

Chirurgie mammaire et allaitement

L'auteur passera en revue les différentes techniques de chirurgie mammaire afin de déterminer quelles sont les interventions dont les critères permettront d'espérer la possibilité d'un allaitement ultérieur.

Les consultantes en lactation sont amenées à rencontrer des femmes antérieurement opérées de la poitrine et doivent savoir guider les patientes pour un éventuel allaitement ultérieur. Elles chercheront à savoir si l'allaitement est contre-indiqué, déconseillé ou possible et dans ce cas quelles sont les précautions à prendre.

Pour tenter d'éclaircir cette démarche nous ferons un bref rappel du fonctionnement de la lactation ainsi que des différents types de chirurgie mammaire.

Les différentes interventions pratiquées sur les seins peuvent être des chirurgies :

- de réduction mammaire ;
- d'augmentation mammaire ;
- de ptôse mammaire ;
- du mamelon lié à une invagination ;
- liées aux biopsies, tumorectomies.

Pour que la lactation fonctionne au niveau du sein il faut que plusieurs facteurs soient réunis :

- Le tissu glandulaire mammaire notamment au niveau des acini soit en quantité suffisante ;
- La présence d'hormones permettant la sécrétion du lactose et donc du lait par les lactocytes surtout prolactine, insuline et un peu le cortisol ;
- La présence d'hormones permettant l'éjection du lait sécrété dans les acini soit l'ocytocine ;
- L'absence de substances freinant des hormones de la lactation (absence de progestérone ou hyperandrogénie dans le post-partum immédiat) ;
- Des canaux galactophores en état de fonctionner ;
- Une innervation de la glande et de la PAM suffisante surtout au niveau du 4^e nerf intercostal et ses branches en bon état de fonctionnement.

Nous allons donc passer en revue les différents types d'intervention possibles au niveau des seins en détaillant les principales techniques utilisées par les chirurgiens.

■ **LA CHIRURGIE DE RÉDUCTION MAMMAIRE** peut être pratiquée pour des raisons physiques notamment dorsalgies ou mycoses sous-mammaires, la difficulté pour la pratique du sport ou se vêtir engendrant gêne psychologique et esthétique. Les techniques utilisées sont très nombreuses et variées en fonction des pays, des habitudes du chirurgien et de la morphologie et de l'âge de la patiente. Nous évoquerons en premier les techniques d'amputation avec greffe libre des aréoles qui sont utilisées le moins possible et sont réservées aux gigantomasties avec ptôse cutanée majeure. La glande mammaire est donc amputée selon un dessin préétabli. La plaque aréolo-mamelonnaire est alors totalement détachée du sein. Elle est ensuite repositionnée sur une zone cutanée préalablement désépidermisée ; les galactophores sont alors totalement sectionnés et la glande largement amputée.

Toutes les autres techniques impliquent de conserver un lambeau cutanéo-glandulaire porte-mamelon. La chirurgie nécessite en premier une désépidermisation péri-aréolaire plus ou moins large permettant de réduire et remonter l'aréole. Puis l'exérèse glandulaire est réalisée selon un tracé préétabli par le chirurgien aux dépens de la partie inférieure, postéro-inférieure, supérieure etc. de la glande. Une hémostase soigneuse est réalisée et la fermeture est réalisée sur un drain de Redon. La fermeture est effectuée en général par surjets intradermiques, les agrafes étant réservées aux patientes à derme trop fin ne permettant pas la réalisation d'un surjet. Le drainage est laissé en place pour 48 heures. Un pansement au jelonet est laissé en place pour 8 jours et relayé par un pansement permettant la douche pour une semaine. Le soutien-gorge de sport sera porté jour et nuit pendant 2 mois afin de permettre une cicatrisation optimale. La rançon cicatricielle sera en général en T inversé, plus rarement verticale ou en L. Des massages appuyés sont ensuite préconisés pour améliorer la qualité de l'évolution cicatricielle pendant environ 2 mois.

La conséquence d'une réduction mammaire avec greffe d'aréole rendra très aléatoire la possibilité d'un allaitement avec un risque d'engorgement en cas de canal non réperméabilisé. Toutefois, de rares cas ont été décrits où certaines femmes ont tout de même réussi à allaiter s'expliquant par le fait de l'existence d'une certaine régénération tissulaire avec le temps. Cette régénération peut se constater par la ré-innervation de l'aréole, la sensibilité de l'aréole étant un préalable indispensable à un éventuel allaitement ultérieur.

Ce texte a été présenté aux 40^{es} Assises Nationales de Sages-Femmes de Deauville, Mai 2012. Avec leur aimable autorisation.

