



© P. Cuijpers - Fotolia.com

Allaiter après une intervention sur les seins

Les interventions sur les seins peuvent avoir un impact sur l'allaitement maternel. Intégrées par les femmes, parfois faussement rassurées lors de l'opération, elles ne sont pas toujours mentionnées par les mères aux soignants.

EXPOSÉ

Madame L. vient en consultation de PMI avec son premier enfant âgé de 9 jours. La petite fille est née au terme de 40 SA et pesait 3 110 g. L'accouchement a été déclenché et la mère témoigne avoir souffert du manque d'information de l'hôpital sur les causes. L'accouchement lui-même a été un peu difficile selon ses dires. Mais surtout elle a souffert d'une brèche de la dure-mère suite à sa péridurale. Alitée trois jours sans pouvoir se lever, elle s'est sentie frustrée de ne pouvoir s'occuper comme prévu de son enfant, comme de donner le premier bain.

De son côté, la petite fille a atteint son poids le plus bas à J 2 : 2 850 g. L'enfant a donc perdu moins de 10 % de son poids de naissance. La courbe a été ensuite ascendante, autorisant la sortie de la maternité à J 6 à 2 990 g. Mais la courbe de croissance s'est par la suite ralentie : à 9 jours l'enfant pèse 3 050 g, soit 60 g en dessous de son poids de naissance. La mère se dit très motivée pour allaiter, afin de compenser le vécu difficile en maternité. Le ralentissement de la prise de poids ne l'inquiète pas, car cela a été la même chose pour sa nièce.

SOLUTION PROPOSÉE

Lors de cette première consultation, les règles d'or lui sont rappelées : tétées aux signes d'éveil, sans dépasser trois heures entre chaque tétée en journée, aux deux seins, en bonne position.

Madame L. revient quatre jours plus tard à J 13. L'enfant pèse 3 070 g (+ 20 g). La maman commence à s'inquiéter et à se poser des questions sur son sein gauche qui semble produire très peu de lait. Mais elle ne souhaite pas compléter les tétées par des biberons de lait artificiel. L'examen des seins révèle à gauche une cicatrice à la limite de l'aréole dans le quadrant inféro-externe de trois à six heures. Il s'agit d'une intervention pratiquée six ans auparavant pour l'ablation d'un fibro-adénome. Spontanément, Madame L. ne l'a pas mentionnée, car elle a été rassurée à deux reprises sur sa capacité à allaiter. Durant la grossesse, elle a évoqué son intervention et il lui a été dit que cela n'aurait aucune

incidence sur son allaitement et durant le séjour en maternité l'opération a été banalisée, puisque du lait coulait de ce sein gauche. Elle espère encore que l'allaitement va se mettre en route normalement. Elle est encore dans une certaine forme de déni et veut continuer à allaiter sans prendre des mesures autres que des tétées à volonté.

Lors d'une nouvelle pesée en PMI à J 16, l'enfant atteint 3080 g (+ 10 g). Madame L. comprend qu'elle ne produit pas assez de lait pour l'instant. Nos échanges vont permettre de préciser les objectifs suivants :

- nourrir l'enfant en favorisant le lait maternel le plus possible ;
- protéger l'allaitement en privilégiant les tétées au sein ;
- stimuler la lactation et l'augmenter.

L'allaitement se poursuit donc aux signes d'éveil, sans dépasser trois heures entre deux débuts de tétées, sauf la nuit où la maman attend le réveil spontané de son enfant qu'elle a près d'elle, à portée d'oreille. Dans un premier temps, la maman va compléter les tétées par « un dessert » de lait industriel soit 30 ou 60 ml. Le mot « dessert » est employé volontairement pour que la maman comprenne bien que c'est elle qui nourrit majoritairement son enfant. Parmi les différentes options possibles, le couple comprend que le biberon peut se révéler un concurrent notable du sein et choisit de donner ce lait complémentaire avec une sonde de nutrition gastrique. Plongé dans le flacon de lait à une extrémité et fixé sur un doigt que l'enfant tète de l'autre, le système des vases communicants permet que le lait parvienne au bébé. Cette technique permet au papa de nourrir l'enfant pendant que la maman tire son lait.

Pour stimuler la lactation, Madame L. utilise un tire-lait moderne double pompage pendant une dizaine de minutes, si possible après chaque tétée le jour et après celle de 3 h du matin (la plus productive). Les premiers jours de la stimulation, le sein gauche ne donne rien. Elle reçoit aussi une prescription de Dompéridone, utilisé comme galactogogue.

En quatre jours, l'enfant prend 210 g et atteint 3 290 g.



