

Le coin du prescripteur

Allaitement et régulation des naissances

La régulation des naissances chez les femmes allaitantes est un problème de santé publique. On estime que tous les ans 100 millions de femmes doivent décider du type de contraception qu'elles utiliseront en post-partum. La décision concerne tant le mode de contraception que le moment à partir de laquelle elle sera mise en œuvre. Le choix peut être limité pendant l'allaitement, en raison de l'impact que peut avoir une contraception sur la lactation et sur l'enfant allaité. Dans l'idéal, la méthode choisie ne devrait pas interférer avec l'allaitement. Par ailleurs, il n'est pas toujours facile de savoir quand la femme allaitante redeviendra fertile.

La MAMA

On sait depuis très longtemps que l'allaitement retarde la survenue d'une nouvelle grossesse. A l'échelle planétaire, il reste le principal facteur de régulation des naissances. En allaitant exclusivement avec au moins 6 tétées par 24 heures (au moins toutes les 4 heures pendant la journée et toutes les 6 heures pendant la nuit), le risque de conception est nul pendant les 6 premières semaines, et quasiment nul pendant les 4 semaines suivantes. Toutefois, dans les pays occidentaux, les professionnels de santé considèrent le plus souvent ce mode de régulation des naissances comme inefficace, à juste titre dans un certain sens. En effet, la pratique d'allaitement de la plupart des Occidentales n'a pas grand chose à voir avec la pratique traditionnelle d'allaitement. Dans les cultures traditionnelles, les femmes allaitent pendant plusieurs années avec des tétées fréquentes, et restent couramment infertiles pendant 18 mois et plus. Dans les pays occidentaux, de nombreuses femmes restreignent la fréquence des tétées (en particulier la nuit), donnent une tétine à leur bébé, allaitent rarement plus de quelques mois, et introduisent rapidement des compléments ; avec ce type d'allaitement, elles ont leur retour de couches au bout de 6 à 8 semaines.

En 1988, la conférence de Bellagio a réuni de nombreux scientifiques autour de l'infertilité lactationnelle, et de la façon dont elle peut être utilisée comme méthode de régulation des naissances. La conclusion de cette conférence était que « l'impact maximal en matière de régulation des naissances était observé lorsque la femme allaitait exclusivement ou presque, et qu'elle restait aménorrhéique ; lorsque ces deux conditions étaient réunies, l'allaitement était à l'origine d'une protection de plus de 98% vis-à-vis d'une nouvelle grossesse pendant les 6 premiers mois » (*Labbok et al.*).

A partir de ce consensus, un schéma a été édité pour donner les 3 conditions de la MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) :

- Allaitement exclusif ou presque exclusif.
- Absence de retour de couches (pas de saignements vaginaux après le 56^{ème} jour post-partum).
- Age de l'enfant inférieur à 6 mois.

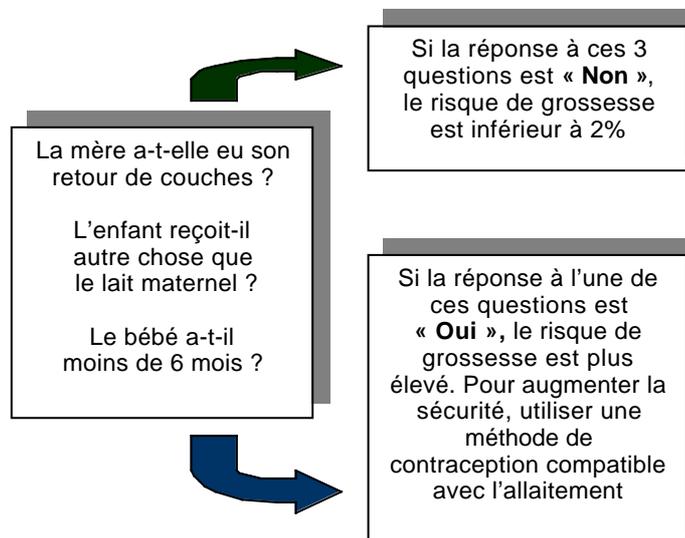
Lorsqu'une de ces conditions n'est plus remplie, la mère doit se considérer comme éventuellement fertile, et envisager une autre méthode de contraception.

