Seins

Impact des implants mammaires sur l'allaitement

RÉSUMÉ : L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un allaitement exclusif au cours des six premiers mois de vie. L'augmentation mammaire par pose d'implants est l'opération la plus réalisée en chirurgie esthétique. Le but de cette étude rétrospective, réalisée sur trois centres hospitaliers universitaires français, était d'analyser l'éventuel impact qu'auraient les implants mammaires esthétiques sur l'allaitement.

Nous avons pu inclure 998 patientes qui avaient reçu des implants mammaires entre juin 2011 et octobre 2016.

Les résultats de notre étude montrent qu'une femme porteuse d'implants mammaires dans un but esthétique a 75 % de réussir son allaitement si elle le désire, sans prendre en compte le type et le volume d'implant, ni la voie d'abord. Ce chiffre augmente à 82 % lorsque la prothèse est située en rétromusculaire et chute à 17 % si elle est positionnée en rétroglandulaire.

L. BOMPY [1], B. GERENTON [1], A. STIVALA [1], B. HERSANT [2], P. RIZZI [1], L.-A. SEE [1], V. MORIS [1], F. BRAYE [3], J.-P. MENINGAUD [2], N. ZWETYENGA [1,4], D. GUILLIER [1]

[1] Service de Chirurgie Plastique, Esthétique et Réparatrice, Service de chirurgie Maxillo-faciale, CHU, DIJON,
[2] Service de Chirurgie Plastique, Esthétique et Réparatrice, Service de chirurgie Maxillo-faciale, CHU Henri Mondor, CRÉTEIL
[3] Service de Chirurgie Plastique, Esthétique et Réparatrice, CHU, LYON,
[4] Université de Bourgogne-Franche-Comté, Équipe Lipides, Nutrition et Cancer NuTox, UMR 866, DIJON.

L'allaitement exclusif est vivement recommandé au cours des six premiers mois de vie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce afin de garantir à l'enfant un développement optimal. Certaines études ont mis en évidence que les enfants ayant reçu un allaitement exclusif durant leurs premiers mois de vie étaient moins à risque de développer certaines pathologies ainsi que le syndrome de la mort subite du nourrisson [1]. Cependant, seulement 60 % des femmes allaitent à la naissance de l'enfant et ce chiffre chute à 18 % à 6 mois de vie [2].

Par ailleurs, le culte du corps est devenu un des piliers de la société actuelle en raison de l'influence des diktats de la beauté physique, surtout pour la gente féminine. Une silhouette harmonieuse est indispensable afin d'aboutir à un corps féminin idéal. Cela explique le fait que l'augmentation mammaire à visée esthétique, par implants mammaires notamment, soit une des interventions les plus répandues en chirurgie plastique avec presque 12 700 opérations chaque année et environ 400 000 femmes porteuses de prothèses mammaires, en France (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé ANSM – France).

On retrouve deux profils types : des femmes jeunes qui n'ont pas d'enfants et des femmes plus âgées qui ont déjà réalisé leur projet familial et souhaitent corriger les stigmates de la grossesse et/ou du vieillissement. C'est pourquoi les femmes ont besoin de savoir si les prothèses mammaires ont un impact ou non sur l'allaitement. Dans le but de les informer, des fiches explicatives ont été créées en France par la société de chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice et l'ANSM. L'allaitement est "sûr et possible" pour la première et "moindre avec une incision péri-aréolaire" pour la deuxième.

Les informations n'étant pas clairement définies à ce propos, nous avons

Seins

décidé d'évaluer l'impact éventuel qu'aurait l'augmentation mammaire par prothèses sur l'allaitement, en fonction des différentes caractéristiques des implants. Le but de cette étude est donc d'analyser le potentiel impact des implants mammaires esthétiques sur l'allaitement.

