

Les contraceptifs oraux ce n'est pas toujours simple

par Jocelyn Bérubé

Thérèse, 38 ans, diabétique, Louise, 41 ans, hypertendue, Brigitte 25 ans, migraineuse. Toutes trois veulent prendre des contraceptifs oraux. Que faites-vous ?

À travers diverses situations cliniques, nous essaierons de fournir des éléments de réponses à certaines questions posées par vos patientes.

Analysons ensemble des situations complexes en contraception.

DOCTEUR, J'AI 40 ANS, je suis en bonne santé et je ne fume pas. On m'a dit que je ne pouvais plus prendre de contraceptifs oraux. Est-ce vrai ?

Plusieurs études cas-témoins effectuées aux États-Unis ont montré que le risque d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral n'était pas augmenté chez les femmes de plus de 35 ans en bonne santé qui prenaient des comprimés à faible dose (35 µg et moins d'éthinylestradiol [EE]) et qui ne fumaient pas¹⁻³. De plus, une étude cas-témoins récente n'a pas observé d'augmentation significative du risque d'infarctus du myocarde chez les femmes de 15 à 44 ans en bonne santé qui fumaient moins de 25 cigarettes par jour, et ce, sans égard à la durée d'utilisation des contraceptifs. Les résultats de cette dernière étude ne permettent toutefois pas de recommander la prescription de contraceptifs oraux aux fumeuses de plus de 35 ans, car le risque d'accident vasculaire cérébral est augmenté chez ces dernières⁴. Chez les femmes en bonne santé, seul le risque de thrombo-embolie veineuse persiste, et il n'est pas fonction de l'âge. **Les femmes en bonne santé qui ne fument pas peuvent donc prendre des contraceptifs oraux en toute sécurité jusqu'à la ménopause.**

Docteur, vous me suivez pour mon **hypertension artérielle** depuis plusieurs années. J'aimerais reprendre des contracep-

tifs oraux pour diminuer mes saignements menstruels. Est-ce possible ?

Le risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral augmente en présence d'hypertension artérielle non maîtrisée. On ne sait pas si les contraceptifs oraux augmentent ce risque¹. Par contre, **les femmes ayant une hypertension artérielle bien maîtrisée par un médicament et qui ne présentent pas d'autre facteur de risque de maladie cardiovasculaire peuvent prendre un contraceptif oral⁵**. Si aucun effet négatif sur la tension artérielle n'est noté dans les mois qui suivent le début d'utilisation, elles pourront continuer à prendre des contraceptifs oraux¹. Un nouveau contraceptif oral (Yasmin^{MD}) contenant un progestatif qui possède des propriétés antiminéralocorticoïdes apparaîtra bientôt sur le marché canadien⁶. Cette formule pourrait être privilégiée pour les femmes dont la tension artérielle est modifiée par la prise de contraceptifs oraux.

Docteur, je souffre du **diabète de type 2** et j'aimerais prendre des contraceptifs oraux. Qu'en pensez-vous ?

Les contraceptifs oraux à faible dose (35 µg et moins d'EE) ne modifient pas le métabolisme des hydrates de carbone, ils n'affectent donc pas la maîtrise du diabète. Chez les femmes atteintes du diabète de type 1 ou 2, les contraceptifs oraux ne modifient pas l'évolution de la maladie, et les risques sont moindres que ceux d'une grossesse^{1,7}.

Docteur, ma mère a eu un **cancer du sein** à l'âge de 45 ans. Est-ce que je peux prendre des pilules contraceptives ?

Une femme ayant des antécédents familiaux de cancer du sein court un risque de base plus élevé d'en être atteinte. Toutefois, selon le Collaborative Group, l'augmentation minime du risque relatif associé à la prise de contraceptifs

Le Dr Jocelyn Bérubé, M. Sc., omnipraticien, est responsable de la clinique de planification des naissances du Centre hospitalier régional de Rimouski et médecin-conseil à la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Contraceptifs oraux et facteurs concomitants