RÉSULTATS

Progressivement, la quantité de lait maternel obtenue avec le tire-lait augmente. Ce lait maternel est désormais donné quand la tétée ne suffit pas. A sept semaines, l'enfant est en allaitement maternel exclusif. Pour Madame L, la fatigue joue un grand rôle, l'enfant au sein prenant du poids du jeudi au lundi lorsque le papa s'occupe des affaires domestiques à la maison et n'en prenant pas du lundi au jeudi lorsque le papa travaille.

Les expressions au tire-lait diminuent progressivement, mais pendant tout son allaitement – qui durera un an – Madame L. a besoin de tirer régulièrement pour avoir suffisamment de lait pour satisfaire son enfant. Elle tire toutes les nuits après les tétées jusqu'au cinquième mois de l'enfant. Lorsque Madame L. reprend son travail, la petite fille a trois mois et est gardée en crèche. Tous les jours, sa maman apporte le lait si durement obtenu. Aussi sera-t-elle en colère quand elle apprendra que certains biberons, sortis trop tôt du réfrigérateur, alors que l'enfant dormait encore, seront jetés dans l'évier au bout d'une heure. Une rencontre avec le médecin de crèche a résolu ce problème.

A 9 mois l'enfant pèse 6 870 g et à 24 mois 10 150 g. L'enfant a été allaitée exclusivement 24 semaines et sevrée à 54 semaines. Deux ans plus tard, Madame L. accouche de son second enfant. L'allaitement demandera un gros investissement avec des tétées très fréquentes, mais sans avoir besoin de complément de lait industriel, ni de stimulation au tire-lait, ses seins ayant « progressé » grâce à tout ce qu'elle a fait lors de l'allaitement de l'aînée.

Les interventions sur les seins ne sont pas anodines pour les allaitements ultérieurs qu'il s'agisse d'une réduction du volume mammaire, de la correction d'une ptose, de la pose d'un implant, de l'ablation d'un fibro-adénome, de la cure d'un abcès. Une simple production de lait ne suffit pas ; il faut qu'il y ait tout le lait dont le bébé a besoin, ses besoins augmentant beaucoup durant le premier mois. On estime qu'à un mois une mère produit en

moyenne 750 à 800 ml de lait par jour et aux environs d'un litre à six mois. Les effets d'une intervention mammaire sur la lactation sont fonction :

- de la technique opératoire plus ou moins mutilante et du souci du chirurgien de préserver au maximum la capacité d'allaiter. On sait que les cicatrices qui se situent sur le pourtour de l'aréole coupant nerfs, vaisseaux et canaux sont plus délétères que des cicatrices radiales ;
- de la quantité de glandes mammaires retirée ;
- du temps écoulé depuis l'intervention : les sensations au niveau du mamelon lors des jeux amoureux sont-elles revenues, les nerfs s'étant reperméabilisés ? Y a-t-il écoulement de colostrum durant la grossesse qui, sans être obligatoire, rassure ? ;
- des complications éventuelles de type infectieux.

Les mères peuvent avoir été faussement rassurées, lors de l'intervention ou par la suite, sur leur capacité ultérieure à allaiter. Elles peuvent avoir intégré l'intervention dans leur schéma corporel et oublier d'en parler aux professionnels de santé qui les suivent durant la grossesse. L'examen des seins fait donc partie de la consultation de grossesse et d'allaitement. La découverte d'une cicatrice au niveau d'un ou des seins permettra, après la naissance, un accompagnement compétent afin que l'enfant reçoive tout le lait dont il a besoin.

Marie Courdent, puéricultrice de PMI dans le Nord, formatrice Am-F, consultante en lactation certifiée IBCLC.

Marie Courdent ne déclare pas de conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique ou alimentaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- La Leche League, Traité de l'allaitement maternel, Ed. LLL, 2005.
- Jack Newman et Teresa Pitman, L'allaitement, comprendre et réussir, Jack Newman Communications, 2006.
- www.Allaitementpourtous.com/ressources



Depuis plus de 25 ans, Am-f met à la disposition des professionnels de santé un ensemble de formations autour de l'allaitement maternel, des compétences d'adaptation du nouveau-né et de sa mère, de la relation d'aide et du soutien du lien mère-enfant.

Nos formations visent à permettre aux professionnels de santé d'actualiser leurs connaissances et d'approfondir leurs compétences, afin qu'ils soient en mesure d'accompagner chaque mère, chaque bébé, chaque famille, de manière optimale. Nos programmes s'appuient sur la transmission de pratiques validées et adaptées aux différents modes d'alimentation du nouveau-né, puis du nourrisson. Parce que nous pensons que l'expertise pédagogique est un facteur clé de succès dans la transmission des savoirs et l'évolution des pratiques, nous avons développé année après année un savoir-faire unique.

www.allaitement-maternel-formation.com
09 63 00 03 80

