

OBÉSITÉ, CHIRURGIE BARIATRIQUE ET CONTRACEPTION

CUZZUCOLI L (1), VANDENBOSSCHE G (2), BÉLIARD A (3)

RÉSUMÉ : Le choix d'une médication hormonale est un acte thérapeutique important dans la vie d'une femme, aussi bien dans un but contraceptif afin d'éviter une grossesse non désirée, que dans le cadre d'une prise en charge symptomatologique accompagnant le cycle menstruel ou entourant la ménopause. La prise en charge se doit donc d'être dynamique, individualisée au maximum, en tenant compte des antécédents personnels et familiaux, des facteurs de risque potentiels liés au traitement et, bien évidemment, des désirs de la patiente. Nous discuterons, dans un premier temps, de la contraception dans le cadre d'une obésité et, dans un second temps, de l'éventuelle adaptation après chirurgie bariatrique.

MOTS-CLÉS : *Contraception - Obésité - Chirurgie bariatrique - Oestroprogestatif*

OBESITY, BARIATRIC SURGERY AND CONTRACEPTION

SUMMARY : The use of hormone therapy is an important therapeutic choice in woman's life, both for contraceptive purpose to avoid unwanted pregnancy, as well as for treatment of menstrual disorders, or climacteric symptoms. Medical care must therefore be dynamic, tailored to individual requirements as much as possible, reflecting personal and family background, potential risks related to treatment, and of course patient's wishes. We will first discuss the modalities of contraception in presence of obesity, then the need for potential adjustment following bariatric surgery.

KEYWORDS : *Contraception - Obesity - Bariatric Surgery - Estrogen/progestin*

INTRODUCTION

L'obésité est un problème sociétal en croissance. Les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) montrent que la fréquence de l'obésité a doublé au niveau mondial depuis 1980. En 2016, 39 % des adultes de 18 ans et plus étaient en surpoids et 13 % étaient obèses. Ceci correspond à 650 millions d'adultes obèses dans le monde (11 % d'hommes et 15 % de femmes). En Europe, la Belgique et la Bulgarie sont en première position concernant l'obésité. Actuellement en Belgique, 56,1 % des adultes sont en surpoids et 22,1 % (hommes et femmes confondus) sont obèses. Selon l'OMS, 89 % des femmes belges seront en surpoids en 2030 (1).

Ainsi, vu que l'obésité se rencontre de plus en plus fréquemment au sein de notre patientèle, il est important de prendre en compte ce profil particulier afin d'assurer des soins de qualité. Cette problématique étant vaste, nous choisissons ici d'aborder la contraception chez la femme obèse et, plus particulièrement, l'adaptation de la contraception après chirurgie bariatrique, solution thérapeutique fréquemment proposée après échec du traitement médical. Actuellement, les gynécologues et les médecins généralistes peuvent s'appuyer, dans leur pratique quotidienne, sur de nombreuses études et

recommandations. Les patientes ayant un Indice de Masse Corporelle (IMC) élevé ont souvent été exclues des études cliniques. Cependant, des recommandations récentes concernant la contraception ont été publiées (2, 3). Toutefois, il existe peu de données chez les femmes avec une obésité morbide (IMC ≥ 40 kg/m²) ou chez la femme obèse avec plusieurs comorbidités. Cet article fait une brève mise au point, surtout centrée sur la contraception hormonale.

OBÉSITÉ ET CONTRACEPTION

Les femmes obèses sont plus à risque d'être atteintes de complications obstétricales (4). Il est primordial qu'elles puissent avoir accès à une contraception efficace et en toute sécurité afin d'éviter les grossesses non désirées, tout en tenant compte du risque cardiovasculaire lié au poids : thrombose veineuse et embolie (TVE), hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète de type 2, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique.

