



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Point de vue d'expert

Contraception et obésité

Contraception and obesity



M. Lobert^{a,b}, M. Pigeyre^{b,c}, H. Gronier^d, S. Catteau-Jonard^b, G. Robin^{a,*,b}

^a Service de gynécologie médicale, orthogénie et médecine du couple, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, avenue Eugene-Avinée, 59037 Lille cedex, France

^b Service de gynécologie endocrinienne et médecine de la reproduction, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, avenue Eugene-Avinée, 59037 Lille cedex, France

^c Service de nutrition, hôpital Huriez, CHRU de Lille, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^d Service de médecine de la reproduction, hôpital Jean-Verdier, avenue du 14-Juillet, 93143 Bondy cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 19 janvier 2015

Accepté le 18 septembre 2015

Disponible sur Internet le 31 octobre 2015

Mots clés :

Contraception

Obésité

Chirurgie bariatrique

Accident thromboembolique veineux

Infarctus du myocarde

Infarctus cérébral

RÉSUMÉ

La prévalence de l'obésité augmente massivement depuis plusieurs dizaines d'années dans les pays industrialisés. Les femmes obèses ont une activité sexuelle, non différente des femmes de poids normal, et bénéficieraient d'une couverture contraceptive moindre et d'un risque de grossesse non désirée plus élevé. En outre, l'obésité constitue un facteur de risque important d'accident thromboembolique veineux et artériel (infarctus du myocarde et infarctus cérébral). L'ensemble de ces facteurs est donc à intégrer dans la stratégie de choix d'une méthode contraceptive chez une femme obèse. En dehors de l'injection trimestrielle d'acétate de medroxyprogestérone (dépôt), les contraceptions progestatives (pilules microprogestatives et implant sous-cutané à l'étonogestrel) et les dispositifs intra-utérins sont les méthodes contraceptives de choix chez les femmes obèses. La contraception estroprogestative (pilule, patch ou anneau vaginal) pourra être proposée dans des conditions très strictes (absence stricte de tout autre facteur de risque cardiovasculaire associé). L'efficacité de la plupart des méthodes de contraception ne serait a priori pas diminuée chez les femmes obèses. La chirurgie bariatrique constitue une situation complexe. Elle impose de pouvoir « programmer » une éventuelle grossesse et une contraception est donc nécessaire pendant plusieurs mois au décours de l'intervention. Si la technique chirurgicale induit une malabsorption gastro-intestinale (comme le by-pass), toute contraception administrée par voie orale sera fortement déconseillée en raison d'un haut risque d'échec.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

The prevalence of obesity is increasing massively over several decades in industrialized countries. Obese women are sexually active but they use fewer contraceptive methods and are at high risk of unintended pregnancy. In addition, obesity is an important risk factor for venous thromboembolism events and arterial thrombosis (myocardial infarction and ischemic stroke). All of these data are to be considered in choosing a contraceptive method for obese women. Except depot medroxyprogesterone acetate injection, the progestin-only contraceptives (progestin only pills and etonogestrel subdermal implant) and the intra-uterine devices are the preferred contraceptive methods in obese women. The combined estrogen-progestin contraceptives (pill, patch and vaginal ring) may be proposed in very strict conditions (no other associated vascular risk factor). Obesity does not increase the risk of failure of most contraceptive methods. Bariatric surgery is a complex situation. It requires to program a possible pregnancy and contraception is needed for several months. Some bariatric surgical techniques such as by-pass can induce gastrointestinal malabsorption. In this situation, all oral contraceptives are not recommended because of a higher risk of failure.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords:

Contraception

Obesity

Bariatric surgery

Deep venous thrombosis

Myocardial infarction

Ischemic stroke

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : geoffroy.ROBIN@chru-lille.fr (G. Robin).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.09.009>

1297-9589/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

L'obésité est un problème de société et de santé publique grandissant. Elle est définie par un indice de masse corporelle (IMC correspondant au rapport poids sur taille au carré) ≥ 30 kg/m². L'obésité sévère est définie par un IMC ≥ 35 kg/m² et l'obésité morbide quant à elle, par un IMC ≥ 40 kg/m² [1].

