

A blurred background image featuring medical supplies. In the foreground, there are several blister packs of pills in various colors (green, white, brown) and a syringe with a needle. The background is a mix of warm and cool colors, including orange, red, and green.

# ***La contraception EP chez la femme en situation d'obésité***

**Excepté la chirurgie bariatrique**

***Docteur Juliane BERDAH (Paris)  
dr.berdah@online.fr***

# Conflits d'intérêt

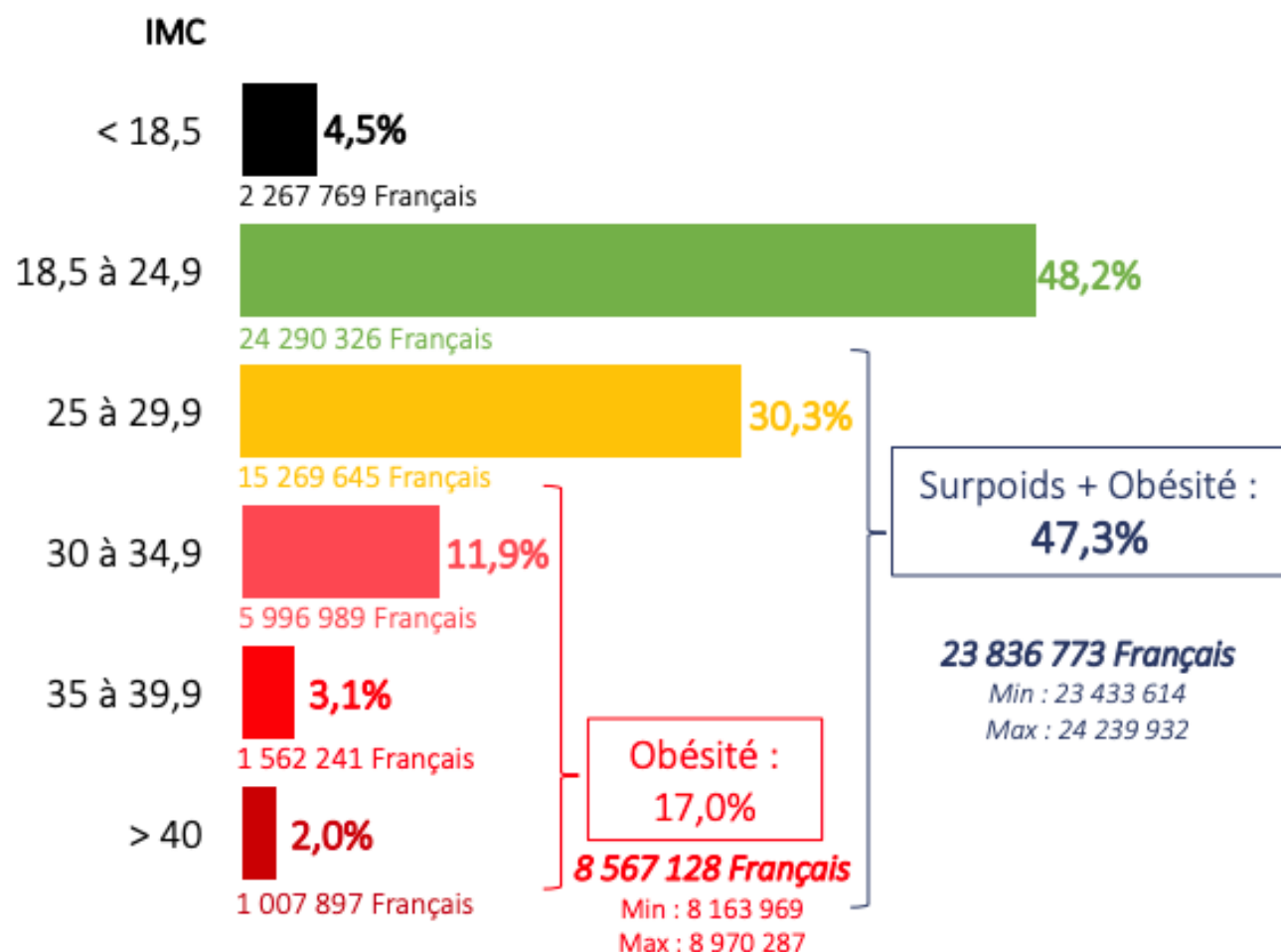
- BSP
- Merck
- Effik
- Organon

# IMC : Indice de Masse Corporelle

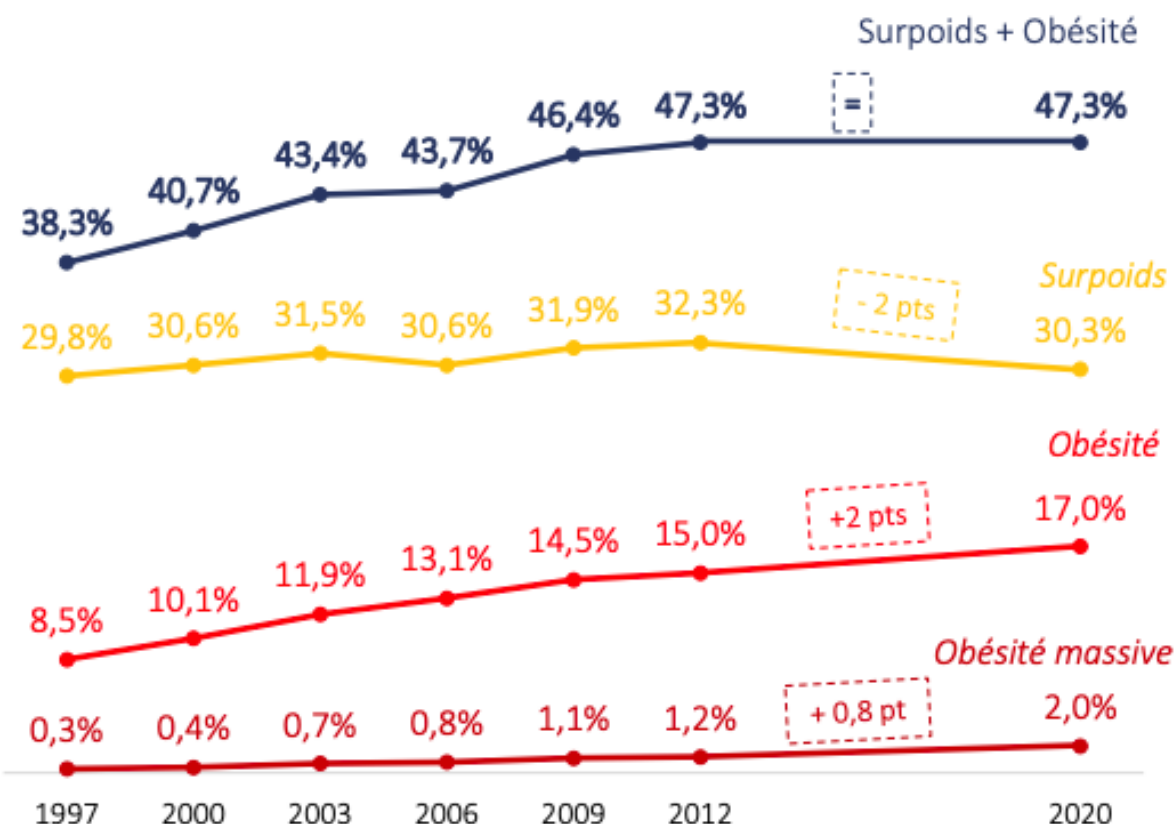
