

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
Médicale**

—

**Volume 2002  
publié le 28.11.2002**



*VINGT-SIXIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2002*

# Contraception des femmes de plus de 35 ans

D. SERFATY\*  
(Paris)

Les femmes de plus de 35 ans constituent plus de 20 % des utilisatrices de contraceptifs d'après l'IPPF (*International Planned Parenthood Federation*).

Elles méritent une attention particulière du fait :

- des risques de santé pour l'enfant et pour la mère en cas de grossesse survenant à partir de cet âge ;
- de certains facteurs plus fréquemment présents à cet âge (obésité, hypertension, effet particulièrement néfaste du tabac à cet âge, baisse générale de la fertilité et souvent de la sexualité...);
- de l'incidence des troubles menstruels qui croît à cet âge.

Toutes les méthodes de contraception avec leurs avantages et leurs inconvénients sont donc à discuter, non seulement en fonction de ces spécificités, mais également de la demande des utilisatrices qui peut être différente de celle qui était la leur avant l'âge de 35 ans.

\* 9 rue de Villersexel –75007 PARIS

La sexualité, la fertilité, la grossesse et, par conséquent, la contraception des femmes de plus de 35 ans ont des caractéristiques bien spécifiques décrites ci-après.

#### *Grossesses non désirées et avortements*

Les grossesses restent encore nombreuses au-delà de 35 ans et sont en majorité non désirées après 40 ans. Les taux de fécondité des femmes de 35-39 ans (37 naissances pour 1000 femmes de cet âge en 1991) et des femmes de 40-44 ans (7 naissances pour 1000 femmes de cet âge) sont en hausse en France depuis 1979. En 1991, 78 307 naissances ont été enregistrées en France chez les femmes de 35-39 ans, 15 848 chez les 40-44 ans et 803 à 45 ans et plus. La même année, on a enregistré 16 000 IVG chez les 35-39 ans, et 8 000 IVG chez les 40-44 ans. Selon H. Leridon, sur 100 conceptions chez les femmes de 35-39 ans, on compte 25 IVG, 16 naissances non voulues, et 59 naissances désirées. À 40-44 ans, 100 conceptions aboutissent à 40 IVG, 18 naissances non désirées, et 42 naissances souhaitées.

#### *Grossesses à risques*

La grossesse tardive est une grossesse à risques pour la mère et pour son enfant. Ces risques sont rappelés dans le tableau I.

L'âge maternel est un facteur de risque maternel et fœtal. Le vieillissement des organes et l'existence d'une pathologie chronique (en particulier, HTA, diabète, obésité) non exceptionnelle après 40 ans, majorée éventuellement par une grande parité, une grossesse multiple ou un niveau socio-économique faible, expliquent ces complications (Berkane, 1997).

#### *Diminution de la fertilité*

La diminution de la fertilité avec l'âge est admise par tous. Les taux de succès à douze mois des inséminations avec sperme de donneur (IAD) ont été de 74 % chez les femmes de moins de 30 ans, de 61 % chez les 31-35 ans, et de 54 % chez les femmes de plus de 35 ans (Schwartz, Fédération des CECOS, cité par Bowen-Simpkins, 1993). Dans cette baisse de la fécondabilité (qui se définit par le taux de conception par cycle) avec l'âge interviennent plusieurs facteurs gynécologiques : endométriose (pic de fréquence = 35 à 45 ans), adénomyose (51 % de 40 à 50 ans), fibromyomatose (20 % à 30 ans, 40 % à 50 ans), altérations de la muqueuse tubaire (déciliation), anovulation, phase lutéale

