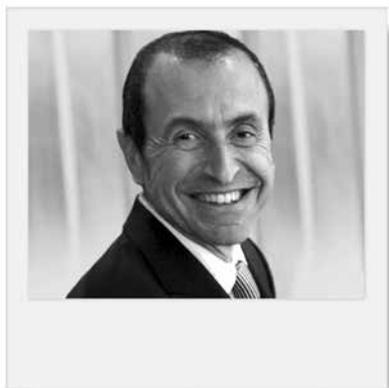


Chirurgie mammaire et allaitement

RÉSUMÉ : La chirurgie mammaire, qu'elle soit d'augmentation, de réduction ou de cure de ptôse, ne compromet pas l'allaitement maternel. Toutefois, il est prudent de prévoir des difficultés d'allaitement lorsqu'une femme a bénéficié d'une chirurgie mammaire, surtout pour le premier enfant suivant l'intervention.

Enfin, trois situations au cours d'une chirurgie mammaire peuvent compromettre l'allaitement maternel : la désinvagination du mamelon ombiliqué, la réduction mammaire selon la technique de Thorek et la complication de perte du mamelon par nécrose.



→ **R. ABS**
Chirurgie plastique et esthétique,
MARSEILLE.

La COFAM (Coordination française pour l'allaitement maternel), association œuvrant à la protection et au soutien de l'allaitement maternel, m'a contacté dernièrement pour évoquer les conséquences de la chirurgie mammaire sur l'allaitement maternel. Cette sollicitation est l'occasion de se pencher sur ledit aspect fonctionnel de notre chirurgie morphologique.

Les fiches d'information de la SoFCPRE (Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique) mentionnent la possibilité d'allaiter après une plastie mammaire (réduction, cure de ptôse ou augmentation). Elles précisent notamment qu'une grossesse ultérieure "*est bien évidemment possible ainsi qu'un allaitement*", mais conseillent "*d'attendre au moins six mois après l'intervention*".

Les plasties mammaires peuvent être effectuées chez la femme à partir de 15 ans. Lorsque les patientes expriment le souhait de bénéficier d'une telle chirurgie, les plus jeunes ne pensent pas forcément à une future maternité et un allaitement éventuel, mais la grande majorité des chirurgiens aborde ce sujet avec elles et leur annoncent qu'elles pourront allaiter [1].

Certains leur conseillent d'éviter une grossesse et l'allaitement les premières années suivant la chirurgie par crainte, semble-t-il, que les variations du volume des seins provoquées par la grossesse et l'allaitement n'entraînent des modifications morphologiques et des cicatrices inesthétiques pour les patientes.

Prothèses mammaires

De plus en plus de femmes se font poser des implants mammaires. L'insertion des prothèses peut se faire par une incision péri-aréolaire, axillaire ou sous-mammaire.

Si l'incision péri-aréolaire peut impacter négativement l'allaitement, les autres voies d'abord n'ont en principe aucune conséquence sur la capacité fonctionnelle de la glande mammaire. Il se peut néanmoins que l'implant comprime ladite glande, surtout s'il est placé en rétroglandulaire, s'il est volumineux et en cas de formation d'une coque, ce qui peut provoquer une légère atrophie de la glande mammaire.

La petite taille des seins, qui amène les femmes à demander la pose d'implants, peut résulter aussi d'une agénésie ou d'une hypogénésie de la glande mam-

maire, responsable en soi d'une production lactée insuffisante. Cela est toutefois tempéré par des études selon lesquelles l'allaitement ne dépendrait pas de la quantité de tissu glandulaire contenu dans le sein. Des difficultés peuvent également se poser en cas de sein tubéreux ou d'asymétrie majeure.

Quoi qu'il en soit et quel que soit le cas de figure, le comportement des femmes ayant bénéficié d'une augmentation mammaire tend généralement vers un taux moindre d'allaitement maternel, comparativement aux femmes qui n'ont pas eu recours à ce type de chirurgie [2, 3].

