

Contraception des “filles DES”

La contraception après 40 ans n'est pas toujours simple.

Chez les “filles DES” qui ont atteint en France cette tranche d'âge, on doit prendre quelques précautions supplémentaires en raison des effets à long terme de leur exposition *in utero*. Ce sont de bonnes raisons pour faire le point sur ce sujet, sous un angle pratique, en mettant en balance l'efficacité, les bénéfices et les risques des différentes méthodes pour faire un choix éclairé.

1.

Particularités de la contraception à plus de 40 ans, période de “péri-ménopause” et chez les “filles DES”

La fertilité diminue clairement à partir de 40 ans et devient très faible après 45 ans, mais une grossesse est possible jusqu'à la ménopause installée, c'est-à-dire 12 mois sans règles.

Si vous ne souhaitez pas de grossesse, une contraception est donc nécessaire. Elle devra tenir compte :

- de l'efficacité des différentes méthodes,
- des particularités de l'avancée de l'âge
- et de l'exposition au DES *in utero*

qui sont chacune susceptibles d'ajouter des risques cardio-vasculaires et le risque de cancer du sein. Les malformations utérines éventuelles chez les « filles DES » peuvent aussi compliquer certaines méthodes.

2.

Effacité et particularités des méthodes de contraception

L'efficacité s'évalue en nombre de grossesses survenant chez 100 femmes en un an (indice de Pearl).

Parmi les méthodes efficaces, risque de grossesse inférieur à 1% par an, se trouvent :

- **Les méthodes oestro-progestatives, sous forme de :**
 - ✓ pilule « classique », à prendre chaque jour
 - ✓ patch, à changer toutes les semaines
 - ✓ anneau vaginal, à changer tous les mois
- **Les progestatifs, sous forme de :**
 - ✓ pilule, à prendre tous les jours
 - ✓ implant, à changer tous les 3 ans
- **Le stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre ou à la progestérone**
- **La contraception définitive**
 - ✓ Elle peut être féminine, par ligature des trompes sous coelioscopie (examen de l'abdomen par un système optique après mini incision sous anesthésie générale). La méthode “Essure”, un dispositif mis dans les trompes par voie naturelle sous hystérocopie (examen de l'intérieur de l'utérus grâce à un système optique par les voies naturelles sans anesthésie), n'est plus disponible à la suite d'effets indésirables.
 - ✓ La stérilisation masculine ou vasectomie peut être pratiquée sous anesthésie locale et comporte peu d'effets indésirables.

Les méthodes moyennement efficaces (2 à 15% de grossesses par an) sont les méthodes locales :

- préservatifs masculins
- préservatifs féminins
- et diaphragme associé à un spermicide.

Les méthodes peu efficaces, risque supérieur à 15%, sont :

- les spermicides seuls
- le retrait
- et bien sûr l'absence de contraception

Quant aux méthodes “naturelles” basées sur la date de l'ovulation ou l'évaluation de la glaire, elles sont spécialement inadaptées en raison de l'irrégularité des règles, fréquente dans cette tranche d'âge.

3. Risques

Il faut tenir compte des risques cardio-vasculaires, soit artériels, soit veineux (Tableau 1) et des risques de cancer du sein (Tableau 2).

Tableau 1 : contraception, risques cardio-vasculaires artériels et veineux, facteurs de risques

Facteurs de risques cardiovasculaires artériels	Risque d'infarctus du myocarde et de maladie des coronaires	Risque d'accident vasculaire cérébral
Age > 40 ans	Augmentation	Augmentation
Oestroprogestatifs (pilule, patch, anneau)	Augmentation	Augmentation
Progestatifs (pilule, implant, stérilet hormonal)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Contraception sans hormone (stérilet cuivre, stérilisation, préservatifs)	Pas d'augmentation	Pas d'augmentation
Exposition <i>in utero</i> au DES (Troisi 2017)	Augmentation Infarctus (x 2,2) Coronaires (x 1,7)	Pas d'augmentation

Facteurs de risques cardiovasculaires veineux	Risque de phlébites, d'embolie pulmonaire
Age > 40 ans	Augmentation
Tabac	Augmentation
Obésité	Augmentation
Oestroprogestatifs (pilule, patch, anneau)	Augmentation
Progestatifs (pilule, implant, stérilet hormonal)	Pas d'augmentation
Contraception sans hormone (stérilet cuivre, stérilisation, préservatifs)	Pas d'augmentation
Exposition <i>in utero</i> au DES	Pas d'augmentation

Le risque artériel cardiaque correspond à une obstruction ou à un rétrécissement des artères du cœur, infarctus du myocarde ou maladie coronaire : dans cette dernière, le rétrécissement des artères se manifeste par des douleurs à l'effort, "angine de poitrine".

