

*Allaitement suite aux procédures chirurgicale mammaire et mamelon.*

*de Diana West, BA, IBCLC, et Elliot Hirsch, MD.*

*Cet article était extrait d'une de nos monographies les plus nouvelles, Breastfeeding after Breast Procedures. 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, la 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 bébé 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/auréola. 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 inférieur 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 soit 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 Nommsenfleuves, 2003). Les projections d'un chirurgien sur la capacité de lactation, pourtant, sont souvent basé 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.*

*Allaitement suite aux procédures chirurgicale mammaire et mamelon.*

*de Diana West, BA, IBCLC, and Elliot Hirsch, MD.*

*Volume 32 • July, 2008*