## CONTRACEPTION DES FEMMES DE PLUS DE 35 ANS

*Tableau I*

*Risques des grossesses tardives\**

<p style="text-align: center;"><b>Risque maternel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mortalité maternelle avec l'âge</li>   <li>– Fréquence :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– HTA, éclampsie</li> <li>– Diabète gestationnel</li> <li>– Môle hydatiforme</li> <li>– Placenta praevia</li> <li>– Hématome rétroplacentaire</li> <li>– Césarienne</li> </ul> </li> </ul>	<p>Double de 30-34 ans à 35-39 ans Causes fréquentes de cette mortalité : pré-éclampsie, placenta praevia, hémorragie de la délivrance, embolie pulmonaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Complications hypertensives × 4 après 40 ans</li> <li>– Risque × 20 entre 20 et 45 ans</li>   <li>– 19,6 % après 40 ans contre 10,8 % dans la population générale</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Risque fœtal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mortalité périnatale avec l'âge de la mère</li> <li>– Retard de croissance intra-utérin et souffrance fœtale chronique</li> <li>– Poids de naissance</li> <li>– Prématuration</li> <li>– Aberrations chromosomiques (une amniocentèse pour caryotype fœtal est proposée à partir de 35 ou 38 ans selon les pays)</li> </ul>	<p>Double de 17 à 39 ans</p> <p>Totalité :     1,3 % à 35 ans                   1,94 % à 40 ans                   2,59 % après 40 ans</p> <p>Trisomie 21 :   1/1000 à 25 ans                   1/365 à 35 ans                   1/32 à 45 ans</p>
<p>* Risques majorés en cas de pathologie maternelle préexistante, de multiparité, de grossesse multiple ou de niveau socio-économique défavorisé.</p>	

écourtée ou inadéquate, vieillissement des gamètes. Cette baisse de fécondité est associée à une augmentation de l'efficacité de toutes les méthodes de contraception, à partir de 35 ans.

### *Diminution de la sexualité*

La fréquence des rapports sexuels diminue très significativement avec l'âge. Elle diminuerait de 50 % de 20 à 40 ans, selon Trussel, cité par Bowen-Simpkins. Cette diminution s'accroît pendant la cinquième décennie du fait essentiellement d'une baisse de la libido. Ceci est cependant à nuancer. Le renouvellement

fréquent des couples (fréquence des divorces et des séparations) pourrait avoir un effet « stimulant » sur la sexualité au moins au début.

## CHOIX D'UNE CONTRACEPTION

Théoriquement, le déclin de la fécondité de la femme après 40 ans et la diminution de la sexualité autorisent chez elle des méthodes de contraception insuffisamment efficaces pour la femme plus jeune (la contraception vaginale par exemple). Cependant les risques médicaux et psychologiques posés par une grossesse à cet âge devraient privilégier les méthodes dont l'efficacité est proche de 100 %. Enfin, la contraception à cet âge doit également être adaptée au déséquilibre hormonal fréquent et à un organisme généralement moins résistant. Le choix d'une méthode de contraception chez les femmes après 40 ans devrait tenir compte de ces nuances importantes et tenir également compte du désir de la patiente.

Il faut retenir que la première méthode de contraception réversible à partir de 40 ans en France en 1994, était le dispositif intra-utérin (DIU), suivi de la pilule puis de l'abstinence périodique, puis soit du préservatif, soit du retrait. La stérilisation, dont le statut légal vient seulement d'être défini en France, (loi du 30 mai 2001) avait été effectuée chez 9,4 % des femmes de 35 à 39 ans, chez 15,9 % des femmes de 40 à 44 ans et chez 21,2 % des femmes de 45 à 49 ans (Leridon et Toulemon (INED) Population et Sociétés, 1998; 228).

### 1. Méthodes naturelles

Basées sur la détection de l'ovulation par la femme elle-même, ces méthodes peuvent devenir particulièrement difficiles à partir de 40 ans, même pour leurs adeptes habituelles. À partir de cet âge, les cycles deviennent en effet fréquemment irréguliers avec une ovulation retardée, avancée, voire absente ou suivie d'un corps jaune de mauvaise qualité. On conçoit la difficulté d'utiliser les méthodes thermiques ou rythmiques à partir de cet âge.

Il en est de même de la méthode Billings basée sur la disparition du mucus cervical. Du fait de la dysovulation ou de l'anovulation, le mucus cervical peut persister durant tout le cycle, ce qui peut aboutir à un cycle sans rapport sexuel.

## 2. Contraception vaginale

La contraception vaginale après 35 ans a des indications privilégiées car son efficacité devient, en principe, suffisante, elle n'a pas de contre-indication, elle est inoffensive et peu astreignante si elle est correctement utilisée. Mais elle est recommandée surtout en l'absence de troubles fonctionnels gynécologiques de la préménopause. Elle devrait être systématiquement associée à une information sur les possibilités et les limites de la contraception d'urgence, voire à une prescription systématique de cette contraception « pour le cas où »...

### *Préservatif masculin*

Les aspects spécifiques du préservatif masculin après 40 ans sont : une meilleure efficacité, l'innocuité, ce qui est particulièrement précieux à cet âge, la protection contre les dysplasies et le carcinome du col utérin. En revanche, le préservatif peut être ressenti comme une gêne à la spontanéité de l'acte sexuel particulièrement mal acceptée à cet âge où les troubles sexuels et notamment les troubles de l'érection ne sont pas exceptionnels.