$$\text{IMC : Indice de Masse Corporelle} = \frac{\text{Poids (en kg)}}{\text{Taille}^2 \text{ (en m}^2\text{)}}$$

Classification	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Maigreur	< 18,5
Normal	18,5 – 24,9
<b>Surpoids</b>	<b>25,0 – 29,9</b>
<b>Obésité</b>	<b>30,0 – 34,9</b>
<b>Obésité sévère</b>	<b>35,0 – 39,9</b>
<b>Obésité massive</b>	<b>≥ 40,0</b>

# Prévalence de l'obésité



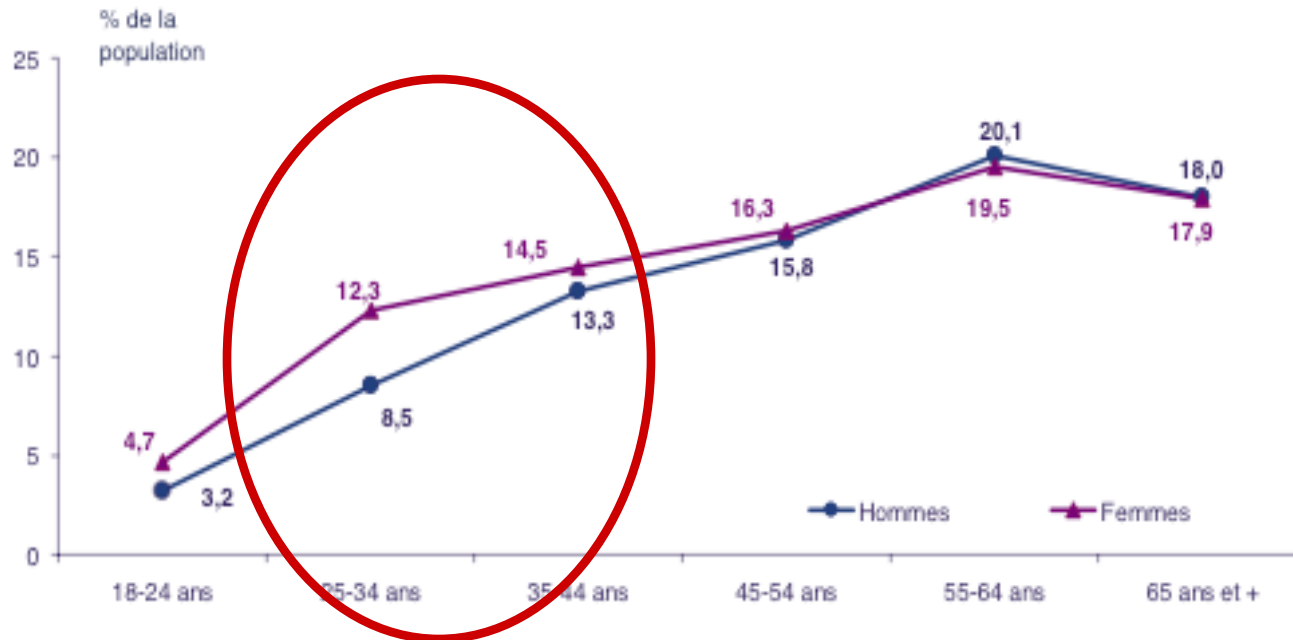
## Evolution de la prévalence de l'obésité



Source : Tableaux de l'économie française édition 2020, estimations de population, INSEE

