

Antidépresseurs en fin de grossesse et risque d'hémorragie de la délivrance

L'utilisation des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) est connue pour augmenter dans certaines études au moins, le risque de saignement gastro-intestinal ou post-opératoire. Ce risque peut s'expliquer par le rôle de la sérotonine et d'autres cofacteurs sur l'agrégation plaquettaire. Les ISRS, par l'inhibition de la recapture de la sérotonine par les plaquettes (qui ne peuvent pas la synthétiser), favorisent donc le risque hémorragique. Dans cette étude de cohorte incluant 106,000 femmes enceintes souffrant de troubles de l'humeur ou d'anxiété, les auteurs se sont intéressés au risque d'hémorragie de la délivrance associé à un traitement antidépresseur (ISRS et non-ISRS, ainsi que pour chaque molécule) versus absence de traitement (référence) et selon l'ancienneté d'utilisation par rapport à l'accouchement : utilisation au moment de l'accouchement, utilisation récente (1-30 j avant mais pas le jour), utilisation passée (>30 j). L'hémorragie de la délivrance était définie par le codage ICD, sans notion de gravité clinique.

Le risque d'hémorragie de la délivrance était significativement augmenté de 47% (4% vs 2.8%) et de 39% (3.8% vs 2.8%) lorsqu'un ISRS et un non-ISRS respectivement était pris le jour de l'accouchement. Ce risque était plus faible et uniquement significatif pour les ISRS lorsque l'utilisation était récente, et non augmenté lorsque l'ISRS était arrêté au moins 1 mois avant l'accouchement. Le risque hémorragique était dose-dépendant pour les ISRS mais pas pour les non-ISRS. Le risque de saignement était augmenté uniquement chez les femmes jeunes (< 30 ans) pour les non-ISRS. Malgré ses limites et biais potentiels, cette étude est la première à mettre en évidence une augmentation du risque hémorragique en post-partum chez les femmes traitées par un antidépresseur jusqu'au moment de l'accouchement. D'autres études sont nécessaires pour confirmer ce risque, mais en attendant, des mesures simples pourraient être proposées (si l'état de la mère le permet) : diminuer à la dose efficace la plus faible l'antidépresseur ISRS en fin de grossesse et proposer d'arrêter l'antidépresseur (ISRS ou non-ISRS) au moins 24h avant l'accouchement, avant de le reprendre en post-partum.

BMJ 2013;347:f4877