

# Les contraceptions “difficiles” du post-partum

**RÉSUMÉ :** La contraception du post-partum est une question importante et délicate, très empreinte d'idées reçues. Dans le cadre d'une grossesse normale, avec un accouchement eutocique et sans pathologies “spécifiques” du post-partum, le choix et l'initiation des différentes méthodes contraceptives se fait en tenant compte des modifications physiologiques survenant au cours de cette période. En revanche, la survenue de certaines pathologies gravidiques ou du post-partum va venir “compliquer” ce choix pour le prescripteur, mais aussi parfois pour les patientes concernées...



→ **G. ROBIN**<sup>1,2</sup>, **F. GRAIZEAU**<sup>3</sup>,  
**P. MASSART**<sup>4</sup>, **F. COLLIER**<sup>1</sup>,  
**B. LETOMBE**<sup>1</sup>

1. Service de Gynécologie Médicale, Orthogénie et Médecine du Couple, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU, LILLE.

2. Service de Gynécologie Endocrinienne et Médecine de la Reproduction, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU, LILLE.

3. Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier, ARMENTIERES.

4. Service de Médecine de la Reproduction, Hôpital Jean Verdier, BONDY.

Deux heures après la délivrance, débute le post-partum. La survenue du retour de couches, en moyenne dans les six semaines suivant l'accouchement, marque la reprise d'une fonction ovarienne (quasi) normale. Mais le délai de reprise d'une fonction ovulatoire “optimale” dépend de plusieurs facteurs (allaitement maternel, prise d'agonistes dopaminergiques pour inhiber la “montée laiteuse”...). Ainsi, une ovulation et donc une éventuelle fécondation peuvent survenir parfois plus rapidement (dès le 20<sup>e</sup> jour du post-partum). La patiente devra donc 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 faut tenir compte pour la prescription des différentes méthodes de contraception. En outre, dans ce contexte, certaines pathologies de la grossesse ou du post-partum vont constituer des contre-indications temporaires ou définitives à certaines méthodes de contraception. Le but de cet article est donc de proposer une stratégie de choix de méthodes

contraceptives adaptées à ces antécédents pathologiques spécifiques de la période du post-partum.

## Le diabète diagnostiqué en cours de grossesse

En cas de découverte d'un diabète en cours de grossesse, toutes les méthodes de contraception sont utilisables en post-partum immédiat en dehors des estroprogestatifs et du Depo-Provera (en raison de l'activité glucocorticoïde intrinsèque de l'acétate de médroxyprogestérone).

