

Le coin du prescripteur

Contraception hormonale et lactation

L'allaitement est responsable d'une infertilité de durée variable suivant les femmes. Les mères qui allaitent exclusivement ont un risque de grossesse inférieur à 2% pendant les 6 premiers mois post-partum, lorsqu'elles sont aménorrhéiques, et que l'enfant tète au moins 6 fois par jour (intervalle entre 2 tétées d'au plus 4 heures pendant la journée, et d'au plus 6 heures pendant la nuit). La succion bloque l'axe hypothalamo-hypophysaire responsable de la sécrétion des hormones induisant l'ovulation. La connaissance de ces faits a amené à définir les critères de la MAMA (pour plus de détails, voir : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée ; DA n°25, p. 17-19).

Les facteurs qui influent sur la fertilité sont la fréquence des tétées, l'allaitement exclusif et l'âge de l'enfant. Normalement, une femme qui allaite aura son retour de couches des mois après l'accouchement, et l'ovulation ne reprend souvent que des semaines après ce retour de couches. Toutefois, des facteurs individuels encore mal cernés entrent en jeu. Environ 5 à 10% de femmes pourront redevenir enceintes avant d'avoir vu leurs règles revenir, au cours de la période d'allaitement prise dans sa totalité. Diverses études ont montré que l'allaitement « traditionnel » à la demande, jour et nuit, apporte un plus haut degré de protection. Cela est particulièrement manifeste dans certaines tribus nomades, où les enfants tètent pendant peu de temps, mais jusqu'à 60 fois par jour ; les femmes y restent infertiles pendant des années. Ce type d'allaitement n'est guère envisageable par les femmes des pays occidentaux. De plus, bien que fiable, la MAMA est très mal connue dans notre pays ; pour cette raison, beaucoup de professionnels de santé hésitent à la recommander, et beaucoup de femmes seront réticentes à l'utiliser. Certaines femmes souhaiteront donc avoir rapidement une contraception. Dans nos pays, les méthodes hormonales sont très souvent envisagées.

Les progestatifs seuls

Les progestatifs oraux

Il existe actuellement sur le marché, en France, 4 pilules progestatives microdosées à visée anticonceptionnelle : Microval® (lévonorgestrel), Milligynon® (noréthistérone), Ogyline® (norgestriénone) et Exluton® (lynestrénol).

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).

Le Lévonorgestrel (Microval®) a été étudié chez des femmes qui en prenaient 30 mcg/jour dès les premiers jours post-partum. Toutes ont vu baisser leur sécrétion lactée, mais la croissance pondérale des enfants était considérée comme normale. Une autre étude a évalué l'impact d'une contraception par progestatifs débutée 6 semaines après l'accouchement : soit 37,5 mcg/jour de lévonorgestrel, soit 500 mcg/jour de lynestrénol, soit 150 mg de médroxyprogestérone en I.M. tous les 3 mois, soit 200 mg de noréthistérone tous les 2 mois, soit un Norplant (implant de lévonorgestrel, non utilisé en France) par rapport à des méthodes contraceptives non hormonales. Aucune différence n'a été observée entre les différents groupes, que ce soit pour la croissance des bébés ou le déroulement de l'allaitement.

Milligynon® contient 0,6 mg de *noréthistérone* par comprimé. Cette molécule passe faiblement dans le lait, où elle atteint des taux représentant environ 10% du taux

Allaitement et progestérone

Une fillette est née par césarienne, à terme et en bonne santé. Elle pesait 3310 g. L'allaitement a bien démarré, malgré une première mise au sein tardive (18 heures), et les difficultés dues à la césarienne. Elle a été allaitée exclusivement à la demande, et n'a reçu aucun complément. Son poids est descendu à 3000 g, puis est remonté régulièrement. A J10, jour de la sortie de maternité, elle pesait 3350 g.

