

Quelle contraception après 40 ans ?

What contraception after 40 years?

L. Maitrot-Mantelet*



La contraception chez la femme âgée de plus de 40 ans est souvent délicate. En effet, même si la fertilité diminue avec l'âge, le risque de grossesse persiste, source de complications obstétricales et fœtales plus fréquentes. Le maintien d'une méthode contraceptive efficace est indispensable chez les femmes sexuellement actives, dans cette tranche d'âge où le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) n'est pas négligeable. Aucune contraception n'est contre-indiquée sur le seul argument de l'âge. Le choix de la contraception dans cette tranche d'âge doit tenir compte des facteurs de risque vasculaire et de l'existence d'éventuelles pathologies gynécologiques associées.

Quels sont les arguments en faveur de l'utilisation d'une méthode contraceptive chez les femmes âgées de plus de 40 ans ?

À partir de 35 ans, il existe une accélération de la perte du capital folliculaire et une altération de la qualité ovocytaire, aboutissant à une baisse inéluctable de la fertilité (1). Ainsi, la probabilité pour une femme d'obtenir une grossesse spontanée conduisant à une naissance vivante après 12 mois d'essai est de 75 % à 30 ans, de 44 % à 40 ans et passe à moins de 15 % après 45 ans (2). Ce phénomène physiologique est néanmoins soumis à une grande variabilité interindividuelle et n'est pas suffisant pour empêcher la survenue d'une grossesse chez la femme de plus de 40 ans. Par ailleurs, les grossesses tardives non désirées sont source d'une demande fréquente d'IVG. Dans la tranche d'âge 40 à 49 ans, le taux de recours à l'IVG en France en 2015 est de 6,9 ‰ avec un nombre relativement stable depuis plusieurs années, mais supérieur à celui des années 1990 et 2000 (figure) [3].

Enfin, les principales complications liées aux grossesses survenant après 40 ans sont les fausses couches précoces, dont le taux passe de 10 % à l'âge de 20 ans à 50 % pour la tranche d'âge 40 à 44 ans et à plus de 90 % chez les femmes âgées de plus de 45 ans (4). Les grossesses tardives sont également source de complications maternelles plus fréquentes, telles que la prééclampsie, le diabète gestationnel mais également de complications néonatales telles la prématurité et l'hypotrophie.

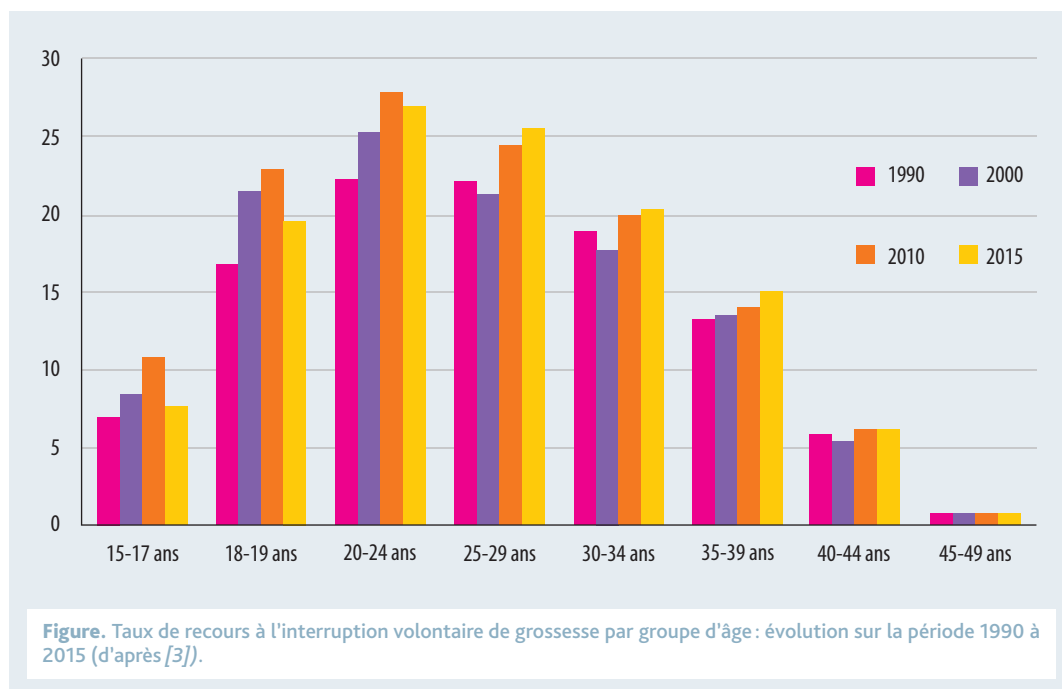
Quelle contraception après 40 ans ?

Les contraceptions combinées estroprogestatives sont souvent contre-indiquées, quelle que soit la voie d'administration, en raison du risque vasculaire artériel et veineux associé à leur utilisation. En cas de mauvaise tolérance à toutes les autres méthodes contraceptives, leur utilisation est possible, sous réserve de l'absence de facteurs de risque cardiovasculaire et d'un suivi clinicobiologique régulier (5).

Les contraceptions progestatives normodosées, bien que n'ayant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'indication contraceptive, sont largement utilisées à cet âge en France. Elles ont l'avantage de ne modifier ni le profil métabolique ni les facteurs de la coagulation et de minimiser les effets indésirables, en relation avec une hyperestrogénie, fréquents à cet âge. En revanche, les contraceptions microprogestatives par voie orale ou par implant sont déconseillées en raison d'une tolérance gynécologique et mammaire souvent médiocre.

Le dispositif intra-utérin (DIU) est la contraception la plus utilisée par les femmes de plus de 40 ans en France (6). Quelle que soit sa nature (au cuivre ou au lévonorgestrel), il représente une contraception efficace et parfaitement adaptée aux patientes

*Unité de gynécologie endocrinienne, hôpital Port-Royal, Paris.



désireuses d'une contraception à long terme. Par ailleurs, dans le contexte d'adénomyose, le DIU au lévonorgestrel a une excellente efficacité (7).

Les méthodes définitives représentent une excellente alternative contraceptive chez les femmes après 40 ans qui ne souhaitent plus de grossesse. Actuellement, la méthode hystérocopique, qui consiste à

insérer un petit ressort dans chaque trompe, est la plus répandue. Un délai de réflexion de 4 mois est obligatoire (8).

Enfin, le recours aux contraceptions mécaniques et locales (spermicides et préservatifs) peut être discuté chez une femme ayant une activité sexuelle irrégulière.

L. Maitrot-Mantelet déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références bibliographiques

- Gougeon A, Ecochard R, Thalabard JC. Age-related changes of the population of human ovarian follicles: increase in the disappearance rate of non-growing and early-growing follicles in aging women. *Biol Reprod* 1994;50(3):653-63.
- Leridon H. How effective is assisted reproduction technology? A model assessment. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2005;53:25119-27.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. IVG : état des lieux et perspectives d'évolution du système d'information. Rapport juillet 2016.
- Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P et al. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 2000;320(7251):1708-12.
- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2004.
- Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés* 2012. www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
- Vercellini P, Somigliana E, Viganò P et al. Endometriosis: current and future medical therapies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22(2):275-306.
- Ríos-Castillo JE, Velasco E, Arjona-Berral JE et al. Efficacy of essure hysteroscopic sterilization--5 years follow up of 1200 women. *Gynecol Endocrinol* 2013;29(6):580-2.