



**10ES RENCONTRES RÉGIONALES :
OBÉSITÉ, TOUS·TES CONCERNÉ·ES !**

OBESITE ET CONTRACEPTION

● Dr Dagmara FERAY - gynéco-pédiatre
● Margaux BERTHIER - interne de gynécologie médicale

LA CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME OBESE ?

- Sujet parfois difficile à aborder par le·la médecin et par la patiente
- Plus de risque de complication lors de la grossesse
- Plus de grossesses non désirées
- Plus de risque d'échec des contraceptions hormonales
- Plus de risque cardiovasculaire si contraception oestroprogestative
- Attention si chirurgie ou certains traitements de l'obésité



QUELLE CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME OBÈSE ?

Mêmes recommandations pour toutes les femmes !



CAPE CERVICALE

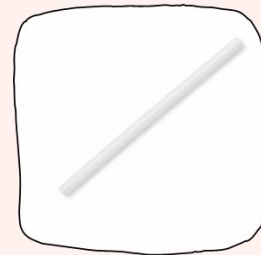


DIAPHRAGME

CONTRACEPTION MECANIQUE

OK :

préservatifs, cape, diaphragme, DIU au cuivre
ligature des trompes (et vasectomie !)

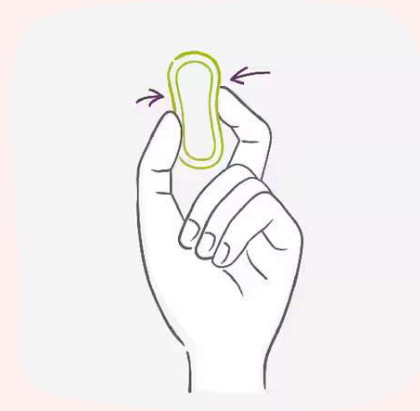


CONTRACEPTION PROGESTATIVE

OK :

- pilule progestative (DESOGESTREL / DROSPIRENONE / DIENOGEST)
- DIU au Levonorgestrel
- **implant progestatif** (taux d'étonorgestrel diminué après 2 ans mais pas plus de grossesse)

QUELLE CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME OBÈSE ?



CONTRACEPTION OESTRO- PROGESTATIVE

OK MAIS :

- pilule oestro-progestative
- patch
- anneau vaginal

CONTRACEPTION OESTRO- PROGESTATIVE

OK MAIS :

- chez la femme de moins de 35 ans
- ET sans facteur de risque cardiovasculaire : tabagisme, migraine, dyslipidémie, diabète

et sans CI habituelles :

- ATCD IDM ou AVC personnel ou au 1e degré (femme <65 ans ou homme <55 ans),
- ATCD de MTEV personnel ou au 1e degré à < de 50ans
- thrombophilie connue
- migraine avec aura
- HTA

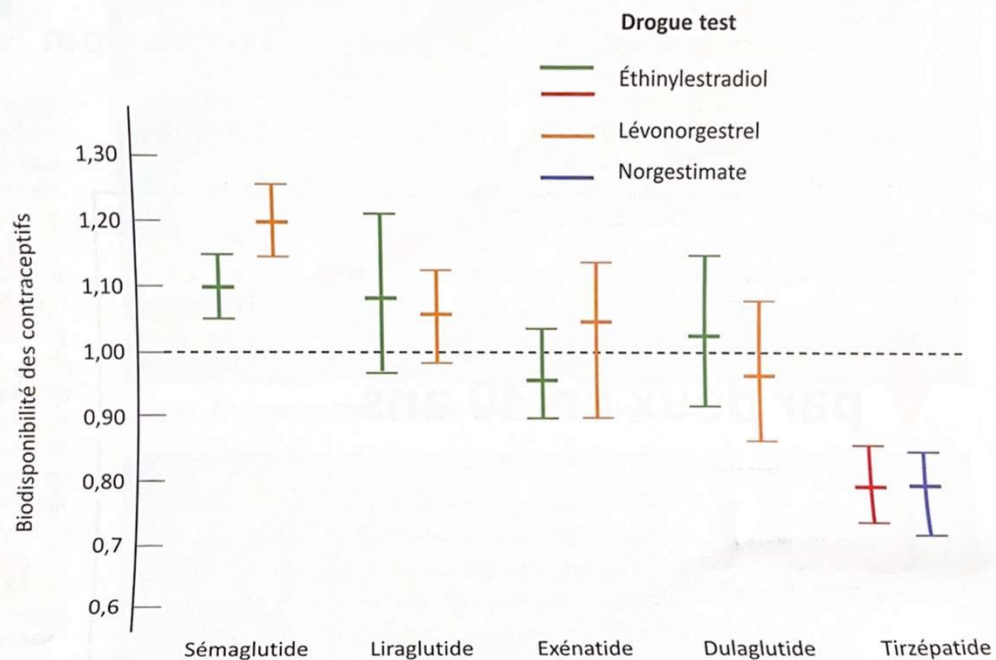




Attention aux analogues de GLP1 (TIRZEPATIDÉ)

a fait le "buzz" aux USA pour ses capacités amaigrissantes

*Autorisation récente de l'European Medical Agency pour les indications
DT2 et traitement pharmacologique de l'obésité*



