

INCIDENCE D'UNE CHIRURGIE DES SEINS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

Laure MARCHAND - LUCAS Médecin généraliste, Consultante en lactation IBCLC - Paris

L'incidence d'une chirurgie des seins sur l'allaitement maternel est un sujet amenant de plus en plus fréquemment des questions de la part des femmes que nous accompagnons.

Les questions concernent :

-la chirurgie plastique (réduction, augmentation, ptôse mammaire, mamelon-s rétracté-s, ou jugé-s trop long-s) . Elle a souvent été effectuée à la suite de douleurs physiques (cou, dos douloureux quand la poitrine est très volumineuse) ou psychologiques (poitrine très ou pas assez volumineuse, asymétrie mammaire très importante).

-la chirurgie effectuée pour une pathologie bénigne ou non (chirurgie cardiaque, pulmonaire, traumatisme mammaire, tumorectomie, excision d'un galactocèle, drainage d'un ou plusieurs abcès).

Les questions posées sont les suivantes :

l'allaitement est-il déconseillé, contre-indiqué? S'il est possible (avec quelles précautions éventuelles) ?

Si la chirurgie survient en cours de lactation, comment effectuer un sevrage ou continuer l'allaitement en dépit de la chirurgie?

Quelles informations et explications pouvons-nous fournir aux femmes intéressées ?

Il est important de donner aux femmes l'opportunité d'exprimer leurs attentes, leurs craintes et leurs sentiments et de les informer le plus complètement et clairement possible sur leurs options. Si la femme est vue avant la naissance, on vérifiera qu'elle est informée sur la conduite physiologique de l'allaitement. Certaines femmes ayant subi une chirurgie mammaire ont tendance à avoir peu confiance en elles et à abandonner pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la chirurgie.

Que faut-il pour que la lactation (côté maternel) fonctionne?

- du tissu glandulaire en quantité suffisante.
- des canaux lactifères en état de fonctionner.
- une vascularisation et une innervation de l'aréole et du mamelon fonctionnelles.

- un bon fonctionnement des systèmes endocrines, c'est à dire des hormones (prolactine, ocytocine, insuline, hormone thyroïdienne, cortisol, progestérone, androgènes, etc.) en quantité adéquate
- certaines hormones pouvant être inhibitrices si elles sont en trop grande quantité.
- des informations et une conduite pratique de l'allaitement basées sur la physiologie.
- un soutien permettant à la femme de se sentir compétente après avoir fait le deuil d'un allaitement idéalisé. Les groupes de soutien entre mères ont certainement leur place ici.

Le fonctionnement hormonal est, pour certaines hormones, en lien avec l'innervation de l'aréole et du mamelon. Les informations et la conduite de l'allaitement après chirurgie mammaire nécessitent certaines adaptations de notre discours et de la conduite pratique de l'allaitement. Le soutien de la femme et le deuil de l'allaitement idéal demandent de considérer les émotions et sentiments de la femme qui doit renoncer à un allaitement "simple", voire exclusif. Certaines femmes qui éprouvent colère, tristesse, regret, culpabilité, déception, etc., peuvent avoir besoin d'un soutien adapté afin de permettre au sentiment de compétence maternelle de se développer.

Pour le sujet dont nous traitons, sont également importants :

Du tissu glandulaire en quantité suffisante :

En cas de chirurgie de réduction mammaire, la quantité de tissu mammaire restant après chirurgie est généralement théoriquement suffisante pour permettre l'allaitement.

En cas de chirurgie d'augmentation, la quantité de tissu mammaire présente est souvent fonction de la raison pour laquelle la chirurgie a été entreprise et non de la chirurgie elle-même. Par exemple, une hypotrophie unilatérale marquée peut être associée à une insuffisance de la lactation de ce côté, la pose d'un implant n'améliorera en rien la fonction du sein.

En cas de tumorectomie, mastectomie, etc., la quantité de tissu mammaire restant est plus ou moins étendue. A noter qu'un seul sein fonctionnel suffit pour allaiter un voire deux enfants.

Des canaux lactifères en état de fonctionner:

En cas de réduction mammaire,

la technique dite "de greffe libre" implique que les canaux soient **totalemment sectionnés** et que les mamelons soient replacés à une place esthétiquement convenable. Même si la lactation se déclenche, l'absence d'issue pour le lait fabriqué conduit à un arrêt rapide de la sécrétion.

les techniques préservant un pédicule glandulaire en particulier un pédicule sous le mamelon et l'aréole ou les interventions par lipo-suction préservent souvent **l'intégrité d'une majorité de canaux**.

