

Guide de pratique clinique – Gestion et suppression du cycle menstruel

Contents

Guide de pratique clinique – Gestion et suppression du cycle menstruel.....	1
Gestion du cycle menstruel	2
Indications	2
Est-il sécuritaire d’induire médicalement la suppression des menstruations?.....	4
Populations particulières.....	5
Mode cyclique, mode prolongé (tricyclique) et mode continu	6
Conseils concernant la prescription	7
Options pour la gestion du cycle menstruel	8
Options hormonales.....	8
Options non hormonales.....	13
Options pour réduire le flux menstruel et les douleurs menstruelles.....	15
Contre-indications.....	16
Risques et effets secondaires	16
Resources	17

Gestion du cycle menstruel

La gestion du cycle menstruel, qui inclut la suppression des règles, est une façon réversible d'utiliser les traitements hormonaux pour réduire ou interrompre temporairement les saignements menstruels. Elle comprend toutes les méthodes qui agissent sur les menstruations, notamment celles qui :

- réduisent le flux menstruel
- traitent la dysménorrhée
- retardent les règles (p. ex. pour éviter qu'elles surviennent pendant des vacances)
- empêchent les règles de survenir (p. ex. pour qu'elles surviennent seulement tous les 3 mois ou pour éviter qu'elles surviennent pendant un déploiement de 3 mois)
- engendrent l'absence complète des menstruations (aménorrhée iatrogène) pendant un certain temps

Ce document porte sur la modification du calendrier des règles, notamment le fait de retarder ou d'empêcher les règles et de provoquer une aménorrhée. Pour de plus amples renseignements sur la diminution du flux menstruel ou le soulagement des douleurs menstruelles, consulter les ressources énumérées à la fin.

Indications

La principale indication de la gestion du cycle menstruel est la volonté de la personne. **Aucune indication médicale n'est nécessaire.** Pouvoir exercer un plein contrôle sur ses propres menstruations est essentiel. Un tel contrôle est synonyme d'une meilleure qualité de vie. La gestion du cycle menstruel est une pratique sécuritaire et saine, tout comme l'omission de certains cycles menstruels et l'aménorrhée induite médicalement. Les autres indications de la gestion du cycle menstruel sont :

- réduction d'un flux menstruel abondant et/ou de l'anémie
- dysménorrhée
- douleurs pelviennes chroniques qui s'aggravent pendant les menstruations et/ou endométriose

- syndrome prémenstruel dû aux fluctuations hormonales (effets liés à la baisse d'œstrogènes : maux de tête, ballonnement, sensibilité des seins ou changements d'humeur) ou trouble dysphorique prémenstruel
- cycles irréguliers (p. ex. en raison du syndrome des ovaires polykystiques)
- dysphorie de genre
- contraception

Comme certaines de ces affections peuvent nécessiter d'autres examens ou une prise en charge médicale, on recommande aux cliniciens de creuser la question chez toute personne présentant des symptômes (et non en présence de cycles menstruels réguliers).

Méthode barrière

- Il faut conseiller une méthode barrière aux personnes à risque de contracter une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS).
- En outre, il faut également conseiller une méthode barrière aux personnes qui choisissent de gérer leur cycle menstruel à l'aide d'une méthode non contraceptive, si elles souhaitent éviter toute grossesse.

Est-il sécuritaire d'induire médicalement la suppression des menstruations?

Pour certaines personnes, empêcher les menstruations de se produire n'est pas « naturel » et pourrait même être nocif pour la santé. Il est vrai que lorsqu'elle n'est pas induite médicalement, l'absence de menstruations peut indiquer un problème médical et signaler que quelque chose ne va pas. Or, vous pouvez vous faire rassurants : la suppression iatrogène des menstruations est sécuritaire et saine. Il suffit de rappeler que l'aménorrhée se produit naturellement, donc de façon saine et sans danger, à d'autres périodes de la vie (grossesse, après une hystérectomie ou ménopause).

