

COIN technipharm FC

UN PROGRAMME NATIONAL DE FORMATION CONTINUE DESTINÉ AUX ASSISTANTS TECHNIQUES EN PHARMACIE 1 UFC

GRATUITE

OBTENEZ INSTANTANÉMENT VOS RÉSULTATS AU WWW.MONPORTAILPHARMACIE.CA

SEPTEMBRE/OCTOBRE 2008

DONNE DROIT À 1,0 CRÉDIT DE FC



Donne droit à 1,0 crédit de FC du Conseil canadien de la formation continue en pharmacie. Dossier n° 005-0408 Tech. N'est pas valide pour des crédits de FC après le 28 mai 2011.

Répondez en ligne pour connaître vos résultats immédiatement www.monportailpharmacie.ca

DE LA FC SPÉCIALEMENT POUR LES ATP

Coin Technipharm FC est le seul programme national de formation continue à l'intention des assistants techniques en pharmacie canadiens.

Le rôle des ATP s'étend, aussi servez-vous de Coin Technipharm FC pour accroître vos connaissances. Une note de 70 % est nécessaire pour obtenir une unité de formation continue (UFC).

Coin Technipharm FC est généreusement commandité par Novopharm Limitée. Vous pouvez télécharger les anciens numéros sur les sites www.pharmacygateway.ca ou www.novopharm.com.

OPTIONS POUR RÉPONDRE AU TEST

1. Répondez au test en ligne et obtenez instantanément vos résultats sur le site www.monportailpharmacie.ca.
2. Utilisez la carte-réponse insérée dans cette leçon de FC. Entourez les réponses sur la carte préaffranchie et préadressée, et postez-la ou télécopiez-la à Mayra Ramos, au 416-764-3937.

Pour réussir ce test, une note de 70 % (ou 7 sur 10) est requise. Si vous réussissez, vous recevrez 1 UFC. Vos résultats vous seront communiqués par un courrier de Coin Technipharm. Veuillez allouer de 8 à 12 semaines pour la réponse.

FACULTÉ DE FC

Coordonnatrice :

Margaret Woodruff, R.Ph., B.Sc.Ph., MBA, Humber College,

Directrice de la rédaction clinique :

Lu-Ann Murdoch, B.Sc.Ph.

Auteure :

Jodi Wilkie, BScPharm, Edmonton, AB

Révisseuse :

Mary Bozoian, CPhT

Recycler le cycle : l'utilisation prolongée et continue des contraceptifs hormonaux combinés

Par Jodi Wilkie, B.Sc. Pharm

Objectifs

Après avoir suivi cette leçon, l'ATP pourra :

1. décrire les différents schémas posologiques de contraceptifs hormonaux combinés que les femmes peuvent prendre : standard, prolongé et continu.
2. comprendre les avantages et les inconvénients respectifs de la prise prolongée ou continue des contraceptifs hormonaux combinés.
3. comprendre les raisons de choisir un contraceptif hormonal combiné ou un schéma posologique plutôt qu'un autre.
4. reconnaître les situations dans lesquelles une femme qui prend un contraceptif hormonal combiné devrait consulter un pharmacien.

Introduction

Les contraceptifs oraux combinés (COC) sont sur le marché canadien depuis les années 1960 et ils continuent à fournir aux femmes une méthode de contraception réversible, efficace et sans danger tout au long des années où elles sont en âge de procréer. Au fil des ans, les doses d'hormones ont été réduites pour améliorer l'innocuité et la tolérabilité des contraceptifs tout en préservant leur efficacité. La mise au point des timbres et des anneaux vaginaux diffusant des contraceptifs hormonaux combinés (CHC) a apporté aux femmes une solution de rechange aux formules orales classiques qui peut favoriser l'adhésion au traitement. Récemment, les schémas posologiques prolongés et continus de CHC sont devenus plus populaires. Les pharmaciens et les ATP de pharmacies communautaires voient sou-

vent des femmes en âge d'avoir des enfants, il est donc essentiel qu'ils connaissent tous les aspects des CHC, notamment leurs avantages potentiels et leurs éventuels inconvénients.