### *Diaphragme*

Tombé en désuétude depuis l'avènement de la pilule, du DIU et des spermicides modernes, le diaphragme garde quelques adeptes chez les couples d'un certain âge habitués à cette méthode peu onéreuse. Après 40 ans, la « prémédication » et l'inconfort liés à cette méthode peuvent être assez mal vécus. Mais inversement, son efficacité est meilleure après 40 ans et son effet protecteur contre les pathologies néoplasiques du col utérin est particulièrement précieux à cet âge. Certaines difficultés anatomiques (prolapsus génitaux plus fréquents à partir de 40 ans) pourraient bénéficier du diaphragme arqué disponible aux États-Unis.

### **Spermicides**

Les spermicides modernes, généralement des surfactifs, ont tendance à supplanter les autres méthodes vaginales de contraception. Cette méthode féminine me semble avoir des indications privilégiées à partir de 40 ans, devenant plus efficace et plus acceptable si elle est correctement utilisée. Parmi ces spermicides, les ovules et surtout les crèmes, les gelées et les mousses semblent particulièrement indiqués du fait de leur effet lubrifiant bienvenu lorsqu'il s'agit de femmes en préménopause se plaignant de sécheresse vaginale.

### **3. Dispositif intra-utérin**

Les avantages spécifiques du DIU à cet âge sont : une efficacité meilleure, un risque infectieux théoriquement moindre (vie sexuelle généralement plus stable) et l'absence d'astreinte propre à cette méthode particulièrement appréciée à cet âge où l'on aspire à une vie sexuelle épanouie. Mais les dispositifs intra-utérins, notamment ceux au cuivre, entraînent souvent des règles longues et abondantes. Il faut donc éviter de les proposer aux femmes ménorragiques, qu'elles aient ou non un fibrome utérin, pathologie fréquente à cet âge. Il faut, de plus, surveiller rigoureusement les femmes porteuses de DIU particulièrement à cet âge et ne pas attribuer automatiquement à cette méthode d'éventuels troubles fonctionnels gynécologiques (métrorragies en particulier) sans investigation complète. Une pathologie génitale associée (cancer notamment, mais également fibrome, endométriose, adénomyose...) est en effet toujours possible.

Ce que nous savons sur la durée des dispositifs intra-utérins au cuivre devrait nous inciter à ne plus les changer à partir de 45 ans lorsqu'ils sont très bien tolérés.

Parmi les dispositifs intra-utérins disponibles actuellement en France, le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena®) particulièrement indiqué en cas de ménorragies (associées ou non à une anémie) ou de dysménorrhée, troubles fréquents à partir de 40 ans.

Le dispositif intra-utérin est habituellement laissé en place jusqu'à la ménopause confirmée (classiquement jusqu'à un an après la disparition des règles). Le retrait du dispositif intra-utérin chez les femmes ménopausées depuis plus de 6 mois, et sans THS, devrait être précédé d'une courte cure d'estrogènes. Ceci facilite le retrait et le rend moins douloureux.

#### 4. Contraception hormonale orale

##### *Pilule estroprogestative*

L'histoire de la pilule estroprogestative chez la femme à partir de 35 ans est liée au risque cardio-vasculaire de cette contraception et pourrait se résumer ainsi :

– en 1975, la FDA (États-Unis) fixe l'âge limite pour utiliser les contraceptifs oraux à 35 ans. En effet, selon plusieurs études épidémiologiques, à partir de 35 ans, la pilule est apparue associée à une augmentation significative des décès par infarctus du myocarde et autres causes cardio-vasculaires ;

– en 1989, la même FDA décide de supprimer l'âge limite imposé pour la prescription des contraceptifs oraux dans le cas de femmes en bonne santé et ne fumant pas (aucun seuil de tabagisme n'a été fixé).

Pourquoi cette suppression d'une limite d'âge pour pouvoir prendre la pilule ? Trois raisons peuvent être avancées :

*La pilule a changé.* Les pilules estroprogestatives minidosées ont progressivement remplacé les pilules fortement dosées ou normodosées. Par exemple, aux États-Unis, les pilules contenant moins de 50 µg d'éthinyl-estradiol (EE) représentaient seulement 5 % du marché en 1975 contre 75 % en 1987. En Grande-Bretagne, en 1973, les estroprogestatifs minidosés représentaient 3,7 % du marché alors qu'en 1987 ce pourcentage fut de 87 %. En France, en 1991, les estroprogestatifs minidosés ont représenté plus de 85 % des pilules utilisées. Toujours en France, en 2002, il n'y a plus qu'une seule pilule normodosée sur les 22 pilules estroprogestatives disponibles.