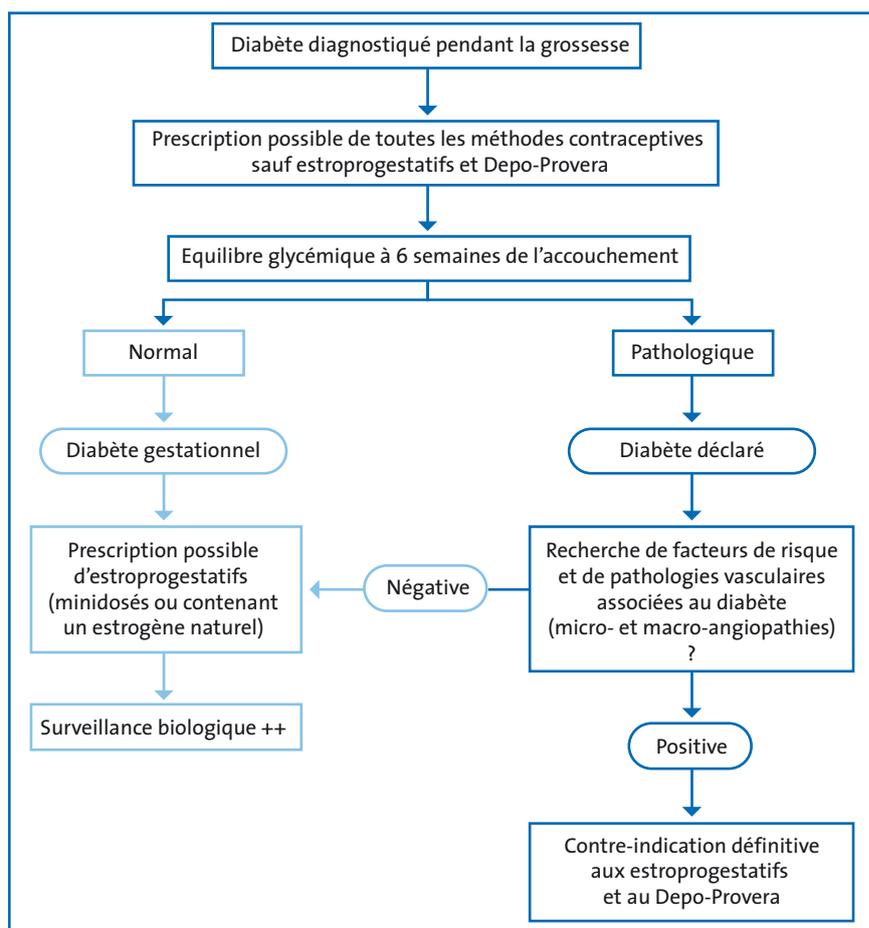
La question principale pour orienter le choix contraceptif à distance de l'accouchement sera de savoir s'il s'agit d'un diabète préexistant à la grossesse, ou qui s'est déclaré à l'occasion de celle-ci, ou bien d'un diabète gestationnel “pur”, avec retour à un équilibre glycémique dans les semaines suivant l'accouchement. Pour répondre à cette interrogation, il sera indispensable de s'assurer du retour à la normale des fonctions de glycorégulation dans les six semaines suivant l'accouchement (au moins par une glycémie à jeun) [1]. Si tel est le cas,

il n'existe alors plus de contre-indication à prescrire des estroprogestatifs. Dans ces conditions, la prescription d'une contraception estroprogestative, soit minidosée (c'est-à-dire comprenant moins de 35 µg d'éthinylestradiol [EE] par comprimé), soit à base d'estrogène naturel, est possible [2, 3]. En outre, l'utilisation d'estroprogestatifs à visée anti-conceptionnelle chez les femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel ne semble pas augmenter le risque de développer ultérieurement un diabète de type 2. Néanmoins, si la prescription des estroprogestatifs a lieu à distance de l'accouchement, la Haute Autorité de santé (à l'époque l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) recommande de réaliser une glycémie à jeun (avec cholestérolémie totale et triglycéridémie) avant de les démarrer. Si elle est normale, la surveillance biologique sera identique à celle des patientes qui n'ont pas eu d'antécédent de diabète gestationnel [4].

En revanche, en l'absence de normalisation de l'équilibre glycémique en post-partum, deux éventualités sont envisageables :

- soit il s'agissait d'un diabète préexistant à la grossesse et qui a été diagnostiqué pendant la grossesse,
- soit la grossesse a été "l'événement inaugural" d'un diabète qui a débuté à l'occasion de cette grossesse et qui va perdurer à vie.

Quoi qu'il en soit, il sera alors nécessaire de réaliser un bilan médical complet à la recherche d'atteintes vasculaires diabétiques (micro- et macro-angiopathies) ou d'autres facteurs de risque cardiovasculaire associés [5]. Si ce bilan est normal, la pilule estroprogestative peut, si nécessaire, être de nouveau prescrite, sous réserve, bien entendu, d'une surveillance régulière des paramètres métaboliques. On utilise alors, si possible, les formulations les moins dosées en EE ou celles utilisant les estrogènes naturels. Cette attitude est résumée dans la **figure 1**.



**FIG. 1:** Choix de la méthode contraceptive en post-partum en cas de diabète diagnostiqué en cours de grossesse. L'important est de déterminer a posteriori s'il s'agissait d'un diabète gestationnel ou d'un diabète préexistant à la grossesse, ou s'étant déclaré pendant cette dernière. D'après [6].

