

Allaitement maternel et chirurgie de réduction mammaire : quelles conséquences ? Comment adapter la prise en charge des patientes ?

Coralie Laurent

► **To cite this version:**

Coralie Laurent. Allaitement maternel et chirurgie de réduction mammaire : quelles conséquences ? Comment adapter la prise en charge des patientes ?. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01873797

HAL Id: hal-01873797

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01873797>

Submitted on 13 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Allaitement maternel et chirurgie de réduction
mammaire*

Quelles conséquences ? Comment adapter la
prise en charge des patientes ?

Mémoire présenté et soutenu par
Coralie LAURENT

Promotion 2012

Sous la direction de Madame Murielle BERTRAND,
Sage-Femme Cadre Enseignant (F.F)

Avec l'expertise de Madame Valérie MEURER,
Sage-Femme, Secteur Mère-Enfant, MRUN

*A toutes les personnes qui me sont chères, pour leur soutien au
cours de mes études,*

*A Mesdames Bertrand et Meurer, pour leurs précieux conseils
ainsi que pour leur soutien tout au long de ce travail,*

GLOSSAIRE

P.A.M. : Plaque Aréolo-Mamelonnaire

M.R.U.N. : Maternité Régionale et Universitaire de Nancy

D.A.L. : Dispositif d'Aide à la Lactation

SOMMAIRE

Glossaire	3
Sommaire	4
Introduction	6
Partie 1	7
1. Le sein	8
1.1. Aspect anatomique	8
1.2. La chirurgie	10
2. La lactation	12
2.1. La physiologie de la lactation	12
2.2. Quelles peuvent être les conséquences d’une mammoplastie de réduction sur la lactation ?	15
Partie 2	19
1. Etude	20
1.1. Matériel et méthode.....	20
1.2. Hypothèses testées	21
1.3. Méthode et Réalisation de l’étude.....	22
2. Présentation des patientes	24
2.1. Patiente n°1 Me C, 2 ^e geste 2 ^e pare.....	24
2.2. Patiente n°2 Me W, 2 ^e geste 2 ^e pare.....	27
2.3. Patiente n°3, Me M, 1 ^e geste, 1 ^e pare.....	29
2.4. Patiente N°4, Me H, 3 ^e geste, 3 ^e pare.....	32
2.5. Patiente N°5, Me P, 2 ^e geste, 2 ^e pare	34
2.6. Patiente N°6, Me Y, 1 ^e geste, 1 ^e pare.....	37
Partie 3	40
1. Analyse et discussion	41
1.1. Pré-partum.....	41
1.2. Post-partum	44
1.3. Vécu psychologique de l’allaitement.....	46
1.4. Etat des lieux un mois après la naissance.....	47
2. Limites de l’étude	48
3. Vers une amélioration de la prise en charge de ces patientes	49
3.1. En amont de la chirurgie	49
3.2. Pendant la grossesse.....	50
3.3. A la naissance de l’enfant	51
Conclusion	52
Bibliographie	53
TABLE DES MATIERES	55
ANNEXE 1	I

ANNEXE 2	II
ANNEXE 3	III
ANNEXE 4	IV
ANNEXE 5	V

Introduction

La mammoplastie de réduction est une chirurgie esthétique qui s'adresse souvent à des femmes jeunes en âge de procréer. La possibilité d'allaiter après cette intervention doit être abordée lorsqu'elles prennent la décision de réduire le volume de leurs seins.

Les données statistiques concernant la chirurgie de réduction mammaire sont assez peu nombreuses, et même si la tendance est plutôt à l'augmentation ces dernières années il est difficile de trouver des chiffres l'affirmant.

Selon une enquête de l'International Society of Aesthetic Plastic Surgery, la France arrive en 14ème position des pays les plus sollicités pour réaliser une opération de chirurgie esthétique avec 297 438 actes de chirurgie et de médecine esthétique pratiqués en 2009. Selon d'autres statistiques du PMSI de 2002, 3830 interventions plastiques ont eu lieu en France dans les hôpitaux publics dont 44,57% étaient à but esthétiques; contre 41,75% en 1999, soit une augmentation de 2,82%.

Les interventions de mammoplasties de réduction se trouvent en France à la 6e position des opérations les plus pratiquées, et c'est la 2e opération de chirurgie réparatrice la plus pratiquée.

Comme la chirurgie esthétique est une spécialité qui entrée dans les mœurs, de plus en plus de femmes y ont recours, de ce fait nous croisons dans les maternités de plus en plus de mamans ayant subi ce genre d'interventions. Mais est-il possible d'allaiter après ce genre d'opération ? Quels sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés? Que faire pour aider au mieux ces patientes dans leur projet d'allaitement ?

Dans la première partie de ce travail quelques rappels anatomiques et physiologiques sur le sein et la lactation seront effectués, puis dans une deuxième partie l'étude qui a été menée sera présentée ainsi que les résultats obtenus et pour finir dans une 3e et dernière partie nous analyserons et discuterons les résultats.

Partie 1

1. LE SEIN

1.1. Aspect anatomique

Les auteurs s'accordent à dire que le sein est une glande exocrine, paire et lobulée située à la face antérieure du thorax, dans sa partie supérieure. C'est une glande ayant une morphologie variable selon le sexe et la phase de la vie génitale. Chez la femme, chaque sein est composé de tissu glandulaire, de tissu adipeux, d'une aréole et d'un mamelon.

1.1.1. Plan externe

Sur le plan superficiel, le sein est formé d'une partie périphérique constitué de peau et d'une partie centrale composé d'un complexe appelé Plaque Aréolo-Mammelonnaire (PAM) qui est constituée de l'aréole et du mamelon.

L'aréole est située au sommet de la glande mammaire au niveau du quatrième espace intercostal. C'est une région arrondie, pigmentée, se continuant avec la région cutanée sans limite nette.

En périphérie de l'aréole sont parsemées des glandes sébacées appelées glandes de Morgani qui s'hypertrophient pendant la grossesse et deviennent alors les tubercules de Montgomery qui ont pour fonction la lubrification de l'aréole lors de l'allaitement.

1.1.2. Plan interne

Les descriptions anatomiques qui avaient été faites de la glande mammaire pendant plus d'un siècle ont évoluées ces dernières années, particulièrement grâce aux travaux de Hovey et Trott. Ces deux chirurgiens esthétiques ont étudiés l'anatomie mammaire de 136 femmes ayant subi une mammoplastie de réduction entre 1998 et 2003 afin de mieux comprendre les relations existantes entre tissu glandulaire et tissu adipeux du sein non lactant.

Les résultats de cette étude montrent que le tissu adipeux et le tissu glandulaire sont étroitement mélangés dans le sein. L'indépendance des lobes les uns par rapport aux autres a également été remise en cause, il semblerait en effet qu'il y ait des connections entre ces derniers. Il a également été constaté que les sinus lactifères n'existaient pas, en fait ce sont les canaux lactifères qui se divisent sous le mamelon [18].

Il y a peu de temps des échographies de haute résolution, pratiquées sur le sein lactant par l'équipe de Ramsay, ont permis la mise en évidence d'un nombre de canaux lactifères moins important (4 à 8) que ce qui avait été décrit auparavant (15 à 20).

1.1.3. Vascularisation et réseau lymphatique

Le sein est un organe hautement vascularisé, essentiellement par les branches antérieures et postérieures de l'artère mammaire interne et par la branche latérale de l'artère thoracique externe.

Le drainage veineux est assuré par un réseau superficiel, les veines sous-cutanées situées au-dessus du fascia pré – mammaire, visibles naturellement pendant la grossesse particulièrement autour de l'aréole ; ainsi que par un réseau profond (vers les veines axillaire, thoracique interne et intercostales) anastomosé au précédent.

Le drainage lymphatique est très important au niveau du sein. Il existe deux sortes de lymphatiques : les glandulaires et les cutanés. Ces derniers se drainent vers deux réseaux ganglionnaires principaux : ceux du creux axillaire et ceux de la chaîne mammaire interne. Ces deux réseaux se dirigent ensuite vers les ganglions sus-claviculaires.

1.1.4. Innervation

Le sein est innervé par les branches des nerfs intercostaux 3 à 5 (3 à 6 d'après A. De Mey et M. Lejour [3]) ainsi que par des branches du plexus cervical (3^e à 5^e) ; l'aréole est innervée par la 4^e branche intercostale voire la cinquième selon les auteurs.

1.2. La chirurgie

Dans la littérature, la chirurgie pour hypertrophie mammaire est souvent associée à celle de la ptôse mammaire, or ce sont deux entités différentes l'une étant une pathologie de taille et l'autre de forme [4].

L'objectif de la réduction est triple : obtenir une réduction de volume tout en restituant au sein une forme de cône centrée par le diamètre maximal de l'aréole ; assurer la vascularisation du diamètre maximal de l'aréole et de la glande restante et enfin assurer aux cicatrices une qualité optimale, une longueur minimale et une position discrète [4].

Il existe un très grand nombre de techniques décrites dans la littérature, elles sont classées de différentes manières selon la vascularisation laissée à la PAM (vascularisation glandulaire pure, dermique, dermoglandulaire), la position de la

cicatrice (périaréolaire, en T inversé, verticale pure, sous-mammaire courte, en J ou en L) ou bien encore selon la technique chirurgicale (Pitanguy, Strombeck, Thorek,...).

La technique utilisée dépendra de l'importance de l'hypertrophie, de la plasticité du sein : son caractère souple ou rigide, de facteurs généraux comme le surpoids, le diabète, le tabac...et notamment des habitudes du chirurgien [5].



2. LA LACTATION

Il est important de différencier la lactation (fonction biologique) et l'allaitement (comportement).

2.1. La physiologie de la lactation

2.1.1. Les différentes étapes de la lactation

La lactation est une fonction physiologique, constituée de deux étapes.

2.1.1.1. *La mammogénèse*

La mammogénèse est la première étape de la lactation. C'est l'ensemble des phénomènes aboutissant au développement et à la différenciation structurale du tissu mammaire. Elle s'effectue en plusieurs étapes : fœtale tout d'abord, puis post-natale (avant et pendant la puberté) et enfin lors de la grossesse.

2.1.1.2. *La lactogénèse*

La lactogénèse, seconde étape de la lactation, aboutit à la différenciation des cellules mammaires permettant la production de lait. Plusieurs stades peuvent être différenciés.

