

# Contraception hormonale :

## les contre-indications absolues et relatives



**Jocelyn Bérubé, M.D., M.Sc.**, omnipraticien, directeur de la Clinique de planification des naissances de Rimouski.

Article tiré de la conférence *La contraception*, donnée à Québec le 13 février 2014 dans le cadre du Congrès de la FMOQ intitulé « La santé de la femme ».

Copyright ©  
Vente et distribution commerciale interdites  
Les personnes autorisées peuvent télécharger, afficher, visualiser, imprimer une copie pour leur usage personnel

### Le cas d'Aurélie

Aurélie, âgée de 17 ans, G0, vient de recevoir le diagnostic d'hépatite A. Elle présente une augmentation importante de ses enzymes hépatiques. Elle prend des contraceptifs oraux combinés (COC) depuis deux ans. On vous demande de la voir pour évaluer sa contraception.

- Peut-elle continuer à prendre ses COC?
- Serait-il préférable qu'elle change pour l'anneau contraceptif?
- Doit-elle s'abstenir de toutes méthodes contraceptives hormonales?

Les contre-indications aux différentes méthodes contraceptives, qu'elles soient relatives ou absolues, constituent souvent un casse-tête pour le clinicien, ce qui peut limiter l'utilisation d'une contraception efficace pour plusieurs femmes.

Toutefois, depuis 2010, le CDC (Centers for Disease Control) a publié un outil fort intéressant, appelé « *U.S. Medical Eligibility Criteria for*

*Contraceptive Use, 2010* »<sup>1</sup>. Une mise à jour qui apporte très peu de changements a été publiée en 2013, et ce document devrait être revisité tous les trois ans. Les méthodes contraceptives sont classifiées selon quatre catégories en lien avec le problème de santé (voir le Tableau 1).

Nous discuterons dans cet article de certaines contre-indications qui semblent plus problématiques dans la pratique quotidienne.

### Les migraines

La prévalence des migraines chez les femmes se situe entre 11 à 14 %. La prévalence est plus élevée au cours des années reproductives et la menstruation constitue un facteur de risque important.

Les COC ont habituellement peu d'effet sur les migraines. Ils peuvent toutefois provoquer de nouvelles migraines, notamment durant le premier mois, ou faire apparaître des migraines de retrait qui pourront être évitées par la prise de COC selon le mode continu.

L'incidence d'accident vasculaire cérébral (AVC) chez les jeunes femmes est d'environ de 5 à 10 sur 10 000 femmes-années. Chez les femmes migraineuses, le risque d'AVC augmente légèrement, soit un risque relatif (RR) de 1,83 (1,06-3,15)

en présence d'une migraine sans aura et un RR de 2,27 (1,61-3,19) s'il y a une migraine avec aura. Les COC faiblement dosés (35 µg et moins) augmentent très peu le risque d'AVC (RR de 1,93), ce qui est non significatif cliniquement compte tenu de la faible prévalence des AVC dans cette population. Par contre, il faut penser à cesser la médication s'il y a apparition de migraine avec aura *de novo*, augmentation de l'intensité et de la fréquence des migraines habituelles ou apparition de signes neurologiques associés (surtout négatifs).

Les progestatifs seuls n'augmentent pas le risque d'AVC.

## Migraine sans aura

Selon le CDC<sup>1</sup>, une migraine sans aura chez une femme de ≤ 35 ans constitue une condition de catégorie 2 pour l'initiation des COC et de catégorie 3 pour la continuation. Par contre, après 35 ans les catégories sont respectivement de 3 (initiation) et de 4 (continuation) pour les COC.

## Migraine avec aura

Quant à la migraine avec aura, il s'agit d'une catégorie 4 pour les COC. Il faut noter que cette classification est très sévère, car elle ne tient pas compte de la sorte d'aura, de sa fréquence ou de sa durée. À titre d'exemple, un aura constitué de scintillements visuels de quelques minutes ou une migraine avec un aura de courte durée (moins de 30 minutes) survenue il y a plusieurs années et qui n'a pas récidivé ne constitue pas une contre-indication absolue aux COC. Il y a donc beaucoup de place au jugement du médecin.

**Tableau 1**

### Critères d'éligibilité pour l'utilisation d'une méthode contraceptive

**Catégorie 1 :** Une condition pour laquelle il n'y a pas de restriction à l'usage de la méthode contraceptive.

**Catégorie 2 :** Une condition pour laquelle les avantages de l'utilisation de la méthode contraceptive dépassent les risques théoriques ou prouvés.

**Catégorie 3 :** Une condition pour laquelle les risques théoriques ou prouvés de la méthode contraceptive dépassent ses avantages (mesurer les avantages vs les risques).

