



Allaitement maternel et chirurgie mammaire

Version du 22 août 2016

Rédaction initiale : B. BRANGER

Conseil scientifique de la COFAM du 22 avril 2016 – Présents : A. MARCHALOT, R. ABS (Chirurgien plasticien, Marseille), A.TESSIER, L. FAURE, B. BRANGER, F. HAMIDI, A. SERRY. Absent : H. BRUEL. Corrections de R. ABS et A. TESSIER en juillet 2016

Contexte

Les femmes en maternité ayant eu une chirurgie mammaire sont de plus en plus nombreuses. Les décisions d'allaiter et les conditions de mise en route de l'allaitement chez ces femmes ayant été opérées quelquefois il y a 15 ou 20 ans sont quelquefois difficiles. Le présent document fait le point pour les professionnels de l'allaitement et pour les chirurgiens plasticiens sur les conséquences potentielles d'une chirurgie mammaire sur la conduite de l'allaitement maternel et propose des actions de prévention et de prises en charge pratique.

Allaitement maternel (AM)

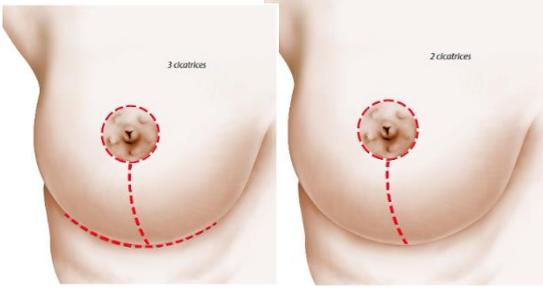
- ✓ La prévalence de l'allaitement maternel en France a fait l'objet de deux enquêtes récentes (EPIFANE et ELFE [1-4] : Les taux d'initiation de l'allaitement maternel (AM) est d'environ 70 % en sortie de maternité, et les durées médianes de 15 semaines après la naissance. A plus long terme, les taux d'AM exclusif ou prédominant sont de 20 % à 6 mois, et autour de 10 % à 1 an.
- ✓ Les facteurs associés à l'allaitement maternel et ses déterminants sociaux sont largement documentés. Sont le plus souvent retrouvés : les facteurs familiaux, les diplômes et les catégories socio-professionnelles, l'âge et la parité de la femme.... Les actions de promotion de l'allaitement maternel ont fait l'objet d'une revue de la littérature récente [5].
- ✓ Les avantages de l'allaitement maternel sont connus [6, 7] : pour le nourrisson, baisse des incidences des gastro-entérites et baisse des hospitalisations pour gastro-entérites, et baisse des incidences des maladies respiratoires et ORL, prévention de l'obésité de l'enfant et du syndrome métabolique ultérieur, avec des avis variables sur l'allergie et l'augmentation du QI. Pour la mère, ont été prouvées des améliorations du confort du post-partum, la baisse ultérieure de l'incidence du cancer du sein et de l'ovaire, du diabète de type 2 et de dépression du post-partum, ainsi qu'une réduction du risque de pathologies métaboliques et cardio-vasculaires.
- ✓ L'OMS recommande l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, et poursuivi jusqu'à deux ans voire plus en associant la diversification alimentaire en fonction des souhaits des personnes concernées [6, 8].

Les critères de succès d'un allaitement peuvent être :

- Critères subjectifs : durée conforme au projet de la mère et du couple
- Critères objectifs : allaitement exclusif jusqu'à 6 mois

Chirurgie mammaire (CM)