Dans toutes les techniques à pédicule dermo-glandulaire, l'aréole reste en connexion avec une partie de la glande sous-jacente. L'allaitement sera possible si la vascularisation et le 4^e nerf intercostal et ses branches sont en bon état fonctionnel permettant le réflexe neuro-endocrinien. Moins la résection glandulaire sera importante et plus l'intervention est ancienne, plus les chances de pouvoir allaiter seront bonnes. Un facteur prédictif important est la bonne sensibilité et érectilité mamelonnaire.

■ LA CHIRURGIE D'AUGMENTATION MAMMaire

Actuellement, les plasties d'augmentation impliquent toujours l'utilisation d'implants mammaires. Ces derniers sont de tailles et de formes différentes, rondes ou anatomiques. La plupart des implants mis en place sont en gel de silicone cohésif réautorisés depuis 2001. Ils ont une souplesse au toucher très supérieure au serum physiologique. Les implants peuvent être mis en place pour des raisons esthétiques (avoir de plus gros seins, asymétrie mammaire importante, hypoplasie) ou en cas de reconstruction mammaire.

Dans les indications esthétiques, les voies d'abord sont essentiellement sous-mammaires, axillaires ou péri-aréolaires, parfois trans-aréolaires. En fonction de la morphologie thoracique et mammaire, les implants seront positionnés en pré ou rétropectoral.

Dans l'incision sous-mammaire, la cicatrice a l'avantage d'être dissimulée par le sillon sous-mammaire, de permettre un abord qui facilitera la dissection interne permettant d'éviter le méplat entre les deux seins donnant ainsi une forme plus naturelle à la poitrine. Cette technique permet en général l'allaitement à condition que le 4^e nerf intercostal ne soit pas lésé et donc que l'aréole soit bien sensible.

Dans l'incision axillaire, il y a en général peu de répercussions sur le tissu glandulaire et en général l'allaitement est donc possible.

Les plus problématiques sont les voies sous-aréolaires ou transaréolaires qui sectionnent la glande et rendent plus difficiles les possibilités d'allaitement.

En cas de mise en place de l'implant pré-pectoral, la patiente doit être prévenue qu'en cas d'engorgement elle doit être très vigilante pour éviter un abcès du sein qui pourrait se propager à la prothèse. Elle doit bien sûr cesser l'allaitement et prendre une antibiothérapie adaptée.

■ LA CHIRURGIE DE PTÔSE MAMMaire

C'est la chirurgie des seins qui tombent. Elle utilise les techniques de réduction mammaire mais un simple remodelage de la glande est effectué au lieu d'une exérèse. En cas de volume insuffisant, on peut adjoindre la mise en place d'implants. C'est en général une chirurgie qui est réalisée chez les femmes ayant fini les grossesses. Dans le cas contraire, l'association de la chirurgie à un défaut glandulaire important rend l'espoir d'allaitement plutôt faible. Bien sûr cette chirurgie ne sera proposée avant la fin des grossesses qu'en cas de détresse psychologique très importante ne permettant pas d'attendre.

■ LA CHIRURGIE DU MAMELON LIÉ À UNE INVAGINATION

En général, ces interventions consistent à sectionner les canaux galactophores afin de permettre la désinvagination du mamelon. On procède, sous simple anesthésie locale, à une incision à la base du mamelon et à une section circonférentielle des galactophores. Un pansement gras fixé à la base du mamelon restant en place huit jours permettra la cicatrisation de l'aréole en bonne position. Les galactophores sont bien entendu sectionnés mais comme nous avons pu constater des cas de régénération tissulaire avec le temps, si l'intervention est ancienne et les mamelons bien sensibles, un allaitement peut être tenté. En l'absence d'intervention, celui-ci aurait été bien entendu impossible.

>

EPI-NO
OBJECTIF PÉRINÉE INTACT

EPI-NO Delphine Plus
pour la préparation à l'accouchement et la récupération

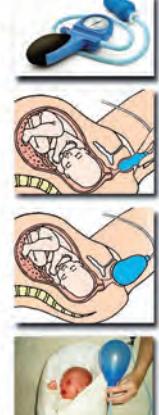
E.M.F. Electronique Médicale de France
Distributeur exclusif France
58, rue Grande • 77130 LA GRANDE PAROISSE

code commande : OBSTETRIQUE 1316

Tél./Fax : 00 33 (0)1 60 96 24 13 E.mail : emf.epino@wanadoo.fr www.epi-no.fr



N° agrément SS : 77 260 273 6



■ LA CHIRURGIE DE TUMORECTOMIE OU DE DRAINAGE D'ABCÈS

En cas d'atteinte unilatérale l'allaitement complet est en général possible qu'avec un seul sein.