**Catégorie 4 :** Une condition qui représente un risque inacceptable pour la santé si la méthode contraceptive est utilisée.

Par contre, si cette migraine avec aura récidive, il faut changer de méthode contraceptive.

Les progestatifs seuls ne sont habituellement pas contre-indiqués en présence de migraines.

## Les thrombo-embolies veineuses

Les COC multiplient par 2 à 2,5 le risque de thrombo-embolies veineuses (TEV)<sup>3</sup> (voir le Tableau 2). Cette augmentation du risque est liée à la composante œstrogénique des COC. Elle est surtout présente au cours de la première année d'utilisation, notamment durant les trois

premiers mois. Elle ne semble pas liée de façon significative au type de progestatif.

Il n'y a pas d'augmentation du risque relié à l'utilisation des progestatifs seuls<sup>3,4</sup>.

## Quand procéder au dépistage des thrombophilies?

Il n'y a pas d'indication de dépistage systématique avant la prescription de COC<sup>5</sup>. Toutefois, le dépistage est indiqué en présence d'une histoire personnelle ou familiale de thrombo-embolie (parent du premier degré ayant fait une TEV avant l'âge de 50 ans) avec coagulopathies identifiées. Le Tableau 3 présente les examens diagnostiques à faire si un dépistage est nécessaire.

*Il n'y a pas d'indication de dépistage systématique des thrombophilies avant la prescription de COC<sup>5</sup>. Toutefois, le dépistage est indiqué en présence d'une histoire personnelle ou familiale de thrombo-embolie avec coagulopathies identifiées.*

**Tableau 2**

## Risque de trombo-embolie veineuse avec les contraceptifs oraux combinés pour 10 000 femmes-années

Population générale en âge de reproduction	4-5
COC	9-10
Grossesse	29
Post-partum immédiat	300-400

**Tableau 3**

## Examens diagnostiques lors du dépistage de thrombophilies

- Formule sanguine complète
- PTT (temps de thromboplastine partielle), INR (*International Normalised Ratio*), fibrinogène
- Facteur V de Leiden
- Protéines C et S
- Antithrombine
- Homocystéine et antiphospholipides (si antécédents personnels)

En présence de thrombophilies héréditaires chez la patiente, la contraception hormonale combinée est alors contre-indiquée (catégorie 4). On peut toutefois utiliser les progestatifs seuls (catégorie 2).

Par contre, toutes les méthodes hormonales peuvent être utilisées en présence d'une histoire familiale de TEV sans coagulopathie identifiée (catégorie 2). Il n'y a pas de recommandation de dépistage dans cette situation. Toutefois si cette histoire familiale est très lourde, il faudra mesurer les avantages d'utiliser les COC par rapport aux risques.

Les thrombophlébites superficielles ne sont pas des contre-indications à l'utilisation d'une méthode hormonale combinée (catégorie 2)<sup>1</sup>.

*Peu de conditions médicales sont des contre-indications absolues ou même relatives à l'utilisation de la contraception hormonale combinée, et les progestatifs seuls peuvent pratiquement être toujours utilisés.*

## Le diabète

Les méthodes hormonales n'influencent pas le contrôle de la glycémie, que le diabète soit insulino-dépendant ou non. Les COC peuvent donc continuer à être utilisés (catégorie 2).

Par contre, en présence de néphropathie, de rétinopathie ou de neuropathie, il faut éva-

luer les avantages par rapport aux inconvénients en fonction de l'importance de l'atteinte (catégorie 3-4).

Les progestatifs seuls peuvent toujours être utilisés même en présence d'atteinte d'organes cibles (catégorie 1)<sup>1,6</sup>.

## L'hypertension artérielle

En présence d'une hypertension artérielle contrôlée, il est acceptable d'utiliser les COC s'il y a un suivi adéquat et l'absence d'autres facteurs de risque (catégorie 3 selon le CDC). Par contre l'American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) affirme qu'il n'y a pas de problème si la femme est âgée de moins

de 35 ans et est par ailleurs en santé.

Les progestatifs seuls n'influencent pas le contrôle de la tension artérielle (catégorie 1)<sup>1,6</sup>.

## L'obésité/le surplus de poids

Nous n'avons pas la réponse exacte concernant l'effet de l'obésité sur l'efficacité des COC. Traditionnellement, la majorité des études excluent les femmes dont le poids excède 130 % du poids « idéal », et il n'y a pas d'étude avec un nombre suffisant de femmes obèses. Certaines études ont noté une diminution de l'efficacité des COC chez les femmes avec un indice de masse corporelle (IMC) augmenté, alors que d'autres n'ont noté qu'une diminution de la biodisponibilité hormonale sans démontrer d'échec contraceptif<sup>7</sup>.

