



Prescrire une contraception orale œstroprogestative chez la femme de plus de 35 ans : 2- les conditions de prescription.

Nous avons analysé dans le Bibliomed N°293, à partir d'une étude de synthèse américaine, le rapport bénéfique/risque d'une contraception orale (CO) par œstroprogestatif (OP) chez la femme de plus de 35 ans. La même étude analyse les conditions de prescription en pratique quotidienne. Nous les résumons ici.¹

1- Les examens avant la prescription : l'opinion des experts médicaux a changé en ce qui concerne les examens de routine avant la prescription d'OP. Ils peuvent être un frein à la CO et renforcer la croyance que les OP sont dangereux. Aussi de nombreuses organisations professionnelles et l'OMS disent que l'examen pelvien n'est pas nécessaire avant le début de la contraception. L'interrogatoire et la mesure de la TA suffisent à déceler les contre-indications aux OP. L'examen de routine des seins et la mammographie restent controversés avant 50 ans et ne sont pas obligés lors de la prescription initiale d'OP. Avant 45 ans, le bilan lipidique est recommandé uniquement en cas d'antécédents familiaux de dyslipidémie ou en cas d'autre facteur de risque cardio-vasculaire (CV).

2- La prescription selon les résultats

- **La tension artérielle :** Pour l'OMS une TA 16/10 est une contre-indication absolue des OP. Aucune étude ne montre que le traitement de l'HTA réduit le risque CV chez les femmes prenant un OP, alors qu'il est diminué chez celles n'en prenant pas. En cas de TA limite, la prescription est possible, mais il est faut rester vigilant.

- **Le profil lipidique :** En cas de dyslipidémie moyenne la prescription est possible, mais sous surveillance étroite. Si le LDL est 1,60 g/l, le HDL 0,35 g/l et les triglycérides 2,50g/l la prescription doit être reportée jusqu'à un meilleur contrôle. Si les OP de 3^{ème} génération ont un effet bénéfique sur le profil lipidique, il n'y a pas actuellement de données montrant un bénéfice clinique.

- **Le tabagisme :** Le risque absolu de mort CV chez les fumeuses prenant un OP est de 3,3/100000 avant 35 ans et 29,4/100000 après 35 ans. L'OMS contre-indique les OP chez les femmes de plus de 35 ans fumant > 15 cigarettes/j. Pour celles fumant <15 cigarettes/j les autres facteurs de risque doivent être pris en compte.

- **Des antécédents familiaux de K du sein:** Ce n'est pas une contre indication de l'OMS. Mais il faudra en discuter avec la femme, et assurer une surveillance séno-

logique, surtout en cas d'antécédents multiples².

- **Des migraines.** Des migraines sévères, particulièrement avec signes focalisés sont une contre-indication.

3- Quel OP prescrire ? Dans le choix, le prix (avec un rapport de 1 à 3), le remboursement (en France) interviennent. Le dosage en estrogène est le plus important: le risque CV est réduit avec les OP dosés à 35 µg par rapport à ceux à 50µg, mais aucun bénéfice supplémentaire n'a été trouvé avec les OP à 20 µg. Les OP avec progestatif de 3^{ème} génération augmentent le risque thrombo-embolique veineux, sans modifier les autres risques CV. Les OP à 20µg peuvent réduire les effets secondaires (menstruations anormales, nausées, prise de poids, variations d'humeur, baisse de la libido, tensions mammaires, céphalées), mais avec plus de spotting.

4- Suivi d'une femme > à 35 ans sous OP:

- Un rythme annuel pour le suivi est recommandé. Il est plus rapproché (tous les 3 mois) en cas de TA limite. Si elle est régulièrement 14/9, la prise d'OP sera interrompue, soit définitivement, soit jusqu'à son contrôle.

- Le profil lipidique ne nécessite pas de suivi pour les femmes sans histoire de dyslipidémie. Chez les femmes avec taux modérément élevé, un contrôle, à 3 et 6 mois puis de façon annuelle si celui ci est stable, est à faire.

- il n'y a pas à modifier les règles de surveillance du col par frottis cervico utérin. (FCU)

- Le spotting est présent chez 10 à 30% des femmes lors du premier mois de prise d'OP. Ceci se résout en quelques mois. Aucune étude ne montre de supériorité d'un OP sur un autre dans ce cas, mais le saignement semble augmenter avec les OP à 20µg. En cas de spotting persistant il faut se méfier d'oubli de prise de pilule, et en cas de persistance à 3-4 mois faire un FCU, un prélèvement avec recherche de chlamydia et éliminer les autres causes. Le plus souvent un simple changement pour un OP de dosage différent est efficace, ou une prescription d'AINS ou un supplément estrogénique bref.

Parmi les moyens contraceptifs, la CO par OP est, avec le stérilet, un des plus efficaces,. Sa prescription après 35 ans reste justifiée. Ses risques ne sont pas plus importants que chez des femmes plus jeunes, si l'on tient compte de la prévalence, encore faible, mais un peu augmentée à cet âge des maladies CV et du cancer du sein. Il faut tenir compte des contre-indications classiques et être plus rigoureux face aux facteurs de risque CV. Le tabagisme est le facteur de risque le plus fréquent et le plus important. Le choix des OP doit privilégier les dosages 35µg d'EE. Les progestatifs de 3^{ème} génération n'atténuent pas le risque CV, et même augmentent le risque thromboembolique. Tout cela doit être expliqué à la femme, replacé parmi les autres moyens contraceptifs, surtout le stérilet qui a une efficacité voisine.

1- Seibert C. et al. Prescribing oral contraceptives for women older than 35 years of age. Ann Intern Med. 2003;138:54-64
2- Collectif. Contraception orale et cancer du sein. Un risque familial à prendre en compte. Bibliomed. 2000: 204.

Mots-clé : contraception, femme, œstroprogestatif, suivi