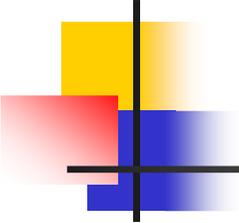


Contraception et IVG

*Francis Collier
Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU, Lille*

1. **La contraception hormonale**
2. Les contre indications à la pilule
3. Épidémiologie et observance
4. Les DIU
5. Les contraceptions modernes
6. La contraception du post-partum
7. La stérilisation
8. L'IVG



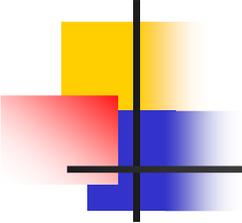
La Contraception Hormonale : Voies d'administration

Voie orale

- Estroprogestatifs (EP) - normodosés : 50 γ EE
- minidosés : $\leq 35\gamma$ EE
- Progestatifs - macrodosés (antiovulatoires)
- microdosés

Voie parentérale

- Estroprogestatifs : voies transdermique / vaginale
- Progestatifs : voies IM / SC / intra-utérine



Les EP par Voie Orale

- Les EP Normodosés (50 γ)

STEDIRIL (Norgestrel)

PLANOR (Norgestriénone)

sont utilisés a des fins thérapeutiques :

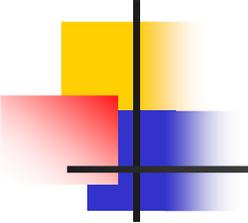
endométriose

kystes fonctionnels

antiépileptiques

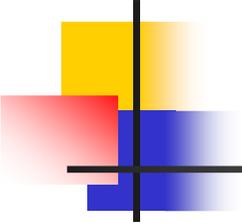
ménorragies fonctionnelles

algoménorrhée résistante aux EP mini-dosés



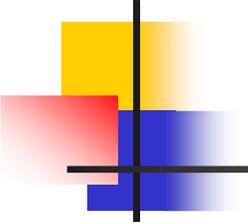
Les EP par Voie Orale

- **Les EP Minidosés se différencient :**
 - selon la dose d'EE : *de 15 γ à 35 γ*
 - selon leur caractère
 - monophasique pour la plupart
 - bi ou tri phasique pour certains
 - *variation de la dose d'EE et du progestatif*
 - *variation de la dose du progestatif*
 - selon le type de progestatif : *norstéroïde ou pas*
 - ... et selon la nature de l'estrogène : **QLAIRA** *valérate d'E2 associé au dienogest, progestatif hybride associant des dérivés de la progestérone et de la nortestostérone*



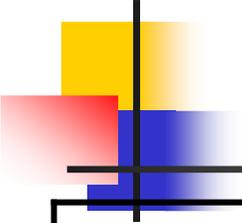
Les EP selon le type de progestatif

- progestatif norstéroïde
 - 1ère génération : *acétate de noréthistérone*
 - 2ème génération : *lévonorgestrel*
 - 3ème génération : *norgestimate* (Cilag)
désogestrel (Organon)
gestodène (Shering, Wyeth)
- progestatif non norstéroïde
 - dérivés prégnane : *acétate de cyprotérone*
acétate de chlormadinone
 - dérivés de la spironolactone : *drospirénone*



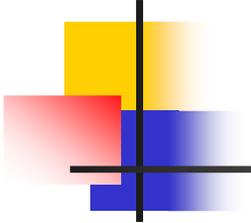
Les EP Norstéroïdiens

- **1ère génération** acétate de noréthistérone
ORTONOVUM mono 35 MINIPHASE biph 30-40
TRIELLA triph 35
- **2ème génération** lévonorgestrel
MINIDRIL (LUDEAL G) : mono 30 ADEPAL : biph 30-40
TRINORDIOL (DAILY G) : triph 30-40-30
- **3ème génération** norgestimate
CILEST EFFIPREV mono 35 TRICILEST TRIAFEMI triph 35
- **3ème génération** désogestrel
CYCLEANE 30 VARNOLINE mono 30 CYCLEANE 20 MERCILON mono 20
- **3ème génération** gestodène
MINULET MONEVA CARLIN 30 EFEZIAL 30 FELIXITA 30 mono 30
HARMONET MELIANE CARLIN 20 EFEZIAL 20 FELIXITA 20 mono 20
PHAEVA TRIMINULET triph 30-40-30 MINESSE MELODIA 15 plaq de 24 + 4



Les EP non Norstéroïdiens

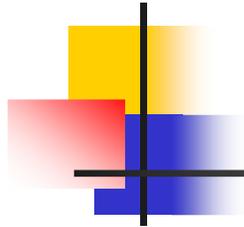
Dose EE	PROGESTATIF	NOM
35 γ	acétate de cyprotérone	DIANE 35 HOLGYEME EVEPAR MINERVA LUMALIA...
30 γ	drospirénone acétate de chlormadinone	JASMINE BELARA
20 γ	drospirénone	JASMINELLE YAZ (24 + 4)



Les intérêts du 24 + 4

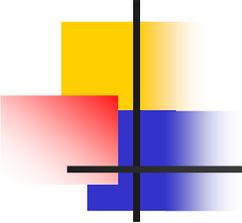
- Moins d'oublis ?
- Davantage de symptômes gênants (céphalées, douleurs abdo, mastodynies, gonflements) pendant l'intervalle libre → le réduire ? le supprimer ?

Sulak et al, Obstet Gynecol, 2000
- Yaz® :
 - meilleure inhibition ovarienne *Kippling et al, Contraception 2008*
 - diminution des symptômes gênants *Rible et al, Gynaecol Forum 2008*
 - et surtout du syndrome prémenstruel (AMM aux USA)
Yonkers et al, Obstet Gynecol 2005, Pearlstein et al, Contraception 2005
 - action sur l'acné *Fenton et al, Drugs 2007*



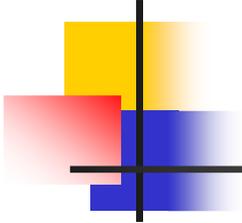
QLAIRA

- Pilule continue séquentielle
 - valérate d'estradiol : *3mg J1 et J2 / 2mg de J3 à J24 / 1 mg J25 et J26 / 2 placebos*
moindre affinité hépatique vs EE, donc logiquement moins d'effet sur les métabolismes lipidique et glucidique et sur l'hémostase : ↓ des risques TEV et CV ?
 - dienogest : *2mg de J3 à J7 / 3 mg de J8 à J24*
progestatif hybride associant des dérivés de la progestérone et de la nortestostérone
action anti androgénique, pas d'effet gluco et minéralo corticoïde
activité sur l'endomètre supérieure à celle des autres progestatifs utilisés en CO
- Hypoménorrhée fréquente, spottings 10 à 20%, aménorrhée 15 à 20%



Que choisir ?

- selon la dose d'EE
 - *plus la dose d'EE diminue, plus le retentissement métabolique diminue*
 - *mais plus le risque d'aménorrhée et de spotting augmente*
- selon le caractère mono, bi ou triphasique
 - *le caractère pluriphasique permet de diminuer la dose totale de stéroïdes ingérés*
 - *mais augmente le risque d'erreur dans la prise*

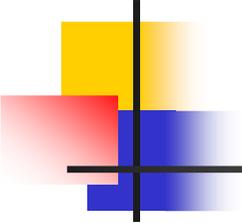


Que choisir ?

- selon le type de progestatif
 - risques métaboliques

Progestatifs	Chol T	HDL	LDL	TG
<i>1ère et 2ème générations</i>	↓	↓	↓	↑
<i>3ème génération</i>	=	= ou ↑	=	↑
<i>microprog</i>	=	=	=	=
<i>prégnanes</i>	=	=	=	= ou ↑

La signification clinique de ces effets métaboliques reste incertaine



Que choisir ?

- risques d'infarctus chez les non fumeuses

EP 3ème génération : RR = 1.1

EP 2ème génération : RR = 3

Khader et al, Contraception, 2003, 68, 11-7

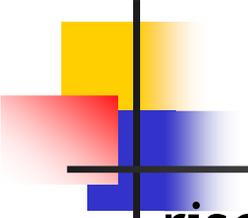
- risques d'AVC

pas de différence prouvée entre les EP à disposition

Baillargeon et al, J Clin Endocrinol Metab, 2005, 90, 3863-70

les vrais risques artériels sont liés au terrain (avant tout éliminer les CI) : étude suédoise : le seul facteur de risque d'infarctus est lié à la prise de la pilule sans l'assentiment du médecin !

Margolis et al, Fertil Steril, 2007, 88, 310-16



Que choisir ?

- risques de thrombose veineuse

Vieille polémique à propos du sur risque de TEV induit par les pilules de 3ème génération : RR = 1.7 vs 2ème génération, mais les conditions d'utilisation ne sont pas les mêmes

Kemmeren et al, Brit Med J, 2001, 323, 131-4

Hennessy et al, Contraception 2001, 64, 125-33

Pas d'augmentation du risque veineux avec pilules de 4ème génération

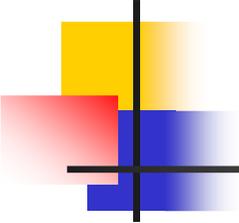
Dinger et al, 2007, 75, 344-54

Pas d'augmentation du risque TEV avec les microprogestatifs, ni l'acétate de chlormadinone (ni *IMPLANON*, ni *MIRENA*)

Conard J et al, Contraception 2004, 70, 437-41

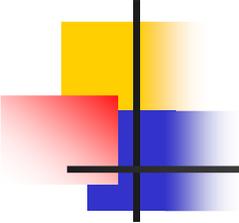
Gompel et al, Lancet 2002, 359, 1348-9

Les femmes qui font des TEV sous EP ont svt des fact. de risque familial, voire des thrombophilies acquises ou congénitales : rôle de l'interrogatoire



Que choisir ?

- Selon le remboursement
 - 1ère et 2ème génération : **oui** sauf *ORTHONOVUM*
 - 3ème génération : **non** sauf *VARNOLINE CONTINU (21 + 7 placebo)*
 - non norstéroïdiens : **non**
 - *QLAIRA* : **non**
 - centres de planification



Au total, comment choisir ?

- 1° les finances
- 2° le tabac
- 3° les autres facteurs de risque (poids, antécédents)
- 4° la tolérance
- 5° la dysandrogénie : mais l'effet anti acnéique des EP semble passer davantage par l'effet des E sur la TeBG que par l'effet anti androgènes de tel ou tel progestatif

Thormeycroft et al, Cutis, 2004, 74, 123-30

Sabatini et al, Contraception, 2007, 76, 342-7

Batukan et al, Gynecol Endocrinol, 2007, 2338-44

Les Progestatifs par Voie Orale

▪ 1. Progestatifs macrodosés

- ✓ administration :
 - du 6ème au 25ème jour du cycle, fenêtre thérapeutique de 8 jours
 - continue pour supprimer des symptômes cataméniaux gênants ou pour une aménorrhée thérapeutique
- ✓ intérêt dans les contre-indications ou intolérance aux EP
- ✓ intérêt thérapeutique
- ✓ traitement de freination-substitution de la période pré ménopausique
- ✓ risque d'aménorrhée

Les Progestatifs par Voie Orale

▪ 1. Progestatifs macrodosés

- Norstéroïdes
- | | | |
|---------------------|------|-----|
| <i>ORGAMETRIL</i> | 10mg | 2cp |
| <i>PRIMOLUT-NOR</i> | 10mg | 1cp |

Mêmes CI métaboliques et cardio-vasculaires que les EP

- Prégnanes
- | | | |
|-------------------------|-------|--------------------|
| <i>SURGESTONE</i> | 0.5mg | 1cp |
| <i>LUTENYL</i> | 5mg | 1cp |
| <i>COLPRONE</i> | 10mg | 2cp |
| <i>ANDROCUR</i> | | 25mg ½ cp |
| <i>LUTERAN 10</i> | 10mg | 1cp |
| <i>CHLORMADINONE 10</i> | | |
| <i>LUTERAN 5</i> | 5mg | 1cp <u>continu</u> |
| <i>CHLORMADINONE 5</i> | | |

Pas d'AMM en contraception

Les Progestatifs par Voie Orale

■ 2. Progestatifs microdosés

- ✓ aucun retentissement métabolique ni cardio-vasculaire
- ✓ troubles du cycle fréquents (spotting, aménorrhée)
- ✓ effets mammaires indésirables (mastodynie)
- ✓ kystes fonctionnels
 - anti-ovulation : *CERAZETTE* *Durée d'action : 36 h*
 - anti-fécondation et anti-implantation :
MICROVAL MILLIGYNON EXLUTON OGYLINE
efficacité moindre
durée d'action ne dépassant pas 24 h
seul intérêt : remboursement SS du Microval

Les Progestatifs par Voie Orale

▪ 3. La contraception progestative d'urgence

Norlévo lévonorgestrel 1.5 mg = 1 cp

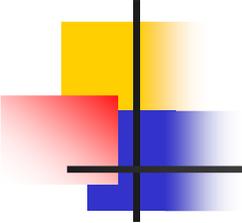
- pas de contre-indication, sans ordonnance depuis 1999
- reprendre 1cp si vomissement dans les 2h
- ne pas interrompre une contraception orale en cours
- se méfier du risque de GEU
- devancer l'urgence en faisant une co-prescription avec la contraception habituelle
- théoriquement efficace dans un délai de 72 h mais peut être utilisé jusqu'à 5 jours

Les Progestatifs par Voie Orale

▪ 3. La contraception progestative d'urgence

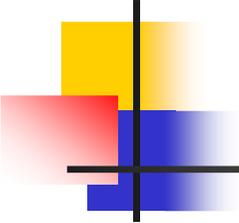
ellaOne (1.10.09)

- Ulipristal acétate : *Selective Progesterone Receptor Modulator*
- action par liaison à forte affinité aux récepteurs de la progestérone
 - *Au niveau de l'ovaire : inhibition ou retard de la rupture folliculaire*
 - *Au niveau de l'endomètre ?*
- 1cp à 30mg
- profil de sécurité et de tolérance comparable au lévonorgestrel
- efficacité supérieure au lévonorgestrel dans les 72 h : taux de grossesse de 1.5 à 2.1%
- si grossesse après ellaOne : www.hra-registre-grossesses.fr
- utilisable jusqu'à 5 jours après un rapport non ou mal protégé
- pas de CI sauf allergie à l'UA et grossesse
- interrompre l'allaitement pendant 36h
- uniquement sur ordonnance, non remboursé SS, 30€ le cp



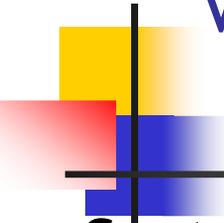
La Contraception Hormonale Parentérale

- **Estroprogestatifs** (*progestatifs de 3ème génération*)
 - voie transdermique : **EVRA PATCH** (Norelgestromine)
 - voie vaginale : **NUVARING** (étonogestrel)
- **Progestatifs**
 - voie IM **DEPOPRODASONE** (acétate de médroxyprogestérone)
utilisé en milieu psy, retentissement métab, TA et poids
 - Voie SC **IMPLANON** (étonogestrel - 3ème génération)
 - Voie intra-utérine **MIRENA** (lévonorgestrel - 2ème génération)
contraception mixte, mécanique et hormonale
effet hormonal essentiellement local (endomètre)
passage dans la circulation équivalent à un progestatif micro dosé



Contraception et IVG

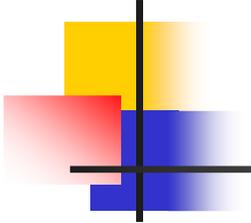
1. La contraception hormonale
2. **Les contre indications à la pilule**
3. Épidémiologie et observance
4. Les DIU
5. Les contraceptions modernes
6. La contraception du post-partum
7. La stérilisation
8. L'IVG



Vraies contre-indications aux estroprogestatifs

Contre-indications légales absolues à la CO

- Infarctus du myocarde et coronaropathies
- Accident vasculaire cérébral
- Hypertension artérielle
- Valvulopathies et troubles du rythme thrombogènes
- Pathologie oculaire d'origine vasculaire
- Diabète compliqué de micro ou de macro-angiopathie
- Tumeurs malignes du sein et de l'utérus
- Affections hépatiques sévères ou récentes
- Tumeurs hypophysaires
- Connectivites
- Porphyrries
- Association avec inducteurs enzymatiques et inhibiteurs de protéases



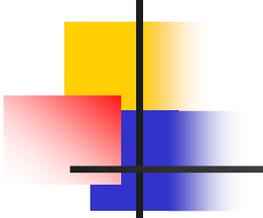
Vraies CI aux EP

- Antécédent thrombo-embolique veineux personnel (RR 50)
 - Les chiffres
 - Risque spontané entre 15 et 44 ans : 5 à 10 / 100 000 / an
 - Risque sous EP (< 50 µg EE) : 20 à 40 / 100 000 / AF d'utilisation
 - En fonction de la durée de prise :
 - RR si < 1 an = 7 si 1 à 5 ans = 3,6 si > 5 ans = 3,1
 - Risque lié à la grossesse : 60 / 100 000 grossesses
 - *Facteurs favorisants*
 - Obésité : IMC > 25 kg/m² RR = 1,5 spontané vs 7 sous EP
 - Intervention chirurgicale, immobilisation prolongée, post partum, interruption de grossesse du second trimestre
 - Antécédents thrombo-emboliques familiaux

European Agency for the Evaluation of Medicinal Products, 28 september 2001

Lidegaard et al, Contraception 2002, 65, 187-96

De Tournemire et al, Arch Pédiatr 2002, 8, 873-8

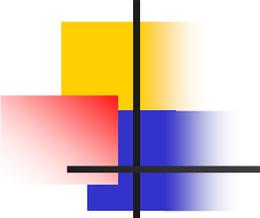


■ Thrombophilie constitutionnelle

- ✓ Interrogation : l'évidence ou le soupçon : *Atcd familial thromboembolique documenté ayant touché un ou plusieurs ascendants ou collatéraux de moins de 50 ans, atcd familial connu d'anomalie de l'hémostase, siège inhabituel, absence de circonstances déclenchantes*
- ✓ Confirmation : enquête biologique préalable à la prescription
 - 1er bilan : *tps de Quick, tps de céphaline + activateur (TCA), dosage de l'antithrombine, des protéines C et S et test de résistance à la protéine C activée (NF, plaquettes, fibrinogène)*
 - Bilan complémentaire spécialisé en cas d'anomalie ou d'atcd familial connu ou particulièrement sévère (EP, thrombose proximale) : *mutation gène R506Q facteur V Leiden, mutation G20210A gène prothrombine, hyperhomocystéinémie (polymorphisme 677T de la MTHFR), augmentation des facteurs VIII, IX, XI etc...*
 - Éventuels tests génétiques (cs spécialisée)

ANAES. 2004

Bates et al, N Engl J Med 2004, 351, 268-77



■ Thrombophilie constitutionnelle

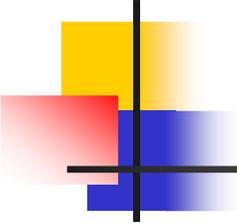
- Niveau de risque par anomalie
 - Déficits : antithrombine RR = 25, prot C RR = 10, prot S RR = 10
 - Mutation facteur V Leiden
 - Homozygote RR = 50 à 100
 - Hétérozygote RR = 5 à 10
 - si + EP : RR = 15
 - Mutation gène G20210A prothrombine RR = 2,5
 - Dysfibrinogénie RR = 18
 - Hyperhomocystéinémie RR = 3
 - Élévation facteurs VIII, IX, XI RR = 3, 2,3 et 2,2
- Association des anomalies +++

Bates et al, N Engl J Med 2004, 351, 268-77

Juul et al, Ann Intern Med 2004, 140, 330-7

Ament et al, J Midwifery Women's Health 2004, 49, 51-2

Wu et al, Thromb Haemost 2005, 94, 17-25



■ Thrombophilie acquise

■ Syndrome des antiphospholipides (SAPL)

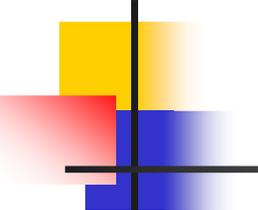
- Prévalence
 - Primaire (isolé) : 1 à 2 % de la population générale
 - Secondaire (satellite) : 40-50 % des LED
- Diagnostic biologique confirmé à plusieurs reprises
 - VDRL faussement positif
 - Recherche d'antiphospholipides : anticorps anticardiolipine, anticoagulant circulant de type lupique, anti-β₂ glycoprotéine I
- Risque de thrombose : 51 / 1 000 / an
 - 52 % des patientes associant LED et SAPL présentent une thrombose au bout de dix ans d'évolution

■ Lupus érythémateux disséminé (LED)

Gompel et al, Sang Thromb Vaiss 1996, 8, 101-5

Lakasing et al, J Fam Plann Reprod Health Care 2001, 27, 7-12

Cuadrado et al, Baillière's Clin Rheumatol 2000, 14, 151-63



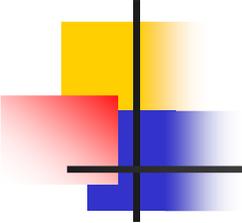
Risque TEV et progestatifs

- Pas d'augmentation du risque TEV avec les microprogestatifs, ni l'acétate de chlormadinone (ni *IMPLANON*, ni *MIRENA*)

Conard et al, Contraception 2004, 70, 437-41

Gompel et al, Lancet 2002, 359, 1348-9

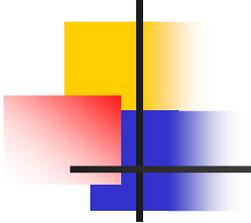
- Si ATCD TEV documenté, prescription possible à distance de l'accident d'un microprogestatif ou de *LUTERAN*
- Être plus restrictif avec les autres macroprogestatifs : CI selon Vidal
- Implant : pose possible à distance de l'accident
retrait chez une patiente qui fait un accident
- MIRENA : pose possible à distance de l'accident
retrait si accident ??? par principe de précaution ?