- ✓ L'incidence de la chirurgie mammaire chez les femmes qui viennent d'accoucher n'est pas connue en France, les enquêtes nationales récentes (EPIFANE et ELFE) n'ont pas recueilli cette information. Dans l'Ouest de la France (données du Réseau "Sécurité Naissance des Pays de la Loire"), dans deux enquêtes dans les années 2010, l'incidence de la chirurgie mammaire était de de 1.7 % sur 239 femmes allaitantes en 2009 (IC95 % : 0.4 – 4 %), et de 1.9 % en 2014 sur 473 femmes venant d'accoucher (0.9 – 3.6 %).
- ✓ Indications et méthodes chirurgicales envisagées dans ce document :
 - L'hypertrophie mammaire prise en charge par des plasties de réduction, ou par une lipoaspiration,
 - La ptose mammaire prise en charge par des plasties avec reposition de l'aréole avec un pédicule inférieur, ou un bi-pédicule (photos)..
 - L'hypotrophie mammaire prise en charge par des implants ou par injection de graisse prélevée sur la femme. Le lipomodélage du sein, seul ou associé à l'implant, est une technique de plus en plus utilisée.
 - L'invagination du mamelon prise en charge par une chirurgie correctrice.
 - Ne sont pas envisagées dans ce document : les reconstructions mammaires (comme après une mastectomie), les suites de biopsies et **tumorectomies**.
- ✓ Voies d'abord
 - Pour les implants : par voie péri-aréolaire inférieure, ou par voie sous-mammaire ou par voie axillaire. La confection de la loge prothétique peut poser problème avec le trajet du 4^{ème} nerf intercostal. La voie trans-ombilicale n'est pas envisagée ici.
 - Pour les plasties de réduction ou de correction de la ptose mammaire : cicatrice péri-aréolaire seule ou associée à une cicatrice verticale ; cette dernière peut être associée à une troisième cicatrice horizontale pour former la cicatrice en « T inversé » ou en « ancre de marine ».


 - Le repositionnement de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) fait appel à la confection d'un pédicule porte-mamelon ; celui-ci peut être supérieur, externe, interne, inférieur, double, postérieur en fonction de la technique opératoire utilisée.
- ✓ Les chirurgies compromettant l'allaitement ultérieur
 - Chirurgie du mamelon qui le plus souvent sectionne les canaux galactifères,
 - Chirurgie de réduction pour gigantomastie (souvent femme obèse de plus de 50 ans) avec greffe des aréoles selon technique de Thorek,
 - Complication post-opératoire avec perte du mamelon par nécrose.

Les études publiées

✓ Méthodes

Une revue de la littérature a été effectuée à partir de PubMed avec les mots-clés suivants : *mammaplasty*, *breast surgery*, *breast-feeding*. Les études les plus récentes ont été analysées. De plus les recommandations de sociétés savantes et des associations de consultants en lactation sont analysées.

✓ Les enjeux méthodologiques

Les études publiées sont souvent imprécises sur les deux critères principaux que sont les techniques chirurgicales (avec les voies d'abord), et le succès de l'allaitement. De plus, certaines sont anciennes avec probablement des techniques et des voies d'abord qui n'ont plus cours actuellement en France.

- Les définitions des techniques chirurgicales ne sont pas toujours précises, et les détails des voies d'abord ou des volumes de glande mammaire enlevée manquent le plus souvent de manière explicite.
- Les définitions des "succès" d'allaitement sont souvent restrictives (allaitement exclusif ou mixte à 2 ou 4 semaines après l'accouchement), et rares sont celles qui considèrent l'allaitement jusqu'à 6 mois (24 semaines dans un article). Certaines études prennent en compte les allaitements exclusifs et d'autres tous les types d'allaitement même mixtes (partiels ou prédominants).
- Les études comparatives sont rares : le principe serait de comparer deux groupes de femmes, l'un avec des femmes ayant subi une chirurgie mammaire, l'autre avec des femmes ressemblant le plus possible aux premières qui n'ont pas subi de chirurgie. On connaît en effet le rôle des facteurs non biologiques de la mise en route ou de la durée d'allaitement maternel. En l'absence de groupe témoin, certaines études comparent les taux d'initiation des femmes ayant eu une chirurgie avec les taux habituels constatés dans le territoire ou sur le lieu d'accouchement.

