

Texte rédigé par
Ema Ferreira,
B. Pharm., M.Sc.,
Pharm. D., FCSHP,
et Caroline Morin,
B. Pharm., M.Sc.,
CHU Sainte-Justine
et Université
de Montréal.

Texte original soumis
le 10 novembre 2006.

Texte final remis
le 16 novembre 2006.

Révision :
Jacques Bourque,
MD, FRCSC,
CHU Sainte-Justine
et Université
de Montréal.

La contraception en post-partum

Plusieurs choix de contraception sont accessibles pour les femmes dans la période post-accouchement, qu'elles allaitent ou non. Il est important d'envisager plusieurs aspects lorsqu'on parle de contraception post-partum : l'efficacité et la commodité de la méthode, le risque thromboembolique durant le post-partum, les effets des hormones exogènes sur la qualité et la quantité de lait, le passage des hormones exogènes dans le lait maternel et les effets chez le nourrisson. Dans cet article, nous discuterons de l'efficacité de l'allaitement pour inhiber l'ovulation, et nous passerons en revue les autres méthodes pouvant être utilisées, le moment où elles peuvent débuter et leur impact possible sur le nourrisson.

Cas clinique

Diane, 30 ans, allaite son premier bébé de trois semaines et vient vous consulter pour de l'information sur les moyens de contraception après l'accouchement. Elle a entendu plusieurs avis sur le meilleur moyen à utiliser. Sa mère lui a dit qu'elle n'a pas besoin de contraception, car elle allaite, sa sœur a pris un contraceptif oral combiné sans aucun effet indésirable et son médecin lui a prescrit de la noréthindrone (Micronor^{MD}) 0,35 mg per os une fois par jour. Diane ne prend actuellement aucun médicament et vous dit n'avoir aucun problème de santé. Qu'allez-vous lui dire pour l'éclairer sur la contraception post-partum ?

Physiologie de l'allaitement

Il y a une période d'infertilité qui est présente après l'accouchement¹. Après l'accouchement, les niveaux d'œstrogènes et de progestérone diminuent progressivement pour permettre la sécrétion de l'hormone lutéinisante (LH) et de l'hormone folliculo-stimulante (FSH)². En général, plus la grossesse est proche du terme, plus la

période d'infertilité est longue; une femme qui accouche prématurément retrouvera sa fertilité avant une femme qui a accouché à terme¹. De façon générale, le retour de la fertilité a lieu entre quatre et six semaines et au plus tôt environ 25 jours après l'accouchement chez une femme qui n'allait pas^{1,2}. Notons que la première ovulation survient toujours avant la fin de l'aménorrhée soit 14 jours avant la première menstruation³. L'allaitement retarde le retour de l'ovulation et chez une femme qui allaite son bébé exclusivement, on peut observer une période d'infertilité allant jusqu'à six mois^{1,3}. Chez une femme qui allaite, les taux de FSH retournent à la normale en 30 jours, mais les taux de LH demeurent supprimés². La stimulation régulière du mamelon est cruciale pour supprimer l'ovulation². Plus le temps entre les boires s'espace, plus le risque d'ovulation augmente. La succion du bébé entraîne la libération de bêta-endorphine qui supprime l'ovulation par l'action sur la GnRH. De plus, lors des premières semaines de l'allaitement, la bêta-endorphine, par l'action sur la dopamine, entraîne une augmentation de la prolactine (figure 1)^{1,2}.

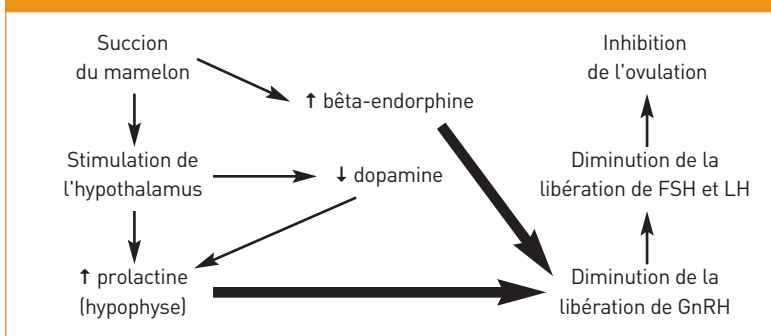
Contraception non hormonale

Méthode de l'aménorrhée attribuable à la lactation (MAL)