HTA et EP

- Les EP induisent une ↗ modérée mais réelle de la PA, tant systolique que diastolique
- synthèse augmentée d'angiotensinogène et effet prog andro : le plus souvent, les chiffres de PA restent dans les stades de normotension (95% ?)
- Toutefois, l'HTA est 2 à 3 fois plus fréquente chez les femmes prenant des EP, notamment les plus âgées et les obèses

The sixth report of the Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure, Arch Int Med, 1997



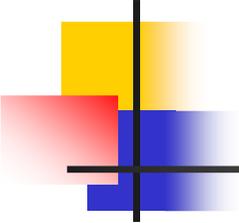
HTA et EP

- Certaines HTA semblent bien liées aux EP, ou plus difficiles à contrôler
- L'association HTA-EP multiplie par 3 le risque d'acc. ischémique cardiaque ou cérébral, par 10 le risque d'acc. cérébral hémorragique

WHO Collaborative Study, Lancet, 1996

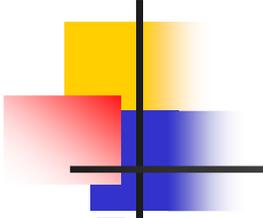
NB : un ATCD de pré-éclampsie ne semble pas être un facteur de risque d'AVC sous EP

- Mais en valeur absolue ces accidents restent très rares (*AVC : 1/200 000 < 35 ans, 1/10 000 entre 40 et 45*)
 - un peu plus fréquents si tabac et/ou diabète
 - mais surtout corrélés à un ATCD familial précoce
 - et davantage encore à un ATCD personnel CV : *CI absolue*



HTA et EP

- Si une HTA apparaît chez une femme prenant des EP, il est conseillé de les interrompre. La PA retournera le plus souvent à son niveau initial en quelques mois.
- Si l'HTA persiste, que le risque d'une grossesse paraît plus important que celui de l'HTA, et si aucune autre méthode contraceptive ne peut être utilisée, les EP peuvent être repris en parallèle à un traitement antihypertenseur, et une surveillance stricte.
- Pas d'EP, pas de progestatifs androgéniques chez une femme déjà hypertendue! (>140/90 mmHg)



EP et risque artériel

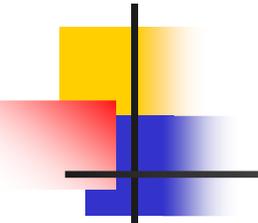
- Facteurs de risque :

- ATCD fam, obésité androïde, tabac, HTA, diabète, LDL>1,9 HDL<0,35
- RR = 2 sous EP
- RR = 2,6 avec 50 γ
- RR = 2,5 avec 2ème génération 1,3 avec 3ème génération
- Risque faible à l'âge de la contraception mais mortalité importante de 50%

- EP et facteurs associés :

- + tabac RR = 13,6
- + diabète RR = 17,4
- + hypercholestérolémie RR = 24,7

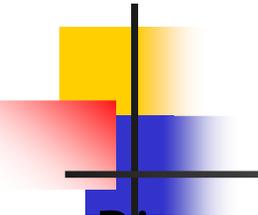
- AVC : 80% des AVC sous EP surviennent chez des femmes présentant une CI comme HTA ou tabac



Quels Estroprogestatifs ?

- De nombreuses études ont démontré que l'incidence de l'HTA sous EP était corrélée à la dose d'EE : → 20 γ ?
- Plus grand risque de complications artérielles avec pilules de 2e génération
 - *si facteur de risque d'accident artériel : EP avec progestatif de 3ème génération ???*
- Plus grand risque de complications veineuses avec pilules de 3e génération ?
 - *si facteur de risque de thrombose veineuse : EP avec progestatif de 2ème génération ???*

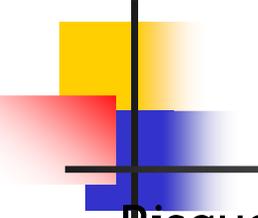
EP et artères : ANAES déc 04



- Risque inacceptable pour la santé :
 - maladie coronarienne ou AVC (actuels ou ATCD)
 - facteurs multiples de risque CV (diabète, tabac, âge...)
 - HTA > 16/10
 - > 15 cig/j > 35 ans

- Non recommandés, sauf si autres méthodes inacceptables, suivi rigoureux :
 - HTA < 16/10 ou bien contrôlée
 - < 15 cig/j > 35 ans

- Utilisables, mais suivi plus rigoureux
 - ATCD HTA gravidique avec TA normale
 - > 40 ans
 - tabac < 35 ans



Migraines et EP

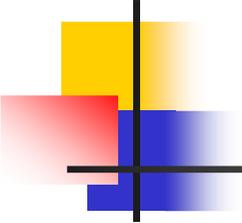
- Risque AVC attribuable à migraine + pilule
 - À l'âge de 20 ans : 8 pour 100 000
 - À l'âge de 40 ans : 80 pour 100 000
- Migraine simple, sans aura ou signe neurologique, et sans facteur de risque associé :
 - *EP possibles avec surveillance, surtout < 35 ans, avantages > risques*
 - *Signes d'appel qui nécessitent un bilan ou l'arrêt des EP : apparition d'une aura, céphalées récentes persistantes*
- Migraine simple avec facteur de risque vasculaire : *traiter le(s) facteur(s) de risque (tabac), sinon CI aux EP*
- Migraine avec aura ou signes neurologiques associés : *risque inacceptable quel que soit l'âge pour l'OMS*
- EP en continu pour migraines cataménial

Curtis et al, Obstet Gynecol, 2002, 99, 1100-12

Alvin et al, Arch Pédiatr, 2001, 8, 1251-9 et Arch Pédiatr, 2002, 9, 187

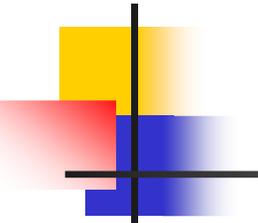
Etminan et al, BMJ 2005, 330, 63-6

Massiou et al, in Traité de neurologie, Bousser et al, Doin 2005



Obésité et EP

- L'obésité augmente le risque CV et TEV
- Si obésité, taux d'échecs plus important des EP
- Problème de l'absorption orale si anneau ou by-pass



Hyperlipémies et EP

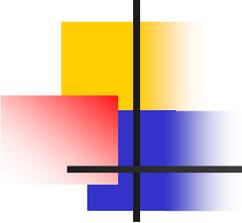
- Bilan à 3 et 12 mois. Si N : tous les 5 ans < 35 ans, tous les 2ans > 35ans

- Hyperlipidémie familiale (bilan préalable) ou révélée sous EP
 - Hypercholestérolémie (risque d'athérosclérose à long terme)
 - *EP possibles si chol total < 3g/l (!) en l'absence de risque associé (tabac, risque de thrombose, hypertrigly), sous réserve d'une diététique adaptée et d'une surveillance chez femmes de moins de 35 ans*
 - *EP CI : LDL >1,9 HDL <0,35*

 - Hypertriglycéridémie isolée ou associée (risque thrombotique et de pancréatite)
 - *EP CI si TG > 2g/l malgré le régime*
 - *Être particulièrement inflexible si tabagisme et/ou obésité associés*

Alvin et al, Arch Pédiatr 2002, 9, 187-9

Foubert et al, Act Méd Int - Hypertension 2000, 3, 352-5



Diabète et EP

- Diabète sans complication vasculaire
 - Pilule possible, que le diabète soit ou non insulinodépendant, les avantages l'emportant généralement sur les risques théoriques ou prouvés
 - Surveillance du poids, chasse au deuxième facteur de risque +++ (tabac, HTA, hyperlipidémie, obésité...)
 - EP mini 3ème génération

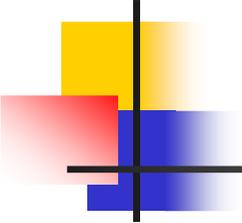
ANAES 2004

WHO Sélection des reco pratiques à l'utilisation des méthodes contraceptives 2005

Alfediam. Contraception et diabète. Lett Gynécol 2002, 269, 26

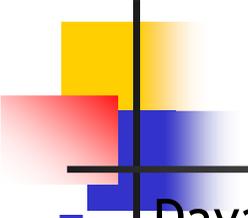
Visser et al, Cochrane Database 2006

- 4% population : Nécessité de programmer la grossesse



EP et tabac

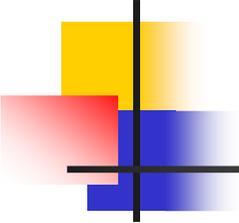
- Chez la femme, le tabac a les mêmes conséquences que chez l'homme, mais de plus...
- Toxicité spécifique sur les organes reproductifs : sein, col
- Altération esthétique : acné, hidradénite, vieillissement, rides
- Ostéopénie
- Action néfaste sur la fertilité
- Action néfaste sur la grossesse et le fœtus
- Inter action avec la contraception, or les femmes qui prennent la pilule fument plus que les autres *Doll et al, Br Med J 2004*



EP et tabac

- Davantage de spotting et de saignements chez les fumeuses sous EP (modification du métabolisme hépatique de l'E2 et de l'EE)
Rosenberg et al, Am J Obstet Gynecol 1996
- Le tabac favorise l'athérome, la pilule s'y oppose. Les accidents artériels sous association EP + tabac semblent consécutifs à des thromboses (↑fibrinogène et fibrinopeptide A, ↑agrégation plaq)
- Il est admis que le risque d'infarctus et d'AVC hémorragique chez une fumeuse sous pilule est dépendant de 3 paramètres : la dose d'EE, la quantité de tabac et l'âge
- IM à 30 ans : pilule RR = 2,2 pilule + tabac RR = 10,6
- IM à 40 ans : pilule RR = 7,1 pilule + tabac RR = 58,6

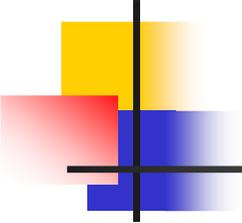
Farley et al, J Epidemiol Community Health 1998
Delcroix et al, Gyn Obstet Pratique 2005



EP et tabac

- Le risque d'accident thrombo embolique veineux est augmenté par les EP
- Mais pas significativement plus chez les fumeuses RR = 5.5 que chez les non fumeuses RR = 4

Nightingale et al, Eur J Contracep Reprod Health 2000

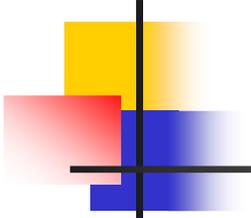


Risque de cancers

- Évidemment CI absolue aux EP si ATCD perso de cancer du sein
- Le CIRC : Lancet Oncology, août 2005 (21 chercheurs, 8 nations)
 - Risque de cancers hépatiques (en France 2/100 000)
 - OP en contra ou THM = cancérogènes groupe 1
- RR = 1.1 à 1.3 mais risque faible à l'âge de la contraception, et cancers plus localisés : biais de dépistage ?

Collaborative..., Contraception 1996, 54
Kahlenborg et al, Mayo Clin Proc 2006, 81, 1290-302
- **Aucun surcroît de risque cancérogène, tous cancers confondus :**

Hannaford PC et al, Br Med J 2007, 335, 651-4
- **BENEFICE GLOBAL POSITIF**



ATCD familial de cancer du sein

- Pilule et risque de cancer du sein

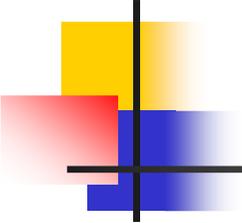
- Première utilisation < 20 ans RR = 1,59
- Première utilisation entre 20 et 24 ans RR = 1,17
- EP en cours RR = 1,24 (disparaît à 10 ans)
- RR = 1,07

CGHFBC. Lancet 1996, 347, 1713-27 : meta 54 études

- Début < 15 ans RR = 0,9 (0,6-1,2)
- Début de 15 à 19 ans RR = 1,0 (0,8-1,1)
- Début de 20 à 24 ans RR = 0,9 (0,8-1,0)

Marchbanks et al, N Engl J Med 2002, 346, 2025-3

- Antécédent familial sporadique
- Prédisposition génétique



ATCD familial de cancer du sein

- Antécédent familial sporadique

Pas d'augmentation du risque, unanimité de la littérature

Exception : RR = 3,3 (1,5-7,2) mais EP < 1975

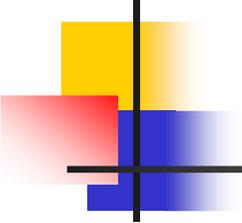
Gabrick et al, JAMA 2000, 284,17

- Prédisposition génétique

« La contraception orale ne peut être considérée comme un outil de chimioprévention en soi, ni comme étant contre-indiquée chez les femmes avec une histoire familiale de cancer du sein ou de l'ovaire »

Eisenger et al, Bull Cancer 2004, 91, 219-37 et Pathol Biol 2006, 54, 230-50

Seeber et al, J Pediatr Adolesc Gynecol 2004, 17, 161-7



EP et mastopathies bénignes

- EP : diminution du risque de fibroadénome
- EP : pas d'effet ou diminution de 20 à 40% des MB non proliférantes sans atypie
- Pas d'effet > si atypie mais si MB :
 - RR = 1,88 sans atypie
 - RR = 4,24 avec atypie

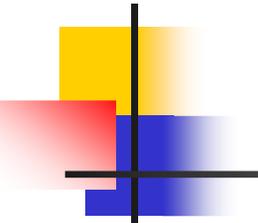
ACOG. Juillet 2000. [http:// www.acog.org](http://www.acog.org)

Duflos-Cohade et al, In Sultan C. La puberté féminine et ses désordres. ESKA Paris 2000

Boutet , In Boisserie-Lacroix M et al. Sénologie de l'enfant et de l'adolescente.

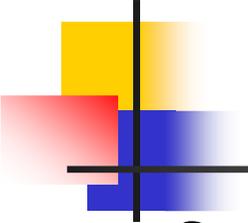
Flammarion Médecine-Sciences Paris 1998

Sitruk-Ware et al, Contraception, 1989, 40, 251-68



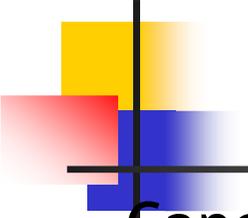
TABAC et cancer du sein

- Tabac passif RR = 1,4
- Tabac passif > 35 ans RR = 2,9
- Tabac actif RR = 2,9
- Tabac actif pendant la grossesse RR = 4,8
 - *RR = 1,69 pour les femmes ayant commencé à fumer dans les 5 ans suivant les premières règles et 7,08 pour les nullipares ayant fumé 20 paquets/an*
 - *Le tissu mammaire est particulièrement sensible à l'effet carcinogène en période de prolifération cellulaire avant que la différenciation cellulaire soit complète (Lancet 2002)*



EP et cancers

- Cancer du col : méta analyse (cancers invasifs et CIN3)
 - Pas d'augmentation du risque en deçà de 5 ans
RR = 1,2 si prise totale de pilule de 5 à 9 ans
RR = 1.56 si > 10 ans
Appleby et al, Lancet 2007
 - Hypothèses : moindre recours au préservatif si EP, modifications du col liées aux EP, rôle sur les protéines E6 et E7 de l'HPV, rôle sur l'immunité cellulaire
 - RR = 1,6 à 5,9 si tabac *Smith et al, Lancet 2003*
- Cancer de l'endomètre : RR = 0,44 à 4ans et 0,28 à 12 ans
- Cancer hépatique :
 - RR = 2,3 à 6 ans
 - Risque hémorragique pour hyperplasie nodulaire focale et adénome



EP et cancers

- Cancer de l'ovaire :

- RR = 0,3 > 8 ans *Vessey et al, Br J Cancer 2006, 95, 385-9*

- 2 Méta analyses :

- réduction du risque de 20% par tranche de 5 années d'utilisation*
 - risque divisé par 2 si plus de 15 ans d'utilisation*
 - en 50 ans de pilule, 200 000 K et 100 000 décès évités*

- Brohet et al, J Clin Oncol 2007*

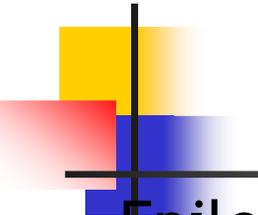
- Collaborative..., Lancet 2008, 371, 303-14*

- Diminution du risque même si BRCA 1 ou BRCA 2

- Mc Laughlin et al, Lancet Oncol 2007, 1, 26-34*

- Cancer du colon : RR = 0,8 *Fernandez 2001 Vessey 2003*

- Mélanome : RR = 0,86 *Karagas 2002*



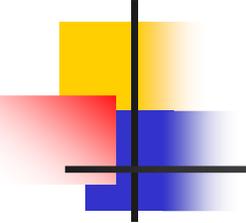
Épilepsie et EP

- Épilepsie et interactions médicamenteuses
 - Médicaments inducteurs enzymatiques : Carbamazépine (Tégrétol®), Felbamate (Taloxa®), Oxcarbazépine (Trileptal®), Phénobarbital (Gardenal®), Phénytoïne (Dihydan®), Primidone (Mysoline®), Topiramate (Epilex®) → autre contraception ou OP 50 γ
 - Médicaments non inducteurs enzymatiques : Benzodiazépines, Gabentin (Neurontin®), Lamotrigine (Lamictal®), Triagabine (Gabitril®), Acide valproïque (Dépakine®), Vigabatrin (Sabril®), Lévétiracétam (Keppra®)
→ parfois nécessité d'augmenter les doses de lamotrigine sous OP
- Nécessité de programmation de la grossesse

Patsalos et al, The Lancet neurology, 2003, 2, 473-81

Thornycroft et al, Epilepsy Behav 2006, 9, 31-9

Contin et al, Epilepsia 2006, 47, 1573-5



Taille définitive - Masse osseuse

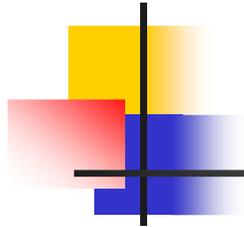
- Double fonction des estrogènes
 - Croissance squelette et taille définitive : *5 % de la taille définitive restent à acquérir après l'installation des PR*
 - Acquisition du pic de masse osseuse
 - période cruciale autour de 12 à 14 ans d'âge osseux stades 3-4 de Tanner jusqu'à la deuxième année post-ménarches
 - 95 % du contenu minéral osseux est acquis à 16 ans

Lloyd et al, Fertil Steril 2000, 4, 734-8

Polatti et al, Contraception 1995, 51, 221-4

Tremollières, Genesis 2002, 77, 43-5

Alvin P, Arch Pédiatr, 2001, 8, 1251-9 et Arch Pédiatr, 2002, 9, 187-95



- Problème des très jeunes adolescentes

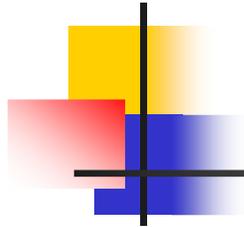
- sous estroprogestatifs, quelques études longitudinales ont montré une augmentation un peu moindre de la DMO chez les filles qui prennent la pilule par rapport aux témoins, différence peut être plus importante si pilule avec EE < 20, mais ce sont des études préliminaires...