Matériels et méthodes

Afin de réaliser notre étude rétrospective, nous avons collecté des données de trois centres hospitalo-universitaires français entre janvier 2011 et octobre 2016 : le CHU de Dijon, le CHU Henri Mondor à Créteil et le CHU La Croix-Rousse à Lyon. Nous avons recherché les patients ayant subi une augmentation mammaire par pose de prothèses mammaire ou changement prothétique au cours de cette période, à partir des données médicales informatisées des différents hôpitaux. Le principal critère d'inclusion était des femmes en âge de procréer (de 18 à 50 ans) qui présentaient une hypotrophie mammaire bilatérale. Étaient exclus de prime abord les patients de sexe masculin et les mineurs. Après cette sélection, étaient exclues en raison d'un éventuel impact négatif sur l'allaitement : les patientes ayant des antécédents de cancer, particulièrement un carcinome mammaire, une agénésie mammaire, une asymétrie mammaire, un syndrome de Poland, des seins tubéreux ou une maladie systémique majeure.

Certaines informations sur l'intervention étaient recueillies, telles que l'indication opératoire, la voie d'abord, la position de l'implant par rapport au muscle pectoral et les caractéristiques de la prothèse (matériau, volume, profil). Nous avons ensuite soumis un questionnaire téléphonique aux patientes retenues au sein duquel la question principale était la survenue d'une grossesse et d'un accouchement après l'intervention. Si les patientes répondaient par la négative à cette question cruciale, elles étaient exclues de l'étude. Si elles affirmaient avoir eu un enfant après l'opération, nous leur demandions si elles avaient allaité, pendant combien de temps (allaitement total ou partiel), si cela était de manière exclusive ou non et si elles avaient allaité auparavant. Un allaitement total est défini par un allaitement d'une durée supérieure ou égale à six mois, contrairement à l'allaitement partiel qui dure moins de six mois. Un allaitement non exclusif est caractérisé par l'apport d'un lait artificiel en complément du lait maternel. Le critère principal de jugement était l'impact des implants mammaires sur l'allaitement. Nous avons également étudié les variations des capacités d'allaitement en fonction des différentes caractéristiques des prothèses. Les statistiques ont été réalisées à l'aide d'un test de Student pour les données concernant l'âge, la durée après la chirurgie et le volume des prothèses et d'un test de Chi² pour toutes les autres données binaires. Une différence était considérée comme significative si $p < 0,05$.

Résultats

Nous avons recensé 998 patientes ayant reçu des implants mammaires au sein des trois centres de janvier 2011 à octobre 2016, correspondant à nos critères d'inclusion. 7,5 % d'entre elles ont enfanté après la chirurgie. Une seule femme avait eu deux enfants après l'intervention. L'âge était significativement différent entre les femmes ayant et n'ayant pas eu de grossesse après l'opération ($p = 0,0002$), ainsi que la forme et la position de l'implant tel que démontré dans le ***tableau I***.

Parmi les 75 patientes ayant accouché après l'intervention, 51 ont désiré allaiter (68 %). Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les patientes souhaitant allaiter et ne souhaitant pas allaiter (***tableau II***).

Seule la position de la prothèse était significative. Les patientes porteuses d'implants rétroglandulaires étaient significativement moins aptes à allaiter

	Pas de grossesse (n=998)	Grossesse (n=75)	p
Âge (années)	31,41 (18-49,8)	27,26 (20,75-43,67)	0,0002
Délai après la chirurgie (années)	3,648 (1,03-7,77)	4,365 (1,21-7,77)	0,0094
Volume prothétique (grammes)	295,9 (120-800)	286,5 (120-800)	0,2967
Type de chirurgie : – Implants mammaires – *Round-block*	 904 94	 67 8	 0,72
Voie d'abord : – Sillon sous-mammaire – Aréolaire	 585 413	 51 24	 0,11
Position de l'implant : – Rétropectorale – Rétroglandulaire	 963 35	 66 9	 0,002
Forme prothétique : – Ronde – Anatomique	 714 284	 69 6	 0,0001
Matériau : – Sérum physiologique – Silicone	 168 830	 5 70	 0,0973

Tableau I : Comparaison des patientes qui ont accouché ou non. Seules les données à propre de l'âge, de la position et de la forme de la prothèse sont différentes et de manière significative.

