

F1

Épilepsie



Vie autour de l'épilepsie

Contraception et épilepsie

SANDOZ A Novartis
Division

LA « PILULE »

L'introduction de la « pilule » il y a environ 50 ans, a révolutionné la contraception. De nos jours, c'est de loin la méthode la plus utilisée et, à part la stérilisation, la plus sûre.

Les contraceptifs hormonaux, des médicaments qui empêchent l'ovulation, sont généralement composés d'une combinaison d'œstrogènes et de progestatifs, parfois de progestatifs seuls. Les œstrogènes ont pour effet principal de contrôler le cycle menstruel (saignements de privation réguliers, pas de saignements intermédiaires ; inhibition de l'ovulation uniquement à des doses supérieures à 100 microgrammes [μg]), les progestatifs empêchant l'ovulation qui rend possible une grossesse.

La pilule n'a aucune influence directe sur la fréquence et la gravité des crises. Une femme épileptique peut la prendre sans autre. Cependant les œstrogènes contenus dans la pilule peuvent réduire considérablement les taux sanguins de la lamotrigine, un des médicaments contre l'épilepsie. Le nombre de crises peut donc augmenter si l'on n'adapte pas la dose de ce produit.

La plupart des pilules contraceptives sont des mini-pilules, contenant nettement moins d'hormones que les pilules d'autrefois. Elles sont nettement mieux tolérées, mais peuvent poser des problèmes aux femmes qui prennent certains antiépileptiques appelés inducteurs d'enzymes. Ceux-ci peuvent annuler l'effet de la pilule en accélérant la dégradation des hormones contraceptives dans le foie. Il est alors possible de tomber enceinte malgré la prise régulière de la pilule.

La résorption (absorption depuis l'estomac et les intestins) de la pilule varie déjà de 20 à 60 % et est donc plutôt faible et peu fiable par rapport à de nombreux autres médicaments, dont les antiépileptiques. Si d'autres médicaments renforcent la dégradation dans le foie, les taux d'hormones dans le sang peuvent baisser à tel point que l'effet contraceptif n'est plus suffisant.

Les principaux antiépileptiques et leur influence sur l'efficacité de la pilule

Principe actif	Description
Carbamazépine Felbamate Lamotrigine* Oxcarbazépine Phénobarbital Phénytoïne Primidone Rufinamide Topiramate (dès 200 mg/jour)	› Risquent d'affaiblir l'effet de la pilule et de causer une grossesse non désirée * La lamotrigine ne diminue pas le taux d'œstrogène, mais réduit modérément le taux de progestatifs
Clobazam Clonazépam Gabapentine Lacosamide Lévétiacétam Prégabaline Topiramate (jusqu'à 200 mg/jour) Valproate/acide valproïque Vigabatrine Zonisamide	› N'ont aucune influence sur la pilule (mais seulement en monothérapie ou lorsqu'ils sont pris avec un autre médicament du même groupe)
Brivaracétam Pérampanel Sultiame	› Informations actuelles insuffisantes

Chez la plupart des femmes, une perte d'efficacité de la composante œstrogène de la pilule se remarque par des saignements hors cycle, aussi appelés « spotting » : du sang qui s'écoule du vagin en dehors des règles normales, malgré la prise de la pilule.

Cela dit, l'apparition de sang hors cycle n'est pas la preuve de la perte d'efficacité de l'inhibition d'ovulation due aux progestatifs et inversement, l'absence de spotting ne signifie pas forcément que la pilule fonctionne.

En cas de perte d'efficacité de la minipilule, il est possible de passer à d'autres préparations contenant plus de progestatifs ou uniquement composées de progestatifs. Sinon, il existe d'autres méthodes de contraception, qui seront discutées ci-après.

Certaines sources recommandent d'augmenter seulement le taux d'œstrogène ; cela permet effectivement de mieux contrôler le spotting et de freiner la croissance du follicule, mais n'a aucune influence sur l'inhibition d'ovulation par les progestatifs et peut donc donner un faux sentiment de sécurité.

Si leur concentration d'hormones est suffisante, les pilules ne contenant que des progestatifs assurent une bonne contraception, mais elles ne sont pas toujours bien tolérées. Si un couple envisage une stérilisation, il faut prendre en compte que l'effet contraceptif de l'intervention est dix fois plus fiable chez l'homme que chez la femme.