Le jour même, la mère, suivant la recommandation de son gynécologue, a commencé à prendre une pilule progestative (Microval®), décrite comme compatible avec l'allaitement. A J12, elle constate que sa fille pèse 3310 g, mais elle attribue le fait au changement de balance. Mais à J13, l'enfant pèse 3290 g. Inquiète, la mère contacte une animatrice de La Leche League. La technique d'allaitement est passée en revue. La fillette tète à la demande, jour et nuit. Elle tète moins longtemps depuis quelques jours, mais c'est elle qui lâche le sein. Finalement, devant l'absence de tout autre facteur, la possibilité d'un impact négatif du contraceptif est envisagée. La mère décide de suspendre la prise de Microval®. A J15, le poids de l'enfant est remonté à 3380 g, et il ne cessera plus d'augmenter par la suite : 3400 g à J16, 3570 g à J20, 4590 g à J36.

Est-ce une coïncidence ? Quelques cas de baisse de la sécrétion lactée ont été rapportés chez des mères qui avaient débuté précocement une contraception par progestatifs. Avez-vous eu l'occasion d'observer un cas similaire ?

Cas rapporté par Mme Anne Catherine MOGLIA

plasmatique maternel. Débutée soit à 1 semaine, soit à 6 semaines post-partum, à dose quotidienne de 1 mg et en association avec du mestranol (un oestrogène), elle exerçait un effet inhibiteur sur l'allaitement ; en raison de cette association, il est impossible de conclure à la responsabilité de la noréthistérone.

Il n'existe aucune donnée sur l'utilisation de la **norgestriénone** (Ogyline®) pendant l'allaitement. Le **lynestrénol** (Exluton®, dosé à 0,5 mg) est presque totalement métabolisé en noréthistérone. Il passe faiblement dans le lait (rapport lait/plasma : 0,15). A cette dose de 0,5 mg, le lynestrénol utilisé seul ne semblait pas déprimer la lactation, ce qui n'était pas le cas lorsqu'il était associé à un oestrogène, où lorsque des doses plus élevées étaient utilisées (1 mg/jour et plus).

Lors de la seconde conférence nationale de l'Association Nationale des Consultantes en Lactation Australiennes, une enquête a été réalisée auprès des participants, évaluant entre autres l'impact des progestatifs oraux sur l'allaitement qui aurait pu être noté par les participants à ce congrès. Les réponses données sur ce sujet étaient les suivantes :

Observations des consultantes en lactation sur les progestatifs

Réponses	n	%
Semblent diminuer la lactation	44	53%
Le bébé est agité pendant la tétée	23	28%
N'ont pas ou peu d'effet	9	11%
Donnent un goût spécial au lait	7	8%
Le bébé dort mal	7	8%
Faible prise de poids du bébé	4	5%
Refus du sein par le bébé	3	4%

Une des limites de cette enquête est que l'âge des enfants concernés lorsque la mère avait commencé ce type de contraception n'était pas connu. Cette enquête semble toutefois montrer que les pilules à base de progestatifs sont susceptibles d'avoir un impact sur la lactation. Il est intéressant de noter que, d'après notre expérience, l'impact sur la lactation semble fonction de l'âge du bébé lors de la mise en route de cette contraception (d'autant plus important que le bébé est jeune). Etant donné les défauts méthodologiques de bon nombre d'études (appréciation précise de la croissance des enfants et du déroulement de l'allaitement en particulier), d'autres études seraient les bienvenues.

Les progestatifs injectables

La médroxyprogestérone (Dépo-Provera®) ou la noréthistérone (Noristérat®), sont injectées tous les 3 mois. Elles ont été étudiées lorsque la première injection était pratiquée soit à 1 semaine, soit à 6 semaines post-partum.

Le rapport lait/plasma pour la **médroxyprogestérone** allait, suivant les études, de 0,12 à 2,6. Aucun impact négatif sur la lactation n'a été noté ; une étude rapporte

Progestatifs pendant l'allaitement : des doutes

Norplant and depo-provera as contraceptive choices for lactating women : the good news and the bad. Georgetown, USA. M Labbok. ABM News and Views, 1996, n°2, 8.

