

La contraception hormonale en quelques questions

Guylène Thériault et Anick Cloutier



Vous voulez prescrire des contraceptifs hormonaux ? Lisez ce qui suit !

Depuis leur lancement, en 1960, les contraceptifs hormonaux n'ont cessé d'évoluer. Leur popularité est telle que près d'une femme sur cinq, entre 15 et 49 ans, a recours à ce moyen de contraception.

Leur efficacité est indiscutable lorsqu'ils sont bien utilisés. Toutefois, le taux d'échec réel se situe entre 3 % et 8 %. Les grossesses non désirées qui en résultent sont souvent causées par un problème d'observance. Parfois, le schéma posologique ou la voie d'administration ne conviennent pas à la patiente, parfois cette dernière vit difficilement les effets indésirables. Heureusement, l'éventail de choix offerts permet d'éviter de telles situations dans la plupart des cas.

Les différents contraceptifs contiennent tous le même type d'œstrogène, soit l'éthinylœstradiol. Les produits se différencient donc par leur dose d'œstrogène ou par le type de progestatif utilisé (œstrane, gonane, prégnane et dérivé de la spironolactone) (tableau I).

L'efficacité des différents progestatifs est équivalente, mais les œstranes seraient globalement moins bien tolérés que les progestatifs des autres classes¹.



Quelques outils pour vous aider à prescrire...

Il est indispensable, pour tout omnipraticien, de bien connaître les produits existants, qu'ils soient sous forme orale, injectable – Depo-Provera, transdermique – Evra, vaginale – NuvaRing ou intra-utérine – Mirena (tableau I).

La D^{re} Guylène Thériault, omnipraticienne, exerce à l'unité de médecine familiale du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau. M^{me} Anick Cloutier, pharmacienne, exerce à la pharmacie François Tremblay, affiliée au Comptoir Santé Wal-Mart, à Gatineau.

Tous les contraceptifs contenant moins de 50 µg d'éthinylœstradiol (oraux monophasiques ou multiphasiques, transdermiques, vaginaux) peuvent être utilisés en continu³, mais le Consensus canadien sur la contraception recommande de privilégier la plus faible dose d'œstrogènes possible, autant pour les modes cyclique que continu⁴.

Pour ce qui est du mode continu, il n'y a aucune règle stricte à suivre, sauf que l'intervalle sans hormone ne doit pas dépasser sept jours. Ce mode d'administration est sûr et ne donne pas plus d'effets indésirables que le mode cyclique⁴.

Tous les produits sur le marché ont une efficacité contraceptive équivalente. L'observance est toutefois meilleure pour le timbre que pour les contraceptifs oraux⁵. Cet élément est à considérer chez les femmes qui ont de la difficulté avec la prise quotidienne d'un comprimé.

Pour le Depo-Provera, le risque de diminution de la masse osseuse (bien que jugé cliniquement peu important dans un rapport de l'INSPQ⁶) et le gain de poids⁴ qui y sont associés en font un choix de traitement moins approprié en première intention. Cette option demeure toutefois tout à fait acceptable dans certaines circonstances. Il faut savoir trouver le bon moyen contraceptif pour chaque patiente.



Les pièges à éviter

Il faut éviter de changer trop rapidement le contraceptif. Si les effets indésirables sont tolérables, il faut rassurer la patiente en lui expliquant qu'ils disparaissent généralement après trois cycles.

Les saignements irréguliers sont présents chez de 10 % à 30 % des femmes et constituent une cause courante d'abandon du traitement.

Si un saignement irrégulier perdure au-delà de trois cycles, il faut exclure la possibilité d'une maladie de l'utérus ou du col, d'une grossesse, d'une malabsorption ou d'une infection (comme la chlamydiae). Il est aussi