Le stade 1 débute pendant la grossesse, sous influence hormonale de l'œstrogène (croissance des canalicules et de leurs fonctionnalités) et de la progestérone (freine l'éjection du lait). Il se termine 2 à 3 jours après la naissance lors de la montée laiteuse.

Puis le stade 2, également appelé phase d'activation, débute environ 30 heures après la naissance. Il est déclenché par la chute du taux des hormones placentaires (essentiellement la progestérone) observée immédiatement après l'accouchement.

Le lait va ensuite mûrir au cours des 4 à 6 premières semaines de vie (stade 3 également appelé galactopoïèse) pour s'adapter aux besoins de l'enfant (phase de « calibrage ») pour ensuite atteindre une production constante, environ 750mL/jour.

2.1.2. Rôle des hormones

La progestérone a un double rôle inhibiteur lors de la grossesse, tout d'abord au niveau hypophysaire elle freine la sécrétion de la prolactine, puis au niveau mammaire elle empêche la prolactine de stimuler la synthèse de certaines protéines. Son taux chute brutalement lors de la délivrance.

Le taux d'oestrogènes baisse progressivement après l'accouchement et demeure bas durant les premiers mois d'allaitement.

La prolactine est l'hormone principale qui va permettre la synthèse des constituants du lait. C'est une hormone d'origine antéhypophysaire qui est sous contrôle hypothalamique. Sa sécrétion est permise par la stimulation mécanique de la PAM. La sécrétion de cette hormone connaît des variations circadiennes : plus élevée en fin de nuit et diminuée en pleine journée.

L'ocytocine est l'hormone qui permet l'éjection du lait. Sa synthèse se fait dans l'hypothalamus, mais le stockage est situé dans la posthypophyse. La stimulation du complexe aréolo-mammelonnaire, via les récepteurs à l'étirement situés sur l'aréole va permettre la synthèse de cette hormone. Sa sécrétion est également dépendante de l'état émotionnel de la maman.

Une situation de stress ou de contrariété maternelle joue un rôle inhibiteur sur la sécrétion d'ocytocine ; « Newton a montré en 1948 que le stress psychologique ou la douleur diminuait la production de lait » [20]. Il existe quelquefois un temps de latence entre la stimulation du sein et le début de la synthèse d'ocytocine, donc le début de l'éjection du lait. Ce temps est variable d'une femme à l'autre entre 0 et 15 minutes.

2.1.3. Mécanismes de régulation

2.1.3.1. *Une régulation centrale : le contrôle endocrine*

Lors de la succion, il y a une stimulation de la PAM. Cette stimulation déclenche des pics de prolactine qui viennent s'ajouter au taux sérique de base. Le développement des récepteurs est stimulé par l'exposition des acini à la prolactine. S'il reste une quantité importante de lait dans les alvéoles, un rétrocontrôle négatif intervient en inhibant la sécrétion de prolactine, qui a pour effet de paralyser temporairement la sécrétion lactée.

2.1.3.2. *Une régulation locale : le contrôle autocrine*

Le contrôle autocrine est un mécanisme intrinsèque à la glande qui permet la régulation à court, moyen et long terme du volume de lait produit. Un des facteurs intervenants localement est le F.I.L (Feedback Inhibitor of Lactation), c'est une protéine, sécrétée par les lactocytes, présente dans le lait qui s'accumule dans les alvéoles avec les autres composants du lait et inhibe la sécrétion lactée. Cette inhibition est réversible, et ne modifie pas la composition du lait. La vitesse de synthèse du lait est inversement proportionnelle au degré de remplissage des alvéoles donc tous les facteurs qui limitent l'extraction et la demande de lait entraînent une baisse du volume de lait produit.

2.1.4. La composition du lait

Pendant les deux-trois premiers jours le lait produit est appelé colostrum, il est très riche en nutriments qui sont assimilés directement. Ce qui veut dire qu'aucune consommation d'énergie n'est nécessaire pour qu'ils soient digérés. Le lait produit ensuite contient tout les éléments nécessaires à la croissance du bébé et s'adapte continuellement à ses besoins.

2.2. Quelles peuvent être les conséquences d'une mammoplastie de réduction sur la lactation ?

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. [17]

La chirurgie de réduction diminue la masse glandulaire potentiellement lactante, peut sectionner les canaux galactophores et les nerfs à des degrés plus ou moins importants. Ainsi la capacité de lactation de la femme ayant subi une chirurgie de réduction mammaire dépend de la quantité de glande retirée, de la technique utilisée mais également du délai écoulé entre l'opération et la grossesse ainsi que du nombre de grossesses vécues.

En effet plus le temps écoulé depuis la chirurgie est long plus les chances de « réparation » sont importantes, et chaque grossesse permet un développement croissant

de la glande mammaire contribuant aussi à la « repousse » des canaux galactophores et des nerfs [17].

Actuellement la majorité des techniques de réduction mammaire tentent de préserver la continuité entre la PAM et le tissu mammaire résiduel afin de ne pas léser les structures vasculaires et nerveuses.

D'après C. Bruant- Rodier et F.Bodin [5] les techniques à pédicules postéro-inférieurs seraient réputées plus conservatrices, tandis que la technique de Thorek aussi appelée greffe d'aréole libre laisse peu de chance à la fonction lactante du sein, la plaque aréolo-mamelonnaire étant totalement sectionnée pour être repositionnée plus haut sur le sein.

L'étude rétrospective de Cacouette-Laberge et Duranceau [8] a été menée sur 18 femmes ayant subi une réduction mammaire avec aréole pédiculée (tout type confondu) huit d'entre elles ont allaités jusque 32 semaines (la moyenne étant de 11 semaines. Dans le groupe de dix femmes qui n'ont pas allaité, six ont décidé de ne pas le faire par choix personnel, deux à cause d'un accouchement prématuré (1 femme a réussi à tirer son lait pendant 2 semaines). Une des femmes s'est vu déconseillé l'allaitement par son obstétricien, et dans un des cas une absence de lactation a été observée.

Pour Strombeck en 1964, 44% mères ayant subi une chirurgie de réduction mammaire ont allaité avec succès dont 5% pendant plus de 6 mois.

Une étude rétrospective menée auprès de 30 femmes entre 1988 et 1990 à Melbourne a montré que 93% des femmes ont présenté des capacités quelque peu réduites d'allaitement. Le nombre d'allaitement à la sortie est encore de 73% mais après 3 mois il chute à 27% avec une seule patiente capable d'allaiter sans compléments. [9]

L'enquête de Chiummariello et al. [10] a permis de démontrer que l'allaitement est possible après une réduction mammaire, et les résultats obtenus sont meilleurs après une réduction avec la technique du pédicule supérieur.

L'étude de Hefter, Lindholm et Elvene [11], a été menée sur 17 femmes. D'après les auteurs, deux mois d'allaitement exclusif sont nécessaires pour que celui-ci soit considéré comme une réussite. Une période plus courte ou une supplémentation pendant les deux premiers mois sont considérés comme un échec. Sept femmes (54%) ont allaité exclusivement entre deux et quatorze mois avec succès, deux (16%) ont échoué après avoir allaités exclusivement, respectivement, deux et quatre semaines, quatre (30%) n'ont pas allaité. Le succès de l'allaitement était limité par des facteurs non chirurgicaux notamment l'influence du personnel médical. Huit des dix-sept femmes (62%) avait eu un enfant avant la mammoplastie de réduction, cinq d'entre elles ont amélioré la durée de leur allaitement après la chirurgie. Cette étude n'évoque aucune corrélation entre la quantité de tissu retiré et l'allaitement ni de relation entre la durée de l'allaitement et le délai entre l'opération et l'accouchement. La probabilité pour un nourrisson d'être toujours allaité à la fin du premier mois de vie est de 29% pour les femmes ayant subi une chirurgie de réduction et de 80% pour les femmes n'ayant pas subi de chirurgie (groupe témoin). La probabilité qu'un allaitement mixte ait été adopté

dans la même période avoisine les 68% pour les femmes avec réduction mammaire et 16% pour les femmes du groupe témoin. [13]

Dans l'étude de Harris and al. 35% des femmes ont allaité avec succès (plus de 2 mois) tandis que 65% ont décidé de ne pas allaiter ou d'arrêter l'allaitement après 2 semaines. [14].

Toutes ces études concernant la capacité à allaiter après une chirurgie de réduction mammaire ne sont, malheureusement pas comparables entre elles. En effet leurs critères de définition d'un allaitement réussi sont différents d'une étude à l'autre (durée d'allaitement, utilisation de compléments de lait artificiel,...), de plus dans certaines études les techniques chirurgicales ne sont pas différenciées.

Partie 2

1. ETUDE

1.1. Matériel et méthode

Mettre en place une étude sur un sujet tel que l'allaitement après chirurgie de réduction mammaire n'a pas été une chose aisée. En effet, même si les interventions de chirurgies mammaires sont en constante augmentation ces dernières années, la fréquence des patientes pouvant intégrer une étude n'est pas très importante ; de plus les patientes ne mentionnent pas toujours leur antécédent de chirurgie mammaire au praticien assurant le suivi de la grossesse. Ensuite la notion de chirurgie de réduction mammaire n'est pas une donnée cotée par le département d'information médicale, il n'était donc pas possible de rechercher les patientes susceptibles d'intégrer notre étude.

Une réflexion a été menée sur le type d'étude qu'il était possible de réaliser au vu de ces éléments. Il était possible de réaliser une enquête C.A.P. (connaissances-attitudes-pratiques) auprès des sages-femmes de secteur mère-enfant, celle-ci aurait permis d'obtenir un point de vue des professionnels, mais ce n'est pas ce qui était souhaité. L'étude de cas s'est alors imposée comme le meilleur choix.

1.1.1. Objectifs de l'étude

1.1.1.1. Objectif primaire

L'objectif primaire est d'étudier les répercussions de la mammoplastie de réduction sur l'allaitement maternel.

1.1.1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont d'une part, essayer d'apprécier quelles sont techniques chirurgicales qui préservent le plus la possibilité d'allaitement maternel et d'autre part de pouvoir proposer aux femmes ayant subi une chirurgie de réduction mammaire un suivi adapté.

