

Contraception après 40 ans



**Stratégies de choix des méthodes
contraceptives chez la femme.
Recommandations pour la pratique clinique
Décembre 2004.**

ANAES/AFSSAPS

Un vaste choix contraceptif

- **Contraception estro-progestative**
 - **Orale**
 - **Nouvelles voies d'abord (patch/anneau)**
- **Contraception progestative pure**
- **Implant progestatif**
- **Dispositif intra utérin**
 - **Cuivre**
 - **DIU hormonal**
- **Méthodes dites « locales »**
 - **Préservatifs féminins et masculins**
 - **Spermicides**
- **Stérilisation tubaire à visée contraceptive**
 - **Classique**
 - **Système Essure**

Problématiques à la quarantaine

- **Le besoin contraceptif**
- **Le profil cardio-vasculaire**
- **Le profil de risque de cancer du sein**
- **Le profil « gynécologique »**
- **La transition vers la ménopause**

Le besoin contraceptif

- **Double information :**
Fertilité diminuée
mais si activité sexuelle, nécessité du maintien d'une *contraception efficace*
IVG [40-49 ans] : 6.4 % ensemble des IVG en France dont 5.8 % pour les femmes [40-44ans]
- **Actualiser *la nature* du besoin contraceptif :**
 - Partenaire régulier ? Épisodique ? Absent ?
 - Nouveau partenaire (préservatifs)
 - Désir d'une contraception permanente ou ponctuelle ?
 - Définitive ou non ?

Le risque cardio-vasculaire

- Le risque cardio-vasculaire augmente avec l'âge
- **Risque artériel** : Tabagisme après 35 ans, HTA, hyperlipidémie, migraines (+ symptômes neurologiques), diabète + complications, ATCD personnels d'AVC ou coronariens, ATCD familiaux d'accidents artériels précoces : contre-indications à la pilule OP
- **Risque veineux** : thrombose veineuse, phlébite, troubles de la coagulation : contre-indications à la pilule OP
- Attention **au cumul des facteurs de risque**
> 40 ans + tabac, surpoids + insuffisance veineuse, migraine si > 35 ans
- Pour l'ANAES, à partir de 35/40 ans, réfléchir au relais des OP

Le risque de cancer du sein

- Le risque de cancer du sein *augmente avec l'âge*.
Incidence annuelle de cancer du sein pour 100 000 f/an
(Remontet 2003)

[30-34 ans]	28.2
[35-39 ans]	71.2
[40-44ans]	138
[45-49ans]	226.5
- Actualiser les **antécédents familiaux** de cancer du sein (et de l'ovaire)
- Faire une *première mammographie* à 40 ans (attitude non validée en France)

Le profil gynécologique

- Rechercher des pathologies gynécologiques et mammaires fréquentes après la quarantaine :
- *Utérines* :
 - Adénomyose
 - Fibromes
 - Ménorragies fonctionnelles
- *Ovariennes* :
 - Kystes ovariens
 - Dystrophies ovariennes
- *Mammaires* :
 - Mastoses fibro-kystiques
 - Mastodynies.

La transition vers la ménopause

- **Dépister la transition vers la ménopause**
- **Quand est-ce que la contraception devient inutile ?**
- **Préparer la ménopause :**
 - **Discussion sur sa prise en charge**
 - **Hygiène de vie**
- **Possibilité de traitement « transitionnel »**

Contraception estro-progestative après 40 ans et risque cardio-vasculaire

- **AMM (<35 ug) : pilule non CI si seul FDR cardio-vasculaire : âge**
- **Après 45 ans, non conseillée car augmentation des risques absolus vasculaires et métaboliques**
- **OMS : chez les femmes de 40 ans et plus, utilisation possible en absence de FDR vasculaires jusqu'à la ménopause. Pas de seuil optimal de prescription ou non prescription**
- **ANAES : après 35/40 ans, réfléchir avec la patiente au relais d'une contraception estro-progestative**

Contraception et âge (ANAES 2004)

