

Contraception à risque

DIU de Formation Complémentaire en Gynécologie Obstétrique pour les
Médecins Généralistes

18 janvier 2013

Héloïse GRONIER, assistante en Gynécologie Médicale



- **1) Cas cliniques**
- 2) Contraception et tabac
- 3) Contraception et migraine
- 4) Contraception et obésité
- 5) Réponses aux cas cliniques

1. Cas cliniques

A) Tabac

- Mme T, **32 ans**, G3P1, consulte à 2 mois d'une 2^{ème} IVG. L'équipe d'orthogénie lui a prescrit **Leeloo**® (EE20/Lévonorgestrel).
- Elle fume **10 cgt/jour** mais compte bientôt arrêter. Elle n'est pas migraineuse. IMC normal. Absence d'ATCD fam ou pers notables.
- On lui a toujours dit qu'il ne fallait pas fumer et prendre la pilule.
- Elle est inquiète quant aux risques qu'elle prend avec la pilule.
- Sur internet, elle a vu que la pilule était récente (AMM 31/03/2008) et vu ce qu'on entend à la radio sur les pilules récentes, elle a peur et se demande si elle ne devrait pas l'arrêter.

1. Cas cliniques

A) Tabac

⇒ Le tabac chez Mme T est-il une CI à la COP?

⇒ Quels sont les risques encourus par Mme T par l'association tabac-COP?

⇒ Quelles informations sur Leeloo® (risques TE) pouvez vous donner à Mme T?

1. Cas cliniques

B) Migraines

- Mme S, **18 ans**, consulte pour
 - Apparition de migraines
 - Depuis la prise de pilule (2 mois auparavant), Minidril®.Absence d'ATCD CV familiaux.

⇒ Quels renseignements recherchez-vous pour caractériser ces migraines?

1. Cas cliniques

B) Migraines

- Ces migraines surviennent uniquement pendant la semaine d'interruption de la COP.

⇒ Demandez-vous une IRM?

⇒ Renouvelez-vous la prescription de Minidril®?

⇒ Si vous changez la prescription, que pouvez-vous proposer?

1. Cas cliniques

C) Lecture de la presse

- Marine **22 ans**, étudiante en droit, sous Jasminelle® depuis 3 ans, sans ATCD familiaux ni personnels particuliers,
- Veut arrêter Jasminelle® car il s'agit d'une pilule contenant un progestatif de 3^{ème} génération.

=> Que lui répondez-vous?

1. Cas cliniques

D) Obésité

- Mme A, **31 ans**, consulte pour contraception avant un **bypass**. Elle a un **IMC à 46** mais pas de comorbidité cardiovasculaire.
- Le chirurgien lui a bien dit de ne pas tomber enceinte pendant les 18 mois suivant l'opération.
- Elle avait pris de 25 à 27 ans Minidril® et l'avait bien toléré. Depuis, elle a eu 2 enfants et utilise des préservatifs.

⇒ La contraception oestroprogestative est-elle contre-indiquée pour une patiente avec un IMC à 46?

⇒ Pourquoi la grossesse est non recommandée dans les 18 mois qui suivent la chirurgie bariatrique?

- 1) Cas cliniques
- **2) Contraception et tabac**
- 3) Contraception et migraine
- 4) Contraception et obésité
- 5) Réponses aux cas cliniques

2. Contraception et tabac

- TABAC = Un vrai problème de santé publique en France
 - 18.6% des adultes avec 22.4% des hommes et **15% des femmes**
 - Touche surtout les 25 - 44 ans
 - Augmentation du tabagisme féminin depuis 1980



Obépi 2009

2. Contraception et tabac

- Impact non négligeable sur la santé en général
 - Cardiovasculaire : IdM, AVC
 - Veineux : IVC, MTE
 - Pulmonaire : BPCO
 - Facteur de risque de nombreux cancers : pulmonaire, vessie, ORL
 - Facteur d'aggravation de pathologie : Maladie de Crohn,