D'un point de vue clinique, les personnes atteintes d'aménorrhée hypothalamique fonctionnelle n'ont pas de règles parce que leur apport énergétique est insuffisant, en raison d'une activité physique intense ou d'une mauvaise absorption calorique. Elles sont alors dans un état hypo-œstrogénique, ce qui peut nuire à leur santé osseuse et les exposer à un risque d'ostéoporose. En outre, lorsqu'un syndrome des ovaires polykystiques est associé à des menstruations irrégulières, on assiste à une hyperplasie endométriale, ce qui augmente le risque de cancer de l'endomètre.

La plupart des méthodes existantes n'induisent pas d'état hypo-œstrogénique, protégeant ainsi le corps contre le risque d'ostéoporose. Les méthodes de gestion du cycle menstruel permettent aussi d'éviter que l'endomètre s'épaississe, ce qui réduit le risque de cancer de l'endomètre.

Populations particulières

Les **personnes transgenres** pourraient préférer une méthode à base de progestatif uniquement afin d'éviter l'effet féminisant des œstrogènes.

Les **personnes non binaires** pourraient préférer une méthode à base de progestatif uniquement ou être à l'aise d'opter pour une méthode contenant des œstrogènes. Il est aussi possible de combiner ou non ces méthodes à d'autres soins d'affirmation de genre. Toute personne ayant des menstruations est admissible à une gestion/suppression du cycle menstruel.

Une interdiction de vol de sept jours est requise au début de la prise d'un contraceptif hormonal, et pendant trois jours après un changement de posologie ou de produit. Cette interdiction de sept jours est également requise après l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU). Depo-Provera^{MD} peut être envisagé au cas par cas après discussion avec le médecin de l'air – Normes aéromédicales et services cliniques (NASC). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent causer des problèmes gastro-intestinaux. La première semaine, il faut les prendre après la fin du quart de travail et au moins 10 heures avant le quart de travail suivant, afin de vérifier s'ils entraînent des effets secondaires. Privilégier le célécoxib. Pour les autres AINS, envisager d'aussi prescrire un inhibiteur de la pompe à protons.

En **post-partum**, n'importe quelle méthode à base d'un progestatif seulement peut être entamée immédiatement, tandis que les contraceptifs hormonaux combinés (« pilule anticonceptionnelle », timbre et anneau) peuvent l'être 6 semaines après l'accouchement. Selon les recommandations, les contraceptifs hormonaux combinés ne doivent être entamés qu'une fois l'allaitement bien installé, s'il y a lieu, puisqu'ils peuvent entraîner une légère baisse de la production chez certaines personnes. Pour ce qui est des agonistes de l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRH), ils peuvent être entamés immédiatement en post-partum. Ils sont par contre contre-indiqués chez les personnes qui allaitent. L'acide tranexamique et les AINS peuvent être utilisés immédiatement après l'accouchement.

Mode cyclique, mode prolongé (tricyclique) et mode continu

Les utilisations ci-dessous s'appliquent à toute méthode de contraception comportant une période sans hormone – comprimés placebo pour les contraceptifs hormonaux combinés ou à base de progestatif seulement, ou semaine sans application pour les timbres et anneaux.

Mode cyclique : Usage traditionnel le plus connu consistant en la prise de tous les anovulants de la plaquette, y compris les pilules placebo qui déclenchent les menstruations. L'utilisation du timbre et de l'anneau comporte une pause d'une semaine après trois semaines consécutives d'utilisation (trois timbres hebdomadaires ou un anneau à porter 21 jours).

Mode prolongé : Omission de la période sans hormone pendant plusieurs cycles suivie d'une période sans hormones qui déclenche les menstruations.

