

Obésité et contraception ..

**Journées de Gynécologie
Obstétrique et
Reproduction *Journées Jean
Cohen* 4 et 5 novembre 2011**

Contraception de la femme obèse et super Obèse

la femme obèse (IMC > 30)

Pour une femme de 1,65m

IMC= 20 poids : 55 kg

IMC= 25 poids : 70 kg

IMC= 27 poids : 75 kg

IMC= 30 poids : 82 kg

IMC= 35 poids : 97 kg

IMC= 40 poids : 110 kg > 120-130



Conflits d'intérêt de l'orateur

Support financier

(honoraires pour action de formation)

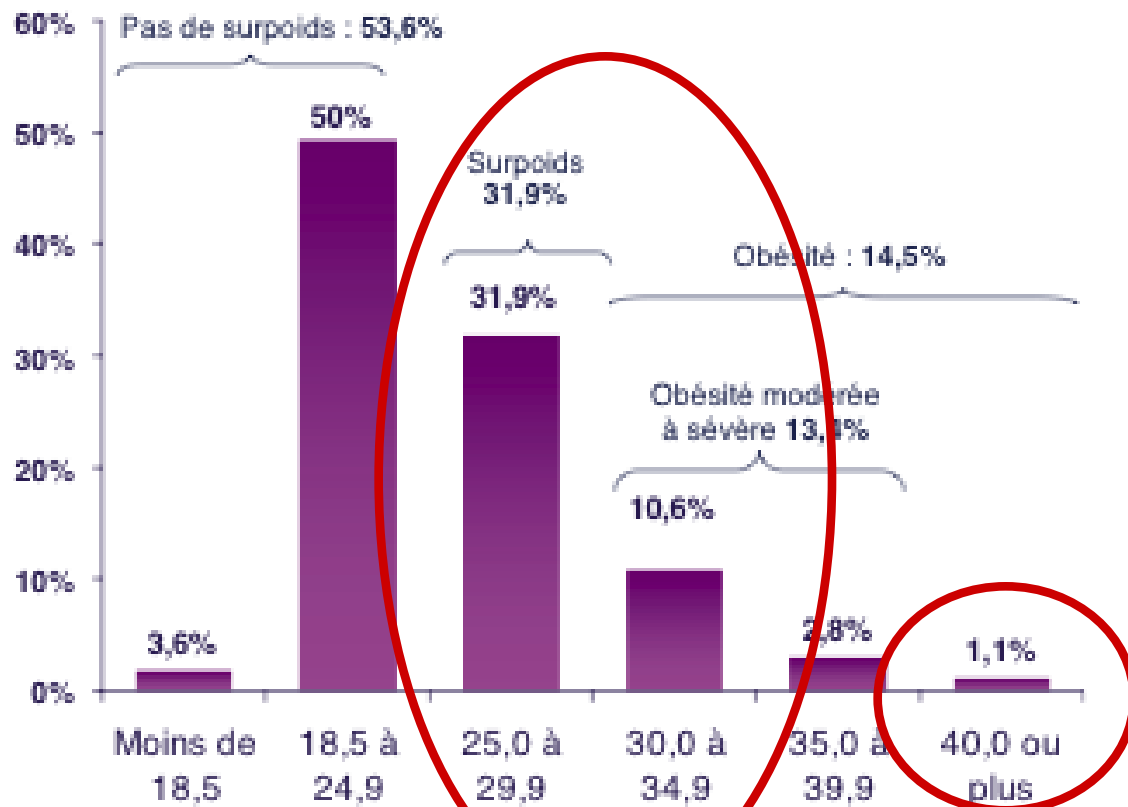
d'un laboratoire pharmaceutique
ou d'une entreprise commerciale