La MAL est une méthode de contraception qui se base sur des critères pour évaluer le risque de grossesse chez une femme qui allaite. Les quatre conditions qu'il faut respecter pour s'assurer de l'efficacité contraceptive de la MAL sont (figure 2) :

- 1) s'assurer que la patiente n'est pas menstruée;
- 2) respecter un intervalle minimal entre les tétées;
- 3) donner une quantité maximale de 5 % à 10 % des boires avec des suppléments (incluant lait, eau, jus);
- 4) s'assurer que le bébé allaité soit âgé de moins de six mois.

Figure 1 : Mécanisme d'inhibition de l'ovulation par l'allaitement



Université de Montréal
Faculté de pharmacie

Chaire pharmaceutique
Famille Louis Boivin
Médicaments, grossesse et allaitement



HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE
Pour l'amour des enfants

La MAL est efficace à 98-99 % si toutes les conditions mentionnées sont respectées¹. La MAL a été utilisée dans plusieurs contextes culturels et socio-économiques avec une efficacité comparable⁴. Il est important de bien expliquer la MAL aux patientes pour optimiser son efficacité. La femme doit continuellement se poser les questions reproduites à la figure 2 pour s'assurer que les réponses continuent à être négatives, en particulier lors des changements suivants : nourrisson qui fait ses nuits, introduction d'aliments solides, enfant ou mère malade⁵. Il faut également qu'elle ait une méthode contraceptive de rechange lorsque l'efficacité de la MAL ne peut plus être assurée. Une femme qui allaite est considérée comme menstrué si elle a 2 jours consécutifs de saignements vaginaux, et ce, 56 jours après l'accouchement⁴. Il est peu probable que des saignements vaginaux avant huit semaines chez une femme qui allaite exclusivement indiquent un retour de la fertilité³.

Un allaitement exclusif ou quasi exclusif ne doit pas comprendre plus d'un supplément à tous les 10 boires, à l'exclusion des vitamines et des médicaments¹. L'utilisation de tire-lait peut diminuer l'efficacité de la MAL et les patientes doivent en être averties⁴. À l'âge de six mois, le bébé commence à prendre des aliments solides et a tendance à moins prendre le sein, augmentant ainsi le risque d'ovulation¹. Le taux d'allaitement exclusif au Québec étant de 44 %, 35 %, 28 %, 20 % et 10 % à 1,2, 3, 4 et 5 mois respectivement, un nombre important de femmes auront besoin d'une autre méthode de contraception fiable⁵.

Méthodes barrières

Il faut rappeler aux femmes que l'efficacité de ces méthodes peut varier selon l'utilisateur et qu'elles sont généralement moins efficaces que les méthodes hormonales⁶. Le condom constitue toutefois la meilleure protection contre les infections transmissibles sexuellement.

Le diaphragme et la cape cervicale ont un taux d'échec plus élevé et ne sont généralement pas utilisés en pratique chez la femme qui allaite. Après une grossesse, on doit réévaluer l'ajustement de ces deux dispositifs étant donné que les mesures pré-grossesse peuvent avoir changé⁷. La mesure n'est toutefois pas fiable chez une patiente qui allaite à cause de l'atrophie vaginale liée à l'hypocœstrogénémie. Les femmes utilisant la cape cervicale devront aussi être informées que cette méthode est moins efficace chez les femmes qui ont déjà accouché en comparaison avec les femmes nullipares⁶. En ce qui a trait à l'éponge contraceptive, son utilisation devrait attendre six semaines après un accouchement⁷.

