

■ Le dossier – Les hypertensions de la grossesse

Le post-partum. Allaitement, contraception et traitements antihypertenseurs : ce que le cardiologue doit savoir

RÉSUMÉ : Dans le contexte des désordres hypertensifs de la grossesse, la période du *post-partum* doit être extrêmement surveillée. En effet, plusieurs spécificités, propres à cette période, doivent tenir compte des chiffres de la pression artérielle. Ainsi, la présence ou non d'un allaitement rendra l'utilisation de certains traitements antihypertenseurs très prudente.

Par ailleurs, la prise en charge contraceptive doit être adaptée et dépendra de la stabilisation ou non de la pression artérielle en *post-partum* immédiat et plus tardif. Les contraceptions mécaniques et/ou progestatives seront les plus couramment utilisées. Enfin, cette période permet d'insister sur le nécessaire suivi à long terme de ces femmes sur le plan cardiovasculaire.



G. PLU-BUREAU
Unité de Gynécologie médicale,
Hôpital Port-Royal, PARIS.

Le *post-partum* est une période de grands bouleversements comportant des particularités propres à chaque femme. Ainsi, la prise en charge en *post-partum* des femmes ayant souffert de désordres hypertensifs pendant la grossesse doit prendre en compte certaines spécificités à la fois pour la bonne gestion de l'allaitement, s'il est souhaité, et pour l'optimisation de la stratégie contraceptive. À l'aide des données récentes de la littérature, ces deux spécificités seront replacées dans le contexte des désordres hypertensifs de la grossesse en mettant en lumière les aspects importants pour la pratique clinique courante.

Dans ce contexte, la prise en charge doit être particulièrement adaptée, notamment les traitements antihypertenseurs qui doivent être compatibles avec un éventuel souhait d'allaitement. Par ailleurs, le délai d'introduction et le choix

d'une contraception compatible avec ces désordres hypertensifs seront discutés.

■ Allaitement

Les molécules antihypertensives compatibles avec l'allaitement doivent être connues des prescripteurs. L'impact des molécules doit être nul ou modéré sur la santé de l'enfant. Les conséquences de l'allaitement sur la santé de la mère à court et moyen terme doivent aussi être discutées. Par ailleurs, si l'allaitement artificiel est préféré, certains traitements inhibiteurs de la lactation, et notamment la bromocriptine, sont formellement contre-indiqués dans ce contexte.

1. Les traitements antihypertenseurs compatibles avec l'allaitement

En France, la veille de l'ensemble de la littérature concernant les traitements

Classe thérapeutique	Molécules	Quantité ingérée par l'enfant
Bêta-bloquant	Propranolol, labétalol	1 % (dose maternelle)
Inhibiteur calcique	Nifédipine, nicardipine	
Antihypertenseur central	Alpha-méthyl-dopa	
Inhibiteur de l'enzyme de conversion	Captopril, énalapril, bédazépril, quinapril	Risque d'accumulation si enfant prématuré ou insuffisance rénale

Tableau I : Les différents traitements antihypertenseurs compatibles avec l'allaitement.

antihypertenseurs qui peuvent être utilisés pendant l'allaitement est effectuée par le Centre de référence sur les agents tératogènes [1]. Les résultats des études et les recommandations sont facilement consultables sur le site internet de ce centre (www.lecrat.fr). Le **tableau I** résume les molécules compatibles dans ce contexte.

Les classes thérapeutiques suivantes sont contre-indiquées : les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (sartans), les diurétiques et les dérivés de la spironolactone.

2. Allaitement et pression artérielle

L'effet de l'allaitement sur la pression artérielle a été analysé récemment chez des femmes ayant eu un désordre hypertensif de la grossesse. Ainsi, l'étude très récente de Countouris *et al.* analyse l'impact de l'allaitement sur les chiffres de la pression artérielle en *post-partum* (en moyenne 8 mois après l'accouchement) en fonction de l'existence ou non de désordres hypertensifs pendant la grossesse [2]. Pour les femmes ayant eu une hypertension gravidique, l'allaitement prolongé semble avoir un effet bénéfique. Ces résultats nécessitent cependant d'être confirmés.

