

REVUES GÉNÉRALES

Contraception

Choix de la première contraception

RÉSUMÉ : Proposer une contraception adéquate chez les adolescentes est primordial afin d'éviter toute grossesse non désirée. Il est indispensable de conseiller les jeunes filles de façon appropriée pour améliorer l'observance et leur expliquer les effets secondaires éventuels pour éviter les échecs de contraception. Le risque d'infection sexuellement transmissible n'est pas négligeable, et il faut insister sur l'intérêt de l'usage du préservatif. La contraception combinée estroprogestative orale présente aussi des avantages non contraceptifs, comme l'amélioration de la dysménorrhée entre autres.

Le choix du contraceptif hormonal doit tenir compte des facteurs de risque personnels et familiaux, et il est nécessaire de reprogrammer une consultation ultérieure afin d'adapter la contraception si nécessaire.



→ A. BÉLIARD

CHU, Université de LIÈGE, BELGIQUE.

En France, l'âge médian du premier rapport sexuel (âge auquel la moitié des adolescent(e)s a déjà eu une relation sexuelle) est 17 ans et 4 mois pour les garçons et 17 ans et 6 mois pour les filles. 27 % des jeunes ont une activité sexuelle avant 16 ans. 87 % des jeunes déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel. 28 % des jeunes filles déclarent avoir utilisé la pilule lors de leur premier rapport. 10 % des jeunes, filles et garçons confondus, n'utilisent aucune précaution lors de leur premier rapport sexuel [1] (*fig. 1*).

Ainsi, avec près de 220 000 interruptions volontaires de grossesses par an, le nombre d'IVG en France reste stable depuis 2006. On dénombre environ 15 000 IVG chez des mineures (15-17 ans), et 2,7 % des IVG sont effectuées chez des femmes de 20-24 ans [2].

C'est un impératif médicosocial de désenchaîner la sexualité chez l'adolescence de la grossesse non désirée et non souhaitable et d'éviter toute infection sexuellement transmissible aux conséquences possibles sur la fertilité ultérieure. Il faut dès lors favoriser l'accès à la contraception chez les ado-

lescentes et être capable de détecter une demande cachée de contraception lors de la consultation.

Première consultation

Du point de vue éthique, la prescription d'une contraception chez une adolescente est confidentielle, et il faut en informer celle-ci. Il est conseillé de recevoir l'adolescente sans ses parents, sauf demande explicite de celle-ci. Il faut pouvoir évaluer les capacités de compréhension de l'adolescente. Enfin, il faut également être attentif aux abus sexuels éventuels en fonction du contexte.

1. Anamnèse

Il est important d'expliquer les différentes méthodes disponibles et parler des avantages des méthodes réversibles à longue durée d'action (implant, injectable, stérilet). L'âge en tant que tel ne peut être un frein à l'utilisation d'un contraceptif, même intra-utérin. Il faut dès la première consultation informer la patiente sur les différents contraceptifs d'urgence, leur utilisation (quand et comment l'utiliser).