Contraception hormonale

Progestatifs

Les contraceptifs qui contiennent seulement un progestatif sont les comprimés de noréthindrone, les injections intramusculaires d'acétate de médroxyprogestérone (AMPR, Depo-Provera^{MD}) et le stérilet de lévonorgestrel (Mirena^{MD}). Les particularités entourant le stérilet de lévonorgestrel sont discutées à la section traitant des dispositifs intra-utérins. Les progestatifs demeurent les méthodes hormonales de premier recours durant l'allaitement. Le moment pour les débiter en post-partum est source de controverse dans la documentation scientifique, en raison d'inquiétudes concernant la diminution possible de la production de lait et de l'exposition du nourrisson aux hormones.

Impact sur la production de lait

Contrairement aux œstrogènes, les progestatifs seuls n'ont pas été associés à une diminution de la production de lait^{4,8}. Toutefois, l'administration de progestérone dans les 72 heures après un accouchement pourrait théoriquement empêcher la chute de progestérone endogène nécessaire à l'initiation de la lactogénèse⁹. Dans ses recommandations, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) mentionne toutefois que l'administration de progestatifs est possible immédiatement après l'accouchement⁹.

Cette recommandation s'appuie entre autres sur une étude prospective où l'administration de progestatifs dans les 72 heures post-partum n'entraînait pas une diminution de l'allaitement¹⁰. Dans cette étude, un groupe de femmes utilisant l'AMPR était comparé à un groupe de femmes utilisant un autre progestatif (77 femmes utilisant la pilule contenant seulement un progestatif et deux femmes ayant eu un implant) et à un groupe de femmes utilisant une méthode de contraception non hormonale. Cent deux femmes ont reçu l'AMPR, la première dose ayant été administrée en moyenne 51,9 heures après l'accouchement (6,25 - 132 heures). On n'a observé aucune différence pour le taux d'allaitement et pour le nombre d'allaitement cessé en raison d'une production insuffisante de lait, même que les femmes sous progestatifs allaient pendant une plus longue période de temps.

En général, les femmes n'ont pas besoin d'une contraception durant les trois premières semaines après l'accouchement. Chez une patiente chez qui on craindrait une non observance ou ayant une histoire de plusieurs échecs de contraception, il peut être nécessaire de débiter les progestatifs avant le congé de l'hôpital, qui peut être plus tôt que 72 heures post-partum¹.

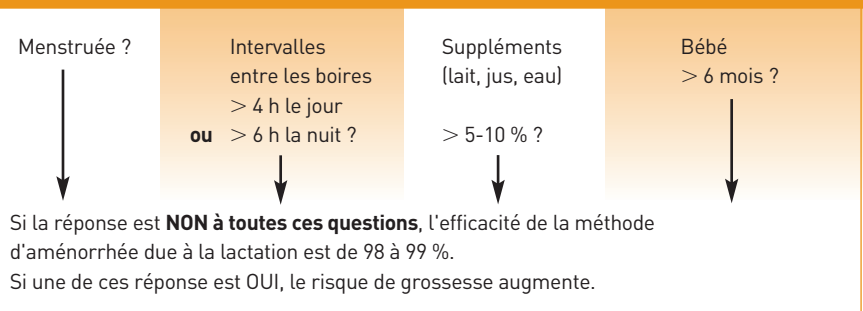
Impact de l'exposition du nourrisson aux hormones par le lait

Dans plusieurs études, on n'a pas observé d'impact négatif de la prise de progestatif sur la croissance et le développement de l'enfant^{11,12}. Certains auteurs rapportent des inquiétudes à l'égard de l'exposition à des hormones exogènes chez un nouveau-né ayant des mécanismes de métabolisme et d'élimination des médicaments immatures. Toutefois, le passage de ces substances dans le lait est très faible et on ne s'attend pas à ce qu'elles puissent avoir un effet quelconque chez le nourrisson (tableau I). De rares cas d'augmentation du volume des seins du nourrisson réversible à l'arrêt de l'exposition aux contraceptifs contenant des œstrogènes sont documentés, mais le lien de causalité n'est pas clair¹³.