Cromer BA et al, J Adolesc Health, 2004, 35, 434-41

Hartard M et al, Bone, 2006, 40, 444-50

Polatti F et al, Contraception, 1995, 51, 221-4

Beksinska et al, Contraception, 2009, 79, 345-9



- davantage de questions avec
- ac de medroxyprogétérone, inj toutes les 12 sem (1,2,3,4,5,6)
- énantate de noréthistérone, inj toutes les 8 sem (6,7)
- diminution de la DMO (↑ chez les témoins) proportionnelle à la durée d'utilisation
- mais tout revient à la normale, 2 à 3 ans après l'arrêt

1 Cromer et al, *J. Ped*, 1996, 129, 671-6

2 Cromer et al, *J Adolesc Health*, 2004, 35, 434-41

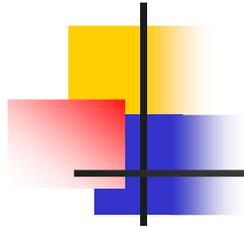
3 Lara-Torre et al, *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2004, 17, 17-21

4 Scholes et al, *Arc Pediatr Adolesc Med*, 2005, 159, 139-44

5 Cromer et al, *Fertil Steril*, 2008, 90, 2060-7

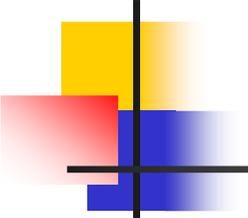
6 Beksinska et al, *Contraception*, 2009, 79, 345-9

7 Rosenberg et al, *Contraception*, 2007, 76, 425-31



Au total, aucune restriction à l'usage des progestatifs et des estroprogestatifs chez les adolescentes pour l'OMS, sauf au delà de 2 ans pour l'acétate de médroxyprogestérone

*Gray A. Médroxyprogestérone dépôt ou énantate de noréthistérone pour une contraception progestative à longue durée d'action : Commentaire de la BSG (dernière révision : 15.12.06).
Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève*



Fécondité ultérieure

- Inhibition réversible de l'ovulation

Rey-Stocker et al, Contracep Fertil Sex 1979, 7, 416-40

- Aménorrhée post-pilule : *Indépendante du type de pilule et de la durée de prise*

Duprez , In Mise à jour en gynécologie et obstétrique. Vigot Paris 1991 : 151-74

- Aucune influence connue sur la fertilité ultérieure

Vessey et al, Br Med J 1978, 1, 265-7

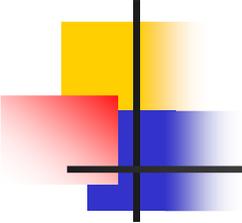
Clark, J Pediatr Adolesc Gynecol 2001, 14, 153-62

- Syndrome des ovaires micropolykystiques

Quereux, Feuille Biol 2004, 45, 39-42

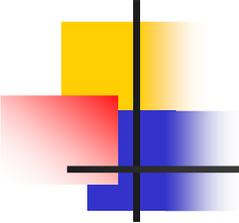
Diamanti-Kandarakis et al, J Clin Endocrinol Metab 2003, 88, 1927-32

Ibanez et al, J Clin Endocrinol Metab 2004, 89, 1592-7



Contraception et IVG

1. La contraception hormonale
2. Les contre indications à la pilule
- 3. Épidémiologie et observance**
4. Les DIU
5. Les contraceptions modernes
6. La contraception du post-partum
7. La stérilisation
8. L'IVG

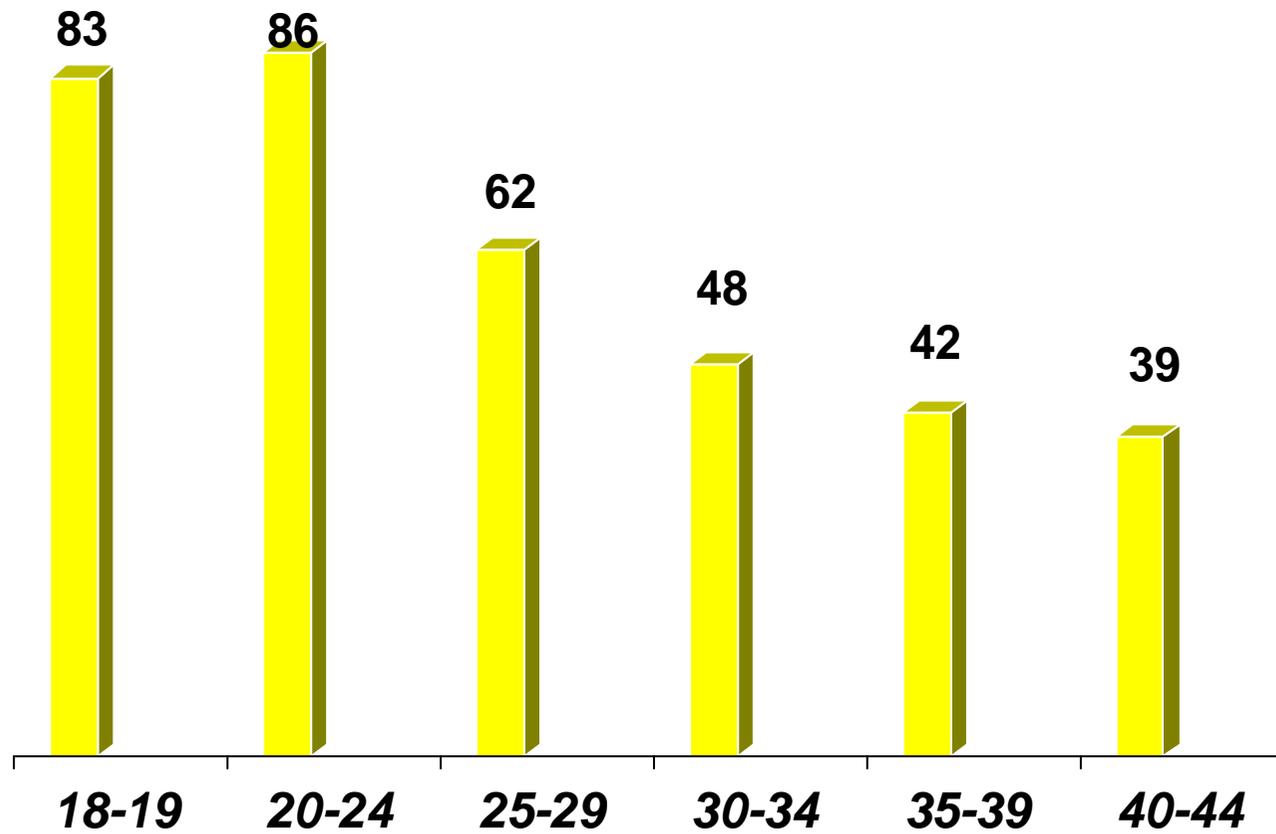


Où en est-on ?

femmes de 20 - 44 ans ne souhaitant pas être enceintes

	1978	2000
<i>pilule</i>	40%	60%

Utilisation en fonction de l'âge : %



Où en est-on ?

Tableau 2. Méthode contraceptive principale en 1978, 1988, 1994 et 2000 pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans (%)

Méthode contraceptive	1978	1988	1994	2000
Pilule	28,3	33,8	40,2	45,4
DIU*	8,6	18,9	15,8	17,3
Abstinence	5,5	5,0	3,9	1,3
Préservatifs	5,1	3,4	4,6	7,4
Retrait	18,0	4,8	2,4	2,3
Autres méthodes	2,1	1,8	0,8	4,5
Stérilisation féminine	4,1	3,9	3,0	4,7

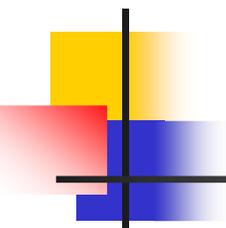
*D'après de Guibert-Lantoine et Leridon, 1998 ; Ined, 2000 et Bajos et al., 2003. * DIU : dispositif intra-utérin.*

**Tableau 1. Principale méthode contraceptive pour 100 femmes de chaque groupe d'âge (%),
année 2000 d'après Ined, 2002 et Bajos et al., 2003**

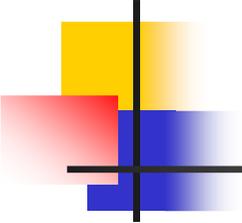
Méthode contraceptive	Tranche d'âge (ans)						
	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	18-44
Pilule	53,9	68,3	56,7	43,8	33,2	28,0	45,8
DIU*	0,0	0,9	7,5	18,3	27,6	29,6	16,1
Préservatifs	9,2	8,6	7,7	8,0	6,2	6,7	7,5
Retrait	0,0	0,2	3,2	1,4	3,5	2,6	2,1
Contraception vaginale	0,2	0,0	0,1	0,4	0,5	0,9	0,4
Abstinence périodique	0,0	0,8	0,8	0,4	2,9	1,7	1,3
Autres méthodes	0,0	0,4	0,1	0,2	0,7	1,1	0,5
Stérilisation féminine	0,0	0,0	0,3	0,9	5,7	16,3	4,5
Sans méthode contraceptive	36,7	20,7	23,6	26,7	19,7	13,0	22,0
Stérile	0,0	0,0	0,6	0,5	1,7	4,2	1,4
Grossesse en cours	1,5	1,8	7,1	6,9	3,3	0,4	3,8
Tentative de conception en cours	0,0	1,4	7,0	6,9	4,5	1,9	4,1
Pas de relation en cours	33,3	17,1	6,6	8,4	6,5	3,4	10,0

Résultats issus d'un échantillon de 2 863 femmes de l'enquête COCON, après pondération sur l'âge, le statut marital, l'activité professionnelle et le niveau scolaire atteint. *DIU : dispositif intra-utérin.

Marché de la contraception en France



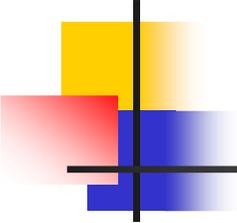
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
EP M de plaq	63,9	65	64,4	64,1	63,2	61,4	60,8
POP M de plaq	3,9	4,4	4,8	5,4	5,9	6,3	6,9
patchs (b de 3) x 1000			199	305	362	360	406
anneaux x 1000			91	271	465	670	870
Miréna x 1000	212	244	276	297	323	340	354
DIU cu x 1000	340	331	325	320	294	268	288
implants x 1000	98	78	88	108	108	118	140
prog inj x 1000	27	25	29	21	19	20	22
urg M d'unités	0.7	0.8	0.9	1	1.1	1.2	1.2



1er février au 31 décembre 2001

étude d'une série continue de patientes consultant
pour une demande d'IVG

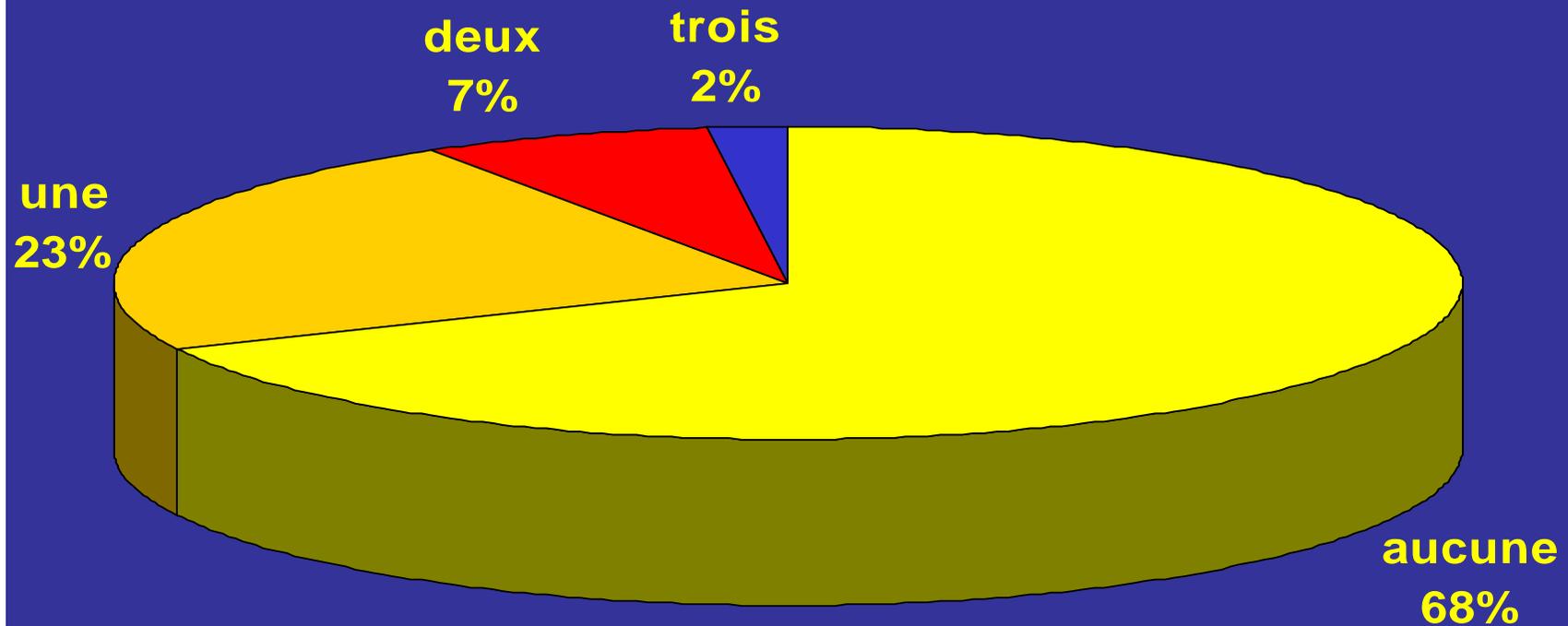
- 1381 IVG pratiquées
- 1173 dossiers examinés : *85% des IVG*
 - *contraception «médicale»* : 361 **31%**
 - *méthodes traditionnelles et locales* : 292 **25%**
 - *aucune contraception* : 520 **44%**

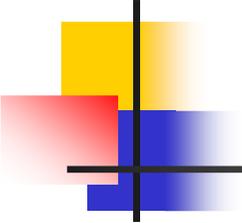


Contraception «médicale» : 361

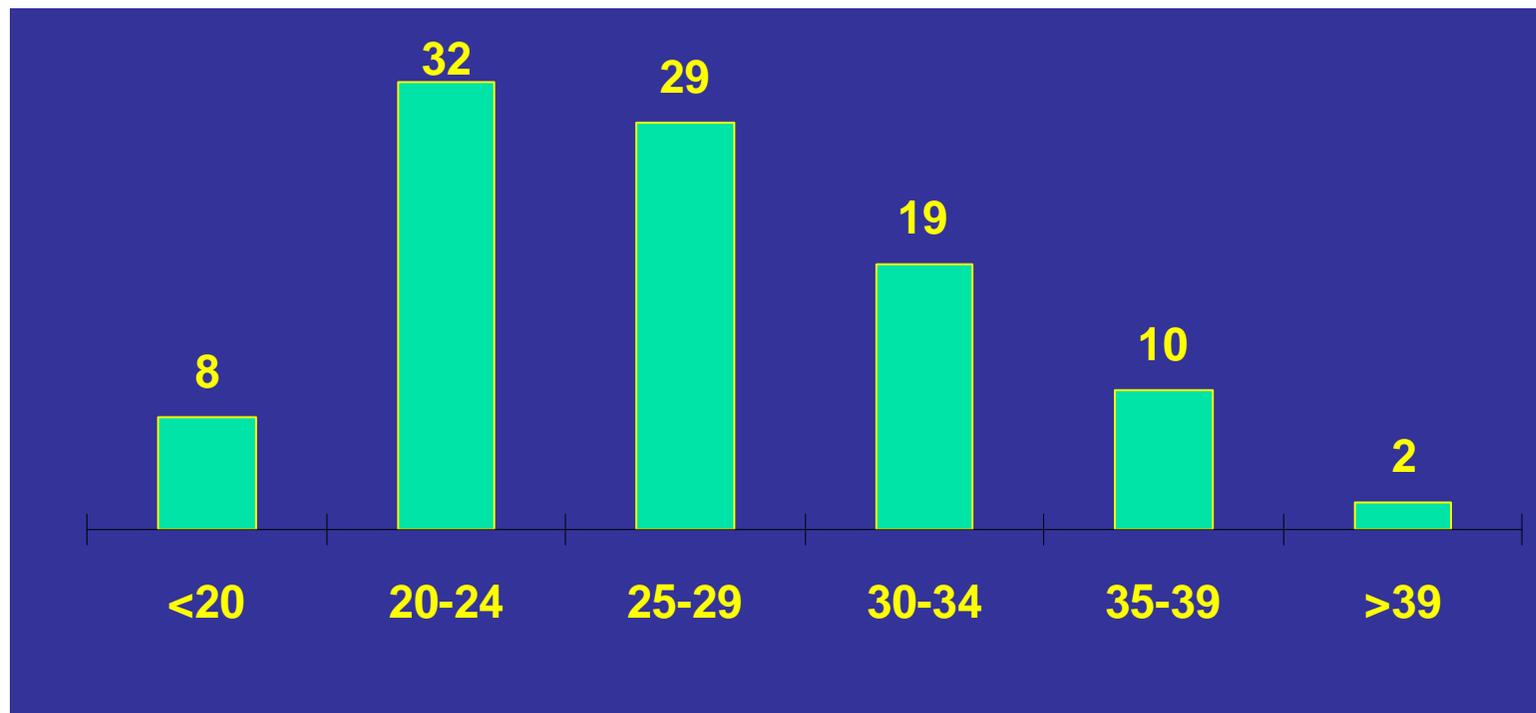
- 39 dossiers incomplets
 - 14 IVG non réalisées
- ⇒ 308 cas étudiés
- Contraception orale en cours : **211** (*18% des IVG réalisées*)
 - Contraception orale arrêtée < 3mois : **75**
 - DIU : **13**
 - Pilule du lendemain seule : **9**

Contraception orale : N d'IVG antérieures

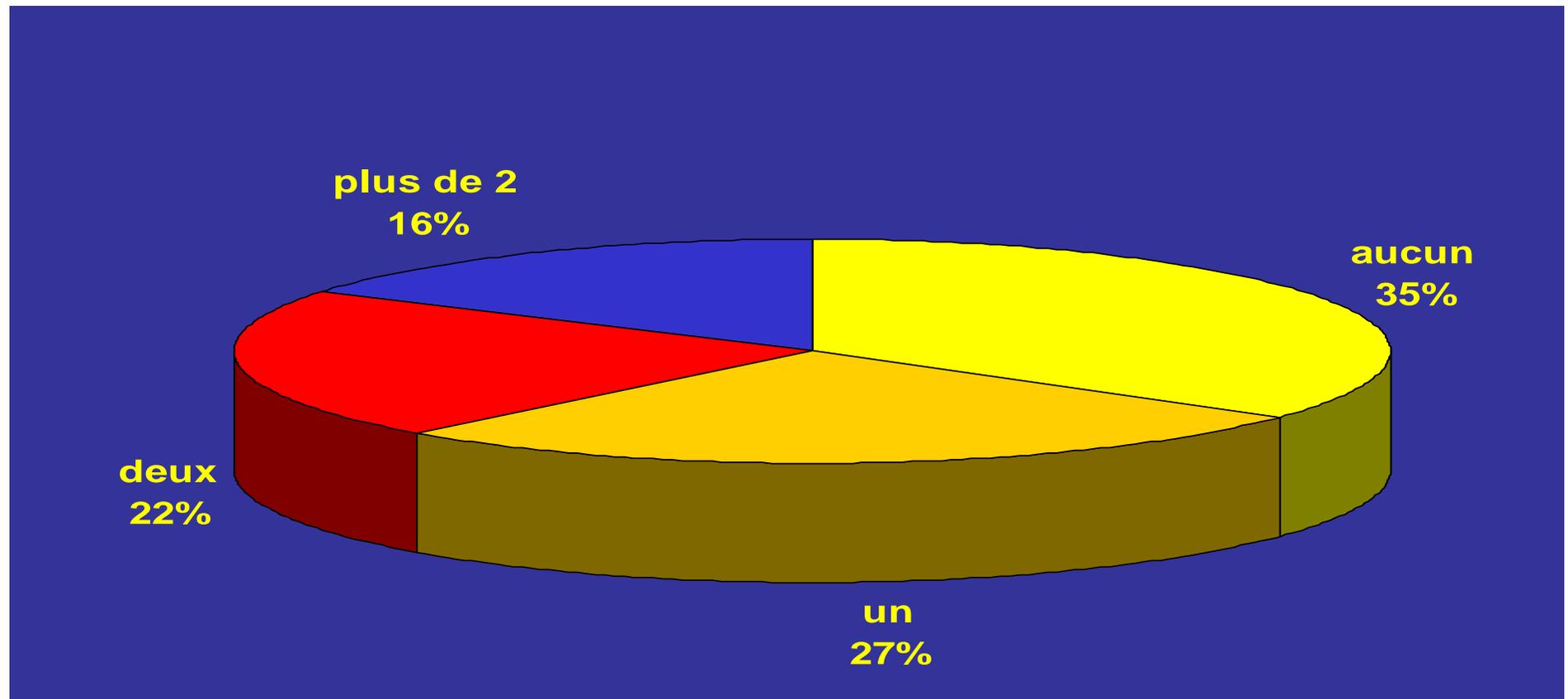




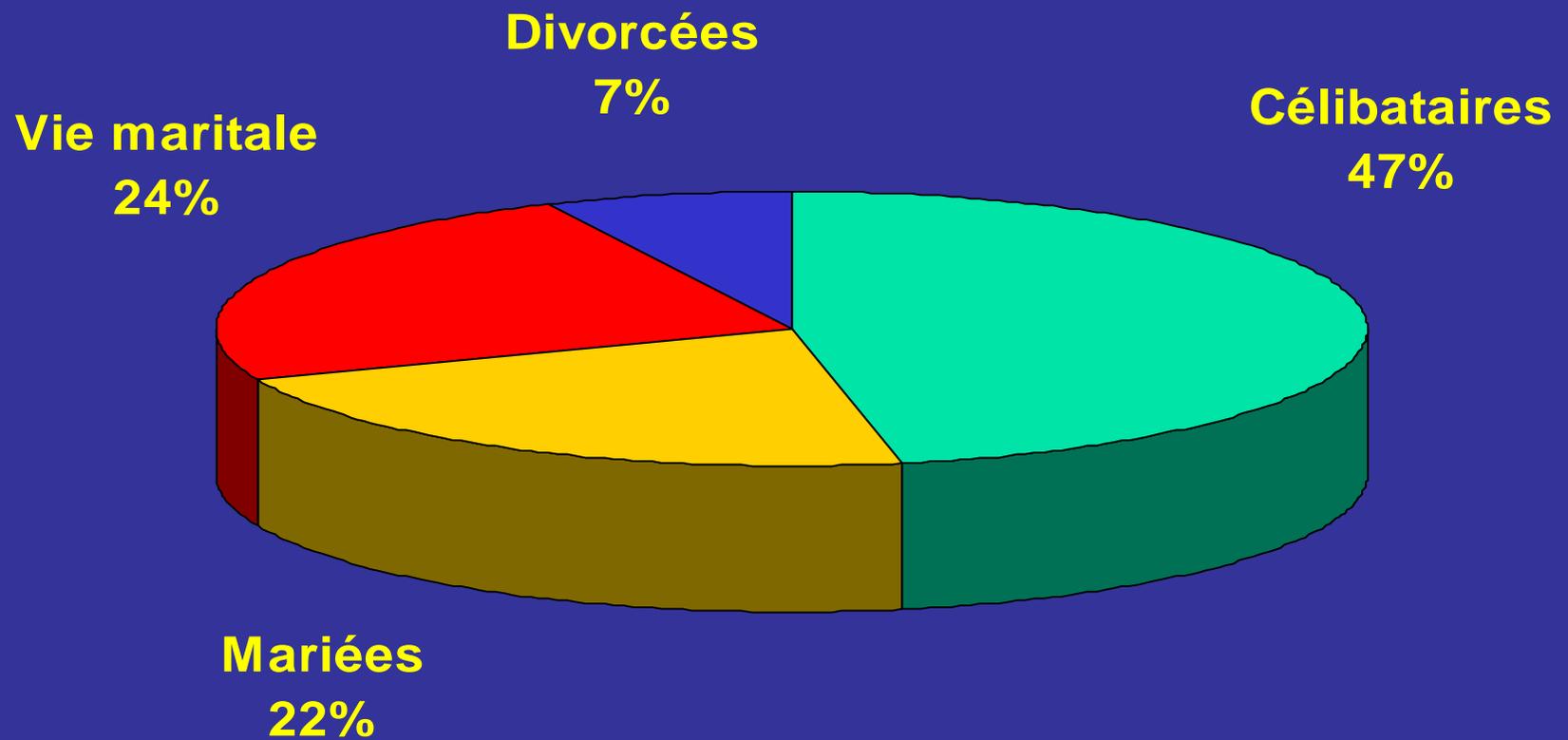
Contraception orale : âge (%)