✓ La réduction mammaire

- L'étude de Thibaudeau [9] de Montréal en 2010 fait le point sur 26 articles publiés depuis 1957, dont 9 ont été publiés après l'an 2000 [10-18]. Pour ces dernières études, les effectifs vont de 13 à 215 femmes, les voies d'abord sont mentionnées et les critères de succès d'allaitement vont de 7 jours à 24 semaines avec des allaitements soit exclusifs, soit exclusifs et partiels. Les proportions de femmes qui allaitent selon les définitions et au terme de la période d'étude s'étendent de 54 % (à 8 semaines) à 16 % (à 24 semaines). La conclusion des auteurs est la suivante (traduction B. Branger) : "*Les femmes qui ont un enfant après avoir subi une chirurgie de réduction mammaire doivent être encouragées à allaiter. Un consensus sur la définition des succès d'allaitement est nécessaire, et nous suggérons d'utiliser le critère de la durée d'allaitement maternel exclusif de 6 mois comme il est recommandé par l'OMS*".
- Une étude comparative a été faite entre trois techniques chirurgicales en comparaison d'un groupe témoin [12] : 48 femmes avaient eu une réduction mammaire avec un pédicule supérieur, 59 avec un pédicule médian (interne), et 57 avec pédicule inférieur, soit 164 femmes comparées à 151 témoins sans réduction. Le critère de jugement était un allaitement maternel à 2 semaines : le taux d'allaitement était le même entre les trois techniques

(respectivement 62 %, 65 % et 64 %), et les taux de compléments étaient similaires entre les 3 groupes et les témoins.

- Une autre étude comparative [13] avec 58 femmes avec réduction mammaire avec une technique verticale et un volume d'exérèse de 610 grammes par sein, versus 149 témoins, n'a pas montré de différences entre le groupe opéré (65 % d'allaitement à 2 semaines) et le groupe témoin (61 %).
 - Quelques études tentent d'expliquer les moindres succès des allaitements après chirurgie par des critères autres que chirurgicaux (psychologiques et sociaux) [10].
- ✓ Les études sur les autres chirurgies :
- Wang [19] déconseille l'allaitement en raison de complications possibles après injection d'hydrogel de polyacrylamide pour augmentation du volume mammaire. Ce type d'augmentation est désormais interdit.
 - Zimpelmann [20] recommande l'allaitement après chirurgie pour cancer sous réserve que le mamelon n'ait pas été "déposé", et pense que les professionnels dissuadent les femmes d'allaiter après chirurgie pour cancer
 - Pour les augmentations mammaires [21] en Australie en 2015, l'incidence était de 0.2 % sur 379 000 accouchements. Le taux d'initiation d'allaitement "total" était de 79 % versus 89 % pour les femmes sans chirurgie, et cette différence persistait après analyse multivariée (RRa=0.90 (0.87 – 0.93). Cependant, les taux d'allaitement exclusif n'étaient pas différents.
 - La sécurité des implants de silicone sur la santé des nourrissons est évoquée et semble sans danger [22]; la plupart des implants actuels sont pré-remplis de gel de silicone.
- ✓ Les recommandations et revues de conseils :
- Nancy Hurst [22, 23] : ces articles font le point sur les questions à poser lorsqu'une femme enceinte a des antécédents de chirurgie mammaire (voir infra).
 - Santé Allaitement maternel (SAM - Marie Thirion) [24] conditionne l'efficacité d'un allaitement à deux conditions nécessaires lors de la chirurgie : privilégier les incisions que ne lèsent pas les rameaux perforants des 5^{èmes} et 6^{èmes} nerfs intercostaux qui innervent le sein, et éviter les incisions péri-aréolaires. Il faut signaler que le repositionnement de l'aréole après chirurgie pour réduction ou pour ptose comporte des incisions assez loin de l'aréole.
 - La Leche League France (LLL, Françoise Railhet) [25] a établi en 2003 des recommandations (AA 57) à propos des différentes techniques chirurgicales; il y est fait état de récupération étonnante d'une capacité à allaiter : "*S'il est prudent de prévoir la possibilité de problèmes d'allaitement lorsqu'une femme a subi une chirurgie mammaire, il est globalement impossible de prédire à l'avance ce qui se passera exactement. Le corps humain peut faire preuve de capacités de récupération surprenantes*". Il est noté que les allaitements successifs semblent mieux se passer que le 1^{er} allaitement.
 - Les Dossiers de l'Allaitement (Laure Marchand-Lucas) [26] ont établi des recommandations en 2004 (DA 60). Pour la réduction mammaire, en cas de technique préservant un volume glandulaire suffisant sous le mamelon et l'aréole ou en cas de réduction du volume du sein par liposuction, "*la femme a plus de chance d'avoir assez de lait pour allaiter complètement au sein (entre 20 et 40 % pourront allaiter complètement leur bébé – environ 70 % des femmes auront une lactation)*". Des questions à poser aux femmes qui veulent allaiter sont listées, et il est recommandé "*que les femmes contactent les consultantes en lactation ou les*