Résultats de l'allaitement en cas de chirurgie mammaire

En cas de réduction mammaire ayant conservé un pédicule supérieur avec pédicule dermo-glandulaire, on considère qu'environ entre 20 à 40 % des femmes pourront allaiter leur bébé, et environ 70 % des femmes auront une lactation ; les compléments sont donc souvent d'un bon apport.

Pour les techniques avec greffe des aréoles, certaines patientes ont pu tout de même allaiter.

Dans une étude réalisée au CHU de Caen pour son mémoire, par M^{elle} Dargenne, les résultats observés ont confirmé ces données.

En cas d'augmentation mammaire, si la cicatrice est située dans le sillon sous-mammaire, en principe l'allaitement ne devrait pas poser de problème comme pour la voie d'abord axillaire.

Pour les abords sous-aréolaires ou trans-aréolaires, l'examen clinique peut permettre d'apprécier la re-sensibilisation de l'aréole et l'érectilité du mamelon.

Aspects pratiques lors de la consultation chirurgicale

Lorsqu'une chirurgie de réduction est envisagée chez la jeune fille, l'indication doit être portée pour des raisons médicales avec dorsalgies majeures, gêne intense pour la pratique du sport ou retentissement psychologique important. Une indication limite ou une demande de confort ne devra pas retenir l'attention du chirurgien à cet âge. La demande d'intervention en début de période génitale ne sera pas non plus idéale.

Il faut donc le plus possible conseiller, en dehors de problèmes médicaux évidents, de différer une intervention en la réalisant après qu'il n'y ait plus de désir de grossesse. Cela permet ainsi de mener sa grossesse sans se soucier des répercussions éventuelles sur la poitrine, d'un allaitement. Pour celles qui ont été opérées jeunes, la régénération tissulaire peut être effective lorsqu'elles arrivent en période de vie génitale.

Bien évidemment, lorsque l'indication d'une chirurgie mammaire est portée, il faut penser à l'éventuelle future maman, et si une intervention a eu lieu, il ne faut pas systématiquement se dire qu'un allaitement ultérieur sera impossible. Il faut savoir le tenter et aider pour se donner un maximum de chances de réussites car le bénéfice pour l'enfant n'est plus à prouver. •

Conduite à tenir

POUR ACCOMPAGNER UNE FEMME AYANT SUBI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE VERS UN ALLAITEMENT

- Il convient de ne pas décourager systématiquement de l'allaitement une femme ayant été opérée de la poitrine. L'interrogatoire devra permettre de connaître la nature de l'intervention et l'ancienneté de l'intervention, si le chirurgien a donné des informations à ce sujet, l'existence d'éventuels allaitements au cours de grossesses antérieures.
- L'examen clinique des seins permettra de visualiser l'emplacement des cicatrices, l'existence d'une sensibilité aréolaire et d'une érectilité du mamelon uni- ou bi-latérale.
- La patiente pourra demander un compte rendu opératoire au chirurgien afin de déterminer la technique utilisée.

Tous ces éléments permettent de déterminer si le potentiel d'allaitement est élevé ou faible et permettront d'orienter la patiente vers son choix. Il est important d'accompagner les patientes ayant des antécédents chirurgicaux qui peuvent avoir tendance à capituler plus facilement.

Avant la naissance, il n'y a aucun moyen sûr de savoir si l'allaitement se passera bien et si la femme aura suffisamment de lait. Il faudra donc, au cours du premier mois, qu'une conseillère puisse guider la femme pour lui donner des astuces permettant d'optimiser la production de lait et de résoudre d'éventuelles difficultés pratiques. Le peau à peau, l'absence de compléments en biberons sont des moyens intéressants pour favoriser la production de lait. S'il existe un engorgement localisé du fait de la section de canaux galactophores. Si un seul côté est fonctionnel, il est possible de ne sevrer qu'un seul côté par exemple. Il faudra aussi surveiller la prise de poids chez le nouveau-né afin de vérifier que la prise de poids est correcte et que l'allaitement est bien efficace. Il est possible d'avoir recours à des compléments si cela est nécessaire.

En dehors de l'aspect nutritionnel et immunologique ; l'allaitement est un moment de rapport privilégié entre la mère et l'enfant. C'est pourquoi, si une femme n'a pas ou pas assez de lait, on peut lui proposer de profiter d'autres aspects du comportement d'allaitement. On peut donc faire le choix, on peut organiser un allaitement où le bébé reçoit autre chose que le lait de sa mère. Pour cela, il existe des dispositifs comme le DAL, qui permettent de délivrer du lait au bébé pendant qu'il est au sein.