Recommandations

Chez les femmes qui n'allaitent pas, l'utilisation des progestatifs seuls peut être débutée immédiatement après l'accouchement ou encore être retardée à trois semaines post-partum étant donné qu'une ovulation survient rarement avant ce stade^{7,14}. Si un progestatif est débuté plus de 21 jours après l'accouchement chez une femme qui n'allait pas et qui n'a pas eu de retour de menstruations, une méthode barrière ou l'abstinence est recommandée en début de traitement (deux jours pour la noréthindrone orale et sept jours pour l'AMPR), après qu'on se soit assuré que la patiente n'est pas enceinte si elle a eu une relation sexuelle non protégée¹⁴. Si la patiente a des menstruations, la contraception peut être débutée

Figure 2 : Critères d'efficacité de la méthode d'aménorrhée due à la lactation



dans les cinq premiers jours du cycle sans protection supplémentaire pour assurer son efficacité contraceptive¹⁴. Il est à noter qu'une méthode œstrogénique à débiter trois à quatre semaines après l'accouchement sera généralement privilégiée à la noréthindrone orale chez la femme qui n'allait pas.

Si le nourrisson est exclusivement allaité, l'utilisation de progestatifs avant six semaines post-partum n'est généralement pas recommandée¹⁴. Si le progestatif est débuté entre six semaines et six mois après l'accouchement et que la mère est toujours amenorrhéique, il peut être débuté à n'importe quel moment et une méthode de contraception supplémentaire n'est pas nécessaire¹⁴. Il faut s'assurer toutefois que la patiente n'est pas enceinte si elle a eu une relation sexuelle non protégée lorsque toutes les conditions de la MAL ne sont pas respectées. Si la femme a eu le retour de ses règles, la contraception peut être débutée soit dans les cinq premiers jours du cycle soit plus tard si on n'a pas de raison de croire que la patiente est enceinte, en recommandant dans ce dernier cas l'utilisation d'une méthode barrière ou l'abstinence en début de traitement¹⁴.

Méthodes œstrogéniques

Chez une femme qui allaite, les méthodes contenant des œstrogènes sont un choix de dernier recours étant donné leur possibilité d'entraîner une diminution de la production de lait et l'option disponible d'exposer le nourrisson seulement à un progestatif au lieu d'une combinaison d'hormones¹. Leur utilisation n'est toutefois pas contre-indiquée et pourrait être considérée dans certains cas.

Impact sur la production de lait et sur le nourrisson

Les œstrogènes à doses élevées ont été utilisés en post-partum dans le but de supprimer la lactation¹³. En pratique, la diminution de la production de lait a été observée surtout suite à l'utilisation de contraceptifs oraux contenant l'équivalent de 50 µg d'éthinylestradiol ou plus. L'utilisation de contraceptifs oraux contenant 30 µg d'éthinylestradiol à partir de six semaines post-partum a amené une diminution de la production de lait dans une étude⁸. On y a observé une diminution de la production de lait de 6 à 24 semaines post-

partum dans tous les groupes, mais de façon plus importante dans le groupe recevant des contraceptifs oraux combinés, soit de 41,9 %, comparativement à des diminutions de 12,0 %, 6,1 % et 16,7 % chez les femmes recevant respectivement un progestatif oral, l'AMPR et ne recevant aucune méthode hormonale. Il est important de noter que jusqu'à 40 % des patientes étaient perdues au suivi dans cette étude et que cette diminution de la production de lait n'amenait pas de différence pour le taux d'allaitement, la croissance et le développement des enfants. De plus, une revue systématique des études randomisées contrôlées a conclu que les résultats des études sont de faible qualité et qu'on ne peut pas établir de lien entre la production de lait et la prise de contraceptifs oraux¹⁵. Comme on sait toutefois qu'à dose élevée, un impact négatif sur la production de lait est possible, il est prudent de ne pas utiliser de méthodes œstrogéniques autant que possible avant que l'allaitement soit bien établi, soit à environ six semaines post-partum et d'utiliser un contraceptif faiblement dosé en œstrogènes.