Ces risques augmentent avec l'âge, avec la prise d'oestroprogestatifs, mais aussi chez les "filles DES" (Troisi, 2018).

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC), sont liés à une hémorragie, un rétrécissement ou une obstruction par un caillot d'une artère du cerveau.

Leur fréquence augmente avec l'âge et la prise d'oestroprogestatifs, mais pas du fait de l'exposition au DES *in utero*. La fréquence des accidents artériels n'est pas augmentée par la contraception progestative ni les contraceptions sans hormone, stérilet au cuivre, préservatifs, stérilisation.

On parle de risque veineux pour les phlébites (caillot dans les veines, le plus souvent des membres inférieurs), et pour l'embolie pulmonaire (migration d'un caillot dans les vaisseaux des poumons, accident qui peut être grave).

Ces accidents sont plus fréquents après 40 ans, avec des facteurs de risque tels que l'hypertension, l'obésité, le tabac et en cas de contraception oestro-progestative.

La contraception progestative, les contraceptions sans hormone et l'exposition au DES *in utero* n'augmentent pas ce risque.

Tableau 2 : contraception, risques de cancer du sein, facteurs de risques

Facteurs de risques	Risque de cancer du sein
Age > 40 ans	Augmentation
Oestroprogestatifs (pilule, patch, anneau)	Augmentation (x 1,20)
Progestatifs (pilule, implant, stérilet hormonal)	Pas d'augmentation
Contraception sans hormone (stérilet cuivre, stérilisation, préservatifs)	Pas d'augmentation
Exposition <i>in utero</i> au DES	<ul style="list-style-type: none"> • 2006 : Etats-Unis - Palmer : augmentation (x 1,9) • 2010 : Pays-Bas - Verloop : pas d'augmentation • 2015 : France - Tournaire : augmentation (x 2) • 2017 : Etats-Unis - Troisi (même cohorte qu'en 2006) augmentation non significative (x 1,05)

Le risque de cancer du sein augmente avec l'avancée de l'âge, surtout après 50 ans, et la prise d'oestro-progestatifs. En ce qui concerne les "filles DES", les données sur ce risque ont évolué :

- Une étude américaine de 2006 et une étude française de 2015 avaient rapporté une multiplication par 2 environ de ce risque.
- Une étude néerlandaise de 2010 et en 2017 une réévaluation du risque par l'équipe américaine (dans la même population que celle étudiée en 2006) n'ont pas trouvé d'augmentation statistiquement significative du risque.

On peut donc espérer qu'avec l'avancée de l'âge, surtout après 50 ans, ce risque se situe au même niveau que celui des femmes non exposées (Troisi, 2017).

A noter que l'évaluation du risque doit prendre en compte l'ensemble des facteurs de risques, en particulier les cas de cancer du sein dans la famille proche.

4.

Bénéfices des œstro-progestatifs

Nous avons rapporté les effets défavorables des œstro-progestatifs après 40 ans, qui incitent à ne pas utiliser cette contraception en première intention. Pourtant, dans certaines situations et après avoir vérifié l'absence de contre-indications (hypertension, obésité, tabac, antécédents familiaux vasculaires ou de cancer du sein), cette contraception peut apporter un bénéfice pour certaines femmes : règles très irrégulières, douloureuses, abondantes, bouffées de chaleur de pré-ménopause.