A la suite de la conférence de Bellagio, un certain nombre d'études ont été conduites dans divers pays industrialisés et en voie de développement, avec des résultats similaires. Dans les pays industrialisés, la MAMA avait une efficacité de $98,5 \pm 0,7\%$ (*Vekemans*) ; 40% des femmes qui la choisissaient l'utilisaient pendant au moins 6 mois, et 85% des utilisatrices en étaient satisfaites. Les données supplémentaires obtenues par des études effectuées au Canada, en Angleterre et en Australie permettent de penser que le risque de grossesse est en pratique nettement inférieur à 2% lorsque tous les critères sont respectés, soit un taux similaire à celui des méthodes de contraception les plus efficaces (*Kennedy et al, WHO*). Par ailleurs, des études ont montré que la MAMA restait efficace après 6 mois (Ramos), tant qu'il n'y a pas de retour de couches (ce qui est le cas de 70 à 80% des femmes qui allaitent exclusivement pendant 4 à 6 mois). Les études conduites dans 11 pays ont constaté un taux moyen d'efficacité à 12 mois de $92,2 \pm 1,8\%$ (97% dans une étude, la plupart des femmes ayant repris une activité sexuelle avant 3 mois). La mise en œuvre à partir de 6 mois, parallèlement à la poursuite de la MAMA, d'une autre méthode naturelle de contraception (étude de la glaire, du col utérin, courbe de température) permettait d'obtenir un risque de grossesse à 12 mois inférieur à 2%.

Il semble que les facteurs qui ont l'impact le plus important sur le retour de couches sont le moment auquel des compléments sont introduits, et la fréquence des tétées. La fréquence et la répartition des tétées sur le nyctémère représente la principale différence entre les mères pratiquant un allaitement exclusif qui ont rapidement leur retour de couches et celles qui l'ont tardivement.

Des études montrent cependant que certaines femmes semblent avoir, et ce dès le début de l'allaitement, un axe hypothalamo-hypophysaire plus sensible au stimulus qu'est la succion du bébé. Ces femmes auront un retour de couches plus tardif. Les femmes qui ont rapidement leur retour de couches présentent des caractéristiques particulières, dès les premiers jours post-partum :

- Un taux basal et un pic de prolactine en réponse à la succion nettement plus bas, quel que soit le moment de la lactation.



- Un taux de LH plus élevé.
- Des taux d'oestrogènes beaucoup plus élevés.
- Une étude a même constaté un rapport prolactine / oestradiol beaucoup plus bas à 38 semaines de gestation chez les femmes qui ont eu par la suite une durée d'aménorrhée lactationnelle inférieure à 6 mois (*Campino et al*).

Cependant, il n'existe pas de corrélation absolue entre ces taux hormonaux et la durée de l'aménorrhée. Le retour de couches peut survenir même si le taux de prolactine est élevé. Il est actuellement clair qu'il existe des disparités personnelles, quelle que soit la façon dont se passe l'allaitement. Certaines femmes auront leur retour de couches au bout de quelques mois, même en allaitement exclusif avec au moins 6 tétées / 24 heures (même si cela est rare). D'autres femmes auront leur retour de couches dès la suppression des tétées nocturnes, ou dès l'introduction d'un autre aliment solide ou liquide. D'autres, enfin, resteront aménorrhéiques alors même que leur bébé tète peu souvent, voire même est totalement sevré depuis plusieurs jours ou semaines. L'allaitement semble ne pas supprimer le développement folliculaire. Il empêcherait son expression. Des études semblent montrer l'existence, pendant l'allaitement, de « vagues » de développement folliculaire, dont le rythme est propre à chaque femme. Si le sevrage ou la modification de l'allaitement a lieu au moment d'une vague de développement folliculaire, l'ovulation peut avoir lieu tout de suite. En cas contraire, l'ovulation peut être retardée jusqu'à la vague suivante (*Ruf-Nabhan*).