*La façon de prescrire la pilule a changé.* La sélection des patientes sous pilule est devenue de plus en plus rigoureuse, tenant systématiquement compte des facteurs de risque vasculaire (tabagisme, âge, thrombophilie, hyperlipidémie, diabète, HTA, obésité) et des antécédents thrombo-emboliques veineux et artériels, non seulement personnels mais également familiaux.

*Le risque cardio-vasculaire a changé.* Indépendamment de toute prise de pilule, ce risque qui, naturellement, augmente avec l'âge, a nettement diminué depuis 1965. En vingt ans, la mortalité par infarctus du myocarde a été divisée par 3 aux États-Unis, de 1965 à 1985 (11,1 pour cent mille femmes âgées de 35 à 39 ans en 1965, contre 3 pour cent mille en 1985). Cette diminution est attribuée à une meilleure hygiène de vie.



Tietze, évaluant, en 1976, le taux global de mortalité en fonction de la méthode contraceptive utilisée, avait conclu que la mortalité liée à l'absence de contraception est nettement supérieure à celle observée chez les femmes utilisant la pilule et ceci à tout âge, excepté à partir de 35 ans chez les femmes fumeuses utilisant la pilule. Une étude (Kawachi, 1994), indique un très net avantage des contraceptifs oraux en matière de taux de décès chez les femmes âgées de 30 à 50 ans en fonction de la méthode de contraception utilisée, y compris la stérilisation. Dans la déclaration du Groupe consultatif médical international de l'IPPF (IMAP, 1995), il est écrit : « Il est démontré que l'accroissement du risque d'affections cardio-vasculaires reste minimal chez les femmes de plus de 35 ans, si elles ne fument pas et ne présentent pas d'autres facteurs de risque tels que l'hypertension ou le diabète ».

En France, les autorités semblent exprimer moins de réticence à la prescription de la pilule estroprogestative après l'âge de 35 ans. En octobre 1993, on pouvait lire dans les fiches de transparence éditées par l'Agence du médicament : « Les estroprogestatifs ne sont pas conseillés après 35 ans en raison de l'accroissement des risques vasculaires et métaboliques. Leur est préférée une contraception progestative antigonadotrope ou une contraception mécanique ». Le 6 juin 1997, la Commission d'autorisation de mise sur le marché a approuvé le schéma commun des contraceptifs oraux estroprogestatifs. Il y est écrit : « Le risque thromboembolique artériel associé à la prise de contraceptifs oraux augmente avec l'âge et le tabagisme. C'est pourquoi les femmes de plus de 35 ans sous contraceptif oral doivent impérativement cesser de fumer » et « Le risque thromboembolique artériel augmentant avec l'âge, le rapport bénéfice/risque de cette contraception devra être réévalué individuellement à partir de 35 ans ».

La pilule estroprogestative n'est donc pas contre-indiquée chez les femmes de plus de 35 ans, n'ayant que leur âge comme seul facteur de risque vasculaire. Quels en sont les aspects particuliers ?

- *Risque de cancer du sein*

De nombreuses études épidémiologiques, souvent contradictoires, ont été consacrées à ce sujet. Voici ce qui est écrit dans le schéma commun des contraceptifs oraux estroprogestatifs approuvé en juin 1997 par la commission d'AMM : « Une méta-

analyse regroupant les données de cinquante-quatre études internationales a mis en évidence une légère augmentation du risque de cancer du sein chez les utilisatrices de contraceptifs oraux. L'augmentation du risque ne semble pas dépendante de la durée d'utilisation, ni de l'existence de facteurs de risque tels que la nulliparité et les antécédents familiaux de cancer du sein\*. Les données publiées ne sont pas de nature à remettre en cause l'utilisation des contraceptifs oraux dont les bénéfiques sont nettement supérieurs aux risques éventuels ».

Une étude, la *CASH Study* (Wingo 1993, cité par Rozenbaum 1996), relative à 4711 femmes atteintes de cancer du sein, a mis en évidence une discrète diminution du risque relatif du cancer du sein chez les utilisatrices de pilules âgées de plus de 44 ans et une absence d'effet chez celles âgées de 35 à 44 ans. Ces chiffres n'ont cependant pas été confirmés.