REVUES GÉNÉRALES

Contraception

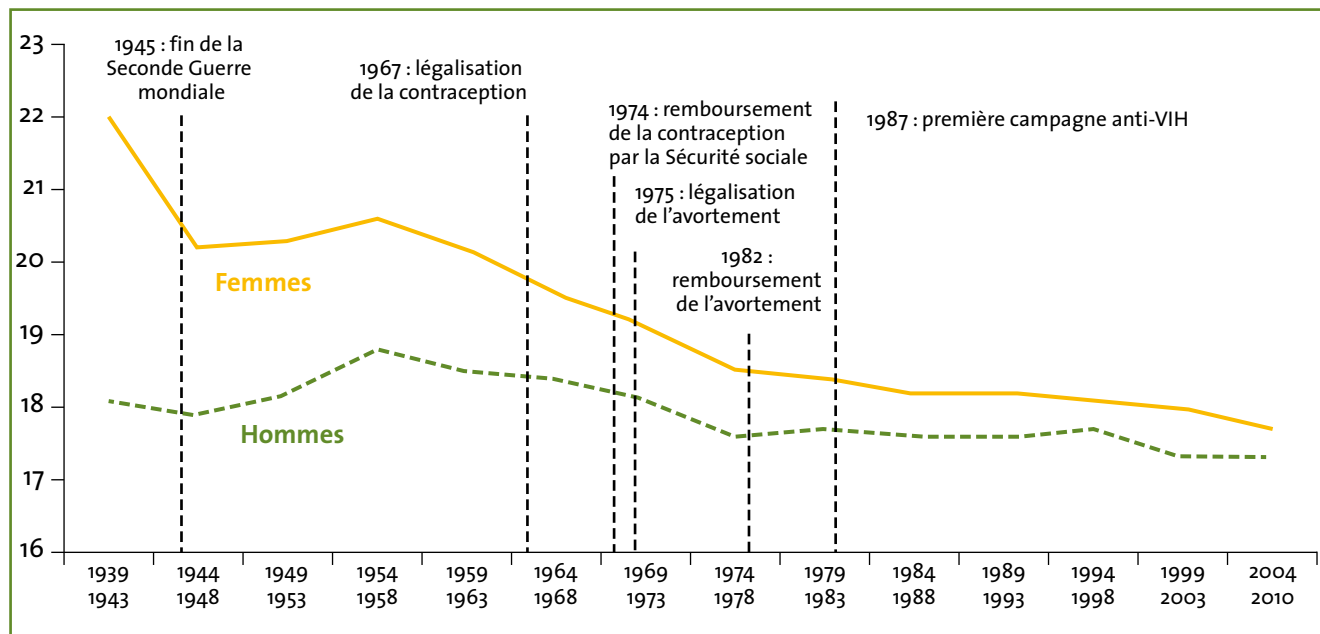


FIG. 1: Sources : CSF 2006. Baromètre Santé 2010.

Lors de la première consultation, il faut porter une attention particulière aux antécédents familiaux (1^{re} et 2^e générations : maladie thromboembolique, dyslipidémie). Les antécédents personnels sont souvent peu informatifs chez les jeunes, mais il faut questionner sur l'existence de migraine avec ou sans aura.

Les informations essentielles sur la contraception et sur les infections sexuellement transmissibles doivent être présentées.

>>> Informations essentielles sur la contraception : le mode d'emploi, l'efficacité de la contraception choisie, l'attitude à adopter face à un retard de prise, un oubli, un événement digestif, l'existence de contraceptions de rattrapage (orale, stérilet au cuivre), leur mode d'emploi et le mode d'accès à ces méthodes

>>> Informations essentielles sur les infections sexuellement transmissibles (IST) : les agents (HPV, herpès, *Chlamydia*, gonocoque, syphilis,

VIH ; voies de contamination ; mode de protection (vaccination pour HPV, préservatif). En cas de rapport non protégé, il faut répéter le test VIH réalisé 6 semaines après la prise de risque [3].

2. Examen clinique

Lors de l'examen clinique, il est indispensable d'évaluer le poids, la taille (calcul de l'indice de masse corporelle), de mesurer la TA. L'examen gynécologique en l'absence de toute plainte n'est pas une condition nécessaire pour la délivrance d'une contraception, et peut constituer un frein pour les adolescentes. Examiner l'aspect de la peau est utile afin d'évaluer l'importance de l'acné, la pilosité.

Il faut planifier les consultations suivantes.

Choix du contraceptif

La pilule est de loin le contraceptif le plus utilisé par les femmes en France. En 2010, 70,8 % des femmes de moins

de 35 ans utilisent la pilule comme contraception. Tous âges confondus, le stérilet est le deuxième moyen de contraception le plus utilisé, mais par les femmes plus âgées [1] (**tableau I**).

Toute contraception hormonale doit être débutée après la ménarche, sauf la contraception d'urgence si celle-ci s'avère nécessaire.

En premier choix, proposer le préservatif + une pilule de 2^e génération en respectant les contre-indications (principalement chez la jeune fille : migraine avec aura, antécédent personnel ou familial de thromboembolie avant 45 ans) [4]. Chez la jeune fille, le risque de pathologie cardiovasculaire est faible.

La contraception progestative (voie orale, implant, injection) sera proposée en cas de contre-indication aux estrogènes, mais le profil de saignement est plus imprévisible. L'utilisation des méthodes à longue durée d'action est préférable pour améliorer l'observance (implant, injectable, stérilet) si la

	Contraception définitive (stérilisation)	DIU (ou stérilet)	Implant, patch, anneau, injection	Pilule	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles
15-19 ans	–	–	2,8	78,9	18,3	–	–
20-24 ans	–	3,7	5,4	70,8	83,4	–	0,3
25-34 ans	0,5	20,3	6,2	63,4	8,7	0,1	0,8
35-44 ans	3,5	36,0	3,9	43,4	11,6	0,2	1,4
45-49 ans	5,2	43,2	3,4	35,5	9,7	0,4	2,6
Total	2,2	26,0	4,7	55,5	10,3	0,1	1,2

* : lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus "sûr" a été retenue ; ainsi, c'est la méthode apparaissant la plus à gauche dans le tableau qui a été privilégiée.
Champ : France métropolitaine. Femmes non enceintes déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives dans les douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête.

Source : Baromètre Santé 2010.