POSSIBILITÉ D'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES, ADAPTÉ D'APRÈS L'OMS 2004 (14) ET LE PRÉSENT ARGUMENTAIRE.														
Situations à risque pathologique	Contraception orale combinée COC	Timbres et anneaux vaginaux (OP)	Contraception orale μ -progestative	Macroprogestatifs	Implants étonogestrel	Progestatifs injectables	DIU au cuivre	DIU imprégné lévonorgestrel	Stérilisation féminine	Spermicides	Préservatifs	Autres méthodes barrières (capes, diaphragme)	Méthodes naturelles	
Attention aux risques d'interaction médicamenteuse														
Hépatite virale *														
Évolutive	--	--	-	-	-	-	++	-	SC	++	++	++	++	
Porteur	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Infections génitales hautes (IGH)														
Antécédent d'IGH (sans risque actuel)														
- avec grossesse depuis	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
- sans grossesse ultérieure	++	++	++	++	++	++	+	+	SC	++	++	++	++	
IGH présente ou < 3 derniers mois	++	++	++	++	++	++	-- [+]	-- [+]	SC	++	++	++	++	
Tuberculose														
non génito-urinaire				++			++	++ ^e	++	++	++	++	++	
génito-urinaire				(association déconseillée en cas de prise d'un inducteur enzymatique)			--	--	SC	++	++	++	++	^e risque interaction médicament
Infection des voies urinaires	/	/	/	/	/	/	-	-	++	++	++	-	++	
Antécédent syndrome de choc toxique	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	--	++	
Âge														
Moins de 18 ans (< 20 ans pour DIU Cu selon OMS)	++	++	++	++	++	+	+	+	++	++	++ ^f	++ ^f	++ ^f	^f Risque d'échec plus élevé chez les jeunes
18-39 ans [35 ans]	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
40-45 ans	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
> 45 ans	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Obésité (IMC \geq 30)	+	+	++	++	++	++	++	++	SC	++	++	++	++	

Nombre supplémentaire d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires attribuables à la pilule estro-progestative (Petiti 2003)

Pour 100 000 Femmes / an	20-24 ans	30-34 ans	40-44 ans
Non fumeuses	0.4	0.6	2
Fumeuses	1	2	20
Fumeuses + HTA	4	7	29

Contraception orale et risque de cancer du sein



- Résultats discordants (pas d'essais randomisés, biais, évolution des pilules).
- Pour certaines études, surrisque de faible amplitude pour les *durées prolongées* :
si 10 000 femmes prenaient la pilule entre 25 et 29 ans:
nb supplémentaires de cancers du sein entre 25 et 39 a :
4.7 pour 10 000 femmes (méta-analyse d'Oxford)
- 2005 : Le Centre International de Recherche sur le Cancer a classé les contraceptifs hormonaux (de même que les traitements hormonaux de la ménopause) dans les composés « cancérogènes »
- Déclaration des Sociétés Savantes pour éviter tout alarmisme injustifié

Nouvelles voies d'abord : le patch

- Patch transdermique (Evra[®]) :
- 20 ug d'EE et 150 ug de norelgestromine /j
- Efficacité contraceptive identique à la pilule (sauf si P > 90 kgs)
- 1 patch / semaine pendant 3 semaines

- Attention : ne pas rester sans patch pendant plus de 7 jours d'affilée...

- **Mêmes contre-indications et précautions d'emploi que la pilule.....**

Nouvelles voies d'abord : l'anneau vaginal

- L'anneau vaginal : Nuvaring°
- Apporte 15 ug d'EE et 120 ug d'étonogestrel/j
- Libération constante et continue d'hormones pendant 3 semaines
- Pas de fluctuations et de pics...
- L'anneau est laissé 3 semaines,
- Et retiré pendant 1 semaine
- Déconseillé si **prolapsus** (plus fréquent après 40 ans)
- ou constipation chronique...
- Bon contrôle du cycle..

- **Mêmes contre-indications et précautions d'emploi que la pilule....**

Les micro progestatifs

- A classer au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant
- Ne sont pas qu'une méthode de deuxième intention
- Peuvent être proposées aux femmes ayant des CI aux OP
- Prise rigoureuse en théorie tous les jours à la même heure
- Mais reconnaissance officielle d'une **tolérance à l'oubli de 12 heures** (et non de 3 heures) pour la pilule Cérazette°.
- Principal problème : spotting et troubles du cycle. tolérance à évaluer au cas par cas.

Progestatifs macro dosés discontinus

- Nécessitent en théorie une indication « médicale » surajoutée
- Pas d'AMM en contraception en France
- Permettent une contraception efficace en raison de leur effet anti-gonadotrope complet (20 jours sur 28)
- Si carence estrogénique, nécessité d'une add-back thérapie.
- Effets sur le risque de cancer du sein ? (étude E3N Pré mp).
entre 40 et 50 ans durée > 4.5 ans **RR 1.44 (1.03-2.0)** (Fabre 07)
- Problème de la prescription au long cours chez les femmes en péri-ménopause