	Désir d'allaitement (n=51)	Pas de désir d'allaitement (n=24)	P
Âge (années)	27,03 (20,75-43,47)	27,73 (21,26-35,98)	0,6297
Délai après la chirurgie (années)	4.292 (1,21-7,67)	4,51 (1,53-7,77)	0,6995
Implant volume (gr)	277,6 (175-450)	305 (225-410)	0,1649
Type de chirurgie : – Implants mammaires – *Round-block*	 45 6	 22 2	0,6534
Vois d'abord : – Sillon sous-mammaire – Aréolaire	 35 16	 16 8	0,865
Position de l'implant : – Rétropectorale – Rétroglandulaire	 45 6	 21 3	0,9271
Forme prothétique : – Ronde – Anatomique	 48 3	 21 3	0,3244
Matériau : – Sérum physiologique – Silicone	 3 48	 2 22	0,6914

Tableau II : Comparaison des patientes qui souhaitaient allaiter *versus* celles qui ne le souhaitaient pas. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux échantillons.

	Allaitement réussi (n=38)	Échec d'allaitement (n=13)	P
Âge (années)	27,55 (20,75-43,67)	25,61 (21,08-32,07)	0,3403
Délai après la chirurgie (années)	4,139 (1,21-6,77)	4,715 (2,46-5,73)	0,3889
Implant volume (gr)	286,3 (175-450)	252,5 (175-320)	0,2135
Type de chirurgie : – Implants mammaires – *Round-block*	 34 4	 11 2	0,6388
Vois d'abord : – Sillon sous-mammaire – Aréolaire	 28 10	 7 6	0,1833
Position de l'implant : – Rétropectorale – Rétroglandulaire	 37 1	 8 5	0,0005
Forme prothétique : – Ronde – Anatomique	 37 10	 11 2	0,09
Matériau : – Sérum physiologique – Silicone	 3 35	 0 13	0,9280

Tableau III : Comparaison des patientes ayant réussi à allaiter *versus* celles qui n'ont pas réussi. Les deux groupes étaient similaires sur le plan de l'âge. Il n'a pas été mis en évidence de différence entre les deux groupes concernant le type de chirurgie, la voie d'abord, la forme et le matériau de l'implant. Cependant, les patientes présentant des prothèses placées en rétroglandulaire étaient significativement moins aptes à allaiter que celles ayant des prothèses rétromusculaires.

Allaitement	Réussite totale (n=11)	Réussite partielle (n=27)	p
Exclusif	6	13	
Non exclusif	5	14	0,7205

Tableau IV : Comparaison des allaitements avec réussites partielle et totale, exclusif et non exclusif.

que celles avec des prothèses positionnées en rétromusculaire (p = 0,0005) (***tableau III***). Une femme porteuse de prothèses mammaires a 75 % de chance d'allaiter si elle le désire, ce chiffre augmente à 82 % si l'implant est rétromusculaire et chute à 17 % s'il est rétroglandulaire. Les deux groupes présentaient des âges similaires. Il n'a pas été retrouvé de différence entre les groupes "allaitement réussi" et "échec d'allaitement" en fonction de l'âge, du type de chirurgie, de l'approche chirurgicale, de la forme et du matériau de l'implant.

Aucune différence n'a été retrouvée entre les types d'allaitement, exclusif ou non, partiel ou total (***tableau IV***). La durée moyenne d'allaitement était de 2,75 mois. Il n'a pas été mis en évidence de résultats différents entre les patientes ayant allaité avant la chirurgie, que celles qui n'avaient pas allaité auparavant.

Discussion

Notre étude démontre qu'une femme porteuse de prothèses mammaires a 75 % de chances d'allaiter si elle le désire, et ce sans prendre en compte du type ou du volume de l'implant, ni de la voie d'abord chirurgicale. Le taux d'allaitement est de 82 % si la prothèse est placée en rétromusculaire. Ce taux passe à 17 % si celle-ci est en rétroglandulaire.