Tableau 1 : Passage dans le lait maternel des hormones utilisées dans les contraceptifs oraux

Hormone Type de données	Passage dans le lait maternel (Pourcentage de la dose maternelle ajustée au poids)	Commentaires
Éthinylestradiol ^{13,17} ■ 50 µg po en dose unique chez 4 patientes ■ 500 µg po en dose unique chez 4 patientes	■ Non détectable dans le lait maternel ■ 0,1 %	Les concentrations retrouvées dans le lait maternel ne sont pas plus importantes que celles observées chez une femme qui ovule
Lévonorgestrel ¹³ ■ 150 µg po die chez 11 patientes ■ 250 µg po die chez 5 patientes	■ 1,3 à 2,6 % (jusqu'à un maximum de 9 %) Dose chez l'enfant : 24 à 56 ng/kg/jour ■ Non mesuré dans le lait, concentration plasmatique chez le nourrisson de 125 pg/mL, par rapport à 2600 pg/mL chez la mère	
Noréthindrone ¹³ ■ 350 µg po die chez 9 patientes	2,2 à 3,5 %	
Norgestrel	Non évalué. On peut s'attendre à ce que son passage dans le lait soit similaire à celui du lévonorgestrel	
Éthinodiol ¹³ ■ 500 µg po die chez 12 patientes	0,3 à 1,3 %	
Désogestrel ^{13,18} N.B. : l'étonogestrel est le métabolite actif du désogestrel	Non évalué Les données concernant les autres progestatifs sont toutefois rassurantes	Pas d'impact sur la composition et la qualité de lait, ni sur la croissance et le développement des enfants dans une étude
Norgestimate N.B. : le norelgestromine est le métabolite actif du norgestimate	Non évalué	Les données concernant les autres progestatifs sont toutefois rassurantes
Médroxyprogestérone acétate (forme dépôt) ¹³ ■ 150 mg IM pour une dose chez 20 patientes	0,06 %	
Cyprotérone ¹³ ■ 50 mg po pour une dose unique chez 6 patientes	0,9 %	Effets antiandrogéniques potentiels non évalués, dernier recours si nourrisson de sexe masculin
Drospirénone ^{19<None>} ■ 3 mg po en dose unique	1,1 %	Effets antiandrogéniques potentiels non évalués, dernier recours si nourrisson de sexe masculin

Impact sur le nourrisson

Les hormones contenues dans les contraceptifs oraux combinés passent très peu dans le lait maternel (*tableau I*) et aux doses d'au plus 30 µg par jour d'éthinylœstradiol n'ont pas été associés à des impacts négatifs sur le développement et la croissance des nourrissons^{11,12}. De rares cas d'augmentation du volume des seins du nourrisson réversible à l'arrêt de l'exposition aux œstrogènes sont documentés, mais le lien de causalité n'est pas clair¹³. Étant donné qu'on a le choix d'exposer le nourrisson à un progestatif seul plutôt qu'à une combinaison œstroprogestative, on préfère la première option.

Risque thromboembolique

Le post-partum est une période d'hypercoagulabilité qui prédispose les femmes à des risques accrus de thromboembolie, et ce, pendant les trois premières semaines après l'accouchement¹. La prise d'œstrogènes peut accentuer ce risque et sera évitée autant que possible pendant cette période.

Recommandations

En général, chez une femme qui n'allait pas, on peut débuter une méthode œstroprogestative trois à quatre semaines après l'accouchement, soit après la période comportant un risque plus

important de thrombose. Une méthode barrière assurant l'efficacité contraceptive pour les sept premiers jours sera recommandée dans les situations suivantes : plus de 21 jours post-partum sans retour des règles, retour des règles et début du contraceptif hormonal après les cinq premiers jours du cycle menstruel.

