

Faits et arguments

La contraception du post-partum : état des connaissances

Postpartum birth control: State-of-the-art

G. Robin ^{b,c,*}, P. Massart ^{b,c}, F. Graizeau ^b, B. Guérin du Masgenet ^a

^a Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier Gustave-Dron, 135, rue du Président-René-Coty, 59200 Tourcoing, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier d'Armentières, rue Sadi-Carnot, 59280 Armentières, France

^c Service de gynécologie endocrinienne et médecine de la reproduction, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 2, avenue Oscar-Lambert, 59037 Lille, France

Reçu le 9 juillet 2007 ; accepté le 14 février 2008

Disponible sur Internet le 11 juin 2008

Résumé

Le retour de couches survient en moyenne six semaines après l'accouchement. Cependant, une ovulation peut se produire dès le vingt-cinquième jour, notamment en l'absence d'allaitement maternel. Par conséquent, la contraception du post-partum constitue une priorité en suites de couches. Médecins et sages-femmes doivent s'efforcer de délivrer une information actualisée sur les différentes stratégies contraceptives, d'en dépister les éventuelles contre-indications et de prescrire à chaque femme qui le souhaite une contraception efficace avant sa sortie de la maternité. Les récentes publications ont permis de faire évoluer certaines idées reçues, mais il n'existe pas actuellement de réel consensus encadrant cette prescription. En l'absence de facteur de risque surajouté, les estroprogestatifs minidosés peuvent être prescrits dès le vingt et unième jour suivant l'accouchement sans occasionner de sur-risque thromboembolique. Leur prescription est également possible si la femme allaite, sans risque d'entraîner d'effets indésirables significatifs sur la lactation. Seule la date d'introduction reste sujette à controverses (dès le vingt et unième jour ou dès la fin de la sixième semaine suivant l'accouchement). Les microprogestatifs conservent une place de choix en cas de contre-indication aux estroprogestatifs. Par ailleurs, il est maintenant admis que les dispositifs intra-utérins puissent être posés quatre à six semaines après l'accouchement. Ces nouvelles recommandations visent à simplifier au maximum la prise en charge pour favoriser l'accès des patientes à une méthode contraceptive efficace, dans les délais nécessaires pour les prémunir contre la survenue d'une grossesse trop rapprochée.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

It takes some six weeks for menstrual flow to come back after delivery, but an ovulation may occur from the twenty-fifth day, especially in the absence of bottle feeding. That is the reason why postpartum birth control must be gets onto in maternity wards. Obstetricians and midwives are supposed to deliver update information about variant contraceptive means. They have to be able to diagnose any risk factor and to prescribe an efficient contraceptive option to every woman who wishes for it, before she leaves the maternity ward. Recent studies incite us to amend our medical behaviour regarding postpartum contraception, even if there is no consensus at present. In a normal context, without any add on risk factor, it is possible to prescribe a birth control pill containing low dosage of combined oral contraceptives. Doing that, you will not expose the patient to an increased risk of deep venous thrombosis nor to significant breastfeeding disruption. Low-dose progestin-only pills are also a good choice because there are no risks during the lactation. When the patient suffers from some disease which stops you from giving combined oral contraceptives, it is still possible to resort to progestin-only. It is now admitted to insert an intra-uterine device from the fourth or sixth week following the delivery. In certain conditions, it can be inserted over the 48 hours following a delivery, some obstetrician would even insert it during the caesarean section. The main purpose of these recent references is to simplify the contraceptive outline in order to ease its prescription and to avoid unwanted pregnancies.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Post-partum ; Contraception ; Estroprogestatifs ; Dispositif intra-utérin ; Grossesses rapprochées ; Diabète gestationnel ; Accidents thromboemboliques

Keywords: Postpartum; Contraception; Combined oral contraceptives; Intra-uterine device; Short interpregnancy intervals; Gestational diabetes; Thromboembolism events

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : geoffroy.robin@laposte.net (G. Robin).

1. Introduction

Deux heures après la délivrance, débute le post-partum. Cette période va durer six semaines en moyenne et se terminer par le retour des menstruations (ou retour de couches) qui marque la reprise d'une fonction ovarienne (presque) normale. Néanmoins, une ovulation, et donc une éventuelle fécondation, peuvent survenir avant la fin de cette période. La patiente devra être informée de ce risque et, si elle le souhaite, une méthode contraceptive pourra lui être proposée, idéalement dès la sortie de la maternité. Le post-partum est marqué par de nombreux bouleversements anatomiques, physiologiques, métaboliques et hormonaux dont il faudra tenir compte pour le choix contraceptif de ces patientes.