Chez les femmes utilisant l'anneau vaginal à libération lente d'étonogestrel et d'éthinylœstradiol, la suppression ovarienne était similaire chez toutes les femmes ayant un IMC allant jusqu'à 39,9. En ce qui a trait aux utilisatrices du timbre

transdermique anticonceptionnel, on a noté plus de grossesses chez les femmes de plus de 90 kg dans les études de mise en marché. Par contre, cette association n'a jamais été démontrée dans les études ultérieures.

Finalement, selon les résultats de l'étude CHOICE (*The Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience*), le poids n'influencerait pas l'efficacité des COC, du timbre et de l'anneau<sup>8</sup>.

Selon le CDC, toutes les femmes peuvent utiliser des COC/timbre/anneau, peu importe leur IMC. Il s'agit d'une recommandation de catégorie 2 chez les femmes obèses sans autres facteurs de risque<sup>1</sup>.

## Les maladies hépatiques


Selon une revue systématique de six études, en présence d'hépatite aiguë il n'y a pas de différence dans les hospitalisations et la résolution de la maladie, que la femme utilise ou non une contraception hormonale. Si la femme est porteuse d'une hépatite chronique, il y a peu ou pas

d'effet sur l'évolution de l'hépatite et sur ses séquelles. Les œstrogènes agissent directement sur le foie par des récepteurs spécifiques et il n'y a pas de récepteurs pour progestatifs dans le foie. Il n'y a donc pas d'avantage à utiliser une autre voie d'administration<sup>1,9,10</sup>.

### Références :

1. CDC. US Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010. *MMWR*; 59(RR04):1-85.
2. Harris M, Kaneshiro B. An evidence-based approach to hormonal contraception and headaches. *Contraception*. 2009; 80(5):417-21.
3. Reid R; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC clinical practice guideline. No. 252, December 2010. Oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism: an update. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010 Dec; 32(12):1192-5.
4. Mantha S, et coll. Assessing the risk of venous thromboembolic events in women in women taking progestin-only contraception: a meta-analysis. *BMJ*. Published online Aug 7, 2012; 345-49. doi: 10.1136/bmj.e4944.
5. Black, A, Francoeur, D, Rowe, T, et coll. Canadian contraception consensus. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004; 26(4):347-436.
6. Weisberg E. Contraceptive options for women in selected circumstances. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010 Oct; 24(5):593-604.
7. Edelman, et coll. Impact of obesity on oral contraceptive pharmacokinetics and hypothalamic-pituitary-ovarian activity. *Contraception*. 2009 Aug; 80(2):119-27. doi: 10.1016/j.contraception.2009.04.011. Epub 2009 Jun 4.
8. McNicholas C, Zhao Q, Secura G, et coll. Contraceptive failures in overweight and obese combined hormonal contraceptive users. *Obstet Gynecol*. 2013 Mar; 121(3):585-92. doi: 10.1097/AOG.0b013e31828317cc.
9. Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception*. 2009 Oct; 80(4):387-90. doi: 10.1016/j.contraception.2009.01.021. Epub 2009 Jun 10.
10. Kapp N, Tilley IB, Curtis KM. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review. *Contraception*. 2009 Oct; 80(4):381-6. doi: 10.1016/j.contraception.2009.04.007. Epub 2009 Aug 28. Review.

## Retour sur le cas d'Aurélié

Aurélié peut donc continuer à utiliser ses COC. Ces derniers n'auront aucun impact sur l'évolution de sa maladie et elle continuera d'être protégée contre une grossesse non planifiée. 

### À retenir

- La gestion des contre-indications n'est pas toujours facile et souvent beaucoup de mythes ou même de préjugés amènent le prescripteur à cesser la contraception hormonale sans nécessairement que la décision soit fondée sur l'évidence scientifique.
- Peu de conditions médicales sont des contre-indications absolues ou même relatives à l'utilisation de la contraception hormonale combinée.
- Les progestatifs seuls peuvent pratiquement toujours être utilisés.
- Les critères d'éligibilité à la contraception présentés au Tableau 1 devraient permettre une utilisation plus judicieuse de la contraception hormonale.

Dans le traitement du trouble dépressif majeur

## Choisissez PRISTIQ.

PRISTIQ est indiqué dans le traitement symptomatique du trouble dépressif majeur.

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse [http://www.pfizer.ca/fr/our\\_products/products/monograph/226](http://www.pfizer.ca/fr/our_products/products/monograph/226) pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et les conditions relatives à l'usage clinique. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.