1.2. Hypothèses testées

Les hypothèses sur lesquelles la réflexion a été menée sont les suivantes :

- L'allaitement maternel est possible pour les patientes ayant subi une chirurgie de réduction mammaire.
- L'aboutissement d'un projet d'allaitement après une mammoplastie de réduction est dépendante du soutien de l'équipe soignante
- La technique opératoire influence la capacité d'allaiter
- Le délai entre l'intervention et l'allaitement est un facteur influençant la réussite de l'allaitement

1.3. Méthode et Réalisation de l'étude

1.3.1. Type d'étude

L'étude menée fut prospective : réalisée pendant la période allant du 01 Juillet 2011 au 15 Septembre 2011, multicentrique : menée dans l'agglomération nancéenne à la Maternité Régionale et Universitaire et à la Polyclinique Majorelle, et descriptive.

1.3.2. Description de l'étude

L'étude de cas s'est imposée comme le meilleur choix au regard du sujet. Les sages-femmes de secteur mère-enfant des deux maternités nancéennes ont été informées, par le biais d'affiches (annexes 3 et 4), des objectifs et du déroulement de l'étude mise en place. Lorsqu'une patiente présente dans le service, était susceptible d'intégrer l'étude, les sages-femmes me contactaient. Je me rendais alors sur place pour rencontrer la patiente et recueillir les informations nécessaires (annexes 1,2 et 5).

1.3.3. Population étudiée

Ont été incluses dans l'étude les patientes ayant subi une mammoplastie de réduction et ayant fait le choix d'allaiter leur nouveau-né. Les grossesses multiples ainsi que les accouchements prématurés (<37SA) étaient des critères d'exclusions. Sept patientes ayant accouchées indifféremment à la Maternité Régionale et Universitaire de Nancy et à la polyclinique Majorelle ont ainsi pu être incluses dans cette étude.

1.3.4. Recueil des données

Après accord de la patiente, les données ont été collectées en trois temps. Tout d'abord un recueil des données dans le dossier médical des patientes ainsi que des données concernant l'allaitement du nouveau-né durant le séjour a été effectué. Puis un entretien succinct avec les patientes a été réalisé afin d'obtenir des informations concernant leur chirurgie. Enfin, elles ont été contactées un mois après l'accouchement pour prendre connaissance du mode d'alimentation de leur enfant, à savoir est-ce qu'un allaitement maternel est toujours en place, si oui était-ce de manière exclusive ou mixte.

2. PRESENTATION DES PATIENTES

2.1. Patiente n°1 Me C. 2^e geste 2^e pare

2.1.1. Chirurgie

La patiente a subi une chirurgie de réduction mammaire, bilatérale, en 2000. L'opération a permis le retrait d'un kilogramme dans chaque sein. Les cicatrices prennent la forme d'un « T inversé ». Le chirurgien a clairement expliqué à la patiente les risques encourus par rapport à l'allaitement.

2.1.2. Antécédents obstétricaux

Elle a accouché en juillet 2007 d'un petit garçon de 3440g, qu'elle a allaité pendant deux ou trois jours, elle ne se rappelle plus bien. Elle a stoppé l'allaitement à cause de contrariété familiale selon elle.

2.1.3. Accouchement

Le 11 Juillet 2011 elle a accouché, à terme dépassé, par voie basse d'un petit garçon de 3270g, qui s'est bien adapté à la vie extra-utérine (Apgar 8/9/10). Il a très bien tété en salle de naissance.

2.1.4. Séjour en secteur mère enfant

La patiente a été rencontrée le 13 juillet 2011, à J2 du post-partum.

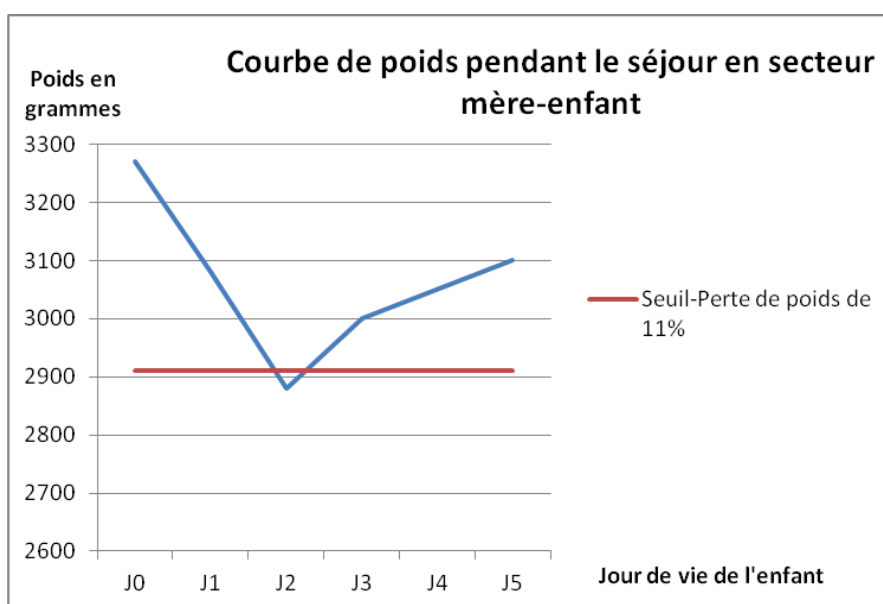
J0 : 6 tétées / 24h, espacées d'environ 3h15 en moyenne (1h-6h)

J1 : 8 tétées / 24h dont 1 de nuit, espacées d'environ 2h30 en moyenne (30min-4h)

J2 : 8 tétées / 24h dont 3 de nuit, espacées d'environ 2h en moyenne (1h15-3h15). Trois compléments de lait artificiels ont été introduits à partir du milieu de la journée (entre 5 et 15g par tétée).

J3 : un tire-lait a été mis en place pour augmenter la production lactée de la patiente

Des signes de montée laiteuse ont été observés, par la patiente pour elle-même et son nouveau-né à J3-J4. La sage-femme du service mère-enfant a noté des relations familiales tendues, notamment avec son ex-compagnon.



2.1.5. Ressenti séjour

La patiente a trouvé que l'équipe était présente, qu'elle l'a suffisamment entourée, qu'elle était assez formée sur le sujet et qu'elle n'était pas réticente par rapport au choix de la patiente.

« Elles m'ont toutes bien prévenues que cela pouvait être difficile, mais m'ont toujours soutenu dans mon choix d'allaiter mon nouveau-né. Et lorsque ensemble nous avons constaté que mon bébé ne prenait pas de poids, elles m'ont d'abord conseillé de tirer le lait voire compléter avec du lait artificiel, mais sans arrêter de mettre le bébé au sein. »

« Déçue d'avoir une aussi forte poitrine bien inutile, mais très contente de pouvoir au moins nourrir mon bébé avec mon lait, même si c'est pas l'intermédiaire du tire-lait, et même si je dois compléter avec du lait artificiel. »

2.1.6. Entretien téléphonique, un mois plus tard

Jusqu'au 24 Juillet, c'est-à-dire pendant treize jours, la patiente à allaiter son enfant de façon mixte car il ne prenait pas assez de poids. Le 24 Juillet, la patiente avait une production lactée de 60mL deux fois par jour, elle a donc préféré arrêter l'allaitement. La patiente invoque la fatigue due à un déménagement récent et les deux frères de son petit garçon.

2.2. Patiente n°2 Me W, 2^e geste 2^e pare

2.2.1. Chirurgie

Cette patiente a subi une chirurgie de réduction mammaire bilatérale en septembre 2001. La quantité retirée n'est pas connue par la patiente. Les cicatrices prennent la forme d'une ancre de marine. Le chirurgien a eu des propos clairs par rapport à un allaitement futur, il a précisé qu'il ne pouvait pas savoir s'il touchait les canaux.

2.2.2. Antécédents obstétricaux

Elle a accouché en juillet 2007 d'un petit garçon de 3600g, qu'elle n'a pas allaité car son gynécologue lui a dit qu'elle ne pourrait pas.

2.2.3. Accouchement

Le 18 juillet, elle a accouché par voie basse d'un petit garçon de 4030g, qui s'est bien adapté à la vie extra-utérine. D'après l'auxiliaire de puériculture qui a effectué la mise au sein en salle de naissance il n'y avait pas du tout de colostrum.

2.2.4. Séjour en secteur mère-enfant

La patiente a été rencontrée à J3 du post-partum

D'après la patiente l'enfant était réveillé toutes les 6h au maximum pour allaitement. Il dormait beaucoup. Selon la maman l'enfant tétait efficacement mais il n'y avait pas de lait. L'enfant a été transféré en service de néonatalogie le 20 juillet pour une protéine C réactive augmentée. Lors de son séjour en néonatalogie l'enfant a été allaité au sein toutes les 6h.

A J3, la patiente prend la décision d'arrêter d'allaitement par rapport à la chirurgie et à la perte poids du bébé. La perte de poids est alors de 11%

Le tire-lait n'a pas été mis en place, même pendant l'hospitalisation en néonatalogie de l'enfant. A aucun moment la patiente ni son enfant n'ont présentés des signes de montée laiteuse.

2.2.5. Ressenti du séjour

« Mauvais! A aucun moment on ne m'a palpé les seins pour voir s'il y avait une montée de lait sauf le quatrième jour où il s'est avéré que je n'ai jamais eu de colostrum ni donc de montée de lait alors que je demandais régulièrement si l'allaitement paraissait efficace. En réalité mon bébé a tété dans le vide pendant trois jours! Résultat une grosse perte de poids et un séjour en néonatalogie. »

D'après la patiente l'équipe possédait les connaissances nécessaires pour l'entourer et n'a pas semblé réticente, mais elle n'a pas été assez présente et l'a mal entouré : « L'équipe ne savait pas que j'avais bénéficié d'une réduction mammaire alors que cela était précisé dans mes antécédents chirurgicaux ».

2.3. Patiente n°3, Me M, 1^e geste, 1^e pare

2.3.1. Chirurgie

La patiente a subi une chirurgie de réduction mammaire bilatérale en 1996, environ 500g ont été retirés de chaque côté. Les cicatrices prennent la forme d'une ancre de marine. Le discours du chirurgien par rapport à l'allaitement a été tenu avec la maman de la patiente car elle était mineure et très peu intéressé par le sujet au moment des faits.