- L'un des schémas répandus de cette utilisation prolongée consiste en la prise de trois plaquettes d'anovulants de suite, en omettant les pilules placebo des deux premières puis en prenant celles de la troisième. Cette méthode réduit la fréquence des règles et permet d'éviter de les avoir à des moments moins propices, p. ex. lors de vacances ou d'un court déploiement. Ce schéma est aussi possible avec le timbre ou l'anneau : utilisation consécutive pendant 9 semaines (9 timbres hebdomadaires ou 3 anneaux de 21 jours) suivie de 4 à 7 jours sans hormones.
- Une autre façon courante d'utiliser la contraception en mode cyclique prolongé consiste en la prise des anovulants ou l'emploi des timbres ou des anneaux sans période de pause, jusqu'à ce que des saignements menstruels importants surviennent. C'est donc à ce moment que commence la pause hormonale de 3 à 7 jours, de manière à réduire peu à peu le flux. Les mêmes points essentiels s'appliquent.
 - *En mode prolongé, les points essentiels à retenir sont que :*
la prise d'hormones doit durer au moins 21 jours consécutifs qui seront suivis d'une pause sans hormones d'au plus 7 jours (habituellement 3 à 7 jours). Autrement, une grossesse et davantage de microrragies pourraient survenir.

Mode continu : Utilisation constante de la contraception (anovulants, timbres ou anneaux) sans jamais prendre de pause sans hormones, de manière à atteindre l'aménorrhée. Il convient de les prescrire de la même façon que vous le feriez normalement pour ces méthodes de contraception. En ce qui concerne les anovulants, les préparations monophasiques fonctionnent mieux pour une utilisation à cycle prolongé ou en continu (voir l'annexe B).

Conseils concernant la prescription

- Les plaquettes de 21 comprimés contiennent uniquement les 21 comprimés actifs (hormonaux). Elles conviennent bien aux personnes qui utilisent un schéma cyclique prolongé ou continu, c'est-à-dire qui sautent la période sans hormones et commencent une nouvelle plaquette immédiatement. Ces utilisateurs ne prendront aucun comprimé pendant la pause, s'ils/elles choisissent d'avoir un saignement de privation.
- Les plaquettes de 28 comprimés contiennent 21 comprimés actifs et 7 comprimés placebo. Elles sont souvent prescrites pour un usage cyclique, où une personne a un saignement de privation chaque mois. Elles peuvent aussi être utilisées en mode prolongé ou continu, en sautant les comprimés placebo et en enchaînant directement avec la plaquette suivante.
- Lorsqu'on utilise une méthode en mode prolongé ou continu, la prescription sera consommée plus rapidement. Pour éviter les retards de renouvellement, il est important de préciser clairement le schéma prévu (p. ex. : « prise en continu ») sur l'ordonnance, afin que la pharmacie puisse autoriser les renouvellements plus tôt. Une autre façon simple de prescrire un schéma prolongé est d'utiliser les « contraceptifs oraux combinés en préparation pour cycle prolongé » (annexe C).

Options pour la gestion du cycle menstruel

Remarque : Pour toutes les méthodes contraceptives énumérées ci-dessous, elles sont prescrites de la même façon que si elles étaient utilisées à des fins de contraception.

Options hormonales

Dispositif intra-utérin (DIU) au lévonorgestrel (hormonal, sans cuivre) comme “Mirena®” et “Kyleena®”	
Idéal pour	les personnes qui ne veulent pas avoir à « penser contraception » constamment les personnes à l’aise de se prêter à la pose intravaginale du DIU les personnes qui partent en long déploiement
Posologie et fréquence	1 DIU installé pour 5 ans (Kyleena®) ou 8 ans (Mirena®) Si des saignements, une dysménorrhée ou d’autres symptômes dérangeants surviennent avant ces délais, le DIU peut être raisonnablement remplacé plus tôt.
Moyen contraceptif approuvé par Santé Canada	Oui, efficace à plus de 99 %
Taux d’aménorrhée*	45 %; plus élevé avec Mirena® qu’avec Kyleena®
Éléments importants à considérer	Avant l’installation, confirmer l’absence de grossesse. N’importe quel fournisseur de soins de santé peut retirer le DIU. Par contre, il faut être formé pour l’installer. Sur ce site d’un acteur de l’industrie, vous trouverez des tutoriels (en anglais seulement) concernant l’installation et le retrait d’un DIU : https://www.mirenahcp.com/insertion-and-removal

