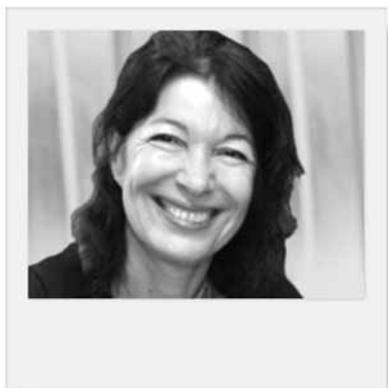


Quelle contraception pour une patiente obèse ?

RÉSUMÉ : L'obésité progresse dans le monde et en France. Or, selon le rapport sociologique récent de N. Bajos, le nombre de grossesses interrompues et non désirées est plus élevé chez les femmes obèses, et les risques de complications obstétricales et néonatales plus importants. Ces patientes présentent de hauts risques cardiovasculaires et thrombo-emboliques, c'est pourquoi il est important de bien évaluer le type de contraception dont elles ont besoin et qui leur nuirait le moins.

L'avènement de la chirurgie bariatrique pose également de nouvelles problématiques. En effet, cette intervention, qui est de plus en plus souvent réalisée chez les femmes superobèses, conduit à une reprise rapide de la fécondité. Aussi est-il important de mettre en place des recommandations contraceptives, afin d'éviter une grossesse durant la première année qui suit l'intervention. Cette dernière pourrait être délétère pour la mère et l'enfant en raison des carences alimentaires engendrées par la malabsorption.



→ J. BERDAH
Gynécologue, Endocrinologue,
PARIS.

Nous assistons actuellement à une progression de l'obésité dans le monde. Aussi, sommes-nous confrontés à des patientes de plus en plus obèses. Alors qu'il existe une floraison de publications concernant la contraception depuis plus de 50 ans, il y a très peu d'études sur la contraception chez la femme obèse, sur son efficacité et ses dangers potentiels...

15 % des femmes sont obèses en France, selon les chiffres de l'étude OBEPI [1]. Cette progression de l'obésité se fait particulièrement chez la femme jeune (entre 25 et 34 ans). Or c'est à cette période de la vie que la femme a besoin d'une contraception. Actuellement en France, 46 % de la population est en surpoids ou obèses, soit une patiente sur deux... Sachant que la grossesse est particulièrement à risque de complications obstétricales chez la femme obèse : fausse couche spontanée, hypertension artérielle, diabète, quelle contraception peut-on proposer à cette femme ?

L'obésité est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30.

L'IMC correspond au rapport poids (en kg) sur taille (en m²), et est classé selon le degré d'obésité (**tableau I**). On parle d'obésité massive ou morbide quand l'IMC est supérieur ou égal à 40.

Jusqu'à présent, on s'occupait peu de la contraception de la femme obèse, car l'obésité était souvent associée à une absence de sexualité, or l'étude sociologique de Nathalie Bajos [2] remet "cette idée reçue" en question. Elle a mené une enquête sur le Contexte de la sexualité en France (CSF) en 2006 auprès de

| Classification | IMC (kg/m ²) |
|--|--------------------------|
| Maigreur | < 18,5 |
| Normal | 18,5-24,9 |
| Surpoids | 25,0-29,9 |
| Obésité | 30,0-34,9 |
| Obésité sévère | 35,0-39,9 |
| Obésité massive | ≥ 40,0 |
| IMC : Indice de masse corporelle = $\frac{\text{Poids (en kg)}}{\text{Taille}^2 \text{ (en m}^2\text{)}}$ | |

TABLEAU I : IMC (WHO Report of a WHO Consultation on obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO, Geneva, 3-5 June 1998).

REVUES GÉNÉRALES

Contraception

plus de 12 000 personnes, et a montré que les femmes obèses dont l'IMC était supérieur à 30 et qui étaient âgées de moins de 30 ans avaient quatre fois plus de grossesses non désirées ou d'avortements que les femmes de même âge de poids normal.

Les risques de la contraception chez la femme obèse

1. Le risque thrombo-embolique veineux

Ce risque est aujourd'hui d'actualité et très médiatisé (débat sur les pilules de deuxième et de troisième générations.) L'étude ESTHER a montré que plus l'indice de masse corporelle était élevé, plus le risque thrombo-embolique veineux augmentait, passant de 1 chez les femmes qui ont un IMC inférieur à 25 à 4 chez les femmes qui ont un IMC supérieur à 30 [3].