- *Effets bénéfiques de la pilule*

Ces bénéfiques sont résumés dans le tableau II.

Parmi eux, celui protecteur contre le cancer de l'endomètre et le cancer de l'ovaire est particulièrement précieux à cet âge. D'autre part, la diminution des troubles fonctionnels de la préménopause est particulièrement appréciée à cet âge et de nombreuses utilisatrices réclament de plus en plus ce « confort gynécologique » associé à la contraception orale.

- *La pilule protège-t-elle de l'ostéopénie postménopausique ?*

Parmi les études consacrées à ce sujet, certaines n'ont pas mis en évidence d'effet protecteur, d'autres sont en faveur d'un léger gain. Théoriquement, un tel effet bénéfique pourrait être dû à l'éthinyl-estradiol de la pilule (15 µg d'EE par jour suffiraient pour maintenir le capital osseux après la ménopause), à la sécrétion estrogénique ovarienne résiduelle sous EP (50 à 80 pg/ml) et, peut-être, au progestatif de synthèse des pilules.

On peut conclure avec El-Choufi (cité par Serfaty, 1998) en disant que la pilule prise pendant la période reproductive, pour-

\* Cependant, selon une étude de Gabrick et al. (JAMA 2000; 284: 1791-1798), les sœurs et les filles de patientes ayant eu un cancer du sein auraient un risque accru de cancer du sein (risque relatif = 3,3) en cas d'utilisation de pilules fortement dosées en éthinyl-estradiol et en progestatif (= pilules utilisées avant 1975). Cette notion, nouvelle, nécessite d'être confirmée.

Tableau II

Bénéfices non contraceptifs des pilules estroprogestatives, en particulier après 35 ans

**Diminution de nombreuses affections gynécologiques et non gynécologiques**

- Cancer de l'endomètre
- Cancer de l'ovaire
- Kystes fonctionnels de l'ovaire
- Fibromes (moins 30 % environ si utilisation prolongée) et - hyperplasie de l'endomètre
- Endométriose ? (ou - de ses symptômes)
- Mastopathies bénignes
- Polyarthrite rhumatoïde ?
- Ostéopénie postménopausique ?

**Diminution de nombreux troubles fonctionnels de la préménopause**

- Irrégularités des cycles
- Ménorragies (= - anémie ferriprive = - asthénie)
- Syndrome prémenstruel
- Disménorrhée
- Hémorragies fonctionnelles
- Troubles vasomoteurs (présents chez environ 50 % des femmes avant l'arrêt définitif des règles).

rait avoir un certain effet protecteur contre l'ostéoporose post-ménopausique et dans tous les cas n'a pas d'effet négatif sur le métabolisme osseux.

• *À quelles femmes, âgées de plus de 35 ans, permettre la pilule EP ?*

Il faut, bien entendu, respecter scrupuleusement les contre-indications classiques des estroprogestatifs. De plus, la pilule estroprogestative ne sera prescrite qu'aux femmes en bonne santé, non à haut risque vasculaire, ne fumant pas et acceptant de se soumettre à une surveillance clinique régulière et fréquente. La pilule estroprogestative devrait être refusée dans les autres cas. Stewart (cité par Serfaty, 1998) recommande une mammographie systématique à cet âge avant de prescrire la pilule. Si on se réfère aux recommandations de l'ANAES, la surveillance biologique des estroprogestatifs après 35 ans n'a pas à être différente de celle préconisée en général.

- *À quelles femmes âgées de plus de 35 ans, recommander la pilule EP ?*

Les femmes de cet âge, consultant pour contraception et ayant des perturbations du cycle menstruel, en particulier du type oligoménorrhée, ou des antécédents familiaux d'ostéoporose, de ménopause précoce ou de cancer de l'ovaire, ainsi que celles se plaignant de troubles fonctionnels de la préménopause, semblent être des candidates privilégiées à cette contraception à visée préventive et thérapeutique.

- *Choix d'une pilule*

Après 35 ans particulièrement, les estroprogestatifs minido-sés contenant 15 à 35 µg d'éthinyl-estradiol, étant donné les probables effets dose/réponse en matière de risque vasculaire, et à base de progestatifs de troisième génération (désogestrel, gestodène, norgestimate) semblent être préférés du fait de leur bonne tolérance métabolique et clinique.