Acétate de médroxyprogestérone à longue durée d'action, comme “Depo-Provera^{MD}”	
Idéal pour	les personnes en mesure de recevoir une injection tous les trois mois les personnes en mesure de prendre un apport adéquat en vitamine D et en calcium
Posologie et fréquence	150 mg par voie intramusculaire chaque 12-13 semaines
Moyen contraceptif approuvé par Santé Canada	Oui, efficace à 94 %
Taux d'aménorrhée*	70 % après deux ans
Éléments importants à considérer	Risque de prise de poids d'environ 10 lb chez 56 % des personnes, en raison d'une hausse de l'appétit. Il se peut que les ovulations ne recommencent qu'un an après l'arrêt de l'utilisation. Par conséquent, éviter cette méthode s'il y a un désir de planifier une grossesse dans le temps (p. ex. en fonction d'un déploiement).

Pilule contenant un progestatif comme l'acétate de noréthindrone (Norlutate [®]) et le diénogest (Visanne [®])	
Idéal pour	les personnes en mesure de prendre avec diligence un comprimé chaque jour (ce qui peut s'avérer difficile pour les personnes qui travaillent par quart de travail ou voyagent souvent) les personnes éprouvant des douleurs pelviennes quotidiennes ou souffrant d'endométriose les personnes qui utilisent des préservatifs pour prévenir la grossesse (s'il y a lieu)
Posologie et fréquence	Acétate de noréthindrone 2,5-15 mg <i>die p.o.</i> (la dose moyenne est de 5 mg <i>die p.o.</i>) – généralement, on débute par 2,5 mg <i>die p.o.</i> et augmente de 2,5 mg au plus chaque semaine jusqu'à ce que l'aménorrhée soit atteinte ou qu'il y ait des effets secondaires. Diénogest 2 mg <i>die p.o.</i>
Moyen contraceptif approuvé par Santé Canada	Non; ne pas utiliser si la personne tente de devenir enceinte <i>(Remarque* : L'acétate de noréthindrone est le même médicament que celui utilisé dans la pilule contraceptive contenant uniquement un progestatif, mais utilisé ici à plus de six fois la dose.)</i>
Taux d'aménorrhée*	80 % après 6 mois d'utilisation du diénogest
Éléments importants à considérer	L'acétate de noréthindrone est le même principe actif que celui utilisé dans la « mini-pilule » ou la pilule ne contenant qu'un progestatif, mais utilisé ici à plus de six fois la dose.

Pilule anticonceptionnelle, timbre ou anneau vaginal (contraceptifs hormonaux combinés) comme Evra® or NuvaRing®	
Idéal pour	les personnes qui ne risquent pas de l'oublier et qui sont en mesure de respecter un régime quotidien, hebdomadaire ou mensuel les personnes pour qui il n'y a aucune contre-indication aux œstrogènes (voir les annexes A et B) les personnes qui veulent avoir le contrôle de leur cycle – p. ex. sauter ou retarder des menstruations sans nécessairement désirer l'aménorrhée
Posologie et fréquence	1 comprimé <i>die p.o.</i> (plusieurs préparations, voir l'annexe C) ou 1 timbre à changer chaque semaine ou 1 anneau à changer tous les 21 jours *Voir les descriptions ci-dessous concernant les modes cyclique, prolongé et continu
Moyen contraceptif approuvé par Santé Canada	Oui, efficace à 91 % *Le timbre est moins efficace lorsque le poids corporel est de 90 kg (198 lb) ou plus
Taux d'aménorrhée*	4 % pour la pilule (prise en mode cyclique) 15 % pour l'anneau (utilisation en mode cyclique) *Taux plus élevés lors d'une utilisation en mode prolongé ou continu
Éléments importants à considérer	Le timbre est une bonne option pour les personnes qui travaillent par quarts (l'état stable est plus long que pour la pilule). Les personnes qui travaillent par quarts ou voyagent souvent pourraient avoir de la difficulté à prendre chaque jour la pilule. Les contraceptifs oraux sont associés à un risque accru de thromboembolie veineuse, un risque symbolique chez une personne en général, mais qui augmente considérablement lors de voyages aériens. Par conséquent, il est crucial de discuter des risques et des avantages en tenant compte du risque de thromboembolie veineuse et d'autres facteurs de risque avec le personnel navigant et les autres personnes qui voyagent souvent en avion¹.