Le dispositif intra-utérin

- Autre méthode contraceptive **de première intention**
- **Aucun risque** cancéreux et cardio-vasculaire +++++
- Le risque de maladie inflammatoire pelvienne lié à la pose : dans les 3 semaines suivant l'insertion
- Évaluation du risque infectieux
- **Aucun risque de stérilité tubaire démontré y compris chez les nullipares**
- **Cette méthode n'est donc plus contre-indiquée chez les nullipares**

Le DIU hormonal

- **Traitement de première intention dans les ménorragies fonctionnelles idiopathiques pour une durée minimum de 6 mois (RPC Françaises 2008 /NICE 2007)**
- **Information des patientes sur la phase initiale d'adaptation (aménorrhée, spotting).**

L'implant contraceptif

- **Implant sous cutané à l'étonogestrel (Implanon[®])**
- **Excellente efficacité**
- **Très utile chez les femmes non observantes**
- **Aménorrhée possible**
- **Effets indésirables :**
 - **Troubles du cycle, saignements et spotting**
- **Délai d'efficacité 3 ans**
- **2 ans si femme en surpoids**
- **Frottis réguliers++**
- **Tolérance à évaluer au cas par cas.**
- **Attention aux interactions médicamenteuses**
 - **Anti-tuberculeux, anti-épileptiques**

Les préservatifs

- **Moins efficaces que les contraceptions hormonales ou mécaniques en pratique courante mais acceptables après 40 ans (fertilité réduite).**
- **À recommander « en plus » si :**
 - **Plusieurs partenaires**
 - **Absence de relation stable**
 - **Relations occasionnelles**
- **A compléter par contraception d'urgence**

La stérilisation tubaire 1

- Loi du 04 juillet 2001
- Recours possible à la **stérilisation tubaire à visée contraceptive**
- 1ère consultation :
 - Informations complètes sur différentes techniques utilisables
 - Sur les modalités, les conséquences, les risques
 - Caractère irréversible +++
 - Information sur les alternatives
 - Remise d'un dossier d'information écrit
 - Attestation de consultation médicale
- Délai de réflexion de 4 mois
- 2ème consultation : confirmation par écrit
- Intervention dans un établissement de santé

La stérilisation tubaire 2

- **Méthode Essure °**
- **Dépôt d'un micro implant dans chaque trompe**
- **Lors d'une hystéroscopie**
- **Le plus souvent pas d'anesthésie générale**
- **En ambulatoire**
- **Intervention rapide**
- **Récupération en quelques heures**
- **Pas de cicatrices**

- **NON réversible**
- **Nécessité de la poursuite d'une contraception pendant 3 mois**
- **Visite de contrôle (radio)**

La stérilisation tubaire 3

*Stérilisation par mise en place d'implants
intra-tubaires par voie hysteroscopique
selon la technique de vaginoscopie.*

Dr F PANEL, Dr L FRIEDERICH.

La méthode Bercer

- Première consultation spécifiquement dédiée à la contraception
- Modèle BER CER de l'OMS :
 - Bienvenue
 - Entretien
 - Renseignements
 - Choix
 - Explication
 - Retour



En pratique 1

- **Pas de problèmes gynécologiques :**
DIU au cuivre
méthodes barrières
stérilisation tubaire
- **Si problèmes gynécologiques**
(ménorragies, fibromes, adénomyose)
DIU Hormonal (ménorragies+++)
Progestatifs macro dosés discontinus
- **Si Contre-indications aux OP et au DIU, et souhait d'une méthode réversible :**
Progestatifs minidosés,
Implant progestatifs.

En pratique 2

- **La pilule OP est acceptable chez les non fumeuses sans aucuns facteurs de risque cardio-vasculaires.**
Après 40/42 ans, réfléchir à un autre moyen de contraception
- **L'efficacité contraceptive du patch et de l'anneau n'a pas été établie chez les femmes de plus de 40 ans.**

Quand peut-on arrêter la contraception ?

- **Autour de la cinquantaine**
- **Le relais des OP a déjà été effectué**
- **DIU hormonal ou Progestative mini-dosée : doser la FSH**
- **Progestatifs macro-dosés : doser FSH après 1 semaine d'arrêt**
- **Si FSH dans la « zone de la ménopause », contraception poursuivie 1 an après 50 ans, deux ans si la femme a moins de 50 ans.**

Contraception à partir de 35- 40 ans

- **Savoir réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive vers 35/40 ans**
- **Augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires à cet âge**
- **Cependant pas d'âge seuil pour contre-indiquer la pilule**
- **En cas de poursuite de la pilule OP, information de la patiente**
- **Les méthodes freination substitution en péri-ménopause n'ont pas été évaluées ni en terme d'efficacité, ni en terme de tolérance**