



Contraception et surplus pondéral...

pour que ce poids décisionnel ne devienne pas trop lourd à porter!

Mélanie D'Amours

Annie, 21 ans, demoiselle aux joues rondettes rougies par les larmes, se présente un matin à votre cabinet avec la vive inquiétude d'être enceinte. Lorsque vous l'interrogez sur le moyen de contraception qu'elle utilise, elle avoue avoir omis le port du condom, mais que de toute façon son médecin lui aurait dit que la pilule ne la protégerait pas davantage parce qu'elle est trop grosse...

D'où vient l'inquiétude ?

Tout comme pour l'étude WHI, les conclusions des études de Holt et coll.¹⁻⁵ auront semé tout un émoi chez les prestataires de soins en matière de planification des naissances. Cependant, les études comportaient un nombre limité de sujets et étaient teintées de nombreux biais. Alors que l'étude de 2002 ne tenait compte que du poids, celle de 2005 utilisait l'indice de masse corporelle (IMC) comme facteur de risque. On y notait un risque de grossesse de 60 % plus élevé chez les femmes dont l'IMC dépasse 27,3 et de 70 % chez celles dont l'IMC est supérieur à 32,2.

Le taux d'échec des contraceptifs oraux indiqué dans les monographies est de une grossesse pour 100 femmes par année, statistiques reposant sur une utilisation parfaite. Par contre, le véritable taux

La D^{re} Mélanie D'Amours, omnipraticienne, exerce au Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski. Elle partage ses activités médicales entre la médecine hospitalière, l'urgence, le cabinet privé et le planning familial au sein de l'équipe de la Clinique de planning des naissances du CRSSSR.

Tableau

Classification de l'excès de poids et évaluation du degré de risque pour la santé par l'OMS

Description (risque pour la santé)	IMC (kg/m ²)	Risque de maladies concomitantes
Poids normal	18,5–24,9	Bas
Surcharge pondérale	25,0–29,9	Moyen
Obésité de classe I (modérée)	30,0–34,9	Élevé
Obésité de classe II (grave)	35,0–39,9	Élevé
Obésité de classe III (très grave)	≥ 40	Très élevé

IMC = poids en kilogrammes/taille en mètres²

Extrait de : www.lasante.be/maladies/obesite.htm (Page consultée le 2 mai 2005)

d'échec, calculé à partir d'une utilisation normale et comportant donc quelques oublis, est plutôt de cinq à sept grossesses pour 100 femmes par année^{2,3}.

Dans l'étude de Holt menée en 2005, l'ampleur suggérée de l'échec contraceptif chez les femmes obèses semble bien impressionnante, mais lorsque l'on s'arrête au risque absolu, il est plus facile de relativiser. En effet, ce risque supplémentaire de 60 % à 70 % signifie de deux à quatre grossesses additionnelles pour 100 femmes par année. Aussi, le risque était significatif seulement chez les femmes dont l'observance de la méthode contraceptive était parfaite⁴⁻⁷.

Le véritable taux d'échec associé à l'utilisation des contraceptifs oraux, calculé à partir d'une utilisation normale et comportant donc quelques oublis, est de 5 à 7 grossesses pour 100 femmes par année.

Repère

D'autres études, dont celle de Vessey et coll.^{4,8} et de Brunner et Hogue⁹, n'ont toutefois trouvé aucune différence significative dans l'efficacité des contraceptifs oraux chez les femmes obèses. Les auteurs ne recommandaient donc aucun changement des conduites actuelles pour ces femmes.

Explications proposées à l'échec contraceptif !

Pour ceux qui soupçonnent un taux d'échec accru des contraceptifs chez les femmes ayant un surplus pondéral, voici quelques-unes des hypothèses soulevées^{4,7}:

- ⊗ L'accélération du métabolisme. Plus la femme a un poids élevé, plus son métabolisme basal est rapide, ce qui pourrait raccourcir la durée d'action du contraceptif.
- ⊗ Les femmes obèses ont plus d'enzymes hépatiques pour éliminer le médicament, ce qui peut ainsi causer une chute du taux circulant d'hormones contraceptives.
- ⊗ Les principes actifs des contraceptifs oraux, soit l'œstrogène et la progestérone, sont emmagasinés dans les graisses corporelles. Encore une fois, plus la femme est grasse, plus les hormones contraceptives seraient séquestrées dans le gras plutôt que de se retrouver dans la circulation sanguine.

Quelle est la conduite à tenir ?

Malgré les hypothèses métaboliques suggérées, il n'est pas question de retourner aux contraceptifs à plus forte dose d'œstrogènes, d'autant plus que les produits à plus faibles doses ont été mis sur le marché pour réduire les effets indésirables et le risque de complications vasculaires cérébrales et cardiovasculaires⁷.

S'il n'existe aucune contre-indication à l'utilisation d'un contraceptif hormonal, la femme présentant un surplus de poids peut donc se voir proposer toutes les méthodes contraceptives, notamment les contraceptifs oraux combinés. Et si les conclusions

des études de Holt vous inquiètent toujours, vous pouvez suggérer à votre patiente une prise en continu ou une pause de quatre jours plutôt que de sept lorsqu'un arrêt est souhaité, ce mode d'utilisation augmentant l'efficacité des contraceptifs oraux¹⁰ (voir l'article du D^r Bérubé intitulé « Les contraceptifs oraux en continu » dans ce numéro).