Composantes et caractéristiques des CHC

Les CHC contiennent l'oestrogène synthétique éthinylestradiol (EE) et l'un des divers progestatifs synthétiques existants. Les produits dosés à 35 µg d'EE par jour ou moins sont considérés comme des contraceptifs minidosés^{1,2}. L'oestrogène contribue à l'effet contraceptif en supprimant l'ovulation et il aide aussi à stabiliser l'endomètre pour éviter des saignements utérins irréguliers ou imprévus³. Le progestatif participe essentiellement à l'effet contraceptif en supprimant l'ovulation, en épaississant la

L'actualité
pharmaceutique
pharmacy
practice

Une service éducatif aux assistants techniques en pharmacie du Canada qui vous est offert par Novopharm
www.novopharm.com


novopharm
UNE FORCE À NULLE AUTRE PAREILLE™

glaire cervicale et en empêchant la paroi interne de l'endomètre d'accueillir l'œuf fécondé³. Les doses de progestatifs des CHC sont adaptées en fonction de la puissance recherchée; tous les produits sont donc efficaces en tant que contraceptifs³.

Effets indésirables, innocuité et effets bénéfiques autres que contraceptifs

La plupart des femmes tolèrent bien les CHC. Chez la majorité d'entre elles, les effets indésirables disparaissent généralement dans les premiers mois d'utilisation². Il est important qu'elles en soient averties, car parmi les femmes qui cessent de prendre des CHC à cause de leurs effets secondaires, la plupart le font au cours des deux premiers mois d'utilisation⁴ et risquent alors de tomber enceintes.

Les effets indésirables les plus courants sont les maux de tête, les nausées et les seins douloureux, et ceux-ci se produisent à la même fréquence avec tous les CHC⁵. Ces produits peuvent aussi provoquer des sautes d'humeur⁶. Les femmes craignent souvent de prendre du poids, mais une revue des données disponibles montre qu'il ne s'agit pas d'un problème important⁷. On estime que 10 % à 30 % des utilisatrices de CHC auront des saignements inattendus au cours des trois premiers mois d'utilisation¹. Les métrorragies (saignements intermenstruels) et les pertes vaginales légères (ou spotting) qui peuvent se produire ne sont pas dangereuses et n'indiquent pas forcément une perte d'efficacité contraceptive, même si certaines femmes peuvent les considérer comme inacceptables. Il est important de prendre les pilules à heures fixes, car les doses oubliées ou prises en retard sont souvent la cause des métrorragies⁸. Encore une fois, cet effet indésirable disparaît généralement si l'on continue à prendre le produit; il n'est donc pas conseillé d'en changer fréquemment pour essayer de résoudre le problème⁹.

Les risques cardiovasculaires associés aux CHC sont minimes chez la plupart des non-fumeuses en bonne santé. Le risque de caillots sanguins augmente légèrement (il est généralement plus élevé au cours de la première année d'utilisation)^{10,11}. Les CHC minidosés ne sont pas associés à une augmentation du risque d'infarctus du myocarde ou d'AVC¹². On ne sait pas si l'âge ou la présence d'autres facteurs de risque cardiovasculaires comme le diabète ont une influence sur le risque. Les données sont contradictoires quant à l'effet des CHC sur le risque de cancer du sein : ce risque peut légèrement ou pas du tout aug-

menter en cas d'utilisation régulière^{13,14}.

Les CHC procurent de nombreux effets bénéfiques non contraceptifs. De nombreuses femmes s'en servent pour contrôler leur cycle ou régulariser des règles abondantes, douloureuses ou irrégulières. La notion de contrôle du cycle fait référence à la capacité d'un CHC de produire un saignement utérin minimal à des moments prévisibles du cycle. Les CHC réduisent les crampes et les douleurs menstruelles, et ils peuvent diminuer de jusqu'à 60 % le flux menstruel (en durée et en quantité)¹⁵. L'utilisation des CHC est associée à une protection contre les cancers des ovaires et de l'endomètre, et peut-être aussi à une réduction du risque de cancer colorectal; ces effets peuvent persister pendant de nombreuses années après l'arrêt du traitement¹⁶. Les autres effets bénéfiques non contraceptifs sont une augmentation de la densité minérale osseuse et une diminution de l'acné, de la pilosité faciale, des symptômes périménopausiques et des risques de fibrome et de salpingite aiguë^{1,15,17}.