Facteurs concomitants	Recommandations
Âge	Les femmes non fumeuses en bonne santé peuvent prendre des CO jusqu'à la ménopause.
HTA maîtrisée par un médicament	Surveiller la tension artérielle. S'il n'y a pas de modification, continuer à prendre les CO.
Diabète de type 2	Les CO n'affectent pas la maîtrise du diabète.
Antécédents familiaux de cancer du sein	Pas de contre-indication à la prise de CO.
Thrombo-embolie veineuse	Si elle est liée à une grossesse ou à la prise d'œstrogènes exogènes : pas de CO, sauf si la patiente reçoit une anticoagulothérapie adéquate. Si elle est liée à un traumatisme : bilan des facteurs de coagulation. Si le résultat est négatif, la patiente peut prendre des CO.
Lupus érythémateux disséminé	Les œstrogènes sont habituellement contre-indiqués, sauf si la maladie est stable et qu'il n'y a pas d'atteinte rénale. Les progestatifs seuls constituent un meilleur choix.
Migraine	Pas de contre-indication, sauf si la migraine est accompagnée de signes neurologiques. On devrait alors s'abstenir.
Migraine de retrait	Ajout d'œstrogènes pendant la période d'arrêt des CO ou prise en continu.

70

oraux est la même, qu'il y ait ou non des antécédents familiaux^{1,5,8}. Avec des antécédents familiaux de cancer du sein, l'augmentation du risque d'avoir la maladie n'a été établie que chez les femmes qui ont pris des contraceptifs oraux à forte dose avant 1975⁷⁻¹⁰. Il se pourrait aussi que le risque soit augmenté chez les femmes porteuses de mutations génétiques (BRCA1 ou BRCA2), mais les données actuelles ne sont pas concluantes à cause de la sous-représentation de ces femmes dans les études¹⁰. **Des antécédents familiaux de cancer du sein ne constituent donc pas une contre-indication à la prise de contraceptifs oraux¹.**

Docteur, j'ai fait une thrombophlébite au mollet droit il y a quelques années. Est-il vrai que je ne pourrai plus jamais prendre de contraceptifs oraux ?

Une femme ayant des antécédents de thrombophlébite objectivés liés à une grossesse ou associés à la prise d'œstrogènes ne devrait pas prendre de contraceptifs oraux à moins d'être sous anticoagulothérapie. Par contre, en l'absence de ces facteurs contributifs, **une femme qui a fait une seule thrombophlébite à la suite d'un traumatisme ou d'une immobilisation peut ne pas être exposée à une récurrence**. La décision de prescrire des contraceptifs oraux devrait donc être individualisée. Il peut alors être justifié de faire des tests pour rechercher un déficit de l'antithrombine 3, de la protéine C ou de la protéine S, une résistance à la protéine C activée (facteur de Leiden) ou la

présence d'anticorps circulants¹. Si les résultats sont normaux, on peut prescrire des CO.

Docteur, après mes thrombophlébites, vous m'avez recommandé de prendre des anticoagulants pour le reste de ma vie. Toutefois, avec ce médicament, mes règles sont très abondantes. Je n'étais menstruée que quelques jours avec mes anovulants. Dommage que je ne puisse plus les prendre.

Les femmes traitées à la warfarine peuvent présenter plus souvent des ménorragies et, plus rarement, des hémopéritoines à la suite de la rupture de kystes ovariens. De plus, la warfarine est tératogène. **Les contraceptifs oraux peuvent réduire considérablement le flux menstruel chez ces femmes. Comme le risque de récurrence de thrombo-embolie veineuse est très faible si l'anticoagulothérapie est adéquate, certains auteurs sont d'avis que ces femmes peuvent prendre des contraceptifs oraux¹.**

Docteur, je suis atteinte de lupus érythémateux disséminé. Je vais bien, et j'aimerais reprendre des contraceptifs oraux pour réduire mes douleurs menstruelles. Êtes-vous d'accord ?

Les œstrogènes sont contre-indiqués pour ces femmes parce qu'ils peuvent exacerber l'affection vasculaire liée au lupus érythémateux disséminé⁵. Toutefois, **lorsque la maladie est stable, qu'il n'y a pas d'atteinte rénale ou vasculaire, d'anticorps antiphospholipides ni d'antécédents de thrombose, la prescription de contraceptifs oraux à faible dose peut être considérée**. On privilégiera la plus faible dose d'œstrogènes possible. Un suivi minutieux est

alors recommandé^{1,7}. La contraception hormonale ne contenant qu'un progestatif constitue par ailleurs un excellent choix contraceptif pour ces femmes.

Docteur, j'ai des migraines et mon amie me dit qu'il pourrait être dangereux que je continue à prendre mes pilules contraceptives. Dois-je m'inquiéter?