La monographie du **système contraceptif transdermique** (Evra^{MC}) souligne qu'il faut être particulièrement vigilant chez les utilisatrices pesant plus de 90 kg en raison d'un taux d'échec supplémentaire signalé de 1,5 %. Chez les femmes obèses, ce produit ne devrait pas être appliqué sur l'abdomen. En effet, une étude a révélé une diminution de la biodisponibilité des hormones d'environ 25 % lorsque le timbre est posé à cet endroit¹¹. Une utilisation en continu avec une période d'arrêt de quatre jours peut aussi être proposée avec le timbre Evra^{3,4}.

Quant à la **minipilule** (progestatifs seuls ; Micro-nor[®]), quelques études recommandent la prise de deux comprimés par jour, mais la plupart ont montré que le nombre de femmes présentant un surplus de poids et ayant expérimenté un échec contraceptif était trop faible pour pouvoir en tirer une conclusion significative⁴.

Enfin, aucune diminution d'efficacité n'a été signalée pour l'anneau vaginal (NuvaRing^{MC})¹², le contraceptif injectable (Depo-Provera[®])^{3,13} ou le stérilet (en cuivre ou Mirena[®])¹³.

À LA LUMIÈRE DES ÉTUDES EXISTANTES, aucune femme n'est trop grosse pour prendre la pilule, quoiqu'il faille être particulièrement vigilant chez les patientes de plus de 90 kg qui utilisent le timbre transdermique (Evra). Les contraceptifs oraux sont très efficaces chez les femmes obèses lorsqu'ils sont bien utilisés. Aucune des études citées plus tôt n'a montré de différence entre un contraceptif contenant 20 µg ou 30 µg d'éthynylœstradiol. Nous devons attendre de nouvelles

Aucune diminution d'efficacité n'a été signalée pour l'anneau vaginal (NuvaRing), le contraceptif injectable (Depo-Provera) ou le stérilet (en cuivre ou Mirena).

À la lumière des études existantes, aucune femme n'est trop grosse pour prendre la pilule, quoiqu'il faille être particulièrement vigilant chez les patientes de plus de 90 kg qui utilisent le timbre transdermique (Evra).

Repères

Summary

Excess weight and contraception. The medical community has had to re-examine the efficiency of oral contraceptives in obese women (BMI > 30) after the recent studies of Holt et al. of 2002 and 2005. However, it is too early to conclude that some obese women cannot benefit from oral contraceptives, but high vigilance must definitely be given to the transdermic patch (Evra®) in users weighing more than 90 kg. If the patient's non-compliance appears to be an issue, the effectiveness of the contraceptive could be optimised by prescribing continuous oral contraceptives or by prescribing regular oral contraceptives with shorter breaks of 4 days instead of 7 days when continuous contraception is rejected by the patient. Besides, no decrease of efficiency of the vaginal rings (NuvaRing®), the injection contraceptives (Depo-Provera®) or the intra-uterine devices (traditional or Mirena®) have yet been reported.

Keywords: contraception, overweight, obesity, transdermal contraception

données avant de modifier notre façon de prescrire un contraceptif oral chez une femme obèse. 

Date de réception : 23 novembre 2005

Date d'acceptation : 28 février 2006

Mots-clés : contraception, surplus pondéral, obésité, contraception transdermique

Bibliographie

- Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstet Gynecol* 2002; 99 (5) : 820-6.
- Dyer O. High BMI spikes unwanted pregnancies in women on the Pill. *National Review of Medicine*, 2005; 2 (2). Site Internet : www.nationalreviewofmedicine.com/issue/2005/01_30/2_feature04_02.html (Page consultée le 21 juillet 2005).
- Oral contraceptive prescribing: should body weight influence choice of pill? *The Contraception Report* 2004; 14 (4). Internet : www.contraceptiononline.org/contrareport/issue.cfm (Page consultée le 13 juillet 2005).
- Worthington S. Contraceptive failure and body weight: fact or fiction. *National Association of Nurse Practitioners in Women's Health*. Site Internet : www.npwh.org/contraceptive-failure (Page consultée le 13 juillet 2005).
- Holt VL, Scholes D, Wicklund KG, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. *Obstet Gynecol* 2005; 105 (1) : 46-52.
- American Health Consultants. Does increased weight impact OC efficacy? *Contraceptive Technology Update* 2005; 26 (3) : 45-6.
- Obesity increases risk of pregnancy while on the pill. *Aphrodite Women's Health* 2004. Site Internet : www.aphroditewomenshealth.com/news/20041129180605_health_news.shtml (Page consultée le 21 juillet 2005).
- Vessey M. Oral contraceptive failures and body weight: findings in a large cohort study. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2001; 27 (2) : 90-1.
- Brunner LR, Hogue CJ. The role of body weight in oral contraceptive failure: results from the 1995 National Survey of Family Growth. *Ann Epidemiol* 2005; 15 (7) : 492-9.
- FFPRHC Guidance. The use of contraception outside the terms of the product licence. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005; 31 (3) : 225-42.
- Abrams LS, Skee DM, Natarajan J, Wong FA et coll. Pharmacokinetics of a contraceptive patch (Evra/Ortho Evra) containing norelgestromin and ethinylestradiol at four application sites. *Br J Clin Pharmacol* 2002; 53 (2) : 141-6.
- NuvaRing not affected by heavier body weight. *Contraceptive Technology Update*, 2005; 103-5.
- Grimes D. Family planning for obese women: challenges and opportunities. *Association of Reproductive Health Professionals*, contraception editorial, 2005; 72 (1). Site Internet : www.arhp.org/editorials/july2005.cfm (Page consultée le 21 juillet 2005).