Pilule à progestatif seul ou « mini-pilule » (noréthindrone, soit Movisse® et Jencycla® ; drospirénone soit Slynd®)	
Idéal pour	les personnes en mesure de prendre chaque jour une pilule sans oublier
Posologie et fréquence	1 comprimé <i>die p.o.</i> (plusieurs préparations – voir l'annexe C) Remarque : La drospirénone à 4 mg <i>die p.o.</i> en plaquette de 24 comprimés actifs et 4 comprimés placebo est une nouvelle présentation qui n'est pas incluse à l'annexe C. *Voir les descriptions ci-dessous concernant les modes cyclique, prolongé et continu
Moyen contraceptif approuvé par Santé Canada	Oui, efficace à 91 % (noréthindrone) et à 96 % (drospirénone)
Taux d'aménorrhée*	5 % pour la noréthindrone et 25 % pour la drospirénone
Éléments importants à considérer	Les comprimés contenant de la noréthindrone doivent être pris dans la même fenêtre d'une heure chaque jour. Il s'agit d'une mauvaise option pour les personnes qui changent fréquemment de fuseau horaire (qui voyagent souvent) ou qui travaillent par quarts.

Implant dans le bras : étonogestrel, soit Nexplanon®	
Idéal pour	les personnes qui ne veulent pas avoir à « penser contraception » constamment les personnes qui sont à l'aise avec le fait d'avoir des microrragies à l'occasion
Posologie et fréquence	1 implant pendant 3 ans
Moyen contraceptif approuvé par Santé Canada	Oui, efficace à 99,9 %
Taux d'aménorrhée*	20 %
Éléments importants à considérer	Contraceptif réversible le plus efficace Pour savoir comment l'installer facilement : Nexplanonvideos.com

Agonistes de l'hormone de libération de la gonadotrophine (GnRH) (leuprolide, goséréline), c.-à-d. Lupron[®], Zoladex[®]	
Idéal pour	les personnes qui éprouvent d'importants saignements utérins anormaux (accompagnés notamment d'une forte anémie) ou qui présentent des fibromes utérins de très grande taille (p. ex. près du niveau de l'ombilic), une forte dysménorrhée, de l'endométriose ou un trouble dysphorique prémenstruel
Posologie et fréquence	Leuprolide à raison de 3,75 mg par voie intramusculaire toutes les 4 semaines ou 11,25 mg par voie intramusculaire toutes les 12 semaines Goséréline à raison de 3,6 mg par voie sous-cutanée toutes les 4 semaines ou 10,8 mg par voie sous-cutanée toutes les 12 semaines
Moyen contraceptif approuvé par Santé Canada	Non; ne pas utiliser si la personne tente de devenir enceinte
Taux d'aménorrhée*	89 %
Éléments importants à considérer	Induit une ménopause temporaire et un état d'hypo-œstrogène. Ne doit pas être utilisé pendant plus de 3 à 6 mois sans hormonothérapie « complémentaire » à base d'œstrogène/de progestérone. Généralement utilisé comme essai diagnostique ou pont vers un autre traitement. Surtout utilisé par des spécialistes plutôt que par des cliniciens en soins primaires.

Options non hormonales

Acide tranexamique (Cyklokapron^{MD})	
Idéal pour	les personnes qui désirent prendre des médicaments seulement au besoin les personnes qui veulent éviter de prendre des hormones
Posologie et fréquence	Au besoin, un comprimé toutes les 8 heures en cas de flux important
Moyen contraceptif approuvé par Santé Canada	Non
Taux d'aménorrhée*	Sans objet (S. O.)
Éléments importants à considérer	Indiqué chez les personnes qui essaient de concevoir