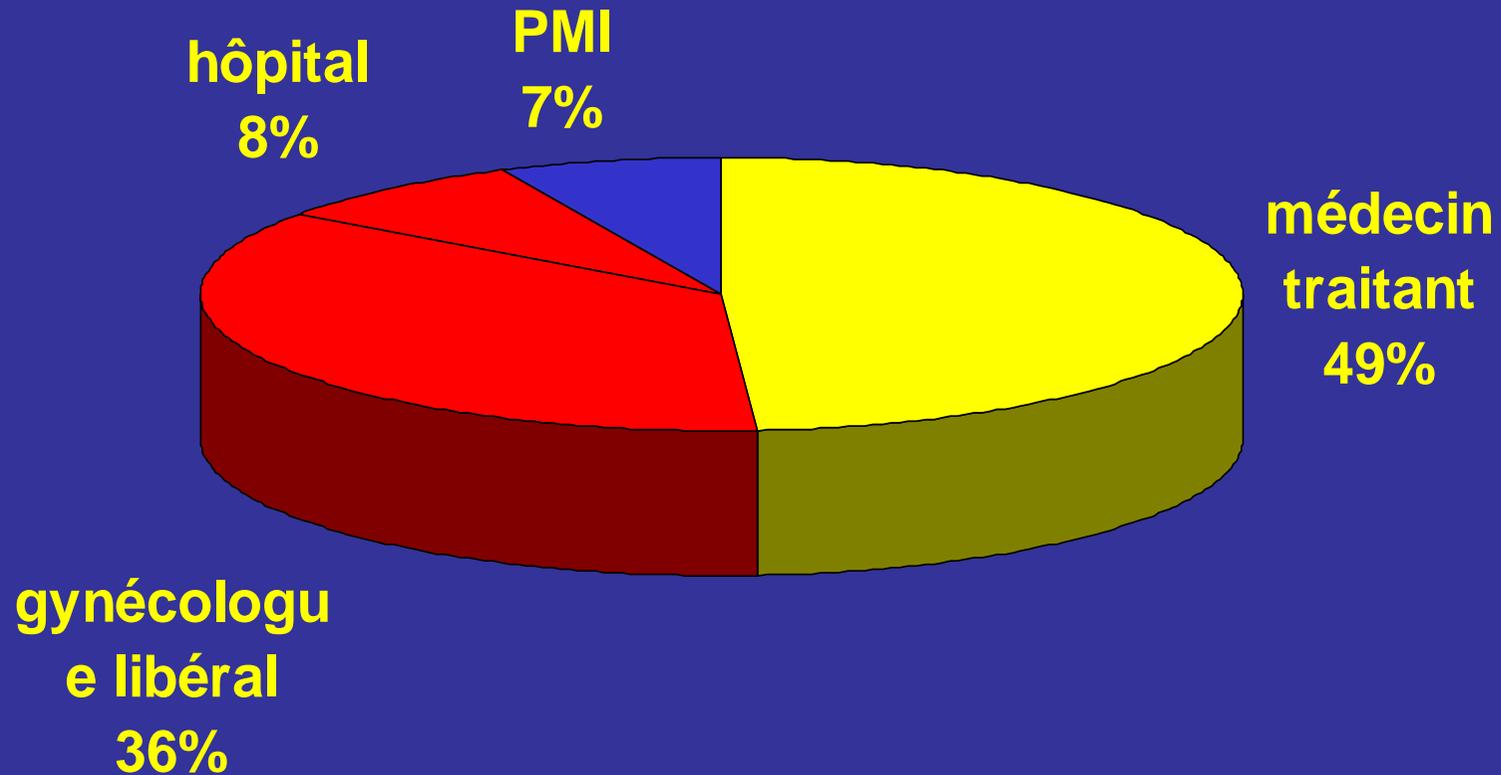
Contraception orale : N d'enfants

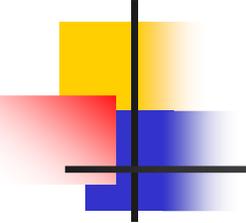


Contraception orale : statut marital



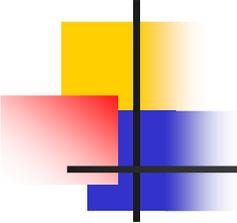
Contraception orale : prescripteur





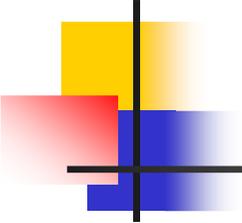
Raisons invoquées de l'arrêt volontaire : 75

- effets indésirables : 26
 - métrorragies, aménorrhée* : 11
 - craintes, poids...* : 15
- souhait de changer de contraception : 3
- séparation : 11
- rupture de stock personnel : 10
- désir de grossesse : 5
- autres (*CI, mauvaise utilisation, coût...*) : 16
- non précisée : 4



En cas d'arrêt volontaire, relais par :

- préservatifs : **13**
- autre contraception : **9**
- rien : **35**
- réponses imprécises : **18**

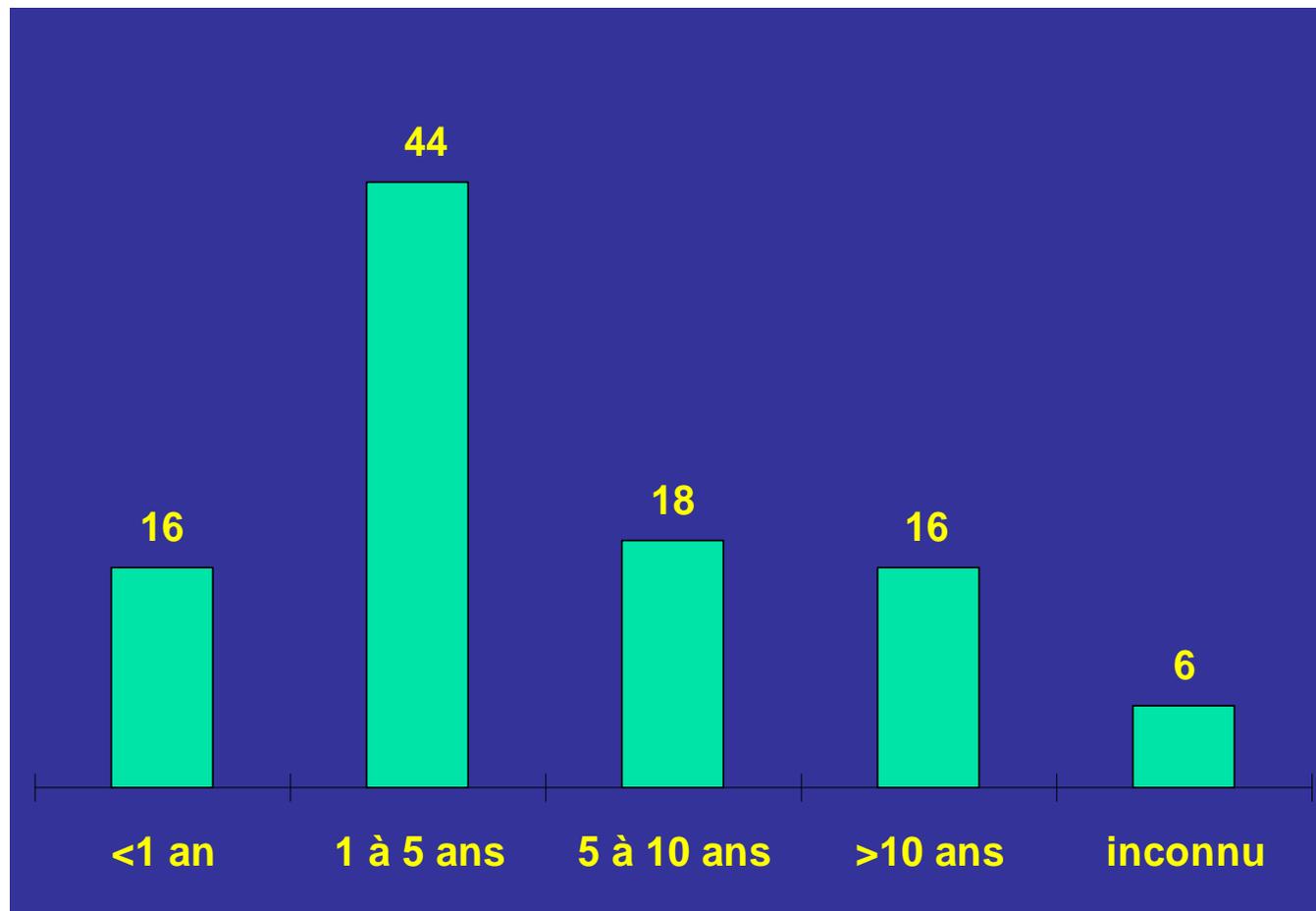


Contraception orale en cours : 211

- oubli(s) : **157**
13% des IVG réalisées (157 / 1173)
- troubles digestifs : **26**
- thérapeutique associée : **13**
- 2 raisons associées : **5**
- aucun problème : **10**

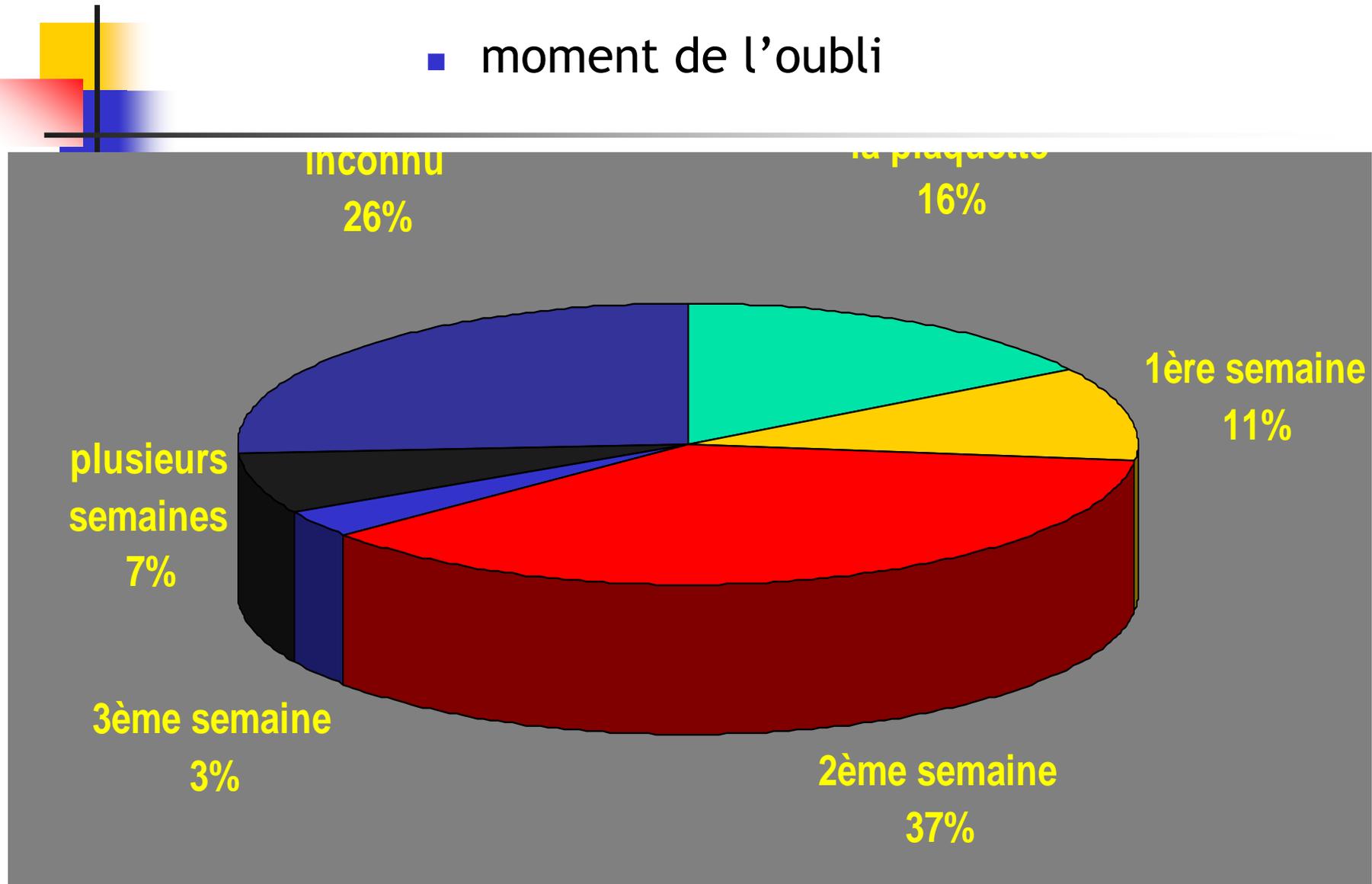
Oublis de pilule : 157

- ancienneté de la prise de la pilule (%)



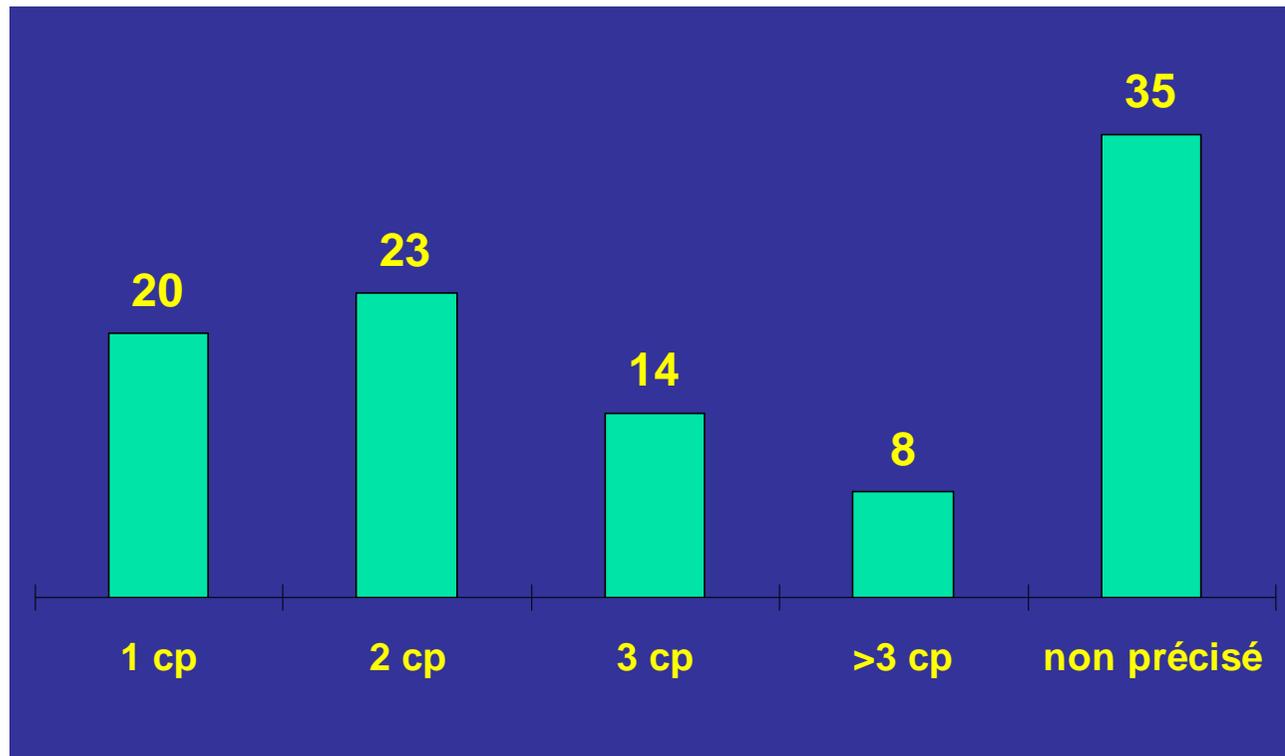
Oublis de pilule : 157

- moment de l'oubli



Oublis de pilule : 157

- nombre de comprimés oubliés (%)



Oublis de pilule : 157

- attitude immédiate

- poursuite de la plaquette : **116**
 - usage de préservatifs* : 4
 - pilule du lendemain* : 6
- arrêt de la plaquette : **41**
 - usage de préservatifs* : 3
 - pilule du lendemain* : 3

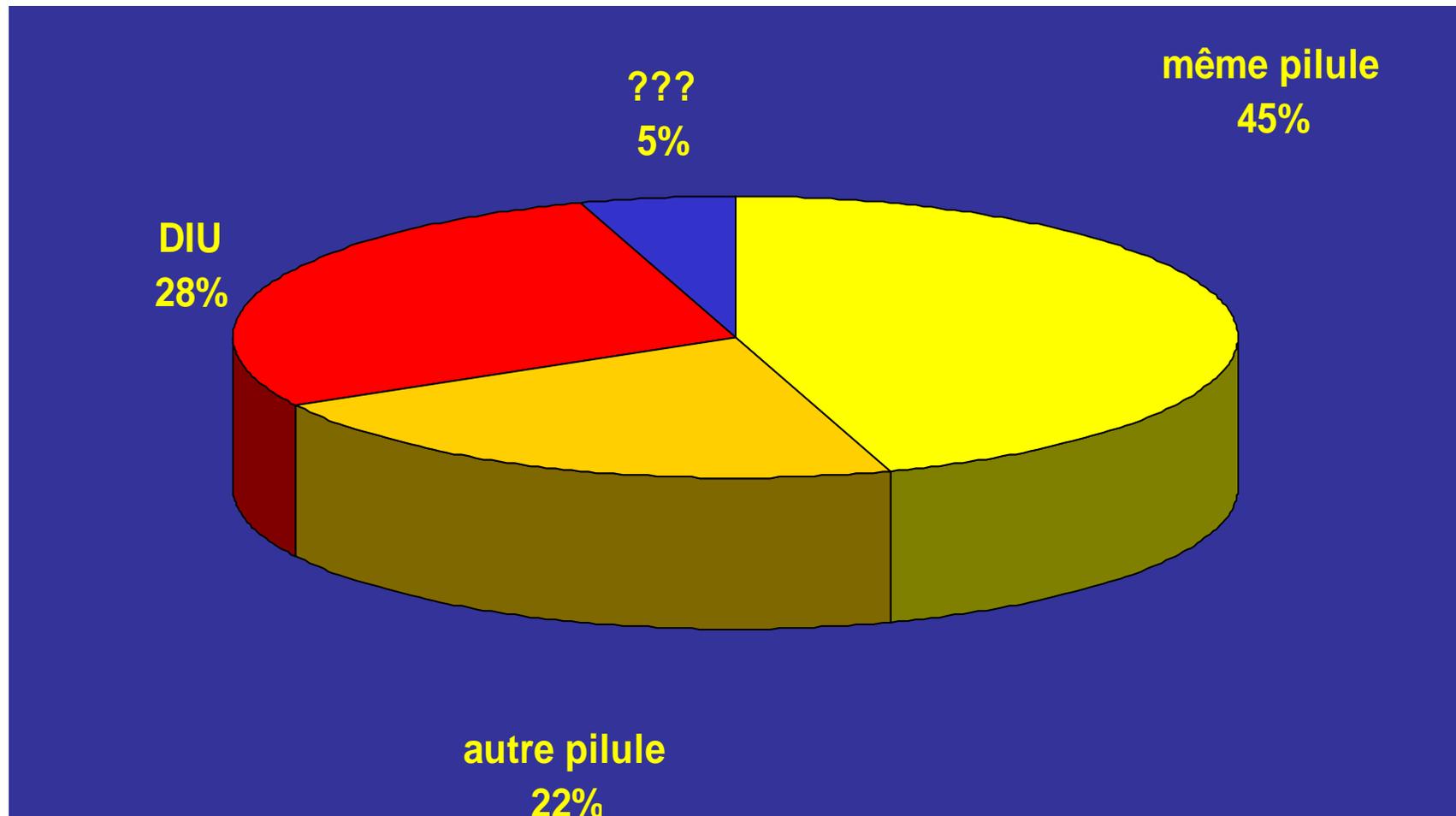
Oublis de pilule : 157

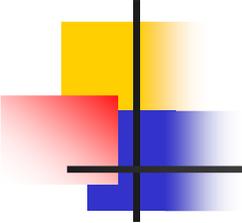
- types de pilule

- EP mini monophasiques : 58
- EP mini biphasiques : 38
- EP mini triphasiques : 47
- EP normodosés : 2
- EP séquentiels : 2
- Progestatifs microdosés : 7
- Progestatifs macrodosés : 3

Contraception orale en cours : 211

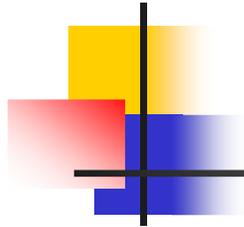
- attitude contraceptive prévue





Les «oublis» de contraception

- *raisons médicales*
- *raisons psychologiques*
- *période de vie particulière*
- *raisons sociales, culturelles, religieuses*
- *raisons conjugales*

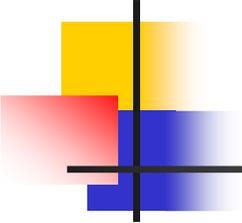


1173 IVG

211 pilules en cours

13 stérilets

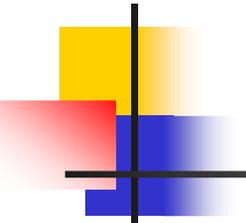
- jamais délai dépassé
- toujours surveillance
- jamais AINS
- Contraception ensuite ...