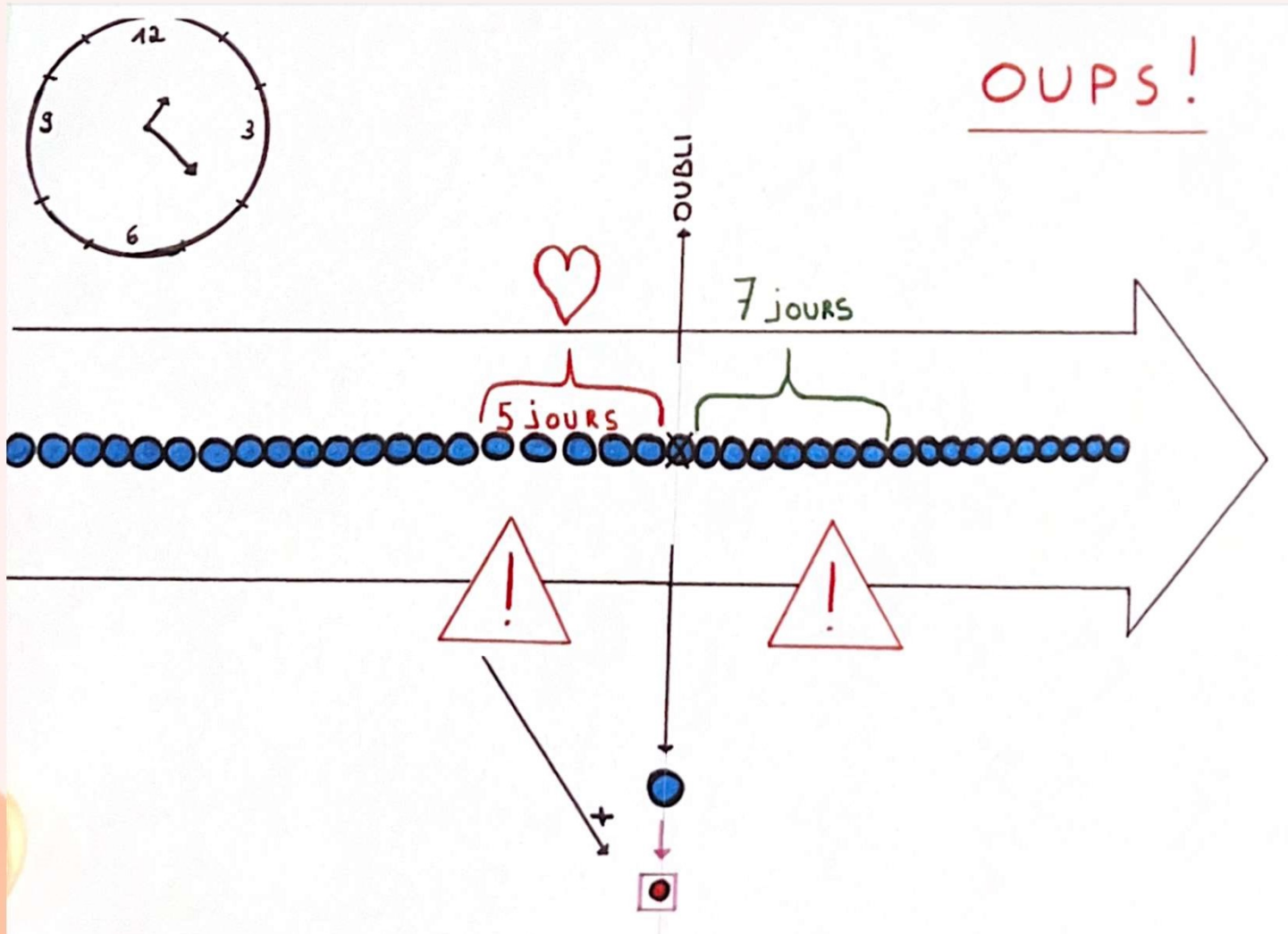
Diminution importante des biodisponibilités
d'éthinylestradiol et de norgestimate !

À l'introduction ou à la majoration de doses (effet sur la
vidange gastrique)

**Perte de l'efficacité contraceptive orale/ utiliser
contraception mécanique dans ces moments clés**

💡 diminution constatée pour les autres analogues de GLP1
mais sans perte de l'action contraceptive

EN CAS D'OUBLI DE PILULE ?