### Les pathologies vasculo-placentaires

Elles sont représentées par la pré-éclampsie, l'éclampsie, l'hématome rétro-placentaire, le retard de croissance intra-utérin d'origine vasculaire, et pour certains auteurs, l'HTA gravidique.

L'apparition d'une de ces complications obstétricales impose la réalisation deux mois après l'accouchement d'un bilan étiologique au cours duquel une thrombophilie constitutionnelle ou acquise sera recherchée. Ce bilan sera idéalement fait en l'absence de tout traitement

hormonal susceptible de modifier les résultats des dosages (particulièrement ceux des inhibiteurs physiologiques de la coagulation plasmatique). Rappelons en outre que les estroprogestatifs sont formellement contre-indiqués en cas de thrombophilie avérée (risque thromboembolique élevé). On s'orientera donc en post-partum immédiat vers une contraception mécanique non hormonale ou vers la prescription d'une méthode progestative (en sachant que les progestatifs devront être interrompus au moins un mois avant de réaliser le bilan de thrombophilie). Si l'équilibre tensionnel est retrouvé, mais également

si aucune thrombophilie n'est diagnostiquée à l'issue de ce bilan étiologique, il est envisageable de prescrire, si la patiente le souhaite, une contraception estroprogestative. Une surveillance de la tension artérielle dans les semaines suivant l'introduction des estroprogestatifs est fortement recommandée.

Concernant l'hypertension artérielle gravidique, c'est-à-dire non compliquée d'un syndrome prééclampsique et vouée à se normaliser à l'issue de la grossesse, compte tenu des "recoupements physiopathologiques" très probables avec les autres pathologies vasculoplacentaires, il semble légitime de suivre la même démarche [6]. La surveillance de la tension artérielle dans les semaines suivant le début de la prise est ici encore incontournable.

### **Les épisodes thrombo-emboliques veineux profonds pendant la grossesse et le post-partum**

Au même titre que les accidents thrombo-emboliques veineux profonds survenus en dehors de la grossesse, tout épisode thrombo-embolique veineux profond survenu pendant la grossesse ou dans le post-partum (thrombose veineuse profonde compliquée ou non d'embolie pulmonaire, thrombophlébite cérébrale...) constitue une contre-indication absolue et définitive à la prescription d'une méthode de contraception estroprogestative, y compris celles contenant un estrogène naturel [2, 6]. Dans ce cas, les alternatives contraceptives sont les DIU au cuivre, les méthodes locales (préservatifs, spermicides) et les progestatifs (oraux, implantables ou délivrés par un SIU). Ces derniers ne seront prescrits que si, et seulement si, au moins trois mois se sont écoulés depuis l'accident thrombo-embolique veineux. Cette recommandation est également valable pour le système intra-utérin au lévonorgestrel [7].

### **Les hépatopathies gravidiques**

Le foie joue un rôle majeur dans le métabolisme des hormones stéroïdes sexuelles, qu'elles soient d'origine endogène ou exogène. Ainsi, les hépatopathies aiguës gravidiques contre-indiquent la prescription de toute méthode hormonale de contraception dans les suites de couches immédiates. Classiquement, c'est au cours de la visite postnatale, après normalisation du bilan hépatique, que pourra être réévaluée l'opportunité de prescrire une méthode hormonale.

La cholestase gravidique et sa forme atténuée – le prurit gravidique – ont constitué pendant de nombreuses années des contre-indications absolues à la prescription ultérieure des estroprogestatifs anticonceptionnels, les estrogènes – et a fortiori l'éthinylestradiol (EE) – étant responsables d'une altération plus ou moins marquée de l'excrétion biliaire. Néanmoins, une fois le bilan hépatique normalisé, il est possible de prescrire certaines associations estroprogestatives, en privilégiant les plus faiblement dosées en EE ou celles contenant un estrogène naturel. Une surveillance clinique (prurit, ictère...) et biologique (transaminases, phosphatases alcalines, bilirubine libre et conjuguée,  $\gamma$ -GT) régulière sera nécessaire tout au long du traitement [8, 9]. La prescription d'une contraception progestative sera également envisageable selon les mêmes modalités de surveillance.