Schering Plough
Bayer Schering Pharma

Et aussi, en France, Etude Obépi

Répartition des niveaux d'IMC en 2009

% de la population



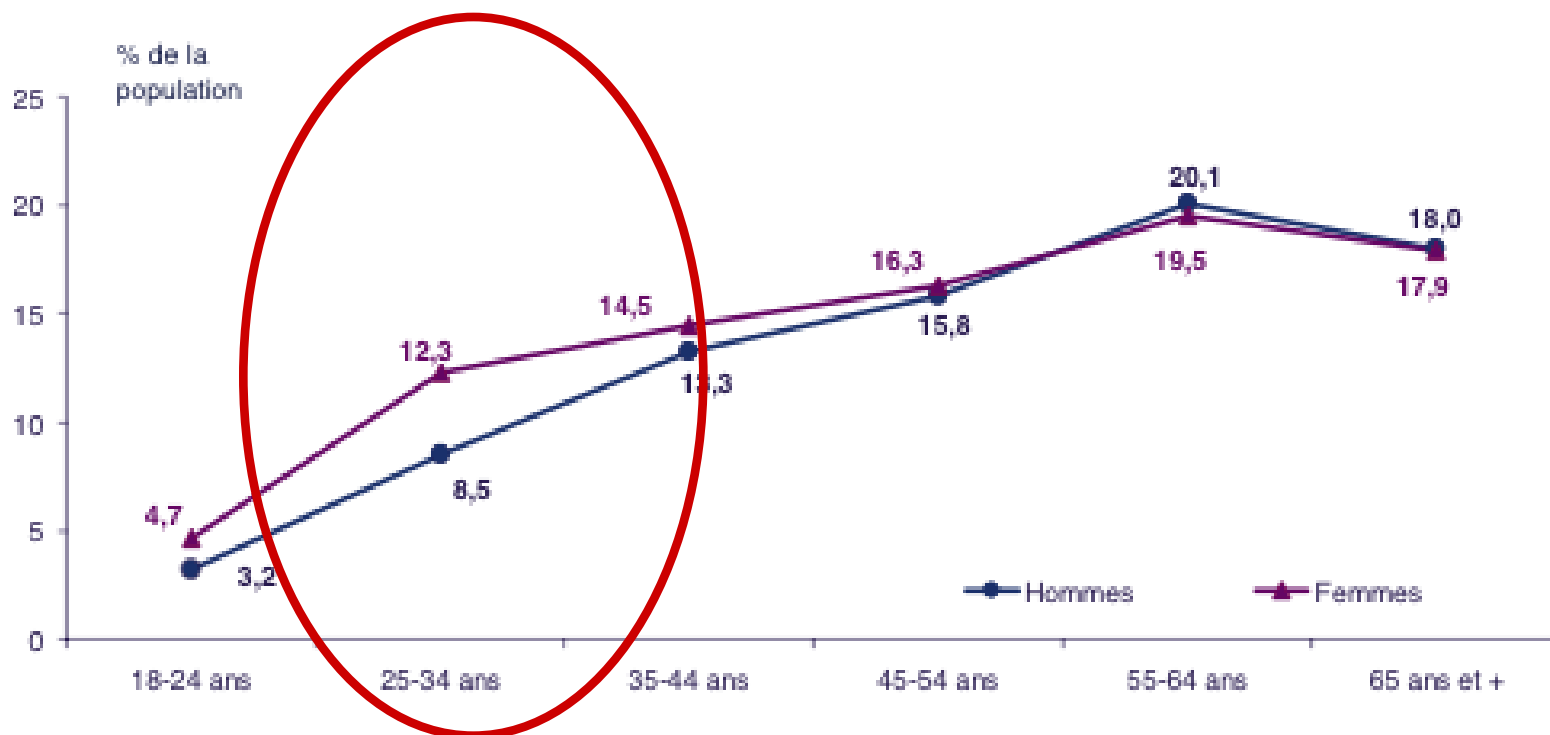
➔ + 5,9% / an depuis 12 ans
46,5% de population
en surpoids ou obèses

+ IMC > 35-40

En 2009, 14,5% des Français
sont obèses et 31,9%
sont en surpoids

Touche particulièrement, la femme jeune

Prévalence de l'obésité en fonction du sexe et de l'âge en 2009



Prévalence de l'obésité en fonction du sexe et de l'âge en 2009

Avant 45 ans, l'obésité féminine est plus importante que chez les hommes mais la tendance s'estompe ensuite, les courbes des deux sexes se superposant passé l'âge de la ménopause.

Relations entre l'IMC et la sexualité

**L'enquête sur le Contexte de la Sexualité en France (CSF)
menée en 2006 auprès de plus de 12 000 personnes,**

les femmes obèses (IMC > 30) âgées de < 30 ans ont

4 fois plus de grossesses non désirées ou d'avortements

que les femmes de même âge, de poids normal,

malgré une \blacktriangledown de leur fertilité : DOP, insulino-résistance

- prennent moins la pilule

- consultent moins le médecin pour leur contraception.

Bajos N et coll. : Sexuality and obesity, a gender perspective:

results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ* 2010;340:c2573

L'obésité joue sur les comportements

La femme obèse est moins compliante,
utilise - souvent la pilule (70 % en -)

+ souvent des **méthodes moins efficaces,**
comme le retrait,
dont l'utilisation suit la courbe de l'IMC.

