

## **Allaitement suite aux procédures chirurgicale mammaire et mamelon. de Diana West, BA, IBCLC, and Elliot Hirsch, MD**

### **Introduction**

La fonctionnalité de lactation qui reste après chirurgie sur le sein et le mamelon dépend essentiellement sur le caractère des incisions et des dissections, le degré de destruction de parenchyma et la mesure de dommage aux nerfs critiques à la lactation. Il est aussi affecté par la fonctionnalité du parenchyma avant la chirurgie, le cours post- chirurgie en vigueur, l'intervalle de temps entre la chirurgie et la lactation, d'autres expériences de lactation entre la chirurgie et la lactation, le gérance de lactation de la part de la mère, aussi bien que l'attitude de la mère vers le fait d'allaiter. En bref, n'importe quelle chirurgie au sein ou au mamelon peut changer la fonctionnalité de lactation.

De la perspective clinique, travaillant avec les patients ayant la fonctionnalité de lactation réduite peut sembler être un risque à la consommation adéquate du bébé. Pourtant, quand un plan de traitement est exécuté selon les principes décrits dans ce guide, ce risque peut être minimisé. Les plus importants de ces principes sont que les parents restent attentifs, en contrôlant constamment la santé physiologique de leur bébés dans la collaboration avec un professionnel de santé afin du pouvoir reconnaître tous signes précoce de la détérioration imminente de bébé.

Une relation d'allaitement satisfaisant n'est pas exclue par la production de lait insuffisante. Quand les mesures sont prises pour protéger la production de lait qui existe, minimiser les suppléments et faire accroître la production de lait maternel quand possible, une mère avec la production de lait compromise peut avoir une relation d'allaitement très satisfaisant avec son bébé.

### **La Prédiction de la Capacité de Lactation Après Chirurgie aux Seins et Procédures de Mamelon.**

L'aspect des procédures dessein et de mamelon qui affectera fort probablement la lactation est le traitement chirurgical de complexe d'aréole de mamelon et du parenchyma. L'endroit, l'orientation et la longueur de l'incision et de la dissection peuvent directement affecter la capacité de lactation en nuisant au parenchyma et à innervation au complexe nipple/areolar. Une incision près ou sur l'aréole, particulièrement dans le quadrant plus bas, extérieur de l'aréole, nuira d'avantage le quatrième nerf intercostal, qui est critique à la lactation (Neifert, 1992). Une incision horizontale à travers le sein

est plus susceptible de blesser le tissu de lactation qu'une incision verticale qui est parallèle aux canaux. Une incision dans les portions extérieures et inférieure du sein peut être plus nuisible à la capacité de lactation parce que c'est là où les nerfs critiques à l'éjection de lait sont trouvés (Schlenz et d'autres., 2000) et l'éjection de lait est essentielle pour l'enlèvement du lait. (Ramsay et al 2004)

Quand les femmes consultent un chirurgien avant la chirurgie mammaire, on leur avise souvent que la chirurgie affectera leur capacité de lactation à un certain degré. Selon la chirurgie, les docteurs décrivent communément la capacité potentielle en déclarant qu'il n'y a aucune possibilité que la femme sera capable de produire du lait après la chirurgie, une chance "50/50", ou qu'il n'affectera pas sa capacité de lactation du tout (les Nommsen-fleuves, 2003). Les projections d'un chirurgien sur la capacité de lactation, pourtant, sont souvent basées en supposant que n'importe quelle lactation soit la lactation complète et peut manquer de quantifier le volume de la production de lait de la mère. La chance "50/50" souvent citée fait d'habitude allusion à l'estimation du chirurgien des chances de 50% qu'elle sera capable de produire du lait du tout. Une femme peut être incorrectement informée que si elle a du lait, elle sera capable d'allaiter exclusivement ou que si elle n'a pas de lait, elle ne sera pas capable d'allaiter du tout. Les renseignements critiques pour une mère future, pourtant, ne sont pas si elle sera capable de produire du lait du tout, mais plutôt combien elle sera capable de produire du lait, puisse que presque toutes les mères qui ont subi chirurgie mammaire ou mamelon sont capables de produire une quantité de lait, (à l'exception de la mastectomie ou de la radiation; Harris et d'autres., 1992).

