

Risque cardio-vasculaire de la contraception (hormonale)

Alexandre Fredenrich

Diabétologie - Endocrinologie
Hôpital Pasteur, CHU Nice

6ème JCE
16 Avril 2011

Conflit d'intérêt

- **Aucun pour cette présentation**

Consensus SFE 2010

Contraception hormonale chez la femme à risque métabolique et/ou vasculaire

Coordinateurs

Véronique Kerlan (Brest) et Pierre Gourdy (Toulouse)

- **Anne Bachelot (Paris)**
- **Sophie Catteau-Jonard (Lille)**
- **Nathalie Chabbert-Buffet (Paris)**
- **Sophie Christin-Maître (Paris)**
- **Jacqueline Conard (Paris)**
- **Alexandre Fredenrich (Nice)**
- **Anne Gompel (Paris)**
- **Françoise Lamiche-Lorenzini (Toulouse)**
- **Caroline Moreau (Villejuif)**
- **Geneviève Plu-Bureau (Paris)**
- **Anne Vambergue (Lille)**
- **Bruno Vergès (Dijon)**

Pratique contraceptive en France en 2005

Distribution des méthodes utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en France, Baromètre Santé 2005

Méthode	Nb. d'utilisatrices	% d'utilisatrices
Pilule	6.1 millions	59.2
DIU (levonorgestrel)	0.98 million	9.5
Implant	134 550	1.3
DIU (cuivre)	1.48 millions	14.3
Préservatif	1.17 millions	11.3
Retrait	113 850	1.1
Abstinence Périodique	41,400	0.4
spermicides	72,450	0.7
stérilisation	183,195	1.77

**7 millions
d'utilisatrices
de méthodes
hormonales**

Méthodes contraceptives hormonales disponibles en France en 2010

- **Par voie orale :**

- Pilule œstroprogestative (COP)
- Progestatifs purs
- SPRMs (Selective progesterone receptor modulators)



- **Par voie extradiigestive :**

- Méthodes œstroprogestatives = anneau, patch
- Méthodes progestatives = Implant, dispositif intra-utérin (DIU) et voie intramusculaire

Les Contraceptions œstroprogestatives disponibles en France en 2010

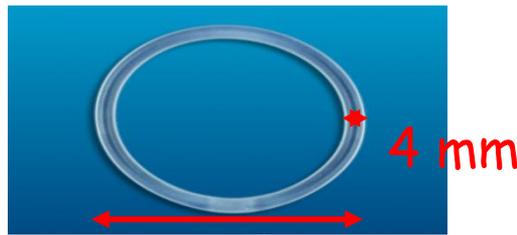
1) Dose et type d'œstrogènes

- *Ethinyl œstradiol* +++ 50-40-30-20 ou 15 µg par cp
- *Valérate d'œstradiol* depuis 2009, 1, 2 ou 3 mg par cp dans même plaquette

2) Génération du progestatif

- **1^{ère} génération** : noréthistérone, lynestrénol, acétate chlormadinone
- **2^{ème} génération** : lévonorgestrel, norgestrel
- **3^{ème} génération** : gestodène, norgestimate, gestodène
- « **4^{ème}** » génération : drospirénone
- « **Hors génération** » : acétate de cyprotérone

3) Voie d'administration



Depuis 2004

1 anneau pdt 3 semaines



Depuis 2004

1 patch par semaine pdt 3 semaines

Les Contraceptions **progestatives** disponibles en France en 2010

• Par voie orale

Microprogestatifs en prise quotidienne :

- Lévonorgestrel 0,075 mg
- Désogestrel 0,03 mg

Macroprogestatifs :

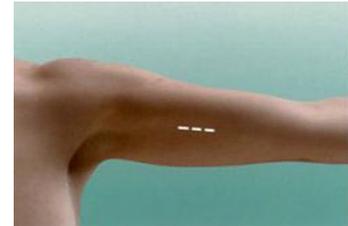
prégnanes ou norprégnanes
pas d'AMM en contraception