Nouveaux schémas posologiques pour les CHC

Quand les CHC ont été mis au point, le schéma posologique « 21-7 » adopté visait à reproduire le cycle menstruel de 28 jours considéré comme naturel par les femmes, par leurs médecins et par l'Église catholique¹⁸. À l'époque, on ne pensait pas à d'autres schémas posologiques. Avec le schéma 21-7, les femmes prennent des hormones pendant 21 jours suivis d'un intervalle de 7 jours sans hormones au cours duquel se produit le saignement menstruel. Le cycle se répète ensuite. Le saignement qui se produit avec ce schéma posologique n'est pas biologique, mais il est induit par la chute de la concentration d'hormones qui se produit lorsqu'on cesse de prendre des pilules contenant des hormones.

L'idée de modifier ce schéma posologique n'est pas nouvelle, mais elle a certainement gagné en popularité au cours des dernières années. Avec une prise prolongée, les femmes prennent les hormones pendant plus de 21 jours, ce qui prolonge l'intervalle entre les épisodes d'hémorragies de privation. La pause sans hormones peut aussi être réduite à moins de sept jours, voire complètement supprimée. Les femmes peuvent, par exemple, prendre les hormones de façon cyclique pendant 24 jours suivis de 4 jours d'arrêt. Avec un schéma posologique continu, elles prennent des hormones sans interruption et les hémorragies de privation peuvent finir par

TABLE 1

Les effets indésirables les plus courants

- les maux de tête
- les nausées
- les seins douloureux
- des sautes d'humeur
- la prise de poids
- les pertes vaginales légères

disparaître. L'important est surtout de ne jamais prendre d'hormones pendant moins de 21 jours consécutifs et de ne pas s'arrêter d'en prendre pendant plus de 7 jours.

Un CHC permettant une utilisation prolongée vient d'apparaître sur le marché canadien. Il s'agit de prendre des pilules contenant des hormones pendant 84 jours, puis 7 pilules inactives. Les femmes qui adopteront ce traitement n'auront que quatre périodes de menstruations par an. Tous les CHC contenant une dose quotidienne de 35 µg d'EE ou moins que l'on trouve actuellement, y compris les timbres et les anneaux vaginaux, peuvent être utilisés sur une base prolongée ou continue¹⁸. On peut prendre de cette façon aussi bien des produits monophasiques que multiphasiques. En attendant des études de longue durée sur la prise prolongée ou continue de CHC, on admet que les effets indésirables, l'innocuité et les effets bénéfiques non contraceptifs sont similaires à ceux de la prise cyclique standard de CHC mentionnée plus haut¹⁸.

Avantages de la prise prolongée ou continue de CHC

Prendre des CHC de manière prolongée ou continue peut en accroître l'efficacité contraceptive. Pendant les sept jours de pause sans hormones du schéma posologique 21-7 standard, un follicule ovarien peut commencer à se développer¹⁹. Si l'intervalle est prolongé par inadvertance à cause de l'oubli de pilules à la fin d'un cycle ou vers le début du suivant, ou si la femme oublie de recommencer à prendre les CHC après la pause sans hormones, elle peut avoir une ovulation et tomber enceinte. Le raccourcissement ou l'élimination de la pause entre les prises d'hormones peut réduire ce risque.

Les symptômes liés au cycle menstruel

sont ceux qui commencent avant et se poursuivent pendant les menstruations. Les femmes peuvent avoir les seins douloureux, des ballonnements, des maux de ventre, des maux de tête ou des migraines durant la pause sans hormones du schéma posologique 21-7 standard²⁰. Ces symptômes sont probablement liés aux fluctuations de la concentration d'hormones. Par exemple, les migraines peuvent être déclenchées par la suppression des œstrogènes avant les menstruations²¹. La prolongation de la prise des pilules contenant des hormones au-delà de 21 jours peut éliminer les symptômes en maintenant une concentration d'hormones relativement constante sur une plus longue durée²².