Résumé par type d'intervention

1. Les chirurgies de réduction mammaire

- ✓ Techniques chirurgicales et voies d'abord
 - Lipoaspiration qui respecte l'intégralité du potentiel de l'allaitement +++,
 - Plastie avec incision double péri-aréolaire seule ou avec une incision verticale ou triple (avec une cicatrice horizontale en "T inversé" ou « en ancre de marine »), et repositionnement du mamelon : allaitement possible mais perturbé surtout lors de l'allaitement du premier enfant après chirurgie,
 - Méthode de THOREK avec déposition du mamelon : compromet l'allaitement futur,
- ✓ Possibilités d'allaitement ultérieur
 - Dépend du volume glandulaire restant
 - Dépend du respect des canaux galactifères et des nerfs péri-aréolaires (sensibilité du mamelon).

2. Les chirurgies de la ptose mammaire

- ✓ Techniques chirurgicales et voies d'abord
 - Plastie avec repositionnement du mamelon,
- ✓ Possibilités d'allaitement ultérieur
 - Dépend du respect des canaux galactifères et des nerfs péri-aréolaires (sensibilité du mamelon).

3. Les chirurgies d'augmentation de volume des seins

- ✓ Techniques chirurgicales et voies d'abord
 - Pose d'implants,
 - Injection de graisse, lipomodelage du sein,
- ✓ Possibilités d'allaitement ultérieur
 - Pas de problème particulier, mais risque d'hypoplasie mammaire sous-jacente,
 - Pas de danger connu du silicone des implants.

4. Les chirurgies des mamelons

- ✓ Techniques chirurgicales et voies d'abord
 - Plastie du mamelon,
- ✓ Possibilités d'allaitement ultérieur
 - Très compromises.

L'information à donner aux femmes

1. Un modèle de fiche d'information établie par le **CHU de la Réunion** est montré en annexe [27].
2. **La Société Française de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (SoFCPRE)** a édité de nombreuses fiches d'informations sont disponibles auprès de la. Elles datent de 2015. Voir <http://www.plasticiens.fr/?p=31>. Des extraits sont présentés lorsque cela concernait l'allaitement :



"L'allaitement, quant à lui, est le plus souvent possible après une plastie mammaire. Cependant, on ne peut pas le promettre dans tous les cas et il faut mentionner le risque d'une impossibilité d'allaiter après certaines plasties mammaires pour hypertrophie."



