

# Contraception et obésité

## Des femmes plus à risque de grossesses non désirées

La surcharge pondérale (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>) et l'obésité (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) concernent près d'un quart des femmes adultes en âge de procréer, pourcentage augmentant avec l'âge (1). Ces patientes sont, comme les autres femmes, demandeuses de contraception. Cependant, plusieurs études montrent qu'elles sont plus à risque de grossesses non désirées que les femmes de corpulence normale.

Dr Françoise Lorenzini-Grandmottet

(Service Diabétologie-Maladies métaboliques-Nutrition et Service de Diabétologie et de Gynécologie obstétrique, Hôpital de Rangueil, Toulouse)

Le rôle du corps médical, et en premier lieu des médecins gynécologues et généralistes, est d'aborder le sujet de la contraception et de la planification des grossesses avec les patientes quel que soit leur poids.

### Quels sont les freins à la pratique contraceptive chez les femmes en surpoids ?

#### → Le suivi gynécologique de ces femmes est moins régulier

Peur de la stigmatisation ? Pudeur ? Intrications avec des facteurs associés tels que la précarité et les difficultés d'accès aux soins ? Ces femmes, qui, rappelons-le, sont à risque plus élevé de cancers hormonodépendants (sein, endomètre en particulier) ont moins de dépistage du cancer du col et du cancer du sein. À l'âge de la contraception, elles prennent moins souvent des méthodes efficaces.

Les représentations des professionnels de santé, souvent très négatives en ce qui concerne la surcharge pondérale, jouent peut-être également un rôle. Aborder les questions contraceptives, c'est envisager une vie intime, une sexualité, une vie affective chez ces patientes.

Ajoutons que les adolescentes obèses ont plus souvent des conduites sexuelles à risque que celles de poids normal.

Il y a plus d'échecs de contraception chez les femmes obèses, sans

qu'on puisse avancer d'explication claire. On peut penser à la fréquence augmentée des troubles des règles, la peur de la prise de poids avec les méthodes hormonales, peut-être aussi la crainte de la stérilité ?

### Existe-t-il des spécificités de la prescription contraceptive chez les femmes en surpoids ?

#### → L'efficacité est-elle modifiée ?

Il n'y a pas de problèmes d'efficacité pour les dispositifs intra-utérins, au cuivre ou au lévonorgestrel, et *a priori* pas pour les œstroprogestatifs, et les progestatifs "macrodosés", chlormadinone ou nomegestrol, quel que soit le dosage.

L'indice de Perl des progestatifs "microdosés" au lévonorgestrel et désogestrel per os n'a pas été évalué chez les femmes au dessus de 70 kg.

L'implant d'étonogestrel semble avoir une efficacité moins durable chez les femmes obèses. Il est conseillé de le changer tous les deux ans au lieu de trois.

Les contraceptifs oraux sont à éviter chez les femmes ayant subi une chirurgie de l'obésité avec malabsorption (by-pass et *duodenal switch*).

#### → La tolérance est-elle moins bonne ?

Globalement non, mais il faut évoquer des conséquences qui peuvent

paraître futiles, mais conduisent souvent à l'interruption intempestive de la méthode.

La prise de poids, qui est souvent plus une peur qu'une réalité, mais qui semble exister en particulier chez les adolescentes lors de la première prescription. Il est très difficile de préciser le rôle exact de la contraception hormonale.

Une augmentation des signes d'hyperandrogénie en cas de dystrophie ovarienne (plus fréquente dans les obésités androïdes avec insulino-résistance). Cela est retrouvé avec les contraceptions ne freinant pas l'axe gonadotrope (progestatifs quelle que soit la voie d'administration, DIU, œstroprogestatifs peu dosés).

Des troubles des règles plus fréquents avec les progestatifs et les DIU, en particulier métrorragies secondaires à l'hyperœstrogénie liée à l'accumulation de tissu adipeux.

#### → Existe-t-il des contre-indications ?

L'obésité en elle-même n'est une contre-indication pour aucune méthode. Cependant, il faut se souvenir que l'obésité augmente le risque thrombophlébitique et que les facteurs de risque vasculaire (HTA, DT2, dyslipidémie) sont souvent associés, surtout chez la femme de plus de 35 ans. Cela conduit en pratique à déconseiller les œstroprogestatifs, qu'ils soient oraux ou transdermiques (anneaux, patches) lorsque l'IMC est supérieur à 35, ou 30 kg/m<sup>2</sup> chez la femme après 35 ans.

## Encadré

**Conseils à un médecin face à une femme jeune en surcharge pondérale**

- Lui parler de la planification des naissances et choisir avec elle la méthode la plus adaptée.
- Lui conseiller des modifications du mode de vie et si possible une perte de poids avant une grossesse éventuelle (perte de 10 % du poids si possible), en l'informant de l'effet bénéfique sur la fertilité et sur l'évolution de la grossesse (moins de DG, et d'HTA gravidique).
- Évoquer les facteurs de risque, en particulier le tabac.
- S'assurer du dépistage du cancer du col (et la vaccination pour les plus jeunes) et du suivi mammographique des plus âgées.

**En pratique, quelques situations cliniques**

Femme < 35 ans, IMC entre 25 et 35 kg/m<sup>2</sup>, sans facteur de risque : tout mode de contraception, en privilégiant chez la jeune fille avec signes d'hyperandrogénie un œstroprogestatif dosé à 30 gammas d'éthinylestradiol.

Après une grossesse, ou si IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>, ou si facteurs de risque

associés, ou après 35 ans, privilégier le DIU au cuivre, ou au lévonorgestrel si les règles sont abondantes ; les microprogestatifs en continu ou implantables peuvent être utilisés, en particulier pendant un allaitement, mais l'efficacité est moins certaine et les troubles des règles plus fréquents.

Après 40 ans, le DIU, au cuivre (ou au lévonorgestrel si les règles sont

abondantes, ce qui est fréquent) ou la chlormadinone 10 mg/jour ou nomegestrol 5 mg/jour 20 j/28 peuvent être prescrits. ■

**Mots-clés**

*Obésité, Contraception*

**Bibliographie**

1. Enquête ObÉpi-Roche 2012.
2. Centers for Disease Control and Prevention 2010 ; 59.