Parce que leur capacité de lactation probable a été décrite dans les termes absolus, certaines mères croient à tort que s'ils sont capables d'exprimer un colostrum ou du lait, alors ils produiront des réserves de lait complètes. Inversement, s'ils ne peuvent pas exprimer du colostrum pendant la grossesse ou elles ne voient pas du lait dans les premiers jours postpartum, elles peuvent penser qu'elles ne sont pas capables d'allaiter de tout. Beaucoup de mères ne comprennent pas que le processus de lactation, surtout après chirurgie mammaire ou mamelon, est plus complexe que ces concepts de base.

Cet article était extrait d'une de nos monographies les plus nouvelles, *Breastfeeding after Breast Procedures*.

# *Medications and More*

Volume 32 • July, 2008

## **Breastfeeding after Breast Procedures** by Diana West, BA, IBCLC, and Elliot Hirsch, MD **Introduction**

The lactation functionality that remains after breast and nipple surgeries depends primarily upon the character of the incisions and dissections, the degree of destruction of parenchyma, and the extent of damage to nerves critical to lactation. It is also affected by the functionality of the parenchyma prior to surgery, the post-operative course, the time interval between the surgery and the lactation event, other lactation experiences between the surgery and the lactation event, breastfeeding management, as well as the mother's attitude toward breastfeeding. In short, any surgery to the breast or nipple can alter lactation functionality.

From the clinical perspective, working with patients who are breastfeeding with reduced functionality can seem to be a risk to the infant's adequate intake. When a treatment plan is implemented according to the principles described in this guide, however, this risk can be minimized. The most important of these principles is that the parents remain vigilant, constantly monitoring the physiological health of their babies in collaboration with a healthcare provider in order to provide early warning of impending infant deterioration.

A satisfying breastfeeding relationship is not precluded by insufficient milk production. When measures are taken to protect the milk supply that exists, minimize supplementation, and increase milk production when possible, a mother with compromised milk production can have a satisfying breastfeeding relationship with her baby.

## **Predicting Lactation Capability After Breast and Nipple Procedures**

The aspect of breast and nipple procedures that is most likely to affect lactation is the surgical treatment of the parenchyma and nipple-areola complex. The location, orientation, and length of the incision and dissection may directly affect lactation capability by damaging the parenchyma and innervation to the nipple/areolar complex. An incision near or on the areola, particularly in the lower, outer quadrant of the areola, is more likely to damage the fourth intercostal nerve, which is critical to lactation (Neifert, 1992). A horizontal incision across the breast may be more likely to injure lactation tissue than a vertical incision that is parallel to the ducts. An incision in the

outer and lower portions of the breast may be more damaging to lactation capability because this is where the nerves critical to milk ejection are located (Schlenz et al., 2000) and milk ejection is essential to milk removal (Ramsay et al., 2004).

When women consult a surgeon prior to breast surgery, they are often advised that the surgery will affect their lactation capability to some degree. Depending on the surgery, doctors commonly describe the potential capability by stating that there is either no possibility that the woman will be able to lactate after the surgery, a “50/50” chance, or that it will not affect her lactation capability at all (Nommsen-Rivers, 2003). A surgeon’s projections of lactation capability, however, are often based on the assumption that any lactation is full lactation and may fail to quantify the volume of the mother’s milk production. The “50/50” chance frequently quoted usually refers to the surgeon’s estimate of a 50 percent probability that she will be able to lactate at all. A woman may be incorrectly informed that if she has any milk, she will be able to exclusively breastfeed or that if she has no milk, she will not be able to breastfeed at all. The critical information for a future mother, however, is not whether she will be able to lactate at all, but rather how much she will be able to lactate, as almost all mothers who have had breast and nipple surgeries are able to produce some amount of milk, (barring mastectomy or radiation; Harris et al., 1992). Because their probable lactation capability was described in absolute terms, some mothers mistakenly think that if they are able to express any colostrum or milk, then they will produce a full milk supply. Conversely, if they cannot express colostrum during pregnancy or they do not see any milk in the first few days postpartum, they may think they are completely unable to lactate. Many mothers do not understand that the process of lactation, especially after breast and nipple surgeries, is more complex than these basic assumptions.

This article was excerpted from one of our newest monographs, *Breastfeeding after Breast Procedures*.