

## Le surpoids est-il cause d'échec de la contraception hormonale ?

### Mots clés :

Contraceptifs ;  
Contraceptifs  
oraux hormo-  
naux ;  
Surpoids  
[Contraceptive  
Agents; Con-  
traceptives,  
Oral, Hormo-  
nal; Over-  
weight]

La contraception orale, notamment estroprogestative (CEP), est la méthode de contraception réversible la plus utilisée en France, notamment chez les moins de 25 ans (*Bibliomed* 715). Son efficacité, principalement due à l'inhibition pharmacologique de l'ovulation, peut être théoriquement réduite par tout changement dans l'absorption, le volume de distribution, le métabolisme, ou l'excrétion du médicament. En cas de surpoids, le volume de distribution et le métabolisme plus rapide raccourcissent la durée d'action de l'estradiol chez les jeunes femmes, deux particularités connues depuis les années 1970, de même qu'il faut deux fois plus de temps après l'ingestion pour atteindre un taux sanguin suffisant de lévonorgestrel, ce qui se traduit par un allongement de la durée nécessaire à l'inhibition de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien : les femmes obèses auraient de ce fait un risque d'ovulation plus élevé<sup>1,2</sup>. Trois revues systématiques (dont une méta-analyse *Cochrane*<sup>1-3</sup>) analysent les données cliniques concernant ces possibles échecs.

### Contraception orale estroprogestative

Une 1<sup>ère</sup> revue a analysé les données publiées (6 études observationnelles, 2 essais cliniques, près de 20 000 femmes) ou non (signalées dans les bibliographies de ces études) en langue anglaise jusqu'en 2008<sup>1</sup>. Le surpoids est associé à un risque un peu plus élevé d'échec en cas d'utilisation « parfaite » des CEP, passant de 0,23 à 0,51% durant la 1<sup>ère</sup> année ; dans la « vraie vie », il passe de 7,6 à 11,9%, ce qui reste une augmentation modeste. Les CEP restent donc plus efficaces que les méthodes-barrière pour les femmes obèses, même aux faibles dosages. Toutes ces études ont des limites importantes que ne pourraient lever que des études cliniques prospectives. Le stérilet ou l'implant restent des alternatives très efficaces, surtout en cas d'HTA ou autres facteurs de risque vasculaires qui peuvent être aggravés par l'apport d'estrogène exogène. La méta-analyse *Cochrane*, concernant toutes les formes de contraception hormonale, confirme ces données pour les CEP<sup>2</sup>. Une seule étude (un sous-groupe de Burkman 2009, 853 femmes suivies 6 cycles, 318 13 cycles) a montré qu'un IMC  $\geq 25$  était associé à un risque relatif d'échec des CEP de 2,49 (1,01-6,13). Mais aucun autre sous-groupe et aucune autre étude n'ont retrouvé cette association. Cependant, les auteurs de la *Cochrane* soulignent eux aussi la faible qualité des preuves, modérée pour les études récentes, faible ou très faible pour les plus anciennes. Ils en appellent à des essais de taille suffisante prenant réellement en compte les nombreux facteurs confondants possibles.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Selon les données disponibles, la plupart des méthodes de contraception restent efficaces en cas de surpoids.** Des données limitées suggèrent que les contraceptions hormonales réversibles à longue durée d'action (notamment le stérilet au lévonorgestrel et les implants) sont préférables. Mais si une femme fait un choix informé d'utiliser un CEP, le seul argument de son poids corporel ne peut être un motif de refus et relève d'un « principe de précaution » injustifié<sup>2,3</sup>.

**Une éventuelle chirurgie bariatrique pose des questions nouvelles pour lesquelles il y a peu de réponses factuelles.** Cependant, en raison des risques de malabsorption digestive et de la nécessité impérieuse d'éviter toute grossesse dans les 2 ans qui suivent, il est recommandé d'éviter la contraception orale en privilégiant les autres méthodes (anneau vaginal et patches estroprogestatifs compris)<sup>3</sup>.

La 3<sup>ème</sup> revue souligne qu'il n'y a pas de données concernant la contraception orale exclusivement progestative<sup>3</sup>. Analysant les mêmes études que la *Cochrane*, ses conclusions sont identiques : les craintes *pharmacocinétiques* d'une moindre efficacité des CEP chez les femmes obèses ne sont pas confirmées dans les études cliniques où le taux d'échec des CEP est similaire ou à peine plus élevé « dans la vraie vie » quels que soient le poids de la femme et les dosages utilisés.

### Et les autres contraceptions hormonales ?

Les deux revues publiées en 2013 ont analysé les études concernant les patches et anneaux estroprogestatifs, les implants et stérilets au lévonorgestrel ou étonogestrel, et la contraception injectable (depot médroxyprogesterone acetate et norethisterone enanthate)<sup>2,3</sup>. Dans une étude sur les patches, 5 des 15 grossesses (sur 22 160 cycles de traitement) étaient survenues chez des femmes de plus de 90kg, ne représentant pourtant que 3% des femmes de l'étude<sup>in3</sup>. Des études sur un anneau vaginal (qui n'a pas été commercialisé) et un type d'implant ont montré une moindre efficacité chez les femmes pesant plus de 70kg, que d'autres études ne confirment pas<sup>2</sup>. Là encore, la qualité des études est en général plutôt faible. Les auteurs de la *Cochrane* concluent que l'efficacité des contraceptifs hormonaux de longue durée (implants sous-cutanés et contraceptifs injectables) est probablement insensible à la masse corporelle. Le choix d'une contraception à longue durée d'action semble préférable, mais aucune méthode ne peut être qualifiée d'inefficace<sup>3</sup>...

### Références

- 1- Trussell J et al. Obesity and Oral Contraceptive Pill Failure. *Contraception*. 2009;79:334-8.
- 2- Lopez LM et al. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No. CD008452.
- 3- Robinson JA et al. Obesity and hormonal contraceptive efficacy. *Women's Health*. 2013;9:453-66.