Une mère qui n'en est pas à son premier allaitement peut aussi tirer enseignement de la façon dont s'est déroulé son précédent allaitement :

- Si pour un allaitement précédent de plus de 3 mois le retour de couches est survenu au moins 4 semaines après le premier biberon de remplacement (donné à la place d'une tétée) ou le premier don d'aliments solides, la femme peut se considérer comme infertile pendant toute la période d'allaitement exclusif, quel que soit le nombre des tétées. Si le retour de couches est survenu moins de 4 semaines après le premier biberon, la femme doit se considérer comme fertile dès que l'allaitement n'est plus complet et que le nombre des tétées n'est pas au moins égal à 6 / 24 heures.
- Pour un allaitement précédent de plus de 6 mois, elle peut connaître son mode réactionnel à un allaitement de longue durée et en déduire que les modalités d'apparition du retour de couches seront similaires pour l'allaitement suivant, à condition que les modalités de l'allaitement soient en gros similaires.

Par ailleurs, la MAMA est une méthode particulièrement intéressante pour d'autres raisons :

- Elle augmente le taux de réussite de l'allaitement et sa durée.
- Elle favorise une meilleure santé chez l'enfant.
- Elle ne présente aucun effet secondaire pour la mère ou l'enfant.
- Elle est en soi gratuite ; elle nécessitera une information des couples, qui ne sera pas plus coûteuse que celle nécessitée par les autres méthodes de contraception.
- Elle n'interfère pas avec la vie sexuelle du couple.
- Elle est acceptable pour des couples qui refuseraient d'autres méthodes pour des raisons culturelles ou religieuses.

C'est donc une méthode facile à utiliser, écologique, très économique, pouvant être utilisée avec un haut niveau de satisfaction par des femmes vivant dans des cultures très

variées. Au vu de tous ces faits, la MAMA devrait faire partie des méthodes de régulation des naissances à proposer à tous les couples pour la période du post-partum, en particulier lorsque la femme prévoit d'allaiter pendant au moins les 6 premiers mois. Les parents devraient être informés sur la pratique de cette méthode, de façon à pouvoir la mettre en œuvre de façon correcte, et à pouvoir reconnaître le moment où l'introduction d'une autre méthode sera utile (habituellement, après 6 mois). **La MAMA n'est PAS une bonne méthode pour une mère qui souhaite allaiter peu de temps, ou introduire rapidement des compléments, ou dont le bébé « fait ses nuits » rapidement.** Le don régulier à l'enfant d'une sucette ou de l'utilisation d'un tire-lait à la place des tétées (mère qui a repris le travail...) pourra aussi interférer avec la MAMA.

La contraception hormonale

Elle est très populaire en France. Elle peut être orale, injectable, ou sous-cutanée, combinée ou uniquement progestative. On estime que les hormones de synthèse, aux doses habituellement prescrites pour un usage contraceptif, ne semblent pas avoir un impact négatif significatif sur la santé des enfants, mais très peu d'études ont été effectuées sur le sujet. Lorsqu'une femme continue à allaiter alors qu'elle est enceinte, le fœtus et l'enfant encore allaité reçoivent des doses massives d'oestrogènes et de progestérone maternels, sans que cela semble les affecter. Toutefois, il peut exister d'importantes différences dans la biodisponibilité et les effets biologiques entre les stéroïdes de synthèse et les stéroïdes naturels, et l'on est donc en droit de se poser des questions. L'âge de l'enfant et son stade de développement pourraient aussi jouer en la matière. Des études recherchant un éventuel impact à long terme seraient nécessaires.

Les progestatifs seuls

Plusieurs semaines sont normalement nécessaires avant que leur efficacité soit établie. Toutefois, s'ils sont pris par une femme aménorrhéique, et donc a priori infertile, il n'est pas nécessaire de recommander à la femme d'utiliser une autre méthode de régulation pendant la période de prise de la première plaquette : elle bénéficie d'une double protection. Les progestatifs sont susceptibles de provoquer des saignements et des irrégularités menstruelles (qui semblent toutefois moins fréquentes chez les femmes qui allaitent). Ils semblent la plupart du temps n'avoir aucun impact sur l'allaitement. Toutefois, leur utilisation en post-partum précoce peut interférer avec la lactogénèse (*Kennedy et al*) : le démarrage de la lactation est stimulé par la chute brutale du taux de progestérone en post-partum précoce, qui pourra être contrecarrée par une pilule progestative. La plupart des études n'ont retrouvé aucun impact sur la croissance de l'enfant allaité (*Chen et al, Diaz et al*), mais ces études sont d'une qualité méthodologique très médiocre, comme l'a constaté une étude de Truitt et al (voir en encadré). Ces études ne permettent pas de savoir si ce type de contraception est ou non susceptible d'avoir un impact sur la lactation, ni de faire des recommandations fiables quant à leur utilisation (*Truitt et al*).