# Touche particulièrement, la femme jeune

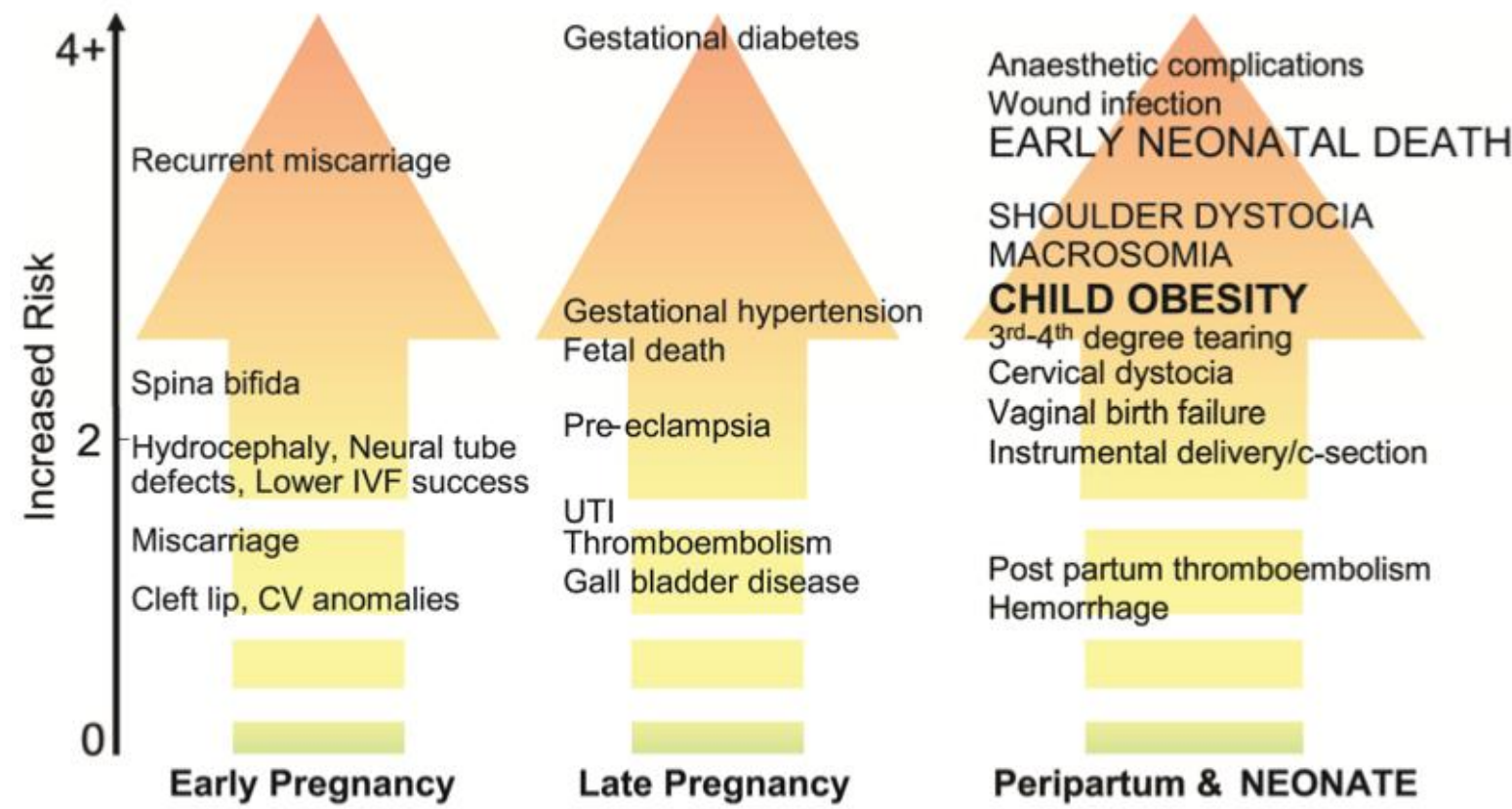
Prévalence de l'obésité en fonction du sexe et de l'âge en 2009



Prévalence de l'obésité en fonction du sexe et de l'âge en 2009

Avant 45 ans,  
l'obésité féminine  
est plus importante  
que chez les hommes  
mais la tendance s'estompe  
ensuite, les courbes des deux  
sexes se superposent  
passé l'âge de la ménopause

# La Grossesse est à risque chez la femme obèse



# 4 fois + de grossesses non désirées ou d'avortements

**Enquête sur le Contexte de la Sexualité en France (CSF)  
menée en 2006 auprès de plus de 12 000 personnes**

Les femmes obèses (IMC > 30) âgées < 30 ans  
comparées aux femmes de même âge, de poids normal,  
malgré une ▼ de leur fertilité : SOPK, insulino-résistance

- **prennent moins la pilule**
- **8 fois moins de méthodes contraceptives efficaces**
- **consultent moins le médecin pour leur contraception.**

# L'obésité joue sur les comportements

**La femme obèse est moins compliante,**

utilise - **souvent la pilule (70 % en -)**

utilise **+ souvent** des **méthodes – efficaces**  
ne demandant pas l'intervention d'un médecin  
et à plus forte raison d'un gynécologue

**comme le retrait,**

dont l'utilisation suit la courbe de l'IMC

# La Peur de grossir?

## Méta-analyse Cochrane 2014, Prise de poids et COC

**La Prise de poids est souvent considérée comme un effet secondaire des COC, et femmes et médecins pensent qu'il existe une association.**

**→ Cette croyance provoque l'arrêt précoce chez les utilisatrices**

49 essais ont porté sur 85 comparaisons de changement de poids pour 52 paires de contraception distinctes (ou placebos)

**Aucun lien de causalité entre les COC et Prise de poids n'a été établie..**

Combined oral contraceptive pills for treatment of acne  
(Review)

Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA



**Il n'existe pas, à l'échelle d'une population, de prise de poids sous COC chez les femmes obèses**

# La Peur de grossir?

## Prise de poids et COC

***Il ne semble y avoir de variation à long terme***

Entre 19 ans et 44 ans, la prise de poids moyenne est de 10,6 kg (et de 3,7 points d'IMC) que les patientes prennent ou non une COC

**Des conseils appropriés et précis sur la Prise de poids avec l'âge,**  
peuvent aider à réduire l'arrêt intempestif des COC lié à la perception de cette prise de poids

# Depuis + 60 ans, explosion d'information dans la littérature contraceptive



**PEU POUR LES FEMMES OBESES et  
PAS quand IMC > 35**



Etudes rétrospectives ont été menées à une époque  
Où l'obésité était beaucoup moins fréquente...(< 5 %)