IMPLANT DE PROGESTATIFS

Il s'agit de petits bâtonnets de plastique stables et flexibles contenant des progestatifs. Ils sont implantés sous la peau, du côté intérieur du bras. Ils libèrent constamment de toutes petites quantités d'hormones. Cela a pour effet d'inhiber l'ovulation et de modifier la muqueuse du col de l'utérus, ce qui rend celui-ci moins accessible aux spermatozoïdes. La durée de l'effet varie de 3 ans à 5 ans. Cependant, comme pour les minipilules, la contraception n'est pas garantie lorsque l'on prend des antiépileptiques inducteurs d'enzymes.

INJECTION TRIMESTRIELLE (Injection retard de progestatifs)

Les injections trimestrielles de progestatifs ne contiennent eux aussi que des progestatifs, qu'ils libèrent lentement de façon continue. Comme les pilules contraceptives normales, ils n'assurent malheureusement pas une sécurité suffisante lors de la prise concomitante d'antiépileptiques du premier groupe du tableau ci-dessus qui sont des inducteurs enzymatiques. Une administration plus fréquente (tous les deux mois) peut potentiellement permettre de compenser cela.



PATCH HORMONAL

Il s'agit d'un contraceptif hormonal résorbé à travers la peau (transdermique). On le colle sur la peau une fois par semaine pendant trois semaines, suivi d'une semaine sans application de patch. La quantité d'hormones contenue dans les patches correspond à celle d'une « minipilule » à œstrogène et progestatifs. Sous prise d'un antiépileptique inducteur enzymatique, figurant au premier groupe du tableau ci-dessus, la contraception n'est pas garantie.

DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN (stérilet)

Il s'agit d'un contraceptif non hormonal, implanté dans l'utérus. Il est généralement constitué d'une pièce de plastique en forme de T ou de spirale, enrobé de fil de cuivre ou d'un alliage orcuivre. Les ions de cuivre empêchent les spermatozoïdes de parvenir aux trompes de Fallope pour y fertiliser les ovules. Quand bien même la fertilisation devait quand même réussir, le corps étranger dans l'utérus empêcherait l'ovule fertilisé de s'y nicher.

Le stérilet au cuivre agit pendant 3 à 5 ans, le stérilet à l'or jusqu'à 10 ans.

Ce dispositif reste efficace même en cas de prise d'antiépileptiques inducteurs enzymatiques. Cependant, pour des raisons de tolérance, l'on recommande généralement de nos jours les contraceptifs hormonaux suivants.



ANNEAU VAGINAL

Il s'agit d'un dépôt d'hormones sur un anneau en plastique. L'anneau s'insère dans le vagin comme un tampon. Le principe actif est une association d'œstrogène et de progestatifs, les hormones étant libérées lentement et en très petites quantités.

L'effet dure 3 semaines, après quoi l'anneau est retiré, ce qui entraîne un saignement de privation similaire aux saignements menstruels. L'efficacité n'est pas garantie en cas de prise d'antiépileptiques inducteurs enzymatiques.

SYSTÈME INTRA-UTÉRIN À PROGESTATIFS

Il s'agit d'un dépôt intra-utérin d'hormones ; il contient uniquement du lévonorgestrel, un progestatif. Celui-ci est libéré lentement et de façon continue, en très petites quantités (10 à 20 µg/jour).

Ces progestatifs ont principalement pour effet de bloquer la croissance de la muqueuse utérine et de provoquer des modifications de la glaire cervicale. Par ailleurs, ils réduisent la durée et l'intensité des saignements menstruels (parfois, ils les stoppent, on parle alors d'aménorrhée).

Bilan

Toute femme atteinte d'épilepsie doit vérifier avec ses médecins quelle méthode de contraception est la meilleure pour elle, et l'adapter au besoin !

L'effet dure de 2 à 5 ans et l'efficacité est garantie même sous prise d'anti-épileptiques inducteurs enzymatiques. Ce type de dispositif ne réduit pas non plus les taux sanguins de lamotrigine.

Les informations contenues dans ce bulletin ont été compilées avec soin sur la base des connaissances scientifiques actuelles. Toutefois, ces informations ne sauraient se substituer aux consignes et conseils d'un médecin. Pour toutes questions ou problèmes de santé, veuillez vous adresser à votre médecin traitant.

AUTEUR :

Dr Günter Krämer
Spécialiste FMH en neurologie
Neurozentrum Bellevue
Theaterstr. 8
CH-8001 Zürich
g.kraemer@epilepsie-med.de

LECTORAT DU TEXTE FRANÇAIS :

Dr Emilia Sforza
Spécialiste FMH en neurologie
4. av. de Champel
CH-1206 Genève
emilia.sforza@gmail.com

REMISE PAR :