2.3.2. Accouchement

Le 28 Juillet, elle a accouché, à terme, d'un petit garçon de 3240g, porteur d'une fente labiale droite qui s'est bien adapté à la vie extra-utérine (Apgar 9/10)

2.3.3. Séjour en secteur mère-enfant

La patiente a été rencontrée à J1 et J4 du post-partum

L'enfant a été hospitalisé en service de soins intensifs pour la prise en charge de sa malformation. Au début de son séjour l'enfant a été nourri au lait artificiel en attendant que les pédiatres accordent le droit à la patiente de donner son lait.

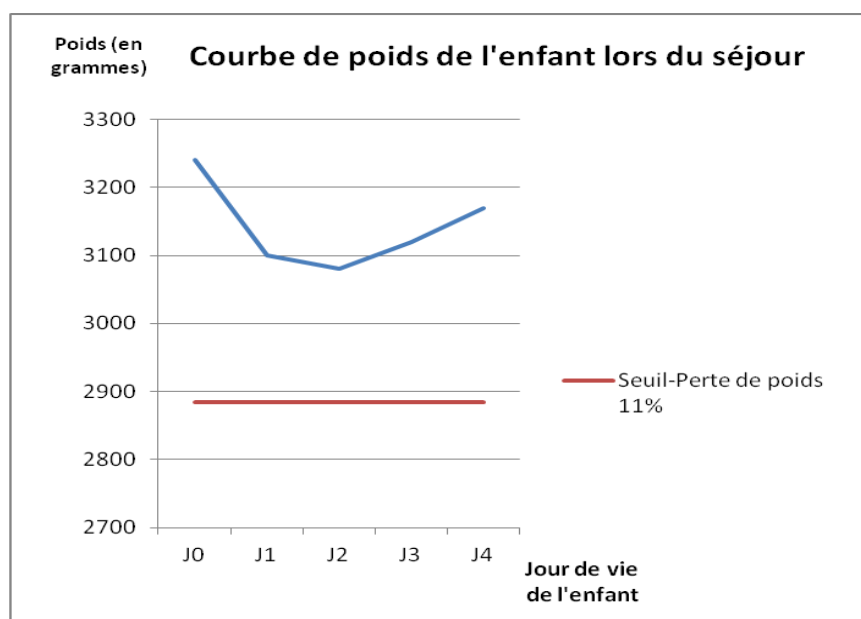
J0 : l'enfant a été nourri au lait artificiel 8 tétées / 24h (10 à 20mL)

J1 : l'enfant a pu téter 3 fois au sein dont une fois sans bout de sein, il est passé à 7 tétées / 24h

J2 : 6 tétées / 24h

J3 : alimentation à la demande.

J4 : la patiente tire 50mL de lait maternel par jour



Un tire-lait a été mis en place rapidement suite à l'accouchement, et à l'hospitalisation du nouveau-né en service de soins intensifs.

La patiente a présentée des signes de montée laiteuse à J3, elle précise que les seins ne pouvaient être vidés en totalité sur les bords externes. A la sortie les selles de l'enfant étaient des selles d'allaitement maternel. Elle a vu la consultante en lactation à J1 et J3 mais n'avait pas trop de questions, elle ne voulait pas mettre au sein pour l'instant, et disait qu'elle essaierait de le faire après le retour à la maison/l'intervention.

2.3.4. Ressenti séjour

Selon la patiente, l'équipe a été présente, l'a bien entouré et possédait les connaissances nécessaires concernant la réduction mammaire. Toujours selon elle, l'équipe n'a pas été réticente par rapport au choix d'allaiter en ayant subi une réduction mammaire : « Disponibilité de la conseillère en lactation très appréciable. »

2.3.5. Entretien téléphonique, un mois plus tard

Le bébé tète au sein difficilement, il s'énerve car rien ne vient. Au tire-lait la maman arrive à tirer 40mL le matin. Elle me dit que la diminution est progressive depuis la sortie de la maternité et qu'elle stimule régulièrement, mais pas assez souvent. De plus, son bébé est actuellement hospitalisé pour la prise en charge de sa fente labiale droite, elle est stressée et fatiguée.

2.4. Patiente N°4, Me H, 3^e geste, 3^e pare

2.4.1. Chirurgie

La patiente a subi une chirurgie de réduction mammaire, bilatérale en 2009. La quantité retirée n'est pas connue. Les cicatrices prennent la forme d'une ancre de marine. Le chirurgien a rassuré la patiente en lui disant « qu'il n'y avait pas de raison pour que ça ne marche pas, qu'il fallait juste attendre un minimum de 6 mois avant de débiter une nouvelle grossesse ».

2.4.2. Antécédents obstétricaux

Elle a accouché en 2004 et 2006 de deux enfants qu'elle a allaité, respectivement, sept mois et six mois et demi.

2.4.3. Accouchement

Le 26 Aout 2011, elle a accouché par césarienne, à terme, d'une petite fille de 3400g. La première tétée effectuée une heure après la naissance a été efficace.

2.4.4. Séjour en secteur mère-enfant

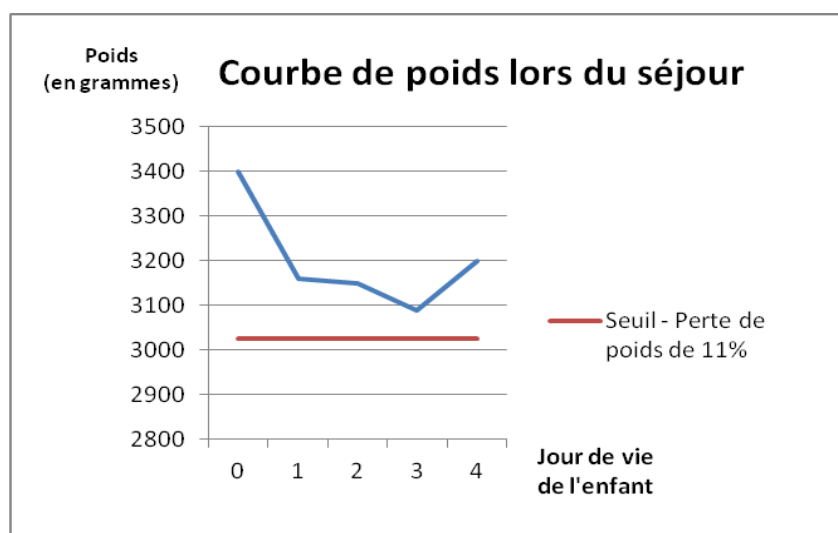
J0 : 7 tétées / 24h, espacées d'environ 3h en moyenne (2h30-5h)

J1 : 9 tétées / 24h dont 1 de nuit. 7 tétées ont été faites au sein, 1 au sein complété de lait artificiel (15 g) et 2 uniquement de lait artificiel (de 10 à 20 g). Les tétées au sein ont été espacées d'environ deux heures en moyenne (1h-5h).

J2 : 6 tétées / 24h dont 1 de nuit, espacées d'environ 2h30 en moyenne (2h-5h45). Un complément de 20g de lait artificiel a été donné.

J3 : 7 tétées / 24h dont 1 de nuit, espacées de 2h50 en moyenne (2h-4h45). Trois tétées ont été complétées avec du lait artificiel. Le tire lait a été mis en place dans la journée, la maman tirait 5g a chaque tétée.

J4 : Jour de la sortie. La patiente tirait entre 10 et 20g, et le bébé était complété systématiquement.



2.4.5. Ressenti séjour

L'équipe a montré du soutien, de la présence et des connaissances suffisantes concernant la réduction mammaire cependant elle s'est, selon la patiente, montrée réticente.

« Vu les difficultés d'avoir suffisamment de lait au début j'avais une crainte mais j'ai pris confiance petit à petit grâce aux conseils des sages-femmes et à leur gentillesse. L'envie était là et elle a grandi. »

2.4.6. Entretien téléphonique, un mois plus tard

La patiente a mis en place un allaitement mixte avec une majorité de tétées au sein mais un à deux biberons par jour sont nécessaires notamment le soir. Son bébé pèse le 27 Septembre : 4200g (soit 25g/jour).

2.5. Patiente N°5, Me P, 2^e geste, 2^e pare

2.5.1. Chirurgie

La patiente a subi une chirurgie de réduction mammaire bilatérale, à deux reprises, en 2002 et 2003. On lui a retiré 500g de chaque côté lors de la première intervention puis 200-300g la seconde fois. Les cicatrices prennent la forme d'une ancre

de marine. Le chirurgien a précisé à la patiente qu'il ne pouvait pas garantir le succès d'un allaitement maternel.

2.5.2. Antécédents obstétricaux

Elle a accouché en 2009 d'un petit garçon de 2770g qu'elle a allaité exclusivement durant trois mois et demi.

2.5.3. Accouchement

Le 11 septembre 2011, elle a accouché, à terme, par césarienne d'une petite fille de 3210g qui s'est bien adaptée à la vie extra-utérine (Apgar 10/10). La première tétée en salle de naissance a été efficace.

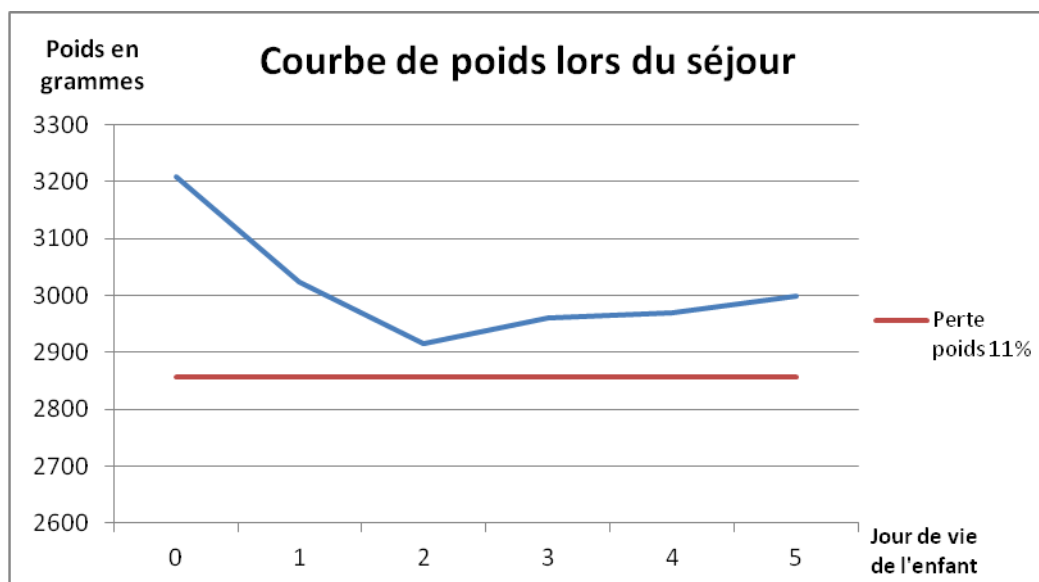
2.5.4. Séjour en secteur-mère enfant

La patiente a été rencontrée le 14 septembre 2011, à J3 du post-partum

L'allaitement s'est fait à la demande, une régularité fut tout de même observée par la maman, toutes les 3h la journée et toutes les 5 à 6h la nuit.