Les pilules estroprogestatives séquentielles sont à proscrire en prise régulière à cet âge, leur climat estrogénique dominant pourrait favoriser le cancer de l'endomètre ou l'apparition de mastopathies et n'a pas d'effet curatif sur l'insuffisance lutéale fréquente à cet âge. Ces pilules ne sont d'ailleurs plus mentionnées dans le dictionnaire Vidal 2002.

- *Arrêt de la pilule*

Chez les femmes qui tolèrent bien cliniquement et métaboliquement la pilule, et qui désirent continuer de la prendre, il est légitime de la prescrire jusqu'à la ménopause. Certains, comme J.Guillebaud, proposent d'arrêter arbitrairement la pilule à 50 ans et de prendre le relais par une hormonothérapie substitutive de la ménopause. Ceci, après avoir obtenu l'accord des patientes qui acceptent de rester sans contraception (hormonale, ce qui n'exclut pas d'autres contraceptifs) à partir de la cinquantaine. On pourrait aussi diagnostiquer la ménopause en arrêtant, autour de la cinquantaine (ou de l'âge familial de la ménopause) la pilule et en constatant l'aménorrhée post-pilule, a fortiori si elle est accompagnée de bouffées de chaleur. Un dosage plasmatique de FSH et d'estradiol (E2), un mois environ après l'arrêt de la pilule, peut également aider à établir ce diagnostic.

Certains enfin (Castracane, 1995, cité par Serfaty, 1998) proposent un dosage d'E2 et de FSH au septième jour d'arrêt habituel de la pilule sans faire interrompre cette contraception pour

affirmer l'état de ménopause (E2 reste bas et FSH s'élève). Il faut se méfier en tout cas des diagnostics trop hâtifs de ménopause, donc d'arrêt prématuré de contraception, surtout chez les femmes de moins de 50 ans. Des cas de grossesses après diagnostic trop hâtif de ménopause, (surtout de ménopause précoce) survenues sous traitement hormonal substitutif de la ménopause, ont été rapportés (Jamin,1995).

### ***Contraception orale progestative***

- *Micropilules progestatives*

Les micropilules progestatives pures sont, en principe, à éviter à partir de cet âge du fait de leur mauvaise tolérance gynécologique (en particulier mauvais contrôle du cycle, *spotting*, métrorragies qui inquiètent toujours à cet âge où le risque de cancer génital est important). Il est utile de rappeler, cependant que les premiers contraceptifs oraux prescrits au Royaume-Uni, à partir de 40 ans, sont les micropilules progestatives pures et que l'OMS (2000) n'émet aucune réserve quant à l'utilisation des microprogestatifs oraux en continu après 35 ans (Tableau III).

- *Pilules progestatives normodosées discontinuées*

Ce type de contraception est fréquemment, peut-être trop fréquemment, utilisé en France où existent de nombreux progestatifs de synthèse. Les indications, contre-indications et effets secon-

**Tableau III**

*Âge et critères d'éligibilité des méthodes de contraception (OMS, 2000)*

	COC	CIC	POP NET-EN	DMPA	NOR	CU-IUD IUD	LNG-
ÂGE	≥ 40 = 2	> 40 = 2	18-45 = 1 > 45 = 1	18-45 = 1 >45 = 2	18-45 = 1 >45 = 1	>20 = 1	>20 = 1
COC = contraceptifs oraux estroprogestatifs ; CIC = contraceptifs estroprogestatifs injectables mensuels ; POP = micropilules progestatives en continu ; DMPA = acétate de médroxyprogestérone injectable retard ; NET-EN = énantate de noréthistérone ; NOR = Norplant® ; Cu-IUD = stérilets au cuivre ; LNG-IUD = stérilets au lévonorgestrel							
1 = indication sans réserve 3 = en principe, contre-indication				2 = en principe, indication 4 = contre-indication			

## CONTRACEPTION DES FEMMES DE PLUS DE 35 ANS

dares de cette contraception progestative, particulièrement chez la femme de la quarantaine, sont résumés dans le tableau IV.