Chez d'autres femmes, le fait de supprimer ou de retarder les menstruations par la prise prolongée ou continue de CHC peut aussi être bénéfique. Celles qui souffrent d'endométriose peuvent voir la fréquence et l'intensité de leurs douleurs menstruelles réduites, de même que les douleurs lors des rapports sexuels et les douleurs pelviennes non menstruelles¹⁸. La périménopause est la période précédant la ménopause au cours de laquelle la fluctuation de la concentration d'hormones peut provoquer des cycles menstruels irréguliers et des symptômes comme les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes et les troubles du sommeil. Avec l'utilisation cyclique des CHC, les symptômes périménopausiques peuvent resurgir au cours des sept jours de pause hormonale, alors que la prise prolongée ou continue permet souvent de les maîtriser de façon continue¹⁸.

Les autres avantages potentiels de la prise prolongée ou continue de CHC sont les économies d'argent et l'augmentation de la productivité. La diminution du nombre de périodes de menstruation peut se traduire par une réduction des achats de serviettes hygiéniques. En prenant des CHC de façon continue, les femmes peuvent même voir leurs règles cesser complètement. Il faut toutefois contrebalancer ces économies avec la nécessité d'acheter 18 boîtes de 21 pilules par an pour prendre les CHC en continu au lieu de 13 pour une prise cyclique. On peut néanmoins s'attendre à ce que les femmes qui présentent de sérieux problèmes associés au cycle menstruel manquent moins de jours de travail ou d'école si leurs symptômes sont moins fréquents, voire complètement éliminés.

Inconvénients de la prise prolongée ou continue de CHC

Avec le schéma posologique 21-7 standard, les hémorragies de privation se produisent à date

fixe, commençant généralement quelques jours après la prise de la dernière pilule active. Avec un schéma posologique prolongé, les saignements peuvent se produire moins souvent, mais ils restent prévisibles. Avec la prise continue, les saignements devraient – en principe – complètement disparaître (aménorrhée ou disparition des règles). Le principal inconvénient de la prise prolongée ou continue de CHC est qu'il peut se produire des métrorragies ou des pertes irrégulières. Leur incidence est similaire à ce qu'on observe avec l'utilisation cyclique et elle décroît généralement avec le temps. À la longue, la prise prolongée ou continue de CHC se traduira par moins de jours de saignement que le schéma posologique 21-7 standard¹⁸.

Choix d'un CHC

Le meilleur CHC est celui qui assure une contraception efficace et un contrôle acceptable du cycle avec le minimum d'effets indésirables¹. Il est préférable d'utiliser un produit contenant la dose efficace d'œstrogène la plus faible possible et il est donc raisonnable de commencer par la plus petite dose existante¹².

Le choix du mode d'administration dépend des préférences et de l'expérience des femmes. Les timbres ou les anneaux vaginaux peuvent être préférables pour les femmes qui ont tendance à avoir des nausées ou qui oublient fréquemment de prendre leurs pilules.

Le schéma posologique peut aussi être choisi en fonction des préférences de chaque personne. Certaines femmes préféreront le schéma 21-7 standard parce qu'elles considèrent que les hémorragies de privation mensuelles sont naturelles et qu'elles leur garantissent qu'elles ne sont pas enceintes. D'autres seront heureuses d'avoir des menstruations moins fréquentes et choisiront la prise prolongée ou continue. Le médecin recommandera souvent tel ou tel schéma posologique en fonction des antécédents de sa patiente en regard des symptômes associés au cycle menstruel ainsi que des problèmes médicaux ou des effets indésirables exacerbés par chaque schéma posologique.

Le rôle de l'ATP

Il est important que les ATP soient au courant de l'ensemble des CHC présents sur le marché et les différents schémas posologiques que les femmes peuvent suivre. Quand une femme se présente à la pharmacie avec une ordonnance de CHC spécifiant « Suivre les instructions », il faut, pour s'assurer qu'elle ait la quantité nécessaire de contraceptifs pour une période

donnée, déterminer quel est son schéma posologique : 21-7 standard, prolongé ou continu. Il est aussi indispensable de savoir comment tel ou tel CHC doit être pris afin de pouvoir surveiller l'observance. Ainsi, quand la cliente vient renouveler son ordonnance, les ATP peuvent vérifier si elle prend régulièrement ses CHC.