Depuis 50 ans, explosion d'information dans la littérature contraceptive



**SAUF POUR LES FEMMES OBESES
ENCORE MOINS SUPER OBESES**

Il existe peu de données établissant un lien entre l'utilisation des contraceptifs, ses risques de complications et d'échec, et l'obésité

Etudes rétrospectives ont été menées à une époque où l'obésité était beaucoup moins fréquente... (< 5 %)

la plupart des études sur les nouvelles méthodes contraceptives excluent les femmes en surpoids, dont le poids > 130% du poids idéal

↘ efficacité contraceptive ?

- mécanisme possible : dilution ↘ la disponibilité liée à**
- ↗ **du volume sanguin circulant**
 - **séquestration dans la graisse.**

Une revue de la littérature en 2009 par TRUSSEL **8 études** sur l'efficacité contraceptive chez les femmes obèses

2 Holt : association d'un poids important et des taux élevés d'échec et la poursuite de la grossesse non désirée

6 concluent l'inverse, et ce, avec les dosages les plus faibles

l'impact de l'obésité sur la pharmaco-cinétique des CO

- la capacité d'atteindre l'état d'équilibre des taux d'hormones est diminué chez les femmes obèses.
- prend **3 à 5 jours de +** pour atteindre les niveaux d'hormones nécessaires pour permettre l'inhibition hypothalamo-hypophyso-ovarienne.

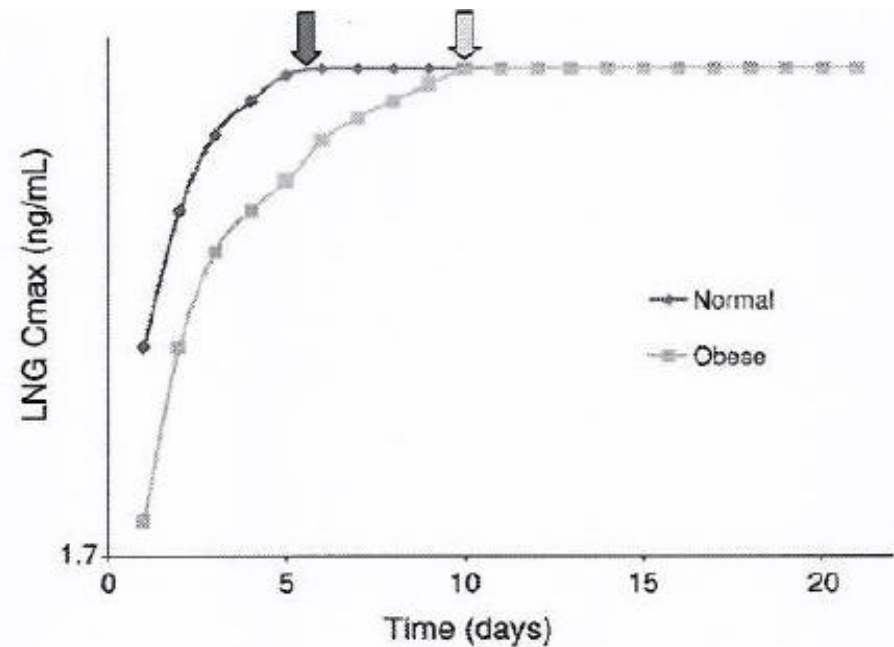


Fig. 6. Calculated time to reach LNG steady-state (steady state= $t_{1/2} \times 5$) concentrations based on the serum sample series from Cycle 2, Day 1 (the first day of restarting active OC pills after a 7-day hormone-free interval).

Pas de risque accru d'échec avec l'utilisation de CO chez les femmes en surpoids ou obèse

Prudence dans l'initiation de la contraception hormonale combinée et nécessité d'une **méthode locale** pendant une **période plus longue**

réduire l'intervalle libre entre 2 plaquettes (24/4)
périodes d'arrêt de 4 jours

Pilule avec « extension » 84 cp actifs
Pilule en continu non stop

Sauf pour P Acétate de Chlormadinone (AJOC 09)

Contraception Non Orale

Patch contraceptif (Evra)

peu de données

- ($n = 3319$), il y a eu 15 grossesses, les grossesses ont été observées chez des femmes d'un **poids > 90 kg**
- ↗ **échecs** lorsque le patch a été placé sur **l'abdomen**,
 ↘ 25 % bio-disponibilité des hormones

Anneau vaginal (NuvaRing)