**Tableau IV**

*Place de la contraception orale progestative normodosée discontinuée chez la femme à partir de 35 ans*

	<b>19-norstéroïdes</b>	<b>Norprégnanes</b>	<b>17-hydroxyprogestérol</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lynestréol (Orgamétril®) (10 mg/24h)</li> <li>– Acétate de noréthistérone (Primolut-Nor®) (10 mg/24h)</li> <li>– Effets secondaires androgéniques</li> <li>– Augmentation de la TA</li> <li>– Altérations métaboliques glucido-lipidiques</li> <li>– Mêmes contre-indications que les EP</li> <li>– Contrôle imparfait du cycle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Acétate de nomégéstrol (Lutenyl®) (5 mg/24h)</li> <li>– Promégestone (Surgestone®)/(0,500 mg/24h)</li> <li>– Pas d'autorisation de mise sur le marché en contraception</li> <li>– Contrôle imparfait du cycle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Acétate de chlormadinone (Luteran®) (10 mg/24h)</li> <li>– Acétate de cyprotérone (Androcur®) (50 mg/24h)</li> <li>– Pas d'autorisation de mise sur le marché en contraception</li> <li>– Contrôle imparfait du cycle</li> </ul>
<b>Inconvénients et contre-indications</b>			
<b>Avantages et indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Traitement « médico-contraceptif » efficace en cas de pathologie :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– utérine</li> <li>– mammaire</li> <li>– ovarienne</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Idem 19-norstéroïdes mais bonne tolérance clinique et métabolique</li> <li>– Précieux si contre-indications métaboliques aux EP et/ou aux 19-norstéroïdes</li> <li>– Précieux en cas de pathologie génitale ou mammaire associée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bonne tolérance-clinique et métabolique</li> <li>– Acétate de chlormadinone : précieux si contre-indications métaboliques ou cardio-vasculaires aux EP</li> <li>– Acétate de cyprotérone : habituellement réservé à la contraception des hyperandrogénies</li> </ul>

On peut retenir, en pratique, que lorsque l'on a besoin d'un traitement « médico-contraceptif » (E. Aubeny) (mastopathies bénignes, endométriose, adénomyose, hyperplasie de l'endomètre, fibromyomes non chirurgicaux, dystrophies ovariennes), ce qui n'est pas rare à cet âge, on peut faire appel plus ou moins temporairement aux norprégnanes. En cas de contrôle imparfait du cycle, on peut, sous surveillance, associer une estrogénothérapie naturelle aux norprégnanes. L'effet à long terme sur l'os et la glande mammaire reste cependant à définir en cas de contraception progestative macrodosée de longue durée (Belaisch, cité par Serfaty, 1998). Les femmes de plus de 35 ans ayant des contre-indications métaboliques ou cardio-vasculaires à la pilule estroprogestative, et celles qui fument pourront, s'il s'agit d'adeptes de contraception orale, utiliser, sous surveillance, une contraception progestative pure normodosée discontinuée par acétate de chlormadinone (Luteran®), 10 mg/j, vingt et un jours sur vingt huit). Les micropilules progestatives pures ne sont pas contre-indiquées dans ces mêmes cas mais ne sont pas, a priori, à conseiller étant donné leurs inconvénients gynécologiques. Parmi ces micropilules progestatives, celle composée de 75 µg de désogestrel (Cerazette®) occupe une place à part, du fait de son mécanisme d'action (inhibition de l'ovulation dans presque tous les cycles) et de son efficacité (indice de Pearl corrigé = 0,14 ; indice de Pearl non corrigé = 0,41 pour 100 années/femme).

## 5. Implant contraceptif à l'étonogestrel

Le seul implant contraceptif sous-cutané diffusant un progestatif disponible en France est l'Implanon®.

Cet implant se présente sous forme d'un bâtonnet cylindrique, flexible, non biodégradable, de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre. Il comprend un noyau et une membrane. Le noyau est composé de cristaux d'étonogestrel dispersés dans une matrice d'éthylène d'acétate de vinyle (EVA), un copolymère inerte. La membrane, constituée d'EVA, assure une libération contrôlée du principe actif. Cet implant contient 68 mg d'étonogestrel (3-céto-désogestrel). L'étonogestrel est le métabolite biologiquement actif du désogestrel, progestatif déjà utilisé dans les contraceptifs oraux combinés depuis de nombreuses années.

L'effet contraceptif de cet implant repose principalement sur l'inhibition de l'ovulation par le biais d'un écrêtement du pic de

LH. Son efficacité est renforcée par des modifications du mucus cervical s'opposant au passage des spermatozoïdes.

Ce dispositif fait preuve d'une efficacité contraceptive élevée, comme l'atteste l'indice de Pearl égal à 0 (intervalle de confiance à 95 % : 0,00-0,08) obtenu au décours de 59 800 cycles sur 3 ans.