En effet, on observe chez la femme obèse une augmentation des facteurs procoagulants : facteurs VII, VIII, XII, et du fibrinogène qui augmentent en fonction de l'IMC. En outre, il peut y avoir un risque additif causé par la stase veineuse liée à l'obésité.

L'obésité est donc un facteur de risque de thrombose (OR 2,3).

La contraception orale estroprogestative est aussi associée à un surrisque thrombo-embolique veineux (RR 3 à 4), en particulier avec les contraceptifs oraux combinés (COC) contenant des progestatifs de 3^e génération.

La conjonction de la contraception orale estroprogestative chez la femme obèse décuple ce risque (OR 9,8). Ainsi, on préférera les COC contenant des progestatifs de 1^{er} et 2^e générations chez ces patientes.

2. Le risque cardiovasculaire

Les estroprogestatifs augmentent l'insulinorésistance, l'intolérance aux

hydrates de carbone et les taux de triglycérides.

Par ailleurs, l'obésité joue sur la tension artérielle, l'insulinorésistance (source d'intolérance au glucose, voire de diabète) et entraîne des anomalies lipidiques.

Pour la femme obèse, une contraception estroprogestative ?

Il y a peu de données établissant un lien entre l'utilisation des contraceptifs, ses risques de complications et d'échec, et l'obésité. En effet, la plupart des études sont rétrospectives, et ont été menées à une époque où l'obésité était beaucoup moins fréquente dans le monde et en France.

De plus, les études sur les nouvelles méthodes contraceptives excluent les femmes en surpoids et les femmes qui ont un poids supérieur à 130 % du poids idéal (soit un poids supérieur à 90 kg).

L'obésité joue sur la pharmacocinétique des estroprogestatifs [4] (fig. 1). Le temps nécessaire pour atteindre une concentration optimale d'hormones dans le sang pour inhiber l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien est plus long de 3 à 5 jours chez la femme obèse.

En pratique, il est souhaitable d'être prudent dans l'initiation de la contraception hormonale combinée et de prescrire une méthode locale de barrière pendant une

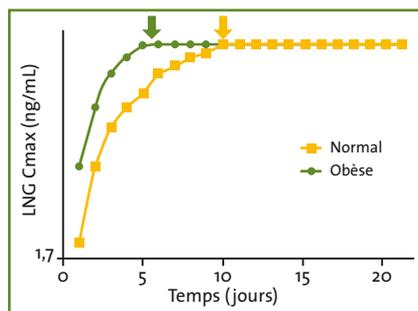


Fig. 1 : L'impact de l'obésité sur la pharmacocinétique des EP (d'après [4]).

période plus longue chez les femmes obèses (1 semaine).

Les contraceptions orales ayant un intervalle libre réduit entre deux plaquettes avec des périodes d'arrêt de 4 jours, pilule (24/4) ou des pilules avec "extension" ayant 84 comprimés actifs, ainsi que les pilules en continu "non stop" semblent plus intéressantes chez ces patientes.

Qu'en est-il de la contraception non orale ?

1. Les patchs estroprogestatifs (EVRA)

Il existe peu de données. Une étude a consigné 3 319 femmes chez lesquelles il y a eu 15 grossesses. Ces grossesses ont été observées chez des femmes d'un poids supérieur à 90 kg. Il semblerait qu'il y ait plus d'échecs lorsque le patch était placé sur l'abdomen, ce qui diminuerait de 25 % la biodisponibilité des hormones.

2. L'anneau vaginal estroprogestatif (Nuvaring)

L'efficacité semble être similaire chez les femmes obèses et chez les femmes de poids normal, du fait de l'absorption locale de médicaments à travers la muqueuse vaginale.

Le passage vaginal des estroprogestatifs contourne le métabolisme de premier passage hépatique, et le niveau d'hormones est plus élevé plus tôt chez les femmes obèses, ce qui améliore l'inhibition hypothalamo-hypophysio-ovarienne et rend compte d'une meilleure efficacité de cette méthode de contraception du fait de sa non-absorption orale.