"La ptose peut exister d'emblée mais survient le plus souvent après un amaigrissement important ou au décours d'une grossesse avec allaitement. Elle peut être isolée : on parle alors de ptose pure. Elle peut aussi être associée à un certain degré d'hypertrophie mammaire qui pourra être réduite à la demande. L'allaitement, quant à lui, est le plus souvent possible après une plastie mammaire. Cependant, on ne peut pas le promettre dans tous les cas et il faut mentionner le risque d'une impossibilité d'allaiter après certaines plasties mammaires pour ptose."



Grossesse/allaitement : *"Après une mise en place de prothèses mammaires, une grossesse est envisageable sans aucun danger, ni pour la patiente ni pour l'enfant mais il est recommandé d'attendre au moins six mois après l'intervention. Pour ce qui concerne l'allaitement, il n'est pas non plus dangereux et reste possible dans la plupart des cas."*



Pas d'informations sur l'allaitement ultérieur, sinon sur les causes : *"Le lipomodélage esthétique des seins ne permet lui qu'une augmentation modérée et convient mieux aux patientes qui veulent retrouver un « état antérieur » (après amaigrissement, grossesse, allaitement) et/ou désirent une solution plus « naturelle », sans corps étranger prothétique. De plus, cette technique n'est possible que si la patiente présente un site donneur de graisse suffisant."*



Pas d'information sur l'allaitement ultérieur ++ Note complémentaire de R. ABS : à noter que l'intervention chirurgicale a pour but de reconstituer un relief central au mamelon. L'objectif est purement morphologique mais en aucun cas fonctionnel dans le but d'allaiter : en effet, l'intervention ne vise pas à améliorer une future lactation

3. Les recommandations des autres sociétés savantes

- ✓ Société Française des Chirurgiens Esthétiques Plasticiens (SOFCEP) <http://www.chirurgiens-esthetiques-plasticiens.com/les-operations/> : pas de mentions de l'allaitement ultérieur
- ✓ Le portail des chirurgiens plasticiens et des dermatologues qualifiés en France (Partenaire officiel de la Société Savante Française de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique) <http://www.chirurgiens-plasticiens.info/> : pas de mentions de l'allaitement ultérieur
- ✓ Collège national des gynéco-obstétriciens français (CNGOF) : pas de références sur la chirurgie mammaire de réduction, ou de plastie, et l'allaitement maternel.
- ✓ Australian Breastfeeding Association [28] : *" La plupart des mères qui ont eu la chirurgie du sein peuvent allaiter, au moins dans une certaine mesure. Certaines mères trouvent qu'elles peuvent allaiter complètement (sans besoin de compléter), qu'elles peuvent avoir besoin d'un galactagogue, qu'elles peuvent partiellement allaiter (avec la nécessité de compléter un peu)."*
- ✓ American Academy Pediatrics (AAP) : pas de références sur la chirurgie mammaire
- ✓ ANAES/ HAS [6], INPES [29]: pas de références sur la chirurgie mammaire

Au total, les informations délivrées aux femmes qui envisagent une chirurgie mammaire sont assez imprécises et trop vagues; il est vrai qu'au moment d'une chirurgie, chez une femme jeune, l'anticipation du projet d'allaitement maternel semble difficile. D'un autre côté, les informations, pendant la grossesse ou à la naissance, qui sont destinées aux femmes ayant eu une chirurgie et qui envisagent d'allaiter, sont également imprécises.

Message pour les professionnels pendant la grossesse et après l'accouchement

1. Toute femme ayant eu une chirurgie mammaire et désirant allaiter doit rencontrer un professionnel de l'allaitement pendant la grossesse et après l'accouchement.
 - a. Il est prudent de prévoir la possibilité de problème,
 - b. Il est impossible de prévoir à l'avance ce qui se passera précisément,
 - c. Les allaitements successifs se passent mieux que le premier.

2. Les points suivants doivent être connus préalablement :
 - a. Type de chirurgie et date / grossesse, complications post-opératoire éventuelles, pose de prothèse éventuelle, repositionnement du mamelon,
 - b. Type de voie d'abord (incision),
 - c. Antécédents d'AM avant ou depuis la chirurgie pour d'autres enfants éventuels,
 - d. Sensibilité du mamelon perçue par la femme.