Pour la femme qui allaite, on peut envisager l'utilisation d'une méthode œstroprogestative après six semaines, si les méthodes contenant seulement un progestatif ne sont pas appropriées pour la patiente. Si elle a accouché depuis plus de six mois, la diminution de production de lait n'est généralement plus une source d'inquiétude étant donné que l'enfant commence à manger d'autres aliments. Si l'aménorrhée est toujours présente à six mois post-partum, le contraceptif peut être débuté à n'importe quel moment en utilisant une méthode barrière pour les sept premiers jours de traitement. Il faut s'assurer que la patiente n'est pas enceinte si elle a eu une relation sexuelle non protégée. Si ses règles sont revenues, le contraceptif peut être débuté dans les cinq premiers jours du cycle menstruel (ou plus tard si on croit qu'elle n'est pas enceinte, en utilisation toutefois une méthode barrière pour les sept premiers jours de traitement).

Femmes infectées par le VIH

Les recommandations fournies aux femmes infectées par le VIH sont de ne pas allaiter leur enfant. Une contraception œstroprogestative peut alors être débutée trois à quatre semaines après l'accouchement, en veillant à ce qu'il n'y ait pas d'interaction médicamenteuse puisque plusieurs antirétroviraux diminuent l'efficacité des associations œstroprogestatives. L'utilisation du condom est toujours recommandée.

Dispositifs intra-utérins

Impact pour le nourrisson

L'utilisation d'un stérilet de cuivre ou de lévonorgestrel n'a pas d'impact sur le taux d'allaitement, la croissance et le développement de l'enfant¹⁶. Les concentrations plasmatiques de lévonorgestrel après la pose du stérilet sont plus faibles que celles retrouvées à la suite de l'administration orale de lévonorgestrel contenu dans les contraceptifs oraux combinés, entraînant une exposition par le lait probablement négligeable pour le nourrisson¹⁷.

Recommandations

Le stérilet de cuivre peut être posé moins de 48 heures après un accouchement¹⁴. Une pose à ce moment augmente toutefois le risque de

Tableau II : Recommandations pour l'utilisation de différentes méthodes de contraception en post-partum^{7,14}

Méthode	Début suggéré		Commentaires
	Femme qui allaite	Femme qui n'allait pas	
Progestatifs (excluant le stérilet de lévonorgestrel) ■ Comprimés de noréthindrone ■ Acétate de médroxyprogestérone retard	■ 6 semaines après l'accouchement ■ Peuvent aussi être débutés immédiatement en post-partum (attendre si possible 3 jours post-partum)	■ 3 semaines après l'accouchement ■ Peuvent aussi être débutés immédiatement en post-partum	Méthodes hormonales de premier recours durant l'allaitement
Combinaisons œstroprogestatives ■ Contraceptifs oraux combinés ■ Anneau vaginal (Nuvaring ^{MD}) ■ Timbre (Evra ^{MD})	■ 6 semaines post-partum (attendre si possible 6 mois post-partum ou la fin de l'allaitement)	■ 3 à 4 semaines post-partum	Durant l'allaitement, privilégier les progestatifs pour les six premiers mois de vie de l'enfant. L'utilisation d'associations œstroprogestatives peut toutefois être considérée lorsque l'allaitement est bien établi et qu'elles comportent des avantages pour la patiente.
Système intra-utérin de lévonorgestrel	6 semaines post-partum		
Stérilet en cuivre	Immédiatement après l'accouchement (< 48 heures) ou 6 semaines post-partum		Plus de risque de rupture utérine à la suite d'une insertion immédiatement suite à l'accouchement.
Méthodes barrières	Condom : en tout temps. Éponge contraceptive : éviter dans les 6 semaines suivant une naissance à terme Diaphragme et cape cervicale : éviter chez la patiente qui allaite		Sécheresse vaginale avec allaitement. Utiliser lubrifiant. Vérifier l'ajustement du diaphragme ou de la cape cervicale après un accouchement, mais la mesure n'est pas fiable si la patiente allaite dû à l'atrophie vaginale.

perforation utérine et d'expulsion par rapport à plus de quatre à six semaines post-partum^{9,14}. Si une infection pelvienne ou une septicémie est suspectée, sa pose devrait être reportée¹⁴. Ainsi, que ce soit pour le stérilet de cuivre ou pour le stérilet de lévonorgestrel, il est préférable d'attendre au moins quatre à six semaines post-partum pour la pose^{9,14}. Si les règles sont revenues, on recommande une pose dans les 12 premiers jours du cycle pour le stérilet de cuivre et dans les sept premiers jours du cycle pour le stérilet de lévonorgestrel, sinon n'importe quand dans le cycle s'il n'y a pas de raison de croire que la patiente est enceinte¹⁴.