Un certain nombre de cas de baisse de la sécrétion lactée ont été rapportés (*voir par exemple Dos All n°52, 5-7, 2002*), surtout avec la médorogestérone (Depo-Provera®). Certains auteurs, ainsi que l'OMS, considèrent donc préférable d'attendre 6 semaines post-partum avant de commencer à les utiliser, et d'éviter l'utilisation d'un progestatif injectable, tout au moins avant 3 mois post-partum. Les progestatifs donnés seuls sont à privilégier pendant les 6 premiers mois lorsque la femme souhaite une contraception hormonale. Il est utile de savoir qu'ils augmentent le risque de survenue d'un diabète chez les mères allaitantes qui ont présenté un diabète gestationnel (*Kjos et al*). Une étude (*Bassol et al*) a constaté une baisse du taux de TSH chez des bébés de sexe masculin allaités par une mère utilisant un implant de lévonorgestrel (Norplant®, non commercialisé en France). Une autre a constaté une prévalence plus élevée d'infections respiratoires, de problèmes cutanés et de conjonctivites chez les enfants allaités par une mère utilisant le Norplant® (*Schiappacasse et al*). Le laboratoire commercialisant Implanon® (étonogestrel) déconseille son utilisation pendant l'allaitement. La mère devrait être informée de l'impact possible sur la lactation ; si l'enfant pleure davantage, semble beaucoup plus affamé, obtient visiblement moins de lait, que sa prise de poids se ralentit, il faudra envisager la responsabilité de la contraception hormonale ; la mère pourra alors si elle le désire cesser de l'utiliser (il est plus facile de cesser de prendre une pilule que d'enlever un implant).

La contraception orale combinée

En 1963, Toaff et Jewelewicz ont rapporté que de hautes doses de progestatifs pouvaient inhiber la lactation, mais que cet effet était plus prononcé lorsque des oestrogènes étaient donnés en même temps. Certains auteurs ont dit que de hautes doses d'oestrogènes (300 µg/jour) seuls en post-partum immédiat soulagent l'engorgement sans avoir d'impact sur la sécrétion lactée. Les mêmes auteurs avaient déjà observé que de hautes doses d'oestrogènes débutées immédiatement après la naissance n'avaient aucun impact sur le volume de lait. Toutefois, les oestrogènes, à ces mêmes doses, ont été utilisées pendant un certain temps pour supprimer la lactation. De plus, diverses modifications de la composition du lait ont été notées (en particulier au niveau du taux de protéines, de lipides et de minéraux).

Presque toutes les études faites depuis ont conclu que la combinaison oestrogènes-progestatifs abaissait le volume de la sécrétion lactée, y compris sur une lactation bien installée. Des études portant sur des doses de 50 µg/jour d'éthinylestradiol ont montré une nette baisse de la sécrétion lactée, ce qui amenait à supplémenter l'enfant et induisait un sevrage précoce. Les études portant sur 30 mcg/jour d'éthinylestradiol (dose couramment utilisée actuellement) ont donné des résultats similaires. Il semblerait que l'abaissement de la sécrétion lactée serait dose-dépendant, et

Contraception hormonale pendant la lactation

Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. ST Truitt, AB Fraser, DA Grimes, MF Gallo, KF Schulz. Cochrane Database Syst Rev 2003 ; 2 : CD003988.

La régulation des naissances chez les femmes allaitantes est un problème de santé publique. On estime que tous les ans 100 millions de femmes doivent décider du type de contraception qu'elles utiliseront en post-partum. La décision concerne tant le mode de contraception que le moment à partir duquel elle sera mise en œuvre.