3. Les seins doivent être examinés :
 - a. Forme et volume,
 - b. Siège des cicatrices,
 - c. Aspect et sensibilité du mamelon.

4. La femme se pose la question de mettre en route un allaitement
 - a. L'allaitement est possible sauf en cas de nécrose du mamelon ou de plastie du mamelon avec section des canaux,
 - b. Il n'est pas possible de savoir à l'avance si la lactation sera suffisante,
 - c. Informer la patiente sur les techniques d'optimisation de la lactation et sur les signes de transfert de lait : mise au sein et stimulation précoce des seins, mises au sein très fréquentes les premiers jours,
 - d. Informer sur les techniques d'apport de complément si nécessaire : tasse, dispositif d'aide à l'allaitement (DAL), paille....,
 - e. Solliciter de l'aide dès l'accouchement, donner les coordonnées de personnes ressources en allaitement,
 - f. Nécessité d'évaluer le transfert de lait, et de suivre de façon étroite la prise de poids de l'enfant dans les premières semaines.

5. Lorsque la femme commence un allaitement
 - a. Expliquer les mécanismes de production de lait et de transfert de lait, et informer sur les signes de transfert de lait et de tétées efficaces,
 - b. Optimiser la mise en route de la lactation,
 - c. Observer les tétées,
 - d. S'assurer du suivi par des personnes ressources en allaitement après la sortie.

Messages pour les chirurgiens plasticiens

Lorsqu'une femme en âge de procréer demande une chirurgie mammaire, les points suivants doivent être évoqués :

1. Interroger la femme vis-à-vis de son désir d'allaiter ultérieurement,
2. Préciser sur les comptes rendus opératoires les techniques chirurgicales, les voies d'abord, les gestes sur les mamelons en expliquant à la femme les chances d'allaitement selon les techniques,
3. En cas d'intervention de THOREK ou de nécrose du mamelon, informer la femme que l'allaitement ne sera pas possible. En cas de plastie du mamelon, informer que l'allaitement sera peu probable,
4. La lipoaspiration est une des techniques de réduction du volume du sein ; elle respecte intégralement le volume glandulaire et par conséquent la possibilité d'un allaitement futur. En revanche, elle n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie (considérée comme esthétique),
5. Informer les femmes de l'existence de personnes ressources en allaitement (comme les consultantes en lactation, mais aussi tous les professionnels de la périnatalité), et de la nécessité d'un accompagnement particulier dès la grossesse et dans les suites immédiates de l'accouchement.

