

Connectivites, maladies inflammatoires de l'intestin et contraception comment s'y retrouver ?

Stéphanie Houle

- ☉ Marie, 19 ans, est atteinte de la maladie de Crohn.
- ☉ Sophie, 34 ans, est suivie pour un lupus érythémateux disséminé.
- ☉ Aurélie, 23 ans, a déjà fait un érythème noueux.

Toutes trois posent des questions sur leurs choix contraceptifs. Que leur répondez-vous ?

PLUSIEURS AFFECTIONS viennent restreindre le choix d'un contraceptif ou du moins suscitent certaines appréhensions de la part du clinicien. Nous tenterons d'éclaircir les options contraceptives possibles et ne comportant aucun risque pour les femmes présentant certains troubles médicaux particuliers.

Maladies inflammatoires de l'intestin

Les maladies inflammatoires de l'intestin comprennent la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Certaines études laissaient croire à la possibilité d'une association entre les contraceptifs oraux combinés et l'apparition des maladies inflammatoires de l'intestin. Une récente étude prospective a démenti

La D^{re} Stéphanie Houle, omnipraticienne, exerce à la Clinique de planning des naissances du Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski.

cette association^{1,2}. De plus, aucun lien n'existe entre la prise de contraceptifs oraux combinés et la fréquence des exacerbations^{1,3}.

Le choix d'un contraceptif dépend de la localisation et de la gravité de la maladie, de la fréquence des exacerbations ainsi que de la présence ou non de manifestations extra-intestinales, en particulier par une atteinte hépatobiliaire et l'ostéoporose.

Maladie de Crohn

Contraceptifs oraux combinés (œstrogène et progestérone)

La maladie de Crohn peut toucher l'ensemble du tube digestif, mais se trouve plus souvent à la région iléo-cæcale. Les contraceptifs oraux combinés (COC) sont absorbés au niveau du jéjunum et empruntent le cycle entérohépatique. Une atteinte inflammatoire du jéjunum (quoique rarissime) et une malabsorption peuvent donc en diminuer l'efficacité^{2,4}. Il en est

Chez les femmes atteintes de maladies inflammatoires de l'intestin, l'utilisation de contraceptifs combinés sous forme de timbre (Evra) ou d'anneau (NuvaRing) s'avère un choix judicieux, de même que les contraceptifs à base de progestatifs (Depo-Provera, Mirena) puisque leur efficacité n'est pas modifiée par l'atteinte intestinale, ni par les vomissements ou la diarrhée, à l'exception du Micronor.

Repère

Tableau

Choix d'un contraceptif pour certains états médicaux particuliers^{2,4,7,9,11}

	Maladie de Crohn	Colite ulcéreuse	Lupus érythémateux disséminé	Érythème noueux	Sclérodermie
COC*	Oui, diminution de l'efficacité en cas d'atteinte du jéjunum ou malabsorption Prudence en présence de diarrhée ou de vomissements	Oui, aucun problème d'absorption Prudence en présence de diarrhée ou de vomissements	Oui, à faible dose si absence de CI†, c'est-à-dire atteinte vasculaire, rénale, hépatique ou présence d'anticorps antiphospholipides	Oui, à cesser durant la crise aiguë. Si récurrence avec la reprise des COC, en cesser l'utilisation définitivement	Oui, sauf en cas de CI comme : une atteinte cardiaque, rénale ou hépatique ou une hypertension artérielle
NuvaRing ^{MC} Evra ^{MC}	Oui, l'absorption n'est pas modifiée par l'atteinte intestinale		Même chose que pour les COC		
Micronor [®]	Oui, prudence en présence de diarrhée ou de vomissements. Bonne fidélité au traitement de mise		Choix sûr pour toutes les préparations à base de progestatifs seuls		
Depo-Provera [®]	Oui, attention aux facteurs de risque concomitants de perte de densité osseuse Retour tardif à la fertilité		Choix sûr pour toutes les préparations à base de progestatifs seuls		
Mirena [®]	Oui, bon choix pour un retour rapide à la fertilité		Choix sûr pour toutes les préparations à base de progestatifs seuls		
Stérilet en cuivre	Oui, un des seuls choix en cas d'atteinte hépatique		Oui		
Méthodes de barrière	Oui, mais faible taux d'efficacité, tenir compte du risque d'une grossesse non planifiée				

* COC : contraceptifs oraux combinés

† CI : contre-indication

de même pour la présence de diarrhée évolutive ou de vomissements. Il est alors conseillé, lorsque ces symptômes persistent plus de 24 heures, d'agir comme en cas d'oubli d'une pilule de contraceptifs oraux combinés et de se protéger avec un condom jusqu'à sept jours après la disparition des symptômes^{2,5}. L'indication d'un contraceptif oral d'urgence demeure la même. Le Plan B^{MC} tout comme le stérilet en cuivre peuvent être utilisés. L'utilisation de contraceptifs combinés sous forme de timbre (Evra^{MC}) ou d'anneau (NuvaRing^{MC}) s'avère un choix judicieux, de même que les contraceptifs à base de progestatifs (Depo-Provera[®], Mirena[®]), puisque leur efficacité n'est pas modifiée par l'atteinte intestinale, ni par les vomissements ou la diarrhée, à l'exception du Micronor[®] (tableau).