L'OMS recommande un allaitement exclusif au cours des six premiers mois de vie de l'enfant [3]. Selon le comité de nutrition de la société française de pédiatrie [4] et l'OMS, l'allaitement exclusif présente plusieurs bénéfices à la fois pour le nouveau-né et la mère : moins de risques de mortalité et de syndrome de mort subite du nourrisson dans le premier mois [1], un risque plus faible de développer un diabète insulino-dépendant [5], une protection relative contre le développement de maladie cœliaque [6] et de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin [7], un risque moindre de déve-

Seins

POINTS **FORTS**

- L'augmentation mammaire est l'intervention de chirurgie esthétique la plus pratiquée en France.
- Il est important d'apporter des informations claires et précises aux patientes concernant les possibilités d'allaitement après cette chirurgie.
- Seule la position de l'implant aurait un impact sur l'allaitement selon notre étude.
- Une femme porteuse de prothèses mammaires a 75 % de chance d'allaiter (sans prendre en compte du type et du volume de l'implant, ni de la voie d'abord).

lopper de l'asthme et de l'eczéma [5], un risque moindre de survenue d'obésité ou de surpoids à l'adolescence [2] et un meilleur développement psycho-affectif [4] sont les principaux bénéfices d'un allaitement exclusif pour l'enfant au cours des premiers mois de vie. Concernant la mère, on retrouve quelques avantages tels que le bénéfice économique, une diminution des risques de développer des cancers mammaires et ovariens ainsi qu'un diabète de type 2 [4] et même une perte de poids plus rapide après l'accouchement [8]. Cependant, le respect des recommandations de l'OMS à ce sujet est loin d'être optimal. En effet, seuls 60 % des nouveau-nés sont allaités en France à la naissance et ce pourcentage diminue à 18 % à l'âge de six mois [2]. Le but de notre étude était de déterminer si les prothèses mammaires étaient ou non un obstacle à l'allaitement pour les patientes ayant subi l'intervention avant la grossesse.

La relation entre l'allaitement et la chirurgie mammaire a d'ores et déjà été étudiée essentiellement pour les chirurgies de réduction mammaire [9]. La littérature est cependant pauvre en ce qui concerne l'augmentation mammaire, les experts ne sont donc pas en mesure d'informer au mieux les patientes. On retrouve tout de même quelques études avec notamment celle de Roberts *et al.* [10], dans laquelle il était conclu que les femmes ayant subi une intervention mammaire étaient moins aptes à allaiter que les femmes n'ayant pas bénéficié cette chirurgie. Cependant, la technique chirurgicale n'était pas spécifiée et la durée de suivi était courte. Notre étude a les avantages de comporter une cohorte de taille significative issue de trois centres et un recul d'au moins plusieurs mois à quelques années. Nous avions donc suffisamment de temps en postopératoire et *post-partum* pour évaluer la durée de l'allaitement (complet si supérieur ou égal à 6 mois). Andrade *et al.* [11] ont mis en évidence que les chirurgies de réduction et d'augmentation mammaire réduisaient significativement le taux d'allaitement jusqu'à 30 jours de vie, mais les techniques chirurgicales n'étaient pas spécifiées.

Selon Neifert *et al.* [12], les patientes avec des incisions péri-aréolaires ont cinq fois plus de risque de développer une insuffisance lactéale, ce que nous ne constatons pas dans notre étude. En effet, nous n'avons pas retrouvé de différence entre les groupes "échec d'allaitement" et "allaitement réussi" en fonction de la voie d'abord. Brody *et al.* [13] ont quant à eux conclu que la compression de la glande mammaire par l'implant n'avait pas d'impact sur l'allaitement. Dans notre étude, le volume de l'implant n'avait pas d'impact sur les capacités d'allaitement.

Un autre intéressant travail rétrospectif a été réalisé par Filiciani *et al.* [14] à propos des prothèses mammaires. Ils ont démontré qu'il n'y avait pas de modalités d'allaitement différentes que les patientes aient subi ou non une augmentation mammaire prothétique, ni en fonction des voies d'abord pour les patientes ayant été opérées. Ces résultats sont en accord avec les nôtres étant donné que nous n'avons pas mis en évidence de différence que les patientes aient eu une incision sous-mammaire ou péri-aréolaire.