Les fournisseurs de soins de santé devraient être au cœur des efforts visant à aider les femmes à mieux utiliser les CHC, car ils peuvent avoir un impact positif sur l'observance, la poursuite du traitement et la satisfaction des utilisatrices²³. Les femmes ont souvent affaire aux ATP lorsqu'elles téléphonent ou se rendent à la pharmacie pour parler de leurs problèmes; il est donc essentiel qu'elles sachent quand il est nécessaire de les adresser au pharmacien. Les situations suivantes sont des exemples de cas dans lesquels les clientes auraient avantage à consulter un pharmacien.

- La cliente commence son premier traitement de CHC.
- La cliente passe à une nouvelle forme de CHC (p. ex., timbre ou anneau).
- La cliente pense que les CHC la font grossir.
- La cliente demande si les CHC vont accroître son risque de cancer du sein.
- La cliente achète un produit de santé naturel et demande s'il risque d'interagir avec ses CHC.
- La cliente se présente avec une ordonnance d'antibiotiques; l'ordinateur de la pharmacie détecte une interaction médicamenteuse entre les antibiotiques et ses CHC.
- La cliente appelle la pharmacie pour dire qu'elle a oublié de prendre ses deux dernières pilules contraceptives.
- En consultant le dossier de la cliente, on s'aperçoit qu'elle ne renouvelle pas ses CHC régulièrement.
- Une cliente qui prend des CHC dit qu'elle a eu un rapport non protégé et qu'elle aurait besoin d'une contraception d'urgence.

Il peut y avoir d'autres cas où il sera nécessaire d'adresser la cliente au pharmacien. Quand une cliente vient renouveler une ordonnance de CHC, l'ATP peut profiter de l'occasion pour lui demander si elle a des questions ou des sujets d'inquiétudes dont elle voudrait parler au pharmacien. Les ATP devraient tenir compte de la gêne que certaines femmes peuvent ressentir quand il est question de sexualité et de contraception. Au besoin, ces clientes peuvent être dirigées vers une aire de consultation privée ou semi-privée.

RÉFÉRENCES

- Black A, Francoeur D, Rowe T et coll. SOGC clinical practice guidelines: Canadian contraception consensus. *JOGC*, 2004;26:219-96.
- Maheux R. *Handbook of hormonal contraception and office gynecology*. 2e éd. Québec: Aquarium Media; 2007.
- Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 5e éd. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1994.
- Rosenberg MJ, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *Am J Obstet Gynecol*, 1998;179(3 Pt 1):577-82.
- Fotherby K, Caldwell AD. New progestogens in oral contraception. *Contraception*, 1994;49:1-32.
- Redmond G, Godwin AJ, Olson W et coll. Use of placebo controls in an oral contraceptive trial: methodological issues and adverse event incidence. *Contraception*, 1999;60:81-5.
- Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF et coll. Combination estrogen-progestin contraceptives and body weight: systematic review of randomized controlled trials. *Obstet Gynecol*, 2004;103:359-73.
- Rosenberg MJ, Long SC. Oral contraceptives and cycle control: a critical review of the literature. *Adv Contraception*, 1992;8(Suppl 1):35-45.
- Schrager S. Abnormal uterine bleeding associated with hormonal contraception. *Am Fam Physician* 2002;65:2073-80.
- Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism: a five-year national case-control study. *Contraception*, 2002;65:187-96.
- Vandenbroucke JP, Rosing J, Bloemenkamp KW et coll. Oral contraceptives and the risk of venous thrombosis. *N Engl J Med*, 2001;344:1527-35.
- Black A, Francoeur D, Rowe T et coll. Canadian contraception consensus. *JOGC* 2004;26:143-56.
- Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG et coll. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*, 2002;346:2025-32.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*, 1996;347:1713-27.
- Borgelt-Hansen L. Oral contraceptives: an update on health benefits and risks. *J Am Pharm Assoc*, 2001;41:875-86.
- Burkman R, Schlesselman JJ, Ziman M. Safety concerns and health benefits associated with oral contracep-
- tion. *Am J Obstet Gynecol*, 2004;190(4 Suppl):S5-22.
- Rager KM, Omar HA. Hormonal contraception: noncontraceptive benefits and medical contraindications. *Adolesc Med Clin*, 2005;16:539-51.
- Guilbert E, Boroditsky R, Black A et coll. Canadian consensus guideline on continuous and extended hormonal contraception, 2007. *JOGC*, 2007;29(7 Suppl 2):S1-S32.
- Baerwald AR, Pierson RA. Ovarian follicular development during the use of oral contraception: a review. *JOGC*, 2004;26:19-24.
- Sulak PJ, Scow RD, Preece C et coll. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Obstet Gynecol*, 2000;95:261-6.
- MacGregor EA, Frith A, Ellis J et coll. Incidence of migraine relative to menstrual cycle phases of rising and falling estrogen. *Neurology*, 2006;67:2154-8.
- Sulak PJ, Cressman BE, Waldrop E et coll. Extending the duration of active oral contraceptive pills to manage hormone withdrawal symptoms. *Obstet Gynecol*, 1997;89:179-83.
- Rosenberg MJ, Waugh MS, Burnhill MS. Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation. *Fam Planning Perspect*, 1998;30:89-92.

