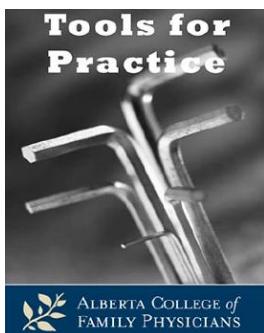


Révision : 28 juillet 2016

Mise à jour des données probantes : Nouvelles données probantes

Conclusion : Modifiée, aucun changement majeur

Première publication : 23 juillet 2012



ALBERTA COLLEGE of
FAMILY PHYSICIANS

Quels sont les risques de thromboembolie veineuse liés à divers contraceptifs hormonaux?

Question clinique : Quel est le risque de thromboembolie veineuse (TEV) d'un contraceptif hormonal à l'autre?

Conclusion : Compte tenu des limites des données probantes, il existe une incertitude quant à la question de savoir si les risques de TEV varient avec divers contraceptifs hormonaux. S'ils varient, le risque accru semble être d'environ une TEV de plus par an pour 1 250 femmes.

Données probantes

- Comme il n'existe aucun essai clinique randomisé de longue durée, les études de cohorte et les études cas-témoin constituent la source des meilleures données probantes.
 - Études ayant constaté des différences entre les contraceptifs hormonaux au niveau du risque de TEV :
 - Contraceptifs oraux combinés (COC) : Les progestatifs de troisième génération (désogestrel, drospirénone, gestodène, norgestimate, cyprotérone) augmentent le risque de TEV (d'environ 1,5 à 2 fois) par rapport aux progestatifs de première ou deuxième génération (lévonorgestrel ou noréthistérone)¹⁻⁴.
 - L'œstrogène transdermique et l'anneau vaginal augmentent le risque de TEV (d'environ deux fois) par rapport aux contraceptifs oraux combinés contenant du lévonorgestrel⁵.
 - Le dispositif intra-utérin (DIU) avec progestatif ou les pilules à progestatif seul présentent un risque de TEV semblable à celui couru par les non-utilisatrices⁵.
 - Une dose plus faible d'œstrogène réduit le risque de TEV².
 - D'autres études n'ont constaté aucune augmentation du risque de TEV associée à la drospirénone⁶, au timbre transdermique¹ ou à l'anneau vaginal⁷.
 - Si ces différences sont réelles, les risques absolus de TEV pour 10 000 années-femmes (ou 1 000 femmes sur 10 ans) seraient à peu près les suivants :
 - 2 ou 3 pour 10 000 années-femmes chez les non-utilisatrices et les femmes utilisant les pilules à progestatif seul ou les DIU avec progestatif¹.
 - 7 à 9 pour 10 000 années-femmes chez les femmes utilisant les COC contenant du lévonorgestrel ou de la noréthistérone¹⁻³.
 - 10 à 15 pour 10 000 années-femmes chez les femmes utilisant un progestatif de troisième génération, un timbre transdermique ou un anneau vaginal^{1,3,5}.

- 29 pour 10 000 années-femmes pour la grossesse (aux fins de comparaison)¹.

Contexte

- La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)⁸ a déclaré que les données probantes concernant le risque de TEV associé à différents progestatifs sont peu concluantes en raison de résultats mitigés et d'un risque élevé de biais.
- Pour garder le sens des différences, il faudrait remplacer les COC à plus haut risque par ceux à plus faible risque chez 1 000 à 1250 femmes devraient remplacer les COC à plus haut risque par ceux à plus faible risque pour prévenir une TEV par an^{1,3}.
- Même les études les plus vastes utilisant les cas confirmés de TEV³⁻⁵ étaient rétrospectives et pouvaient comporter des facteurs de confusion, ce qui laisse régner une incertitude quant au caractère réel des risques accrus.
- D'autres facteurs qui influent sur le risque de TEV sont l'âge (les 45 à 49 ans sont six fois plus à risque que les 15 à 19 ans)^{3,9}, l'obésité (un IMC de 35 ou plus est associé à un risque quatre fois plus grand qu'un IMC de 20 à 25)^{3,10} et le tabagisme (environ deux fois le risque)^{3,10}.

Auteurs originaux

G. Michael Allan, M.D., CCMF, et Sudha Koppula, M.D., M. Sc. (sciences cliniques), CCMF

Mise à jour

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D. G. Michael Allan, M.D., CCMF

Révision

Ricky D. Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D. G. Michael Allan, M.D., CCMF

Références

1. Martinez F, Ramirez I, Perez-Campos E, et al. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2012; 17:7-29.
2. de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014;3:CD010813.
3. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. BMJ. 2015;350:h2135.
4. Weill A, Dalichamp M, Raguideau F, et al. BMJ. 2016;353:i2002.
5. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, et al. BMJ. 2012;344:e2990.
6. Dinger JC, Heinemann LA, Kühl-Habich D. Contraception. 2007;75:344-354.
7. Dinger J, Mohner S, Heinemann K. Obstet Gynecol. 2013;122:800-808.
8. Reid R, Leyland N, Wolfman W, et al. Int J Gynaecol Obstet. 2011;112:252-256.
9. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, et al. BMJ. 2011; 343:d6423.
10. Lawrenson R, Farmer R. Contraception. 2000;62:21S-28S.

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à <https://gomainpro.ca/francais/tools-for-practice/>.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada