

Freiner la montée laiteuse sans médicament

Apaiser l'inconfort et patienter sans inhibiteur de la lactation

Résumé

● Chez certaines femmes, l'allaitement maternel n'est pas souhaitable ou pas souhaité. Quand la femme n'allait pas, la lactation s'arrête en une à deux semaines.

● En 2012, où en est l'évaluation des méthodes d'inhibition de la lactation ? Pour répondre à cette question nous avons réalisé une synthèse de l'évaluation disponible, selon la méthode habituelle de *Prescrire*.

● Parmi les méthodes physiques proposées parfois, le bandage des seins augmente plus l'inconfort que le port d'un soutien-gorge.

● Les agonistes dopaminergiques, tels que la *bromocriptine*, sont efficaces pour inhiber la lactation. Mais ils exposent à des effets indésirables graves, notamment cardiovasculaires, disproportionnés avec l'inconfort qu'ils évitent. Mieux vaut s'en passer.

● Les estrogènes à fortes doses inhibent la lactation, mais ils exposent à un risque thromboembolique, déraisonnable en post-partum.

● Les diurétiques, l'homéopathie n'ont pas d'efficacité tangible démontrée sur l'inconfort de la montée de lait.

● En pratique, un antalgique courant, tel que le *paracétamol*, permet généralement de passer le cap des quelques jours d'inconfort ou de douleurs liés à la montée laiteuse. Le port d'un soutien-gorge est sans risque et apaise parfois. L'inconfort mammaire, quelle que soit son intensité, ne justifie pas les effets indésirables graves des agonistes dopaminergiques et des estrogènes en post-partum.

Rev Prescrire 2012 ; 32 (350) : 918-920.



©Kevin Judd/Cephas/Photononstop

En général, pour la santé des enfants, l'allaitement maternel débuté dès la naissance est à préférer à une alimentation par lait artificiel (1). Mais, pour diverses raisons, l'allaitement n'est parfois pas souhaitable ou pas souhaité par certaines femmes.

La montée laiteuse a lieu vers le deuxième ou troisième jour après l'accouchement, suite à un processus physiologique dans lequel intervient l'expulsion totale du placenta et la sécrétion de prolactine (2,3). Le maintien de la lactation est entretenu par l'allaitement qui vide les seins et stimule les mamelons.

Quand la femme n'allait pas, la lactation s'arrête généralement en une à deux semaines (2,3). Avant son interruption, la montée laiteuse provoque des douleurs mammaires, qui

motivent parfois la prise d'antalgiques. Dans cette situation, le *paracétamol* est l'antalgique de première ligne.

En 2012, l'évaluation des méthodes d'inhibition de la lactation s'est-elle étoffée depuis les années 1990 ? Quelles sont les méthodes de balance bénéfices-risques acceptables ?

Pour répondre à ces questions nous avons réalisé une synthèse de l'évaluation disponible, selon la méthode habituelle de *Prescrire*, rappelée page 920.

Ne pas comprimer les seins par un bandage

Certaines méthodes physiques ont été proposées pour inhiber la lactation : bandage serré de la poitrine ;

port continu d'un soutien-gorge, y compris durant le sommeil ; etc. L'évaluation de ces méthodes physiques est peu fournie.

Dans un essai publié en 2002, chez 60 femmes, les échecs définis par la persistance d'une sécrétion de lait, des douleurs des seins, ou des signes d'engorgement, ont été plus fréquents en cas de bandage des seins qu'en cas de port d'un soutien-gorge (4).

Un guide de pratique de la Société canadienne de pédiatrie recommande de ne pas utiliser le bandage des seins, car l'inconfort qu'il entraîne est estimé plus important que l'inconfort lié à la montée laiteuse (5). De plus, ce guide souligne que le bandage expose à un risque d'obturation des canaux lactifères, à l'origine de mastites.

Agonistes dopaminergiques : trop dangereux

Certains agonistes dopaminergiques dérivés de l'ergot de seigle ont été proposés pour freiner la montée laiteuse, en raison de leur action inhibitrice de la sécrétion hypophysaire de prolactine (6).

Une synthèse méthodique d'un groupe du Réseau Cochrane a recensé des essais randomisés des traitements utilisés pour inhiber de la montée laiteuse. D'après cette synthèse, la *bromocriptine*, le *lisuride*, la *métérgoline*, et la *cabergoline* sont les seuls agonistes dopaminergiques ayant fait l'objet d'essais randomisés dans cette indication (4).

L'évaluation de l'efficacité de la *bromocriptine* pour inhiber la lactation repose sur onze essais versus placebo, chez 464 femmes au total (4). Trois essais ont eu des résultats statistiquement significatifs en faveur d'une efficacité dans les 7 jours suivant l'accouchement : 72 % des femmes n'avaient ni sécrétion de lait, ni douleurs des seins, ni signe d'engorgement dans les groupes *bromocriptine*, versus 21 % des femmes dans les groupes placebo ($p < 0,001$) (4).

La *cabergoline* a été plus efficace qu'un placebo dans un essai chez 32 femmes. Elle n'a pas été plus efficace que la *bromocriptine* dans deux essais randomisés, chez 308 femmes (4).

Deux essais ont comparé la *métérgoline* versus *bromocriptine* avec des

résultats discordants. Le *lisuride* n'a pas été plus efficace que la *bromocriptine* dans un essai chez 38 femmes (4).

Notre recherche documentaire n'a pas recensé d'essai randomisé d'autre agoniste dopaminergique, versus placebo ou versus *bromocriptine* dans l'inhibition de la lactation.

Gare aux effets indésirables cardiovasculaires graves. Les agonistes dopaminergiques, tels que la *bromocriptine* et le *lisuride*, exposent à des effets indésirables graves, parfois dès les premières doses : hypertensions artérielles, infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, hallucinations, convulsions (6,7,8).

Dans une enquête auprès des maternités de la région Rhône-Alpes chez des femmes ayant accouché en 2008-2009, 77 notifications d'effets indésirables graves, dont 2 décès, concernaient la *bromocriptine* utilisée pour inhiber la lactation : notamment, 9 infarctus du myocarde et 15 accidents vasculaires cérébraux (7). Quelques autres notifications impliquaient le *lisuride* et la *dihydroergocryptine* dans l'inhibition de la lactation.

Par ailleurs, 105 effets indésirables graves, surtout vasculaires, imputés à la *bromocriptine*, ont été recensés parmi les notifications aux centres de pharmacovigilance français de 1994 à 2010 (9). En raison de ces effets indésirables graves, aux États-Unis d'Amérique par exemple, aucun agoniste dopaminergique n'est autorisé dans l'inhibition de la lactation en post-partum.

Estrogènes : gare aux thromboses veineuses

Divers estrogènes, à fortes doses, ont été comparés au placebo dans les années 1960-1970 (4). La plupart des essais ont montré une réduction de la montée laiteuse après l'accouchement.

Notre recherche documentaire n'a pas recensé d'essai clinique comparatif d'estrogènes cutanés en application locale sur les seins dans cette situation.

Un essai randomisé thaïlandais a comparé, en double aveugle, une association estroprogestative contenant 50 microg d'*éthinyloestradiol*, à raison de 2 comprimés deux fois par

jour pendant 5 jours, versus *bromocriptine* (dose non précisée), chez 230 femmes HIV-séropositives (10). Dans les 5 jours, environ un quart des femmes ont eu un inconfort mammaire, modéré, sans différence entre les traitements.

Mais les estrogènes exposent à un risque de thrombose veineuse, qui est peut-être accru en période du post-partum (8). Pour cette raison, il est en général recommandé d'attendre plus de 4 semaines après l'accouchement pour débiter une contraception estroprogestative (11).

En somme, les estrogènes ont une balance bénéfices-risques défavorable dans la réduction de la montée laiteuse du post-partum.

Diurétiques : balance bénéfices-risques défavorable

Notre recherche documentaire n'a pas recensé d'essai comparatif de diurétique dans l'inhibition de la montée laiteuse après un accouchement.

En revanche, les effets indésirables des diurétiques sont bien connus : troubles hydroélectrolytiques, hypotension artérielle, insuffisance rénale, etc. (8).

Homéopathie : un essai non probant

Un essai randomisé en double aveugle a comparé un traitement homéopathique versus placebo, en complément d'un traitement antalgique par *naproxène*, chez 71 femmes ne souhaitant pas allaiter (12). La douleur a été mesurée tous les jours sur une échelle visuelle analogique pendant 4 jours.

Seules les évaluations à J0, J2, et J4 ont été rapportées. En moyenne le score de douleur, sur une échelle de 0 à 10, a été : à J2 de 0,1 versus 0,7 dans le groupe placebo, et à J4 de 1,9 versus 3,7. Ces différences ont été rapportées comme statistiquement significatives (12). L'absence de données rapportées à J1 et J3 conduit à estimer que les scores de douleur ont été soit défavorables à l'homéopathie, soit non différents du placebo.

Notre recherche documentaire n'a pas recensé d'autre essai de l'homéopathie dans l'inhibition de la lactation. ►►

► En pratique, ces résultats sont fragiles et peu probants. L'efficacité de l'homéopathie n'est pas démontrée dans cette situation.

Commission française de pharmacovigilance : un début de prise de conscience

En mars 2012, en France, la Commission de pharmacovigilance a reconnu que la balance bénéfices-risques de la *bromocriptine* était défavorable dans le sevrage tardif de l'allaitement maternel (9). Mais la Commission n'a pas osé se prononcer sur sa balance bénéfices-risques dans l'inhibition précoce de l'allaitement. Elle n'a pas mentionné d'enquête de pharmacovigilance sur le *lisuride*.

Au 20 octobre 2012, en France, ces indications sont encore inscrites dans les RCP de certaines spécialités à base de *bromocriptine* et à base de *lisuride* (13).

Ne pas prendre de risque démesuré

En pratique, quand un allaitement maternel n'est pas souhaité, mieux vaut ne pas freiner la montée laiteuse par des médicaments (lire nos propositions ci-contre). L'inconfort mammaire, transitoire, quelle que soit son intensité, ne justifie pas les effets indésirables graves des agonistes dopaminergiques et des estrogènes en post-partum.

Pour éviter aux femmes une prise de risque déraisonnable, il importe que soit retirée sans tarder l'inhibition de la lactation des indications des agonistes dopaminergiques. Et sans attendre, mieux vaut pour les femmes, leur exposer les données du problème et ne pas leur proposer ces traitements.

Synthèse élaborée collectivement par la Rédaction, sans aucun conflit d'intérêts
©Prescrire



Les propositions Prescrire

Pas de médicaments pour freiner la montée laiteuse après l'accouchement

● Quand un allaitement maternel n'est pas souhaité après l'accouchement, le plus souvent la montée laiteuse s'accompagne de douleurs modérées. Dans cette situation, le *paracétamol* est l'antalgique de choix.

● Les médicaments inhibant la lactation, agonistes dopaminergiques et estrogènes, tels que la *bromocriptine* ou le *lisuride*, exposent à des effets indésirables graves en post-partum. L'inconfort mammaire, quel que soit son intensité, ne justifie pas ces risques : mieux vaut ne pas les utiliser.

● Aucun autre traitement n'a une efficacité démontrée pour inhiber la montée de lait. Les méthodes qui aggravent l'inconfort sont à déconseiller, telles que le bandage serré des seins.

● Le port d'un soutien-gorge ne diminue pas la sécrétion de lait, mais semble apaiser les douleurs mammaires chez certaines femmes.

©Prescrire

Rev Prescrire 2012 ; 32 (350) : 920.

Recherche documentaire et méthode d'élaboration

Nous avons recherché les synthèses méthodiques et méta-analyses, les guides de pratique clinique récents, réunissant les critères de qualité suivants : méthode de recherche bibliographique et critères de sélection des articles retenus explicites, analyse critique des documents retenus, niveau de preuves des recommandations explicité. Cette recherche documentaire a reposé sur le suivi mis en œuvre au sein du Centre de documentation Prescrire ; ainsi que la consultation systématique d'ouvrages de base (Martindale The complete drug reference, Briggs's 9^e ed.). Par ailleurs, pour la dernière fois le 9 septembre 2012, nous avons interrogé les bases de données Embase (semaine 36 de 2012), Medline (2010-5^e semaine d'août 2012), NGC, The Cochrane Library (CDSR : 2012, issue 8 ; DARE, HTA : 2012, issue 3), et nous avons consulté les sites internet des organismes suivants : HAS, NHS, NICE.

Les procédures d'élaboration de cette synthèse ont suivi les principes habituels de Prescrire : notamment, vérification de la sélection des documents et de leur analyse, lecture externe, contrôles de qualité multiples.

1- Prescrire Rédaction "Promouvoir un allaitement maternel" Revue Prescrire 2008 ; 28 (297) : 510-520.
2- Prescrire Rédaction "Inhibition de la lactation après l'accouchement" Rev Prescrire 1995 ; 15 (152) : 440-445.
3- Schandler RJ et coll. "Physiology of lactation" (mise à jour septembre 2012). In : Basow DS "UpToDate" UpToDate, Waltham 2012 ; version 20.10 : 11 pages.

4- Oladapo OT et Fawole B "Treatments for suppression of lactation" (Cochrane review) (dernière révision 2012). In : "The Cochrane Library" John Wiley and Sons, Chichester 2012 ; issue 9 : 118 pages.

5- Comité de la pédiatrie communautaire "Le sevrage de l'allaitement" Paediatr Child Health 2004 ; 9 (4) : 259-263.

6- "Bromocriptine Mesilate". In : "Martindale The complete drug reference" The Pharmaceutical Press, London. Site www.medicinescomplete.com consulté le 8 mai 2012 : 16 pages.

7- Prescrire Rédaction "Inhibition de la lactation : gare aux agonistes dopaminergiques" Rev Prescrire 2010 ; 30 (325) : 828.

8- Prescrire Rédaction "2-1-2 Patients sous diurétiques", "8-1 Patientes sous contraceptif hormonal", "12-4-4 Patients sous agoniste dopaminergique" Rev Prescrire 2011 ; 31 (338 suppl. interactions médicamenteuses).

9- Afssaps "Commission nationale de pharmacovigilance, compte rendu de la réunion du mardi 27 mars 2012" 22 mai 2012 : 16 pages.

10- Piya-Anant M et coll. "The combined oral contraceptive pill versus bromocriptine to suppress lactation in puerperium : a randomized double blind study" J Med Assoc Thai 2004 ; 87 (6) : 670-673.

11- Kaunitz AM et coll. "Postpartum and postabortion contraception" (mise à jour septembre 2012). In : Basow DS "UpToDate" UpToDate, Waltham 2012 ; version 20.10 : 19 pages.

12- Berrebi A et coll. "Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat" J Gynécob Obstét Biol Reprod 2001 ; 30 (4) : 353-357.

13- Agence nationale de sécurité du médicament "RCP-Parlodel" 19 novembre 2009 : 4 pages + "RCP-Arolac" 30 juin 2011 : 5 pages.

DCI	France	Belgique	Suisse
<i>bromocriptine</i>	PARLODEL [°] ou autre	PARLODEL [°]	PARLODEL [°]
<i>cabergoline</i>	DOSTINEX [°] ou autre	DOSTINEX [°] ou autre	DOSTINEX [°]
<i>dihydroergocriptine</i>	VASOBAL [°]	—	—
<i>éthinyloestradiol</i> 50 µg + <i>norgestrel</i>	STEDIRIL [°]	ex-STEDIRIL [°] ou autre	ex-EUGYNON [°]
<i>lisuride</i> (inhibition montée lait)	AROLAC [°]	—	ex-DOPERGIN [°]
<i>méteergoline</i>	—	—	ex-LISERDOL [°]
<i>naproxène</i>	NAPROSYNE [°] ou autre	APRANAX [°] ou autre	APRANAX [°] ou autre