Les signes évoquant la mise en place de la montée de lait ont été observés vers J2/J3 par la patiente (seins tendus, changement de la consistance du lait, modifications des selles de l'enfant...).

Aucun complément de lait artificiel n'a été donné. La mise en place d'un tire-lait n'a pas été nécessaire.



2.5.5. Ressenti

« Pas de problème, bons conseils reçus »

L'équipe a eu une attitude satisfaisante pour la patiente (présence et soutien, pas de réticence)

2.5.6. Entretien téléphonique, un mois plus tard

La patiente allaite toujours exclusivement sa fille, qui pèse à ce jour 3800g (soit 20g/jour).

La journée, les tétées ont lieu toutes les 3h sur un seul sein et la nuit elle tète toutes les 4-5h mais vide les deux seins.

2.6. Patiente N°6, Me Y, 1^e geste, 1^e pare

2.6.1. Chirurgie

La patiente a subi une chirurgie de réduction mammaire bilatérale en 2006. On lui a retiré 1,250 kg par sein. Les cicatrices prennent la forme d'ancre de marine. Le chirurgien n'a pas été explicite avec la patiente au sujet de l'allaitement, elle a compris que cela ne poserait pas de problème.

2.6.2. Accouchement

Le 12 Septembre 2011, elle a accouché à terme, par voie basse instrumentalisée, d'une petite fille de 3110g, qui s'est très bien adaptée à la vie extra-utérine. La première tétée en salle de naissance a été, à priori, efficace.

2.6.3. Séjour en secteur mère-enfant

La patiente a été rencontrée le 14 Septembre à J2 du post-partum

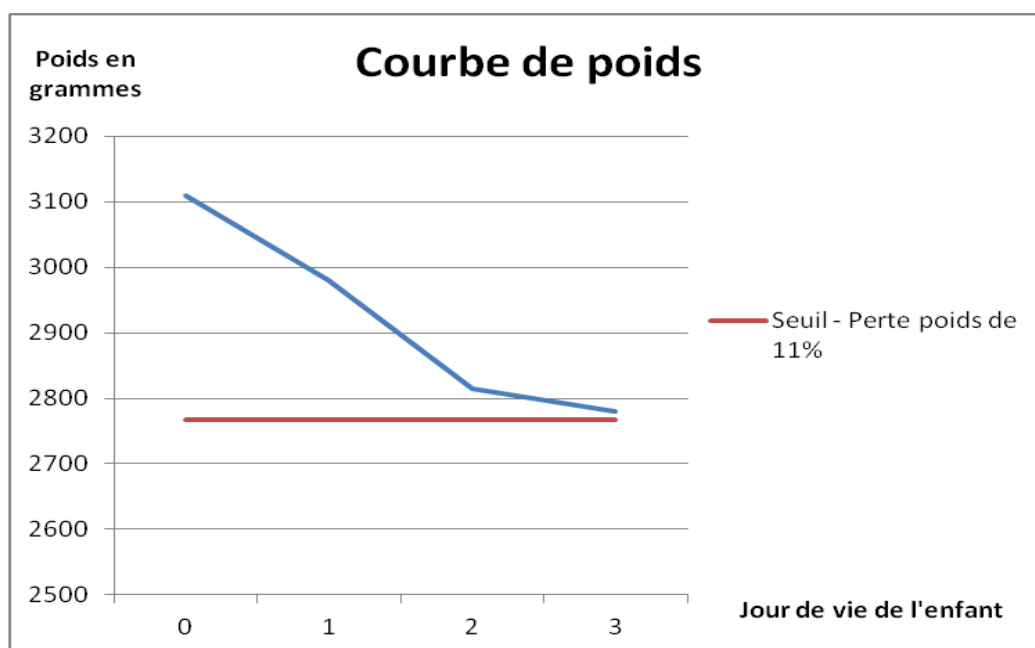
J0 : 6 tétées / 24h, espacées de 1h50 en moyenne (1h30-3h30)

J1 : 10 tétées / 24h dont 1 de nuit, espacées de 2h10 en moyenne (1h-5h40)

J2 : 10 tétées / 24h, dont 1 de nuit espacées de 2h en moyenne (1h30-3h45)

La patiente n'a pas pu sortir à J3, son nouveau-né ayant perdu plus de 10% de son poids de naissance. Des compléments de lait artificiel ont été mis en place avec le Dispositif d'Aide à L'allaitement (DAL) et le tire-lait a été mis en place. La patiente est sortie à J4, après accord du pédiatre, ayant reçu les conseils pour l'utilisation du DAL à la maison.

La patiente me dit avoir perçu des signes de montée laiteuse à J2 pour elle-même et à J3 pour son nouveau-né.



2.6.4. Ressenti

« Assez bien mais comme le bébé a perdu un peu de poids, on m'a fortement conseillé de lui donner le biberon alors que j'aurais voulu ne pas lui donner, afin de

stimuler au mieux l'allaitement au sein. Mais je pense que finalement je n'avais pas le choix car je n'avais pas assez de lait.

Lors de son séjour la patiente a trouvé que l'équipe était présente, la patiente n'a perçu aucune réticence et elle a été bien entourée. Selon elle, l'équipe ne possédait pas les connaissances nécessaires sur la réduction mammaire

2.6.5. Entretien téléphonique, un mois plus tard

Après la sortie la patiente n'a utilisé le DAL qu'une seule fois, elle ne trouvait pas cela pratique. Elle a donc pratiqué un allaitement mixte : lait maternel tiré et lait artificiel, puis elle a arrêté de tirer son lait, au bout d'une semaine et demie, car elle trouvait cela trop contraignant. Elle obtenait 10mL à chaque tétée pour les deux seins.

Un mois après la naissance, elle continue un allaitement mixte majoritairement avec du lait artificiel. Elle donne uniquement le sein matin et soir, pour les autres tétées elle donne des biberons de 90mL de lait artificiel puis le sein ensuite. La petite fille pesait 3500kg le 03 Octobre (soit environ 18g / jour).

Partie 3

1. ANALYSE ET DISCUSSION

1.1. Pré-partum

1.1.1. Situation des cicatrices et mode opératoire

Pour toutes les patientes, les incisions ont été effectuées de la même manière. En effet, les cicatrices se présentent sous la forme d'un T inversé également appelé « ancre de marine ». L'incision en T comporte une incision autour de l'aréole, puis une verticale, entre le pôle inférieur de l'aréole et le sillon sous mammaire, et enfin une incision horizontale, dans le sillon sous-mammaire. Cependant, même si les cicatrices finales sont identiques, il est impossible de savoir si la technique opératoire en elle-même était semblable, les patientes ne connaissant pas ces modalités. En effet, la cicatrice en « T » inversé est utilisée dans la plupart des techniques opératoires (Biesenberger, Pitanguy, Skoag, Mc Kissock,...). [6]

De ce fait, l'absence de rencontre avec un chirurgien plasticien effectuant des mammoplasties de réduction est un facteur qui a freiné la réalisation de l'étude. En effet, celui-ci aurait pu donner des informations sur les techniques chirurgicales pratiquées. A l'heure actuelle, plusieurs techniques sont-elles utilisées ? Quels sont les éléments qui déterminent le choix de la technique ? En connaissant de manière plus précise le mode opératoire, les liens entre la technique utilisée et les résultats obtenus auraient pu permettre de tirer des conclusions plus significatives

1.1.2. Influence de la quantité de tissu mammaire retiré

La quantité de tissu mammaire retiré n'est connue que par quatre patientes. Les quantités retirées correspondantes aux patientes n°3, 6, 1, 7 sont respectivement de 500g, 750g, 1kg, et 1,250kg. On peut noter que plus la quantité retirée est grande, plus les impacts sur la lactation sont importants. La patiente n°3 a subi le retrait de 500g/sein, elle a eu assez rapidement une production lactée puisqu'elle tirait 40cc à J3. La patiente n°6 s'est vue retirée 750g/sein au cours de deux interventions différentes, cependant elle a eu une bonne production lactée. A contrario, la patiente n°7, qui s'est vue retirera la plus grande quantité de glande, allaite de manière mixte avec une majorité de biberons de lait artificiel à un mois de vie de l'enfant.

D'après les études qui ont été menées la capacité à allaiter est plus préservée lorsque la quantité de tissu mammaire retirée est moindre [17]. Cependant la quantité restante peut être insuffisante pour assurer une sécrétion lactée ; les vaisseaux sanguins peuvent avoir été, plus ou moins, lésés et ne plus pouvoir assurer une vascularisation suffisante des alvéoles ; s'il y a des lésions nerveuses, celle-ci peuvent interférer avec le réflexe d'éjection et la sécrétion d'hormones

1.1.3. Influence du délai écoulé depuis l'intervention

Le délai moyen entre la chirurgie de réduction mammaire et l'allaitement est de huit ans et demi (2 ans -15ans). Les patientes ayant effectué leur chirurgie plus de huit ans avant l'allaitement n'ont pas pour autant réussi à avoir une production lactée plus

importante que les autres ou à allaiter plus longtemps. Pourtant, d'après les données recueillies dans la littérature, plus le temps écoulé depuis l'intervention est grand, plus les chances de « réparation » sont importantes. De plus, à chaque nouvelle grossesse, la glande mammaire se développe de manière importante, contribuant ainsi à la « réparation » des canaux galactophores et des nerfs [17].