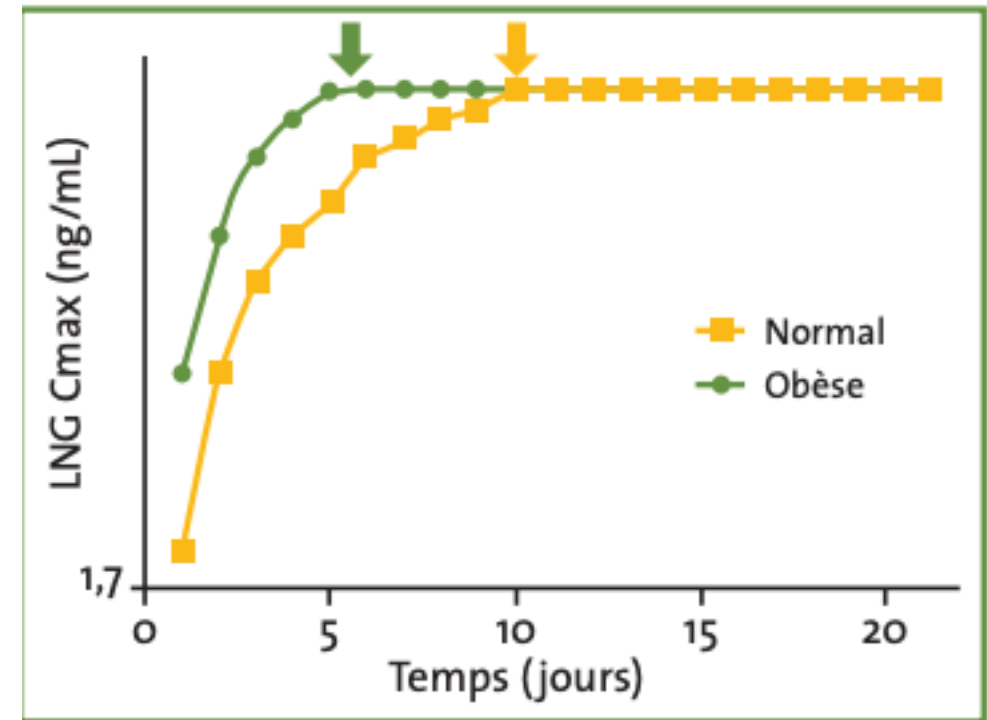
la plupart des études sur les nouvelles méthodes  
contraceptives excluent les femmes  
en surpoids, dont le poids > 130% du poids idéal

# La contraception orale est-elle aussi efficace?

## Impact de l'obésité sur la pharmaco-cinétique des EP

La capacité d'atteindre l'état d'équilibre des taux d'hormones est diminuée chez les femmes obèses.

**TEMPS + LONG : 3 à 5 jours de +**  
pour atteindre les niveaux d'hormones nécessaires pour inhiber l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien



1. Edelman AB. Contraception 2009. – 2. Edelman AB.

Fig. 6. Calculated time to reach LNG steady-state (steady state= $t_{1/2} \times 5$ ) concentrations based on the serum sample series from Cycle 2, Day 1 (the first day of restarting active OC pills after a 7-day hormone-free interval).

# Pas de risque accru d'échec avec l'utilisation de CO

**Prudence dans l'initiation** de la contraception hormonale combinée et nécessité d'une **méthode locale** pendant une **période plus longue**

➤ **l'intervalle libre** entre 2 plaquettes (24/4)  
périodes d'arrêt de 4 jours

Pilule avec « extension » 84 cp actifs  
Pilule en continu non stop

# Quels sont les risques de la contraception chez la femme obèse ?

L'obésité est un **FDRCV sous estimé**

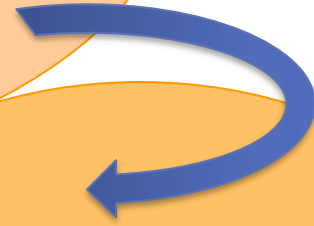
Les EP ou COC présentent un risque

1- veineux : thrombo-embolique

2- artériel : cardio-vasculaire,  
majoré par les FDRCV associés (Tabac, etc..)