• Par voie parentérale

Implant = Etonogestrel
68 mg
pour 3 ans

Dispositif intra-utérin =
Lévonorgestrel 52 mg
pour 5 ans

DMPA = acétate de
médroxyprogestérone
150 mg pour 3 mois

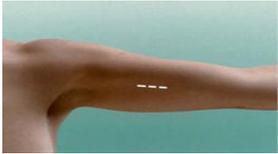


The Shot - Depo Provera



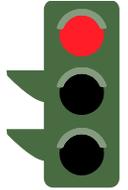


Au total, il existe plus de quarante contraceptions hormonales, mais pour quelles femmes ?



Risque thrombo-embolique veineux

- Antécédent personnel à la phase aiguë
 - Arrêt COP et **contre-indication définitive**
 - Contraception mécanique + pilule du lendemain
- Antécédent personnel à distance de l'évènement (avec ou sans thrombophilie biologique)
 - **Contre-indication définitive COP**
 - Contraception progestative micro ou macro-dosée
- Thrombophilie biologique sans évènement clinique
 - **Contre-indication COP**
 - Contraception progestative micro ou macro-dosée



Risque thrombo-embolique veineux

- **Antécédent familial sévère**
 - Contraception progestative micro ou macro-dosée en 1^{ère} intent
 - Contre-indication relative COP
- **Antécédent personnel de thrombose veineuse superficielle**
 - Pas de contre-indication des contraceptions hormonales

Faut-il rechercher une thrombophilie avant contraception ?

Pas à titre systématique

- en cas d'antécédent familial avant 50 ans
 - TQ, TCA
 - Dosages d'AT, PC, PS
 - Facteur V Leiden, Prothrombine (FII) 20210A
- en cas d'antécédent personnel : ajouter
 - NF Plaquettes
 - Anticoagulant circulant et anticorps anti-cardiolipine et anti- β 2 GP1

Contraception hormonale et risque veineux

Conclusion

- Les COP augmentent le risque veineux :

- **quelle que soit la voie d'administration**
(comprimé, patch, anneau vaginal)

- **quelle que soit la dose d'œstrogène**

risque plus élevé avec doses d'éthinyl-œstradiol > 30µg,
insuffisamment évalué avec 15-20 µg.

le risque existe probablement aussi avec l'œstradiol.

- **quel que soit le progestatif** : 2ème, 3ème génération ou autre

- Le risque est majoré :

- **après 40 ans**,

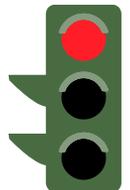
- **en cas d'antécédent** personnel de thrombose veineuse

- **en cas de thrombophilie**

- **lorsqu'il existe d'autres facteurs de risque** tels que: obésité,
post-partum, chirurgie, immobilisation, long voyage

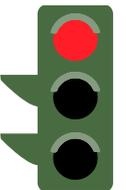
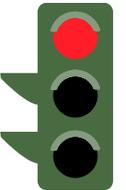
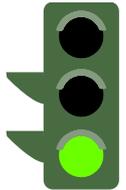
Risque artériel

- **Antécédents personnels d'accidents artériels : IDM ou AVC**
 - Arrêt de la COP : **contre-indication absolue définitive**
 - Choix de 1^{ère} intention : DIU cuivre ou tout autre contraception non hormonale, discuter contraception définitive fonction de l'âge (ligature de trompes ou dispositif Essure)
 - Si intolérance : discussion pluridisciplinaire contraception progestative micro ou macro-dosée (pregnane)
- **Antécédents familiaux sévères d'accidents artériels**
 - Même stratégie contraceptive



Contraception hormonale chez la femme dyslipidémique

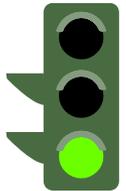
- Contre-indication « relative » de COP
- Prescription individualisée et résultant d'une concertation :
 - LDL < 2.20 g/l sans FDR (tabac ++)
 - COP OK
 - LDL > 2.20 g/l
 - COP contre-indiquée
 - Préférence pour progestatifs non androgéniques
 - Discussion TRT normolipémiant
 - TG > 2.00 g/l
 - Diététique ++
 - COP contre-indiquée
 - Microprogestatifs