Par ailleurs, le maintien ou la modification, pendant la période de l'allaitement, d'un traitement antihypertenseur doit tenir compte :

- de l'efficacité et de la tolérance du traitement antihypertenseur suivi pendant la grossesse ;

- de l'existence d'un traitement antihypertenseur préalable à la grossesse, de son efficacité et de sa tolérance ;
- de l'indication préférentielle de certaines classes thérapeutiques (notamment les IEC) ;
- de la durée limitée dans le temps de la période de l'allaitement.

Enfin, sachant que la période du *post-partum* chez une femme ayant présenté des désordres hypertensifs pendant la grossesse coïncide avec une période d'instabilité tensionnelle, il importe de surveiller fréquemment le niveau tensionnel pendant l'allaitement, notamment chez les patientes normotendues avant la grossesse, afin de réduire autant que nécessaire (voire d'arrêter) le traitement antihypertenseur ; ou encore, plus rarement, de devoir augmenter le traitement antihypertenseur.

■ Contraception

Différents types de contraceptions, à la fois hormonales et non hormonales, sont disponibles. Parmi les contraceptions hormonales, il faut distinguer les contraceptions combinées (associant une molécule d'estrogène et une molécule de progestatif) et les contraceptions progestatives. Les dispositifs intra-utérins (ou stérilets) existent sous différentes formes. Soit ils sont au cuivre (non hormonal), soit ils délivrent de faibles doses de progestatifs (lévonorgestrel).

La contraception de la période du *post-partum* immédiat fait appel à des méthodes particulières. En effet, le

risque de maladie thromboembolique veineuse (MVTE) est majoré dans la période du *post-partum* immédiat. L'incidence des MVTE est estimée entre 0,5 et 3/1 000 grossesses, ce qui correspond à une augmentation de 4 à 10 fois par rapport à l'incidence rencontrée dans une population appariée non enceinte [3]. Ce risque est significativement augmenté jusqu'à 6 semaines, voire 12 semaines pour deux études récemment publiées.

Le choix de la contraception à utiliser en *post-partum* a fait l'objet de recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en décembre 2015 [4, 5]. Pour l'ensemble des femmes, la contraception estroprogestative est contre-indiquée en raison de l'augmentation du risque de thrombose veineuse. Ce risque est dû à la fois à la situation propre du *post-partum* et à l'impact de la contraception combinée. En effet, la contraception combinée modifie les paramètres de la coagulation quelle que soit la voie d'administration (orale, transdermique, vaginale) [6], augmentant significativement le risque de thrombose veineuse [7].

Le risque de thrombose artérielle en *post-partum* est aussi augmenté mais le niveau de risque est beaucoup plus faible [8]. Ce risque artériel est néanmoins 2 fois plus important chez les femmes ayant eu une hypertension artérielle (HTA) pendant la grossesse comparativement aux femmes normotendues [9]. La contraception combinée augmente également le risque d'accident artériel [10]. Les contraceptions progestatives semblent neutres à la fois sur le risque veineux (sauf pour l'acétate de médroxyprogestérone qui multiplie par 3 ce risque) et artériel [7].

Sur le plan tensionnel, la contraception combinée élève de façon quasi constante les chiffres tensionnels mais n'entraînerait une HTA authentique que chez 5 % des femmes initialement normotendues [11]. Ainsi, le risque relatif de développer

Le dossier – Les hypertensions de la grossesse

une HTA après le début de l'utilisation d'une contraception combinée est de 1,5 à 3 selon les études. La plupart des études concernaient cependant les pilules de 1^{re} génération comportant souvent 50 µg d'éthinylestradiol, voire plus. Il n'existe que peu de données concernant les pilules plus faiblement dosées en estrogènes et les voies d'administration non orales. Cependant, le mécanisme physiopathologique à l'origine des altérations tensionnelles est vraisemblablement le même pour les plus faibles dosages et les voies extra-digestives [12]. En cas d'HTA non contrôlée, l'impact des stéroïdes, même à petites doses, est mal évalué. Dans ce contexte, seules les contraceptions microprogestatives sont autorisées et restent la contraception la plus utilisée en *post-partum* immédiat. En effet, ce type de contraception n'est pas associé à des modifications significatives sur le plan métabolique et vasculaire.