Mais des études récentes ont montré que ces deux formes non orales sont plus à risque de maladie veineuse thrombo-embolique et que l'on peut les assimiler à celui des pilules COC de 3^e génération.

Les progestatifs

1. Les POP (Progestatif Pill Only)

Une étude britannique, en 1974, n'a montré aucune augmentation du taux d'échecs chez les femmes obèses et une récente étude européenne, incluant 50 000 utilisatrices, n'a trouvé aucune association avec un taux d'échecs plus élevé.

2. Le Nexplanon

C'est un progestatif délivré par un petit bâtonnet au niveau du bras. En pratique, le laboratoire conseille de le garder moins longtemps (deux ans) chez les femmes obèses, au lieu de trois ans chez les femmes de poids normal.

Les progestatifs utilisés uniquement en France et n'ayant pas l'AMM en tant que contraceptifs, comme l'acétate de chlormadinone prescrit 20 jours sur 28, ont un risque plus élevé de grossesses non désirées chez la femme obèse [5].

Stérilet ou DIU (dispositif intra-utérin)

Les stérilets en cuivre ou contenant du lévonorgestrel (Mirena) ont des effets locaux sur le milieu utérin et n'ont pas d'interaction avec le poids des femmes.

Le problème des DIU réside en des techniques d'insertion plus difficiles : ils nécessitent des spéculums beaucoup plus longs et plus grands et une table d'examen adaptée au poids des patientes.

| | Norlévo | Ella One |
|----------|------------------------|------------|
| | Lévonorgestrel acétate | Ulipristal |
| IMC > 26 | 2,09 | 0,97 |
| IMC > 35 | 4,41 | 2,62 |

TABLEAU II : Efficacité de la contraception d'urgence selon l'IMC (d'après [6]).

La contraception d'urgence (Norlévo ou Ella One)

Il y a une diminution de l'efficacité contraceptive quand l'IMC augmente (**tableau II**) [6].

La pose d'un stérilet dans les cinq jours qui suivent un rapport non protégé est peu fréquente, mais se justifie chez la femme obèse.

Les recommandations en 2013 pour la contraception de la femme obèse

L'Anaes a émis en 2004 des recommandations stipulant que l'obésité est associée à un surrisque cardiovasculaire qui peut s'ajouter au risque lié à l'utilisation des estroprogestatifs (EP), ce qui doit rendre prudente leur utilisation, mais concluait "qu'aucune méthode contraceptive n'était contre-indiquée sur le simple critère d'obésité" [7].

En 2008, l'OMS a décrit des critères de recevabilité médicale pour la contraception et a classé la contraception estroprogestative en niveau 2 (orale, anneau ou patch), mais à condition que d'autres facteurs de risque cardiovasculaire ne soient pas présents. Le niveau 2 est un état où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en global sur les risques théoriques.

On optera pour les COC contenant des progestatifs de première et deuxième générations. Mais il faudrait réévaluer le risque des COC chez la femme obèse.

L'OMS a classé les pilules progestatives microdosées, POP, en niveau 1.

En revanche, dès que l'IMC est supérieur à 35, la contraception estroprogestative est classée en niveau 3, c'est-à-dire en contre-indication relative, et les stérilets, quel que soit leur type, et les POP sont alors recommandés.

Bénéfices non contraceptifs de la contraception chez la femme obèse

La contraception chez la femme obèse empêche une grossesse non désirée qui est à risque de diabète, d'hypertension, de malformations fœtales...

La contraception protège l'endomètre de l'hyperestrogénie non compensée au cours des cycles anovulatoires chez la femme obèse, car l'utilisation du DIU contenant du lévonorgestrel réduit les ménorragies liées à l'hyperplasie endométriale et pourrait ultérieurement jouer un rôle dans la prévention de certains cancers, en particulier de l'endomètre, de l'ovaire et colorectaux [8].

Contraception et chirurgie bariatrique

La contraception ne doit pas être négligée dans la prise en charge globale de ces patientes, qui deviennent plus fécondes après la perte de poids. Il serait souhaitable de poser un stérilet en préopératoire ou juste après l'intervention.

