

Contraception hormonale en péri-ménopause

l'antidote à bien des maux

par Chantal Marquis

« J'ai 48 ans, j'ai des chaleurs, je dors peu et j'ai des saignements menstruels abondants et irréguliers. Mon docteur m'a suggéré de prendre des contraceptifs oraux. J'ai peur du "chimique", j'ai peur des complications, et puis, de toute façon, à mon âge, tomber enceinte... Voyons donc! »

LE PRATICIEN EST DE PLUS EN PLUS SOUVENT en présence de problèmes de contraception chez les femmes en péri-ménopause à cause de la cohorte des *baby-boomers* qui arrivent à cette phase de la vie. En effet, le nombre de femmes âgées de 40 à 49 ans a augmenté de 85 % en 20 ans¹.

La fertilité à cet âge est en déclin, mais le risque de grossesse persiste et est souvent sous-estimé. La moitié de ces grossesses ne sont pas planifiées, et 60 % de ces dernières se terminent par une interruption volontaire de grossesse (IVG)¹.

Au Québec, la croissance du taux d'avortements chez les femmes de plus de 35 ans est la plus élevée après celle des adolescentes de 20 ans et moins. La péri-ménopause est également la période de transition où les cycles menstruels perdent leur régularité et où les changements hormonaux amènent différents symptômes d'instabilité vasomotrice, des troubles de l'humeur et des dysfonctions sexuelles. La phase précoce est surtout marquée par des cycles anovulatoires et par un état d'hyperœstrogénie causant l'hyperménorrhée, la mastalgie et une prise de poids, suivi d'une phase d'hypoœstrogénie accompagnée d'oligoménorrhée².

La D^{re} Chantal Marquis, omnipraticienne, exerce à la clinique de planification des naissances du Centre hospitalier régional de Rimouski.

La femme qui aspire à une meilleure qualité de vie sera en quête d'une contraception efficace qui contrôlera les symptômes liés au chaos hormonal de cette période de la vie. La contraception hormonale répond adéquatement à ces besoins.

Contraceptifs oraux en péri-ménopause : y a-t-il un danger ?

La prise de contraceptifs oraux (CO) en péri-ménopause est en croissance grâce à l'amélioration des connaissances scientifiques sur les risques et les bénéfices qui y sont liés. Selon les résultats de l'enquête Santé Québec effectuée en 1998, 7,1 % des femmes de 35 à 44 ans prenaient des CO, comparativement à 2,9 % en 1992.

En plus d'offrir une contraception fiable, les CO procurent de nombreux avantages, tels le contrôle des saignements irréguliers et le soulagement des symptômes dus aux variations hormonales. La prise de CO est également liée à une baisse de la prévalence des chirurgies gynécologiques, à une nette diminution de certaines néoplasies telles que le cancer de l'ovaire, de l'endomètre et du côlon-rectum, et à la préservation de la masse osseuse^{3,4}.

Les risques des CO pour une femme plus âgée en santé sont comparables aux risques auxquels est exposée l'adolescente. Toutefois, la présence de facteurs de risque étant

Les risques des contraceptifs oraux pour une femme plus âgée en santé sont comparables aux risques auxquels est exposée l'adolescente. Toutefois, la présence de facteurs de risque étant plus fréquente avec l'âge, le médecin doit être plus vigilant lors de l'anamnèse.

plus fréquente avec l'âge, le médecin doit être plus vigilant lors de l'anamnèse.

Maladie thrombo-embolique

Le risque de thrombophlébite profonde (TPP) est de trois à quatre fois plus élevé chez les patientes prenant des CO, mais ce risque est surtout présent la première année d'utilisation. Si la patiente a déjà pris des CO antérieurement ou si elle a eu une grossesse, le risque devient mineur. Le tabac et les varices aux membres inférieurs ne modifient pas le taux de complications thrombo-emboliques⁵.

Maladie cardiovasculaire (MCV)

Chez la patiente normotendue non fumeuse, le risque de MCV n'est pas plus élevé si elle prend des CO. Par contre, le tabagisme en augmente manifestement l'incidence. Si une fumeuse prend des CO à très faible dose d'œstrogènes (Alesse®, Minestrin^{MD} 1/20), le risque relatif de MCV serait moindre⁶. Mais le tabagisme chez la femme de plus de 35 ans demeure une contre-indication à la prescription de CO. Les risques et les bénéfices doivent être analysés cliniquement s'il y a présence concomitante de diabète, d'hypertension artérielle (HTA), de dyslipidémie, d'obésité (IMC > 30) ou d'antécédents familiaux de MCV précoce.