Concernant la stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG), pathologie rare mais très grave du troisième trimestre de la grossesse, bien que sa physiopathologie soit encore obscure, il nous paraît obligatoire de ne pas prescrire de contraception hormonale en l'absence d'amélioration de la fonction hépatique et tant qu'il n'y aura pas eu l'accord d'un hépatologue [6].

### **La chorioamniotite et l'endométrite du post-partum**

La chorioamniotite et l'endométrite du post-partum font partie des infections génitales hautes et représentent par conséquent une contre-indication absolue à la pose d'un DIU dans le post-partum immédiat. La prudence recommande de respecter – comme pour tout antécédent d'infection génitale haute – un délai de 3 mois minimum après antibiothérapie efficace avant d'envisager la pose d'un DIU [2, 6]. Un antécédent de chorioamniotite ou d'endométrite du post-partum ne modifie pas les conditions de prescription des contraceptifs hormonaux (estroprogestatifs ou micro-progestatifs). On déconseillera néanmoins l'utilisation de l'anneau vaginal estroprogestatif dans les semaines suivant cet épisode infectieux.

### **Contraception intra-utérine du post-partum et césarienne**

Pendant longtemps, il était classiquement admis que la pose d'un DIU après une césarienne était possible, mais seulement si un délai de trois mois s'était écoulé depuis l'intervention. Ce "principe de précaution" ne reposait sur aucune base scientifique et aucune publication n'est jamais venue à ce jour confirmer le bien-fondé d'un tel dogme. Au contraire, plusieurs études ont montré que la pose de DIU dans les 4 à 6 semaines suivant un accouchement par césarienne (c'est-à-dire lors de la consultation postnatale) était tout à fait possible sans augmenter le risque de perforation utérine ou de toute autre complication liée à ce geste [10]. Il paraît même envisageable dans certaines conditions de proposer une pose précoce dans les 48 heures suivant la césarienne [10-12].

Si une décision de contraception par DIU a été prise par la patiente avant la césarienne, il est possible de poser le

DIU en cours de césarienne [13-15]. Le taux d'expulsion des DIU en post-partum semble moins important lorsqu'ils sont insérés en peropératoire via l'hystérotomie que lorsqu'ils sont posés par voie vaginale dans les 48 heures suivant la césarienne [13]. La pose des DIU en cours de césarienne n'est pas source de complications particulières au cours de la période du post-partum (infections, douleurs pelviennes, perforations utérines...), lorsque l'on compare ces femmes à celles ayant eu une césarienne sans pose de DIU [16]. L'essentiel de ces études concernaient la pose de DIU au cuivre. Une étude plus récente sur la pose du SIU au lévonorgestrel (Mirena) en cours de césarienne retrouve aussi une excellente tolérance clinique et un très faible taux d'expulsion [17].

En cas de césarienne, il n'est actuellement pas prouvé, faute d'études sérieuses, qu'il faille respecter un délai particulier avant une prochaine grossesse. Néanmoins, attendre neuf mois à un an paraît cependant raisonnable. Ainsi, les patientes ayant bénéficié d'une césarienne doivent être informées à ce sujet et bénéficier d'une contraception du post-partum vraiment efficace [6].

### Situations psycho-sociales "difficiles" et contraception du post-partum

Dans certaines situations psycho-sociales difficiles ou lorsque l'état de santé mentale d'une patiente ne lui permet pas d'assumer avec suffisamment d'observation certaines méthodes de contraception hormonales (comprimés, patch cutané et anneau vaginal), le recours aux méthodes de contraception "longue durée" peut être proposé en post-partum immédiat avant la sortie de la maternité; surtout lorsqu'il existe un risque de ne pas revoir la patiente en consultation post-natale.

