

Saignements sous contraceptif : que faire ?

*Spotting and breakthrough bleeding under
contraceptives: what to do?*

M. Lambert*



Les saignements sous contraceptif sont une plainte fréquente de nos patientes en consultation et sont source de mauvaise observance et d'arrêt intempestif de la contraception. Ils dépendent du type de contraceptif utilisé et ne sont pas toujours simples à prendre en charge. Ils sont plus fréquents durant les 3 premiers mois d'utilisation, d'où l'importance d'en informer les patientes avant de commencer une contraception.

Il faudra initialement s'assurer de la bonne observance pour les contraceptions orales et de l'absence d'interactions médicamenteuses. Une cervicite à *Chlamydia trachomatis*, par exemple, devra être écartée en effectuant un prélèvement de l'endocol (PCR). Une grossesse, une pathologie cervico-utérine ou ovarienne devront être éliminées en réalisant un examen clinique, un frottis cervico-utérin si indiqué, un dosage de β hCG quantitatif et une échographie pelvienne par voie endovaginale (figure). Il faut noter que les troubles du cycle sous contraceptif sont plus fréquents chez les patientes fumeuses (1).

Saignements sous contraception estroprogestative

D'après une revue Cochrane de 2013, une majoration des troubles du cycle est observée avec les contraceptions estroprogestatives (COP) contenant une dose d'éthinylestradiol (EE) inférieure ou égale à 20 μ g (2).

La comparaison des COP en fonction du type de progestatif montre une meilleure continuation de celles contenant un progestatif de deuxième génération par rapport à celles de première génération (3). Dans cette revue, il était observé une tendance des COP de troisième génération à être poursuivies plus longtemps que celles de deuxième génération en raison d'une diminution des métrorragies et des spotting.

Concernant les COP à base d'estradiol, le profil des saignements est comparable à celui observé avec les COP contenant de l'EE. Les hémorragies de privation sont habituellement de faible abondance et de courte durée. Le risque de métrorragies ou de spotting diminue au fil des cycles (4).

En cas de prise continue d'une COP, la majorité des études retrouve un nombre moyen de jours de saignements ou de spotting comparable, voire diminué par rapport à une prise cyclique (5). En revanche, le taux d'arrêts dus aux troubles du cycle n'est pas significativement différent entre les 2 groupes. L'intérêt d'une prise continue permet toutefois une amélioration des symptômes liés aux hémorragies de privation ou à l'intervalle libre sans hormone.

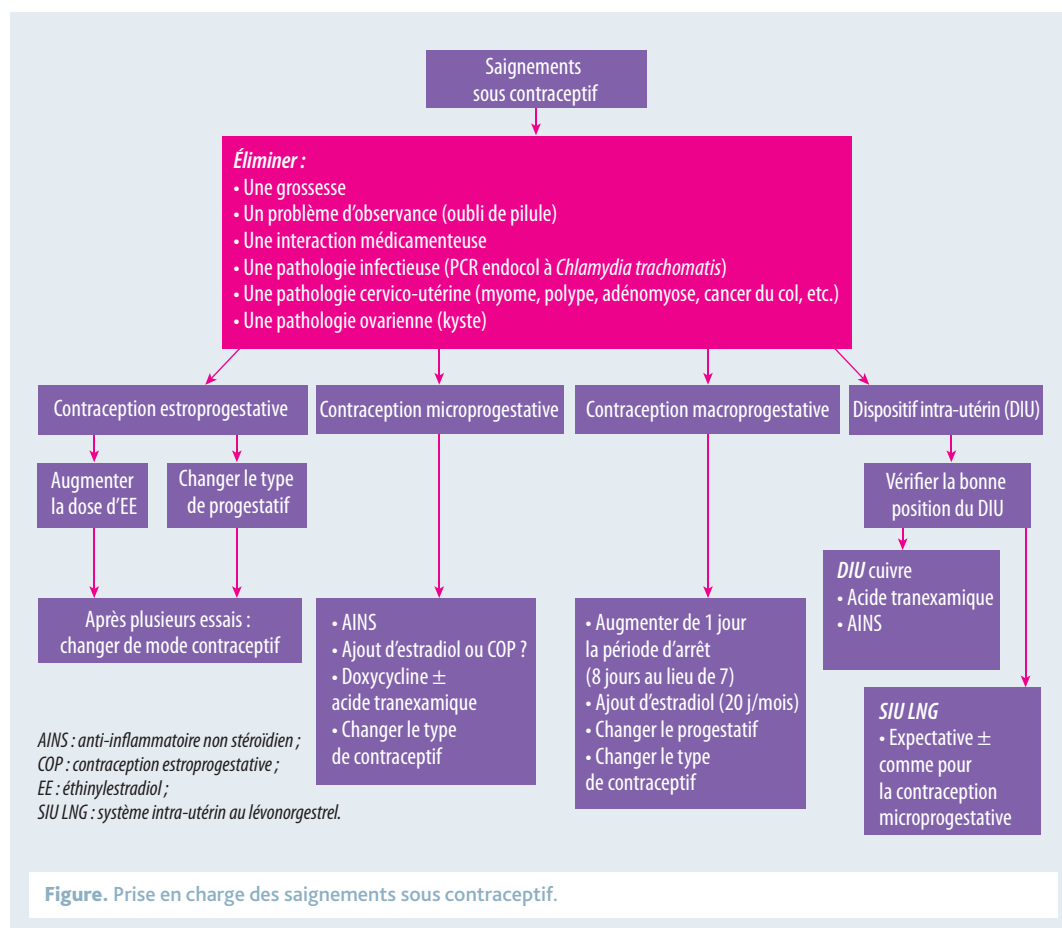
La voie d'administration (orale, patch, anneau vaginal) de la COP ne semble pas influencer le profil des saignements (6).