Plastie de réduction mammaire

La quantité de tissu glandulaire restant après une réduction mammaire peut se révéler insuffisante pour assurer la sécrétion lactée nécessaire à l'allaitement. Les vaisseaux sanguins lésés peuvent en effet ne plus assurer une vascularisation satisfaisante des alvéoles sécrétoires. Des lésions des nerfs peuvent aussi interférer avec le réflexe d'éjection et la sécrétion des hormones de la lactation. Le sein est en effet innervé par une branche du quatrième nerf intercostal, lequel chemine en profondeur dans le quadrant inféro-latéral du sein et devient plus superficiel à hauteur de l'aréole. La section des canaux lactifères empêche l'écoulement du lait s'il n'y a pas de recanalisation.

Une étude portant sur l'allaitement maternel selon le type de pédicule utilisé en réduction mammaire fait état d'un taux de réussite de l'allaitement maternel de 71 % avec un pédicule supérieur, de 77 % avec un pédicule inférieur et de 63 % avec un bipédicule. Cela étant, 22 % des femmes ayant bénéficié d'une plastie de réduction mammaire n'ont pas tenté du tout d'allaiter après l'intervention. Par ailleurs, aucune relation n'a été identifiée entre la quantité du tissu

POINTS FORTS

- ➔ L'allaitement ne nuit pas à l'esthétique du sein. Il le protège notamment de la pathologie cancéreuse.
- ➔ Il est prudent d'attendre au moins 6 mois après l'intervention.
- ➔ La lipoaspiration mérite une mention spéciale chez la jeune fille désireuse de réduire le volume de sa poitrine et sauvegarder toutes ses capacités d'allaitement futur. Elle transforme l'hypertrophie en ptôse mammaire, respectant intégralement le tissu glandulaire et l'innervation du sein.

mammaire réséqué et l'habileté à l'allaitement maternel [4].

Enlever une grande quantité de sein peut affecter la lactation de diverses façons. Certaines études ont montré qu'il n'y avait pas de différence d'allaitement entre le groupe de femmes ayant bénéficié d'une chirurgie de réduction et le groupe témoin [5-8].

D'autres publications prouvent le contraire, faisant état de trois fois plus de difficultés d'allaitement après une chirurgie mammaire [9-11].

Enfin, la technique de réduction mammaire par lipoaspiration, lorsqu'elle est possible ou indiquée, permet de préserver l'allaitement maternel. Mais outre le fait qu'en débarrassant la glande mammaire des tissus adipeux environnants, elle transforme l'hypertrophie mammaire en ptôse mammaire. Elle n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie, même si l'on retire plus de 300 g par sein.

Si l'on se retrouve devant une jeune fille souffrant d'une poitrine trop volumineuse à composante adipeuse prédominante, deux options s'offrent à nous : – la technique chirurgicale classique, qui consiste à retirer une masse compacte de 300 g par sein. Cette technique est prise en charge par l'Assurance Maladie, mais nous devons prévenir la patiente

que l'allaitement de son premier enfant risque d'être contrarié.

– la lipoaspiration des seins. Cette opération n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie, mais elle préservera la glande mammaire et par conséquent l'allaitement maternel de la patiente dès son premier enfant [12].

Les chirurgies mammaires pouvant compromettre l'allaitement maternel

Trois situations au cours d'une chirurgie mammaire peuvent compromettre l'allaitement maternel. Le fonctionnement normal de la lactation nécessite une glande mammaire fonctionnelle, la continuité des canaux lactifères qui amènent le lait jusqu'au mamelon, une sensibilité normale du mamelon et l'intégrité du système nerveux à l'origine de la sécrétion réflexe de prolactine et d'ocytocine.

>>> La chirurgie du mamelon rétracté ou invaginé ou ombiliqué. Cette caractéristique jugée inesthétique n'empêche pas l'allaitement, même si le démarrage est parfois plus laborieux. Si, en revanche, un ou les deux mamelons sont sévèrement ombiliqués, l'allaitement pourra être difficile, voire impossible.