- **Efficacité** semble être **similaire chez les obèses**
/ femmes de poids normal
- Une nouvelle analyse des données de phase III pour l'anneau a été effectuée, et aucune grossesse n'a été relevée chez les femmes plus lourdes ($N = 6047$)
 - Le passage vaginal d'hormones contourne le métabolisme de premier passage hépatique, niveaux d'hormones plus élevés chez les femmes obèses, améliore l'inhibition l'hypothalamo-hypophyso-ovarienne
 - **meilleure efficacité.**

Progestin-Only Pils: POP

Methodes progestatives

- Une étude britannique, en 1974, n' a montré aucune augmentation du taux d' échec chez les femmes obèses
- Une récente étude européenne > 50.000 utilisatrices n'a trouvé aucune association avec un taux d' échec ➔

Implanon - Nexplanon

- Les essais pré-cliniques n'incluaient pas les femmes dont le Poids > 130% au-dessus du poids idéal.
 - sous-ensemble des femmes obèses ($N = 40$)
- afin d'évaluer l'ovulation pendant l'utilisation d'Implanon sur 3 ans
- 3 femmes avaient eu cycles ovulatoires à la fin de la 3^e année, mais sans grossesse documentée

EN PRATIQUE : LE GARDER MOINS LONGTEMPS (2 ANS ?)

Les dispositifs intra-utérins

1 - en cuivre effets locaux sur le milieu utérin.

2 - contenant du LNG MIRENA (BSP)

➔ la viscosité du mucus cervical,
entravant l'entrée du sperme dans la cavité utérine, et
des changements dans le liquide tubaire,
qui nuisent à la migration des spermatozoïdes.

Bien qu'il n'existe pas d' études chez les femmes obèses,
il ne devrait y avoir aucune diminution de l'efficacité

Techniques d'insertion plus difficiles

des spéculums plus longs et plus grands
une table d'examen adaptée au poids

Contraception d'urgence

↘ l'efficacité selon l'IMC

NORLEVO

Ella One

Levonorgestrel
acetate

ulipristal

IMC > 26

2,09

0,97

IMC > 35

4,41

2,62

Inquiétude des femmes vis-à-vis d'une prise de poids sous contraception ?

idée répandue dans l'opinion publique

Source de prise irrégulière de pilule et d'échec contraceptifs

Le poids a été suivi avant et après mise sous pilule
dans 47 études depuis 20 ans.

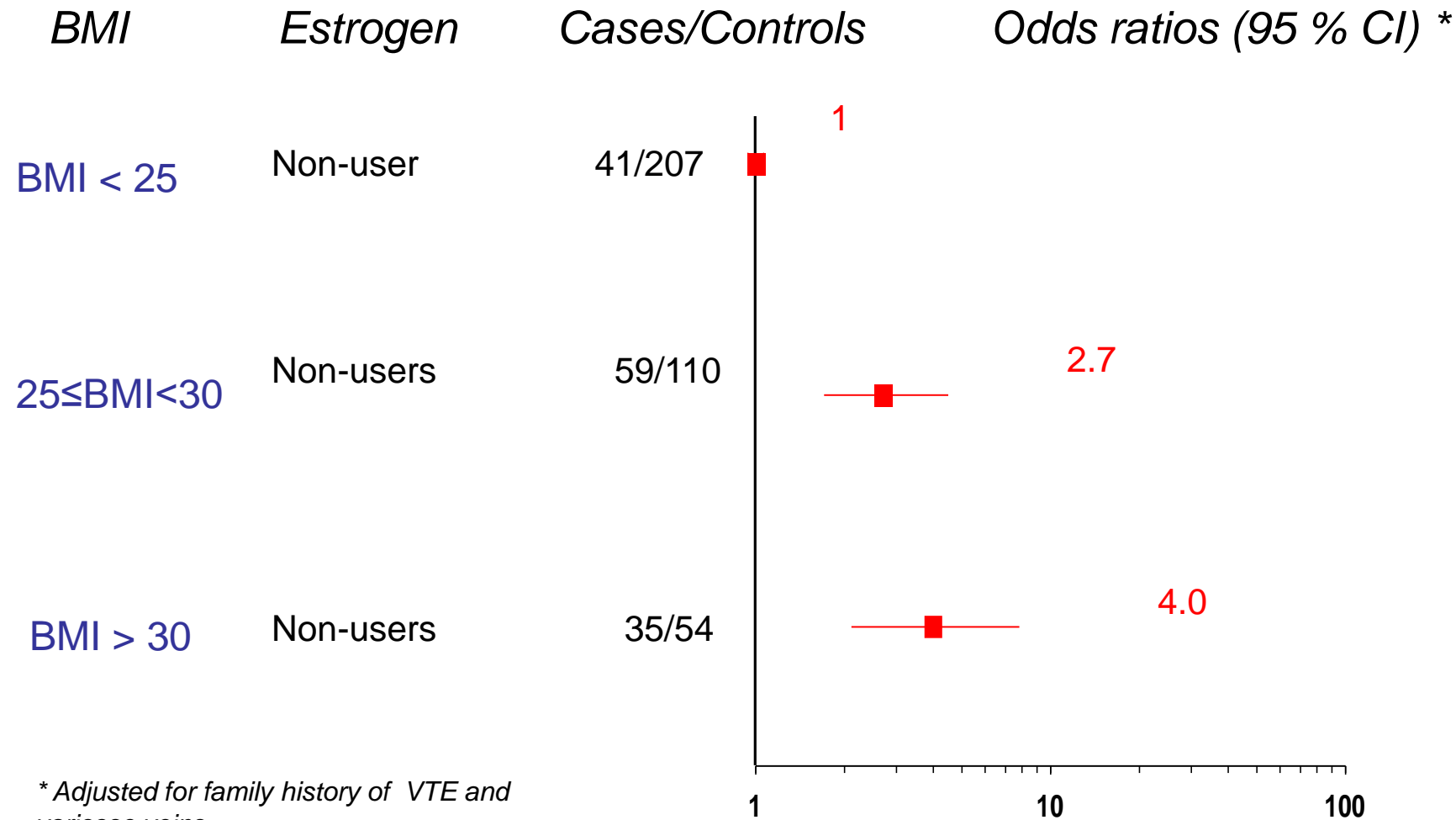
*Aucun argument de certitude de prise de poids,
Le poids reste stable sous CO, anneau et patch*