> *Echanges avec une adhérente*

Bonjour,
j'ai une petite question concernant le stérilet Mirena. J'ai 48 ans, « fille DES », utérus en T hypoplasique et atteinte d'endométriose et plus particulièrement d'adénomyose. Je prenais depuis quelques années le Lutényl et Lutéran qui me convenait parfaitement puisque plus de règles et de douleurs. Depuis, j'ai appris que le Lutéran pouvait occasionner des méningiomes. J'ai revu mon gynécologue qui me propose le stérilet Mirena. Je lui ai dit que j'avais un « utérus DES » mais il me dit que mon utérus est de taille normale (soit...). Seulement la cavité n'est pas la même qu'un utérus normal... Le stérilet Mirena est-il déconseillé aux « filles DES » avec utérus en T ? J'ai posé la question à quelques adhérentes du «victimes du DES» sur Facebook et certaines me disent ne pas l'avoir supporté... Je ne sais plus trop quoi faire. Merci !
Cordialement, Agnès B.

Bonjour Agnès,
Le Pr Lopes, de notre Conseil Scientifique, nous a signalé qu'il existe des stérilets de plus petite taille, soit au cuivre, soit à la progestérone (Jaydess ou Kyleena) : cela pourrait-il être une solution ?
Ci-dessous un extrait d'un texte qu'il a rédigé dans le cadre de la préparation de l'intervention sur le sujet, présentée à l'issue de l'AG de cette année :
« *Le DIU qui est habituellement efficace et bien toléré après 40 ans doit être adapté chez la «fille DES» à la morphologie de la cavité utérine. Si la cavité utérine est anormale, il peut cependant être possible de placer un DIU au cuivre « short » ou un DIU au Lévonorgestrel de plus petite taille : Jaydess ou Kyleena. Un contrôle échographique sera pour ces patientes nécessaire 3 mois après la pose. Posé après 40 ans, le DIU au Cuivre peut être laissé 10 ans, un DIU au lévonorgestrel posé à 45 ans peut être laissé jusqu'à 50 ans.* »

5.

La contraception en pratique

Il convient d'évaluer le bénéfice / risque de la contraception en fonction de l'histoire individuelle pour faire un choix éclairé. (Fig. 1)



La consultation comporte une information sur la fertilité et les différentes méthodes.

Le Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français (CNGOF) a élaboré des recommandations pour la contraception après 40 ans, avec à titre indicatif, par ordre de préférence décroissant :

- 1 • pilules progestatives, en raison de l'absence de risque vasculaire. Elles peuvent cependant entraîner des désagréments tels que des règles irrégulières,
- 2 • stérilet au cuivre, qui peut entraîner des règles abondantes,
- 3 • stérilet à la progestérone, recommandé en cas de règles abondantes.

Chez les "filles DES," la pose du stérilet peut être rendue difficile par les malformations de l'utérus. Des stérilets de petite taille peuvent être mieux adaptés.

- 4 • Contraception locale.
- 5 • Contraception définitive féminine ou masculine
- 6 • En l'absence de contre-indications et en cas de mauvaise tolérance des autres méthodes, la contraception oestro-progestative peut être proposée.