Nous ne disposons pas d'études ayant analysé les possibilités thérapeutiques devant des troubles du cycle sous COP. Les antifibrinolytiques seront indiqués en cas d'hémorragie importante, sur une courte durée, en l'absence de contre-indication. Après avoir éliminé les causes citées en introduction, il sera pertinent de modifier le type de COP en augmentant la dose d'EE ou en utilisant un progestatif plus antigonadotrope. En cas d'échecs répétés, il faudra envisager de changer de type contraceptif.

Saignements sous contraception progestative

Les troubles du cycle sont le principal inconvénient des contraceptions microprogestatives (voie orale ou implant), et environ un tiers des patientes signalent des ménométrorragies ou des spotting. Avant toute prescription, le risque de saignements sera signalé aux patientes afin d'en améliorer l'accepta-

* Service de gynécologie, centre
Aliénor d'Aquitaine, CHU de Bordeaux.



bilité. La voie d'administration n'est pas prédictive de la tolérance (7).

Prise en charge

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) permettraient de diminuer les saignements, mais ne peuvent être utilisés que sur de courtes périodes en respectant les contre-indications. Ils ne sont pas efficaces à long terme.

L'ajout d'estrogènes par voie orale (COP sur 1 à 3 cycles, estradiol à 2 mg/j pendant 1 à 2 semaines) apporterait un bénéfice sur les saignements, qui n'est pas retrouvé pour la voie transdermique. Cette pratique n'est pas à utiliser à long terme et son effet est uniquement suspensif. Les contre-indications aux estrogènes seront, bien sûr, à respecter.

La doxycycline à la posologie de 200 mg/j apporte des résultats aléatoires selon les études. Elle diminuerait les saignements sous implant avec peu de contre-indications ou d'effets indésirables et un bénéfice cutané.

L'acide tranexamique a montré un bénéfice sur les saignements pour de courtes durées d'utilisation. Plusieurs études ont évalué l'effet de la mifépristone et du tamoxifène sur les saignements. Ces molécules amélioreraient les troubles du cycle, mais elles n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication et ne doivent pas être utilisées en pratique courante.

Sans efficacité prouvée à moyen et à long terme, la revue Cochrane de 2007 conclut qu'il n'existe pas de données suffisantes pour l'utilisation en routine de ces différents traitements des saignements sous progestatif (voie orale, implant, DMPA [acétate de médroxyprogestérone injectable]) [7]. Il n'a pas été retrouvé d'études concernant la prise en charge des troubles du cycle chez les patientes prenant des progestatifs prégnanes et norprégnanes puisqu'ils sont peu ou pas utilisés à l'international et qu'ils n'ont pas l'AMM en contraception. Cependant, d'après notre pratique, les saignements peuvent être améliorés par l'ajout d'estradiol (20 jours par mois) ou par la diminution d'un jour d'administration, augmentant ainsi la durée d'interrup-

tion (8 jours au lieu de 7). Si cela est inefficace, le type de macroprogestatif pourra être changé (7).

Saignements sous dispositif intra-utérin

Les patientes utilisant un dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre signalent plus de ménométrorragies que les non-utilisatrices. Cependant, en cas de modification du profil des saignements ou de douleurs pelviennes, il faudra vérifier la bonne position du DIU et l'absence d'infection. Les AINS et l'acide tranexamique pourront être utilisés en cas de ménorragies, mais pas au long cours.

M. Lambert déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Le DIU au lévonorgestrel est indiqué dans la prise en charge des ménorragies. Il peut être responsable dans les premiers mois d'utilisation de troubles du cycle qui tendent à se résoudre avec le temps. Après 1 an, une réduction des pertes menstruelles est observée chez 90 % des patientes, avec environ 50 % d'aménorrhée après 2 ans pour le Mirena® contre seulement 12 % pour le Jaydess®. Les différents traitements proposés pour la contraception progestative peuvent être éventuellement testés en cas de troubles du cycle, même si l'expectative sera d'abord de mise (8). La prise en charge des saignements lors de l'utilisation de contraceptifs est résumée dans un arbre décisionnel (figure, p. 21). ■

Références bibliographiques

1. Gompel A. Métrorragies sous contraceptifs : attitude thérapeutique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2008;37(Suppl. 8):S356-64.
2. Gallo MF, Nanda K, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. 20 µg versus >20 µg estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(8):CD003989.
3. Lawrie TA, Helmerhorst FM, Maitra NK, Kulier R, Bloemenkamp K, Gülmezoglu AM. Types of progestogens in combined oral contraception: effectiveness and side-effects. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(5):CD004861.
4. Nelson A, Parke S, Makalova D, Serrani M, Palacios S, Mellinger U. Efficacy and bleeding profile of a combined oral contraceptive containing oestradiol valerate/dienogest: a pooled analysis of three studies conducted in North America and Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013;18(4):264-73.
5. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(7):CD004695.
6. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Stockton LL, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(4):CD003552.
7. Abdel-Aleem H, d'Arcangues C, Vogelsong KM, Gaffield ML, Gülmezoglu AM. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(10):CD003449.
8. Zigler RE, McNicholas CP. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* 2016. [Epub ahead of print]

Notre **NOUVEAU**
PORTAIL
SCIENTIFIQUE
vous attend...

Tous
vos contenus
personnalisés
en 1 clic !

www.edimark.fr



NOUS FAISONS DE VOS SPÉCIALITÉS NOTRE SPÉCIALITÉ