Efficacité théorique et en usage courant : de l'intérêt de l'observance et des méthodes qui imposent leur efficacité aux femmes

<i>% de G à 1 an</i>	<i>utilisation parfaite</i>	<i>utilisation réelle</i>
Pilule	0.3	8
DIU Cu	0.6	0.8
SIU lévo	0.1	0.1
Implant	0.05	0.05

J. Trussel, Contraceptive failure in the United States, Contraception, 2004, 70, 89-96

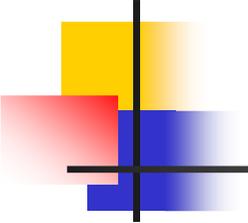


Qui a dit que la pilule était facile à avaler ?

efficacité = effet de la méthode + intention de l'utilisatrice
→ **OBSERVANCE**

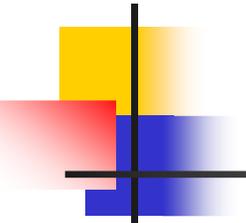
- ✓ Potter (1996) : *boîtiers électroniques : en moyenne, 2.6 cps oubliés par plaquette !*
- ✓ Etude Coraliance : 2306 femmes
 - *Oubli au cours du dernier cycle avant l'inclusion : 22,5%*
 - *Oubli au cours du 6ème cycle de suivi : 14,8%*
 - *Schéma continu : 13,6% discontinu : 16,8%*

Aubeny et al, Eur J Contr Reprod Health Care, 2002 et 2004



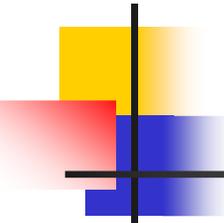
Bulletin du Conseil de l'Ordre. Déc 07

- ... Il subsiste en France 1/3 de grossesses non désirées ...
- ... La moitié aboutit à une IVG ...
- ... 30% de ces grossesses surviennent chez des femmes utilisant une méthode de contraception « médicalisée »...
- ... 2/3 des IVG ont lieu chez des femmes utilisant théoriquement une contraception, et sont donc liées à un mauvais usage de cette contraception au quotidien ...
- ... Écouter davantage encore sa patiente pour l'aider à choisir la méthode qui lui conviendra le mieux ...
- ... Préciser, au moment de la prescription la conduite à tenir en cas « d'accident » : oubli de pilule ...



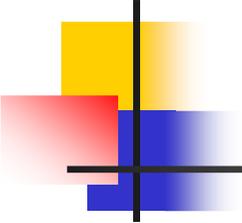
Questions... de bon sens

- *Quels sont à votre avis les avantages et les inconvénients de la pilule ?*
- *Qu'en pense votre entourage, qu'avez vous entendu dire ?*
- *Vous sentez vous capable de la prendre régulièrement ?*
- *Qu'est ce qui pourrait faire que vous l'oublieriez ?*



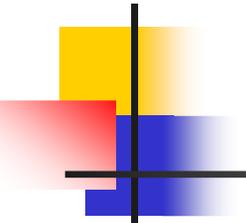
en fonction de la pilule utilisée, après un oubli :

- *prendre la pilule oubliée ? quand ?*
- *continuer la plaquette ?*
- *prendre des précautions contraceptives supplémentaires ?*
- *pendant combien de temps ?*
- *prendre une pilule du lendemain ?*
- *respecter l'arrêt de 7 jours en fin de plaquette ou pas ?*



Une nouvelle révolution de la contraception ?

- DIU au lévonorgestrel, implant, patch, anneau vaginal, Essure... spray transdermique...
- Progrès de la recherche
- Tolérance et observance (*oublis, arrêts précoces*) des contraceptions classiques
- Echecs de ces contraceptions



La contraception et les règles

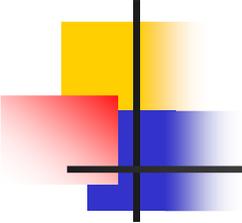
« *To bleed or not to bleed...* »

- Le tabou sexuel
- La symbolique des règles
- La pilule régularise et diminue les règles
- Et si on ne l'arrêtait pas ?
- Les nouvelles contraceptions : cérazette®, miréna®, implanon®

→ *Changement de mentalité :*

Coutinho et al, Contraception 2007, 76, 263-6

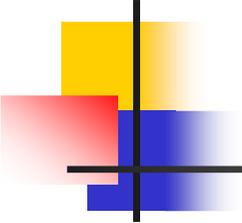
Fruzzetti et al, The Eur J of contracep and Reprod Health 2008, 13, 153-7



Pourquoi choisir encore la pilule ?

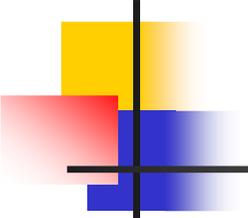
100 millions d'utilisatrices au monde !

- La force de l'habitude
- Efficacité théorique
- Réversibilité rapide sans intervention médicale (désir de grossesse, contraception devenue inutile)
- Bénéfices non contraceptifs, régularisation du cycle, dysménorrhée, ménorragies, hyperandrodénie, périménopause



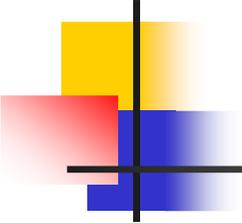
Contraception et IVG

1. La contraception hormonale
2. Les contre indications à la pilule
3. Épidémiologie et observance
4. **Les DIU**
5. Les contraceptions modernes
6. La contraception du post-partum
7. La stérilisation
8. L'IVG



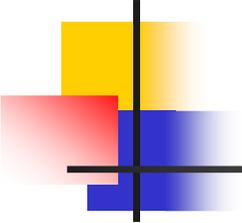
Modèles de stérilets disponibles

MODELE	COMPOSITION	DUREE	TAILLE	POSE
GYNELLE 375	Parapluie polyéthylène 375 mm ² Cu	5 ans	Unique 35mm	Poussée
MULTILOAD CU375	Parapluie Polyéthylène 375mm ² Cu	5 ans	Short 30mm Standard 35mm	Poussée
TT 380	T polyéthylène 380mm ² Cu	5 ans 10 ans (?)	Unique 36mm	Poussée dans inserteur
UT 380	T polyéthylène 380mm ² Cu	5 ans	Short 27mm Standard 32mm	Poussée-retrait
NOVA T	T polyéthylène 200mm ² Cu noyau d'Ag	5 ans	Unique 32mm	Poussée-retrait
SERTALIA	Polyéthylène 300mm ² Cu	3 à 5 ans	Unique 28mm	Poussée
MIRENA	Polyéthylène 52 mg LNG	5 ans	Unique 32mm	Poussée-retrait



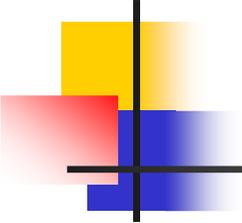
Critères de choix du stérilet

- Critères anatomiques
 - profondeur utérine
 - orifice cervical
 - rétro ou antéversion utérine marquée
- Antécédents
 - parité, césarienne(s)
 - conisation
 - DIU antérieur mal toléré
 - infection génitale haute, GEU
- Caractères du cycle et des règles
 - règles abondantes voire ménorragies fonctionnelles (atcd d'anémie)
 - dysménorrhée



Idées reçues sur les DIU

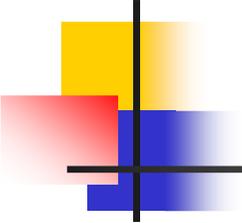
- contre-indication chez les nulligestes
- action abortive en empêchant la nidation
- baisse d'efficacité liée à la prise d'anti-inflammatoires
- tous les stérilets ont la même efficacité
- efficacité nulle après échéance
- risque de GEU



Contre Indications au DIU

ABSOLUES

- Grossesse
- Infection post-partum
- Post-abortum septique
- Malformations utérines
- Saignements génitaux inexplicables
- Maladie trophoblastique
- Cancer col et endomètre
- Fibromes utérins déformants
- Infection génitale haute < 3 mois
- IST en cours ou FdR ++
- Tuberculose génitale



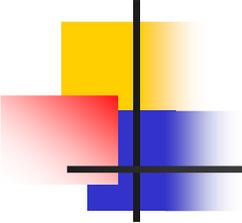
Contre Indications au DIU

ABSOLUES

- Grossesse
- Infection post-partum
- Post-abortum septique
- Malformations utérines
- Saignements génitaux inexplicés
- Maladie trophoblastique
- Cancer col et endomètre
- Fibromes utérins déformants
- Infection génitale haute < 3 mois
- IST en cours ou FdR ++
- Tuberculose génitale

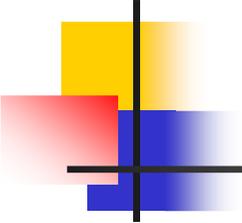
RELATIVES

- Dysménorrhée sévère
- Ménorragies, anémie
- Coagulopathie et tt anticoag
- Tt immuno-suppresseurs
- Tt anti-inflammat au long cours
- Utérus cicatriciel (sauf césar)
- Valvulopathies à haut risque d'endocardite
- Diabète non-équilibré



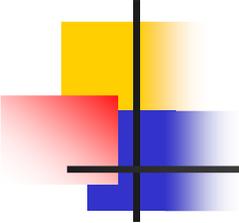
Technique de pose d'un DIU

- Asepsie
- Pince de Museux ou petite Pozzi
- Hystérométrie : nombreux avantages
 - *estimation d'une profondeur*
 - *«calibrage» du col, hystéromètres de calibre croissant peuvent dilater un col non réceptif*
 - *évaluation d'une flexion utérine*
- Manipulations propres à chaque modèle et insertion du DIU
- Coupe des fils « ni trop longs, ni trop courts »

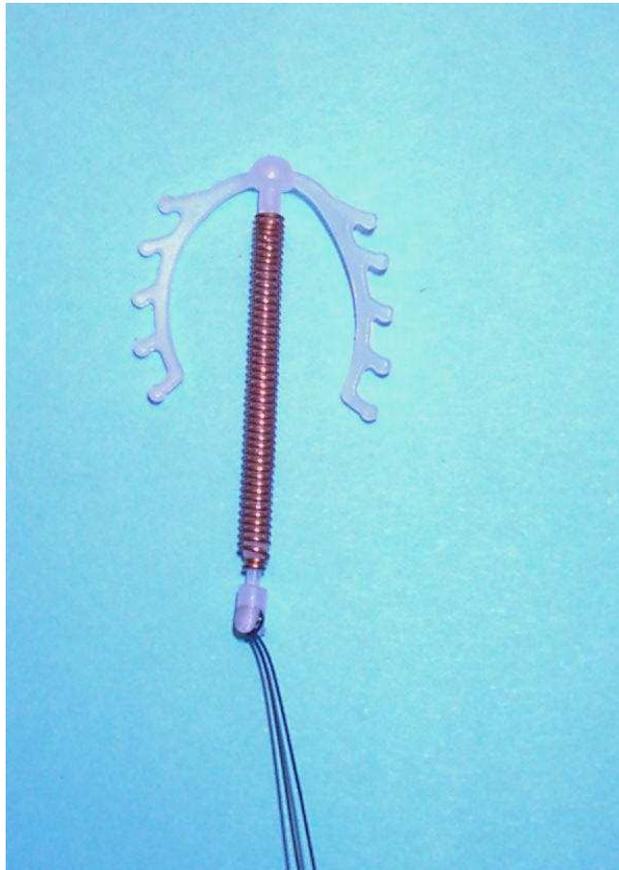


Complications

- Spasme du col, malaise vagal
- Douleurs pelviennes
- leucorrhées
- Dysménorrhée
- Saignements : flux, durée, saignements intermenstruels
- Expulsion, ou simple disparition des fils
- Perforation : fragilité utérine, technique opérateur
- Infections
- GIU
- GEU
- Infertilité secondaire



Gynelle 375

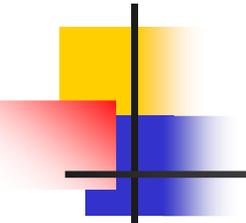


- **Avantages :**
pose facile
hystéromètre fourni
- **Inconvénients :**
retrait parfois difficile

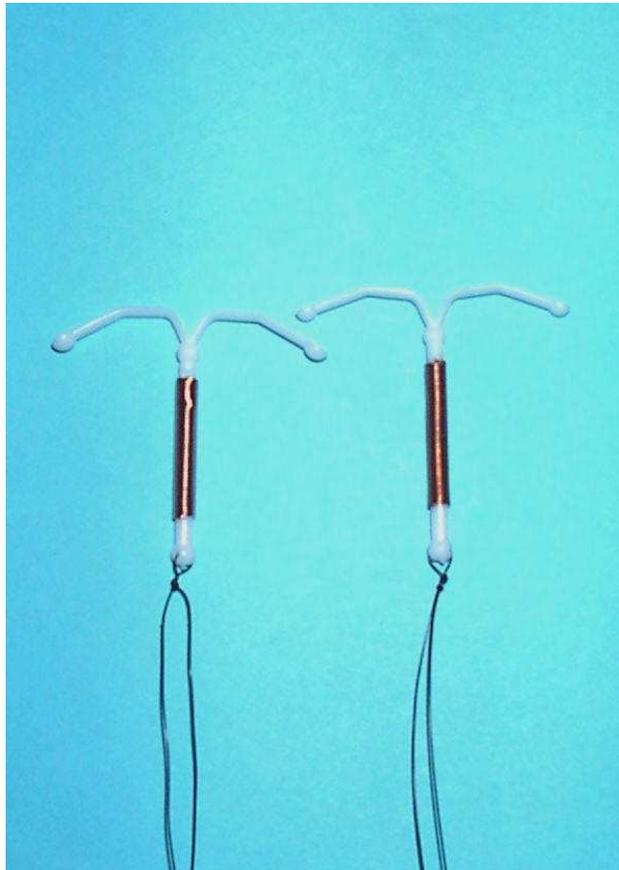
MultiLoadCu 375 (Mona Lisa Cu 375 et Cu 375 SL)



- **Avantages :**
2 tailles : standard et short
pose facile
- **Inconvénients :**
retrait douloureux



UT 380 standard / short



- **Avantages :**

- pose facile*

- 2 tailles*

- hystéromètre fourni*

- charge en cuivre*

- retrait facile*

- **Inconvénients :**

- néant*

T T 380 (Mona Lisa 380A QL)



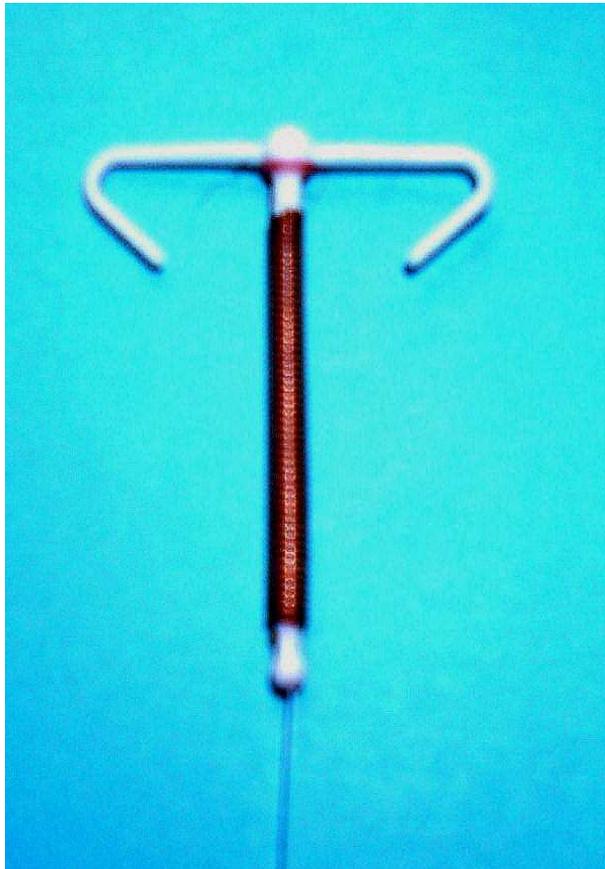
- **Avantages :**
pose assez facile
retrait indolore
efficacité 10 ans ?
- **Inconvénient :**
taille de l'inserteur

Nova T



- **Avantages :**
inserteur fin
retrait facile
- **Inconvénients :**
durée et efficacité limitées du
fait charge en Cu
retrait définitif
- **Mona Lisa NT Cu 380**

Sertalia



- **Avantages :**
inserteur très fin
retrait facile ? rupture fil

- **Inconvénient :**
durée ? (3 à 5 ans)

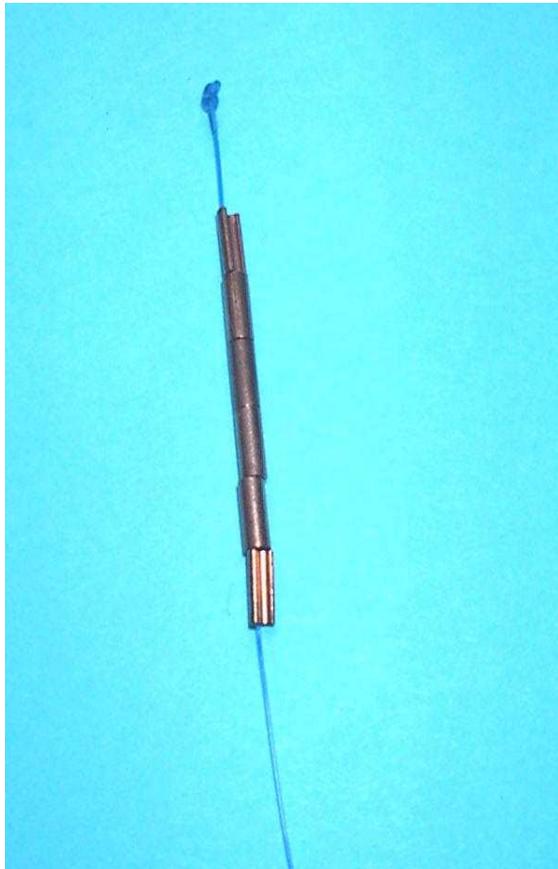
retrait du marché (temporaire?)

