



Oh bébé! : les contraceptifs oraux combinés durant l'allaitement au sein

QUESTION CLINIQUE

La prise de contraceptifs oraux combinés (COC) a-t-elle une incidence sur l'allaitement ou les résultats pour les nourrissons?

CONCLUSION

Les essais sont vieux (> 35 ans), petits (< 300 couples mères/nourrissons) et très peu fiables. Si les résultats sont réels, les COC sont susceptibles de ralentir la croissance des nourrissons (d'environ 240 g) et de réduire les taux d'allaitement exclusif (81 % c. 92 %) par comparaison avec un placebo à 90 jours. Les données probantes sur les pilules progestatives (PP) sont contradictoires et peu fiables. Si les résultats sont réels, il n'a pas de différence avec le placebo pour ce qui est de la croissance des nourrissons. Si l'on souhaite suivre une contraception au début de la période postpartum, les directives recommandent des méthodes ne faisant appel qu'à la progestine en raison du risque accru de thromboembolie veineuse.

DONNÉES PROBANTES

- Essais contrôlés randomisés (ECR) de deux revues systématiques^{1,2}. Amorce de la prise de contraceptifs oraux 2 à 6 semaines après l'accouchement. Les résultats sont statistiquement différents, à moins d'indication contraire.
- COC c. placebo :
 - Poids du nourrisson :
 - 182 femmes, 30 mcg d'éthinylestradiol/0,15 mg de lévonorgestrel³ :
 - 91 jours après l'accouchement : 6 011 g c. 6 250 g (placebo).
 - 50 femmes, 80 mcg de mestranol avec progestine⁴ :
 - Entre 2 et 5 semaines après l'accouchement : Gain de poids : ~ 7 oz de moins qu'avec un placebo, statistiques non déclarées.
 - Allaitement exclusif :
 - À 91 jours³ : 81 % c. 92 % (placebo)
 - Préparation comme alimentation d'appoint :
 - À 91 jours³ : Proportion : 18 % c. 8 % (placebo), aucune différence statistique.
 - À 5 semaines⁴ : ~ 710 calories complémentaires/semaine c. 190 (placebo), statistiques non déclarées.
- PP c. placebo :
 - Prise amorcée ≤ 6 semaines après l'accouchement : Deux ECR de faible qualité (20 et 400 femmes)^{5,6}.
 - Croissance des nourrissons : Aucune différence².
- COC c. PP :
 - Le plus grand ECR (171 femmes) compare la prise de 30 mcg d'éthinylestradiol et de 150 mcg de lévonorgestrel avec celle de 150 mcg de lévonorgestrel pendant 6 à 24 semaines après l'accouchement⁷ :
 - Aucune différence : poids du nourrisson ou alimentation d'appoint.
 - Volume de lait : diminution de 42 % (COC) c. 12 % (PP).
 - Les résultats concordent avec ceux d'un autre ECR (127 femmes)⁸ :
 - Aucune différence : allaitement maternel ou effets indésirables à 6 mois.
- Limites : Vieux essais (> 35 ans)^{3-5,7}; déclaration incomplète^{3,4,7}; manque de puissance⁸; taux d'abandon élevés^{7,8}; manque de clarté sur la randomisation³; certaines préparations/doses ne sont plus utilisées^{4,9}.
- Effets indésirables des COC sur les couples mère/enfant selon des essais qui n'étaient pas des ECR :
 - 48 couples : aucune différence sur les plans de la croissance ou du développement intellectuel par rapport au groupe témoin, ≤ 8 ans⁹.
 - 103 couples c. 227 (placebo/dispositif intra-utérin) : aucune différence pour ce qui est de changements aux seins et aux parties génitales chez les nourrissons à 1 an¹⁰.

CONTEXTE

- Les directives :
 - recommandent une contraception à progestatif seul au début de la période postpartum^{11,12}.
 - se prononcent contre la COC durant les premières 4 à 6 semaines après l'accouchement pendant l'allaitement à cause du risque de thromboembolie veineuse^{12,13}.

- Le risque au début de la période postpartum est de 15 à 35 fois plus élevé que pour les femmes qui ne sont pas enceintes^{12,14}, avec retour au niveau initial 6 à 12 semaines après l'accouchement¹⁴.

RÉFÉRENCES

1. Tepper NK, Phillips SJ, Kapp N, *et al.* *Contraception*. 2016; 3(94): 262-74.
2. Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, *et al.* *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;3:CD003988.
3. Diaz S, Peralta O, Juez G, *et al.* *Contraception*. 1983; 27:1:1-11.
4. Miller GH, Hughes LR. *Obstet Gynecol*. 1970;35(1):44-50.
5. Giner Velazquez, Cortes Gallegos V, Sotelo Lopez A, *et al.* *Ginecol Obstet Mex*. 1976;40(237):31-9.
6. Dutta DK, Dutta I. *J Indian Med Assoc*. 2013;111(8):553-5.
7. Tankeyoon M, Dusitsin N, Chalapati, S, *et al.* *Contraception*. 1984;30(6):505-22.
8. Espey E, Ogburn T, Leeman L *et al.* *Obstet Gynecol*. 2012;119(1):5-13.
9. Nilsson S, Mellbin T, Hofvander Y, *et al.* *Contraception*. 1986;34(5):443-57.
10. Croxatto HB, Diaz S, Peralta O, *et al.* *Contraception*. 1983; 27(1):13-25.
11. Black A, Guilbert E, Costescu D, *et al.* *JOGC*. 2016;38(3):301-326.
12. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/> [date de consultation : le 29 juin 2022].
13. Black A, Guilbert E, Costescu D, *et al.* *JOGC*;2017; 39(4): 269-314.
14. Thrombose Canada. https://thrombosiscanada.ca/wp-content/uploads/2021/09/42.-Grossesse-Diagnostic-de-TVP-et-dEP_14Sept2021.pdf [date de consultation : le 29 juin 2022].

AUTRICES

Jennifer Potter, M.D., CCFP,
Samantha Moe, Ph.D.
Pharm., **Allison Paige**, M.D.,
CCFP

*Les autrices n'ont aucun
conflit d'intérêts à déclarer.*

**OUTILS DE LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils de la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.