2. Contraception et tabac

- Impact non négligeable sur la santé gynécologique
 - Choix contraceptif
 - Baisse de réserve ovarienne
 - FDR de dysplasie du col / cancer du col
 - Pronostic obstétrical : RCIU, pré-éclampsie
 - Ostéoporose
 - GEU
 - Réussite en PMA
- Ps : mais pas d'impact sur le cancer du sein

2. Contraception et tabac

- **COP** contre-indiquée si âge > 35 ans et tabac > 15 cigarettes/j
 - Mais prendre en compte
 - La sous-déclaration du tabagisme à l'interrogatoire
 - Le terrain migraineux
 - Les autres FdR cardiovasculaires : ATCD familiaux...
- **Progestatifs et CIU** non CI par le tabagisme

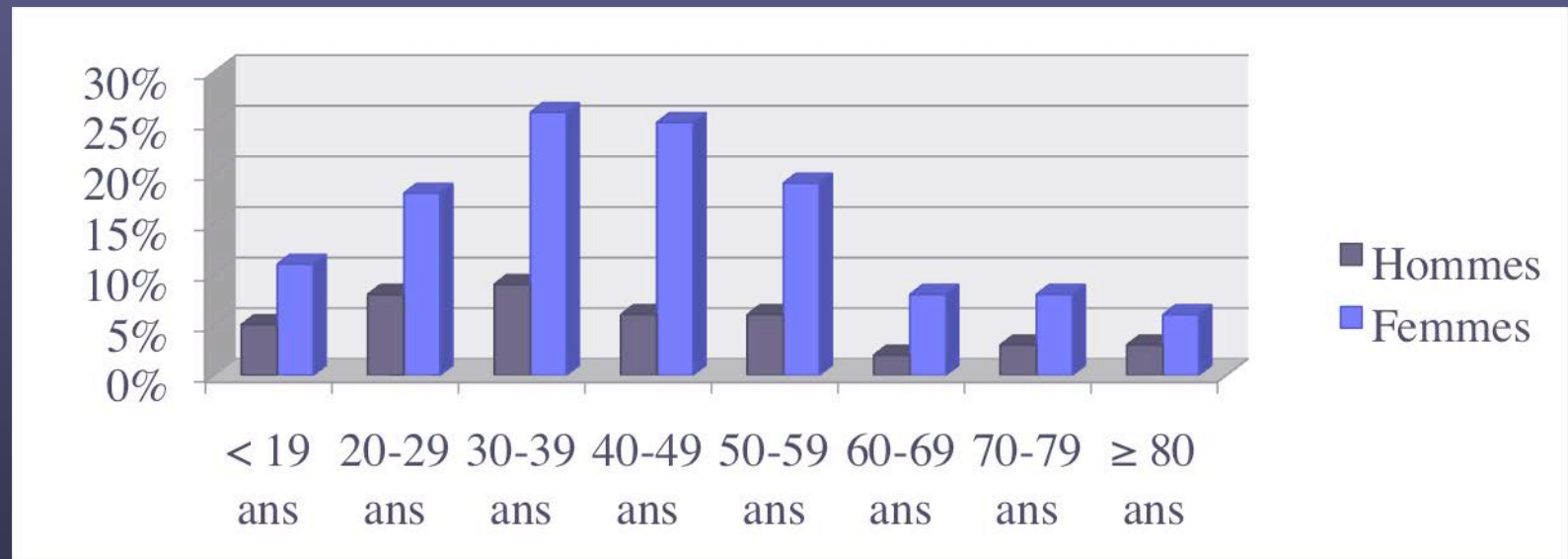
- 1) Cas cliniques
- 2) Contraception et tabac
- **3) Contraception et migraine**
- 4) Contraception et obésité
- 5) Réponses aux cas cliniques