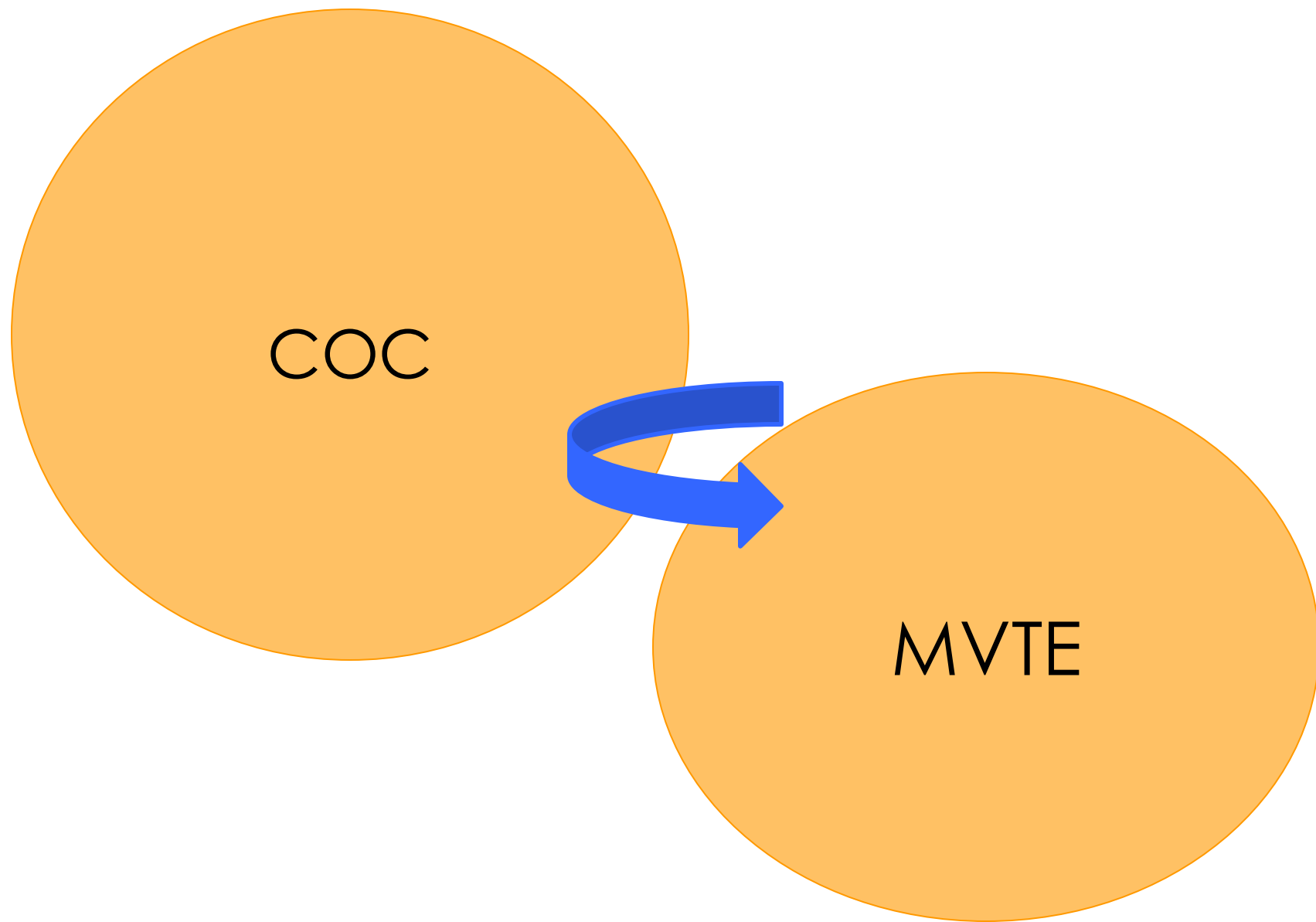
Obésité

MVTE



# Le risque thrombo-embolique veineux

• ATCD de thrombose veineuse	OR=	16-35
• Traumatisme		13
• Chirurgie		6-22
• <b>Grossesse</b>		<b>6-10</b>
• Cancer		6
• Voyage		2-4
• <b>Obésité</b>		<b>2-4</b>
• <b>CO estro-progestative</b>		<b>3-4</b>
• THS estrogène voie orale		2-3
• Groupe sanguin non-O		2
• Thrombophilies		2-50



# Méta-analyse Cochrane 2014

## COC risque accru de thrombose veineuse

L'ampleur de l'effet dépend à la fois

### **1-du progestatif utilisé**

50-80% plus élevé /COC avec le LNG.  
gestodène,  
désogestrel,  
acétate de cyprotérone,  
drospirénone

### **2- de la dose EE**

30-35 mg, la plus faible possible

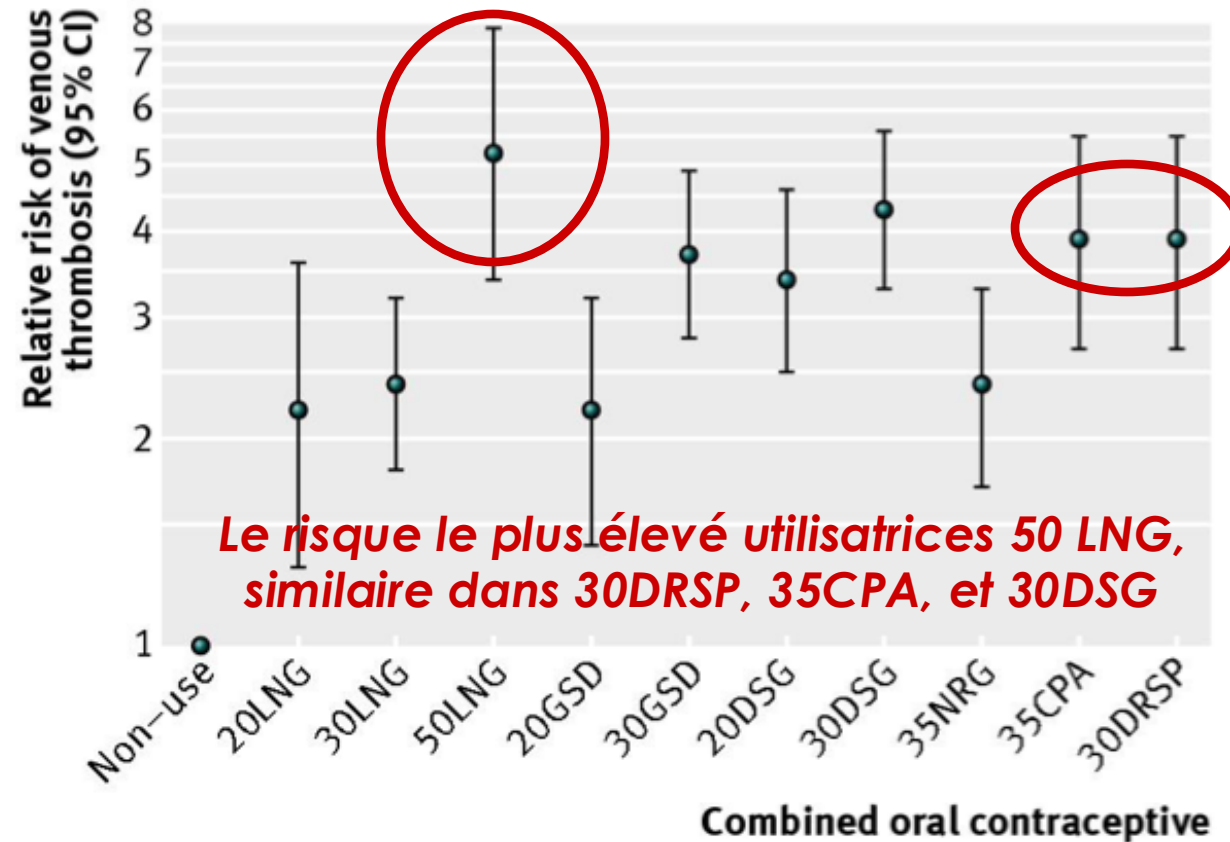
Combined oral contraceptive pills for treatment of acne  
(Review)

Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA



# risque accru de thrombose veineuse dépend 3- de la composition EP

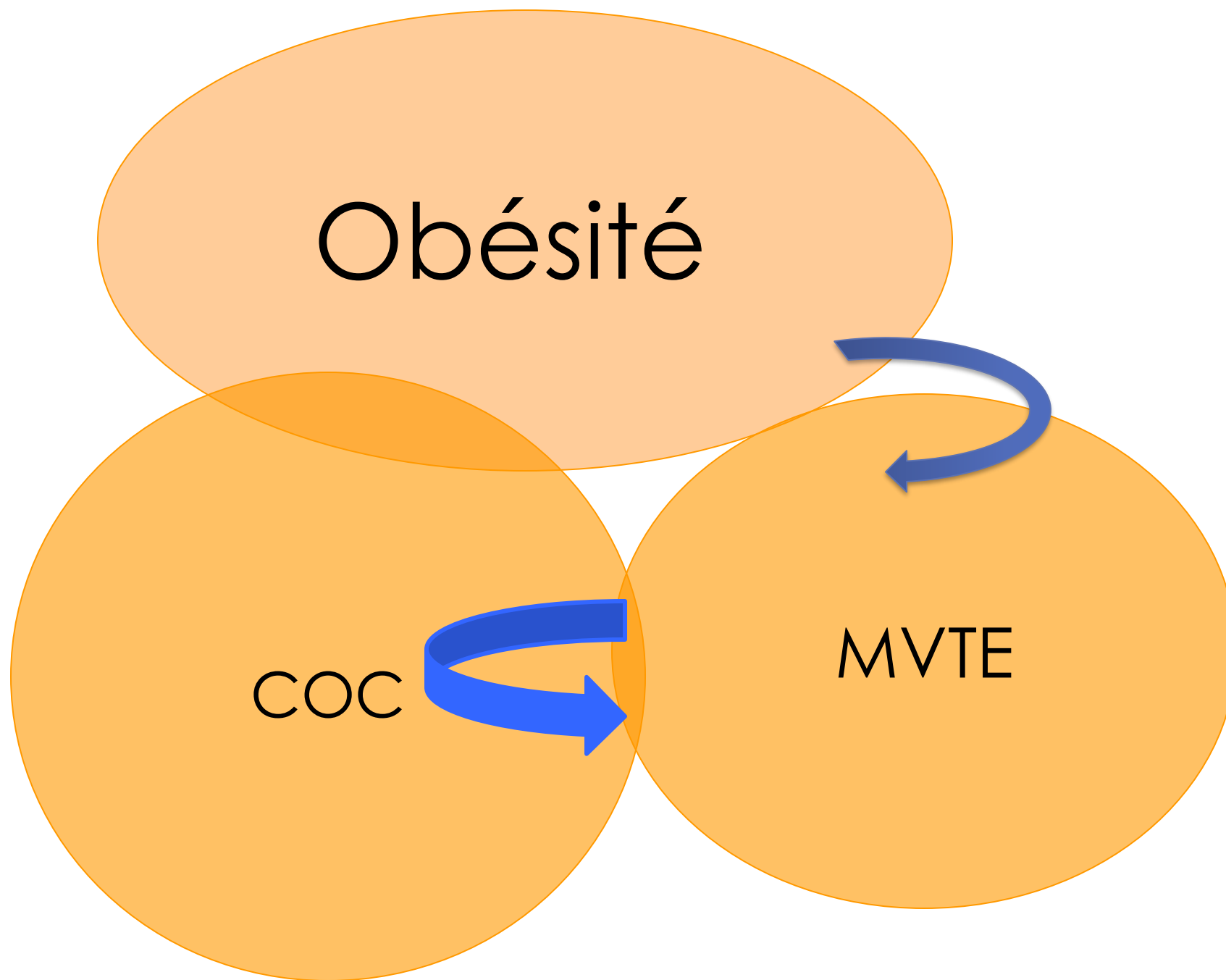
Figure 4. Network meta-analysis, per contraceptive plotted on a logarithmic scale. Dots (lines)=overall relative risk (95% confidence interval) of venous thrombosis; non-use=reference group.



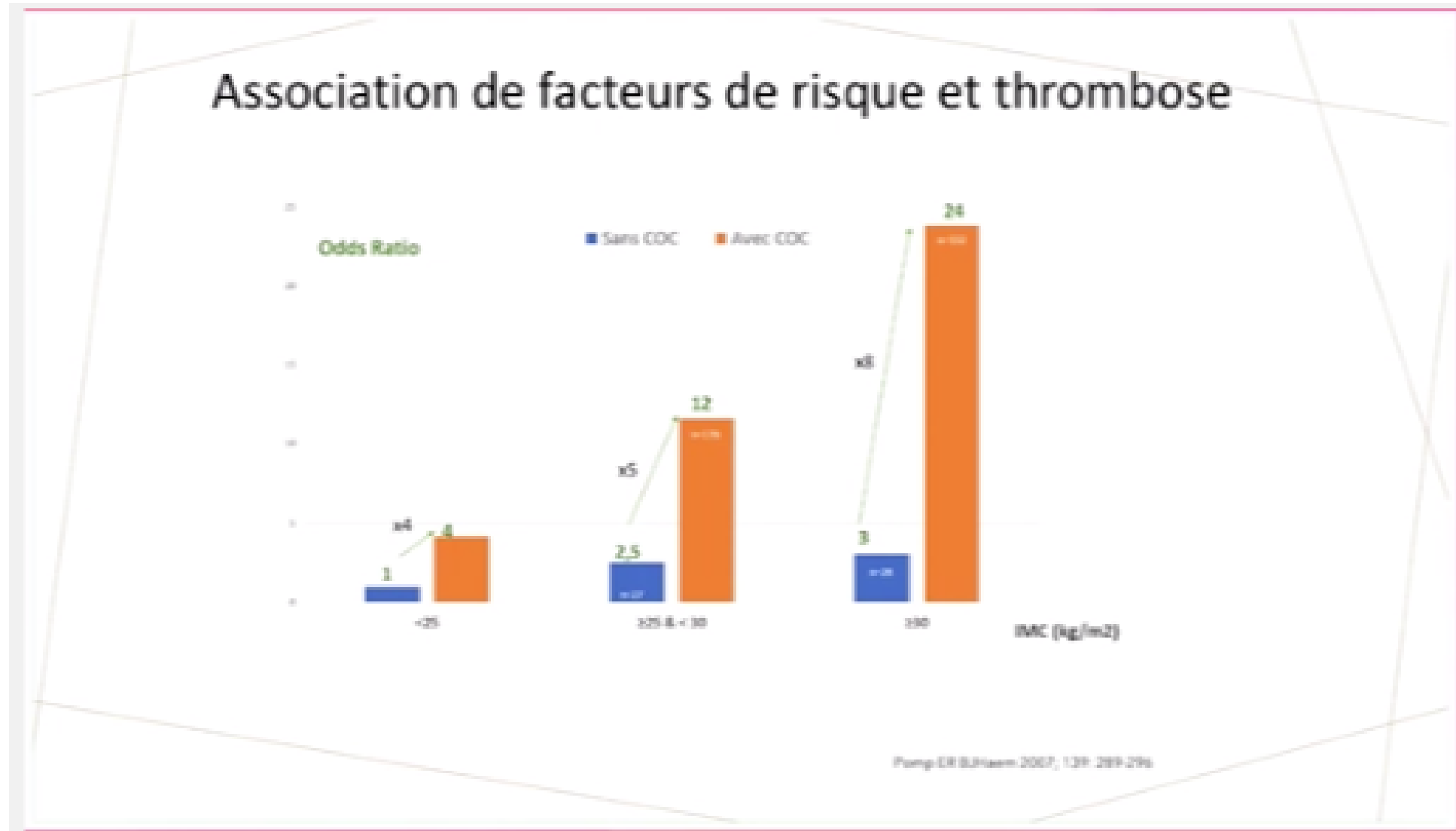
Combined oral contraceptive pills for treatment of acne  
(Review)