Colite ulcéreuse

La colite ulcéreuse touche exclusivement la portion colique, n'entraînant ainsi aucun problème d'absorption. Comme pour la maladie de Crohn, l'efficacité des contraceptifs oraux combinés pourrait être réduite en présence de diarrhée.

Généralités

En présence d'une atteinte hépatique, le stérilet en cuivre et les méthodes de barrière sont les seuls choix contraceptifs possibles. Les femmes atteintes de maladies inflammatoires de l'intestin peuvent également avoir des facteurs de risque d'ostéopénie ou d'ostéoporose tels que la prise fréquente ou prolongée de corticostéroïdes ou la malabsorption. Ainsi,

puisque l'on a observé une diminution, quoique réversible, de la densité osseuse chez les utilisatrices de Depo-Provera^{6,7} (*encadré*), il serait judicieux d'opter pour une autre méthode chez les patientes atteintes d'une maladie inflammatoire de l'intestin. L'ostéodensitométrie n'est pas recommandée, sauf en présence des facteurs de risque usuels d'ostéoporose. De plus, la grossesse chez ces femmes doit être planifiée, et le retour rapide de la fertilité devient un élément à considérer dans le choix d'un contraceptif. En ce sens, le Depo-Provera n'est peut-être pas recommandé tandis que Mirena serait plus approprié. Cependant, comme ces femmes peuvent être traitées par des médicaments potentiellement tératogènes, comme le méthotrexate, il est primordial qu'elles optent pour un moyen contraceptif efficace. Ainsi, les méthodes de barrière seules ne constituent pas un choix judicieux étant donné leur faible taux d'efficacité (condoms – 86 %, cape – de 60 % à 80 %, diaphragme – 80 %)⁸. La présence d'une colectomie totale avec iléostomie^{2,4} n'a pas d'effet sur l'efficacité de l'ensemble des méthodes contraceptives, y compris les COC.

Connectivites

Lupus érythémateux disséminé

Contraceptifs oraux combinés

Chez les femmes atteintes de lupus érythémateux disséminé, les contraceptifs oraux combinés sont contre-indiqués en présence d'atteinte vasculaire déjà existante, d'hypertension artérielle, d'atteinte rénale ou d'anticorps antiphospholipides^{7,9-11}. Dans ces circonstances, il peut y avoir augmentation du risque vasculaire thrombotique artériel et veineux inhérent à la maladie¹². Par ailleurs, l'exacerbation

Encadré

Recommandation de l'OMS sur l'utilisation du Depo-Provera

À la suite de mises en garde émises par différents organismes nationaux dans le monde, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a voulu rassurer les médecins et les femmes. Voici donc ses recommandations : aucune restriction quant à la prise et à la durée d'utilisation du Depo-Provera chez les femmes de 18 à 45 ans ayant une indication pour utiliser cette méthode. Chez les femmes de moins de 18 ans et de plus de 45 ans, les avantages liés à l'utilisation du Depo-Provera surpassent la plupart du temps les risques. Cependant, l'utilisation et la durée de traitement doivent être établies sur une base individuelle. La perte de densité osseuse indiquée dans la littérature est réversible chez la majorité des patientes, et ce, dans les deux premières années suivant l'arrêt. Actuellement, aucune étude n'a pu montrer une augmentation du risque d'ostéoporose ou de fracture associée à cette perte de densité osseuse.

du lupus causée par l'utilisation des contraceptifs oraux combinés n'est pas clairement établie, et certaines études nient toute association^{7,13,14}. Si la maladie est stable et qu'il n'y a pas d'atteinte vasculaire, les contraceptifs oraux combinés à faible dose pourraient être proposés en assurant un suivi étroit.

Contraceptifs à base de progestatifs

Pour les femmes atteintes de lupus, les préparations hormonales à base de progestatifs seuls ou les dispositifs intra-utérins constituent un choix ne comportant aucun risque.

Érythème noueux

L'érythème noueux est une affection dermatologique d'origine auto-immune bénigne. Quelques cas signalés dans la littérature établissaient un lien entre les COC et l'apparition d'un érythème noueux, mais


Chez les femmes atteintes de lupus érythémateux disséminé, les contraceptifs oraux combinés sont contre-indiqués en présence d'atteinte vasculaire déjà existante, d'hypertension artérielle, d'atteinte rénale ou d'anticorps antiphospholipides.