3. Contraception et migraine



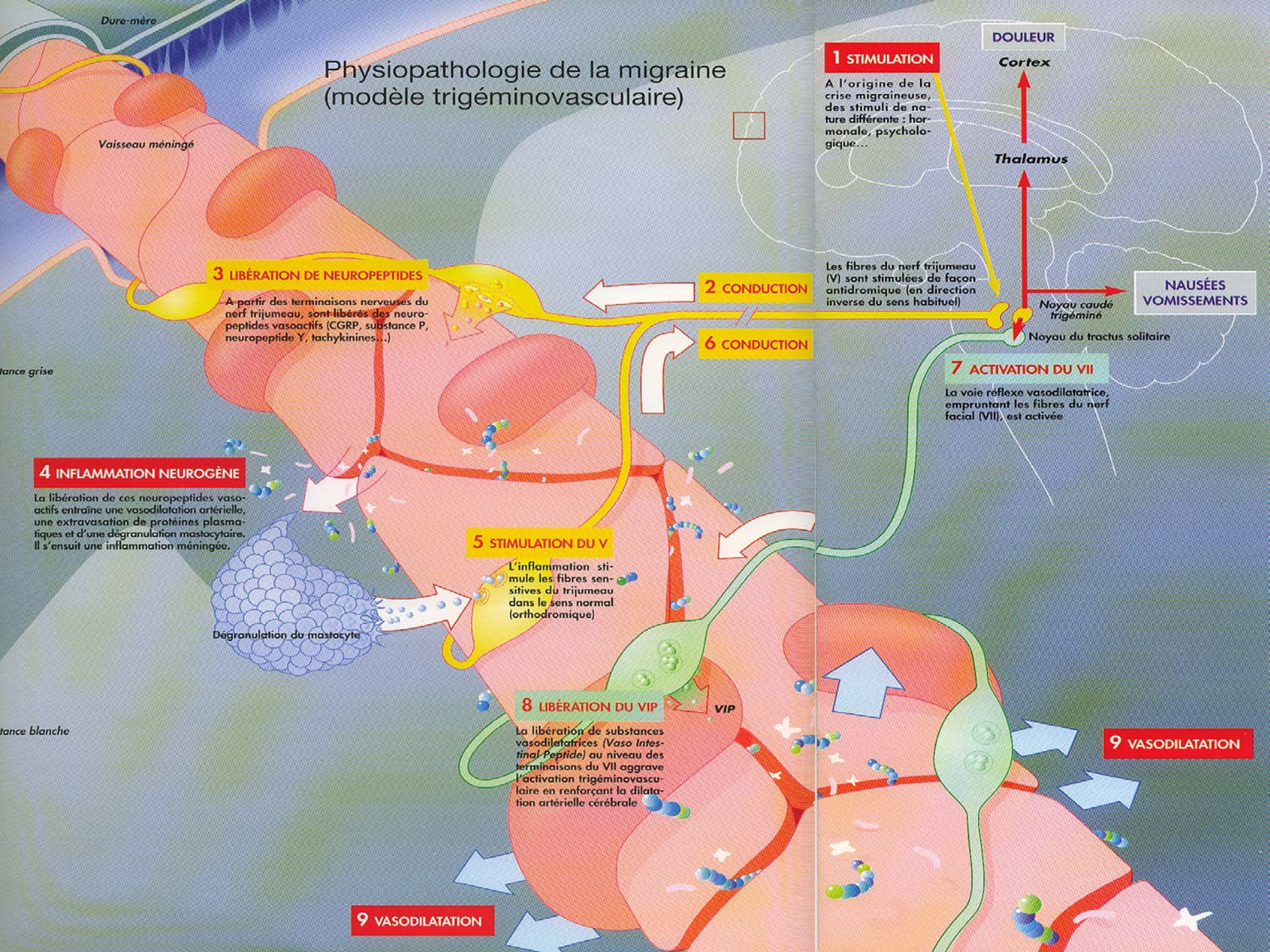
3. Contraception et migraine

- Prévalence de la migraine : 10-12 %
- Avec influence de l'âge (maxi vers 30-45 ans) et du sexe (ratio ♀/♂ varie de 2 à 3 selon tranche d'âge)