CONTRACEPTION D'URGENCE

- **DIU au cuivre** (à poser sous 5 jours)
- **LEVONORGESTREL** (maximum 72h après rapport)
- **ACETATE d'ULIPRISTAL** (maximum 5j après rapport)

⚠ Levonorgestrel moins efficace si BMI > 25 kg/m², pas de nécessité de doubler la dose

⚠ Ulipristal moins efficace si BMI >34 kg/m²

DIU au cuivre toujours possible ! A privilégier chez les femmes obèses mais pas toujours possible en pratique



CONTRACEPTION ET CHIRURGIE BARIATRIQUE

EN PREVISION D'UNE CHIRURGIE :

- initiation d'une contraception (si femme en période d'activité sexuelle) car **grossesses contre-indiquées 12 à 18 mois post opératoires.**
- nécessité d'**adaptation si COP** (arrêt ou remplacement 6-8 semaines avant la chirurgie et reprise à partir de 6 semaines après la chirurgie)



Chirurgie bariatrique type restrictive
(Sleeve gastrectomie /
Anneau gastrique)

Pas de CI aux
contraceptifs oraux

Pilule microprogestative
Pilule oestroprogestative *
Anneau vaginal *
Patch cutané *
DIU Lévonogestrel ou cuivre
Implant
Contraception mécanique
Contraception définitive

Chirurgie bariatrique
avec malabsorption
(By pass / DBP / SADI)

⚠ Contre indication
aux contraceptifs
oraux

Patch cutané *
Anneau vaginal *
DIU Lévonogestrel ou cuivre
Implant
Contraception mécanique
Contraception définitive

***si pas de facteur de risque cardiovasculaire**

GROSSESSE ET OBESITE :

- importance de la consultation préconceptionnelle
- augmentation de l'IMC liée aux troubles du cycle et aux grossesses arrêtées au 1^e trimestre
- risque accru de complications materno-foetales (diabète gestationnel, HTA, décès maternel ou foetal, troubles endocriniens pour l'enfant)
- perte de poids doit être tentée, objectif IMC <35 kg/m² : favoriser la fertilité et diminuer le risque de complications
- prise de poids conseillée pendant la grossesse 5 - 9 kg (voire stabilisation/perte de poids)



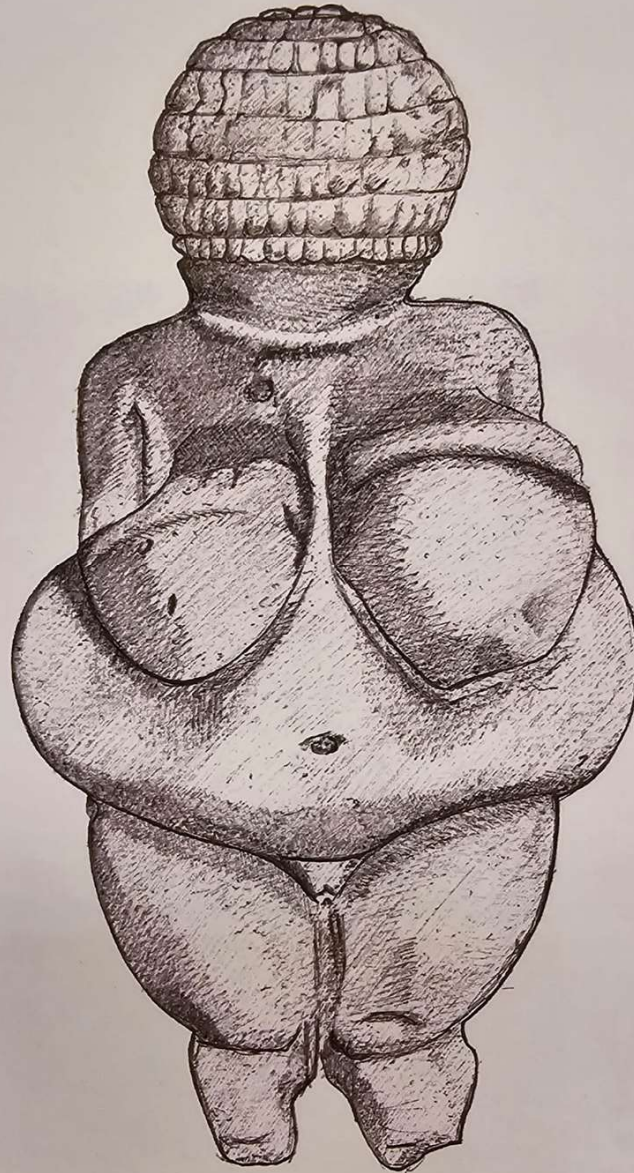
GROSSESSE ET CHIRURGIE BARIATRIQUE :

- Grossesses à risque !
- Contre-indication à la grossesse pendant les 12 à 18 mois suivant la chirurgie
- Soutien nutritionnel spécifique et adapté avant et pendant la grossesse :
risque majeur de carences et donc de complications
(prématurité, petit poids, anomalies congénitales, admission en soins intensifs néonataux, décès dans les 7 jours...)

AU TOTAL :

- Evaluer systématiquement les besoins en matière de santé sexuelle
- Proposer les méthodes contraceptives adaptées : attention aux nouveaux traitements
- Choix de la contraception : par la patiente et au cas par cas
- Prescription systématique de contraception d'urgence
- Suivi régulier et rapproché pour les ajustements thérapeutiques
- Si projet parental : PEC avant la conception
- Si chirurgie : encadrer par les contraceptifs adaptés, puis choix en fonction du type d'opération

La Vénus de Willendorf





MERCI !