Miréna



- **Avantages :**
seul DIU hormonal
indications spécifiques
efficacité
etc.....
- **Inconvénients :**
nécessite info +++
inserteur un peu gros

Gynéfix



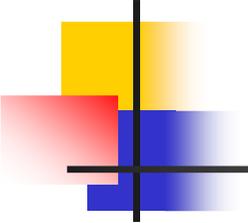
- **Avantage :**

*«ancrage» au niveau du fond utérin :
indiqué dans les béances du col et
malformations*

- **Inconvénients :**

*pose délicate, nécessite un
entraînement ++*

n'est plus disponible en France



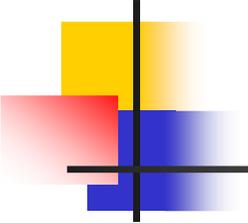
Stérilet et nulliparité

Précautions d'emploi liées à :

- *la tolérance : pose plus délicate, douleurs plus fréquentes, augmentation du volume des règles.*
- *l'efficacité : i de Pearl < contraception orale bien suivie, jeunes femmes dont la fertilité est à priori maximale*
- *risques infectieux : IST (chlamydiae) pouvant entraîner des complications génitales hautes, voire une stérilité*

Possible voire conseillé en cas de :

- *contre-indications aux EP*
- *mauvaise tolérance aux EP, oublis fréquents de pilule, parfois responsable d'une ou plusieurs IVG.*



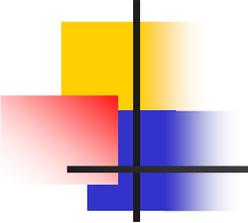
Stérilet et nulliparité

L'indication du DIU s'entoure de précautions :

- *absence d'atcd d'infection génitale haute*
- *absence de facteur de risque d'IST : « monopartenaire »*
- *cycles de préférence réguliers sans dysménorrhée ni ménorragie (DIU au cuivre)*
- *ex clinique rigoureux avec frottis et dépistage des infections cervico-vaginales (prélèvements éventuels)*

Le choix du stérilet dépend :

- *des caractéristiques du col : inserteur de petit calibre pour les cols punctiformes*
- *de la profondeur utérine utile : hystérométrie nécessaire*



Infection et Stérilet

Prudence en cas d'atcd d'infections génitales hautes :

- *DIU contre-indiqué en cas de séquelles tubaires documentées*
- *temps de latence minimal de 3 mois avant d'envisager la pose d'un DIU, si endométrite ou salpingite sans séquelles*
- *disparition des facteurs de risque d'IST éventuelles*

Dépistage et traitement des infections cervico-vaginales avant la pose :

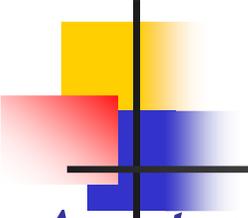
- *prévention des infections ascendantes*
- *recherche de chlamydiae en cas de cervicite (nullipare jeune+)*

Précautions d'asepsie lors de la pose elle-même :

- *badigeonnage antiseptique du col et technique «no-touch ».*

Risque accru dans les 3 semaines après la pose

- *antibio prophylaxie non recommandée*



SIU au lévonorgestrel (MIRENA®)

Avantages :

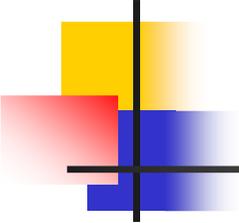
- efficacité comparable aux EP sans défaut d'observance.
- 85% de cycles ovulatoires
- durée de 5 ans, avec amortissement du «coût contraceptif»
- diminution du taux de GEU et des risques infectieux / DIU Cu

Inconvénients :

- spotting (parfois jusqu'à 6 mois), mastodynies, acné, rares prises de poids, kystes ovariens fonctionnels, sont des phénomènes le plus souvent passagers.
- calibre de l'inserteur
- contre-indications spécifiques (relatives)

Avantage ou inconvénient ? :

- aménorrhée (30 à 50% des cas) : phénomène durable, secondaire à une action strictement locale, et parfaitement réversible.



SIU au lévonorgestrel (MIRENA®)

Indications liées aux règles :

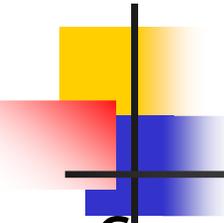
- ménorragies et atcd d'anémie avec DIU Cu.
- en 1^{ère} intention chez une femme aux règles abondantes, et/ou dysménorrhéique.

Indications liées à des échecs de contraception antérieure :

- grossesse sur DIU, expulsion de DIU due à des ménorragies avec caillots.
- échec de la contraception notamment orale, parfois responsable de plusieurs IVG (oublis, femmes « hyper-fertiles »).
- alternative à demande de ligature tubaire, parfois réitérée auprès du gynéco, sans succès...

Indications liées à pathologie associée :

- hypertrophie et antécédents d'hyperplasie endométriale.
- fibrome sans déformation cavitaire, adénomyose, endométriose ext.

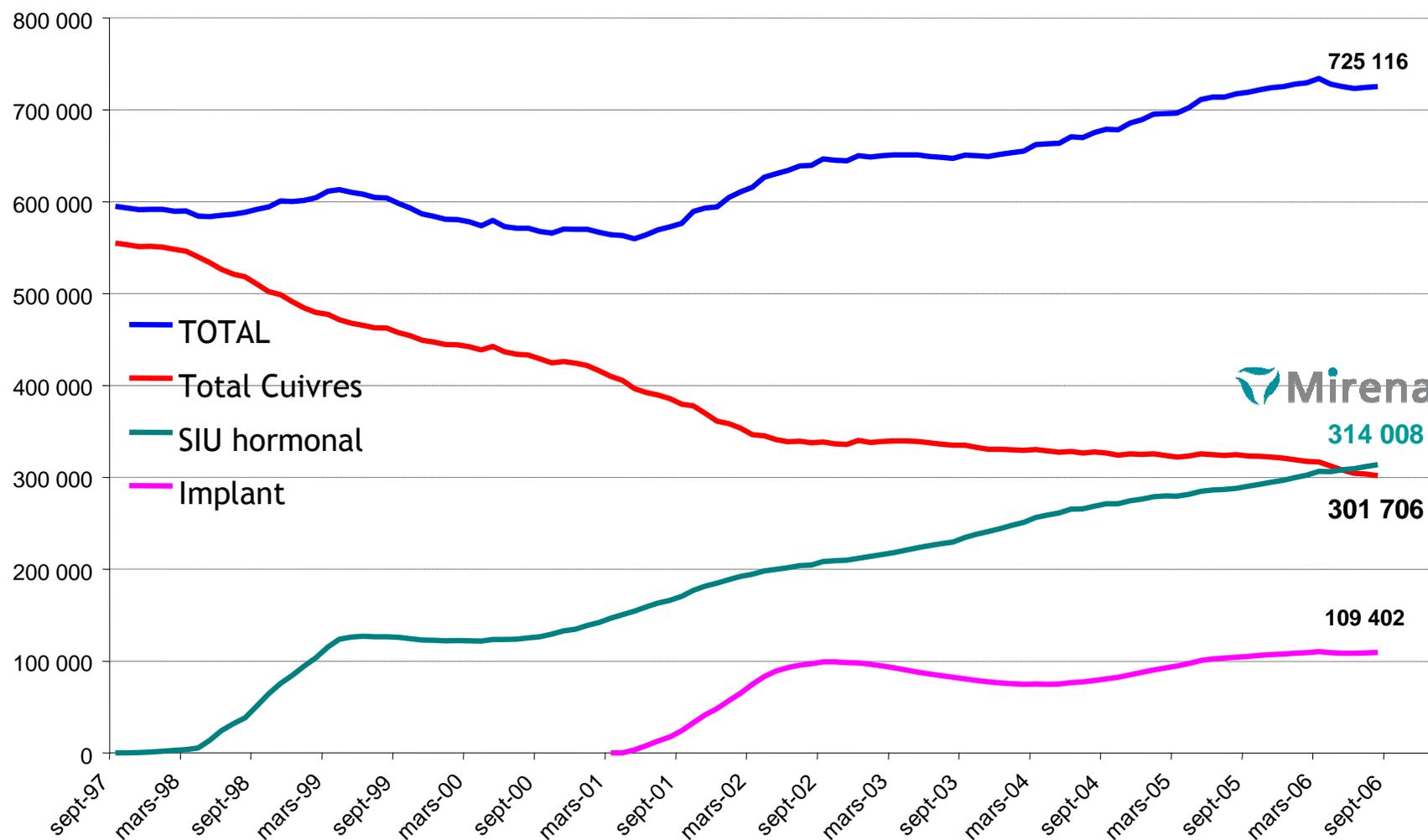


Alors... DIU au cuivre ou Miréna ?

- Comme pour toute autre contraception, le stérilet est un choix, et nous sommes là pour éclairer la patiente, à la lumière des atcd, du caractère des menstruations, des éventuelles contraceptions antérieures et du fameux : bénéfices / risques.
- L'aménorrhée, parfois de longue durée, une fois expliquée, peut ne pas déranger, voire même arranger certaines femmes.
- Soyons à l'écoute et sachons prendre le temps du conseil, une contraception comprise sera d'autant mieux acceptée et poursuivie qu'elle aura été choisie par la femme et le couple..

Les contraceptions longue durée

France : source Gers 08/06 – UN



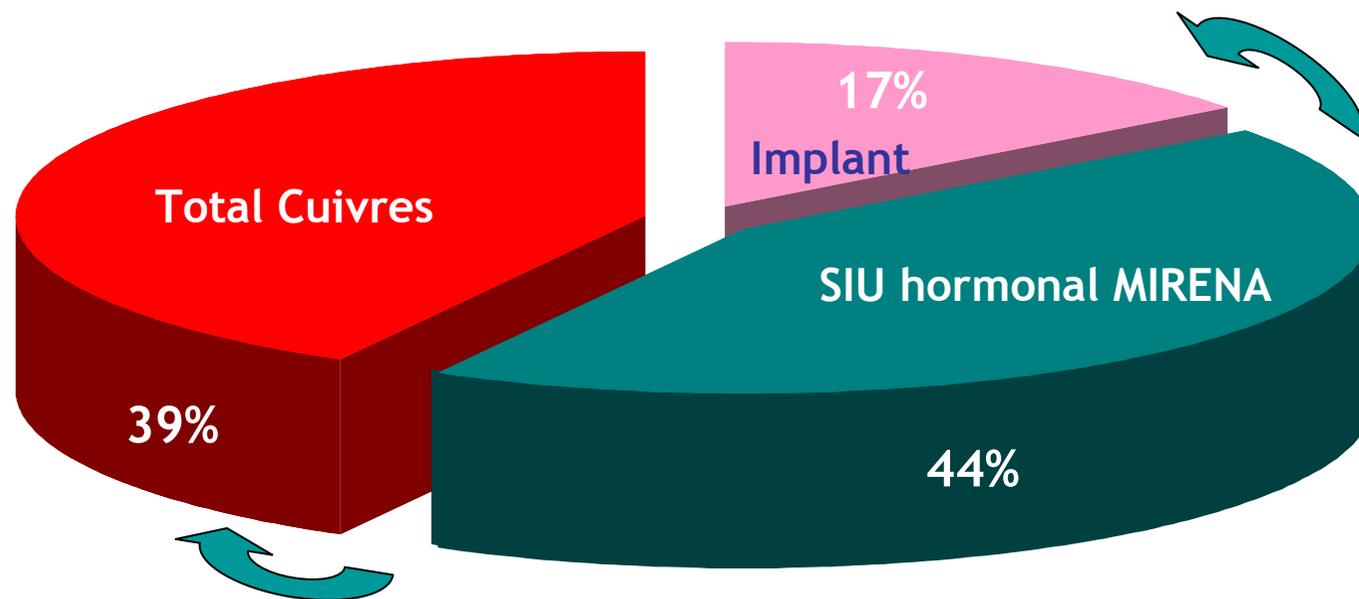
314 008

301 706

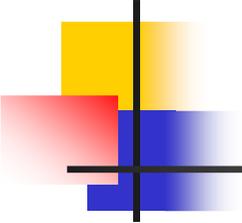
109 402

SIU Mirena > 50% des DIU

France : source Gers 08/06 – UN

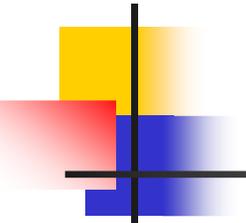


Désormais tous les jours, il se pose plus de SIU-LNG que tous les cuivres confondus



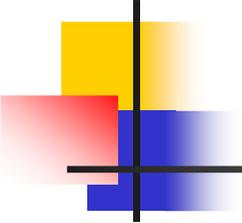
Contraception et IVG

1. La contraception hormonale
2. Les contre indications à la pilule
3. Épidémiologie et observance
4. Les DIU
- 5. Les contraceptions modernes**
6. La contraception du post-partum
7. La stérilisation
8. L'IVG



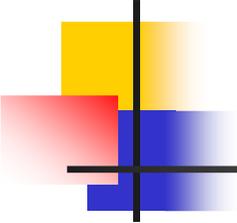
Que penser d'Implanon* 8 ans après sa commercialisation ?

- À distance de l'enthousiasme médiatique initial...
- Et des déconvenues amères consécutives à des indications mal posées !
- Indépendamment des arguments « marketing » du fabricant
- Près d'un million d'implants vendus en France



102 implants posés avant juillet 02

- **Âge moyen : 35.5 ans (16 - 47)**
 - < 26 ans : 14*
 - 26 - 30 ans : 9*
 - 31 - 35 ans : 24*
 - 36 - 40 ans : 22*
 - > 41 ans : 33*
- **Indications principales**
 - Oublis fréquents de pilule : 42*
 - Souhait d'une contraception plus pratique : 22*
 - Contre indication à la pilule (tabac...) : 29*
 - Autres : 9*



102 implants

- **Cycles**

Aménorrhée : 48 Oligoménorrhée : 11

Saignements comparables : 24

*Saignements + fréquents et/ou + longs et/ou + abondants
qu'auparavant : 18*

→ hémorragie = bilan

- **Effets indésirables**

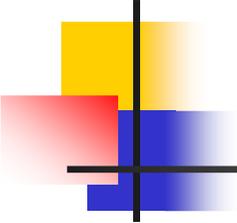
Syndrome pré menstruel : 1

Prise de poids : 2

Mastodynie : 2

Vertiges : 1

Divers : 1



102 implants

- **Retraits anticipés : 26**

Désir de grossesse : 4

Ménopause : 1 Ligature : 1

Saignements : 17 < 6 mois : 5 6 - 12 mois : 2

13 - 18 mois : 3 > 18 mois : 7

Aménorrhée : 1 Effets indésirables : 2

- **Contraception choisie après retrait anticipé : 20**

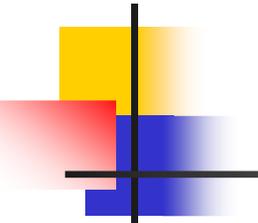
Pilule : 13

DIU : 3

Progestatifs : 1

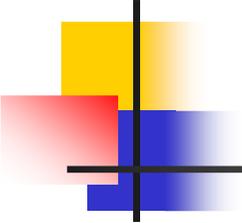
Retrait : 1

??? : 2



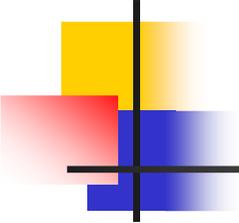
Au total, 3 ans après la pose

- 20 « échecs » de la méthode, *essentiellement à cause des saignements : traitement ?*
- 6 retraits pour raisons « physiologiques », *désir de grossesse, ménopause, ou pour décision contraceptive « radicale »*
- 4 perdues de vue
- 72 patientes toujours porteuses de l'implant :
 - très satisfaites : 50*
 - assez satisfaites : 17*
 - peu satisfaites : 5 (contrôle du cycle)*



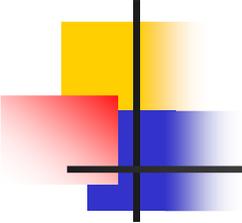
72 patientes arrivées au terme

- 60 poses d'un second implant
- 5 passages au *Miréna*
- 4 retours à la pilule
- 3 arrêts de contraception



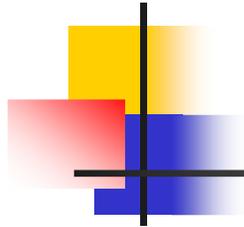
Cas particuliers

- 9 indications « *migraines sous pilule* »
- Dans 6 cas, aménorrhée
 - 4 cas : disparition des migraines
 - 2 cas : nette amélioration
- 2 retraits pour saignements
- 1 cas : cycles réguliers et persistance des migraines



Contraception post-IVG

- 2939 dossiers Lille et Roubaix
- Age moyen : 26.8 ans
- Pas d'IVG antérieure : 69.1%
- Sous EP : 23.9% (703)
- DIU cu : 0.9% (28)
- Miréna : 0.1% (2)

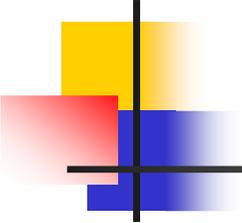


Contraceptions adoptées le j de l'IVG

- Pilule : 75.2% (2209)
- DIU cu : 8.3% (245)
- Miréna : 4.3% (125)
- Implant : 5% (148)

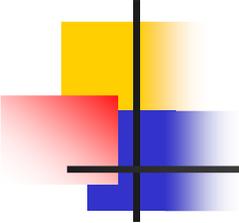
Contra indépendantes de l'observance instaurées lors de la cs de contrôle

- DIU cu : 55
- Miréna : 24
- Implant : 23



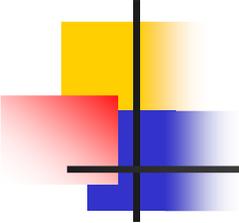
300 patientes avec DIU cu

- 136 réponses aux questionnaire
- 80% > 1an
- Très satisfaites : 57%
- Retraits anticipés : 28%
 - désir de G : 6
 - expulsion : 12
 - grossesse : 1
 - cancer du col : 1
 - effets indésirables : 18



149 patientes avec Miréna

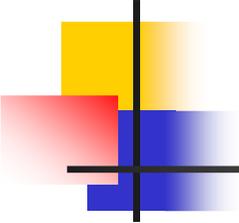
- 73 réponses aux questionnaire
- 85% > 1an
- Très satisfaites : 62%
- Retraits anticipés : 20%
 - désir de G : 4
 - expulsion : 4
 - effets indésirables : 7



171 patientes avec Implant

- 77 réponses aux questionnaire
- 80% > 1an
- Très satisfaites : 43%
- Retraits anticipés : 42%
 - désir de G : 7
 - effets indésirables : 26

1 an plus tard...



	Très satisfaites	Retraits
DIU cu	57%	28%
Miréna	62%	20%
Implant	43%	42%

Implant

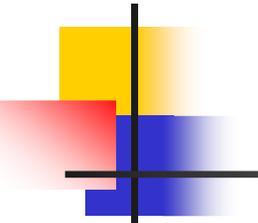
- **Contraception à proposer**

- Notamment en cas d'oublis fréquents de pilule
- Si bon contrôle habituel du cycle

- **Efficacité :**

- *France : 100 000 implants : 39 G, mais 30 absences d'insertion et 6 insertions à un moment inapproprié*
- *Australie : 3 premières années : 204 486 implants, 218 grossesses :*
 - *46 cas non documentés*
 - *45 grossesses débutées lors de la pose*
 - *19 insertions en 2ème partie de cycle*
 - *84 échecs d'insertion*
 - *3 expulsions*
 - *8 interactions médicamenteuses*
 - *13 « vrais » échecs*

- **Réversibilité**

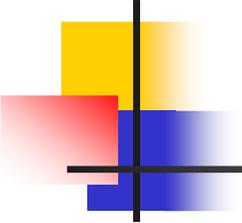


Implant

- **Contraception à négocier**
 - *Conséquences sur le cycle : refus de l'aménorrhée = principale contre indication*
 - *Autres CIO*
 - *Intérêt du « test Cérazette »?*

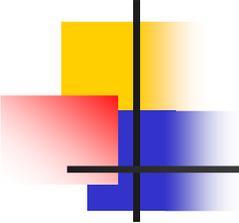
- **Contraception qui demande un minimum de technique**
 - *Pose, anesthésie*
 - *Retrait facile si pose adéquate*
 - *Sinon, repérage échographique*

- **Retrait plus rapide si BMI >25 ? : 2 ans ?**
- **Contraception qui n'exclut pas le suivi médical !**



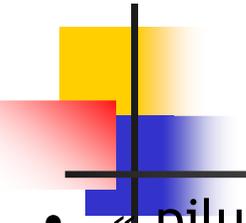
Implant

- Contraception à l'efficacité parfaite, indépendante de l'observance, longue durée, quasi sans CI, remboursée SS, discrète, qui ne touche pas au sexe et donne souvent une aménorrhée, mais...
 - ✓ *Avoir quelque chose dans le bras*
 - ✓ *Angoisse de la pose et du retrait*
 - ✓ *Les saignements...*
 - ✓ *Laisser le temps de la réflexion*



Evra : patch ep, 1/semaine, 3 sem/4

- « pilule » à 20µg d'EE
- Progestatif de 3ème génération : Norelgestromine
- I de Pearl : 0,88 (*relatif aux échecs : 0,7 et ↗ si obésité*)
- Oubli max : 48h
- Moins de spotting (8%), taux hormonaux constants
- Réelle meilleure observance ?
- Intérêt si troubles digestifs
- Gène fonctionnelle
- Timbre de reconnaissance
- Non remboursé SS



Nuvaring : anneau ep mis en place 3 sem/4

- « pilule » à 15 μ g d'EE
- Progestatif : étonogestrel (3ème génération)
- spotting : 4% (*significativement moins qu'avec des pilules à 15 γ*)

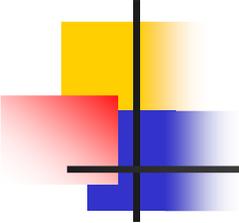
Milson et al, Hum Reprod, 2006, 21, 2304-11

Gruber et al, Treat Endocrinol, 2006, 5, 115-21

Ahrendt et al, Contraception, 2006, 74, 451-7

Sabatini et al, Contraception, 2006, 74, 220-3

- I de Pearl : 0,65 (*relatif aux échecs : 0,4*)
- Non remboursé SS
- Pas une contraception mécanique
- Acceptation d'un corps étranger vaginal :
 - mise en place et retrait
 - bonne connaissance de son anatomie
 - gène sexuelle, fenêtre de retrait : 3h
- Profil des utilisatrices



Nuvaring : *quand on le présente !?*

- Les réactions féminines :

Curiosité ou incrédulité (peu médiatisé)

Mécanisme d'action, efficacité, risques locaux

Mode d'emploi

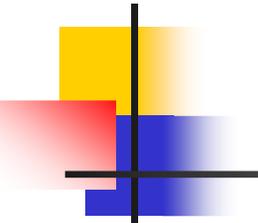
Risque de le perdre, gêne dans la vie courante

- Les réactions masculines :

Réserve ou retrait

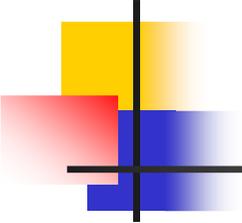
Gène sexuelle

Syndrome du lasso



Nuvaring : *mais tolérance très bonne...*

- Effets indésirables locaux :
 - sensation de corps étranger, problème lors des rapports, expulsion : 4,1%
 - mais interruption prématurée pour ces raisons : 2,6%
- Facilité de l'insertion et du retrait : 98%
- Contraception recommandable : 90%
- Perception au moins occasionnelle au cours des rapports :
 - 17% des femmes et 30% des hommes
 - mais 9 hommes sur 10 n'y voient pas d'inconvénient...



