

Quelle contraception après phlébite ?



→ C. QUEREUX,
E. RAIMOND,
O. MAURICE,
O. GRAESSLIN
Institut Mère-Enfant
Alix de Champagne,
CHU, REIMS.

L'effet délétère principal de la contraception orale estroprogestative (EP) en termes de fréquence est le risque de **thrombose veineuse**. On comprend aisément qu'il faut donc revoir le mode contraceptif après une phlébite profonde, car une pilule EP ne manquerait pas d'augmenter les risques de récurrence et d'impliquer de possibles conséquences médico-légales.

Quelle place à la contraception hormonale ?

1. Aucune place aux estroprogestatifs

L'utilisation d'un EP augmente le risque veineux avec tous les produits, même avec la nouvelle génération de pilule contenant un estrogène naturel (Qlaira) et quelle que soit la voie d'administration, orale, cutanée par patch ou vaginale par anneau, et tout particulièrement la première année après introduction de l'EP.

Les principales études cas-témoins et les études de cohortes récentes montrent un risque de thrombose veineuse profonde **multiplié par 2,7 à 4,5**, avec des fourchettes de 3 à 11 dans la littérature. Le risque n'est pas corrélé à la durée de l'administration et peut survenir dès le premier mois.

L'estrogène est le principal responsable, dose-dépendant du risque veineux par le biais de modifications de l'hémostase habituellement modérées du fait d'un équilibre entre les modifications de la coagulation et celles de la fibrinolyse. Les EP induisent à la fois une hypercoagulation et une hyperfibrinolyse. Ces deux modifications s'équilibrent à peu près chez des patientes en bonne santé dont l'hémostase est normale, mais il n'en est sûrement pas de même en cas d'anomalies acquise ou congénitale de l'hémostase, ce qui est volontiers le cas chez les patientes victimes d'une phlébite.

Après phlébite, quel qu'en soit le lieu, périphérique ou cérébral, *a fortiori* chez des femmes jeunes sans autre prédisposition qu'une thrombophilie héréditaire et même chez les patientes dont le bilan est resté négatif, **il faut savoir contre-indiquer les EP**, ce qui n'est pas un problème majeur tant l'éventail est grand en moyens contraceptifs. Vouloir transgresser cette recommandation parce que la phlébite est ancienne ou attribuée à une cause évidente (sous plâtre par exemple, voyage prolongé en avion...) serait une prise de risque injustifiée.

2. Le risque veineux des progestatifs

Le risque veineux sous progestatifs seuls est beaucoup moins étudié que celui des EP, mais globalement **il n'existe pas de preuve épidémiologique d'une augmentation du risque de TEV** lors de l'utilisation par progestatifs seuls en continu à faible dose et il n'y a pas d'effets connus des progestatifs sur les différents paramètres sanguins de la coagulation.

En pratique, en cas d'antécédent thrombo-embolique documenté, si une contraception hormonale est souhaitée, il est possible de prescrire une contraception par progestatif seul, type microprogestatif, mais "à distance de tout antécédent thrombo-embolique veineux profond". On est plus restrictif avec les macroprogestatifs, car il reste stipulé dans le Vidal en CI absolue "*Accidents thrombo-emboliques en évolution*"; parmi les produits, l'acétate de chlormadinone (Lutéran) est le mieux étudié et reconnu

comme utilisable. La pose d'un implant (Implanon) à distance d'un épisode phlébitique est possible. Par contre, la survenue d'une phlébite chez une patiente porteuse d'un implant doit en justifier le retrait.

Les autres possibilités contraceptives

1. Place des DIU (stérilet)

Dans une situation où on a une légitime réticence vis-à-vis des hormones en général, le stérilet est une réponse de choix.

La seule réticence pour un DIU au cuivre, notamment en cas de traitement anticoagulant, est la possible augmentation complémentaire du volume des règles; toutefois, chez une patiente qui ne souhaite pas le risque de suspension des règles, fréquent avec le SIU hormonal, il est possible de le poser tout en ayant prévenu la patiente du petit surrisque de ménorragies, de la nécessité parfois d'un traitement visant à diminuer le flux, antiprostaglandine ou antifibrinolytique.

La seule réticence pour le choix du SIU hormonal est... sa nature hormonale, mais nous avons dit qu'il n'y avait guère de risques avec les micropilules dont la dose quotidienne est supérieure aux quantités journalières de LNG résorbées dans l'organisme avec le SIU. Chez les patientes sous anticoagulants, c'est un choix préférentiel du fait du faible volume habituel, voire de l'aménorrhée engendrée. Le

Vidal indique en contre-indication absolue "thrombophébite ou embolie évolutive", mais à distance de l'accident il n'y a pas de contre-indication. Il est plus difficile de répondre si une patiente déclare une phlébite alors qu'elle est porteuse d'un SIU; faut-il le retirer? Probablement oui, si l'on s'en tient au principe de précaution.

2. Et les autres méthodes ?

Le problème est le risque de leur inefficacité, supérieure aux méthodes sus-citées, or une grossesse serait bien malvenue dans ces circonstances et augmenterait les malchances de récurrences de TEV. Préservatifs, ovules spermicides, retrait ne peuvent être que des pis-aller. Par contre, la stérilisation peut être un choix intéressant chez les patientes moins jeunes et ayant renoncé à toute fécondité; il faudrait alors donner une large préférence au système Essure, beaucoup moins à risque qu'une stérilisation cœlioscopique dans ce contexte.

Conclusion

Après phlébite, la contraception est préférentiellement mécanique par stérilet; les estroprogestatifs sont formellement contre-indiqués, mais la contraception par progestatif seul est possible, implant et SIU hormonal y compris.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.