Les maux de tête sont fréquents chez les femmes en âge de procréer. Souvent, il s'agit plutôt de céphalées de tension, et non de migraines. Dans les deux cas, les symptômes peuvent être soulagés ou exacerbés par les contraceptifs oraux. Toutes les femmes qui souffrent de migraine encourent un risque d'accident vasculaire cérébral plus élevé. Toutefois, **les résultats des études récentes n'ont pas montré que les contraceptifs oraux à faible dose augmentent ce risque chez les femmes en bonne santé non fumeuses^{1,7}**. Par contre, si la prise des contraceptifs oraux augmente les migraines, on aura recours à une formule contenant une plus faible dose d'œstrogènes et, s'il n'y a pas d'amélioration, il faudra privilégier un contraceptif ne contenant qu'un progestatif. **De plus, si les migraines sont très intenses (durée supérieure à 72 heures) ou s'accompagnent de signes neurologiques, les contraceptifs oraux devraient être évités, surtout si ces migraines avec aura sont apparues pendant que la patiente prenait des contraceptifs oraux^{1,7,11}**.

Docteur, j'ai remarqué que mes migraines apparaissent surtout dans la période où je prend des pilules inactives. Est-ce normal?

Chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux, la plupart des migraines surviennent dans la période d'interruption. On parle alors de migraines de retrait. **Ces migraines seraient en effet dues à la chute brusque d'œstrogènes à la fin du cycle de 21 jours de prise de pilules actives. Pour contrer ces symptômes, les femmes peuvent utiliser les contraceptifs oraux en continu** (voir l'article intitulé : « Les pilules en continu : pourquoi être menstruée tous les 28 jours? », dans ce numéro). On recommande alors des formules monophasiques. **On peut aussi ajouter un supplément d'œstrogènes pendant les sept jours d'arrêt pour prévenir les effets de cette baisse hormonale.** On privilégiera le gel d'œstrogène ou le timbre dermique pour obtenir des taux sériques plus stables. La posologie recommandée pour le gel est de 1,5 mg d'estradiol par jour, soit deux pressions sur le bouton-poussoir. Pour le timbre dermique, la posologie est de 100 µg d'estradiol tous les trois jours (premier et quatrième jours) ou tous les deux jours si l'effet est mitigé (premier, troisième et cinquième jours). On peut aussi utiliser un seul timbre (Climara®, 100 µg), puisque son effet perdure jusqu'à sept jours. Si on prescrit

S U M M A R Y

Oral contraceptives: it's not always that simple. Women affected by health problems also need safe contraception. Oral contraception can still be an appropriate method in many clinical conditions even though physicians are often less aware of its safety. In this article, we will review the relative contraindications related to the use of oral contraceptives in women with coexisting medical conditions.

Key words: oral contraception, breast cancer, migraine, thromboembolism, hypertension.

des œstrogènes oraux, la posologie recommandée est l'équivalent de 1,25 mg de Premarin® par jour^{12,13}. ☞

Date de réception : 10 juillet 2001.

Date d'acceptation : 20 septembre 2001.

Mots clés : contraceptifs oraux, cancer du sein, migraine, thrombo-embolie, hypertension.

Bibliographie

1. Acog Committee on Practice Bulletins. The use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Acog Practice Bulletin* juillet 2000 ; 18 : 14 pages.
2. Westhoff CL. Oral contraceptives and cardiovascular risk – an end to the debate? *Contraception* 2000 ; 62 : 1S-2S.
3. Heinemann LAJ. Emerging evidence on oral contraceptives and arterial disease. *Contraception* 2000 ; 62 : 29S-36S.
4. Rosenberg L, et al. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2001 ; 161 : 1065-70.
5. Conférence canadienne de consensus sur la contraception. Réimpression du *Journal de la SOGC* 1998 : 19-30.
6. Oral contraceptive with progestin receives FDA approval. *Contraceptive Technology Update* juillet 2001 ; 22 (7) : 73-6.
7. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Oral contraception. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 6^e éd. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1999 : 867-945.
8. Collaborative Group on Hormonal Factors on Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996 ; 347 : 1713-27.
9. Burkman RT. Oral contraceptive current status. *Clinical Obstet Gynaecol* 2001 ; 44 (1) : 62-72.
10. Grabrick DR, et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive in women with a history of breast cancer. *JAMA* 2000 ; 284 (14) : 1791-8.
11. MacGregor EA. Hormonal contraception and migraine. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2001 ; 27 (1) : 49-52.
12. MacGregor EA. Menstruation, sex hormones and migraine. *Neurol Clin* 1997 ; 15 : 125-41.
13. Lemieux A. Comment diminuer la fréquence des crises de migraine découlant de la prise de contraceptifs oraux. *Québec Pharmacie* 2001 ; 48 (3) : 212-3.