Accident vasculaire cérébral (AVC)

La patiente en bonne santé qui prend des CO ne court aucun danger additionnel d'AVC. L'incidence est toutefois accrue dans les cas de tabagisme, d'HTA non maîtrisée et de migraine avec aura⁴. Si la patiente souffre de migraines classiques sans aura, on pourrait envisager de lui prescrire des CO à faible dose d'œstrogènes en faisant un suivi médical plus fréquent.

Si la fréquence ou l'intensité des migraines augmentent ou si des symptômes neurologiques apparaissent, la patiente devra arrêter de prendre le médicament⁴.

Hypertension artérielle

Les CO peuvent augmenter légèrement la tension artérielle chez une minorité de patientes, et ce problème est

réversible à l'arrêt du traitement. Cette élévation n'est liée ni à la dose d'œstrogènes, ni à la durée d'utilisation⁶. L'HTA n'est pas une contre-indication à la prise de CO, sauf si elle n'est pas maîtrisée¹.

Dyslipidémie

Les CO modifient peu le bilan lipidique, sauf dans les cas de dyslipidémies familiales (voir l'article du D^r Gilles Côté, dans ce numéro).

Néoplasie du sein

Le risque relatif de cancer du sein attribuable aux CO est de 1,24 pendant l'utilisation, ce qui est cliniquement négligeable chez une patiente sans facteurs de risque. Ce faible risque disparaît complètement 10 ans après que la patiente a arrêté de prendre régulièrement des CO⁷. Aucune corrélation n'a été établie entre les antécédents familiaux de néoplasie mammaire et les CO prescrits actuellement¹.

Ostéoporose

Les CO ont un effet positif sur la densité osseuse : on note une réduction de 30 % des fractures de la hanche chez les femmes qui ont pris des CO pendant la quarantaine par rapport à celles qui n'en ont pas pris⁸.

Comment et quand passer des CO à l'hormonothérapie de remplacement (HTR) ?

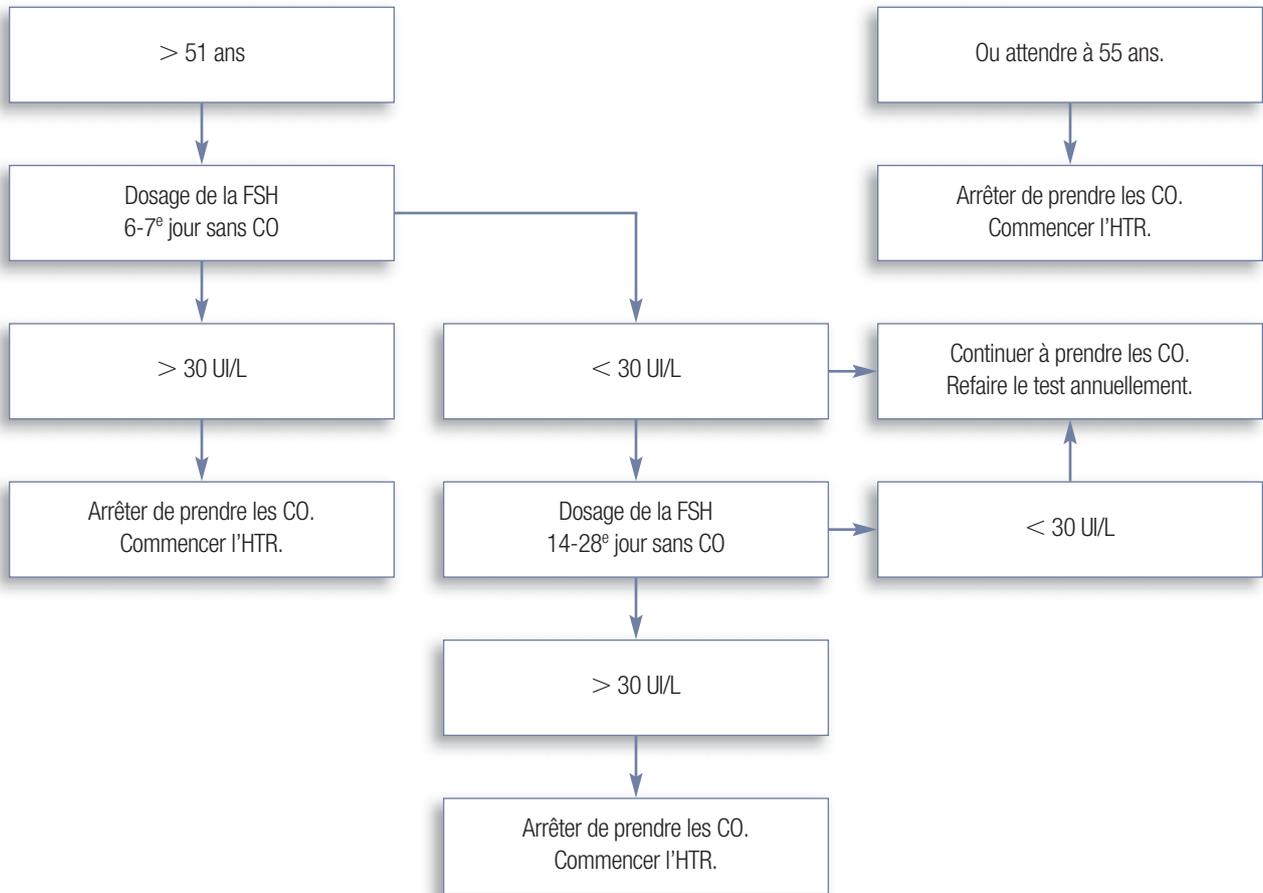
À 51 ans, la moitié des femmes ont atteint la ménopause. Il est donc indiqué de penser à cesser les CO et à commencer l'HTR afin de donner la plus petite dose d'œstrogènes nécessaire pour contrôler les symptômes vasomoteurs. Il faut cependant noter que l'HTR n'inhibe pas l'axe hypothalamohypophysaire et ne prévient pas la grossesse, d'où l'importance de faire le diagnostic de la ménopause avant que la patiente arrête de prendre les CO^{2,12}.