Chez les femmes atteintes d'érythème noueux, il est recommandé de cesser les contraceptifs oraux combinés jusqu'à ce qu'une autre cause ait été trouvée. Il est possible de recommencer à les prendre avec prudence une fois l'affection résolue.

Repères

aucune association causale n'a été clairement établie^{4,11}. Parmi les causes possibles, on trouve la sarcoïdose (28 %), les infections (17,3 %), les médicaments (3,8 %), les contraceptifs oraux combinés (3,8 %) et la grossesse (6 %) ¹⁵. Il est recommandé de cesser les contraceptifs oraux combinés jusqu'à ce qu'une autre cause ait été trouvée¹¹. Rappelons que dans la moitié des cas, l'affection demeure idiopathique et se résorbe habituellement en l'espace de trois à six semaines. Il est possible de recommencer à prendre les COC avec prudence une fois l'érythème nouveau résolu. S'il y a alors récurrence, il serait préférable de ne plus les utiliser. Aucune donnée n'est disponible concernant Evra et NuvaRing, mais on doit les considérer au même titre que les contraceptifs oraux combinés. Il n'existe pas de liens de cause à effet entre les méthodes contraceptives à base de progestatifs et l'érythème nouveau. Ces méthodes peuvent être utilisées selon les préférences de la patiente.

Sclérodémie

La sclérodémie est une entité est très rare, mais sa prévalence est quatre fois plus élevée chez la femme. Aucune étude n'a porté spécifiquement sur la sclérodémie et la contraception. Selon certains experts, les contraceptifs oraux combinés seraient acceptables s'il n'y a aucune preuve d'atteinte cardiaque, hépatique ou rénale et en l'absence d'hypertension artérielle. L'association avec le phénomène de Raynaud ne devrait pas constituer un obstacle à la prescription de COC¹¹. Par contre, les méthodes ne contenant qu'un progestatif ou l'emploi d'un stérilet sont tout à fait acceptables. 

Date de réception : 9 novembre 2005

Date d'acceptation : 28 février 2006

Mots-clés : contraception, contraceptifs oraux, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, lupus érythémateux disséminé, érythème nouveau, sclérodémie

Bibliographie

1. Cosnes J, Carbonnel F, Carrat F, Beaugerie L, Gendre JP. Oral contraceptive use and the clinical course of Crohn's disease: a prospective cohort study. *Gut* 1999; 45: 218-22.

Summary

Contraception, inflammatory bowel disease and connective tissue disease. How should they be treated? Every woman needs effective contraceptive methods. However, woman with coexisting medical conditions need specific counselling to make the best choice. In this article, we review the specific medical conditions such as inflammatory bowel disease, lupus erythematosus, erythema nodosum, scleroderma, and the indications for all forms of contraceptive methods.

Keywords: contraception, oral contraception, Crohn's disease, ulcerative colitis, systemic lupus erythematosus, erythema nodosum, scleroderma

2. FFPRHC Guidance. Contraceptive choices for women with inflammatory bowel disease. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003; 29 (3): 127-35.
3. Alstead EM. The pill: safe sex and Crohn's disease? *Gut* 1999; 45: 165-6.
4. Brooker C. Unanswered questions in contraceptive management: what do the experts do? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004; 30 (4): 229-35.
5. Papillon MJ, Bérubé J. Une revue de la contraception hormonale. *Québec Pharmacie* 1996; 43 (10): 1025-36.
6. David M. Contraceptions particulières en matière de contraception hormonale. Consensus canadien sur la contraception, chapitre 6. *J Obstet Gynaecol Can* 2004; 126 (3): 283-9.
7. ACOG Committee on Practice Bulletins. The use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *ACOG Practice Bulletin* juillet 2000; 18: 14.
8. Hurst J. Barrier methods of contraception. *Can J Diag* 2001; 63-71.
9. Lakasing L, Khamashta M. Contraceptive practices in women with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome: what advice should we be giving? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2001; 27 (1): 7-12.
10. Bérubé J. Les contraceptifs oraux, ce n'est pas toujours simple. *Le Médecin du Québec* 2002; 37 (1): 69-71.
11. Knijff SCM, Goorisen EM. Summary of contraindication to oral contraceptives. New York: Parthenon Publishing Group; 2000. 588 p.
12. Chénard E. Contre-indications relatives de la contraception orale: que faire? *Le Médecin du Québec* 1996; 31 (2): 43-5.
13. Bermas BL. Oral contraception in systemic lupus erythematosus: a tough pill to swallow. *N Engl J Med* 2005; 353 (24): 2602-4.
14. Psychos DN, Voulgari PV, Skopouli FN, Drosos AA, Moutsopoulos HM. Erythema nodosum: the underlying conditions. *Clin Rheumatol* 2000; 19 (3): 212-6.
15. Speroff AD. OCs, coexisting medical conditions: what to do? *Contraceptive Technology Update*, 2005; 38-9.