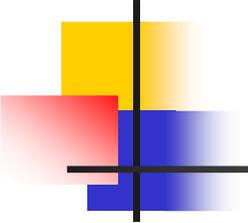
Patch et anneau vaginal

Pas moins de risque TEV

Cole et al, Obstet Gynecol 2007, 109, 339-46

Sitruk-Ware et al, J Clin Endocrinol Metab 2007, 92, 2074-9

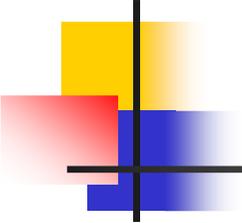
Rad et al, Am J Obstet Gynecol 2006, 19, 72-7



La palette des contra efficaces disponibles s'est considérablement élargie. La prise de conscience, par le médecin, d'une bonne approche de la prescription doit suivre !

Recommandations ANAES décembre 2004

- *Nécessité du dialogue avec les femmes sur la motivation et le choix de la contraception*
- *Accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelles*
- *Adapter la contraception au désir des femmes*
- *Prendre en compte le rôle du partenaire dans le choix*
- *Autoriser le stérilet chez les nullipares*

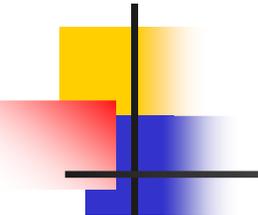


Et le nerf de la guerre ?

P. Madelenat, J. Crequat, février 2005

- 3,6 millions d'utilisatrices de pilule
 - 1,36 millions de stérilets
 - 560 000 utilisatrices (eurs?) de préservatifs
- *avec 600 millions d'euros, 40 mois de contraception aux femmes françaises*
- *fonctionnement optimal des 17 centres d'Orthogénie de l'APHP pendant 23 ans*

Vive le foot !

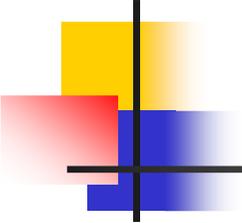


Et l'avenir ?

- Identification de gènes de régulation intervenant dans la reproduction
- Systèmes d'action prolongée : anneau vaginal annuel
- Mini Mirena® , Implanon NXT®
- Voie d'administration des hormones : gel transdermique, spray
- Autres estrogènes que l'EE : estradiol, valérate d'estradiol, estrétol (E4)
- Pilules à cycle étendu : de la plaquette à 35 cps...
... à la pilule annuelle : *LYBREL* (USA): 365 cps à 20 γ EE et 90 μ g de lévonorgestrel

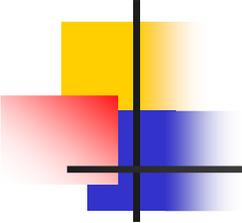
Archer et al, Contraception 2006, 74, 439-45

Johnson et al, Contraception 2007, 75, 23-6



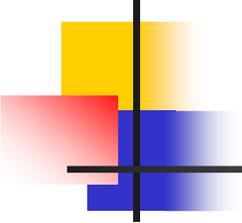
Contraception et IVG

1. La contraception hormonale
2. Les contre indications à la pilule
3. Épidémiologie et observance
4. Les DIU
5. Les contraceptions modernes
- 6. La contraception du post-partum**
7. La stérilisation
8. L'IVG



La contraception du post partum

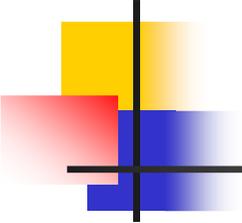
Période où sont souvent prises des décisions qui conditionnent l'avenir de la femme, sur les plans personnel, familial, professionnel... et contraceptif



La reprise des rapports

Série continue de 100 patientes, Lille, nov 2003

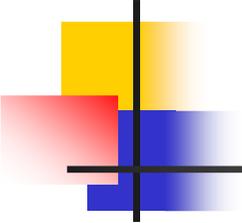
- Contacts hors coït : **moy = 3 sem** <4=56 4à8=34 >8=10
- Rapports vaginaux : **moy = 10 sem** <4=4 4à8=5 8à12=43
12à16=29 >16=19
- Délais non corrélés à : *l'âge, la parité, le type d'allaitement, la contraception*
- Délais corrélés à : *la difficulté d'obtention de la grossesse, l'arrêt des rapports pendant la grossesse, le mode et la qualité de l'accouchement (pas toujours retrouvé dans la littérature)*



La reprise des rapports

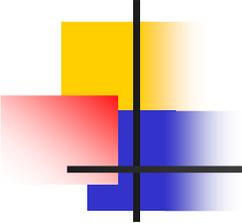
Etude écossaise *(Glazener 1997)*

- 1075 femmes avec partenaire, à 8 semaines :
 - 25 % n'ont pas de rapports*
 - 5% ont essayé sans succès*
 - 70% ont des rapports*
- Reprise à 6 semaines en moyenne (1-60)
- 90 % des femmes ont des rapports à 10 semaines



L'involution utérine

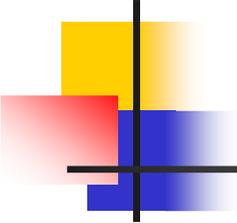
- Acquise en général à la fin du 1er mois
- Endomètre de nouveau réceptif à la stimulation hormonale vers le 25ème jour
- Délai d'insertion d'un DIU :
- 1mois, pour réduire les risques de perforation, d'expulsion ou d'infection
 - Lopes (1984)* *taux d'expulsion : 4,7 %*
 - indice de Pearl : 2,96 %*
 - taux de continuation : 88,8 %*
- pose juste après la délivrance *Grimes 2003*
- dans les 48h puis contre indication pendant 4 semaines pour DIU cu,
6 semaines pour SIU au LNG *ANAES 2004*
- 6 semaines *OMS 2000*



Le retour de la fertilité

Série continue de 1173 IVG, fév-déc 2001

- contraception «médicale» : 361 **31%**
- méthodes traditionnelles et locales : 292 **25%**
- aucune contraception : 520 **44%**
 - dont **25** patientes en post-partum : **2,13%**

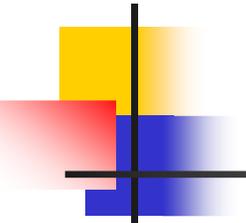


La fertilité selon l'allaitement

Si allaitement artificiel : *la 1ère ovulation survient en moyenne vers le 45ème jour, mais possible dès le 25ème*

Si allaitement maternel :

- *En théorie, l'hyperPRL met au repos la fonction gonadotrope hypophysaire, mais*
- *La fonction ovarienne peut reprendre au 2ème mois*
- *Une ovulation est possible à partir du 45ème jour*
- *L'ovulation est possible même en cas d'aménorrhée*
- *25 % d'ovulations à 12 sem, 65 % à 24 sem*



La MAMA

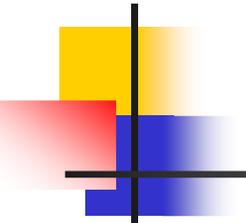
Étude slovène (Rojnik 1995) : patientes suivies 1 an après l'accouchement :

- 2% de G si aménorrhée et allaitement complet
- 7% de G si aménorrhée seule

OMS (1999) : si allaitement maternel exclusif et améno, risque de G : 1,2 % à 6 mois, 7 % à 12 mois

Dans notre contexte socio-médical, et compte-tenu de la fréquence des allaitements mixtes...

La contraception médicale est-elle superflue ?



Les réticences aux estroprogestatifs

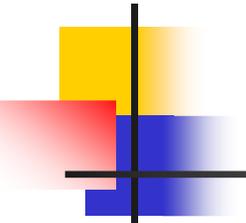
- Le risque thromboembolique est majoré par une hypercoagulabilité sanguine

→ *vrai, mais les 3 premières semaines*

- Passage des estrogènes au nouveau-né

→ *vrai, mais < 1% de la dose maternelle*

*pas de conséquence démontrée
chez le NN avec les pilules actuelles*



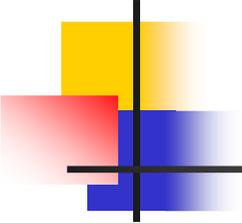
Les réticences aux estroprogestatifs

- Diminution de la quantité de lait, de la durée d'allaitement et modification de la qualité du lait

→ *non démontré avec les pilules actuelles*

Hormonal contraception during lactation : systematic review of randomized controlled trials, Truitt et al, Contraception 2003, 68, 233-238

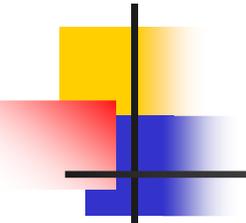
- ✓ 3 études avec OP retenues (méthodologie, suivi)
- ✓ *Semm 1966* pas d'effet sur la lactation
- ✓ *Miller 1970* diminution du volume et de la durée
- ✓ *Tankeoon OMS 1984* diminution du volume, mais pas de différence significative de la composition, ni de la croissance de l'enfant



Les réticences aux estroprogestatifs

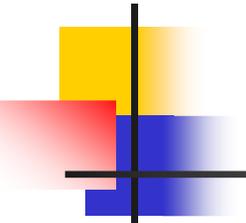
Au total, si absence de contre-indication, notamment vasculaire ou liée à une pathologie de la grossesse, les estroprogestatifs modernes sont envisageables

- *quelle pilule ? 20 µg ?*
- *à l'arrêt de la Bromocriptine*
- *si allaitement maternel : J 20 ?*
 - après 6 sem (OMS 2000) ?*
 - après 6 mois (ANAES 2004) ?*



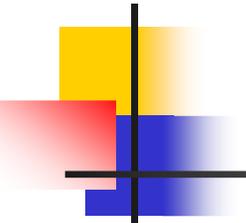
Les microprog restent les plus utilisés

- Pas de rôle sur les mécanismes thromboemboliques
 - *vrai* (Vasilakis1999, Kemmeren 2002, Conard 2004)
 - *même si réserve des hémobiologistes sur les progestatifs de 3ème génération, par assimilation à la polémique sur leurs effets en association avec les estrogènes*
 - *restent CI si accident thromboembolique veineux évolutif*
- Transmission au NN < 0,1%



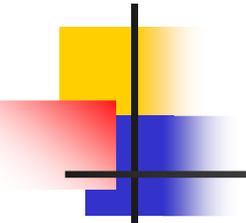
Les microprog restent les plus utilisés

- Pas d'effet sur la production et la composition du lait
 - ✓ *Fraser 91, Costa 92, Sinchai 95, Kelsey 96, Kovacs 96, Diaz 97*
 - ✓ *Bjarnadottir 2001 : 42 désogestrel 75 / 41 DIU, J 28 à 56*
 - protéines, lactose, triglycérides : idem*
 - transfert d'étonogestrel : 0,01 à 0,05µg / kg/j*
 - perte de poids maternel : idem*
 - 1 seul arrêt de désogestrel pour spotting*
- Aucun effet délétère sur la croissance et le développement du nourrisson
 - ✓ *Shaaban 1991 Darney 1995*
 - ✓ *Bjarnadottir 2001 : enfants suivis jusqu'à 2 ans et demi*



Les microprog restent les plus utilisés

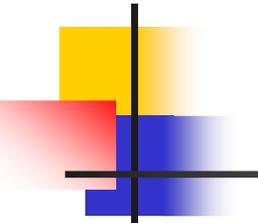
- Quel microprogestatif ?
 - *Microval pour son remboursement SS*
 - *Cerazette pour son effet anti-ovulatoire et sa meilleure efficacité*
+++ *Collaborative Study Group (1998) Rice (1999)*
- Quelle tolérance ?
 - *Moins de spotting si commencée pendant l'allaitement :*
Mc Cann (1994) Kovacs (1996) Collaborative Study Group (1998)



Les microprog restent les plus utilisés

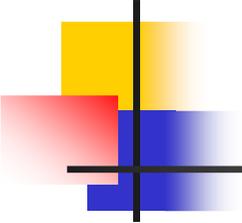
- Quand commencer ?
- *Si allaitement artificiel : J3, J10, à l'arrêt de la bromocriptine*
- *Si CI à la bromocriptine (essentiellement artérielles) : J10, J20*
- *Si allaitement maternel : vers J10, J20, en fonction de sa durée « prévue », dès qu'il n'est plus complet*

- *CI : cytololyse hépatique, ictère de la G, anti-épileptiques, millepertuis*
- Contraintes
- Utilisable au delà du Post-Partum ++



Et l'implanon ?

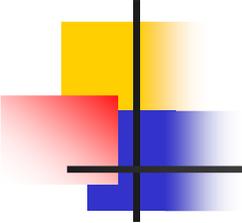
- Délivrance continue du même prog et pas les contraintes
- Pas ou peu d'effet sur l'hémostase
 - *vrai* : Egberg, 1998 : \uparrow antithrombine III et \downarrow facteur VII, résultats comparables à l'implant de levonorgestrel
 - mais pas d'étude du facteur V Leiden
 - reste contre indiqué si accident thr-emb en évolution
- Pas d'effet sur la lactation et le nourrisson
 - *probable mais peu d'études*



Et l'implanon ?

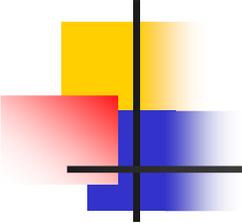
Étude thaïlandaise (*Reinprayoon 2000*) :

- 80 femmes allaitant de manière complète
- Entre J28 et J56, 42 implants vs 38 DIU
- Transfert d'étonogestrel :
 - 20ng/kg/j 1 mois après la pose
 - 10ng/kg/j 4 mois après
- Nécessité d'allait mixte et d'arrêt d'allait : idem
- Protéines, lactose et graisses : idem
- Saignements : idem
- Enfants : idem



Et l'implanon ?

- Quand le poser ?
 - Si allaitement artificiel : *J3 ? J20 ? à l'arrêt de la bromocryptine?*
 - Si allaitementt maternel : *J20 ? J45 ?*
- Tolérance ?
- Politique de contraception longue durée

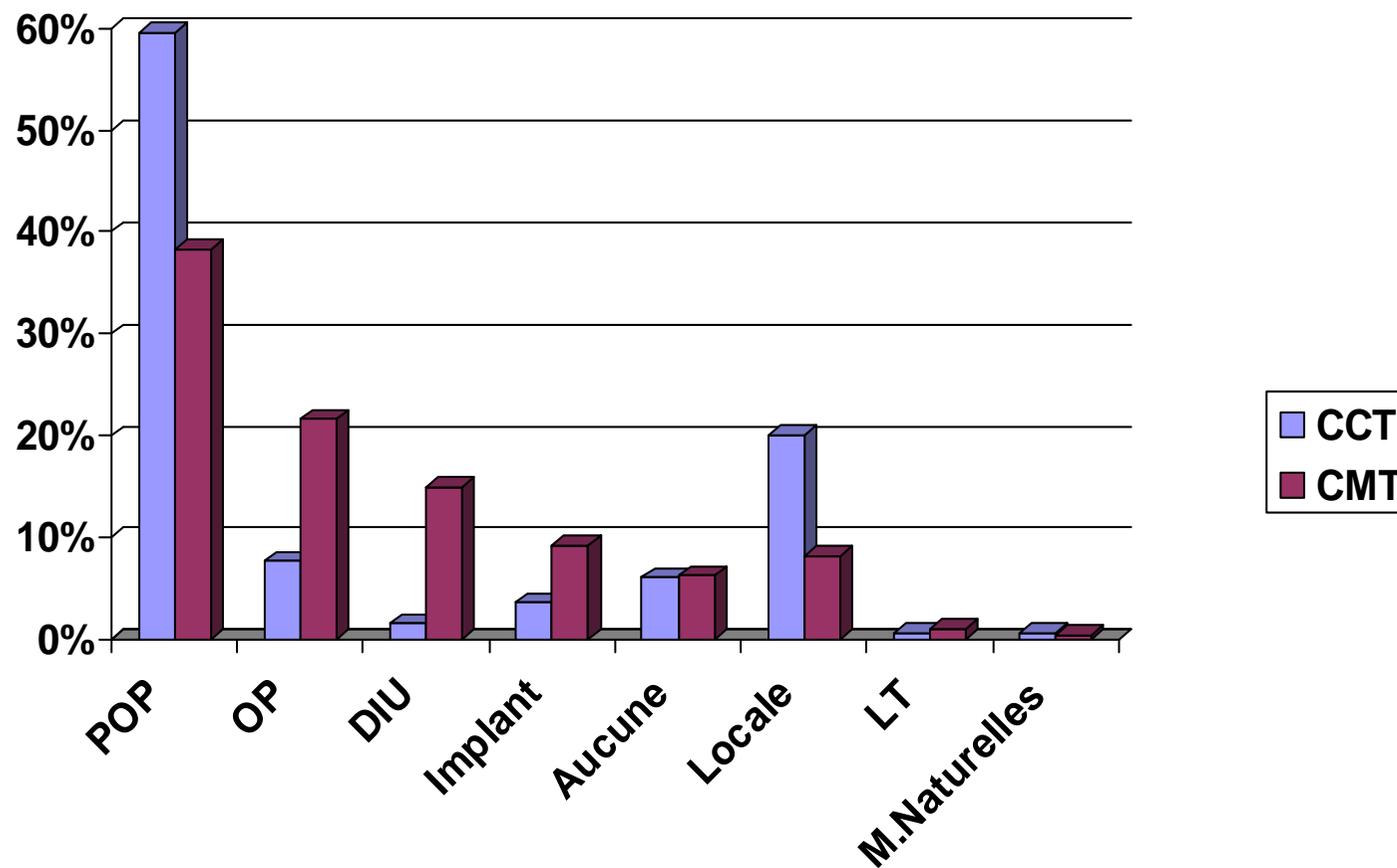


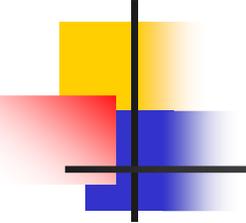
La contraception du PP en chiffres

- Étude prospective à visée descriptive et analytique
- 1010 patientes ayant accouché à la maternité Jeanne de Flandre entre janvier et avril 2006
- 992 patientes « renseignées »
- 233 auto-questionnaires récupérés à la sortie de la maternité
- 190 patientes re contactées 9 à 12 mois plus tard

Thèse C. Konaté, 2006

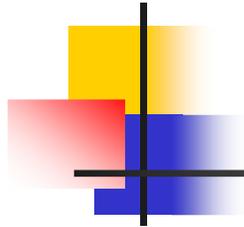
Contraception prescrite à court terme et envisagée à moyen terme





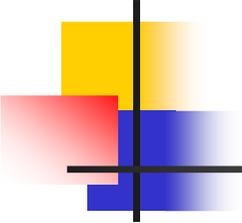
Satisfaction du mode de Contraception

- 89% des patientes satisfaites de leur contraception antérieure
- 98% des patientes satisfaites de la contraception prescrite
- 69% des patientes satisfaites 9 à 12 mois plus tard
- **Seules 29% des patientes ont continué la contraception prescrite**
- 25% des patientes ont changé 2 fois de contraception



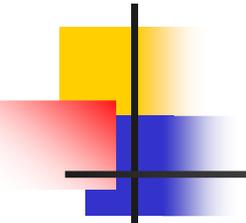
L'élargissement de la palette des contraceptions aujourd'hui disponibles fait que ce sont désormais elles qui doivent s'adapter aux femmes et à leurs souhaits, et non plus le contraire ...

... à condition de les informer, y compris dans une période où elles se croient volontiers infertiles.