Tableau 1

Contraceptifs en vente au Canada

Contraceptifs hormonaux combinés

Éthinylœstradiol	Médicament d'origine (générique)	Progestatif (dose quotidienne)	
Contraceptifs monophasiques			
15 µg	NuvaRing	■ Étonogestrel (0,12 mg)	
20 µg	Alesse (Aviane)	■ Lévonorgestrel (0,1 mg)	
	Minestrin	■ Acétate de noréthindrone (1 mg)	
	Yaz*	■ Drospirénone (3 mg)	
	Evra	■ Norelgestromine (0,15 mg)	
30 µg	Loestrin	■ Acétate de noréthindrone (1,5 mg)	
	Demulen	■ Diacétate d'éthinodiol (2 mg)	
	Marvelon, Ortho-Cept (April)	■ Désogestrel (0,15 mg)	
	Seasonale*, Min-Ovral (Portia)	■ Lévonorgestrel (0,15 mg)	
	Yasmin	■ Drospirénone (3 mg)	
35 µg	Brevicon 0,5/35, Ortho 0,5/35	■ Noréthindrone (0,5 mg)	
	Select 1/35, Brevicon 1/35, Ortho 1/35	■ Noréthindrone (1 mg)	
	Cyclen	■ Norgestimate (0,25 mg)	
	Diane-35 (CyEstra 35)†	■ Acétate de cyprotérone (2 mg)	
50 µg	Ovral	■ Norgestrel (0,5 mg)	
Contraceptifs biphasiques			
35 µg	Synphasic	■ Noréthindrone (0,5 mg X 12 – 1 mg X 9)	
Contraceptifs triphasiques			
25 µg	Tri-Cyclen LO	■ Norgestimate (0,18 mg X 7 – 0,215 mg X 7 – 0,250 mg X 7)	
	Linessa	■ Désogestrel (0,1 mg X 7 – 0,125 mg X 7 – 0,15 mg X 7)	
30 µg X 6 40 µg X 5 30 µg X 10	Triquilar	■ Lévonorgestrel (0,05 mg X 6 0,075 mg X 5 0,125 mg X 10)	
	35 µg	Ortho 7/7/7	■ Noréthindrone (0,5 mg X 7 – 0,75 mg X 7 – 1 mg X 7)
		Tri-Cyclen	■ Norgestimate (0,18 mg X 7 – 0,215 mg X 7 – 0,25 mg X 7)

Contraceptifs avec progestérone seule

Nom	Type	Dose	Type de progestatif	Durée
Micronor	Comprimé	5 µg	■ Noréthindrone	Prise quotidienne
Depo-Provera	Injection	150 mg	■ Acétate de médroxyprogestérone	3 mois
Mirena	Stérilet	52 mg (de 11 µg à 20 µg par jour)	■ Lévonorgestrel	5 ans

* Le nombre de comprimés actifs est de 24 pour Yaz et de 84 pour Seasonale. † Un avis de Santé Canada, paru en 2003 et mis à jour en 2009, mentionne que ce produit ne doit pas être prescrit uniquement pour son action contraceptive. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/_2003/diane-35_2_hpc-cps-fra.php. Selon des données récentes, toutefois, le risque de thrombo-embolie causée par l'acétate de cyprotérone est semblable à celui d'autres progestatifs, mais supérieur au risque posé par le lévonorgestrel².

Légende : ■ : œstranes ; ■ : gonanes ; ■ : prégnanes ; ■ : dérivés de la spironolactone.

Source : Association des pharmaciens du Canada. CPS en ligne. 2010. Site Internet : www.pharmacists.ca/content/products/ecps_french.cfm (Date de consultation : février 2010).

Tableau II**Effets indésirables courants des contraceptifs^{4,5,7}**

Effets indésirables	Conduite possible
Métrorragie	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Prise cyclique : ajouter Premarin 0,625 mg, de 1 co à 2 co, 1 f.p.j. (ou Estrace) X 7 jours ☉ Prise continue : pause d'une durée de trois à sept jours ☉ Changer de type de progestatif ou essayer NuvaRing
Sensibilité mammaire	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Diminuer l'apport en caféine ☉ Diminuer la dose d'œstrogène
Nausées et vomissements	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Prendre le comprimé avec des aliments et au coucher ☉ Réduire la dose d'œstrogène
Aménorrhée	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Écarter la possibilité d'une grossesse ☉ Ne rien faire si la patiente est d'accord ☉ Premarin, de 0,625 mg à 1,25 mg, 1 f.p.j. (ou Estrace) x 10 jours/cycle ☉ Changer de type de contraceptif (on peut augmenter la concentration d'œstrogène, sans dépasser 35 µg)
Chloasma (assombrissement de la pigmentation de la peau du visage)	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Changer de contraceptif est inutile ☉ L'arrêt peut aider, mais la régression n'est pas toujours observée (l'effet peut être permanent)
Maux de tête	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Si les maux de tête sont déclenchés par l'intervalle sans hormones, essayer la prise en continu
Diminution de la libido	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Diminuer la dose d'œstrogène ☉ Essayer des voies d'administration différentes
Douleur menstruelle Ballonnements	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Essayer la prise en continu

possible que ces saignements soient causés par le tabagisme, la non-observance ou encore l'utilisation de médicaments ou de produits naturels. Lorsque l'observance est adéquate et que toute autre cause a été exclue, il faut penser à une atrophie de l'endomètre.