*Loin de là, les femmes qui prennent la pilule depuis + 10 ans
Sont + minces et taille + fine*

Quels sont les risques de la contraception chez la femme obèse ?

- **Le risque thrombo-embolique veineux**
- **Le risque cardio-vasculaire, liés aux co-morbidités associées**

L'obésité est FDR indépendant de la TEV (ESTHER Study)



Le risque thrombo-embolique veineux

- ATCD de thrombose veineuse OR= 16-35
- Traumatisme 13
- Chirurgie 6-22
- Grossesse 6-10
- Cancer 6
- Voyage 2-4
- **Obésité 2-4**
- **CO estro-progestative 3-4**
- THS estrogène voie orale 2-3
- Groupe sanguin non-O 2
- Thrombophilies 2-50

L'obésité et le risque thrombo-embolique veineux

- □ **une augmentation des facteurs pro-coagulants** : facteur VII, facteur VIII, le facteur XII, et le fibrinogène qui augmentent en fonction des taux de l'IMC.
 - En outre, il peut y avoir un **risque additif** causé par **la stase veineuse liée à l'obésité**.
- Les femmes obèses double leur risque de thrombose (OR, **2,3**), les **femmes obèses sous pilule ↗ 10 fois** ce risque (OR, **9,8**)

Risque cardio-vasculaire

réticence des **médecins** à prescrire une COC
aux femmes obèses par crainte des effets secondaires cardio-vasculaires :

1- la CO

➤ insulino-résistance, intolérance aux HdC

➤ Triglycérides

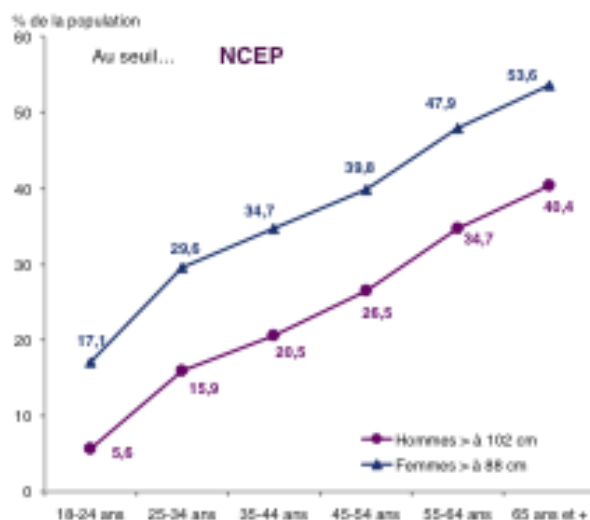
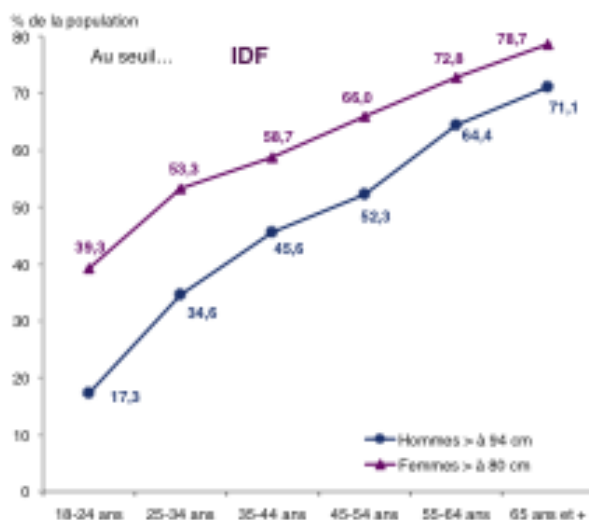
2- L'obésité elle même