Résolution du cas clinique

Diane pourra utiliser la MAL si toutes les conditions de réussite sont respectées. Elle pourra débiter la noréthindrone 0,35 mg *per os* une fois par jour dès maintenant ou retarder son utilisation lorsque tous les critères pour l'efficacité de la MAL ne seront plus présents. Plus tard, un contraceptif oral combiné ou une autre méthode hormonale œstroprogestative pourra être débutée.

Conclusion

Le pharmacien a plusieurs occasions où il peut discuter de contraception avec les patientes. Idéalement, il devrait discuter de la contraception post-partum lors de la deuxième partie de la grossesse. Le type d'allaitement, les préférences de la patiente, la présence de comorbidités et son histoire personnelle sont des exemples de facteurs

dont il faut tenir compte lorsque son fournisseur de soins de santé la guide dans son choix de contraception. Certaines méthodes sont à privilégier lors de l'allaitement. Il faut toutefois se rappeler que quelle que soit la méthode utilisée par la patiente, un arrêt de l'allaitement ne sera pas nécessaire. ■

Références

1. **Queenan JT.** Contraception and breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 47(3): 734-9.
2. **Grimes D.** Contraception during breastfeeding. Dans: *The Contraception Report*. Wayne, NJ: Emron; 2003 : 7-13.
3. **Lawrence RA, Lawrence RM.** Reproductive function during lactation. Dans: Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 5e éd. New York: Mosby; 1999 : 653-75.
4. **The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee.** ABM Clinical Protocol #13: Contraception during breastfeeding. *Breastfeeding Medicine* 2006; 1(1): 43-51.
5. **Haiek L, Neill G, Plante N et coll.** L'allaitement maternel au Québec: coup d'œil sur les pratiques provinciales et régionales. Institut de la santé statistique du Québec, Zoom Santé: santé et bien-être 2006 [consulté le 6 novembre 2006]; www.stat.gouv.qc.ca
6. **Black A, Francoeur D, Rowe T et coll.** Canadian contraception consensus. *J Obstet Gynaecol Can* 2004; 26(2): 143-56, 158-74.
7. **Black A, Francoeur D, Rowe T et coll.** Canadian contraception consensus. *J Obstet Gynaecol Can* 2004; 26(4): 347-87, 389-436.
8. **Tankeyoon M, Dusitsin N, Chalapati S et coll.** Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction Task force on oral contraceptives. *Contraception* 1984; 30(6): 505-22.
9. **Black A, Francoeur D, Rowe T et coll.** SOGC clinical practice guidelines: Canadian contraception consensus. *J Obstet Gynaecol Can* 2004; 26(3): 219-96.
10. **Halderman LD, Nelson AL.** Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(6): 1250-6; discussion 1256-8.

50 ans d'expérience.



SYNTHROID était là.

SYNTHROID: 12 doses précises pour une souplesse posologique tout au long du traitement; la marque de lévothyroxine la plus délivrée au Canada – 50 ans, ça se fête^{2,3!}



www.abbott.ca
1 800 361-7852

© Laboratoires Abbott, Limitée
* Une promesse pour la vie



25 mcg



50 mcg



75 mcg



88 mcg



100 mcg



112 mcg

RÉFÉRENCES: 1. Données internes. Laboratoires Abbott, Limitée. 2. Monographie de SYNTHROID. Laboratoires Abbott, Limitée. Le 21 septembre 2005. 3. IMS Compuscript. Données relatives aux ordonnances totales, juillet 2005 à avril 2006.