D'après Henry et Tzourio, enquête INSERM 1998

Physiopathologie de la migraine (modèle trigéminovasculaire)



3. Contraception et migraine

- Migraine si
 - Au moins 5 crises de céphalées durant 4 à 72 heures
 - Céphalées ayant au moins 2 des symptômes suivante :
 - unilatérale
 - pulsatile
 - modérée ou sévère
 - aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente des escaliers.
 - Durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants :
 - Nausée et/ou Vomissement
 - Photophobie et Phonophobie
- Exclusion des diagnostics différentiels (céphalées de tension...)

3. Contraception et migraine

Migraines avec aura si

1. Aura consistant en au moins 1 des critères suivants:
 - a) Symptômes visuels totalement réversibles (lumières scintillantes, taches, lignes voire perte de vision...)
 - b) Symptômes sensoriels totalement réversibles (sensations de piqures, fourmillements, engourdissements...)
 - c) Troubles dysphasiques totalement réversible

2. Au moins deux des caractères suivants:
 - a) Durée de chaque symptôme : 5 à 60 minutes
 - b) Au moins 1 des symptômes se développe pendant au moins 5 minutes et/ou des symptômes différents surviennent sur au moins 5 minutes
 - c) Symptômes visuels homonymes ou sensoriels unilatéraux

3. Aura suivie immédiatement ou dans les 60 minutes d'une céphalée répondant à tous les critères diagnostiques d'une céphalée migraineuse

4. Exclusion des diagnostics différentiels

3. Contraception et migraine

- Ne pas confondre « aura » et « prodrome »
- Prodrome = signe prémonitoire
 - *Asthénie*
 - *Somnolence*
 - *Bâillements*
 - *Irritabilité*
 - *Tendance dépressive ou euphorique*
 - *Contractures cervicales*
 - *Sensation de faim pour des aliments précis...*
- Mécanisme physiopathologique très différent +++

3. Contraception et migraine

- Migraine et Risque d'AVC (ischémique)
 - 1) Etude rétrospective cas témoin chez 15-49 ans (AVC / témoins appariées)
 - Risque d'AVC si migraine avec aura = 6.9 (2.3-21.2)
 - Risque d'AVC si migraine avec aura + CO + tabac = 7 (1.3-22.8)

MacClellan LR, Stroke, 2007
 - 2) Etude prospective Women's Health Study : 27 840 femmes > 45 ans
 - Risque d'AVC si migraine sans aura = 1.2 (0.9-1.7)
 - Risque d'AVC si migraine avec aura = 1.9 (1.2-3.1)
 - Risque d'IDM si migraine avec aura = 1.74 (1.23-2.46)

⇒ **Risque de pathologie CV pour migraine avec aura / migraine sans aura : HR = 2.15 (1.58-2.92)**

Kurth T, Jama, 2006

La migraine avec aura est une CI absolue à la contraception oestroprogestative

HAS 2004

3. Contraception et migraine

- Si migraine sans aura :
 - COP autorisée si absence d'autres FdR CV (tabac, ATCD familiaux..)
 - Privilégier un dosage moins élevé d'EE?
 - Surveiller +++
 - Si augmentation de fréquence sous COP, préférer une contraception sans oestrogènes

3. Contraception et migraine

- Si migraine cataméniale sans aura :
 - Amélioration par COP
 - Surtout si schéma 24/4 plutôt que 21/8

De Leo V, Fertil Steril 2011

- Intérêt du schéma en continu
- Prouvé pour l'anneau vaginal

Calhoun A, Headache, 2012

3. Contraception et migraine

- Si apparition de migraine sous COP
 - 1) Pendant la prise de cp
 - Diminuer le dosage en EE?
 - Essayer COP aux estrogènes naturels?
 - 2) Lors de la phase d'interruption uniquement
 - Diminuer le dosage en EE?
 - Préférer un schéma 24/4 ou en continu plutôt que 21/8
 - Supplémenter en estrogène naturel pendant la phase d'interruption?