Pour faire ce diagnostic, la méthode arbitraire classique est la mesure sérique de la gonadotrophine (FSH, pour *follicle stimulating hormone*), qui doit être supérieure à 30 UI/L au sixième ou au septième jour de la semaine suivant l'arrêt des CO. La sensibilité de cette méthode est toutefois

Pour faire le diagnostic de ménopause, la méthode arbitraire classique est la mesure sérique de la gonadotrophine (FSH), qui doit être supérieure à 30 UI/L au sixième ou au septième jour de la semaine suivant l'arrêt des contraceptifs oraux. La sensibilité de cette méthode est toutefois faible.

FIGURE

Comment passer des contraceptifs oraux à l'hormonothérapie de remplacement



faible^{3,9}. Si le résultat du dosage de la FSH est inférieur à ce nombre, un faux négatif est possible, ce qui signifie que la ménopause n'est pas exclue automatiquement. À ce moment, le clinicien peut choisir de refaire le test un an plus tard ou d'interrompre la prise des CO pendant 14 à 28 jours et de refaire un dosage de la FSH pour augmenter la sensibilité du test (voir la figure)^{10,11}.

Selon les recommandations récentes, le dosage de l'hormone lutéinisante (LH) et de l'estradiol n'est pas indiqué pour le diagnostic de la ménopause.

Néanmoins, il n'y a pas d'urgence à passer des CO à l'HRT, car il n'y a pas de risque à prendre une dose d'œstrogènes plus forte pendant quelques années à la ménopause. Il est possible d'attendre à 55 ans et de commencer l'HRT d'emblée, et ce, sans examens d'investigation. L'American College of Obstetricians and Gynecologists préco-

nise cette dernière approche pour éviter les grossesses non désirées et les effets secondaires liés à l'arrêt temporaire des CO nécessaire pour effectuer le dosage de la FSH¹³.

Qu'en est-il des progestatifs ?

Les contraceptifs à base de progestatifs seuls peuvent s'avérer un second choix intéressant en péri-ménopause, surtout lorsque les CO sont contre-indiqués ou ne sont

P R É V E N T I O N

Selon les recommandations récentes, le dosage de l'hormone lutéinisante (LH) et de l'estradiol n'est pas indiqué pour le diagnostic de la ménopause.

pas tolérés. Ils soulagent de façon notable les malaises liés à la périménopause. Ils sont cependant moins efficaces que les CO contre les symptômes vasomoteurs.

On leur attribue beaucoup d'avantages : ils n'ont pas d'effet sur les taux de lipides ni sur l'hypertension artérielle, et ils ont très peu d'influence sur la coagulation⁵. Ils peuvent être utilisés notamment en présence de maladie cardiovasculaire, de diabète, de migraine avec aura et de lupus érythémateux disséminé⁵. De plus, ils diminuent le risque de néoplasie de l'endomètre, de léiomyome utérin et de syndrome prémenstruel.