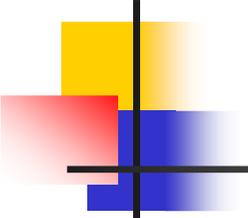
Contraception et IVG

1. La contraception hormonale
2. Les contre indications à la pilule
3. Épidémiologie et observance
4. Les DIU
5. Les contraceptions modernes
6. La contraception du post-partum
- 7. La stérilisation**
8. L'IVG



La Stérilisation : définition

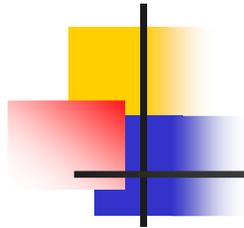
- « suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte d'autres fonctions sexuelles ou endocrines »
- permanente et en principe définitive
- ne modifie pas l'équilibre hormonal de la patiente
- s'oppose ainsi à la contraception temporaire et à la castration



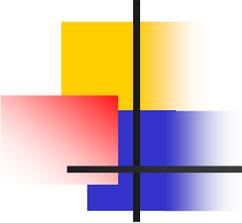
La loi du 4 Juillet 2001

- Jusqu'en 2001, la France était le seul état n'autorisant pas la stérilisation volontaire
- Depuis 2001, la loi autorise la stérilisation d'une personne majeure exprimant une volonté libre, motivée et délibérée
- Elle interdit la stérilisation chez la personne mineure atteinte ou non d'une altération mentale
- Pour les personnes majeures incapables de discernement, comité d'experts
- La nécessité d'un acte chirurgical décidé et confirmé après quatre mois de réflexion
- La remise d'un dossier d'information
- La liberté de refuser pour le médecin

La loi du 4 Juillet 2001

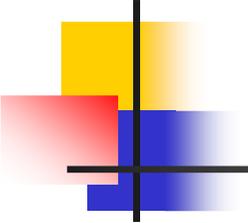


- **AVANT le 4 Juillet 2001**
 - Pas légale
 - Considérée comme une mutilation
 - Nombreux procès
 - De nombreuses précautions
- **APRES le 4 Juillet 2001**
 - Légale : Article L.2123-1
 - Minimum 18 ans
 - Information écrite
 - Établissement de santé
 - Délai de réflexion 4 mois
 - Consentement écrit des patients ou patientes
 - Le chirurgien peut refuser lors de la 1ère consultation
 - Juge de tutelle pour les Handicapés



Remarques

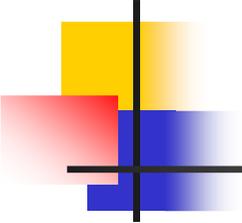
- La loi est non restrictive en ce qui concerne l'âge et la parité pour les personnes majeures
- Cette demande ne devrait être acceptée que chez des femmes de plus de 35 ans, pour diminuer les regrets ???
- Les rapports Nisand et Cocon montrent que près de 40% des IVG (40 à 50 000 par an) concernent des patientes de plus de 35 ans
- Peu de femmes ayant eu une stérilisation parviennent à une dé stérilisation ou une FIV (1,5 à 2,2 % des regrets) et seule 1 sur 4 mettra un enfant au monde
- Importance du caractère DEFINITIF



Les Indications

1. Les indications médicales

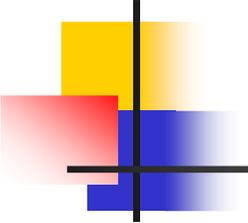
- Affection médicale : *cardiopathie sévère, pneumopathie majeure, HTA non contrôlée, endocrinopathie, diabète, hypercorticisme, hyperthyroïdie sévère...*
indications classiques mais exceptionnelles aujourd'hui
- Affection obstétricale : Ut cicatriciel : *Césarde haut rang : segment inférieur, âge de la patiente, indic de la césar, désir du couple, état de l'enfant à la naissance*
- Affection psychiatrique : *Risque de décompensation de la maladie ou danger pour la descendance. Avis du psychiatre*
- Indication chromosomique et génétique : *Avis des généticiens. Fonction du risque de transmission, des possibilités de diagnostic anténatal et du désir du couple*



Les Indications

2. Les indications de confort

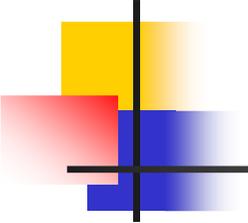
- Il s'agit, en France, de la majorité des indications.
(75 % CNGO)
- Environ 70 000 stérilisations tubaires par an en France.



Les conséquences de la stérilisation

1. Physiques

- Apparition secondaire de troubles gynécologiques variés dans les années suivant l'acte (mais tous n'ont pu être démontrés) :
 - troubles des règles 59 %
 - dysménorrhée : 29%
 - douleurs pelviennes : 25%
- Interprétation difficile en raison :
 - *de leur caractère très subjectif, surtout du fait des conséquences psychologiques de la stérilisation elle-même*
 - *du rôle d'une éventuelle contraception antérieure*
 - *de l'évolution, avec le temps, d'une éventuelle pathologie gynécologique*
 - *les conséquences physiques de la stérilisation n'apparaissent que plusieurs années après celle-ci*

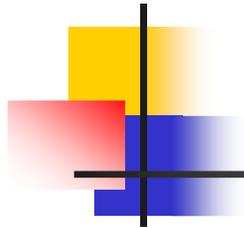


Les conséquences de la stérilisation

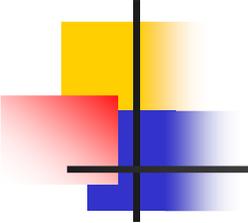
2. Psychosexuelles

- *Chez la maj des femmes la stérilisation a un effet plutôt favorable*
- *Ne pas vouloirNe pas pouvoir*
- *Du toujours possible..... au désormais impossible*
- *Les réactions négatives de regrets sont de l'ordre de 3 à 8%*
- *L'état psychologique est amélioré dans 70% des cas, la vie sexuelle dans 30 à 45%*
- *Perte de la féminité # perte de la fonction de procréation : 5 à 10% état d'irritabilité ou d'anxiété*
- *10% détérioration de la vie sexuelle (baisse de la libido et de la satisfaction sexuelle)*
- *Notion de regret : le jeune âge de la patiente et le divorce*

La stérilisation tubaire : les techniques

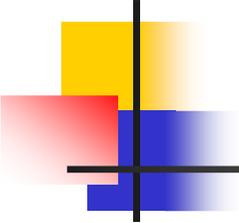


TECHNIQUES CHIRURGICALES CLASSIQUES	ENDOSCOPIES
<p data-bbox="387 799 819 847">VOIE ABDOMINALE</p> <p data-bbox="259 895 1072 1002"><i>Laparotomie (en cours de césarienne)</i> <i>Mini-laparotomie (post- partum)</i></p>	<p data-bbox="1346 751 1675 799">COËLIOSCOPIE</p> <p data-bbox="1234 847 1839 1126"><i>Pneumopéritone</i> <i>Open-cœlioscopie</i> <i>Electrocoagulation, section,</i> <i>anneaux de Yoon, clips de</i> <i>Filshies, Hulkas</i></p>
<p data-bbox="465 1230 831 1278">VOIE VAGINALE</p> <p data-bbox="499 1342 748 1390"><i>Colpotomie</i></p>	<p data-bbox="1330 1230 1715 1278">HYSTEROSCOPIE</p> <p data-bbox="1442 1342 1603 1390"><i>ESSURE</i></p>

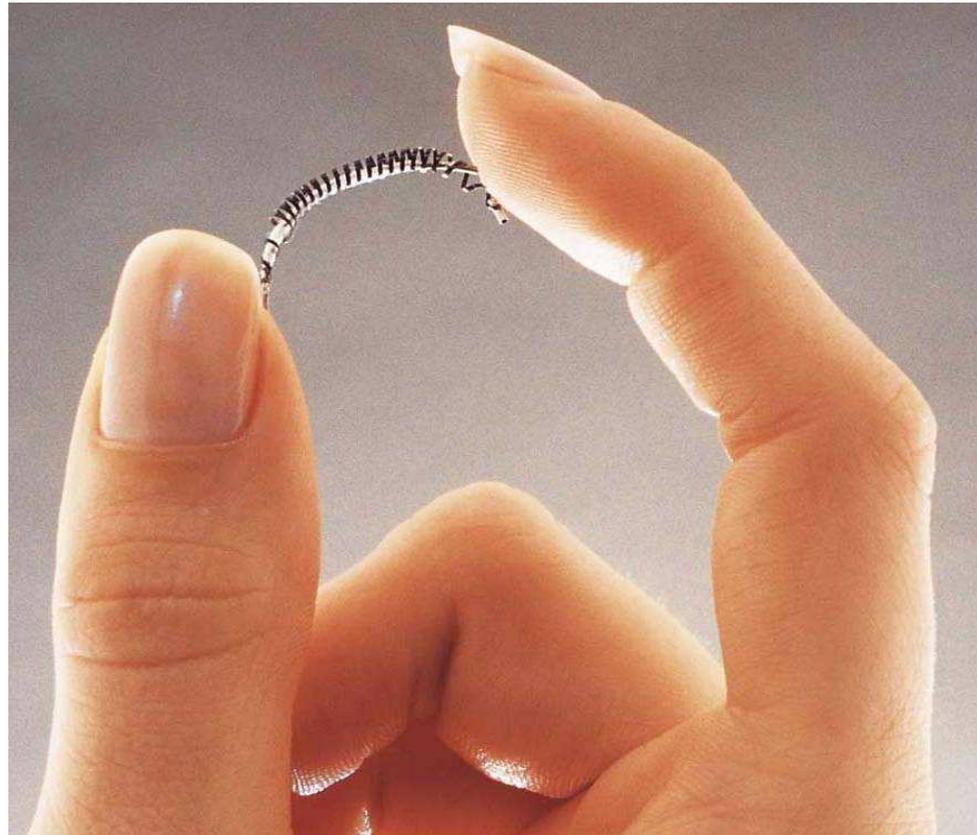


La stérilisation par coelioscopie

- La technique encore la plus utilisée en France
- Les échecs sont très faibles mais ne sont pas nuls
- Mortalité 2 à 6 pour 100 000, dans un cas sur deux une cause anesthésique
- Les complications peropératoires sont estimées à 0,15%, les laparotomies de conversion à 0,9%
- Avantages : stérilisation immédiate
- Inconvénients : hospitalisation de plus de 24h, arrêt de travail d'une semaine, incisions et donc cicatrices
- Les études de Peterson ont quantifié le taux d'échec à 10 ans à 18,5 pour 1000 toutes méthodes confondues (hors ESSURE)
- Yoon : 17,7 ‰, clips : 36,5 ‰, coag.bipolaire : 24,8 ‰
- G.E.U. : 7,3‰



LA TECHNIQUE ESSURE SOUS CONTRÔLE HYSTEROSCOPIQUE



La technique ESSURE



Procédure non invasive, pratiquée en ambulatoire, sans anesthésie



Elle consiste à placer par hystérocopie un implant dans chacune des trompes



Ces implants contiennent des fibres de polyéthylène qui vont progressivement obturer les trompes définitivement (réaction inflammatoire localisée)



Contrôle à 3 mois



Contraception 3 mois



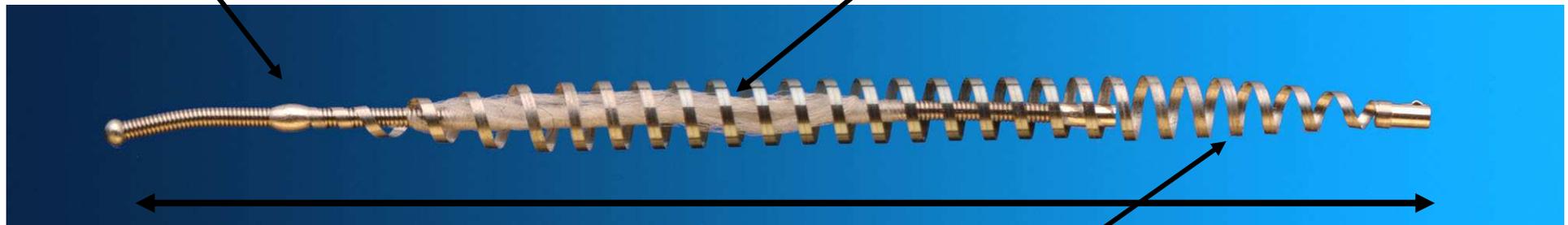
Le dispositif ESSURE

Micro-implant déployé

Dispositif central

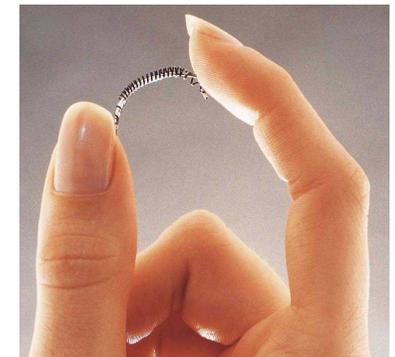
Fibres de polyéthylène

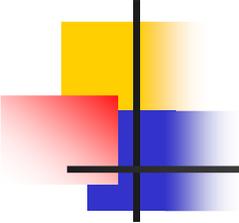
1,8 mm Ø



4 cm

Spirales externes en Nitinol





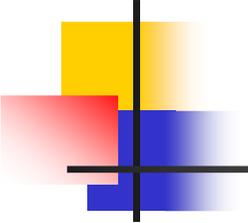
Mécanisme d'action

- **OCCLUSION** par réaction tissulaire bénigne dans la section interstitielle des trompes, croissance d'un tissu conjonctif
- Contraception alternative obligatoire pendant les 3 mois nécessaires à l'obturation des trompes (contraception habituelle sauf dispositif intra-utérin)



LE SYSTEME ESSURE ET SON APPLICATEUR





Avantages

- Technique simple (expérience de l'hystérocopie)
- Bien tolérée, absence de douleur non supportable dans les suites de l'intervention
- Pas d'anesthésie générale
- Permet de ne pas interrompre la vie sociale
- Grande tolérance à long terme
- Taux élevé de satisfaction des intéressées
- Excellente efficacité, aucune grossesse* après 5 ans
- Dans le monde, plus de 50 000 femmes en ont bénéficié
- Taux de complication très faible, sans gravité
- Conditions de sécurité supérieures à celles de la technique de référence actuelle : la coelioscopie
- Prise en charge par la CNAM (février 2005 voir conditions)

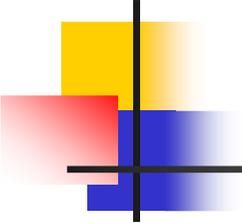
* Aucune méthode de contraception n'est fiable à 100%



Photo Dr Vleugls

Ni spéculum ni pozzi

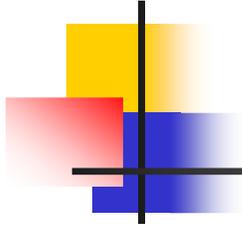




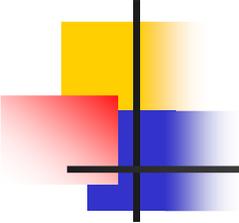
Contre Indications

- Patiente incertaine de vouloir mettre fin à sa fertilité
- Grossesse ou suspicion de grossesse
- Post-partum immédiat (- de 6 semaines)
- Infection pelvienne évolutive ou récente
- Cervicite aiguë non traitée.
- Saignements inexplicables
- Lésion gynécologique maligne (suspectée ou diagnostiquée)
- Malformation connue du col, de l'utérus, des trompes
- Corticothérapie en cours. Allergie au nickel

H.A.S. 31.10.07

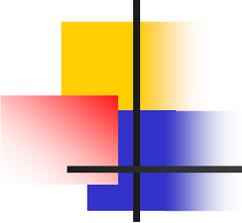


- *Indication : femmes majeures en âge de procréer souhaitant une stérilisation tubaire permanente comme moyen de contraception définitif et irréversible*
- *Chez la femme autour ou après 40 ans, Essure peut être proposée comme technique en première intention (12.05.04 : si abord coelioscopique risqué)*



LA VASECTOMIE

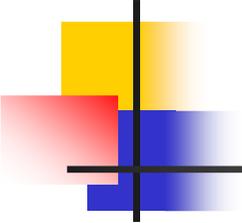
- 1ère vasectomie : *Hunter 1775*
- indication médicale
Isnardi 1896 "Fontaine de Jouvence"
- indication sociale
Oschner 1899 *Sharpe 1902*
"Lois eugéniques" 1920-1930
- stérilisation à visée contraceptive
USA dès 1960 Planning 1968



Place de la vasectomie

- Monde : 5 % des hommes ont une vasectomie
*140 millions de ligatures tubaires pour
40 millions de vasectomies*

	Ligature	Vasectomie
USA	22	13
GB	14	12
NE	14	12

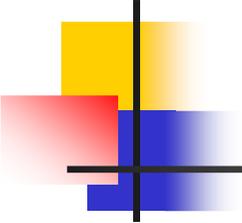


Techniques

- Anesthésie
- Abord : scrotal classique
non-scalpel vasectomy
mais courbe apprentissage + + +

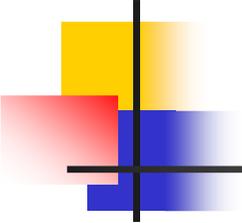
Labreque Barone 2004, Cuzin 2004

- Associant + / -
 - * ligature (fil, clip...)
 - * cautérisation
 - * enfouissement
 - * résection (> 15 mm)
- Plus haut situé



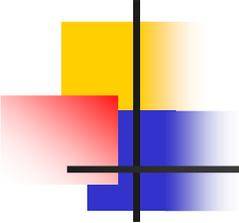
Complications

- Hématome 1 - 2 %
- Infection 0 - 2,5 %
- Epididymite 0 - 2 %
- Granulome 1 - 40 %
- Douleurs 3 - 60 %
- Complications tardives : cancer de la prostate, du testicule, athéromatose : non



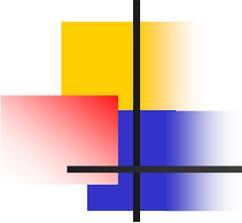
Résultats

- < 0,1 % grossesse *Sokal 2000*
- Azoospermie ou < 100 000/ml, immobiles
 - 99 % à 24 semaines *Barone 2004*
 - mais au moins 50 vasectomies par an
- Reprise si > 100 000 spz mobiles (*Benger, Labreque, Barone*)
Sinon, risque < celui de la reperméabilisation spontanée
- Refaire spermogramme labo de BdR



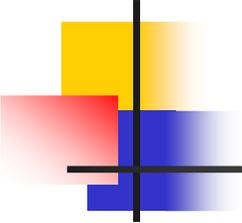
Conditions légales

- Majeur, motivé, éclairé
 - avec information complète
- Acte chirurgical
- Médecin doit :
 - * informer avec remise de dossier
 - * délai de réflexion de 4 mois
 - * consentement écrit à la 2ème consultation
 - * si refus du médecin à la 1ère consultation
 - * Autoconservation ? PSA ?



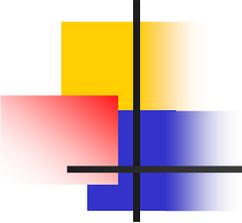
Contraception et IVG

1. La contraception hormonale
2. Les contre indications à la pilule
3. Épidémiologie et observance
4. Les DIU
5. Les contraceptions modernes
6. La contraception du post-partum
7. La stérilisation
- 8. L'IVG**



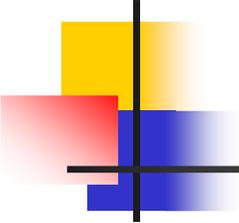
La loi du 4 juillet 2001

- Délai légal : 14 SA
- Fin des « 3 mois de résidence »
- Consultation sociale non obligatoire (sauf mineures)
- Consentement parental non obligatoire
- Stérilisation



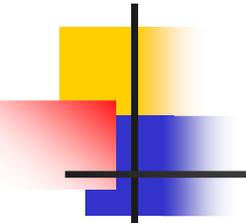
L' IVG à domicile

- Décrets du 3 mai 2002 et du 1er juillet 2004
- Arrêtés du 1er juillet 2004 et du 23 juillet 2004
- Circulaire du 26 novembre 2004



L' IVG à domicile

- Uniquement méthode médicamenteuse < 7SA
- Médecins justifiant d'une expérience prof adaptée
 - Soit qualification universitaire en gynécologie médicale ou gynéco-obstétrique*
 - Soit pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement*
- Convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG

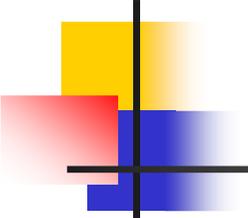


L' IVG à domicile

- Les médicaments

approvisionnement : *commande à usage professionnel
auprès d'une pharmacie d'officine*

prise : *en présence du médecin lors des consultations,
pas de prise à domicile*



L' IVG à domicile

Forfait IVG en ville : 191,74 euros / remboursement SS 70% / pas de dépassement d'honoraires

- Médecin : *Mifégyne* : 76,37 les 3 cps
Gymiso : 15,37 les 2 cps (Cytotec : 0,65)
- 4 consultations : *consentement*
2 prises de médicaments
contrôle
- N'inclut pas : *1ère consultation préalable*
analyses biologiques
échographies