- 1) Cas cliniques
- 2) Contraception et tabac
- 3) Contraception et migraine
- **4) Contraception et obésité**
- 5) Réponses aux cas cliniques

4. Contraception et obésité



4. Contraception et obésité

- Un vrai problème de santé publique en France
 - 32.3% des adultes français sont en surpoids et 15% présentent une obésité
 - En augmentation
 - Touche plus les femmes que les hommes 15.7% versus 14.3%

Obépi 2009

4. Contraception et obésité

$$\text{IMC} = \text{Poids} / (\text{Taille})^2$$

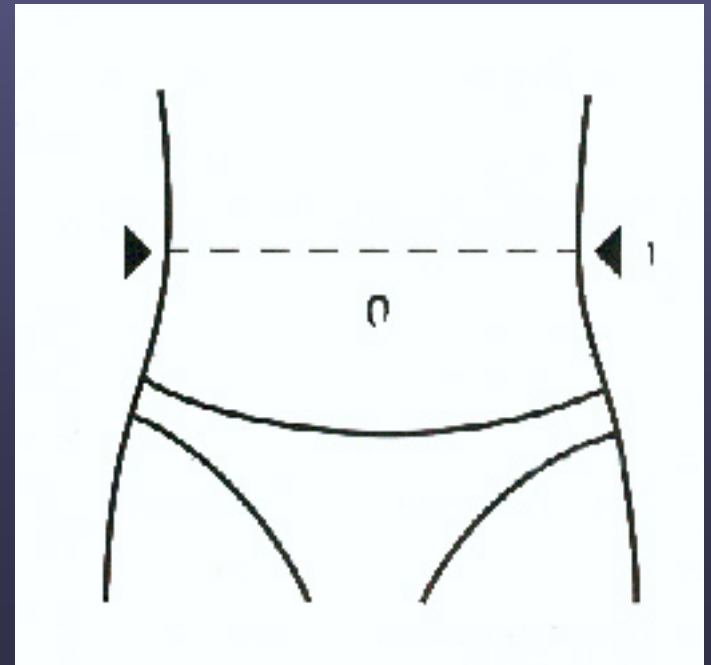
en kg/m²

- Définition : Indice de Masse Corporelle = poids/(taille)²
 - 18-24.9 : poids normal
 - 25-29.9 : surpoids
 - 30-34.9 : obésité modérée
 - 35-39.9 : obésité sévère
 - > 40 : obésité morbide

Obésité si IMC > 30

4. Contraception et obésité

- Mesurer le tour de taille
 - En France, augmentation de +5 cm en 15 ans (85.2 cm à 90.5 cm)



Non!



4. Contraception et obésité

- Obépi
 - Étude épidémiologique
 - Tous les 3 ans depuis 1997 : dernière étude en 2012
 - Gradient social et gradient décroissant de l'IMC
 - Nord – Sud
 - Ouest - Est

4. Contraception et obésité

- Impact de l'obésité sur la santé globale
 - Cardio-vasculaire et métabolique : HTA, IdM, AVC, diabète, anomalies lipidiques
 - Veineux : IVC, MTE
 - Pulmonaire : SAS
 - Digestive : RGO
 - Orthopédique : arthrose (hanches et genoux +++), diminution de la mobilité, lombalgies...
 - Morbidité péri-opératoire : complications anesthésiques (ventilatoires, inhalation, difficultés d'intubation) et post-opératoires (risque infectieux, TE, hémorragique)

4. Contraception et obésité

- **Syndrome métabolique**

= co-existence de plusieurs désordres métaboliques chez un même individu

au moins **3 facteurs parmi les 5** :

- Tour taille > 88 cm chez la femme
- HDL < 0.40 g/l
- TG > 1.5 g/l
- Glycémie à jeûn > 1.1 g/l
- TA > 130 / 85 mm HG