Le but de cette analyse était de faire le point sur la contraception hormonale combinée, ou uniquement progestative, et sur son impact sur la lactation. Il semblerait que la contraception combinée puisse affecter négativement la lactation, ce qui en fait un moins bon choix que la contraception uniquement progestative ou les contraceptions non hormonales. Les auteurs ont passé en revue toutes les études randomisées portant sur des femmes allaitantes souhaitant une contraception, effectuées sur les diverses formes de contraception hormonale, non hormonale, comportant ou non un groupe placebo. La contraception hormonale pouvait être orale ou injectable, ainsi que les DIU libérant un progestatif. Ils ont évalué leurs qualités méthodologiques, et cherché à voir dans quelle mesure leurs résultats se recoupaient. Les principaux facteurs étudiés étaient la quantité de lait produite, la composition du lait, la durée de l'allaitement et son déroulement, la croissance de l'enfant, l'efficacité de la contraception pendant l'allaitement, l'âge de l'enfant au moment de la mise en œuvre de la contraception et son impact éventuel sur la lactation. Dans la mesure où les études avaient des protocoles très différents, où de nombreuses données n'étaient pas recueillies, et où leur qualité méthodologique était souvent médiocre, il n'a pas été possible de dresser un tableau cohérent à partir de toutes les données analysées.

7 articles, portant sur 5 études randomisées, répondaient aux critères recherchés par les auteurs. La plupart de ces études ne donnaient aucune précision sur les méthodes utilisées pour sélectionner les femmes, sur l'existence ou non d'un groupe témoin, et sur un protocole rigoureux d'analyse des résultats. Le suivi des femmes était médiocre, et un pourcentage important de la cohorte était perdu de vue, ce qui rendait difficilement interprétables les résultats d'au moins 2 études. Les résultats des 2 études qui comparaient l'impact d'une contraception orale et d'un placebo étaient peu concluants. Une autre étude ne retrouvait aucun impact pour une contraception progestative. Une étude menée par l'OMS concluait à l'absence d'impact d'une contraception progestative, mais à un impact négatif sur la production lactée de la contraception combinée ; un pourcentage élevé des femmes de cette étude a été perdu de vue, ce qui rend les résultats peu fiables. Aucune différence significative n'a été constatée au niveau de la croissance des enfants dans toutes ces études, qui puisse être attribuée à la contraception hormonale chez la mère allaitante.

Les auteurs concluent que les études portant sur l'impact d'une contraception hormonale pendant l'allaitement sont rares et de qualité médiocre. Leurs résultats doivent être interprétés avec beaucoup de précautions. Les études actuelles ne permettent pas de savoir si la contraception hormonale a ou non un impact sur la lactation (quantité et qualité du lait). Elles ne permettent pas de faire des recommandations fiables sur l'utilisation d'une contraception hormonale par une femme allaitante. Il serait indispensable et urgent de mener au moins une étude randomisée de bonne qualité méthodologique et portant sur une population suffisante, afin d'en savoir davantage sur le sujet.

fonction de la précocité de la mise en œuvre de la contraception après l'accouchement. Une étude ayant évalué la quantité et la composition du lait chez des femmes recevant 30 mcg/jour d'éthinylestradiol à partir de 6 semaines post-partum a montré une absorption calorifique moindre chez l'enfant, une nette baisse du taux de calcium du lait maternel, ainsi qu'une baisse moins significative des autres électrolytes (*Koetsawang, Lönerdal et al*). Une autre étude a constaté une baisse moyenne de 41,9% de la sécrétion lactée avec ce type de contraception

(Tankeyoon *et al.*). Des auteurs ont décrit quelques cas de gynécomastie et de carence en folates avec anémie mégaloblastique chez des enfants allaités, ayant spontanément régressé après arrêt de la prise de contraceptif, mais aucune étude à grande échelle n'a évalué rigoureusement ces effets secondaires.

Ce type de contraception pourra être proposé pendant le sevrage, ou après le retour de couches, lorsque l'enfant consomme des solides en quantité suffisante, en prévenant la femme que même après ce délai un impact sur la lactation reste fréquent, surtout si elle envisage de poursuivre l'allaitement pendant encore un certain temps. Elle pourra être utilisée plus tôt si la femme souhaite arrêter rapidement l'allaitement ; dans ce cas, l'impact sur la sécrétion lactée de la contraception combinée pourra être considéré comme une « aide » au sevrage. Enfin, lorsque la femme veut absolument utiliser ce type de contraception dès le départ, la meilleure option sera de la lui prescrire, de suivre étroitement la croissance de l'enfant, et de donner des compléments de lait industriel lorsque cela deviendra nécessaire.