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (naproxène, ibuprofène), soit Aleve[®] , Advil^{MD}	
Idéal pour	les personnes désirant prendre un comprimé au besoin chaque 4 à 12 heures pour les douleurs menstruelles et un flux abondant
Posologie et fréquence	Au besoin seulement Peut être pris avec de la nourriture, pour les personnes qui veulent éviter de prendre des hormones
Moyen contraceptif approuvé par Santé Canada	Non
Taux d'aménorrhée*	S. O.
Éléments importants à considérer	Indiqué chez les personnes qui essaient de concevoir Le célécoxib est préférable pour le personnel navigant puisqu'il comporte moins d'effets gastro-intestinaux; quant aux autres AINS, envisager de prescrire avec un inhibiteur de la pompe à protons (IPP)

Options pour réduire le flux menstruel et les douleurs menstruelles

	HORMONALE							NON-HORMONALE	
	DIU (hormonal)	Injection d'acétate de médroxyprogestérone à longue	Comprimés contenant un progestatif	Contraceptifs hormonaux combinés	« Mini-pilule » ou pilule à progestatif seul	Implant dans le bras (étonogestrel)	Agonistes de la GnRH (leuprolide ou goséréline)	Acide tranexamique	Anti-inflammatoires (naproxène, ibuprofène)
Traite l'acné, la pilosité faciale indésirable et les règles irrégulières en cas de syndrome des ovaires polykystiques				✓					
Suppression de l'ovulation (aide à prévenir les kystes ovariens, le syndrome prémenstruel et le trouble dysphorique prémenstruel)		✓		✓		✓	✓		
Sans danger pour les personnes souffrant de migraines avec aura, ayant des antécédents de thromboembolie veineuse ou âgée de 35 ans et plus qui fument	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Contraceptif approuvé au Canada	✓	✓		✓	✓	✓			
Diminue le risque de cancer de l'utérus ou des ovaires	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Réduit les fibromes							✓		
Traite l'endométriose et la dysménorrhée	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Réduit le risque de lésion du ligament croisé antérieur nécessitant une intervention chirurgicale, l'ostéoporose, l'arthrose et les fractures de contrainte				✓					

Contre-indications

Les contre-indications sont propres au moyen contraceptif prescrit. Par exemple, les contre-indications à la suppression des menstruations par un moyen contenant des œstrogènes comprennent des antécédents de thromboembolie veineuse, de migraine avec aura ou de cancer du sein. Les contre-indications aux progestatifs varient selon le moyen contraceptif, mais comprennent généralement la présence d'un cancer du sein pour toutes les options. Pour une liste complète des contre-indications à l'un ou l'autre des moyens contraceptifs, consulter [cdc.gov/contraception/Hcp/usmec](https://www.cdc.gov/contraception/Hcp/usmec) (lien disponible au moment de la publication). Un tableau sommaire utile figure à l'annexe A. Les comprimés contenant un progestatif ont les mêmes contre-indications que les pilules contraceptives contenant uniquement un progestatif. Pour une liste complète des contre-indications à la gestion du cycle menstruel au moyen d'une méthode comprenant des œstrogènes, voir le [Consensus canadien sur la contraception \(4^e partie de 4\) : chapitre 9 – contraception hormonale combinée](#). Les contre-indications aux agonistes de la GnRH n'ont pas été fournies, car les cliniciens en soins primaires n'ont habituellement pas à prescrire de tels médicaments (bien qu'ils puissent le faire s'ils se sentent à l'aise).

Risques et effets secondaires

Ajustements hormonaux : Possibilité de nausées, de sensibilité aux seins, de changements d'humeur ou de maux de tête. Soit ces effets ne se manifestent pas, soit ils se résorbent souvent en quelques semaines au fur et à mesure que le corps s'adapte au médicament.

Saignements irréguliers : Microrragies possibles – parfois confondues avec un retour des règles. Si le moyen contraceptif est utilisé correctement (sans oubli), les menstruations ne se déclenchent pas, mais des microrragies se produisent au cours du cycle. Ces saignements sont courants au cours des premiers mois et peuvent se poursuivre à long terme. Si les microrragies sont source d'inconfort, envisager de modifier le traitement. Parfois, l'aménorrhée complète n'est jamais atteinte, quelle que soit la méthode utilisée. Il convient toutefois d'essayer plusieurs méthodes avant de conclure que l'aménorrhée est impossible. Prendre soin d'exclure une ITSS ou d'autres causes de saignement, une mauvaise observance du traitement et une grossesse.