En cas de chirurgie d'augmentation, l'implant est généralement placé derrière la glande ou derrière le muscle sur laquelle le sein repose ; **l'intégrité des canaux est préservée**.

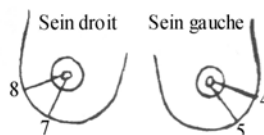
Pour les autres chirurgies, les canaux seront où non lésés, suivant le type et la localisation de la chirurgie. Les chirurgies pour mamelons rétractés par exemple peuvent laisser **des cicatrices rendant certains canaux imperméables**. L'exérèse d'un volumineux galactocèle rétro-mamelonnaire peut avoir entraîné l'amputation de canaux lactifères.

Une innervation de l'aréole et du mamelon

fonctionnelles: Ce sont particulièrement le 4ème nerf intercostal et ses branches qui conduisent l'influx nerveux qui passera par la moëlle épinière et ira jusqu' à l'hypothalamus et à l'hypophyse. La lactation se développe et se poursuit si le lait est sécrété et évacué par la tétée. Même si la régulation de la quantité de lait produite se fait localement, le message hormonal est nécessaire pour que le sein continue à fabriquer et à éjecter du lait. Pour une lactation suffisante, l'intégrité du circuit neuro-endocrinien allant de l'aréole à l'hypothalamo-hypophyse est donc indispensable contrairement à une idée reçue encore véhiculée dans des ouvrages récents et partagée par de nombreux praticiens.

En cas de réduction mammaire, le chirurgien a souvent, dans un but esthétique, placé la **cicatrice sur le pourtour de l'aréole**. Si celle-ci se trouve dans une **zone où les nerfs ont été lésés, il existe un risque de lactation insuffisante**. La sensibilité aréolo-mamelonnaire normale, l'érectilité du mamelon, la survenue spontanée d'une éjection de lait sont des signes encourageants de vitalité neurologique. Une cicatrice à 7 ou 8 heures au sein droit et à 4 ou 5 heures

à gauche peuvent faire craindre une insuffisance de la lactation. Les publications actuellement disponibles (Brzozowski 2000, Marshall 1994, Souto 2003) laissent penser qu'il **est possible, dans 20 à 40 % des cas, d'avoir une lactation complète ou partielle après chirurgie de réduction mammaire**.



Innervation du sein :
zones de pénétration des branches inférieures du 4ème nerf intercostal



Réduction mammaire :
incision en ancre de marine

En cas d'augmentation mammaire, le succès de la lactation peut varier suivant le type d'incision

pratiquée, les incisions péri-aréolaires (autour de l'aréole) et trans-aréolaires (qui passent à travers elle) sont les plus problématiques. Les femmes ayant eu une incision péri-aréolaire seraient 4 fois plus susceptibles de présenter une insuffisance de la lactation que les femmes n'ayant pas eu de chirurgie mammaire. Globalement, les publications existant (Hugues et Owen 1993, Hurst 1996, Neifert 1990) concordent et montrent qu'entre 2/3 et la moitié des femmes ayant subi une chirurgie d'augmentation mammaire peuvent avoir une lactation insuffisante. **D'autres facteurs que l'incision interviennent pour rendre compte de l'intégrité de la fonction mammaire** : la pression exercée par l'implant lors d'un engorgement peut avoir un effet négatif.



Augmentation mammaire :
Différents types d'incision
1. Axillaire
2. Péri-aréolaire
3. Sillon sous-mammaire

Pour les autres types de chirurgie, il est également important de préserver l'intégrité neurologique. Lors de chirurgies d'exérèse de tumeurs bénignes ou d'abcès ayant nécessité une évacuation chirurgicale (certains abcès pouvant être évacués à l'aiguille), il est possible pour la femme qui souhaite continuer l'allaitement ou allaiter un futur enfant de négocier une

cicatrice privilégiant l'aspect fonctionnel tout en tenant compte de l'aspect esthétique et de l'efficacité de futurs dépistages systématiques mammographiques.

Comment s'y prendre, en pratique?

La chirurgie pré-existe à l'allaitement

Le recueil des données cliniques et les compte-rendus opératoires permettent de se faire une idée sur la possibilité de mener à bien un allaitement. Toutefois, la plupart du temps, il n'est pas possible de conclure que l'allaitement exclusif est possible avant les premiers jours voire les premières semaines de l'enfant.