Les contraceptifs injectables tels que la Dépo-Provera® sont utilisés dans de nombreux pays. Devant l'augmentation de la prévalence de l'allaitement dans les pays occidentaux, des recherches sont faites sur la contraception par la progestérone pendant l'allaitement. Cet article a passé en revue les résultats de recherches récentes, portant sur l'impact respectif des contraceptifs administrés par implant, injection ou per os, en fonction du moment où leur administration est débutée. Ces résultats ne sont pas toujours conformes avec ce qui est souvent recommandé.

Il existe de très nombreuses études sur le sujet. Mais seulement 13 d'entre elles donnaient des résultats réellement exploitables, avec existence d'un groupe témoin, initiation précoce de la contraception (avant 8 semaines), chez des mères allaitant exclusivement.

Dans 10 des 13 études, la contraception par progestatif seul semblait avoir un impact négatif sur l'allaitement, cet impact étant évident dans 2 études. Parmi les autres études, 2 semblaient démontrer un impact positif de cette contraception. Ces données doivent être comparées avec les dires de l'OMS, selon laquelle la contraception par progestatifs n'affecte pas la lactation, en dehors de quelques cas anecdotiques. Ces résultats devraient être discutés, afin de réévaluer les éventuelles implications de l'utilisation de ces contraceptifs pendant l'allaitement.

même une plus longue durée d'allaitement chez les femmes traitées par ce progestatif. Cela pourrait être dû au fait que la médroxyprogestérone n'est pas transformée en dérivés oestrogènes, contrairement à d'autres progestatifs. Les auteurs recommandaient cependant de ne commencer à l'utiliser qu'à partir de 3 mois post-partum.

Des auteurs ont étudié l'impact d'un DIU délivrant soit 10 mcg/jour, soit 30 mcg/jour de lévonorgestrel, inséré 6 semaines après l'accouchement, par rapport à un DIU au cuivre. Avec le DIU relâchant 30 mcg, on a observé une légère diminution de la sécrétion lactée et une moindre durée d'allaitement qu'avec le DIU relâchant 10 mcg ou le DIU au cuivre (ce dernier n'a aucun impact sur la lactation). La croissance et les fonctions hépatiques des enfants sont restées normales. En France, est commercialisé le Progestasert®, qui libère 65 mcg/jour de progestérone. A notre connaissance, aucune étude n'existe à son sujet.

A l'heure actuelle, aucune étude n'a retrouvé un effet secondaire chez des enfants allaités par des mères utilisant une contraception par progestatifs seuls. Un suivi jusqu'à l'âge de 17 ans, n'a retrouvé aucun impact tant sur le plan de la croissance que sur celui du déroulement de la puberté (Pardthaisong, 1992). Toutefois, ces études ne prenaient pas en compte des données telles que conduite pratique de l'allaitement et exposition totale aux hormones de synthèse.

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 mcg/jour) seuls en post-partum immédiat soulagent l'engorgement sans avoir d'impact sur la sécrétion lactée. Les mêmes auteurs avaient dit en 1969 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 utilisés 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. Des études portant sur des doses de 50 mcg d'*éthinyloestradiol* 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'*éthinyloestradiol* (dose couramment utilisée actuellement) ont donné des résultats similaires. Il semblerait que l'abaissement de la sécrétion lactée serait dose-dépendant, et fonction de la précocité de la mise en oeuvre 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'*éthinyloestradiol* 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. 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.

Les oestrogènes de synthèse, aux doses habituellement prescrites pour un usage contraceptif, ne semblent pas avoir un impact négatif significatif sur la santé des enfants. Lorsqu'une femme continue à allaiter alors qu'elle est enceinte, le fœtus et l'enfant encore allaité reçoivent des doses massives d'oestrogène 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. L'âge de l'enfant et son stade de développement pourraient aussi jouer en la matière.