Arowojolu AO, Gallo MF, Lopes LM, Grimes DA





# Les F. obèses sous COC ➡ 10 fois ce risque (OR = 9,8)



Effect of different progestagens in low estrogen oral contraceptives on venousthromboembolic disease.  
World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone  
Contraception. Lancet 1995;346:1582-1588.

# Risque artériel

**L'obésité est un FDRCV artériel, au même titre que**

- le tabac,
- l'âge > 35 ans
- l'HTA,
- le diabète,
- les dyslipidémies,
- les migraines,
- les antécédents familiaux

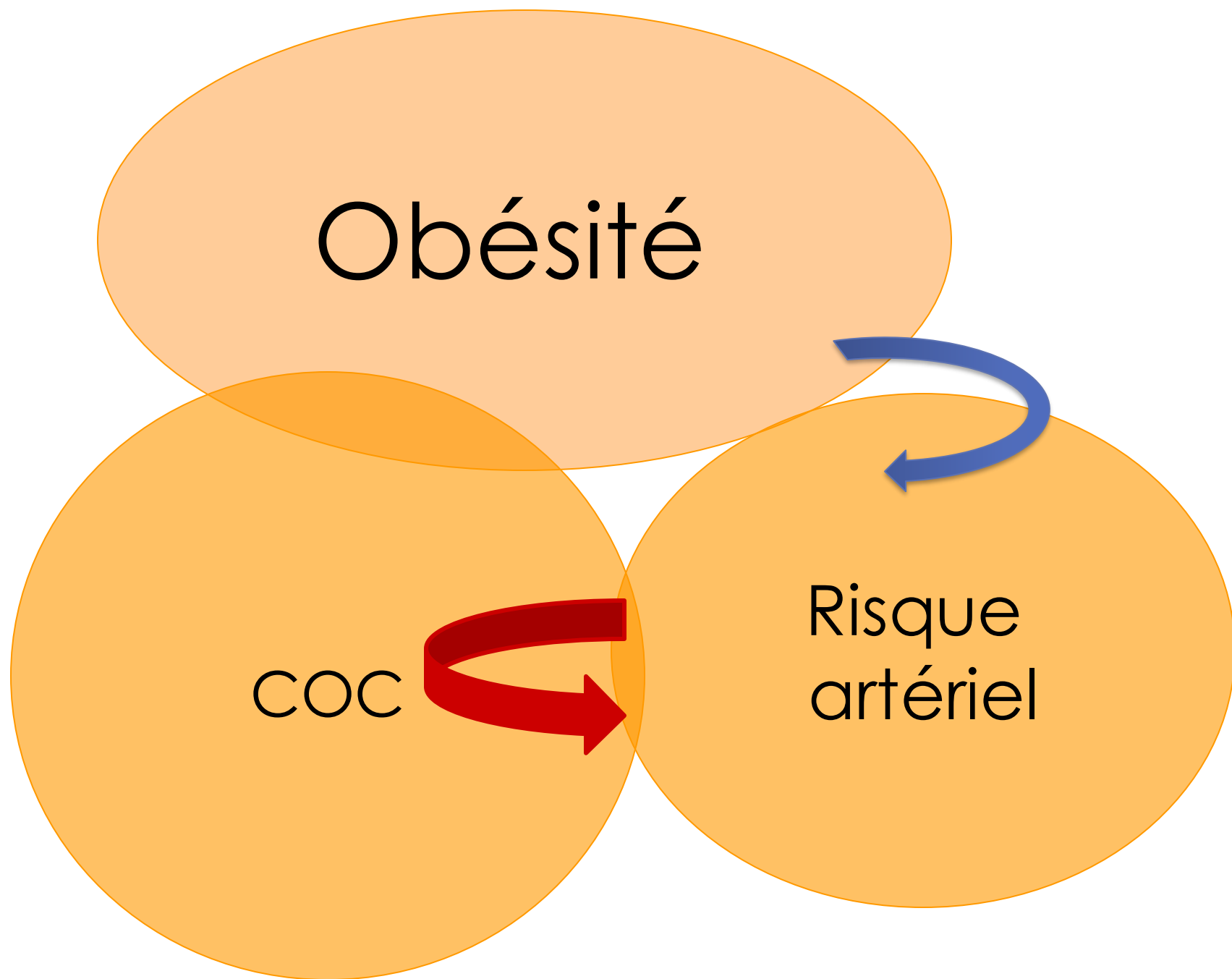
# Les maladies cardiovasculaires (MCV)

## L'obésité impacte sur les FDRCV

- l'hypertension
- insulino-résistance, intolérance au glucose ou diabète
- HLP

Chez les femmes, l'obésité est le **troisième prédictateur** le plus puissant des MCV, après l'âge et l'hypertension.