Les méthodes naturelles de régulation des naissances

Elles reposent sur l'observation des signes de la fertilité (glairer, mouvements et consistance du col de l'utérus, température, longueur du cycle), et suscitent de plus en plus d'intérêt. Des études ont montré qu'une conception n'était possible que pendant une période d'en moyenne 6 jours, se terminant peu après l'ovulation ; 24 heures après cette dernière, le risque de grossesse est nul. Elles sont difficiles à mettre en œuvre tant que la femme est aménorrhéique. Toutefois, si la femme utilisait déjà ces méthodes avant sa grossesse, elle pourra avoir une expérience pratique qui en facilitera l'utilisation. La fertilité est basse pendant l'allaitement, et ces méthodes vont généralement surestimer le nombre de jours fertiles. Certains couples combineront ces méthodes avec une méthode locale supprimant les périodes d'abstinence.

Pour un bon apprentissage de ces méthodes, il est utile de se faire aider par une personne expérimentée. Il faut savoir que l'apprentissage de ces méthodes est plus difficile pendant l'allaitement, avant le retour de couches. La femme pourra contacter une association spécialisée dans l'information sur ce type de méthodes (CLER, 65 Bd de Clichy, 75009 Paris ; ANPFEC Billings, Le Bois Périneau, 78120 Rambouillet). On commercialise actuellement des « mini-ordinateurs » (Persona, Baby-Comp...) qui permettent à une femme, après programmation, de détecter ses jours fertiles. Ils nécessitent habituellement plusieurs cycles pour leur programmation en fonction des paramètres spécifiques de l'utilisatrice. Leur fiabilité reste encore mal évaluée. Ils peuvent être couplés avec une méthode locale pendant les périodes de fertilité.

Les méthodes locales

Elles peuvent toutes être utilisées pendant l'allaitement, car elles ne présentent strictement aucun risque pour l'enfant allaité. Le préservatif, le diaphragme, la cape cervicale, les spermicides, peuvent être utilisés soit isolément, soit en association, pour chaque rapport ou seulement pendant les périodes fertiles du cycle, en fonction des préférences du couple. Pour une efficacité maximale, leur mode d'emploi doit être strictement respecté ; lorsque c'est le cas, le taux d'échec est inférieur à 10%. Préservatifs et spermicides sont en vente libre. Un diaphragme ou une cape cervicale doivent être prescrits par

un professionnel de santé, et la femme doit apprendre à utiliser correctement ces dispositifs. Il est recommandé d'attendre au moins 6 semaines post-partum pour commencer à l'utiliser, le temps que le col de l'utérus et le vagin stabilisent leurs dimensions après l'accouchement.

Les méthodes chirurgicales

La stérilisation chirurgicale est considérée comme étant définitive (même si des reperméabilisations ont été constatées). La ligature des trompes implique une chirurgie abdominale avec les risques qui y sont inhérents (hémorragie, infection...). C'est toutefois une chirurgie simple dont la femme se remet habituellement très rapidement, et dont le principal impact sur l'allaitement est une suspension de quelques heures.

Le DIU ou stérilet

Le risque plus élevé en post-partum de perforation utérine et d'expulsion est minimisé lorsqu'il est posé soit à la naissance (immédiatement après l'expulsion du placenta), soit après au moins 4 semaines, en ce qui concerne les stérilets au cuivre. Il est préférable d'attendre jusqu'à au moins 6 semaines post-partum pour poser un stérilet libérant de la progestérone (Progestasert®) ou du lévonorgestrel (Mirena®). Ensuite, aucune étude n'a fait état de différences dans la survenue de complications entre les femmes allaitantes et les femmes non allaitantes (Chen *et al.*, Silvin *et al.*). Le fait que la femme soit aménorrhéique pendant nettement plus longtemps lorsqu'elle allaite aura pour corollaire une moindre fréquence de saignements anormaux liés à l'utilisation du stérilet. Certaines études permettent de penser que le passage lacté du progestatif libéré par le stérilet est plus important qu'avec une pilule progestative.

