



Réduire le flux 4 : contraceptifs oraux combinés

QUESTION CLINIQUE

En présence d'un saignement menstruel abondant avant la ménopause en raison d'une étiologie bénigne, les contraceptifs oraux combinés (COC) améliorent-ils les résultats pour les patientes?

CONCLUSION

Environ 80 % des femmes sous COC constateront une amélioration au niveau de la perte sanguine moyenne, par rapport à 40 % de celles sous placebo. En outre, leur utilisation de produits hygiéniques est réduite d'environ la moitié (par rapport à 20 % sous placebo) et le taux d'hémoglobine s'améliore. Toutefois, les systèmes intra-utérins au lévonorgestrel sont plus efficaces.

DONNÉES PROBANTES

- Trois revues systématiques d'essais cliniques randomisés (ECR) réalisées au cours des 5 dernières années¹⁻³. Concentration sur la plus pertinente¹. Les résultats sont statistiquement différents, sauf indication contraire.
- Par rapport au placebo (2 ECR commandités par l'industrie, 363 patientes)¹. Après 6 mois :

- Amélioration de la perte sanguine moyenne selon la patiente : 79 % par rapport à 42 % (placebo)¹.
- Proportion avec une « réponse » (retour à la « normalité menstruelle ») : 42 % par rapport à 3 % (placebo)¹.
- Augmentation du taux d'hémoglobine par rapport à la valeur de départ : ~ 6 g/L par rapport à ~ 1g/L (placebo)^{4,5}.
- La perte sanguine moyenne a été réduite d'environ 70 % par rapport à environ 20 % (placebo)^{4,5}.
- Réduction du nombre de produits hygiéniques utilisés : ~ 45 % par rapport à 20 % (placebo)^{4,5}.
- Amélioration de la qualité de vie : 56 % par rapport à ~ 30 % (placebo)¹.
- Par rapport aux AINS (1 ECR, 29 participantes)¹. Après 2 mois :
 - Perte sanguine moyenne : aucune différence.
- Par rapport aux dispositifs intra-utérins (DIU) au lévonorgestrel (2 ECR, 151 participantes)¹. Après 12 mois :
 - « Réussite » du traitement (atteinte d'un certain score à l'évaluation illustrée des pertes sanguines ou aucun traitement de deuxième intention nécessaire) : 60 % contre 87 % (DIU)¹.
 - La perte sanguine moyenne a été réduite d'environ 35 % par rapport à environ 85 % (DIU)⁶.
 - Satisfaction des patientes : aucune différence¹.
 - Changement du taux d'hémoglobine : résultats incohérents^{6,7}.
 - Qualité de vie : résultats incohérents.
 - Effets indésirables : aucune différence.
- Par rapport à l'anneau vaginal (2 ECR)¹. Après 6 mois :
 - Réponse, perte sanguine moyenne, satisfaction des patientes, hémoglobine : aucune différence à tous les égards.
- Nouvel ECR pragmatique : 62 femmes sous DIU ou COC⁸. Après 12 mois :
 - Aucune différence pour ce qui est de la qualité de vie liée à la ménorragie.
- D'autres revues systématiques ont fait les mêmes constatations^{2,3}.
- Limites : Petit nombre de participantes, régression possible vers la moyenne, diversité des COC étudiés, absence d'insu dans certains cas, taux élevés d'abandon, certaines moyennes calculées impossibles à reproduire par les autrices d'OP.

CONTEXTE

- Contre-indications aux COC : antécédents de thromboembolie, de maladie cardiovasculaire ou de cancer du sein, hypertension non maîtrisée, tabagisme à 35 ans ou plus, migraine avec aura, maladie du foie ou du rein active⁹.
- Les COC peuvent augmenter le risque de thromboembolie veineuse de 1 femme sur 1 250 par année¹⁰.
- DIU : médicament le plus efficace pour la réduction de la perte sanguine, probablement au moins aussi bon que l'ablation endométriale¹¹.

RÉFÉRENCES

AUTRICES

1. Lethaby A, Wise MR, Weterings MAJ et al. Cochrane Database System Rev. 2019;2:CD000154.
2. Bofill Rodriguez M, Dias S, Jordan V et al. Cochrane Database System Rev. 2022;5:CD013180.
3. Bofill Rodrigues M, Lethaby A, Farquhar C et al. Cochrane Database System Rev. 2020;7:CD013651.
4. Jensen JT, Parke S, Mellinger U et al. Obstet Gynecol. 2011 Apr;117(4):777-787.
5. Fraser IS, Römer T, Parke S et al. Human Reproduction. 2011;26(10):2698-2708.
6. Shabaan MM, Zakherah MS, El-Nashar SA, Sayed GH. Contraception. 2011;83:48-54.
7. Endrikat J, Shapiro H, Lukkari-Lax E et al. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31(4):340-347.
8. Matteson KA, Valcin J, Raker CA, Clark MA. Am J Obstet Gynecol. 2023;229:532.e1-13.
9. Singh S, Best C, Dunn S et al. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(5):e416-444.
10. Allan GM, Koppula S. Outils pour la pratique, n° 70. Quel est le risque de thrombo-embolie veineuse (TEV) d'un contraceptif hormonal à l'autre? Lien : <https://cfpclearn.ca/tfp70/>. Consulté le 22 octobre 2024.
11. Potter J, Lindblad AJ. Outils pour la pratique, n° 323. Réduire le flux II : recours aux dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel pour les saignements menstruels abondants. Lien : <https://cfpclearn.ca/tfp323/>. Consulté le 25 juillet 2024.

Adrienne J Lindblad, B. Sc.
(pharmacie), ACPR, Pharm. D.
Jennifer Young, M.D. CCMF
Jen Potter, M.D. CCMF

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

**OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont 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. La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFC Apprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

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.