Dans le post-partum, il est important que le bébé et sa mère restent ensemble (encourager beaucoup de peau à peau au cours des premiers jours) et que les tétées puissent être fréquentes. L'absence de déglutitions audibles ou visibles, l'engorgement global ou localisé mal soulagé par la tétée, le retard à l'évacuation du méconium, la perte de poids importante ou la prise de poids insuffisante indiquent qu'il est nécessaire d'évaluer soigneusement la situation. Dans de bonnes conditions, le nourrisson ne perd pas plus de 7 à 10 % de son poids de naissance et celui-ci est repris au 10ème jour. Si la lactation a besoin d'être stimulée, on reverra la conduite pratique de l'allaitement et on envisagera une aide pharmacologique efficace -notamment un galactagogue type dompéridone. Il sera parfois nécessaire de compléter partiellement l'allaitement avec un dispositif particulier permettant à l'enfant de recevoir les compléments pendant la tétée au sein (DAL). Ces compléments pourront être opportuns très rapidement (première semaine) ou plus tard, après quelques semaines. Enfin, certaines mères pourront allaiter exclusivement leur enfant jusqu'à 6 mois et introduire alors progressivement une alimentation solide, comme pour tous les enfants. Quand le lait est insuffisant pour entièrement nourrir le bébé, le DAL (dispositif mentionné plus haut) permet à l'enfant de recevoir un complément de calories tout en profitant au maximum du lait maternel et de l'allaitement : les qualités nutritionnelles inégales, la protection immunologique, un type de succion bénéfique pour le massif facial, le contact peau-à-peau fréquent, etc. Beaucoup de femmes informées qui n'ont pas de lait ou pas assez de lait veulent faire profiter leur enfant des aspects spécifiques du comportement d'allaitement.

La chirurgie est entreprise pendant l'allaitement

Toutes les fois que la chirurgie peut être retardée et que la mère prévoit de continuer l'allaitement, elle peut s'organiser et prévoir de tirer du lait et de le conserver pour que le bébé le reçoive pendant les heures où il ne pourra téter directement au sein.

Quand le sevrage est nécessaire (traitement d'un cancer du sein par chimiothérapie - sevrage bilatéral) ou souhaité par la mère (définitif et/ou temporaire, bilatéral et/ou unilatéral), la mère peut continuer à faire téter son bébé au sein et introduire le biberon de façon progressive. Cette façon de faire sera souvent moins difficile pour le bébé et évitera les complications infectieuses. En dehors des tétées, la mère tirera juste assez de lait pour se soulager afin de permettre à la lactation de se tarir. Elle répètera cette opération à chaque fois que le sein devient inconfortable. Si le sevrage se fait du côté opéré uniquement, cette procédure est appliquée uniquement de ce côté.

Quand le sevrage n'est pas souhaité, la mère maintiendra la lactation des deux côtés en tirant le lait ou en faisant téter le bébé. En fonction de la localisation de l'incision, de l'importance de la chirurgie, des préférences maternelles, la tétée peut être reprise sur le sein opéré quelques heures à quelques jours après l'intervention. Quoiqu'il en soit, il faudra prévoir les pansements de façon que la mère puisse tirer son lait et, si c'est possible, faire téter le bébé. Si des canaux lactifères ont été lésés, du lait s'écoulera par l'incision : pendant la tétée, la mère comprimera la zone avec un pansement propre. La cicatrisation peut prendre quatre à six semaines.

Résumé : La diversité des situations cliniques impose une connaissance précise du type d'antécédent chirurgical mammaire pour savoir si un allaitement est envisageable ou non. La lactation est d'autant mieux préservée que la quantité de tissu mammaire ôtée est faible (notamment car les techniques employées pour ôter esthétiquement de grandes quantités de tissu mammaire sont les plus nocives pour la fonction du sein) et qu'il y a intégrité vasculo-nerveuse. Enfin, il est très important de soutenir la mère lorsqu'elle doit faire le deuil de la relation d'allaitement idéale.

Bibliographie : Brzozowski D., et al. "Breast-feeding after inferior pedicle reduction mammoplasty." 105:530-34, 2000. Hugues V., Owen J. "Is breast-feeding possible after breast surgery ?" MCN 18:213-17, 1993. Hurst N. "Lactation after augmentation mammoplasty". Obst Gynecol 87:30-34, 1996. Marshall DR., Callan PP., Nicholson W. "Breastfeeding after reduction mammoplasty". Br J Plas Surg 47 : 167-69, 1994. Neifert M., DeMarzo S., Seacat J., et al. "The influence of breast surgery, breast appearance and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain." Birth 17:31-38, 1990. Souto CG. et al. "The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. J Hum Lact 19:43-49, 2003.