Comme avec toute contraception progestative pure, le profil des saignements est modifié sous Implanon®. Les troubles du cycle sont la cause la plus fréquente d'arrêt d'utilisation de cet implant. Cependant le degré d'acceptabilité des saignements associés à ce contraceptif est amélioré par une bonne information préalable des utilisatrices.

Cet implant a un effet bénéfique sur la dysménorrhée et a une tolérance pondérale, tensionnelle, hépatique, métabolique et hémostatique satisfaisante. La masse osseuse se maintient sous Implanon® selon une étude ayant duré 2 ans.

Le retour à la fertilité après retrait de cet implant est très rapide.

Cet implant contraceptif a-t-il une place chez la femme après 40 ans ?

Si on se réfère à l'OMS (Tableau III), il n'y a aucune contre-indication ou réserve à utiliser l'implant contraceptif au lévonorgestrel Norplant® à cet âge. Ce principe pourrait naturellement être étendu à Implanon®. Cependant les mêmes réserves (notoirement la crainte de saignements irréguliers) que celles exprimées vis-à-vis des micropilules progestatives en continu après l'âge de 40 ans, concernent les implants contraceptifs diffusant des progestatifs à cet âge ; en tenant compte cependant de l'excellente efficacité de ces implants.

Il serait utile, par ailleurs, de disposer d'études de longues durée de la masse osseuse sous implants progestatifs en particulier après l'âge de 40 ans.

Au terme de ce choix contraceptif riche de possibilités chez la femme de plus de 35 ans, une question n'a jamais reçu de réponse satisfaisante : combien de temps après l'arrêt définitif des règles peut-on arrêter toute contraception ? Traditionnellement, selon Killick (1993, cité par Serfaty, 1998), il est conseillé aux femmes de poursuivre leur contraception pendant une année après la disparition de leurs règles si cet arrêt de règles a lieu après 50 ans, mais pendant deux ans, si cette aménorrhée survient avant l'âge de 50 ans.



## CONCLUSION

La suppression d'une limite d'âge pour la prescription de la pilule par la FDA, associée au texte du 6 juin 1997 du schéma commun des contraceptifs oraux estroprogestatifs, approuvé, en France, par la commission d'AMM (texte, on peut le redire, exprimant moins de réticence à prescrire cette contraception après 35 ans), auront peut-être à la longue pour conséquence une plus grande fréquence d'utilisation de la pilule EP chez les femmes de cet âge qui désirent, et qui peuvent la prendre. Ceci éviterait le recours massif, soit à la contraception vaginale (qui constitue une bonne indication à cet âge, mais qui a son astreinte propre et qui ne répare pas les troubles fonctionnels de la préménopause), soit au DIU qui n'est pas toujours possible à cet âge, soit à la stérilisation.

Il serait précieux de disposer pour les femmes après la quarantaine d'une contraception hormonale estroprogestative, associant un estrogène naturel (par voie percutanée, transdermique ou orale) et un progestatif dérivé de la 17-OH-progestérone, ou norprégnane ou de troisième génération (par voie orale, transdermique, voire intra-utérine). Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena®) (ou le Fibroplant-LNG® en cours d'étude) semblent être un mode d'administration du progestatif très séduisant. Ce dispositif intra-utérin pourrait assurer une contraception efficace en période préménopausique et rester ensuite en place après l'installation de la ménopause. Le traitement hormonal substitutif de la ménopause consisterait alors à administrer uniquement un estrogène. Ce type de contraception assurerait un *continuum* entre la contraception hormonale de la préménopause et l'hormonothérapie substitutive de la postménopause, permettant de passer en douceur cet âge dit critique.

**Bibliographie**

1. Bowen-Simpkins P. Contraception for older woman. *Fertility Control Reviews* 1993, 2; 1:2-6
2. Déclaration de l'IMAP sur la contraception chez les femmes de plus de 35 ans. *Bulletin Médical de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation)* 1995, 29; 3-1
3. Leridon H. Données démographiques et méthodes contraceptives utilisées en France en 1994. In : *La contraception orale chez la femme de plus de 35 ans*. Wyeth, 1996.
4. Rozenbaum H. Pourquoi la contraception orale après 35 ans pose-t-elle un problème ? In : *La contraception orale chez la femme de plus de 35 ans*. Wyeth, 1996.
5. Serfaty D. Contraception des femmes de plus de 35 ans. In : *Contraception*. D.Serfaty et al., Masson, Paris, 1998, 232-243.
6. World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé). *Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Second edition. Geneva, 2000.