Leurs effets secondaires sont principalement les saignements irréguliers, qui ont tendance à diminuer avec le temps. Cet inconvénient en périménopause peut entraîner un recours inutile aux examens diagnostiques et aux chirurgies gynécologiques. Leurs autres effets secondaires sont l'acné, la mastalgie, la céphalée et les troubles de l'humeur.

De plus, la FSH n'est habituellement pas inhibée par les progestatifs. Toutefois, elle peut l'être partiellement lorsque la patiente prend du Depo-Provera[®] et la première année suivant l'implantation du Norplant[®]. Par conséquent, il peut être difficile d'interpréter le dosage de la FSH pour faire le diagnostic de la ménopause^{11,12,14}.

Micronor[®]

Cette forme de progestérone orale micronisée, couramment appelée la minipilule, est critiquée parce que son taux d'échec contraceptif est un peu plus élevé lorsque la patiente ne la prend pas avec une régularité rigoureuse. Son efficacité est supérieure en périménopause, car la fertilité est déjà moindre. Les effets secondaires sont moins courants qu'avec les autres progestatifs, mais par contre, la fréquence des kystes ovariens est légèrement accrue^{5,6}.

Depo-Provera[®]

Ce progestatif injectable trimestriellement est une forme de contraception très efficace. La variation pondérale est cependant fréquente, et un état d'hypo-œstrogénie peut affecter la densité osseuse. Des études montrent que son

emploi est associé à une perte de masse osseuse de 1,1 à 4,5 % annuellement, mais cette dernière serait réversible après l'arrêt du traitement. De plus, à l'heure actuelle, il n'y a aucune preuve qu'il peut entraîner des conséquences cliniques comme l'ostéoporose fracturaire. Certains auteurs proposent un dépistage par ostéodensitométrie après cinq ans d'utilisation chez les femmes de plus de 40 ans, mais cette mesure n'est pas appuyée par les recommandations officielles, qui se font des plus rassurantes. Toutefois, il est de mise de prescrire un supplément de calcium et de vitamine D en prophylaxie^{5,7,17-19}.

Norplant[®]

Cet implant de lévonorgestrel a l'avantage de n'entraîner aucun état d'hypo-œstrogénie, c'est-à-dire qu'il n'entraîne aucun risque d'ostéoporose ni d'exacerbation des symptômes liés à la périménopause. Par contre, l'ovulation peut persister et le risque de kystes ovariens n'est pas diminué^{5,6}.

Mirena

Ce nouveau dispositif intra-utérin contenant du lévonorgestrel est excellent pour diminuer les ménorragies, fréquentes en périménopause⁶. Il est efficace pendant cinq ans et peut être laissé en place, associé à une œstrogénothérapie de remplacement, une fois la ménopause confirmée. Son effet protecteur contre l'hyperplasie de l'endomètre remplace l'action du progestatif systémique de l'HTR. Bien que l'indication pour cette utilisation soit acceptée dans certains pays, elle ne l'est pas encore au Canada. Des études sont actuellement en cours aux États-Unis sur un stérilet à plus faible teneur en lévonorgestrel pour un emploi en postménopause. ❧

Date de réception : 6 novembre 2001.

Date d'acceptation : 18 novembre 2001.

Mots clés : périménopause, contraception, contraceptif oral, progestatif.

Bibliographie

1. Grimes DA. Contraception for women in the perimenopause. *The Contraception Report* mars 2001 ; 12 (1) : 4-14.

Les progestatifs soulagent de façon notable les malaises liés à la périménopause. Ils sont cependant moins efficaces que les contraceptifs oraux contre les symptômes vasomoteurs. On leur attribue beaucoup d'avantages : ils n'ont pas d'effet sur les taux de lipides ni sur l'hypertension artérielle, et ils ont très peu d'influence sur la coagulation.