1.1.4. Antécédents d'allaitement

Dans cette enquête une patiente sur deux avait vécu des allaitements antérieurs. Pour la patiente n°1, ce fut un allaitement de quelques jours (deux ou trois), qu'elle a arrêté au cours du séjour à la maternité, la lactation n'était donc pas mise en place. La patiente n°5 a allaité ses deux premiers enfants pendant sept mois et six mois et demi, cependant ces allaitements ont eu lieu avant la chirurgie de réduction mammaire. La patiente n°6 a, quant elle, allaité son premier enfant pendant trois mois et demi de manière exclusive, et dans cette étude c'est la seule des six patientes qui allaitait toujours son enfant à un mois de vie. La situation peut donc évoluer au fil du temps notamment s'il y a eu des allaitements antérieurs puisqu'au cours de chaque lactation la re-perméabilisation des canaux galactophores est favorisée par le développement de la glande mammaire [17].

1.1.5. Propos du chirurgien

Les patientes rencontrées au cours de l'étude ont entendu des conseils divers et variés de la part de leur chirurgien, ceux-ci n'étant pas en accord. Trois patientes déclarent avoir reçu des informations claires, quant aux risques par rapport à l'allaitement. Une des patientes était mineure au moment de l'intervention et peu intéressée par le sujet. Pour deux autres patientes, le chirurgien a laissé entendre qu'il n'y aurait pas de problème pour l'allaitement.

D'après les données de la littérature, les chirurgiens conseillent d'éviter une grossesse au cours des premières années, mais également d'allaiter. Ces recommandations sont faites, à priori, par crainte des modifications des cicatrices et de la morphologie qui sont entraînées par l'augmentation de volume des seins [7].

1.2. Post-partum

1.2.1. Premières tétées et mise en place de l'allaitement

Pour toutes les patientes, une tétée au sein a été effectuée dans les deux premières heures qui ont suivi la naissance, elles ont toutes été qualifiées « d'efficaces » sauf pour la patiente n°2. En effet, l'auxiliaire de puériculture présente en salle de naissance, a rapporté l'absence de colostrum s'écoulant des seins et ce, même après un massage aréolaire mené de manière appropriée. En moyenne 7 tétées par 24h dont au moins une tétée de nuit ont eu lieu pour cinq patientes sur six, sauf pour la patiente n°2 dont le nouveau-né très endormi ne prenait le sein que 4 à 5 fois / 24h. La stimulation

initiale a donc été efficace pour cinq patientes sur six, cependant la montée laiteuse a été observée de manière retardée et diminuée pour les patientes n°1 et 5, de manière insuffisante chez la patiente n°7 et n'a pas été observée chez la patiente n°2.

D'après les données de la littérature la possibilité d'allaiter est d'autant plus grande que la lactation a été stimulée, ce qui favorise la re-canalisation et la ré-innervation grâce aux capacités d'autoréparation du corps humain [7] ; [17].

1.2.2. Compléments de lait artificiel et mise en place du tire lait

Des compléments de lait artificiel ont été donnés à cinq nouveau-nés sur six : « souvent » pour trois nouveau-nés (un biberon toutes les trois tétées), « à chaque tétée » pour deux nouveau-nés hospitalisés en service de néonatalogie. Une seule patiente a allaité exclusivement pendant le séjour en maternité sans avoir besoin de recourir aux compléments de lait artificiel.

Le tire-lait a été mis en place pour diverses raisons chez quatre patientes. Tout d'abord, pour un enfant hospitalisé en service de néonatalogie (tire-lait mis en place à J0), ensuite, pour augmenter la production lactée des patientes n°1, 5 et 7 (tire-lait mis en place à J3). La patiente n°2, qui a vu son enfant être hospitalisé en néonatalogie pour une perte de poids importante ainsi qu'une infection, ne s'est pas vu proposé de tire-lait par l'équipe soignante.

Dans la littérature, il est précisé que les patientes ayant subi une chirurgie de réduction mammaire devront souvent avoir recours à des compléments de lait artificiel que ce soit à court terme pour temporiser en attendant l'installation de la lactogenèse de stade 2, ou à plus long terme pour pallier à une insuffisance de production [9] ; [17].

1.3. Vécu psychologique de l'allaitement

1.3.1. Attitude et soutien de l'équipe soignante

L'équipe soignante a été jugée réticente par rapport au choix de deux patientes et pas assez présente par une patiente. Une autre a trouvé que l'équipe ne possédait pas les connaissances nécessaires sur la chirurgie de réduction mammaire.

D'après l'étude de CHIUMMARIELLO, S. et al, le manque d'encouragement de l'équipe soignante est responsable de 20% des échecs d'allaitement [10]. La mise en place d'un allaitement n'est déjà pas chose aisée habituellement, il est donc nécessaire dans ces situations particulières que la patiente ait d'autant plus le sentiment d'être soutenue dans ses choix.

1.3.2. Ressenti des patientes

Globalement, le ressenti des patientes sur leur séjour à la maternité est bon (cinq patientes sur six) même si leur allaitement n'a pas pu être mené comme elle le souhaitait : de manière exclusive ou sur le long terme. Il est, en revanche, jugé mauvais par une patiente.

1.4. Etat des lieux un mois après la naissance

A un mois de vie des enfants de cette étude, une seule patiente (n°6) allaite toujours de manière exclusive. Deux patientes (n°1 et 2) ont arrêté l'allaitement : la patiente n°1 au bout de deux semaines, par insuffisance de lait selon elle, et la patiente n°2 par absence de sécrétion lactée. La patiente n°3 allaite de manière mixte tout comme les patientes n°5 et 7. On note donc que l'intervention limite la capacité à allaiter de ces femmes, même si l'on sait que d'autres facteurs peuvent interférer.

Au vu des conditions particulières entourant la naissance, il est nécessaire de considérer la patiente n°3 à part. Cette patiente a réussi à produire rapidement une quantité suffisante pour subvenir aux besoins de son enfant (40cc à chaque tétée à J3), cependant cette production s'est tarie lors du retour à la maison. L'enfant a été hospitalisé dans le mois suivant la sortie pour la prise en charge chirurgicale de sa malformation. La maman m'a confié être fatiguée des allers-retours à l'hôpital et stressée par rapport aux interventions subies par son enfant. Il est très probable que tous ces facteurs aient pesé de manière non négligeable sur l'allaitement. Mais de par ce cas, il est possible d'admettre que, probablement, l'intervention n'altère que peu la capacité à allaiter si le délai est long et, la quantité de tissu mammaire retirée peu importante. Cependant il est impossible d'avoir la certitude que la fatigue et le stress étaient les seules causes de la diminution de la production lactée de cette patiente.

Sur six patientes, cinq ont réussi à obtenir une production lactée. Cependant, pour certaines, cette production était insuffisante pour subvenir aux besoins journaliers de leur bébé.

2. LIMITES DE L'ETUDE

Plusieurs facteurs ont limité la réalisation de cette étude. Tout d'abord, l'absence d'éléments concernant la chirurgie en pré-partum a été négligée dans le recueil de données. Etait-ce quelque chose de connu avant le séjour en secteur mère-enfant ? À quel moment de la grossesse la découverte de cette chirurgie a été faite? La patiente l'a-t-elle dit spontanément en début de grossesse lors de l'anamnèse ou cela a été découvert par l'examen clinique en consultation ou plus tard en secteur mère-enfant ? Si la découverte a été assez précoce, des explications ont-elle été données à la patiente pendant la grossesse par rapport à l'allaitement, aux difficultés potentielles ? Ces données auraient pu permettre d'apprécier l'impact de la prise en charge post-natale et de l'information en pré-partum.

Un recueil d'information sur la sensibilité au niveau de l'aréole a également été négligé. En effet, l'absence de sensibilité de la PAM aurait pu être un indice important, représentatif des lésions nerveuses de cette zone, qui aurait pu permettre de tirer des conclusions.

3. VERS UNE AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE CES PATIENTES

Les Sages-femmes sont au premier plan pour soutenir et aider les femmes qui rencontrent des difficultés lors de leur allaitement. Difficultés d'autant plus présentes, à priori, après une chirurgie de réduction mammaire. Il est donc important que ces patientes bénéficient d'un suivi adapté à leur situation. Il serait nécessaire, même indispensable, que cette prise en charge soit commencée dès le début de la grossesse voire avant, au moment de l'intervention.

3.1. En amont de la chirurgie

Lorsqu'une patiente prend la décision de consulter un chirurgien plasticien un projet d'allaitement peut être présent dans son esprit mais elle peut également n'y avoir jamais pensé. C'est pourtant à ce moment là qu'il serait nécessaire de lui expliquer, de façon claire, les difficultés qui sont susceptibles d'être rencontrées ultérieurement. Il pourrait exister un consensus, entre les différents chirurgiens pratiquant ce genre d'interventions afin que leur discours, concernant un futur allaitement, soit semblable. Actuellement un délai de réflexion de quinze jours est obligatoire entre la première consultation et l'intervention [23] celui-ci pourrait être allongé afin que les patientes prennent le temps de réfléchir aux conséquences, non négligeables, de cette intervention, sur leur projet d'allaitement futur.

En tant que professionnel de la périnatalité, il est légitime de se demander si le chirurgien s'intéresse à un futur projet d'allaitement désiré par sa patiente et s'il choisit la technique chirurgicale en fonction de ses désirs. Si, pour certains, ce n'est pas le cas, on peut espérer, qu'un jour, ils puissent adapter au mieux le mode opératoire, en fonction des souhaits de leurs patientes, afin de pouvoir préserver au maximum la capacité d'allaitement. Cependant les chirurgiens n'ont sûrement que peu de retours de leurs patientes à propos d'éventuels allaitements maternels, ce qui ne leur permet pas de prendre du recul par rapport à leur technique chirurgicale

3.2. Pendant la grossesse

C'est au premier trimestre, lors de la première consultation prénatale, que devrait être décelées les interventions chirurgicales de réduction mammaire ayant été effectuées par les patientes. En effet, l'examen clinique des seins doit permettre de découvrir toutes les patientes présentant des cicatrices au niveau de la poitrine, et de pouvoir leur faire préciser quelle intervention a été réalisée.