hypertension artérielle,
insulino-résistance, intolérance au glucose ou
diabète
HLP

Le Poids, mais répartition de la graisse ↗ tour de taille depuis 12 ans

Répartition des individus au delà des seuils de tour de taille

La proportion des sujets ayant un tour de taille élevé augmente avec l'âge de manière quasi identique quel que soit le seuil retenu, chez l'homme comme chez la femme.



Le tour de taille augmente avec l'âge, quel que soit le sexe et le seuil choisi

Répartition de la population au-delà des seuils de tour de taille en fonction de l'âge et du sexe

SYNDROME MÉTABOLIQUE (SM)

CRITÈRES IDF 2005

<http://www.idf.org>

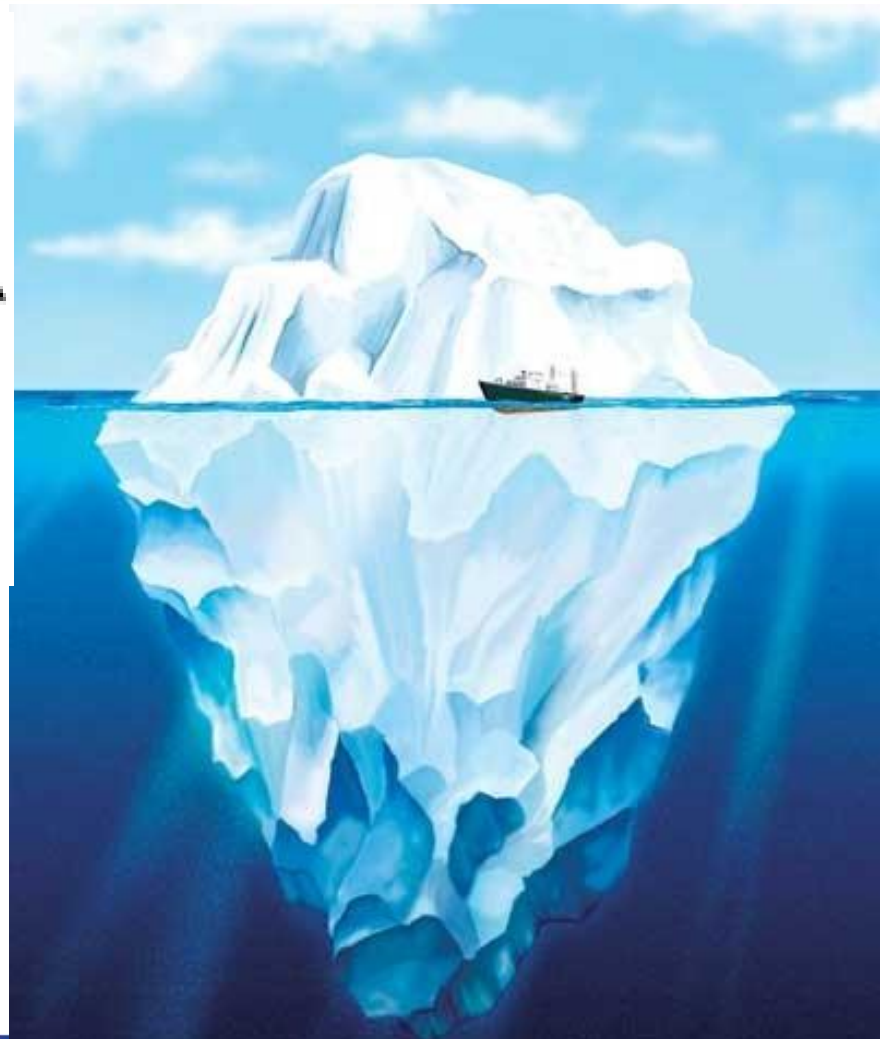
Facteurs de risque	Seuil de positivité
Critère obligatoire	
↗ tour de taille	Femme: > 80 cm (Européennes) Homme: > 94 cm (Européens)
+ 2 des critères ci-dessous	
↗ Triglycérides	≥ 1,50 g/l (1,7 mmol/l)
↘ HDL-C	Femme: < 0,50 g/l (1,3 mmol/l) Homme: < 0,40 g/l (1,0 mmol/l)
↗ Pression artérielle	≥ 130 mm Hg / ≥ 85 mm Hg
↗ Glycémie à jeun	≥ 1,00 g/l (5,5 mmol/l)

