec début de la diversification alimentaire;
 - Exacerbation possible des sx lors d'IVRS (infections des voies respiratoires supérieures).
- Importance à accorder à l'évaluation subjective (**discours des parents**) et **l'objectivation des tétées à l'aide de vidéos.**

La laryngomalacie, c'est plus que des petits bruits!

Références

Korth, K. & Rendell, L. (2020). Assessment and Treatment of feeding, eating, and swallowing. Dans O'Brien, J. et Kuhaneck, H. (Dir). *Case-Smith's Occupational Therapy for Children and Adolescents* (8e ed.). Elsevier. p. 212-238.

Landry AM. & Thompson DM. (2012). Laryngomalacia: disease presentation, spectrum, and management. *International Journal of Pediatrics*. doi: 10.1155/2012/753526

Mills N. & al. (2021). Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing in Breastfeeding Infants With Laryngomalacia: Observed Clinical and Endoscopic Changes With Alteration of Infant Positioning at the Breast. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. 130(7). p. 653-665. doi:10.1177/0003489420965636

Scott, B.L., Lam, D. & MacArthur, C. (2019). Laryngomalacia and Swallow Dysfunction. *Ear, Nose & Throat Journal*. 98(10). p. 613-616.

Simons, J.P. & al. (2016). Laryngomalacia and swallowing function in children. *Laryngoscope*. 126(2):478-84. doi: 10.1002/lary.25440

Spencer, B., Campbell, S.H., & Chamberlain, K. (2023). *Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care*. 2^e édition. Burlington: Jones and Bartlett Learning.



Période de questions