Ainsi, l'implant sous-cutané à l'étonogestrel (Nexplanon) peut être posé dès les 48 premières heures suivant l'accouchement, avec une tolérance clinique tout à fait acceptable [18]. Concernant la contraception intra-utérine, plusieurs études ont montré qu'il était possible d'insérer un DIU ou un SIU dans les 48 h suivant la délivrance, y compris après une césarienne: le risque d'expulsion précoce est légèrement majoré, mais on n'observe pas d'augmentation significative des risques d'infection, de perforation et de métrorragie [12]. La pose en cours de césarienne est aussi envisageable comme cela avait été démontré plus haut [13-15]. En France, ces deux dernières pratiques restent encore anecdotiques.

### Conclusion

Les méthodes contraceptives sont aujourd'hui nombreuses et diversifiées et leurs indications ainsi que leurs contre-indications dans le post-partum sont de mieux en mieux connues, si bien qu'il existe toujours une stratégie contraceptive adaptée au cas de chaque femme. Le constat renouvelé de la persistance d'un nombre élevé de grossesses non désirées dans les mois qui suivent l'accouchement et l'existence de risques médicaux consécutifs à ces grossesses rapprochées nous conduisent à nous interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour aborder la question de la contraception auprès de la femme enceinte et de son couple. La stratégie contraceptive doit ainsi tenir compte des souhaits de la patiente, des contraceptions antérieures et de leur tolérance, des contre-indications antérieures à la grossesse et potentiellement acquises au décours de celle-ci. Enfin, pour augmenter les chances de réussite et réduire le nombre de grossesses non désirées, il ne faut négliger ni l'entretien en suite de couches immédiates, ni la consultation post-natale, ni bien évidemment l'implication des médecins traitants.

### Bibliographie

1. Collège des gynécologues obstétriciens français, Société francophone du diabète. Recommandations pour la pratique clinique: le Diabète Gestationnel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, Paris, 2010; 39: S139, S338-342.
2. ANAES and AFSSAPS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004.
3. OMS. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 2<sup>e</sup> ed. 2002, Genève.
4. ANAES. Surveillance de la contraception orale estroprogestative. 1998, Paris.
5. KERLAN V. Post-partum and contraception after gestational diabetes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2010; 39: S289-298.
6. ROBIN G *et al*. Post-partum birth control: state-of-the-art. *Gynecol Obstet Fertil*, 2008; 36: 603-615.
7. GRONIER H, ROBIN G, DEWAILLY D. Contraception. *Rev Prat*, 2011; 61: 849-857.
8. BENHAMOU JP, ERLINGER S. Maladies du foie et des voies biliaires. Flammarion, 1995, Paris.
9. BERNUAU J. Foie et grossesse. In: Traité d'obstétrique. Médecine-Sciences-Flammarion, 2004, Paris: 609-616.
10. CHI IC, BALOGH S. Interval insertion of intrauterine device in women with previous cesarean section. *Contraception*, 1984; 30: 209-214.
11. LARA RICALDE R *et al*. Random comparative study between intrauterine device Multiload Cu375 and TCU 380a inserted in the post-partum period. *Ginecol Obstet Mex*, 2006; 74: 306-311.
12. GRIMES DA *et al*. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010; 5: CD003036.
13. CHI IC *et al*. Post-cesarean section insertion of intrauterine devices. *Am J Public Health*, 1984; 74: 1281-1282.
14. BHUTTA SZ, BUTT IJ, BANO K. Insertion of intrauterine contraceptive device at caesarean section. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2011; 21: 527-530.
15. CELEN S *et al*. Immediate postplacental insertion of an intrauterine contraceptive device during cesarean section. *Contraception*, 2011; 84: 240-243.
16. ALVAREZ-PELAYO J, BORBOLLA-SALA ME. IUD insertion during cesarian section an its most frequently complications. *Ginecol Obstet Mex*, 1994; 62: 330-335.
17. PUZEY M. Mirena at caesarean section. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2005; 10: 164-167.
18. BRITO MB *et al*. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate post-partum period: a pilot study. *Contraception*, 2009; 80: 519-526.

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