Modification du poids : Un gain de poids et des ballonnements sont possibles. Ils sont parfois causés par la rétention de liquide ou des changements d'appétit. Selon les données probantes, les options hormonales (à l'exception de l'acétate de

médroxyprogestérone à longue durée d'action) ne mènent pas à une prise de poids. L'acétate de médroxyprogestérone à longue durée d'action cause un gain de poids moyen de 10 lb/4,5 kg chez 56 % des personnes en raison d'un appétit accru.

Thromboembolie veineuse : Les produits contenant des œstrogènes sont associés à un risque accru de formation de caillots sanguins (8 personnes sur 10 000 présentent un risque accru au cours des trois premiers mois). Il est important d'évaluer la présence de contre-indications.

Restauration de la fertilité temporairement retardée : Avec l'acétate de médroxyprogestérone à longue durée d'action, la reprise de l'ovulation et le retour de la fertilité peuvent prendre jusqu'à un an. Aucune incidence permanente sur la fertilité.

Densité osseuse : Une diminution de la densité osseuse est possible lors de l'utilisation prolongée de progestatifs injectables ou Lolo®, sans que ce soit associé à un risque accru de fracture. La perte de densité osseuse se stabilise après les deux premières années et est réversible après l'arrêt du traitement. En cas d'utilisation à long terme de progestatifs, il est recommandé d'inclure de la vitamine D et du calcium dans l'alimentation ou par supplémentation et de faire des exercices de mise en charge. Autre possibilité : certains produits contenant des œstrogènes pourraient faire augmenter la densité osseuse chez certaines personnes.

Ressources

Annexe A - [Fiche de consultation rapide pour les critères de recevabilité médicale de l'OMS](#)

Annexe B - [Contraindications to combined hormonal contraceptives](#) (en anglais seulement)

Référence : [Ligne directrice n° 329 du Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada – Consensus canadien sur la contraception, 4^e partie de 4, chapitre 9 : Contraception hormonale combinée](#)

Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., ... & Whelan, A. M. (2017). No. 329-Canadian contraception consensus part 4 of 4 chapter 9: combined hormonal contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(4), 229-268.

Annexe C – [Formulations of combined hormonal contraceptives available in Canada in 2017](#) (en anglais seulement)

Remarque : Cette liste a été publiée en 2017 et peut inclure des formulations qui ne sont plus disponibles et peut omettre des formulations plus récentes.

Référence : [Ligne directrice n° 329 du Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada – Consensus canadien sur la contraception, 4^e partie de 4, chapitre 9 : Contraception hormonale combinée](#)

Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., ... & Whelan, A. M. (2017). No. 329-Canadian contraception consensus part 4 of 4 chapter 9: combined hormonal contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(4), 229-268.

Annexe D – Documents de ressources supplémentaires

- Séance de perfectionnement professionnel en santé des femmes et de la diversité des FAC sur demande : [Approche clinique de la dysménorrhée](#)
- Ressource clinique en santé des femmes et de la diversité des FAC : [Gestion de la douleur occasionnée pendant l'insertion d'un dispositif intra-utérin \(DIU\)](#)
- Consulter l'équipe clinique en santé des femmes et de la diversité à l'adresse suivante :
+WDH PROF TECH - SFD PROF TECH@CMP CF H SVCS Gp@Ottawa-Hull <WDHPROFTECH-SFDPROFTECH@forces.gc.ca>

ⁱ Kuipers, S., Cannegieter, S. C., Middeldorp, S., Robyn, L., Büller, H. R., et Rosendaal, F. R. (2007). The absolute risk of venous thrombosis after air travel: a cohort study of 8,755 employees of international organisations. *PLoS medicine*, 4(9), e290.