► QUESTIONS

- Tous les schémas posologiques suivants peuvent s'appliquer aux contraceptifs hormonaux combinés (CHC) SAUF :**
 - la prise d'hormones pendant 24 jours suivie d'une pause de 7 jours
 - la prise d'hormones pendant 24 jours suivie d'une pause de 4 jours
 - la prise d'hormones pendant 84 jours suivie d'une pause de 7 jours
 - la prise d'hormones pendant 20 jours suivie d'une pause de 4 jours
- Lequel des énoncés suivants sur l'effet contraceptif des CHC est VRAI?**
 - L'œstrogène est seul responsable de l'effet contraceptif.
 - Le progestatif est seul responsable de l'effet contraceptif.
 - L'œstrogène et le progestatif contribuent tous deux à l'effet contraceptif.
 - L'effet contraceptif est moindre avec CHC minidosés qu'avec les autres formules.

Veillez sélectionner la réponse la plus appropriée ou répondez en ligne sur www.monportailpharmacie.ca pour connaître vos résultats immédiatement.

- Lequel des énoncés suivants sur la prise prolongée ou continue de CHC est FAUX?**
 - On peut prendre n'importe quel CHC de façon prolongée ou continue.
 - Les produits multiphasiques ne devraient pas être pris en continu, car la fluctuation de la concentration d'hormones risque de produire des effets indésirables.
 - Si une femme veut utiliser un timbre de CHC de façon continue, elle devrait le changer toutes les semaines.
 - Si une femme veut utiliser un anneau vaginal dispensant des CHC de façon continue, elle devrait le changer tous les 21 jours.
- Lequel des risques cardiovasculaires suivants est associé à l'utilisation prolongée ou continue de CHC à faible dose chez les non-fumeuses en bonne santé?**
 - Risque accru de crise cardiaque

- Risque accru d'AVC
- Risque accru de caillots sanguins
- Toutes ces réponses
- Aucune de ces réponses

- Tous les effets bénéfiques non contraceptifs suivants sont associés à la prise prolongée ou continue de CHC SAUF :**
 - une réduction de volume des saignements menstruels.
 - une réduction du risque de cancer de l'endomètre et du col de l'utérus.
 - une amélioration des symptômes périménopausiques.
 - une réduction de l'acné et de la pilosité faciale.
- Les utilisatrices de CHC ont souvent des pertes et des métrorragies. Lequel des énoncés suivants est FAUX?**
 - Les métrorragies indiquent que le CHC est mal dosé et qu'il faut changer de produit.

- b. Le fait de prendre ses pilules à heures irrégulières peut contribuer à déclencher des métrorragies ou des pertes.
- c. Les métrorragies disparaissent généralement après quelques mois d'utilisation des CHC.
- d. Les métrorragies peuvent aussi bien se manifester avec le schéma posologique 21-7 standard qu'avec le schéma continu.

7. Lequel des énoncés suivants sur la pause sans hormones est VRAI?

- a. Les sept jours de pause sans hormones du schéma posologique 21-7 standard empêchent le développement d'un follicule ovarien.
- b. L'oubli de pilules avant les sept jours de pause sans hormones peut réduire la possibilité d'ovulation au cours du cycle suivant.
- c. La pause sans hormones sera rallongée si une femme oublie de commencer la plaquette de pilules suivante.
- d. Le raccourcissement ou la suppression de la pause sans hormones peut accroître les possibilités d'ovulation.