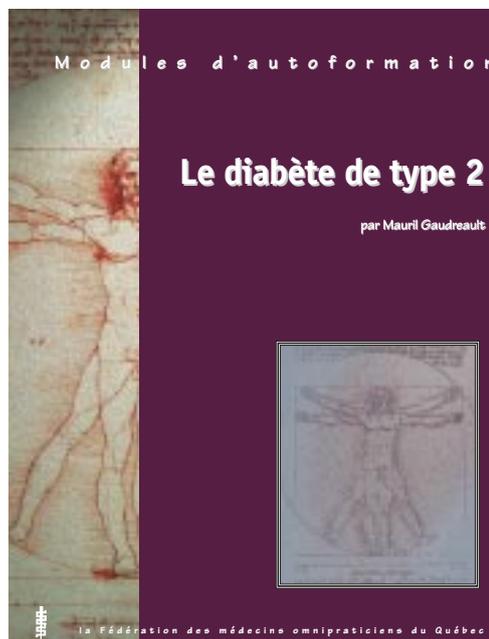
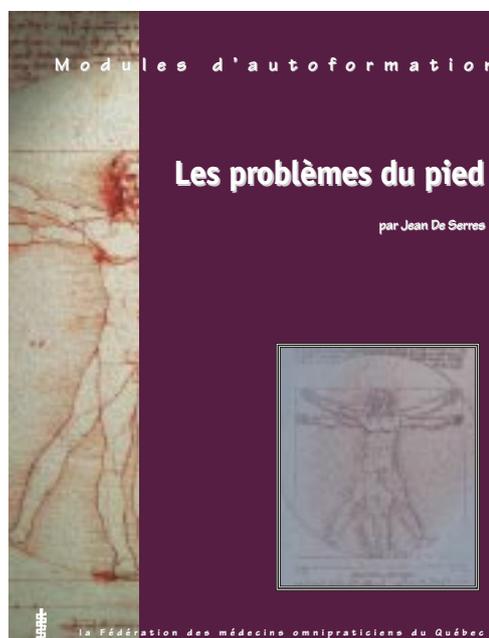
S U M M A R Y

Hormonal contraception in perimenopause: antidote to many pains. Oral contraceptives (OCs) offer many benefits during perimenopause: they improve vasomotor symptoms and mood and sexual disorders. Risks are comparable to those observed in young women. From 51 years old to 55, it is possible to switch from OCs to hormone replacement therapy (HRT) by dosing FSH at the seventh day without hormones. However, it is preferable to wait 14 to 28 days in order to make a good diagnosis. From 55 years old and on, it is possible to directly switch to HRT without test. Progestatives can also be very useful during perimenopause but remain a second choice because of their side effects.

Key words: perimenopause, contraception, oral contraceptives, progestative.

2. Adriaanse A. Contraceptive use in the perimenopause. *Gynaecology Forum – FIGO Congress issue* septembre 2000 : 6-7.
3. Case AM, Reid RL. Diagnosis of menopause in perimenopause women taking oral contraceptives. *Journal SOGCO* octobre 1998 ; 20 (12) : 1159-62.
4. Winter JTV, Bernard ME. Oral contraceptive use during the perimenopausal years. *American Family Physician* 15 octobre 1998 ; 58 (6) : 1373-7.
5. Archer DF. Contraception for the 21st century. *Clin Obstet Gynaecol* mars 2001 ; 44 (1) : 60-127.
6. Shaaban MM. The perimenopause and contraception. *Maturitas. Journal of the Climacteric & Postmenopause* 1996 ; 23 : 181-92.
7. Collaborative group on hormonal factors in breast cancer and hormonal contraceptives. *Lancet* 1996 ; 347 : 1713-27.
8. Kaunitz AM. Oral contraceptive use in perimenopause. *Am J Obstet Gynecol* août 2001 ; 185 (2) : S32-7.
9. Bessette P. Trucs du métier. L'estradiol : plus pratique que l'hormone folliculo-stimulante. *Le Clinicien* 1999 ; 14 (10) : 40-1.
10. Castracane VD, Gimpel T, Goldzieher JW. When is it safe to switch from oral contraceptives to hormonal replacement therapy? *Contraception* 1995 ; 52 : 371-6.
11. Westhoff C. Contraception at age 35 years and older. *Clin Obstet Gynaecol* décembre 1998 ; 41 (4) : 951-6.
12. Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 6^e éd. Philadelphie : Lippincott, Williams & Wilkins, 1999 : 651-3.
13. La Vallée J, Wysocki S. Selection of oral contraceptives or hormone replacement therapy: Patient communication and counseling issues. *Am J Obstet Gynecol* août 2001 ; 182 (2) : S57-64.
14. Petitti DB, Piaggio G, Mehta S, Cravioto MC, Meirik O. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. *Obstet Gynecol* mai 2000 ; 95 (5) : 736-44.
15. Costa Paiva L, Pinto-Neto AM, Faundes A. Bone density among long-term users of medroxyprogesterone acetate as a contraceptive. *Contraception* 1998 ; 58 : 351-5.
16. Tang OS, Tang G, Yip P, Li B, Fan S. Long-term depot-medroxyprogesterone acetate and bone mineral density. *Contraception* 1999 ; 59 (1) : 25-9.

Modules d'autoformation



67

En vente chez Somabec et
au stand d'accueil des congrès
de formation continue de la FMOQ

Renseignements : 1 800 361-8118
Télécopieur : (450) 774-3017
Courriel : bp295@somabec.qc.ca