On peut remarquer qu'aucun de nos sujets ne présentait d'abord axillaire, probablement du fait de son utilisation peu répandue en France. Nous ne pouvons donc pas conclure quant à l'impact de cette approche dans cette étude. De plus, nous n'avons pas pris en compte les facteurs indépendants ayant un effet négatif sur l'allaitement tels que l'usage d'une tétine, les antécédents de tabagisme chez la mère [15], les facteurs psychosociaux et démographiques qui pourraient apparaître comme un biais dans notre travail.

Conclusion

Selon notre étude, les femmes porteuses de prothèses mammaires ont 75 % de chance d'allaiter si elles le désirent, sans tenir compte du type et du volume de l'implant, ni de la voie d'abord. Elles ont 82 % de chance de réussite si les prothèses sont placées en rétromusculaire contre seulement 17 % si celles-ci sont positionnées en rétroglandulaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO *et al.* Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, 2011;128:103-110.
2. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J *et al.* Durée de l'allaitement maternel en France. *Etude Epifane,* 2012-2013, 2014;450-457.

3. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants. cited 2017.
4. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A *et al.* with Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Breastfeeding: health benefits for child and mother. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*, 2013;20:29-48.
5. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid ReportTechnology Assess, 2007;153:1-186.
6. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I *et al.* Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child*, 2006;91:39-43.
7. Barclay AR, Russell RK, Wilson ML *et al.* Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr*, 2009;155:421-426.
8. Sharma AJ, Dee DL, Harden SM. Adherence to breastfeeding guidelines and maternal weight 6 years after delivery. *Pediatrics*, 2014;134:42-49.
9. Thibaudeau S, Sinno H, Williams B. The effects of breast reduction on successful breastfeeding: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2010;63:1688-1693.
10. Roberts CL, Ampt AJ, Algert CS *et al.* Reduced breast milk feeding subsequent to cosmetic breast augmentation surgery. *Med J Aust*, 2015;202:324-328.
11. Andrade RA de, Coca KP, Abrão ACFV. Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. *J Pediatr*, 2010;86:239-244.
12. Neifert M, DeMarzo S, Seacat J *et al.* The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth Berkeley Calif*, 1990;17:31-38.
13. Brody GS. Lactation after augmentation mammoplasty. *Obstet Gynecol*, 1996;87:1062-1063.
14. Filiciani S, Siemienczuk GF, Nardín JM *et al.* Cohort Study to Assess the Impact of Breast Implants on Breastfeeding. *Plast Reconstr Surg*, 2016;138:1152-1159.
15. Gerd A-T, Bergman S, Dahlgren J *et al.* Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr Oslo Nor,* 1992, 2012;101:55-60.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

SUPPLÉMENT VIDÉO

B. HERSANT
Service de Chirurgie Plastique,
Hôpital Henri-Mondor, CRÉTEIL.

Les injections d'acide hyaluronique dans la sphère vulvo-vaginale

L'augmentation des grandes lèvres génitales peut se faire par lipofilling ou injection d'acide hyaluronique (AH). Le Desirial plus (Vivacy) a le marquage CE dans cette indication. Ces injections permettent de traiter l'aspect hypotrophique et ridé des grandes lèvres et peut également permettre de camoufler les petites lèvres qui sont très souvent jugées comme hypertrophiques.
Ces injections d'AH se font en consultation, sous anesthésie locale à l'aide d'une canule de 21G. Un massage est nécessaire pour répartir correctement le produit.
Les injections d'HA non réticulé ont également un intérêt pour améliorer la trophicité vaginale. En effet, le Desirial permet une induction de la muqueuse par stimulation des fibroblastes et d'améliorer l'hydratation. Les injections se font à l'aide d'une fine aiguille (27, 30, 32G) en point par point dans les 3 premiers centimètres de la muqueuse vaginale et dans le vestibule. Une anesthésie locale et une inhalation de Meopa permettent de réaliser ces injections en consultation.

Retrouvez cette vidéo :

– à partir du flashcode* ci-contre

– en suivant le lien :
https://www.realites-chirplastique.com/hyaluronique-genital

* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.