Après avoir découvert ces antécédents d'intervention de chirurgie mammaire, le praticien qu'il soit sage-femme ou obstétricien, devrait pouvoir informer et conseiller la patiente ou l'orienter si nécessaire vers un spécialiste en lactation. En effet, la patiente ainsi que son conjoint doivent être avertis qu'il est difficile de prédire, à priori, la réussite ou l'échec de l'allaitement. Les difficultés rencontrées seront peut être plus importantes que pour une autre patiente, n'ayant pas effectué d'intervention mammaire, mais pas forcément. Etre mieux informé pourrait permettre au couple de mieux se

préparer sur la relation d'allaitement avec leur bébé et, peut être, d'avoir des attentes plus réalistes.

3.3. A la naissance de l'enfant

Il est nécessaire de ne pas attendre plusieurs jours, après avoir constaté que l'enfant ne prend pas de poids par exemple, avant d'intervenir. En effet, le suivi devrait être personnalisé et adapté dès la naissance de l'enfant. Tout d'abord, il serait nécessaire d'expliquer à la patiente comment effectuer une expression de lait manuelle et observer avec elle si le colostrum s'écoule. La première tétée au sein devrait être observée pendant toute sa durée pour pouvoir dire si, oui ou non, celle-ci a été efficace. Puis, il faudrait continuer, tout au long du séjour, ce suivi adapté afin de pouvoir proposer rapidement des conseils, des solutions à la maman si la lactation ne s'installe pas dans les délais habituels, si elle ressent des douleurs ou des difficultés à vider totalement le sein....

Il faut également penser à instaurer, si cela n'est pas fait, un relais adapté lors du retour à la maison. En effet, il semble très déstabilisant pour une maman très soutenue, lors du séjour à la maternité, de se retrouver seule sans aucun conseil du jour au lendemain. Le doute peut très facilement s'installer avec les conséquences que l'on connaît : motivation s'amenuisant, introduction de compléments de lait artificiel, de plus en plus nombreux qui amène indéniablement à un arrêt de l'allaitement maternel. Pour éviter ce genre de désagréments, il faut organiser le retour à la maison de façon anticipée, ainsi la patiente peut rencontrer la sage-femme qui s'occupera du suivi post-natal pendant la grossesse.

Conclusion

L'allaitement maternel après chirurgie de réduction mammaire est un sujet difficile à manier, un travail au terme duquel il n'est pas évident de tirer des conclusions, d'arriver à un consensus pour la prise en charge de ces patientes.

Il est impossible de dire à une patiente « Oui, Madame vous pourrez allaiter » ou « Non, désolé Madame ça ne sera pas possible ». La possibilité de lactation dépend de l'état des structures mammaires (glande, nerfs et vaisseaux) dont il est difficile de faire le bilan. Il est nécessaire, une fois de plus, de bien distinguer la lactation de l'allaitement ; quasiment toutes les femmes peuvent avoir une lactation (sauf pour les techniques où l'aréole est complètement détaché de la glande mammaire), mais elles ne pourront pas toutes allaiter exclusivement au sein et devront avoir recours à des compléments de lait artificiel pour subvenir aux besoins journaliers de leur enfant. Alors oui, après une chirurgie de réduction mammaire presque toutes les femmes arrivent à produire du lait, reste à observer en quelle quantité...

L'information est un temps essentiel, pour le couple, de la préparation du projet d'allaitement. Fournir aux futurs parents les informations nécessaires sur l'établissement de la lactation, le déroulement d'une tétée au sein, ainsi que sur les conséquences de la chirurgie sur toute cette physiologie est fondamental pour leur permettre de mieux comprendre les difficultés auxquelles ils risquent d'être confrontés.

La présence et le soutien de l'équipe soignante, tout au long de la grossesse et lors du séjour à la maternité, sont primordiaux afin de conforter la patiente dans son choix et l'aider à surmonter les éventuelles difficultés qu'elle rencontrerait.

La prise en charge adaptée et personnalisée des patientes nécessite de passer beaucoup de temps auprès d'elles que ce soit avant, pendant ou après la grossesse. La présence d'une consultante en lactation, accessible librement aux femmes à tout moment du péripartum, ne serait-elle pas utile à l'amélioration de celle-ci ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] GABKA, C.J., BOHMERT, H. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2^e ed. 2009. 289p. ISBN : 978-3-13-103572-1
- [2] BEAUDRY, M. CHIASSON, S. LAUZIÈRE, J. *Biologie de l'allaitement*. Québec : Presse de l'Université du Québec, 2006. ** p. ISBN : 2-7605-1395-5
- [3] DE MEY, A. LEJOUR, M. *Plasties mammaires pour hypertrophie et ptôse*. EMC (Elsevier, Paris). Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, 45-661, 1999, 11p.
- [4] BRUANT-RODIER, C. BODIN, F. *Plasties mammaires pour hypertrophie et ptôse (I). Principes généraux*. EMC (Elsevier, Paris). Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, 45-661, 2010, 17p.
- [5] BRUANT-RODIER, C. BODIN, F. *Plasties mammaires pour hypertrophie et ptôse (II). Techniques*. EMC (Elsevier, Paris). Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. 45-662. 2010, 24p.
- [6] OHANA, J. SELINGER, R. Que maîtrisons-nous dans la plastie mammaire pour ptose et/ou hypertrophie?. *Annales de chirurgie plastique esthétique*, 2003, vol.48, n°5, p.371-388
- [7] MARCHAND-LUCAS, L. Chirurgie mammaire et allaitement. *Les dossiers de l'allaitement*. 2004, n°60, p.10-15
- [8] CACOUETTE-LABERGE, L. DURANCEAU, L.A. Allaitement après réduction mammaire. *Annales de chirurgie*. 1992, vol.46, n°9, p.826-829.
- [9] MARSHALL, D.R. CALLAN, P.P. NICHOLSON, W. Breastfeeding after reduction mammoplasty. *British journal of plastic surgery*. 1994, vol.47, n°3, p.167-169.
- [10] CHIUMMARIELLO, S. et al. Breastfeeding after reduction mammoplasty using different techniques. *Aesth Plast Surg*. 2008, vol. 32, n°2, p.294-297.
- [11] HEFTER, W. LINDHOLM, P. ELVENES, O.P. Lactation and breast-feeding ability following lateral pedicle mammoplasty. *The British Association of Plastic Surgeons*. 2003, vol.56, n°8, p.746-751

[12] THIBAUDEAU, S. SINNO, H. WILLIAMS, B. The effects of breast reduction on successful breastfeeding: A systematic review. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*. 2010, vol.63, n°10, p.1688-1693.

[13] APARECIDA DE ANDRADE, R. PEREIRA COCA, K. ABRAO, A.C.F.V. Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. *Jornal de Pediatria*. 2010, vol.86, n°3, p.239-244

[14] HARRIS, L. and al. Is breast feeding possible after reduction mammoplasty? *Plastic and reconstructive surgery*. 1992, vol. 89, n°5, p.836-839

[15] DE PENA, G. Chirurgie mammaire et allaitement : 2 cas. *Les dossiers de l'allaitement*. 2006, n°68, p.8

[16] CLERC, S. Relactation après réduction mammaire et traitement par bromocriptine. *Les dossiers de l'allaitement*. 2010, n°84, p.4

[17] RAILHET, F. Allaitement et chirurgie mammaire. *Allaiter aujourd'hui*. 2003, n°57.

[18] Le sein lactant : nouvelles techniques, nouvelles données. *Les dossiers de l'allaitement*. 2010, n°83, p.14

[19] GREMMO-FEGER, G. Allaitement maternel La physiologie au service de pratiques optimales. *Les dossiers de l'obstétrique*. 2011, n°403, p.9

[20] GREMMO-FEGER, G. Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. *La revue SPIRALE*. 2003, n°27, p.45-49

[21] GREMMO-FEGER, G. Lactation humaine : nouvelles données anatomophysiologiques et implications cliniques. *Médecine et Enfance*, 2006, p.503-509

[22] <http://www.bfar.org>

[23] Loi du 04 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Décret d'application paru au Journal Officiel le 12 Juillet 2005

TABLE DES MATIERES

Glossaire	3
Sommaire	4
Introduction	6
Partie 1	7
1. Le sein	8
1.1. Aspect anatomique	8
1.1.1. Plan externe.....	8
1.1.2. Plan interne.....	9
1.1.3. Vascularisation et réseau lymphatique.....	9
1.1.4. Innervation	10
1.2. La chirurgie	10
2. La lactation	12
2.1. La physiologie de la lactation	12
2.1.1. Les différentes étapes de la lactation	12
2.1.1.1. La mammogénèse.....	12
2.1.1.2. La lactogénèse.....	12
2.1.2. Rôle des hormones	13
2.1.3. Mécanismes de régulation.....	14
2.1.3.1. Une régulation centrale : le contrôle endocrine	14
2.1.3.2. Une régulation locale : le contrôle autocrine	14
2.1.4. La composition du lait.....	15
2.2. Quelles peuvent être les conséquences d'une mammoplastie de réduction sur la lactation ?	15
Partie 2	19
1. Etude	20
1.1. Matériel et méthode.....	20
1.1.1. Objectifs de l'étude	21
1.1.1.1. Objectif primaire	21
1.1.1.2. Objectifs secondaires	21
1.2. Hypothèses testées	21
1.3. Méthode et Réalisation de l'étude.....	22
1.3.1. Type d'étude	22
1.3.2. Description de l'étude	22
1.3.3. Population étudiée.....	22
1.3.4. Recueil des données	23
2. Présentation des patientes	24
2.1. Patiente n°1 Me C. 2 ^e geste 2 ^e pare.....	24
2.1.1. Chirurgie	24
2.1.2. Antécédents obstétricaux	24
2.1.3. Accouchement.....	24
2.1.4. Séjour en secteur mère enfant	25