Contraception hormonale chez la femme sous normolipémiant

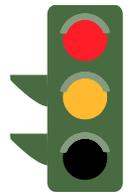
- **Hypercholestérolémie**

- **Contrôlée sans autre FDR**
 - COP faiblement dosée en EE ($\leq 35 \mu\text{g}$)
- **Sinon : autre contraception (progestatifs)**



- **Hypertriglycéridémie**

- **Attention car équilibre souvent instable sous traitement (facteurs alimentaires)**
- **Préférer les progestatifs**



Dyslipidémies révélées par la COP

- **ANAES 2004 : Pas de bilan lipidique systématique avant contraception**
 - « chez une femme sans ATCD, le premier bilan peut être réalisé dans les 3 à 6 mois après le début »
- **Dyslipidémie connue ou pas :**
 - **Cholestérol**
 - ↗ CT fréquente → doser HDL (qui ↗)
 - arrêt de COP
 - si LDL > 2.20 g/l si pas autre FDR (tabac ++)
 - si LDL > 1.90 g/l (1.60 ??) si autre FDR
 - **TG : arrêt si > 2.00 g/l**
- **Dans tous les cas, bilan lipidique 3 mois après le début de la COP**

Contraception hormonale et HTA

Œstroprogestatifs (COP)

- Chez les femmes hypertendues sous OP le risque de complications est majoré (RR d'AVC 10,7 [2,04 ; 56,6])
- Par ailleurs les OP peuvent augmenter les chiffres de TA
- Les OP (quelle que soit la voie d'administration) **ne sont pas la contraception de première intention** chez les femmes hypertendues.
 - CI relative chez les femmes < 35 ans, traitées et équilibrées, sans complication ni autre FDR.
 - CI absolue dans tous les autres cas.
- Les OP ne sont pas CI chez les femmes ayant un antécédent d'HTA gravidique sans aucune séquelle.



Contraception hormonale et HTA

Progestatifs



- **Progestatifs microdosés :**
sont utilisables chez la femme hypertendue
(OMS 1 ou 2)

- **Progestatifs macrodosés :**

En France, seul le DMPA a été évalué : peut être utilisé chez la femme hypertendue (OMS 2)

Les autres progestatifs pregnanes et norpregnanes n'ont pas été évalués mais sont utilisables (avis d'experts).

Contraception hormonale en cas de DT 1

NULLIPARE OU MULTIPARE

Facteurs de risque

Dyslipidémie

HTA

Tabac

Durée de diabète (20 ans)

Complications

Néphropathie

Rétinopathie proliférante ou oedémateuse ischémique

Pathologie cardiovasculaire

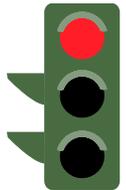
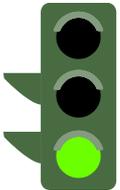
Neuropathie