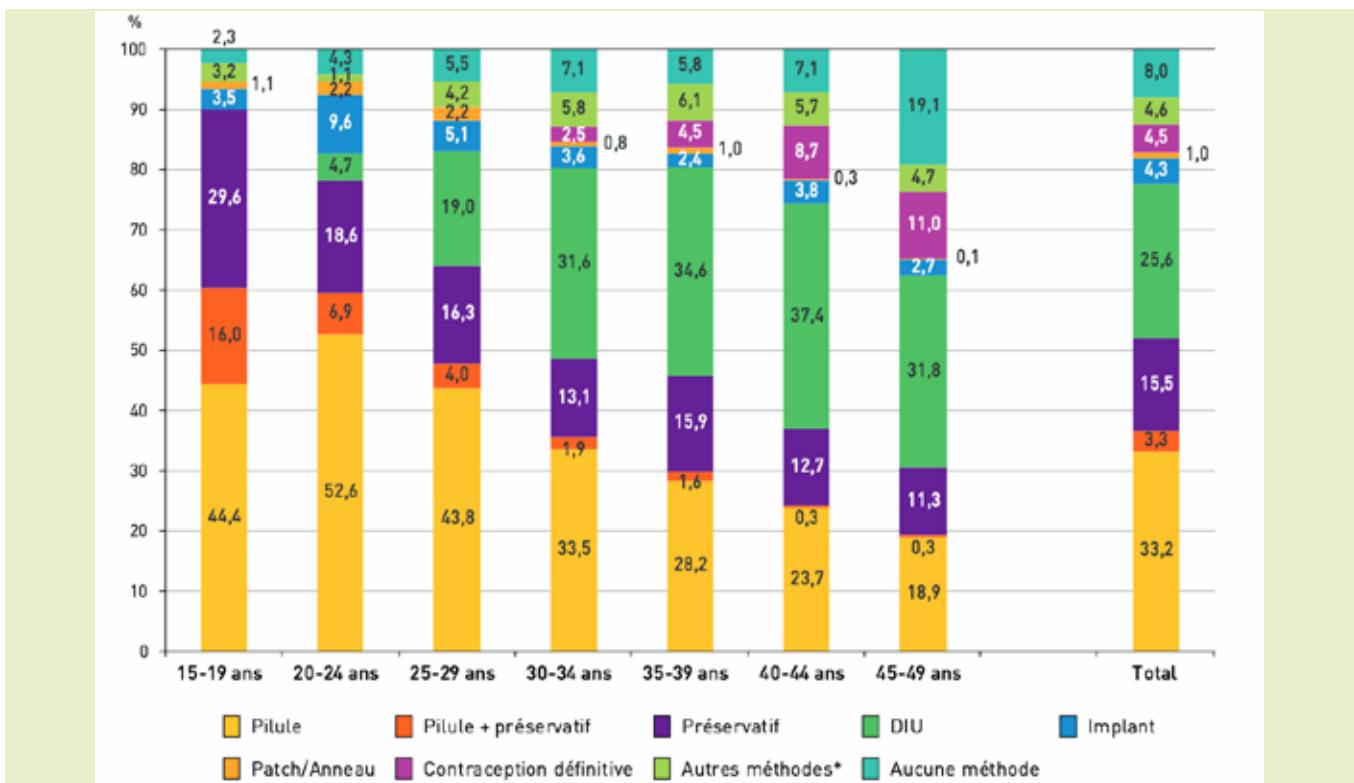
Ne pas oublier la contraception d'urgence :

- jusqu'à trois jours après un rapport à risque (Norlevo 1,5 mg disponible en pharmacie sans ordonnance)
- ou jusqu'à cinq jours : pilule EllaOne (avec ordonnance) ou mise en place d'un stérilet en urgence.

La figure 2 rapporte les méthodes de contraception utilisées en France selon l'âge des femmes.

Il apparaît que la méthode la plus employée avant trente ans est la pilule et, après 40 ans, le stérilet.

Figure 2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception, selon leur âge.



Source : Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p

6.

Conclusion

Pourquoi pas, à cet âge, replacer l'homme dans le projet contraceptif et lui proposer une vasectomie ?

Mais il faudra une sérieuse information sur l'absence de risque, car on connaît la fragilité psychologique des hommes quand il s'agit de toucher à leurs « bijoux de famille » (P. Lopes).

Et la contraception pour les "petites-filles DES" ?

Plusieurs études n'ont pas retrouvé chez elles les anomalies de leurs mères, "filles DES", en particulier malformations de l'utérus.

Dans ces conditions leur contraception est sans particularité.

Bibliographie

- Troisi R, Hatch E, Titus L, et al. Prenatal Diethylstilbestrol Exposure and Cancer Risk in Women. Environ Mol Mutagen. 2017. <https://doi.org/10.1002/em.22155>
- Troisi R, Titus L, Hatch EE, et al. A prospective cohort study of prenatal diethylstilbestrol exposure and cardiovascular disease risk. J Clin Endocrinol Metab. 2018;103:206-212. <https://doi.org/0.1210/jc.2017-01940>
- Réseau D.E.S. France. Distilbène (DES) Trois générations (Distilbène, Stilboestrol-Borne, Diethylstilbestrol) Guide pratique pour les professionnels de santé et les « familles DES » - Août 2018 www.des-france.org