TABEAU I : Principales méthodes contraceptives* utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (en %) déclarant utiliser une méthode contraceptive.

patiente risque de présenter des difficultés à la prise quotidienne d'un contraceptif oral.

Il n'y a pas de restriction d'utilisation du stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel, même chez une nullipare. Il existe une augmentation du risque d'infection dans les 20 jours qui suivent l'insertion.

Penser à la coprescription, c'est-à-dire parler dès le départ de contraception postcoïtale d'urgence.

1. Risque thromboembolique

Le risque thromboembolique est lié à la modification hépatique des protéines de la coagulation par les estrogènes [5]. L'éthinylestradiol présente le même risque quelle que soit sa voie d'administration (orale, patch, anneau). Plus la dose d'estrogène (éthinyloestradiol) de la pilule est élevée, plus le risque augmente. Toutes les générations de pilule estroprogestative sont associées à une augmentation du risque d'accident thromboembolique, mais ce risque est modulé par la nature du progestatif associé. Les progestatifs androgéniques de 1^{re} et 2^e générations augmentent moins le risque que les progestatifs de 3^e et 4^e générations. L'âge (risque multiplié par 4 entre une jeune

fillette et une femme de 40 ans) [6], le tabagisme (risque multiplié par 8) [7], la sédentarité, l'excès pondéral/obésité (risque multiplié par 6 entre une femme avec un indice de masse corporelle normal et un IMC ≥ 30) [8] augmentent également ce risque. Le risque est le plus élevé la première année d'utilisation.

Les progestatifs de 1^{re} et 2^e générations dérivent de la testostérone et gardent des propriétés androgéniques. Les progestatifs de 3^e génération dérivent également de la testostérone, mais ont des propriétés androgéniques moins marquées. Les progestatifs de 4^e génération sont totalement dépourvus de propriétés androgéniques. Ils dérivent soit de la spironolactone (drospirénone), soit de la progestérone (acétate de nomégestrol, acétate de chlormadinone), soit de la testostérone (diénogest).

Plus le progestatif utilisé est androgénique, mieux il contrebalance l'effet thrombotique des estrogènes. C'est pourquoi ces progestatifs présentent moins de risque d'accident thromboembolique que les générations suivantes [9].

Le risque absolu d'accident thromboembolique veineux est cependant faible [10] :

- 1/10 000 femmes sans contraception estroprogestative ;
- 3/10 000 femmes avec contraception estroprogestative de 2^e génération ;
- 8 à 12/10 000 femmes avec contraception estroprogestative de 3^e/4^e générations.

Au vu de ces données, une contraception estroprogestative de 2^e génération constitue le premier choix lors de la prescription d'une pilule. Si des effets indésirables androgéniques surviennent, la contraception sera adaptée et un autre progestatif moins androgénique sera choisi en deuxième intention.

Les nouvelles combinaisons estroprogestatives contenant de l'estradiol apparaissent sur le marché. L'éviction de l'éthinylestradiol, puissante molécule inductrice de synthèse hépatique, semble intéressante. Les associations contenant l'estradiol semblent avoir moins de répercussions sur les facteurs de coagulation, sur la tolérance glucidique et moins d'altération des lipides. Les répercussions cliniques de ces avantages ne sont pas encore démontrées à large échelle.

Les **progestatifs seuls** ne modifient pas les paramètres de la coagulation.

REVUES GÉNÉRALES

Contraception

POINTS FORTS

- ➞ Prévention des IST : insister sur l'usage du préservatif.
- ➞ Prendre du temps pour conseiller au mieux la patiente.
- ➞ Préférer les contraceptifs à longue durée d'action, surtout si risque de mauvaise observance.
- ➞ Examen gynécologique non nécessaire pour prescrire un contraceptif, mais mesure de tension artérielle et poids de la patiente sont indispensables.

2. Questions fréquemment posées par les adolescentes [11]:

- Prise de poids : il n'y a pas d'évidence de prise de poids avec les contraceptions combinées estroprogestatives ni avec les contraceptifs progestatifs, sauf avec les injections d'acétate de médroxyprogestérone (+ 3 kg).
- Acné : les contraceptifs estroprogestatifs peuvent améliorer l'acné. Cependant, si une aggravation de l'acné est observée, un progestatif moins androgénique doit être proposé. Les contraceptifs progestatifs peuvent améliorer, aggraver l'acné ou ne pas avoir d'effet. L'association éthinylestradiol + acétate de cyprotérone est indiquée pour traiter l'hyperandrogénie, et ne constitue pas un choix comme contraceptif [12].
- Changement d'humeur : les contraceptifs peuvent entraîner des changements d'humeur, mais ne sont pas responsables de dépression.
- Profil de saignement : celui-ci peut être modifié sous contraception hormonale.