En dehors des problèmes métaboliques et cardiovasculaires liés à l'obésité, les grossesses chez ces femmes sont reconnues comme étant des grossesses à haut risque. En effet, le suivi échographique de ces grossesses est plus difficile, le taux de prééclampsie plus élevé, le diabète gestationnel plus fréquent... [2,3] avec toutes les complications obstétricales et néonatales associées [3].

La contraception de la femme obèse est une situation complexe et souffre de beaucoup d'idées reçues. Il est pourtant indispensable pour toutes ces raisons de proposer à ces femmes une contraception adaptée et efficace.

En effet, le nombre de femmes obèses en âge de procréer n'a cessé d'augmenter depuis ces dernières années. Ces femmes, malgré les idées reçues, ont une sexualité active et doivent donc pouvoir bénéficier d'une contraception efficace. Nous aborderons pour chaque méthode de contraception existant en France, les indications, contre-indications ainsi que l'efficacité de ces différentes méthodes chez les femmes obèses. Nous nous intéresserons également à la problématique de la contraception après chirurgie bariatrique.

2. Épidémiologie et besoin contraceptif de la femme obèse

Au niveau mondial, selon l'OMS, la population obèse représenterait environ 500 millions de personnes dont plus de la moitié seraient des femmes. Le nombre de cas aurait doublé depuis 1980. En France selon l'enquête OBEPI, qui est une grande enquête épidémiologique française faisant l'état des lieux de l'obésité en France, parue en 2012, la prévalence de l'obésité est passée de 8,6 % en 1997 à 15 % en 2012 (Fig. 1). Elle est de 15,7 % chez les femmes (dont 3,7 % en obésité sévère, 1,6 % en obésité morbide) avec une nette augmentation entre 2009 et 2012 (environ 35 % de plus) pour la tranche d'âge 18/24 ans. Toujours d'après l'enquête OBEPI, le tour de taille des françaises, qui est un paramètre associé à une augmentation du risque d'insulinorésistance et donc de syndrome métabolique est passé de 79,8 cm en 1997 à 86,5 cm en 2012 soit une augmentation de 6,7 cm en 15 ans.

L'étude rétrospective de Bajos et al. [4] réalisée auprès de plus de 5500 femmes dont 411 obèses a montré que l'hypothèse selon laquelle les femmes obèses ont peu de sexualité et donc de faibles besoins contraceptifs par rapport aux femmes non obèses n'est qu'une idée reçue. En effet cette étude montre que les femmes

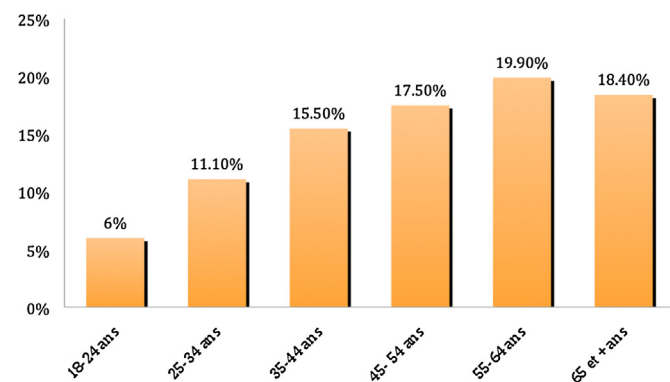


Fig. 1. Prévalence de l'obésité chez les femmes en France en fonction des tranches d'âges en 2012. Source OBEPI.