En conclusion

Pendant les 6 premiers mois, de plus en plus de femmes bien informées préfèrent utiliser la MAMA et/ou les méthodes locales de régulation des naissances. Toutefois, une contraception hormonale débutée dans le premier mois qui suit la naissance est possible, bien que susceptible d'avoir un impact négatif sur l'allaitement. Comme, en allaitement *exclusif* avec *au moins* 6 tétées par jour (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, ce type de contraception ne devrait donc être utilisé que si la femme le désire

expressément, et après avoir porté à sa connaissance ses éventuels effets secondaires.

Pour toute contraception hormonale débutée dans les 6 premiers mois post-partum, les progestatifs, donnés seuls, sont préférés aux méthodes utilisant des oestrogènes.

Avant 6 semaines, certains proposent une pilule progestative si les tétées sont moins nombreuses et / ou plus espacées que ce qui est décrit ci-dessus, ou chez les femmes commençant un sevrage, lors de l'introduction du premier biberon.

Après 6 semaines, si la femme souhaite une contraception hormonale, les travaux disponibles semblent montrer que le lévonorgestrel (micropilule à 30 mcg/jour) et la médroxyprogestérone (injection I.M. de 150 mg/3 mois) sont les molécules les moins susceptibles de poser des problèmes. Pour les femmes souhaitant se voir poser un stérilet avec libération d'hormone, le Progestasert®, disponible en France, n'a pas été étudié. Pour les femmes qui souhaitent sevrer leur enfant rapidement, la prise à partir de ce moment d'un contraceptif contenant aussi des oestrogènes pourrait éventuellement aider au sevrage et faciliter la transition vers le lait industriel.

Mme Marie COURDENT - Consultante en Lactation
Dr Laure MARCHAND - Consultante en Lactation
Dr Christine BECHETOILLE - Consultante en Lactation

Références et bibliographie

- JK Kelsey. *Hormonal contraception and lactation*. JHL 12(4), 315-18, 1996.
- Médicaments et allaitement*. B de Schuiteneer, B de Coninck. Centre anti-poison de Bruxelles, 1996.
- Drugs in pregnancy and lactation*. Briggs, Freeman, Yaffe. Ed Williams & Wilkins, Baltimore, 1990.
- Moggia AV, Harris GS, Dunson TR 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.
- Toaff R, Jewelewicz R. *Inhibition of lactogenesis by combined oral progestagens and oestrogens*. *Lancet* 1963 ; ii.322-24
- Riordan J, Auerbach R. *Breastfeeding and human lactation*. Jones and Barlett, London, 1993 ; p.448.
- Breastfeeding Answer Book*, 362-65. LLLI, ed 1997.
- McCann MF, Moggia AV et al. *The effects of a progestin-only oral contraceptive on breastfeeding*. *Contr* 1989 ; 40 : 635-48.
- WHO. *Progestagen-only contraceptives during lactation*. I : *Infant growth - II : Infant development*. *Contr* 1994 ; 50 : 35-68.
- Kamal I, Hefnawi F et al. *Clinical, biochemical and experimental studies on lactation*. *AM J Obstet Gynecol* 1969 ; 105 : 324-34.
- Miller GH, Lowell RH. *Lactation and genital involution effects of a new low-dose oral contraceptive on breastfeeding mothers and their infants*. *Obstet Gynecol* 1979 ; 35(1) : 44-50.
- Borglin NE et al. *Effect of oral contraceptives on lactation*. *Fertil Steril* 1971 ; 22 : 39-41.
- Nilsson S, Mellbin T 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.
- Lönnerdal et al. *Effect of oral contraceptive on composition and volume of breast milk*. *Am J Clin Nutr* 1980 ; 33 : 816-824.

Koetsawang S. The effects of contraceptive methods on the quality and quantity of breast milk. Int Gynaecol Obstet 1987 ; 25 (suppl) : 115-127.