8. Quels sont les inconvénients de l'utilisation prolongée des CHC?

- a. Les métrorragies sont plus fréquentes qu'avec le schéma posologique 21-7 standard.
- b. Les symptômes associés au cycle menstruel sont plus marqués quand ils se produisent, même s'ils sont moins fréquents.
- c. Des pertes et des métrorragies peuvent se produire de façon irrégulière et imprévisible.
- d. Toutes ces réponses.

9. Lequel des énoncés suivants sur les effets indésirables des CHC est FAUX?

- a. La plupart des effets indésirables disparaîtront après quelques mois d'utilisation.
- b. Les effets indésirables les plus courants des COC sont les maux de tête, les nausées et des seins douloureux.

- c. La prise de poids est un effet indésirable courant des CHC.
- d. Arrêter un CHC à cause de ses effets indésirables peut accroître le risque de grossesse.

10. Dans laquelle des situations suivantes N'EST-IL PAS nécessaire d'adresser une cliente au pharmacien?

- a. Une cliente appelle la pharmacie parce qu'elle a oublié de prendre ses CHC pendant deux jours et se demande ce qu'elle devrait faire.
- b. Une cliente qui prend des CHC en continu vient à la pharmacie pour faire renouveler son ordonnance et se plaint de fréquentes métrorragies.
- c. Une cliente fait exécuter sa première ordonnance de CHC.
- d. Une cliente fait renouveler son ordonnance de CHC et dit n'avoir ni de questions ni de problèmes à ce sujet.

11. Tous les symptômes suivants sont associés au cycle menstruel SAUF :

- a. les métrorragies
- b. les maux de tête ou les migraines
- c. les crampes abdominales et les ballonnements
- d. les seins douloureux

12. L'usage continu de CHC peut procurer tous les effets bénéfiques suivants SAUF :

- a. une amélioration de la prévention des grossesses du fait de la réduction de la possibilité d'ovulation.
- b. une diminution des dépenses liées à l'achat de serviettes hygiéniques du fait de la disparition des menstruations.
- c. une diminution de la fréquence des douleurs dues à l'endométriose.
- d. moins d'effets indésirables associés aux CHC comme les maux de tête et la prise de poids.

13. Quels facteurs sont généralement pris en considération pour choisir un CHC et un schéma posologique?

- a. La femme préfère les pilules, le timbre ou l'anneau vaginal.

- b. La femme préfère avoir des hémorragies de privation.
- c. La dose d'œstrogène nécessaire pour prévenir efficacement les grossesses.
- d. Toutes ces réponses

14. Laquelle des femmes suivantes pourrait NE PAS préférer un schéma posologique prolongé ou continu de CHC?

- a. Un membre des Forces armées en service actif.
- b. Une athlète qui souffre chaque mois de fortes crampes et de violents maux de tête au moment de ses menstruations.
- c. Une femme qui considère que des règles mensuelles sont un phénomène normal, sain et naturel.
- d. Toutes ces réponses

15. Une cliente vous remet une ordonnance de COC en plaquettes pour 21 jours portant la mention « Tel qu'indiqué » pour une année. Que faites-vous?

- a. Vous lui demandez si elle suit le schéma posologique 21-7 standard, un schéma prolongé ou un schéma continu et vous exécutez l'ordonnance en conséquence.
- b. Étant donné que le schéma posologique 21-7 est le plus courant, vous considérez que c'est ce que le médecin a voulu dire et vous exécutez l'ordonnance sur la base de 13 plaquettes.
- c. Vous considérez que le médecin veut que la femme prenne les COC en continu et vous exécutez l'ordonnance sur la base de 18 plaquettes.
- d. Vous suggérez à la cliente de retourner voir son médecin pour qu'il lui fasse une nouvelle ordonnance avec des instructions plus précises.

Pour tout renseignement concernant la notation de la FC, veuillez communiquer avec **Mayra Ramos** au 416-764-3879 ou mayra.amos@rci.rogers.com. Toute autre demande doit être adressée à **Tanya Stuart** au 416-764-3917 ou tanya.stuart@pharmacygroup.rogers.com