**Le risque de crise cardiaque** pour une femme obèse est environ **trois fois** celui d'une femme IMC normal de même âge



# La CEP impacte sur

Insulino-résistance, intolérance aux HdC

➤ Triglycérides

- **RR : 1,7** ([1, 2-2,31 IC à 95 %) pour **IDM**
- **RR : 1,8** ([1, 2-2,8] IC à 95%) pour **AVC**

Réticence des **médecins** à prescrire une COC  
aux femmes obèses par crainte  
des effets secondaires cardio-vasculaires

# Contraception d'urgence

## ↘ l'efficacité selon l'IMC

LA POSE D'UN DIU DANS LES 5 JOURS POST RS		
	Levonorgestrel	Ulipristal acetate
IMC > 26	2,09	0,97
IMC > 35	4,41	2,62

# Bénéfices non contraceptifs de la contraception

**Eviter une grossesse à risque**  
**pour les F obèses / F de poids normal**

**Mère** : Diabète, hypertension, MVTE

**Fœtus** : malformations, MIU, RCIU

# Recommandations de l'OMS

## FDRCV multiples

**L'obésité isolée** est un FDRCV

Mais **ne contre-indique pas à elle seule la CEP**

**Sauf si** s'ajoutent d'autres FDRCV

- tabac
- diabète,
- HTA
- âge > 35 ans...

	Obésité isolée	Facteurs multiples
Oestroprogestatifs oraux, patch, anneau	2	3
Microprog. oraux	1	2
Implant contraceptif	1	2
SIU au lévonorgestrel	1	2
DIU au cuivre	1	1
Injectables	2	3

# Notion de Consultation pré contraceptive

## Identifier les patientes à haut risque RCV et MVTE

- **Interrogatoire :**
  - Tabagisme
  - Antécédents personnels et familiaux MVTE et CV
  - Mode de vie
- **Examen clinique :**
  - Etat veineux des membres inférieurs, poids, taille
  - Tour de taille (TT)
  - Pression artérielle (PA)
- **Prise de sang :** BGL (GAJ, CT, HDL- cholestérol, TG)
- Rarement, bilan de l'hémostase en fonction de l'anamnèse

# Que conseiller en 2025 ?

## COC contenant des

- **Progestatifs de deuxième génération**  
en raison de leur moindre risque TEV : **G2** : 2,9 < **G3** : 4 \*
- **Avec la dose la plus faible d'EE**
- **l'E2 mieux que l'EE ??** mais peu d'études...

# Que conseiller en 2025 ?

- Dès que la **femme a un âge > 35 ans**  
ou
- qu'elle a **d'autres FDRCV** :
  - **IMC > 35**
  - Hyperlipémie
  - **Tabagisme**
  - Hypertension artérielle
  - Céphalées avec aura

**Contraceptifs classés par l'OMS en niveau 1**

# OMS classe 1

- Les LARC ou POP sont préférables

- Microprogestatifs
- Implants
- DIU au Cuivre
- DIU au lévonorgestrel

Toujours avoir présent à l'esprit que

Le risque vasculaire est plus fort

La couverture contraceptive est faible

Les consultations chez le gynécologue  
sont plus rares

# Quelles recommandations en 2025 pour la contraception ?

## OMS 2008

Tous les CO **au grade 2** peuvent en principe être utilisés à condition de procéder à une évaluation soigneuse **de la balance bénéfice/risque**

Si d'autres **FDRCV** s'ajoutent à l'obésité : **tabagisme, diabète, hypertension, âge, etc**

Les contraceptifs ne contenant que des **progestatifs (POP)** et **le stérilet en cuivre** sont autorisés

## 2025

1. Identifier les patientes à haut risque RCV et TEVP

2. Prudence dans l'initiation de la CO  
**Protection locale pendant une période + longue,**

➡ IL entre 2 plaquettes (24/4)  
Périodes d'arrêt de 4 jours  
Pilule en continu non stop

Ré-évaluation régulière de la contraception en fonction de IMC  
au moins **une fois par an** : IMC, TT, GAJ, TG , HDL

# Conclusions

**La Grossesse est à risque chez la femme obèse**

***Aucun lien de causalité entre les COC et la Prise de poids n'a été établi..***

**Bénéfices non contraceptifs de la contraception**

**Consultation pré contraceptive**

Identifier les patientes à haut risque RCV et MVTE

# Conclusions

En raison de ↗ l'incidence de l'obésité,  
Des **études sont nécessaires**  
sur la **contraception de la femme obèse IMC > 35**

**Pour évaluer** dans cette population :

- **efficacité**

- **inocuité**

chez laquelle le risque d'une grossesse comporte plus de risques

**Etablir des recommandations**

# La CEP chez la femme obèse ?? ...

**OUI** si obésité de classe I

**NON**

si  $IMC > 35$   
ou FDRCV associés

The background of the slide is a collage of medical-related images. In the top left, there's a blurred image of a white syringe. To its right is a red, curved object, possibly a stethoscope or a piece of medical equipment. Below these, there are several blister packs containing pills. One pack is purple with yellow and white capsules, and another is green with white capsules. The text "MERCI pour votre attention" is overlaid on a white rectangular background in the center of the image.

***MERCI pour  
votre attention***

***Docteur Juliane BERDAH (Paris)***  
***[dr.berdah@online.fr](mailto:dr.berdah@online.fr)***