AUCUN

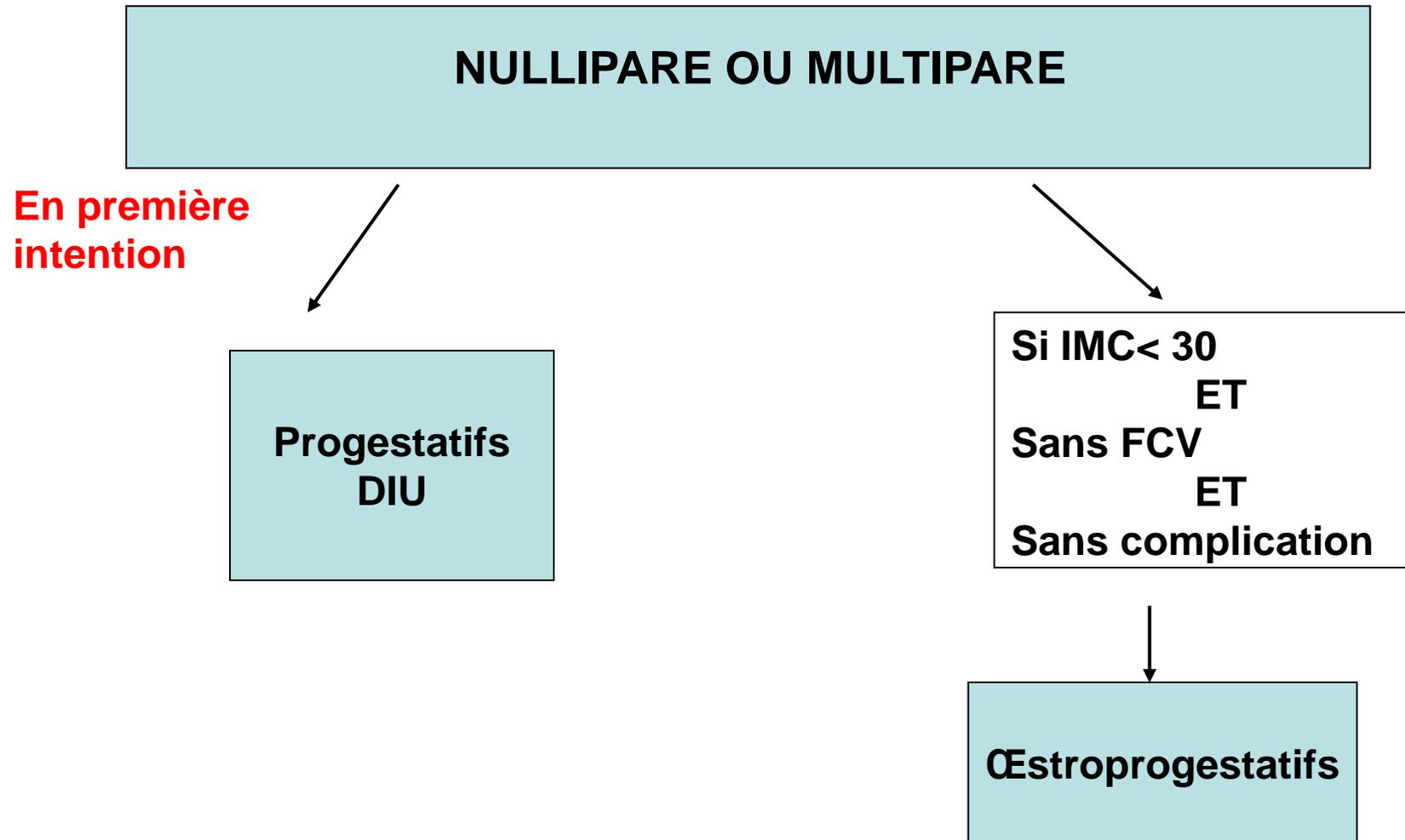
Œstroprogestatifs

AU MOINS UN

Progestatifs
DIU

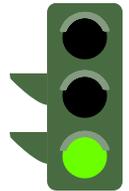


Contraception hormonale en cas de DT 2

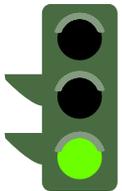


Contraception et obésité

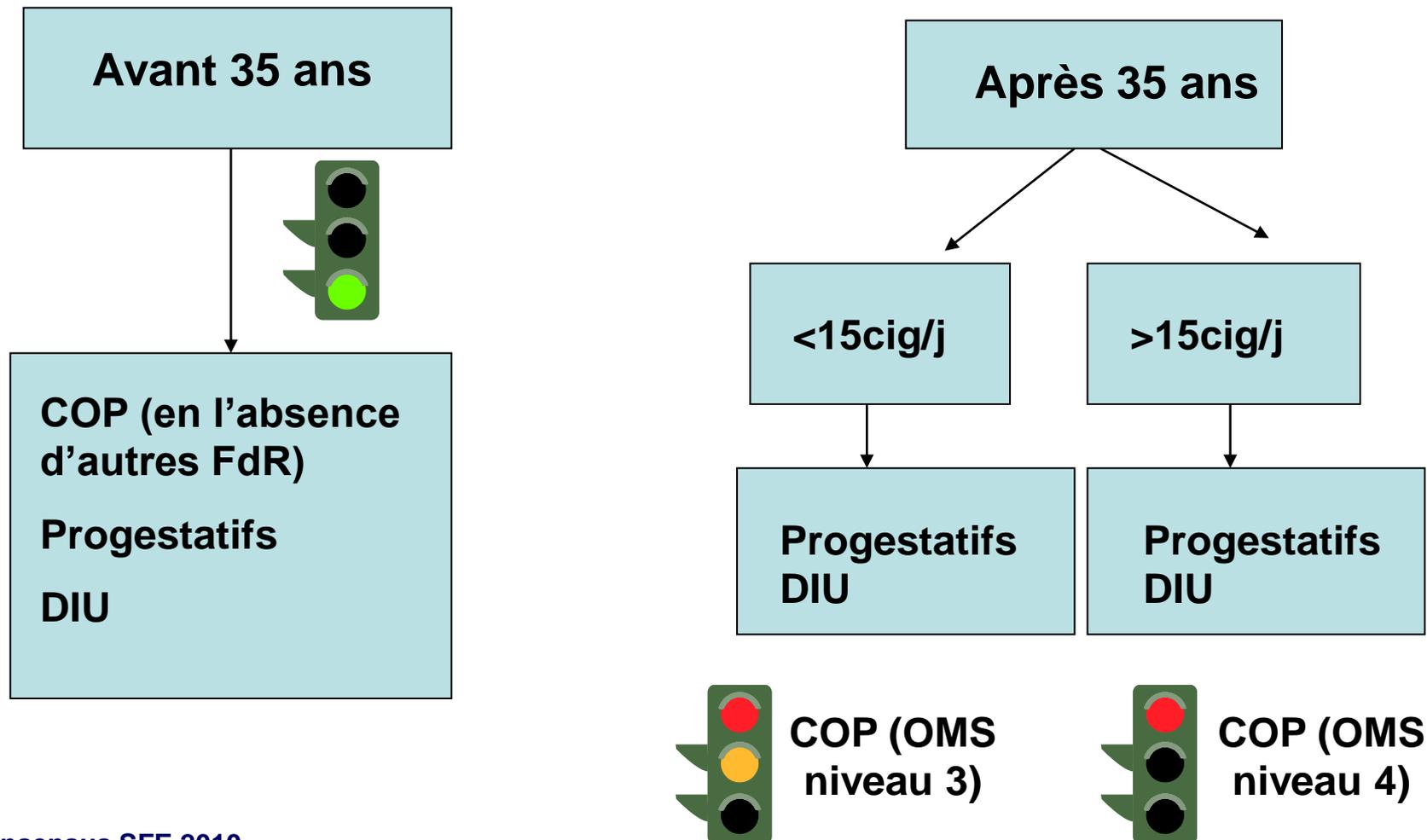
Aucune méthode hormonale n'est contre-indiquée en cas d'obésité isolée chez une femme de moins de 35 ans



- **COP (orale, patch, anneau) : OMS catégorie 2**
 - La balance efficacité / risque thromboembolique veineux reste en faveur de ce type de contraception, quelque soit la dose d'EE
 - Peu de données sur efficacité en fonction de l'importance de l'obésité, surtout pour les obésités morbides
 - Pas de prise de poids



Contraception et tabac



Conclusion

La contraception
est
raisonnablement sûre

Ce sont
certaines femmes
qui sont à risque !

LES RISQUES AU 1^{er} TRIMESTRE DE GROSSESSE