SM «partie visible de l'iceberg»



Sous l'iceberg

- diabète: RR = 10,
- mortalité CV = 3,5



Bénéfices non contraceptifs de la contraception

Eviter une grossesse à risque

pour les femmes obèses / femmes de poids normal

Mère: Diabète, hypertension, TEV

Fœtus: malformations

- **L'utilisation du DIU au LNG protège l'endomètre de l'hyperestrogénie non compensée au cours des cycles anovulatoires et peut réduire les ménorragies liées à l'hyperplasie endométriale**

QUELLES RECOMMANDATIONS POUR LA CONTRACEPTION DE LA FEMME OBESE ?

ANAES 2004

l'obésité est associée à un sur-risque cardiovasculaire
qui peut s'ajouter au risque lié à l'utilisation des EP.
Ce qui doit rendre **prudent** l'utilisation des EP

***aucune méthode contraceptive n'est contre-indiquée
sur le simple critère d'obésité***

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Risk factors for cardiovascular disease: OBESITY and HYPERLIPIDEMIA

	COC/ P/R	CIC	POP	Prog INJ	IMP	Cu- IUD	LNG- IUD
>30 kg/m ²	2	2	1	1	1	1	1
[30-34 kg/m ²	2	n/a	1	1	1	1	1]
[≥35 kg/m ²	3	n/a	1	1	1	1	1]
Known hyperlipidemias ◇	2/3	2/3	2	2	2	1	2

◇ ACOG: can use oral contraceptives if controlled
[UK version]

RIEN IMC > 40

WHO practice recommendations for contraceptive use, 2008: www.who.int/reproductive-health/publications/mec/
http://www.fsrh.org/admin/uploads/298_UKMEC_200506.pdf

ACOG Practice Bulletin. Clinical guidelines for obstetrician-gynaecologists. NO 73. *Obstet Gynecol* 2006;107:1453-1472

FDRCV MULTIPLES

	COC/ P/R	CIC	POP	Prog INJ	IMP	Cu- IUD	LNG- IUD
Multiple risk factors for arterial cardiovascular disease (e.g. older age, smoking, diabetes and hypertension)	3/4	3/4	2	3	2	1	2

chirurgie bariatrique

1- sexualité

La perte de poids par

- **des méthodes non chirurgicales** améliore considérablement le désir sexuel et le nombre d'orgasmes

- **induite par la chirurgie bariatrique :**

les données sont peu nombreuses, mais décrivent toutes une amélioration de l'image du corps et de la sexualité

Il existe une corrélation positive entre la perte de poids (- 35 kg) et la fréquence des rapports sexuels la libido, un an après la chirurgie

2 - ➔ fertilité

chirurgie bariatrique et contraception

La contraception ne doit pas être négligée
dans la prise en charge globale de ces patientes

a été très peu étudiée, mais on sait que l'efficacité des
contraceptifs hormonaux dépend de leur absorption digestive
chirurgie malabsorptive ↘ leur l'efficacité

l'utilisation d'une autre méthode de contraception

- **non orale** :

EP sous forme d'anneau vaginal, implants progestatifs

- **locale** : préservatif, stérilet

Consultation pré contraceptive

Identifier les patientes à haut risque RCV et TEVP

Interrogatoire:

tabagisme, d'antécédents personnels et familiaux
thrombo-emboliques et CV,
mode de vie,

examen clinique:

l'état veineux des membres inférieurs, poids, taille,
tour de taille (TT), et de la pression artérielle (PA)

prise de sang : BGL (GAJ, CT, HDL- cholestérol, TG)

Éventuellement, un bilan de l'hémostase
en fonction de l'anamnèse.

QUE CONSEILLER EN 2011 ?