Les stratégies contraceptives à distance de l'accouchement (plus de 6 semaines) dépendent de la normalisation de la pression artérielle (avec ou sans traitement).

- Si la pression artérielle est normalisée sans traitement, toutes les contraceptions hormonales ou non hormonales sont autorisées.

- Si la pression artérielle reste élevée, seules les contraceptions mécaniques ou progestatives seules (en dehors de l'acétate de médroxyprogestérone) sont autorisées. Les contraceptions estroprogestatives sont contre-indiquées.

- Enfin, si la pression artérielle est bien contrôlée avec un traitement et que la patiente n'a pas d'autres facteurs de risque vasculaire, les recommandations ne sont pas consensuelles. Selon les recommandations américaines (basées sur l'OMS), une HTA contrôlée

ou une élévation modérée de la pression artérielle (140-159/90-99 mmHg) devraient contre-indiquer toutes les contraceptions combinées, les risques dépassant alors les bénéfices d'une telle contraception. Une HTA même traitée et bien contrôlée impose donc une extrême vigilance et doit faire préférer une contraception sans estrogènes quels qu'en soient la molécule, le dosage et la voie d'administration [4, 13].

Les contraceptions non hormonales bénéficient d'une place privilégiée en cas d'HTA avérée ou suspectée. DIU au cuivre, préservatif, spermicides ou toute autre méthode barrière sont autant de choix contraceptifs à utiliser dans le respect de leurs contre-indications et efficacité respectives.

Conclusion

Toutes les femmes ayant présenté des désordres hypertensifs de la grossesse doivent bénéficier d'une surveillance de leur pression artérielle afin d'adapter leur traitement hypertenseur. Le choix du traitement hypertenseur après l'accouchement doit tenir compte d'un éventuel allaitement. Enfin, une contraception adaptée doit être proposée afin de préparer de façon optimale une éventuelle future grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Centre de référence sur les agents tératogènes : www.lecrat.fr
2. COUNTOURIS ME, SCHWARZ EB, ROSSITER BC *et al.* Effects of lactation on postpartum blood pressure among women with gestational hypertension and preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*, 2016;215/241.e1-8.
3. MENG K, HU X, PENG X *et al.* Incidence of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: a system-

atic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2015;28:245-253.

4. SÉNAT MV, SENTILHES L, BATTUT A *et al.* Post-partum: Guidelines for clinical practice--Short text. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2015;44:1157-1166.
5. RACCAH-TEBEKA B, PLU-BUREAU G. Post-partum contraception: Guidelines for clinical practice. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris), 2015 ;44:1127-1134.
6. RAPS M, HELMERHORST FM, FLEISCHER K *et al.* The effect of different hormonal contraceptives on plasma levels of free protein S and free TFPI. *Thromb Haemost*, 2013;109:606-613.
7. PLU-BUREAU G, MAITROT-MANTELET L, HUGON-RODIN J *et al.* Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2013;27:25-34.
8. SALONEN H, LICHTENSTEIN P, BELLOCCO *et al.* Increased risks of circulatory diseases in Late Pregnancy and Puerperium. *Epidemiology*, 2001;12:456-460.
9. WANG IK, CHANG SN, LIAO CC *et al.* Hypertensive disorders in pregnancy and preterm delivery and subsequent stroke in Asian women: a retrospective cohort study. *Stroke*, 2011;42:716-721.
10. PLU-BUREAU G, HUGON-RODIN J, MAITROT-MANTELET L *et al.* Hormonal contraceptives and arterial disease: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2013;27:35-45.
11. LUBIANCA JN, MOREIRA LB, GUS M *et al.* Stopping oral contraceptives an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. *J Hum Hypertens*, 2005;19:451-455.
12. CURTIS KM, MOHLLAJEE AP, MARTINS SL *et al.* Combined oral contraceptive use among women with hypertension: a systematic review. *Contraception*, 2006;73:179-188
13. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva, 2015.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.