Débuter une contraception hormonale

- À tout moment du cycle, si on peut être raisonnablement sûr que la patiente n'est pas enceinte. Une protection additionnelle est requise pendant 7 jours ou 9 jours pour la pilule quadriphasique au diénogest (préservatif).
- Du 1^{er} au 5^e jour du cycle, la protection est immédiate (estroprogestatif, progestatif) ; une protection additionnelle n'est pas nécessaire.

● Dysménorrhée : les contraceptifs hormonaux peuvent améliorer la dysménorrhée primaire.

● Fertilité : il n'y a pas de délai de retour à la fertilité après arrêt d'une contraception hormonale (combinée estroprogestative, progestative orale ou implant), sauf après injection d'acétate de médroxyprogestérone où on peut observer un délai de 1 an avant retour à la fertilité.

Observance

Le conseil (aide au choix), la démarche éducative (explication de méthode, son utilisation, effets indésirables) et les schémas continus peuvent améliorer l'observance ainsi qu'un suivi approprié.

On peut insister sur les bénéfices secondaires des contraceptifs hormonaux estroprogestatifs : régularisation du cycle, réduction de la dysménorrhée, des anémies par réduction du flux menstruel, du syndrome prémenstruel ; diminution de kystes ovariens fonctionnels ; amélioration de l'acné et de l'hirsutisme (en fonction de la nature des hormones utilisées).

Deuxième consultation

Il faut revoir en consultation la patiente après 3 mois afin d'évaluer la tolérance, la survenue éventuelle d'effet indésirable

(mastodynie, nausées, acné, *spotting*, prise de poids), l'observance, répondre aux questions éventuelles. Il faut également encourager la jeune patiente à revenir en consultation si le moindre problème survient avec la contraception. Dans certaines situations, une évaluation métabolique (lipides sanguins) peut être préconisée. Si la tolérance clinique ou métabolique est insatisfaisante, il faut adapter la contraception.

La notion de climat hormonal peut être difficile à apprécier, et varie en fonction de la réceptivité de chaque femme, ce qui peut conduire à des adaptations de la prescription en fonction de la tolérance individuelle.

En cas de signe d'hyperestrogénie (mastodynie, syndrome prémenstruel, règles abondantes, fréquentes, douloureuses), deux conduites sont possibles : soit diminuer la dose d'estrogène, soit rechercher une pilule pouvant apporter un climat progestatif plus dominant.

En cas de *spotting* (à l'exclusion d'une cause organique), sécheresse vaginale, une pilule plus dosée en estrogènes peut être recommandée. La persistance de saignement intermenstruel (*spotting*) 3 mois après le début d'une contraception estroprogestative peut aussi être liée à une prise irrégulière, une infection à *Chlamydia*, au tabagisme.

En cas de signe d'excès d'androgène (acné, cheveux gras), un progestatif non androgénique est recommandé. Il est utile de rappeler que la spécialité Diane 35 à base d'acétate de cyprotérone (et ses génériques) ne dispose pas de l'indication "contraception".

Bibliographie

1. Baromètre Santé 2010, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (www.inpes.sante.fr)
2. Institut national d'études démographiques, www.ined.fr

3. CDC Guideline Sexually transmitted Disease : www.cdc.gov/std/treatment/resources.htm
4. LIDEGAARD O. Hormonal contraception, thrombosis and age. *Expert Opin Drug Safety*, 2014;13:1353-1360.
5. TCHAIKOVSKI SN *et al.* Mechanisms of estrogen-induced venous thromboembolism. *Thromb Res*, 2010;126:5-11.
6. VAN HYCKLAMA VLIEG A *et al.* The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effect of estrogen dose and progestogen type: result of the MEGA case-control study. *BMJ*, 2009;339:b2921.
7. POMP E *et al.* Smoking increases the risk of venous thrombosis and acts synergistically with oral contraceptive use. *Am J Hematol*, 2008;83:97-102.
8. POM ER *et al.* Risk of venous thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. *Br J Haematol*, 2007;139:289-296.
9. CHABBERT-BUFFET N *et al.* Toward a new concept of “natural balance” in oral estrogen-progestin contraception. *Gynecol Endocrinol*, 2013;29:891-896.
10. LIDEGAARD O *et al.* Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptive containing different progestogens and estrogen doses: Danish Cohort Study, 2001-9. *BMJ*, 2011;343:1-15.
11. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare: www.fsrh.org/pdfs/ceuGuidanceYoungPeople2010.pdf
12. Réévaluation du rapport bénéfice/risque de Diane 35. Février 2013. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé: www.ansm.sante.fr

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.