Références

1. Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, et al. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant (Épifane, 2012). BEH 2012; 34: 383-8.
2. Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, et al. Prévalence de l'allaitement maternel à la maternité (ELFE, 2011). BEH 2014; 27: 440-9.
3. Salanave B, de Launay C, Budet-Berquier J, et al. Durée de l'allaitement en France (Epifane 2012-2013). BEH 2014; 27: 450-7.
4. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, et al. Durée de l'allaitement en France (ELFE 2011). BEH 2015; 29: 522-32.
5. INSERM. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique (chapitre 12 et 21). Collection Expertise collective - Les éditions Inserm, 2014 (Paris) 2014: 721 pages - http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/expcol_2014_inegalites_sociales.pdf?sequence=1.
6. ANAES-HAS. Allaitement maternel - Mise en oeuvre dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002; (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_rap.pdf et http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf): 177 pages.
7. Turck D. Plan d'action : Allaitement maternel. Ministère de la santé, 2010: 40 pages - http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf.
8. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/> 2003: 30 pages.
9. Thibaudeau S, Sinno H, Williams B. The effects of breast reduction on successful breastfeeding: a systematic review. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2010; 63(10): 1688-93.
10. Cherchel A, Azzam C, De Mey A. Breastfeeding after vertical reduction mammoplasty using a superior pedicle. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2007; 60(5): 465-70.
11. Chiummariello S, Cigna E, Buccheri EM, et al. Breastfeeding after reduction mammoplasty using different techniques. Aesthetic Plast Surg 2008; 32(2): 294-7.
12. Cruz NI, Korchin L. Lactational performance after breast reduction with different pedicles. Plast Reconstr Surg 2007; 120(1): 35-40.
13. Cruz-Korchin N, Korchin L. Breast-feeding after vertical mammoplasty with medial pedicle. Plast Reconstr Surg 2004; 114(4): 890-4.
14. Hefter W, Lindholm P, Elvenes OP. Lactation and breast-feeding ability following lateral pedicle mammoplasty. Br J Plast Surg 2003; 56(8): 746-51.
15. Kakagia D, Tripsiannis G, Tsoutsos D. Breastfeeding after reduction mammoplasty: a comparison of 3 techniques. Ann Plast Surg 2005; 55(4): 343-5.
16. Souto GC, Giugliani ER, Giugliani C, et al. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. J Hum Lact 2003; 19(1): 43-9; quiz 66-9, 120.
17. Witte PM, van der Lei B, van der Biezen JJ, et al. [Successful breastfeeding after reduction mammoplasty]. Ned Tijdschr Geneesk 2004; 148(26): 1291-3.
18. Alliet S, Watier E, Chevrier S, et al. Breastfeeding after reduction mammoplasty using different techniques Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002; 101: 79-82.
19. Wang ZX, Luo DL, Dai X, et al. Polyacrylamide hydrogel injection for augmentation mammoplasty: loss of ability for breastfeeding. Ann Plast Surg 2012; 69(2): 123-8.
20. Zimpelmann A, Kaufmann M. [Breastfeeding nursing after breast surgery]. Zentralbl Gynakol 2002; 124(11): 525-8.
21. Roberts CL, Ampt AJ, Algert CS, et al. Reduced breast milk feeding subsequent to cosmetic breast augmentation surgery. Med J Aust 2015; 202(6): 324-8.
22. Hurst N. Breastfeeding after breast augmentation. J Hum Lact 2003; 19(1): 70-1.
23. Hurst NM. Lactation after augmentation mammoplasty. Obstet Gynecol 1996; 87(1): 30-4.
24. Santé Allaitement maternel, Thirion M. Allaitement après chirurgie du sein. http://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/aider_vos_patientes/difficultes/pour_mere/difficultes_mere_3.php
25. LLL, Railhet F. AA57 : Allaitement et chirurgie mammaire. Allaiter aujourd'hui 2003: http://www.lllfrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=1142&Itemid=130
26. Marchand-Lucas L. DA 60 : Chirurgie mammaire et allaitement. Dossiers de l'allaitement 2004: <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1335-da-60-chirurgie-mammaire>

27. Tran PL, Houdjati H, Barau G, et al. Allaitement après chirurgie du sein : information de la patiente. *Gynecol Obstet Fertil* 2014; 42(4): 205-9.
28. Association AB. Breastfeeding after breast surgery. 2014: <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-after-breast-surgery>.
29. INPES, Ministère de la Santé. Le guide de l'allaitement maternel. 2009: 62 pages - http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf.

Annexe : Fiche proposée par Tran et al.[27] (avec la permission des auteurs)

Fiche d'information aux patientes concernant l'allaitement après chirurgie mammaire

Votre médecin vous a proposé une intervention dont le but est l'ablation d'un nodule du sein, ou une chirurgie mammaire de réduction ou d'augmentation. Il a dû vous donner lors de la première consultation une fiche d'information générale conçue par la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique, ou par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français.

Le présent document a été conçu comme un complément à ces fiches et à votre première consultation, pour tenter de renforcer les informations spécifiques sur l'allaitement qui vous ont été apportées oralement par le médecin. Peut-être cela ne vous concerne-t-il pas pour le moment, mais il vous est tout de même conseillé de le lire avec la plus grande attention et de le garder précieusement pour pouvoir vous y référer en temps voulu.