11. **World Health Organization**, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Progestogen-only contraceptives during lactation: II. Infant development. Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. *Contraception* 1994; 50(1): 55-68.
12. **World Health Organization**, Task force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Progestogen-only contraceptives during lactation: I. Infant growth. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *Contraception* 1994; 50(1): 35-53.
13. **Bennett PN**. Drugs and human lactation. 2e éd. New York: Elsevier; 1996 : 15-46; 285-6; 289-95; 297-8; 305-6.
14. **Organisation mondiale de la santé**. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 2005 [consulté le 6 novembre 2006]; http://www.who.int/reproductive-health/publications/fr/spr/spr_fr.pdf
15. **Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA et coll.** Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003(2): CD003988.
16. **Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM et coll.** A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena(R) versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception* 2005; 72: 346-51.
17. **Hale TW**. Dans: *Medications and Mothers' Milk*. 12e éd. Amarillo: Hale Publishing; 2006 : 316-7; 515-7.
18. **Bjarnadottir RI, Gottfredsdottir H, Sigurdardottir K et coll.** Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *BJOG* 2001; 108(11): 1174-80.
19. **Blode H, Foidart JM, Heithecker R**. Transfer of drospirenone to breast milk after a single oral administration of 3 mg drospirenone + 30 microg ethinylestradiol to healthy lactating women. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001; 6(3): 167-71.

Québec Pharmacie Formation continue **Veillez reporter vos réponses dans le formulaire de la page 46**

2) Parmi les énoncés suivants lequel est faux ?

- A Si une femme n'allait pas après l'accouchement, le retour à la fertilité a lieu environ entre la 4^e et la 6^e semaine post-partum.
- B Chez une femme qui allaite son bébé exclusivement, le retour de l'ovulation est retardé par l'action de la bêta-endorphine et la prolactine.
- C Une femme qui allaite son bébé de trois mois exclusivement à toutes les quatre heures le jour et qui lui donne un biberon la nuit (de son lait maternel exprimé durant le jour au tire-lait) n'a pas besoin de méthode de contraception additionnelle.
- D La méthode d'aménorrhée attribuable à la lactation a une efficacité de 98 à 99 % si toutes les conditions de réussite sont remplies.
- E Une femme qui allaite exclusivement son bébé de quatre semaines et qui a des saignements vaginaux devrait utiliser une méthode de contraception additionnelle.

3) Parmi les énoncés suivants, lequel est faux ?

- A Les progestatifs ont été associés à une diminution de la production de lait chez une femme qui allaite.
- B Les œstrogènes ont été associés à une diminution de la production de lait chez une femme qui allaite.
- C Un stérilet de cuivre peut être installé immédiatement après l'accouchement.
- D Les contraceptifs œstroprogestatifs peuvent être débutés six semaines après l'accouchement si l'allaitement est bien établi.
- E Une femme qui allaite peut avoir une sécheresse vaginale et le couple devrait utiliser un lubrifiant si l'utilise le condom comme méthode de contraception.

50 ans de présence¹.



SYNTHROID est indiqué dans le traitement de l'hypothyroïdie.

La dose doit être adaptée en fonction de l'âge, du poids, de l'état cardiovasculaire, de la présence d'autres maladies ainsi que de la gravité et de la durée de l'hypothyroïdie. La pleine dose habituelle de remplacement pour l'adulte jeune et en bonne santé est d'environ 1,7 mcg/kg/jour. Veuillez consulter les renseignements thérapeutiques pour obtenir de plus amples renseignements concernant les autres populations de patients, comme les patients âgés ou ceux atteints d'hypothyroïdie subclinique.

SYNTHROID est contre-indiqué dans les cas de thyrotoxicose subclinique ou manifeste non traitée, d'infarctus aigu du myocarde, d'insuffisance surrénalienne non traitée ou d'hypersensibilité aux hormones thyroïdiennes ou à tout ingrédient inactif du produit.

Les effets secondaires autres que ceux évocateurs d'une hyperthyroïdie due à un surdosage thérapeutique sont rares.

Veuillez consulter les renseignements thérapeutiques pour connaître tous les détails.

(lévothyroxine sodique, USP) en comprimés

SYNTHROID 50 ANS 1957-2007

De quoi célébrer - Une dose à la fois!