La « pilule du lendemain »

Cette contraception d'urgence consiste à prendre :

- Soit une pilule oestro-progestative fortement dosée en oestrogènes (Stédiril®, Tétragynon®), à raison de 2 comprimés dans les 12 heures qui suivent le rapport, et à nouveau 2 comprimés 12 à 24 heures plus tard ; cette méthode s'est avérée efficace, et elle induit peu ou pas d'effets secondaires chez la femme.
- Soit un progestatif seul à dose plus élevée que pour une contraception courante (Norlevo®, Vikela®), à raison de 2 comprimés le plus tôt possible après le rapport (dans les 3 jours au plus tard). Cette méthode n'agit qu'avant l'ovulation et l'implantation ; elle est inefficace lorsque le processus de nidification est commencé ; des effets secondaires ont été rapportés.

Ces hormones passent dans le lait, comme celles des autres pilules contraceptives. Aucune suspension de l'allaitement n'est nécessaire. Théoriquement, la prise d'oestrogènes est susceptible de modifier la sécrétion lactée. Toutefois, de nombreuses femmes ayant utilisé ce type de contraception d'urgence n'ont constaté aucun impact sur leur allaitement. Il peut être utile de prévenir la mère de cet effet secondaire théorique, et de lui dire que si cela survient, quelques jours de tétés plus fréquentes suffiront à ramener les choses à la normale.

L'interruption volontaire de grossesse

Deux types de méthodes sont actuellement utilisées :

L'aspiration sous anesthésie paracervicale

Elle donne habituellement lieu à une hospitalisation d'une demi-journée. La mère peut reprendre l'allaitement dès que l'intervention est terminée.

Les méthodes médicamenteuses

Elles font appel à des prostaglandines E1 locales (Cervagème ovule[®]) ou per os (Cytotec[®]), ou à des prostaglandines E2 locales (Prostine E2 1 et 2 mg[®]) ou en IV (Nalador[®], Prostine E2 10 mg/l[®]), et à un anti-progestatif, la mifépristone (MiféGINE[®], ou RU-486).

Des essais d'utilisation des **prostaglandines** pour l'inhibition de la lactation ont été effectués ; à doses élevées, elles avaient un impact significatif. Il n'existe aucune donnée sur leur passage lacté. Toutefois, leur demi-vie est très courte, et il est donc improbable qu'elles puissent être excrétées à un taux significatif dans le lait. Et leur utilisation ponctuelle rend improbable un impact sur la sécrétion lactée. Elles sont considérées comme utilisables pendant l'allaitement.

Le fait que sa prise soit ponctuelle limite le risque, mais il n'existe aucune donnée sur le passage lacté de **la mifépristone**. Elle est liée à 98% aux protéines plasmatiques. Sa demi-vie d'élimination est d'en moyenne 18 heures. Elle est lipophile et on peut donc supposer que le taux lacté sera supérieur au taux plasmatique. La décision de poursuivre l'allaitement sera prise au cas par cas, en fonction de l'âge de l'enfant allaité et de la fréquence des tétées. Certains auteurs conseillent une suspension de l'allaitement de 2 à 3 jours par mesure de précaution (si l'enfant est un petit bébé), ou une diminution temporaire du nombre des tétées, la mère tirant son lait et le jetant.

Références et bibliographie

- Bassol S, MP Nava-Hernandez, C Hernandez-Morales et al. Effects of levonorgestrel implant upon TSH and LH levels in male infants during lactation. *Int J Gynaecol Obstet* 2002 ; 76(3) : 273-77.
- Borglin NE et al. Effect of oral contraceptives on lactation. *Fertil Steril* 1971 ; 22 : 39-41.
- Campino C et al. Plasma prolactin/oestradiol ratio at 38 weeks gestation predicts the duration of lactational amenorrhoea. *Hum Reprod* 2001 ; 16(12) : 2540-45.
- Cheng Chi I et al. Performance of the copper T-380A intrauterine device in breastfeeding women. *Contraception* 1989 ; 39(6).
- Courdent M, L Marchand, C Bechetoille. *La contraception hormonale. Dossiers de l'Allaitement* 1997 ; 32 : 14-16.
- Diaz S et al. Fertility regulation in nursing women. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and copper T380-A uterine devices. *Contraception* 1997 ; 56(4) : 223-32.
- Greiner T. *Breastfeeding and LAM : beyond conventional approaches. Bellagio Conference. Washington, 15-16/05/1997.*
- Gross B. Breastfeeding – natural fertility control/LAM : an effective option ? *Breastfeed Rev* 1999 ; 7(3) : 21-24.
- Hale T. *Medications and Mothers' Milk. Ed Pharmasoft Medical Publishing, 2004. T Hale. Ed Pharmasoft Medical Publishing, 2002.*
- Kelsey JK. Hormonal contraception and lactation. *J Hum Lact* 12(4), 315-18, 1996.