EFFICACITÉ

L'efficacité contraceptive dépend de divers facteurs comme l'observance, d'une part, et l'efficacité inhérente de la méthode elle-même, d'autre part. Les facteurs socio-économiques, l'âge et le niveau d'éducation peuvent influencer l'observance thérapeutique. Les habitudes sexuelles et le taux d'utilisation des contraceptifs ne diffèrent pas entre les femmes de poids normal et les femmes obèses. De plus, l'obésité

(1) Étudiante, Faculté de Médecine, ULiège, Belgique.

(2) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Liège, Belgique.

(3) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHBA, Seraing, Belgique.

n'influence pas l'observance. L'obésité entraîne des changements de métabolisme des hormones stéroïdes sans que l'efficacité de ces hormones ne soit compromise pour la plupart des formulations contraceptives (5). Des données limitées suggèrent que le patch contraceptif combiné et la contraception d'urgence avec le lévonorgestrel pourraient avoir une efficacité moindre en cas d'obésité (6).

SÉCURITÉ

Le risque de thrombose veineuse augmente lorsque l'IMC dépasse 30 kg/m². Le risque de base chez la femme obèse sans contraception est deux fois plus élevé que chez la femme de poids normal. L'adjonction d'une contraception œstroprogestative chez la femme obèse multiplie par 10 le risque de TVE par rapport à la femme de poids normal sans contraception (7). Toutes les femmes, quel que soit leur poids, doivent être informées du risque de TVE lié à la contraception œstroprogestative. Cependant, les femmes obèses doivent être conseillées correctement vu le risque augmenté de TVE. Concernant les risques de thrombose artérielle (infarctus, AVC ischémique), il existe très peu de données. Le danger d'infarctus du myocarde, bien que le risque absolu soit faible chez les femmes en âge de reproduction

(0,04/10.000), est augmenté chez les femmes obèses. Le risque d'AVC (0,3/10.000) ne semble pas être influencé par l'IMC (8). Dès lors, chez les femmes obèses sans comorbidités, quel que soit l'âge, tous les contraceptifs contenant un œstrogène (voie orale avec éthinylœstradiol ou œstradiol, patch, anneau) sont autorisés (30 ≤ IMC ≤ 34 kg/m²) ou déconseillés (IMC ≥ 35 kg/m²). Chez les femmes obèses avec comorbidités (tabac, diabète, HTA, dyslipidémie), les contraceptifs œstroprogestatifs ainsi que l'acétate de médroxyprogestérone injectable sont déconseillés dès que l'IMC atteint 30 kg/m² (Tableau I).

CONTRACEPTION ET PRISE DE POIDS

Les contraceptifs hormonaux sont souvent incriminés dans la prise de poids. Evaluer l'influence de la contraception sur le poids n'est pas évident en médecine factuelle. Les données dont nous disposons montrent une prise de 6,9 kg sur 10 ans avec l'acétate de médroxyprogestérone injectable, particulièrement chez les jeunes filles de moins de 18 ans et celles avec un IMC initial ≥ 30 kg/m². Aucune évidence ne suggère de prise de poids objective liée à l'utilisation des autres contraceptifs (9).

	IMC Kg/m ²	Recommandation IMC seulement	Obésité + autres facteurs de risque cardiovasculaire	Chirurgie bariatrique
OP (oral, vaginal, patch)	≥ 30-34	2	3	2
	≥ 35	3	-	3
P oral	≥ 30-34	1	2	1
	≥ 35			
P implant	≥ 30-34	1	2	1
	≥ 35			
P injectable	≥ 30-34	1	3	1
	≥ 35			
DIU-Cui	≥ 30-34	1	1	1
	≥ 35			
DIU-LNG	≥ 30-34	1	2	1
	≥ 35			

1 : conseillés, pas de restriction d'utilisation.
 2 : autorisés, avantages supérieurs aux risques.
 3 : déconseillés, risques supérieurs aux avantages.
 Ces recommandations sont basées sur la sécurité. Concernant l'efficacité, les OP/P oraux peuvent avoir une efficacité réduite après chirurgie bariatrique, il faut donc leur préférer les formes non orales.