Je fais une réaction : est-ce que ce sont mes pilules ?

Le *tableau II* présente les effets indésirables courants associés aux contraceptifs ainsi que certains moyens d'y remédier^{4,7}. Les recommandations sont pour la plupart empiriques. En effet, il existe bien peu de données fiables pour confirmer leur efficacité.

Comme la plupart des effets indésirables disparaissent avec le temps, **rassurer la patiente s'avère souvent le premier choix de traitement.**

Y a-t-il une interaction avec mes autres médicaments ?

Le potentiel d'interaction des contraceptifs est vaste. En effet, tous les médicaments métabolisés par l'isoen-

zyme CYP 3A4 du cytochrome P450 entraînent une augmentation du métabolisme de l'anovulant.

De multiples études n'ont pas révélé de diminution des taux sanguins des contraceptifs avec l'utilisation d'une grande panoplie d'antibiotiques. Toutefois, certains médicaments diminuent réellement la concentration des contraceptifs, dont la rifampicine, plusieurs anticonvulsivants, les inhibiteurs de la protéase, la cyclosporine, l'isotrétinoïne (Accutane), le millepertuis et la griséofulvine⁸.

Et le prix ?

Le prix des différents contraceptifs oraux est semblable, à un peu moins de 20 \$ par mois. Le timbre et l'anneau coûtent plus cher, soit 60 \$ par mois. Le stérilet Mirena, lui, se détaille à 365 \$ pour cinq ans.

Est-ce sur la liste ou pas ?

Depuis l'arrivée de génériques, il faut payer un



Ce que vous devez retenir...

- ⊗ Les contraceptifs hormonaux sont efficaces et sûrs.
- ⊗ Tous les contraceptifs contenant moins de 50 µg d'éthinylœstradiol peuvent être utilisés de façon continue.
- ⊗ Il est recommandé de privilégier la plus faible dose d'œstrogène.
- ⊗ Les effets indésirables sont la plupart du temps mineurs et transitoires.

excédent de 2 \$ à 3 \$ pour les contraceptifs d'origine (tableau I). Par ailleurs, le seul contraceptif n'étant pas couvert par la RAMQ est Diane-35 et son générique. 📄

Bibliographie

1. Maitra NN, Kulier R, Bloemenkamp K et coll. Progestogens in combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Syst Rev* 2004 ; (3) : CD004861.
2. Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen AL et coll. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: National follow-up study. *BMJ* 2009 ; 339 : b2890.
3. Directive clinique canadienne de consensus sur la contraception hormonale continue et de longue durée. *JOGC* 2007 ; 29 (7) : suppl. 2. Site Internet : www.sogc.org/guidelines/documents/gui195CPG0707f.pdf (Date de consultation : février 2010).
4. Directive clinique de la SOGC. Consensus canadien sur la contraception. *JOGC* 2004 ; 143 : 255-71.
5. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF et coll. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Syst Rev* 2008 : 1.
6. Guilbert ER, Brown J, Kaunitz A et coll. *Utilisation contraceptive de l'acétate de médroxyprogestérone en dépôt et son impact potentiel sur la santé osseuse*. Actes de la journée de consensus du 15 février 2008. Québec : Institut national de santé publique du Québec ; 2008. Site Internet : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/785-AcetateMedroxyImpact.pdf (Date de consultation : février 2010).
7. Maheux R. *Précis de contraception hormonale et de gynécologie ambulatoire*. 3^e éd. Montréal : Aquarium Média ; 2007.
8. Faculty of family planning and reproductive health care. Drug interaction with hormonal contraception (FFPRHC guidance). *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005 ; 31 (2) : 139-51.

Avant de prescrire un médicament, consultez les renseignements thérapeutiques publiés par les fabricants pour connaître la posologie, les mises en garde, les contre-indications et les critères de sélection des patients.

Le Médecin du Québec

Thèmes de formation continue des prochains numéros

- **Juin 2010**
Visites en salle de réanimation
- **Juillet 2010**
Les soins périopératoires
- **Août 2010**
La médecine en CHSLD
- **Septembre 2010**
Le diabète
- **Octobre 2010**
Le sein
- **Novembre 2010**
Les troubles de la personnalité
- **Décembre 2010**
La médecine factuelle
- **Janvier 2011**
L'environnement