Il n'est nul besoin de rappeler les bénéfices de l'allaitement. Après une chirurgie mammaire, vous pouvez choisir d'allaiter car cela reste possible dans la plupart des cas. Cependant, vous devez également prendre en compte les difficultés possibles décrites ci-dessous, afin de vous y préparer. En effet, le projet d'allaitement se prépare avant la naissance et il peut être intéressant de bénéficier d'une consultation spécialisée d'allaitement en pré-partum. N'hésitez pas à recourir à l'aide des professionnels de la naissance pour optimiser vos chances de réussite.

Chirurgie d'augmentation mammaire

Suite à la chirurgie, il a été rapporté dans la plupart des études internationales, un risque plus important d'insuffisance lactée et un délai plus long avant la montée laiteuse. Il y a plusieurs explications à cela:

- En cas d'incision péri-aréolaire (incision autour de l'aréole mammaire), même si la cicatrice devient presque non visible avec le temps, il y a plus de risque de léser des nerfs, ce qui peut diminuer la sensibilité du mamelon. Or c'est cette sensibilité lors de la tétée qui va stimuler la montée de lait.

- La prothèse peut aussi comprimer la glande mammaire et empêcher la production et le transport du lait jusqu'au mamelon, surtout si la prothèse est située en position rétro-glandulaire (en arrière de la glande mammaire).

- Cependant, si vous présentez une hypoplasie mammaire, du fait d'un nombre plus petit d'alvéoles productrices de lait, il est possible que vous ayez une insuffisance lactée, et ce, indépendamment de la chirurgie. D'un autre côté, il est montré que la qualité du lait maternel n'est pas influencée par la présence ou non d'une prothèse.

Chirurgie de réduction mammaire

La réduction mammaire est la chirurgie la plus compromettante pour la lactation car elle consiste en l'ablation irréversible d'une partie plus ou moins importante de la glande mammaire. Il est décrit de nombreux cas d'insuffisance lactée et d'une réduction de la durée de l'allaitement, particulièrement en cas de grande quantité de glande mammaire à réséquer.

Néanmoins, la plupart des techniques employées pour la chirurgie de réduction mammaire permettent de préserver l'allaitement, au moins en partie. En cas de très grande quantité de sein à enlever, il peut vous être proposé une chirurgie par la technique de Thorek, qui consiste à faire une greffe de l'aréole et du mamelon. Dans ce cas, l'allaitement est impossible, et même déconseillé car il y a un risque important d'engorgement mammaire.

Si vous envisagez d'allaiter plus tard, il est conseillé de discuter avec votre chirurgien de la technique la plus adaptée, même si la technique choisie doit en premier lieu être adaptée à l'indication.

Tumorectomie / Mastectomie partielle

Très peu d'études rapportent les effets d'une tumorectomie (ablation d'un nodule) ou d'une mastectomie partielle sur l'allaitement. Le plus souvent, un seul sein est concerné par la chirurgie et un allaitement exclusif sur le sein controlatéral est possible en cas de difficultés ou d'échec latéralisé. Car il est possible qu'au même titre que les chirurgies précédemment décrites, il y ait un risque d'insuffisance lactée, d'engorgement localisé et de diminution de la sensibilité du mamelon, particulièrement en cas d'incision péri-aréolaire.

Une fois de plus, il vous reviendra la nécessité de discuter avec votre chirurgien de la technique employée, pour trouver un compromis entre la technique la plus adaptée à la situation, et celle qui sera la plus favorable à un allaitement futur.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, votre médecin est à votre disposition pour répondre à de nouvelles questions au cours d'une prochaine consultation, par téléphone, voire le jour même de l'intervention, où il vous reverra avant l'anesthésie.