obèses ont une sexualité et que celle-ci est comparable à celle des femmes non obèses [4]. La fréquence des rapports sexuels est quasi identique dans les 2 groupes (Odds-Ratio [OR] à 0,87 [IC 95 % : 0,64 à 1,19]) ainsi que le nombre de partenaires. Quarante-vingt pour cent des femmes obèses interrogées ont eu au moins 1 partenaire sexuel dans l'année passée contre 88,1 % des femmes dont l'IMC est inférieur à 30 kg/m² (OR à 0,71 [IC 95 % : 0,51 à 0,97]) [4]. Cette étude met en évidence un vrai problème de contraception des femmes obèses, puisqu'elle démontre que celles-ci sont 2 fois plus nombreuses à n'utiliser aucun moyen de contraception lors d'un rapport sexuel (OR à 2,48 [IC 95 % : 0,69 à 8,93]) et sont 8 fois plus nombreuses à utiliser un moyen de contraception non adapté comme le retrait (OR à 8,51 [IC 95 % : 2,02 à 35,88]) [4]. Selon cette même étude, les femmes obèses sont 4 fois plus exposées au risque de grossesses non prévues (OR à 4,26 [IC 95 % : 2,21 à 8,23]) et ont presque 4 fois plus de risque de recourir à une interruption volontaire de grossesse (IVG) (OR à 3,72 [IC 95 % : 1,59 à 8,70]) [4].

Ces données nous montrent que la contraception de la femme obèse va devenir un problème quotidien (1 patiente sur 6), puisque l'obésité progresse de manière importante et notamment chez les femmes jeunes, donc en âge de procréer.

3. Contraception estroprogestative (COP) et obésité

3.1. Risque cardiovasculaire lié à l'obésité

Le principal problème de la COP est le risque cardiovasculaire inhérent à cette méthode contraceptive mais également à l'obésité en elle-même. En effet, l'obésité est reconnue comme un facteur de risque indépendant de thrombose artérielle et de thrombose veineuse. Une méta-analyse récente réalisée par Ageno et al. [5] retrouve un risque relatif de maladie thromboembolique veineuse de 2,33 (IC 95 % : 1,68-2,34) chez les patients obèses. De même, l'étude rétrospective de Pomp et al. [6] montre une augmentation du risque de thrombose veineuse profonde avec celle de l'IMC. Pour un IMC > 25 kg/m² l'OR est à 1,70 (IC 95 % : 1,55-1,87) et pour un IMC > 30 un OR à 2,44 (IC 95 % : 2,15-2,78) [6].

Concernant le risque artériel (AVC ou IDM) de la femme obèse, peu d'études sont disponibles. Cependant celles-ci s'accordent sur le fait que l'obésité est un facteur de risque, en soi, de pathologie athéromateuse [7,8].

3.2. Risque artériel et COP

Le risque artériel des COP reste anecdotique si les contre-indications (telles que les migraines avec aura, HTA, diabète compliqué...) sont strictement respectées. Le risque d'accident artériel est variable selon les tranches d'âges [9,10]. La COP multiplie par 2 environ le risque d'accident vasculaire artériel [9,10].

Celui-ci serait surtout lié à la dose d'éthinylestradiol (EE). Il est plus élevé pour les contraceptifs dosés à 50 µg d'EE (en France, la seule contraception estroprogestative dosée à 50 µg d'EE contient un progestatif de 2^e génération [norgestrel]). Concernant les COP dites minidosées (entre 15 et 35 µg d'EE) le risque semble relativement comparable [9,11]. La voie d'administration des COP (per os, patch ou anneau) et la génération du progestatif associé ne semblent pas modifier le risque artériel [9,11]. Néanmoins, Plu-Bureau et al. [9] retrouvent une augmentation significative du risque relatif d'infarctus cérébral (accident vasculaire cérébral ischémique) ou d'IDM avec les COP contenant un progestatif de 1^{re} génération (OR pour l'infarctus cérébral à 2,6 ; IC 95 % [2-4], et OR pour l'IDM à 2,9 ; IC 95 % [2,1-4,1]) comparé aux COP contenant un progestatif de 2^e génération (OR pour l'infarctus cérébral à 1,9 ; IC 95 % [1,6-2,2], et OR pour l'IDM à 2,1 ; IC 95 % [1,7-2,4]) ou de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3951293>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3951293>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)