Le problème de la contraception est actuellement considéré comme un enjeu majeur en ce qui concerne la prévention des interruptions volontaires de grossesse. La contraception du post-partum qui présente un certain nombre de spécificités mérite l'implication des professionnels de santé. C'est pourquoi, depuis août 2004, selon l'article L.5134-1 du Code de la santé publique, « les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couche, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse », en plus des méthodes de contraception locales, mécaniques et chimiques, qu'elles pouvaient déjà conseiller et prescrire. Aborder cette problématique dès le séjour en maternité ne dispense en aucun cas d'y consacrer une attention particulière lors de la consultation postnatale qui reste un temps fondamental en matière de contraception du post-partum.

2. Notions physiologiques sur les suites de couches

2.1. Involution utérine et fermeture du canal cervical

Après la délivrance, l'utérus va involuer progressivement. On considère qu'il faut deux mois en moyenne pour qu'il reprenne les dimensions antérieures à la grossesse. Au terme des 15 premiers jours, pendant lesquels l'involution est particulièrement rapide, l'utérus aura retrouvé sa position pelvienne sus-pubienne [1].

Le col utérin récupère une tonicité et une longueur de 2 cm en une semaine environ. L'orifice externe reste perméable jusqu'à la fin de la troisième semaine suivant l'accouchement, alors que l'orifice interne se ferme dès le huitième jour. La muqueuse vaginale s'atrophie rapidement en post-partum immédiat sous l'effet de la chute brutale des estrogènes placentaires. L'imprégnation hormonale et le retour à une bonne trophicité endométriale seront dépendants du délai de reprise de la fonction ovarienne.

2.2. Fonction ovarienne et reprise des ovulations en post-partum

2.2.1. Chez la femme qui allaite

Lors de chaque tétée, la succion mamelonnaire provoque un pic de prolactine. Celui-ci va ralentir la fréquence des pulses de GnRH, et donc mettre au repos les fonctions ovariennes

endocrines (hyposécrétion des estrogènes) et exocrines (perturbation des mécanismes de croissance et de sélection folliculaire) aboutissant à une anovulation [2].

Pour un blocage efficace de la fonction ovarienne, il a été démontré qu'une fréquence minimale de six tétées par 24 heures, régulièrement réparties sur le nyctémère, était nécessaire [3,4]. Ces données physiopathologiques sont à l'origine des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la méthode de l'allaitement maternel avec aménorrhée (Mama).

En cas d'allaitement exclusif, les menstruations pouvant survenir dans les six mois suivant l'accouchement correspondent le plus souvent à des cycles anovulatoires ou dysovulatoires [3,5–7]. Cependant, malgré ces données théoriquement rassurantes, 2 % des femmes pratiquant correctement cette méthode à visée contraceptive seront à nouveau enceintes six mois après leur accouchement [8,9].

2.2.2. En l'absence d'allaitement maternel

Concernant la fécondité du post-partum, si la femme n'allait pas et qu'aucun inhibiteur de la lactation n'est utilisé, aucune ovulation ne survient dans les six premières semaines [10]. En cas d'inhibition par un agoniste des récepteurs dopaminergiques de type D2, le retour de couches (qui marque la reprise de la fonction ovarienne) est plus précoce, survenant en moyenne trois semaines après l'accouchement [11]. Par conséquent, en cas d'allaitement artificiel, il est raisonnable de conseiller aux femmes de débiter une contraception efficace au terme des trois premières semaines suivant l'accouchement.

2.3. Normalisation des paramètres de l'hémostase

Un état d'hypercoagulabilité, à risque thromboembolique, persiste pendant les deux à trois premières semaines suivant l'accouchement : le fibrinogène et le complexe prothrombinique sont initialement élevés et se normalisent progressivement pendant cette période. Les inhibiteurs physiologiques de la coagulation sont quant à eux peu perturbés en fin de grossesse : leurs taux un peu bas remontent en deux semaines environ [12].

3. Reprise de la sexualité au cours du post-partum

Dans les premières semaines suivant la naissance d'un enfant, on observe que, pour la majorité des couples, la reprise d'une sexualité épanouissante nécessite un temps d'adaptation variable [13–16]. Dans le post-partum immédiat, il existe souvent des difficultés diverses (psychologiques, anatomiques, hormonales...) à la reprise d'une sexualité satisfaisante au sein du couple. L'allaitement maternel serait associé à un plus grand désintérêt des jeunes accouchées pour la sexualité au cours de la période du post-partum ; l'hypoestrogénie induite par l'hyperprolactinémie de la lactation en serait une des nombreuses raisons [15].

En moyenne, la reprise des rapports sexuels semble survenir dans les cinq semaines suivant l'accouchement et on considère qu'à un mois de l'accouchement, environ 60 % des couples ont eu au moins un rapport sexuel.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948106>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948106>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)