2.1.5.	Ressenti séjour	26
2.1.6.	Entretien téléphonique, un mois plus tard.....	26
2.2.	Patiente n°2 Me W, 2 ^e geste 2 ^e pare.....	27
2.2.1.	Chirurgie	27
2.2.2.	Antécédents obstétricaux	27
2.2.3.	Accouchement.....	27
2.2.4.	Séjour en secteur mère-enfant.....	28
2.2.5.	Ressenti du séjour	28
2.3.	Patiente n°3, Me M, 1 ^e geste, 1 ^e pare.....	29
2.3.1.	Chirurgie	29
2.3.2.	Accouchement.....	29
2.3.3.	Séjour en secteur mère-enfant.....	29
2.3.4.	Ressenti séjour	31
2.3.5.	Entretien téléphonique, un mois plus tard.....	31
2.4.	Patiente N°4, Me H, 3 ^e geste, 3 ^e pare.....	32
2.4.1.	Chirurgie	32
2.4.2.	Antécédents obstétricaux	32
2.4.3.	Accouchement.....	32
2.4.4.	Séjour en secteur mère-enfant.....	32
2.4.5.	Ressenti séjour	34
2.4.6.	Entretien téléphonique, un mois plus tard.....	34
2.5.	Patiente N°5, Me P, 2 ^e geste, 2 ^e pare	34
2.5.1.	Chirurgie	34
2.5.2.	Antécédents obstétricaux	35
2.5.3.	Accouchement.....	35
2.5.4.	Séjour en secteur-mère enfant.....	35
2.5.5.	Ressenti	36
2.5.6.	Entretien téléphonique, un mois plus tard.....	36
2.6.	Patiente N°6, Me Y, 1 ^e geste, 1 ^e pare.....	37
2.6.1.	Chirurgie	37
2.6.2.	Accouchement.....	37
2.6.3.	Séjour en secteur mère-enfant.....	37
2.6.4.	Ressenti	38
2.6.5.	Entretien téléphonique, un mois plus tard.....	39
Partie 3		40
1. Analyse et discussion		41
1.1. Pré-partum.....		41
1.1.1. Situation des cicatrices et mode opératoire.....		41
1.1.2. Influence de la quantité de tissu mammaire retiré		42
1.1.3. Influence du délai écoulé depuis l'intervention		42
1.1.4. Antécédents d'allaitement.....		43
1.1.5. Propos du chirurgien		44
1.2. Post-partum		44
1.2.1. Premières tétées et mise en place de l'allaitement.....		44
1.2.2. Compléments de lait artificiel et mise en place du tire lait.....		45
1.3. Vécu psychologique de l'allaitement.....		46
1.3.1. Attitude et soutien de l'équipe soignante.....		46
1.3.2. Ressenti des patientes.....		46
1.4. Etat des lieux un mois après la naissance.....		47

2. Limites de l'étude	48
3. Vers une amélioration de la prise en charge de ces patientes	49
3.1. En amont de la chirurgie	49
3.2. Pendant la grossesse	50
3.3. A la naissance de l'enfant	51
Conclusion.....	52
Bibliographie	53
TABLE DES MATIERES	55
ANNEXE 1	I
ANNEXE 2.....	II
ANNEXE 3.....	III
ANNEXE 4.....	IV
ANNEXE 5.....	V

ANNEXE 1

Lettre d'information à destination des patientes

Etudiante sage-femme en 3^e année, je réalise actuellement mon mémoire de fin d'étude dont le thème est l'allaitement chez les femmes ayant subi une mammoplastie de réduction.

A travers ce mémoire je souhaite montrer qu'il existe une relation entre la chirurgie de réduction mammaire et l'allaitement maternel.

L'étude consistera en un questionnaire pendant le séjour en maternité (temps de remplissage : 15-20 minutes maximum), un recueil d'informations dans votre dossier médical ainsi qu'un court entretien téléphonique, d'environ 10 minutes, 1 mois après l'accouchement.

La participation à cette étude est volontaire. Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Votre décision ne changera en rien les soins que vous recevrez à la maternité.

Melle LAURENT Coralie
Etudiante Sage-femme en 3^e année

ANNEXE 2

Formulaire de consentement

Je soussigné Mme née le

.....

affirme avoir été informée par écrit des buts et des modalités de l'étude menée par Melle LAURENT Coralie, étudiante sage-femme en 3^e année.

J'ai bien été informée que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette enquête, et que ma décision ne changera en rien les soins qui me seront donnés.

Toutes les informations recueillies pour l'étude resteront strictement confidentielles. Ces données seront enregistrées sur un fichier informatique confidentiel.

J'accepter de participer à l'étude :

- OUI
- NON

Fait à :

Le :

Signature :

ANNEXE 3

A l'attention des Sages-femmes de Secteur Mère Enfant,

Etudiante sage-femme en 3^e année, je réalise actuellement mon mémoire de fin d'étude dont le thème est l'allaitement chez les femmes ayant subi une mammoplastie de réduction.

Mon étude a pour objectif d'analyser l'impact de la chirurgie de réduction mammaire sur l'allaitement maternel par plusieurs facteurs comme l'implantation des cicatrices, le délai entre la chirurgie et la grossesse, le soutien de l'équipe soignante,...

Pour réaliser mon étude je vais être amenée à voir ces femmes en secteur mère-enfant, je prendrai donc très régulièrement contact avec les différents secteurs pour vous demander si une patiente est susceptible de rentrer dans mon étude. Si c'est le cas, je me déplacerai avant la sortie de la patiente pour pouvoir la rencontrer.

Je vous remercie par avance pour votre collaboration, et je ne manquerai pas de vous transmettre les résultats de mon travail.

Cordialement,

Melle Coralie LAURENT, ESF 3^e année

ANNEXE 4

Mémoire étudiante sage-femme

Je réalise actuellement un mémoire ayant pour thème l'allaitement après chirurgie de réduction mammaire.

Je vous serai reconnaissante de bien vouloir me signaler toute patiente susceptible de rentrer dans mon étude.

D'avance merci,

Coralie LAURENT

06-
laurent.coralie2@orange.fr

ANNEXE 5

1. Quelle est la date de la chirurgie de réduction mammaire ? .. / .. /

2. Cette chirurgie a concerné ?

- Un seul sein. Lequel ?
- Les deux.

3. Quelle était le motif de la chirurgie ?

4. Quel type chirurgie avez-vous subi ? Comment sont situées vos cicatrices ?

.....
.....
.....

5. Le chirurgien a-t-il évoqué l'allaitement maternel avec vous? oui-non
Si oui, quels ont été ses propos ?

.....
.....
.....

6. Comment avez-vous ressenti l'attitude de l'équipe soignante vis-à-vis de votre allaitement ?

- ✓ Selon vous l'équipe a-t-elle été assez présente ? oui-non
- ✓ Selon vous l'équipe vous a-t-elle bien entouré ? oui-non
- ✓ Selon vous l'équipe possédait-elle les connaissances nécessaires sur la réduction mammaire ? oui-non
- ✓ Selon vous est-ce que l'équipe a été réticente par rapport au choix d'allaiter avec une réduction mammaire ?
- ✓ Autres :
.....

7. Pendant votre séjour en maternité, des compléments de lait artificiel ont-ils été donnés ?
oui-non, si oui à quel moment ?

- ✓ A chaque tétée
- ✓ Souvent : combien de biberons par rapport au nombre de tétées ?
- ✓ Rarement : 1 à 3 fois au cours du séjour

8. Au cours de votre séjour à la maternité, avez-vous ressenti des signes de montée
laiteuse ?

- Seins tendus ? oui-non, si oui à quel moment (combien de jours après l'accouchement) ?
.....
.....
- Seins durs ? oui-non, si oui à quel moment (combien de jours après l'accouchement) ?
.....
.....
- Seins plus volumineux ? oui-non, si oui à quel moment (combien de jours après l'accouchement) ?
.....
.....
- Seins inconfortables voire douloureux ? oui-non, si oui à quel moment (combien de jours après l'accouchement) ?
.....
.....

9. A propos de votre bébé, au cours du séjour à la maternité :

-combien de couches a-t-il mouillé par jour ?

.....
.....

-ses selles se sont-elles modifiées ? oui-non, si oui à quel moment après la naissance (ex : 48h) ?

.....
.....
.....

-à la sortie les selles étaient-elles jaunes et grumeleuses ? oui-non

10. Quel est votre ressenti suite à ce séjour par rapport à l'allaitement ?

.....
.....
.....
.....
.....

11. A-t-on utilisé un tire-lait pour augmenter la quantité de lait produite ? oui-non, si oui à quel moment ?

.....
.....
.....
.....
.....

Allaitement et chirurgie de réduction mammaire

Quelles conséquences ? Comment adapter la prise en charge de ces patientes ?

Melle Coralie LAURENT, Promotion 2012

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme

Directrice de mémoire : Me Murielle BERTRAND, Sage-Femme Cadre Enseignant (F.F)

Expert de mémoire : Me Valérie MEURER, Sage-Femme, Secteur mère-enfant, MRUN

Résumé

Suite à une intervention chirurgicale de réduction mammaire qu'en est-il de l'allaitement maternel ? Est-il envisageable ? Réalisable ? L'aboutissement d'un projet d'allaitement dans ces conditions est-il dépendant du soutien de l'équipe soignante ? La technique opératoire influence-t-elle la capacité d'allaiter ? L'étude effectuée a tenté de répondre à toutes ces questions. Celle-ci a été menée à la Maternité Régionale et Universitaire de Nancy et à la polyclinique Majorelle auprès de 6 patientes ayant choisi d'effectuer une intervention visant à réduire le volume de leurs seins quelques années auparavant. Cette étude a mis en évidence qu'il était difficile de prédire, à priori, la réussite ou l'échec d'un allaitement après chirurgie de réduction mammaire, notamment parce qu'il existe plusieurs facteurs entrant en jeu...

Mots-clés : mammoplastie de réduction, allaitement, chirurgie mammaire, lactation, accompagnement

Summary

Further to a reduction mammoplasty operation what's about breastfeeding? It is conceivable? Practicable? Does the result of a breastfeeding project in these conditions depend on the support of the nursing staff? Does the operating technique influence the ability to breastfeed? The study made has tried to answers all of these questions. It has been done at the Maternité Régionale et Universitaire de Nancy and the Polyclinique Majorelle with 6 patients who have chosen to make a surgical operation to reduce the volume of their breasts some years earlier. This study showed that's difficult to predict the success or failure of breastfeeding after a surgery of reduction mammoplasty, notably because it exists several factors coming into a play...

Keys Words: reduction mammoplasty, breastfeeding, breast-surgery, lactation,