- COC contenant des
- **progestatifs de deuxième génération**, en raison de leur moindre risque TEVP : **G2**: 2,9 < **G3**: 4 *
 - **l'E2 mieux que l'EE??** mais pas encore d'études
 - **folates** afin de prévenir une malformation du SNC lors d'une grossesse ultérieure

QUE CONSEILLER EN 2011 ?

Dès que la femme a un âge > 35 ans,

ou

qu'elle a d'autres FDRCV:

IMC > 35

Hyperlipémie

tabagisme,

hypertension artérielle,

(POP) et les stérilets, classés par l'OMS en niveau 1

QUELLES RECOMMANDATIONS en 2011 POUR LA CONTRACEPTION ?

OMS 2008

Tous les CO au grade 2 peuvent en principe être utilisés à condition de procéder à une évaluation soigneuse de la balance bénéfice/risque

Si d'autres FDRCV s'ajoutent à l'obésité : tabagisme, diabète, hypertension, âge, etc

Les contraceptifs ne contenant que des progestatifs (POP) et le stérilet en cuivre sont autorisés

JB 2011

- 1 - Identifier les patientes à haut risque RCV et TEVP
- 2 - Prudence dans l'initiation de la CO
Protection locale pendant une période + longue,
 - ➔ IL entre 2 plaquettes (24/4) périodes d'arrêt de 4 jours
- Pilule avec « extension » 84 cp actifs
 - Pilule en continu non stop
- 4 - voie d'administration préférable « non orale » : anneau, stérilet surtout si chirurgie bariatrique

Ré-évaluation régulière de la contraception en fonction de IMC au moins **une fois par an** : IMC, TT, GAJ, TG , HDL

Conclusions

- En raison de ↗ l'incidence de l'obésité,
 - Des études sont nécessaires pour sur la contraception de la femme obèse
 - **l'efficacité**
 - **l'inocuité** dans cette population chez laquelle le risque d'une grossesse comporte plus de risques
 - **Etablir des recommandations**

La contraception de la femme obèse une prescription simple ?? ...

Merci pour votre attention

QUID DES SUPER OBESES ?
RIEN dans OMS !!!

MERCI

Docteur Juliane BERDAH
dr.berdah@online.fr

Conclusion

La contraception
est
raisonnablement sûre

Ce sont
certaines femmes
qui sont à risque !

LES RISQUES AU 1^{er} TRIMESTRE DE GROSSESSE



Les Contraceptions œstroprogestatives disponibles en France en 2010

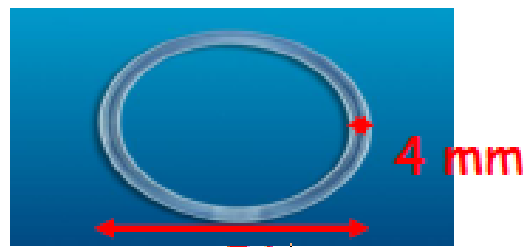
1) Dose et type d'œstrogènes

- *Ethinyl œstradiol* +++ 50-40-30-20 ou 15 µg par cp
- *Valérate d'œstradiol* depuis 2009, 1, 2 ou 3 mg par cp dans même plaquette

2) Génération du progestatif

- **1^{ère} génération** : noréthistérone, lynestrénol, acétate chlormadinone
- **2^{ème} génération** : lévonorgestrel, norgestrel
- **3^{ème} génération** : gestodène, norgestimate, gestodène
- « **4^{ème}** » génération : drospirénone
- « **Hors génération** » : acétate de cyprotérone

3) Voie d'administration



Depuis 2004

1 anneau pdt 3 semaines



Depuis 2004

1 patch par semaine pdt 3 semaines

Les Contraceptions **progestatives** disponibles en France en 2010

• Par voie orale

Microprogestatifs en prise quotidienne :

- Lévonorgestrel 0,075 mg
- Désogestrel 0,03 mg

Macroprogestatifs :

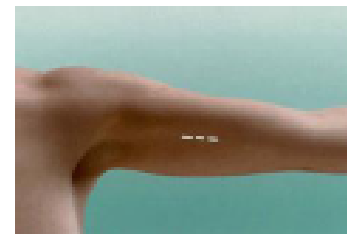
prégnanes ou norprégnanes
pas d'AMM en contraception

• Par voie parentérale

Implant = **Etonogestrel**
68 mg
pour 3 ans

Dispositif intra-utérin =
Lévonorgestrel 52 mg
pour 5 ans

DMPA = acétate de
médroxyprogestérone
150 mg pour 3 mois



The Shot - Depo
Provera