>>> La réduction mammaire selon Thorek : le mamelon a été détaché du

SEINS

sein pour être greffé dans sa nouvelle position. Cette technique est réservée aux cas de gigantomastie de la femme de la cinquantaine, souvent obèse, avec un mamelon situé à plus de 40 cm du creux sus-sternal.

>>> La complication de perte du mamelon par nécrose, qui compromet l'allaitement maternel futur.

Dans ces trois cas, la lactation est théoriquement impossible. Cependant, il existe des cas documentés de femmes ayant pu allaiter après ce type de chirurgie, ce qui interpelle quant à la capacité de régénération des canaux mammaires.

Le corps humain dispose d'une importante capacité d'autoréparation (surtout celle des fonctions assurant la pérennité de l'espèce: activité sexuelle, allaitement...). Avec le temps, les canaux galactophores peuvent se reconstituer, les nerfs peuvent "repousser". Plus le temps écoulé depuis la chirurgie est long, plus les chances de réparation sont élevées. Chaque nouvelle grossesse est à l'origine d'un développement important de la glande mammaire, en vue de l'allaitement de l'enfant à venir. Une mère pourra ne pas réussir à avoir suffisamment de lait pour un enfant, et en avoir suffisamment pour le suivant [13].

Conclusion

L'allaitement ne nuit pas à l'esthétique du sein, au contraire. Il le protège notamment de la pathologie cancéreuse.

Il est prudent de prévoir la possibilité de difficultés d'allaitement lorsqu'une femme a bénéficié d'une chirurgie mammaire, surtout pour le premier enfant suivant l'intervention.

La chirurgie mammaire – d'augmentation, de réduction ou de cure de ptôse – ne compromet pas l'allaitement maternel.

La technique de lipoaspiration dans la réduction, transformant celle-ci en ptôse mammaire, respecte intégralement le tissu glandulaire et l'innervation du sein. La lipoaspiration mérite une mention spéciale chez la jeune fille désirant sauvegarder toute ses capacités d'allaitement futur.

Remerciements aux docteurs Gérard Flageul, Marwan Abboud et François Petit.

Bibliographie

1. Journées Post-Universitaires des Sages-Femmes. Paris, du 24 au 26 septembre 2003. Profession sage-femme numéro 100:27-30.
2. ROBERTS CL, AMPT AJ, ALGERT CS *et al.* Reduced breast milk feeding subsequent to cosmetic breast augmentation surgery. *Med J Aust*, 2015;202:324-328.
3. SCHIFF M, ALGERT CS, AMPT A *et al.* The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*, 2014;9:17.
4. KAKAGIA D, TRIPSIANNIS G, TSOUTSOS D. Breastfeeding after reduction mammoplasty: a comparison of 3 techniques. *Ann Plast Surg*, 2005;55:343-345.
5. CRUZ-KORCHIN N, KORCHIN L. Breastfeeding after vertical mammoplasty with medial pedicle. *Plast Reconstr Surg*, 2004;114:890-894.
6. HEFTER W, LINDHOLM P, ELVENES OP. Lactation and breast-feeding ability following lateral pedicle mammoplasty. *Br J Plast Surg*, 2003;56:746-751.
7. AILLET S, WATER E, CHEVRIER S *et al.* Breast feeding after reduction mammoplasty performed during adolescence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2002;101:79-82.
8. SINNO H, BOTROS E, MOUFARREGE R. The effects of Moufarrege total posterior pedicle reduction mammoplasty on breast-feeding: a review of 931 cases. *Aesthet Surg J*, 2013;33:1002-1007.
9. 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*, 1990;17:31-38.
10. HURST NM. Lactation after augmentation mammoplasty. *Obstet Gynecol*, 1996; 87:30-34.
11. ANDRADE RA, COCA KP, ABRÃO AC. Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. *J Pediatr (Rio)*, 2010;86:239-244.
12. ABOUD MH, DIBO SA. Power-Assisted Liposuction Mammoplasty (PALM): A New Technique for Breast Reduction. *Aesthet Surg J*, 2016;36:35-48.
13. AA57: Allaitement et chirurgie mammaire. Françoise Railhet http://www.lllfrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&mp:id=1142&Itemid=130

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.