- Kennedy KI, CM Viness. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet* 1992 ; 339 : 227-30.
- Kennedy KI, M Kotelchuck. Policy considerations for the introduction and promotion of the lactational amenorrhoea method : advantages and disadvantages of LAM. *J Hum Lact* 1998 ; 14(3) : 191-203.
- Kennedy KI et al. Premature introduction of progestin-only contraceptive methods during lactation. *Contraception* 1997 ; 56(4) : 347-50.
- Kjos SL, RK Peters, A Xiang et al. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in latina women with prior gestational diabetes mellitus. *JAMA* 1998 ; 280 : 533-38.
- Koetsawang S. The effects of contraceptive methods on the quality and quantity of breast milk. *Int Gynaecol Obstet* 1987 ; 25 (suppl) : 115-127.
- Labbock MH et al. Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning. *Lancet* 1992 ; 339 : 968-70.
- Lönnerdal B et al. Effect of oral contraceptive on composition and volume of breast milk. *Am J Clin Nutr* 1980 ; 33 : 816-824.
- McCann MF, AV Moggia et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive on breastfeeding. *Contr* 1989 ; 40 : 635-48.
- Moggia AV, GS Harris, TR Dunson et al. A comparative study of a progestin-only oral contraceptive versus non-hormonal methods in lactating women in Buenos Aires, Argentina. *Contraception* 1991 ; 44 : 31-43.
- Montgomery A. Contraception for the breastfeeding mother. *ABM News and Views* 2000 ; 6(1).
- Nilsson S, T Mellbin et al. Long-term follow-up of children breastfed by mothers using oral contraceptive. *Contraception* 1986 ; 34 : 443-457.
- Pardthaisong T et al. The long-term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy or lactation. *Contraception* 1992 ; 45 : 313-24.
- Ramos R, KI Kennedy. Effectiveness of lactational amenorrhoea in prevention of pregnancy in Manilla, the Philippines : non-comparative prospective trials. *BMJ* 1996 ; 313 : 909-12.
- Ruf-Nabhan E. *L'allaitement au sein : une méthode d'espacement des naissances ? Thèse. Université Louis Pasteur, Faculté de Médecine de Strasbourg, 1992.*
- Schiappacasse V, S Diaz, A Zepeda et al. Health and growth of infants breastfed by Norplant contraceptive implants users : a six year follow-up study. *Contraception* 2002 ; 66(1) : 57-65.
- Silvini I, S Diaz, HB Croxatto et al. Contraceptives for lactating women : a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T380A IUD. *Contraception* 1997 ; 55 : 225-32.
- Tankeyoon M et al. Effects of hormonal contraceptive on milk volumes and infant growth. *Contraception* 1984 ; 30(6) : 505-22.
- Toaff R, R Jewelewicz. Inhibition of lactogenesis by combined oral progestagens and oestrogens. *Lancet* 1963 ; ii.322-24
- Tommaselli GA et al. Using complete breastfeeding and lactational amenorrhoea as birth spacing methods. *Contraception* 2000 ; 61(4) : 253-57.
- Truitt ST, AB Fraser, DA Grimes, et al. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 ; 2 : CD003988.
- Vekemans M. Postpartum contraception : the lactational ammenorrhoea method. *Eur J Contracept Reproduc Health Care* 1997 ; 2(2) : 105-111.
- WHO call breastfeeding an effective birth control method. *Fertil Steril* 1999 ; 72 : 431-40.
- WHO. Progestagen-only contraceptives during lactation. I : Infant growth - II : Infant development. *Contr* 1994 ; 50 : 35-68.