Peu d'études ont été réalisées sur la contraception orale après chirurgie bariatrique, mais on sait que l'efficacité des contraceptifs hormonaux dépend de leur absorption digestive et que les techniques de chirurgie créent une malabsorption qui diminue leur efficacité. Ces problèmes de malabsorption peuvent alors être résolus par l'utilisation d'une méthode de contraception non orale : estroprogestatif sous forme d'anneau vaginal, implants progestatifs, ou locale : stérilet, préservatif, etc.

Notion de consultation précontraceptive

Elle permet d'identifier les femmes obèses à risque cardiovasculaire et thrombo-embolique. La consultation de bilan doit comporter :

REVUES GÉNÉRALES

Contraception

POINTS FORTS

- ➔ Les risques de la contraception chez les patientes obèses sont d'ordre cardiovasculaire et thrombo-embolique veineux. On préférera les COC contenant des progestatifs de 1^{re} et 2^e générations chez ces patientes.
- ➔ Il faut être prudent dans l'initiation de la contraception orale et prescrire une méthode locale de barrière pendant une période plus longue chez les femmes obèses.
- ➔ En cas d'IMC > 35 et d'âge > 35 ans, ou en présence d'autres facteurs de risque : tabac, diabète, HTA, ou en cas d'antécédents familiaux ou personnels de maladie thrombo-embolique, les POP ou les stérilets sont recommandés.
- ➔ En cas de chirurgie bariatrique, on préférera une contraception non orale.
- ➔ La balance bénéfices/risques de la contraception chez une femme obèse doit être réévaluée au moins une fois par an.

– un interrogatoire soigneux : tabagisme, antécédents personnels et familiaux de maladies veineuses thrombo-emboliques et cardiovasculaires ;

– un examen clinique : état veineux des membres inférieurs, poids, taille, IMC, tour de taille (TT), et pression artérielle (PA) ;

– un bilan glucidolipidique : glycémie à jeun, cholestérol, HDL-cholestérol, triglycérides ;

– éventuellement, un bilan de l'hémostasie, en fonction de l'anamnèse.

Par ailleurs, il faudra effectuer une réévaluation de la balance bénéfique/risque de ces patientes au moins une fois par an portant sur ces différents éléments :

indice de masse corporelle, tour de taille, pression artérielle, glycémie à jeun, triglycérides, HDL-cholestérol.

Conclusion

En raison de l'augmentation de l'incidence de l'obésité dans le monde et en France, des études seront nécessaires pour évaluer l'utilisation de la contraception chez la femme obèse, de son efficacité. Quant à son innocuité, il faudrait que des études soient menées chez ces patientes en fonction de l'IMC supérieur à 30, supérieur à 35 ou supérieur à 40, de façon à établir les recommandations pour ces patientes.

Bibliographie

1. ObEpi-Roche 2009, 5^e édition de l'enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France, novembre 2009. Etude épidémiologique réalisée sur un échantillon représentatif de la population française adulte. Enquêtes réalisées par l'INSERM/l'Institut Roche de l'Obésité/TNS-Sofres.
2. BAJOS N, WELLINGS K, LABORDE C *et al.* ; CSF GROUP. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ*, 2010 ; 340 : c2573.
3. CANONICO M, OGER E, CONARD J *et al.* ; ESTROGEN AND THROMBOEMBOLISM RISK (ESTHER) STUDY GROUP. Obesity and risk of venous thromboembolism among postmenopausal women : differential impact of hormone therapy by route of estrogen administration. The ESTHER Study. *J Thromb Haemost*, 2006 ; 4 : 1 259-1 265.
4. EDELMAN AB, CARLSON NE, CHERALA G *et al.* Impact of obesity on oral contraceptive pharmacokinetics and hypothalamic-pituitary-ovarian activity. *Contraception*, 2009 ; 80 : 119-127.
5. DINGER JC, CRONIN M, MOHNER S *et al.* Oral contraceptive effectiveness according to body mass index, weight, age, and other factors. *Am J Obstet Gynecol*, 2009 ; 201 : 263.e1-9.
6. GLASIER A, CAMERON ST, BLITHE D *et al.* Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception ? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception*, 2011 ; 4 : 363-367.
7. Anaes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004.
8. HUBACHER D, GRIMES DA. Noncontraceptive health benefits of intrauterine devices : a systematic review. *Obstet Gynecol Surv*, 2002 ; 2 : 120-128.

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