Tableau I. Recommandations de sécurité pour la contraception selon l'indice de masse corporelle.

IMC : indice de masse corporelle; OP : contraception œstroprogestative; P : contraception progestative; DIU-Cui : dispositif intra-utérin au cuivre; DIU-LNG : dispositif intra-utérin au lévonorgestrel.

CHIRURGIE BARIATRIQUE ET CONTRACEPTION

Il est nécessaire d'attendre 12 à 18 mois après la chirurgie bariatrique pour envisager une grossesse (10). Or, la perte de poids augmente grandement la fertilité, suite à la restauration d'une ovulation cyclique régulière. Il faut informer la patiente du risque de grossesse en l'absence de contraception efficace. Des dérangements métaboliques et nutritionnels peuvent survenir après une chirurgie bariatrique ainsi que des carences nutritionnelles spécifiques en fer, en acide folique, en vitamine B12, en calcium et en vitamine D, à la suite de procédures malabsorptives. Celles-ci peuvent potentiellement entraîner des complications fœtales, notamment une prématurité, un faible poids à la naissance, une hypocalcémie néonatale, un rachitisme, un retard mental fœtal et des anomalies de fermeture du tube neural (11).

Il existe, malheureusement, un nombre limité de revues de la littérature concernant la contraception après chirurgie bariatrique (12). Les contraceptifs à longue durée d'action sont les plus efficaces (implant et stérilet : taux d'échec < 1 grossesse/100 année-femmes). Les contraceptifs par voie orale sont à éviter. Les techniques malabsorptives (bypass) peuvent, en théorie, diminuer la résorption des contraceptifs oraux et ainsi, diminuer leur efficacité. L'efficacité des contraceptifs oraux peut aussi être perturbée suite aux vomissements/diarrhées induits par la procédure chirurgicale (bypass et sleeve) (13, 14). Il existe peu d'études - et celles-ci sont de qualité médiocre - pour pouvoir établir des recommandations formelles. Néanmoins, il est préférable d'utiliser une contraception non orale. Concernant le risque thrombotique, il n'existe pas d'étude évaluant spécifiquement le risque après chirurgie bariatrique. Tant que l'IMC est supérieur ou égal à 35 kg/m², les œstroprogestatifs sont à éviter. Un mois avant l'intervention, les œstroprogestatifs doivent être arrêtés, compte tenu du risque thrombotique accru lié à la chirurgie.

Cependant, normalement, aucune patiente éligible pour la chirurgie bariatrique ne devrait assurer sa contraception par œstroprogestatifs étant donné leur contre-indication en cas d'IMC ≥ 35 kg/m² (obésité seule) ou ≥ 30 -34 kg/m² (obésité et comorbidités) (Tableau I).

MÉDICAMENTS INDUISANT UNE PERTE DE POIDS

Les médicaments provoquant de la diarrhée et/ou des vomissements (Orlistat®, laxatifs, agonistes des récepteurs du glucagon-like peptide-1) peuvent diminuer l'efficacité des contraceptifs administrés par voie orale. Si le vomissement a lieu dans les 3 heures de prise de la pilule, il est conseillé de répéter la dose. En cas de diarrhée sévère (> 6 à 8 épisodes pendant plus de 24 heures) il faut utiliser une protection contraceptive supplémentaire (par exemple le condom). Une étude a évalué la pharmacocinétique de contraception œstroprogestative orale avec le liraglutide sans montrer de modification de celle-ci (15).