⇒ 17.9 % des femmes (2007)

⇒ RR d'accident CV = 2

⇒ RR de diabète de type 2 = 3 *Ford ES 2005*

4. Contraception et obésité

- Impact de l'obésité sur la santé gynécologique
 - Fertilité :
 - Hypogonadisme
 - Aggravation SOPK
 - FCS (RR = 3.05) *Mulders AG 2003*
 - Diminution des chances en PMA
 - Statique pelvienne : IUE, prolapsus
 - Obstétrique : HTA, pré-éclampsie, diabète gestationnel, malformations (cardiaques, tube neural) risque accru de césarienne et de MTE

4. Contraception et obésité

- Cancer du sein, cancer de l'endomètre
- Sexualité : moins de partenaires, partenaires souvent obèses mais sujet peu abordé dans la consultation
- Troubles du cycle (par hypogonadisme, SOPK...)
- Hyperplasie endométriale plus fréquente

4. Contraception et obésité

- Impact de l'obésité sur la PEC gynécologique
 - Examen clinique difficile
 - Échographie difficile (et notamment obstétricales)
 - Matériel particulier : table, spéculum, table d'opération, IRM... et plus de personnel si mobilisation!



Moins bon suivi gynécologique

4 x plus de grossesses non désirées!

=> Taux significativement plus faible de FCV et de mammographies chez patientes obèses

Amy, Int J obesity 2006

4. Contraception et obésité

- Quelle fertilité chez les patientes obèses?
 - Fertilité souvent diminuée
 - Anovulation aggravée par la prise de poids chez les patientes SOPK
 - Hypogonadisme chez certaines
 - => Troubles du cycle fréquents!
 - Mais grossesse généralement très risquée, donc contraception à envisager+++
- Pb : peu de données prospectives

4. Contraception et obésité

Contraception oestro-progestative

- Utilisée par 58% des patientes obèses versus 86% chez non obèses
- L'obésité isolée n'est pas une CI à la COP mais il faut rechercher des FdR CV ou comorbidités pour évaluer le risque
 - TE
 - CV

4. Contraception et obésité

Contraception oestro-progestative

- Efficacité diminuée si BMI > 25
 - Car modification du volume de distribution et malabsorption si chirurgie malabsorptive
 - OR : 1.91 (de grossesse)
- Burkman 2009*
- À quelle dose efficace?
 - Augmentation du volume de distribution (mais pas de corrélation directe entre la graisse et le volume de distribution) : probable diminution de l'efficacité de la COP (données contradictoires)
 - Mais réticences à augmenter le dosage en EE compte tenu des risques CV!!!!

4. Contraception et obésité

Contraception orale microprogestative

- Efficacité? Idem COP
- Quelle dose? Inconnue, probablement à augmenter

=> En pratique, préférer des macro-progestatifs

4. Contraception et obésité

Contraception microprogestative : implant

- Efficacité :
 - Pas d'influence du poids sur l'efficacité de l'implant

Cochrane, Lopez, 2010

- Mais avis d'experts en faveur d'un retrait
 - A 2 ans^{1/2} pour BMI 25-30
 - A 2 ans si BMI > 30
- Quelle dose?
 - Certains préconisent la pose de 2 implants

4. Contraception et obésité

Contraception progestative : le Dépo-provera

- Efficacité : pas de grossesse retrouvée chez les patientes obèses dans 2 études de Jain, 2004
- Quelle tolérance? Quel retentissement osseux?

4. Contraception et obésité

Contraception intra-utérine

- Très bonne indication
- Mais pas toujours facile à poser!