CONCLUSION

La majorité des études cliniques recrutent des patientes en bonne santé, sans facteur de risque TVE, obésité ou comorbidités. En pratique, ce profil de patiente est rarement retrouvé. Néanmoins, nous pouvons transposer les recommandations de la littérature aux patientes obèses, tout en appliquant le principe de précaution. Par ailleurs, il existe des recommandations de bonnes pratiques pour les patientes ayant subi une chirurgie bariatrique. Tout d'abord, il faut avertir la patiente sur les risques TVE qu'elle encourt si elle utilise une contraception œstroprogestative, en pré- et post-chirurgie. Ensuite, il faut rappeler l'importance d'une contraception rigoureuse lors des 12 à 18 mois post-chirurgie, en lui expliquant l'importance d'un suivi régulier et personnalisé, afin d'éviter les risques fœtaux lors d'une grossesse ultérieure comme les anomalies du tube neural ou le retard de croissance intra-utérin. Concernant les risques maternels, il faut évoquer l'anémie, et dans de rares cas, un risque de saignement gastro-intestinal et d'occlusion consécutive à une hernie intestinale interne après chirurgie gastrique de type «Roux-en-Y», ce qui peut être expliqué par une augmentation de la pression abdominale associée à un utérus gravide. Enfin, il faut proposer un moyen de contraception tel qu'un progestatif seul comme l'implant, le stérilet hormonal, ou le stérilet non hormonal, et diminuer ainsi les risques d'échec de la contraception dus au risque de malabsorption. Par la suite, on peut envisager, éventuellement, un patch ou un anneau vaginal si l'IMC descend en dessous de 35 kg/m² ou 30 kg/m² en cas de comorbidités.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. (2018) Obesity and overweight. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Consulté le 1^{er} juillet 2019.
2. Haute Autorité de Santé. (2013) Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. <http://www.has-sante.fr>. Consulté le 1^{er} juillet 2019.
3. FSRH Guideline. (2019) Overweight, obesity & contraception. <http://www.fsrh.org>. Consulté le 1^{er} mai 2019.
4. Triunfo S, Lanzone A. Impact of overweight and obesity on obstetrics outcomes. *J Endocrinol Invest* 2014;**37**:323-9.
5. Simmons KB, Edelman AB. Hormonal contraception and obesity. *Fertil Steril* 2016;**106**:1282-8.
6. Yamazaki M, Dwyer K, Sobhan M, et al. Effect of obesity on the effectiveness of hormonal contraceptives : an individual participant data meta-analysis. *Contraception* 2015;**92**:445-52.
7. Horton LG, Simmons KB, Curtis KM. Combined hormonal contraceptive use among obese women and risk for cardiovascular events : a systematic review. *Contraception* 2016;**94**:590-604.
8. Lidegaard O, Lokkegaard E, Jensen A, et al. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med* 2012;**366**:2257-66.
9. CEU Statement. (2017) Weight and contraception. <http://www.fsrh.org>. Consulté le 1^{er} juillet 2019.
10. Mengesha B, Griffin L, Nagle A, et al. Assessment of contraceptive needs in women undergoing bariatric surgery. *Contraception* 2016;**94**:74-7.
11. Beard JH, Bell RL, Duffy AJ. Reproductive considerations and pregnancy after bariatric surgery : current evidence and recommendations. *Obes Surg* 2008;**18**:1023-7.
12. Paulen ME, Zapata LB, Cansino C, et al. Contraceptive use among women with a history of bariatric surgery: a systematic review. *Contraception* 2010;**82**:86-94.
13. Schlatter J. Oral contraceptives after bariatric surgery. *Obes Facts* 2017;**10**:118-26.
14. Yska JP, van der Linde S, Tapper VV, et al. Influence of bariatric surgery on the use and pharmacokinetics of some major drug classes. *Obes Surg* 2013;**23**:819-25.
15. Jacobsen LV, Vouis J, Hindsberger C, Zdravkovic M. Treatment with liraglutide--a once-daily GLP-1 analog--does not reduce the bioavailability of ethinyl estradiol/levonorgestrel taken as an oral combination contraceptive drug. *J Clin Pharmacol* 2011;**51**:1696-703.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr A. Béliard, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHBA, Seraing, Belgique.
Email : abeliard@chuliege.be