4. Contraception et obésité

Contraception après chirurgie bariatrique

- Différentes techniques dont principalement :
 - Anneau
 - Bypass gastrique
 - Sleeve



4. Contraception et obésité

Contraception après chirurgie bariatrique

- Indications : obésité avec IMC
35-39.9 si comorbidités associées
> 40
Après échec d'un ttt médical bien conduit

HAS 2009

- Contre-Indications :
Troubles mentaux sévères
CI à l'AG
TCA sévères : boulimie, hyperphagie maligne de Prader-Willi
Comorbidités mettant en jeu le pronostic vital à court terme

HAS 2009

4. Contraception et obésité

Contraception après chirurgie bariatrique

- PEC nutritionnelle indispensable avant et après +++
- Éducation +++ : changement de mode de vie
- Dépistage des carences vitaminiques si malabsorption (by-pass et dérivation biliopancréatique)
- Recommandation d'expert : pas de grossesse avant stabilisation du poids, soit 12 à 18 mois
 - Si grossesse, supplémentation folates, B12, vit D, Calc et fer
 - Anneau ajustable pendant la grossesse

4. Contraception et obésité

Contraception après chirurgie bariatrique

- Contraception après chirurgie bariatrique
 - COP : absorption altérée si malabsorption

Merhi, Gyneco Obstet Invest 2007
 - Implant : dose suffisante 8 mois mais après grande variabilité (étude sur 3 cas)

Ciangura, Contraception 2011
 - Besoin d'études prospectives, adaptées au BMI, à l'âge et au type de chirurgie bariatrique
 - SIUI (Mirena) posé chez 23 nullipares adolescentes lors de la chirurgie bariatrique (proposé à 25)

Hillman J, J of Women's Health 2011

- 1) Cas cliniques
- 2) Contraception et tabac
- 3) Contraception et migraine
- 4) Contraception et obésité
- **5) Réponses aux cas cliniques**

5. Réponses aux cas cliniques

A) Tabac

- Mme T, **32 ans, Leeloo®**, **10 cgt/jour**

⇒ Le tabac chez Mme T est-il une CI à la COP?

- Non, car < 35 ans et moins de 15 cgt/j

⇒ Quels sont les risques encourus par Mme T par l'association tabac-COP?

- Risques du tabac
- Risque CV et TE
- A choisir entre tabac et pilule, préférer la pilule!!!

⇒ Quelles informations sur Leeloo® pouvez vous donner à Mme T?

- Pilule avec progestatif de 2^{ème} génération donc moindre risque TE

5. Réponses aux cas cliniques

B) Migraines

Migraines « cataméniales » apparues sous COP à 18 ans :

⇒ Demandez-vous une IRM?

Non

⇒ Renouvelez-vous la prescription de Minidril®?

Oui, on peut. Ce n'est pas une CI.

Dans ce cas, proposer

- d'enchaîner les plaquettes
- De supplémenter en estrogènes naturels pendant la semaine d'interruption

5. Réponses aux cas cliniques

B) Migraines

Migraines « cataméniales » apparues sous COP à 18 ans :

⇒ Si vous changez la prescription, que pouvez-vous proposer?

- COP moins dosée en EE (20)
- COP en schéma 24/4
- COP aux estrogènes naturels en 24/4 ou 26/2

5. Réponses aux cas cliniques

C) Lecture de la presse

- Oui, il existe un surrisque (4/10 000 versus 2/10 000)
 - Avec un risque maximal la 1^{ère} année de prise
- Recommandations de l'HAS 2012
- « Le surrisque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal d'une C3G jusque là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera avec la femme déjà sous C3G la méthode contraceptive la plus appropriée pour elle (autre contraceptif oral, dispositif intra-utérin, etc.) »

5. Réponses aux cas cliniques

D) Obésité

- Recommandations empiriques sur le délai de 18 mois d'absence de grossesse après chirurgie bariatrique
- Mécanisme invoqué : libération de toxines stockées dans le tissu adipeux
- HAS 2009
- Une contraception est recommandée dès que la chirurgie bariatrique est programmée puis généralement pendant 12 à 18 mois après l'intervention (grade C)
- Le bypass et de la dérivation biliopancréatique sont des techniques malabsorptives
- A l'inverse de la Sleeve ou de l'anneau qui sont des techniques restrictives