

# LA CONTRACEPTION

## DOSSIER DOCUMENTAIRE

*Document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles*

MARS 2017

Document réalisé par : Dr Magnani Claude coordonnateur des groupes qualité Normandie

Lecture : Dr Mairesse Jean Pierre coordonnateur des groupes qualité Normandie

## PROBLEMATIQUE :

La contraception est l'ensemble des méthodes permettant d'empêcher la survenue d'une grossesse non désirée et d'essayer de diminuer le nombre d'IVG de l'ordre de 200 000 chaque année. En France, plus de 2 femmes sur 3 utilisent un moyen de contraception. Malgré un dénigrement excessif, un souhait du tout naturel et des maladroites de communication sur des risques mal évalués, la contraception œstro-progestative garde une place majeure dans l'arsenal contraceptif du fait de son efficacité, de sa tolérance, de ses bénéfices non contraceptifs et des pathologies évitées.

Le rôle du médecin est en particulier :

- D'informer la patiente sur les avantages, les inconvénients et les échecs de la méthode retenue ;
- D'éliminer les contre-indications éventuelles et de proposer le produit le plus adapté à la patiente.
- D'informer sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
- De tenir compte des facteurs culturels, médicaux, périodes de la vie...

## **EFFICACITE ET CLASSIFICATION :**

### **Efficacité des principales méthodes contraceptives.**

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'Indice de Pearl (IP) : R, qui est le nombre de grossesses « accidentelles » x 1 200 / nombre total de mois d'exposition (tableau 1). À titre d'exemple, R = 2 veut dire que 2 femmes sur 100 soumises à la méthode pendant 1 an ont été enceintes au cours de cette période d'exposition.

Tableau 1 : Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives

<b>Méthode</b>	<b>Indice de Pearl</b>
Œstroprogestatifs combinés	0,15-0,45
Microprogestatifs	0,5-2
Dispositif intra-utérin	0,3-2
Préservatifs	0,6-8
Ovules	6-8
Spermicides	1-6
Tampons, éponges	3-5
Contenance périodique	15
Implanon	± 0

### **Classification**

Je vous propose plusieurs chapitres :

- ✚ La classification de la revue de gynécologie obstétrique (GENESIS) de mars/avril 2016,
- ✚ Puis dans un autre chapitre revenir sur les recommandations :
  - En fonction de la période de la vie génitale ;
  - En fonction de l'association avec certains médicaments
  - La contraception par rapport aux pathologies.

Il existe trois types de contraception :

- ✚ **Les contraceptions au « coup par coup » ou naturelles :**
  - Les préservatifs masculins ou féminins,
  - Les rapports programmés (Ogino), le retrait, l'observation de la glaire, etc.
  - Le taux de grossesse annuel varie de 15 à 40% du fait principalement de problème d'observance.
- ✚ **Les contraceptions à courte ou moyenne durée d'action** (Short Acting Reversible Contraception – SARC) : Ce sont :
  - Les pilules progestatives pures (Progestin Only Pills (POP)),
  - Les contraceptifs œstroprogestatifs (OP),
  - Les anneaux et les patchs (Pills, Patches and Ring (PPR)).
  - Le taux d'échec de ces SARC est de 6% par an environ.
- ✚ **Les contraceptions de longue durée d'action** (Long Acting Reversible Contraception – LARC). Ils sont représentés par :
  - Les dispositifs intra utérins (DIU),
  - Les systèmes intra utérins (SIU) libérant localement du lévonorgestrel (LNG) (Mirena® et Jaydes®),
  - L'implant libérant du 3 keto desogestrel (Nexplanon®)
  - Les injections retard de médroxyprogestérone acétate (DMPA), peu utilisées en France pouvant, aux USA, être associées à un œstrogène.
  - Le taux d'efficacité de ces LARC est très élevé 99,5% environ.
- ✚ **Les stérilisations, ligatures des trompes ou des déférents ou les implants tubaires** (Essure®) ne sont pas à proprement parler des contraceptions car irréversibles.

Il a beaucoup été question des risques liés aux SARC, avec une médiatisation et une politisation exagérées conduisant à des arrêts malencontreux, provoquant 10 000 IVG supplémentaires en 2013.

Aucune des méthodes médicales n'est dénuée de risque. On évalue :

- À une perforation pour 1 000 poses de DIU
- À 1/100 le risque infectieux dans l'année de la pose.
- Avec les OP le risque de phlébite est de 4/10 000 et le risque artériel est très faible.

Il est indiscutable que le rapport bénéfice/risque des contraceptions médicales est positif quelles qu'elles soient.

**Ainsi la contraception la moins risquée est celle que la femme choisira et poursuivra.**

### **Les contraceptions à courte ou moyenne durée d'action :**

Elles concernent les oestro progestatifs et les progestatifs purs  
Elles sont représentées par les pilules, les patchs et l'anneau vaginal.

#### **LES OESTROPROGESTATIFS**

**Dans le bilan clinique**, l'interrogatoire reste le plus important :  
Méfiance après 40 ans+++

Antécédents familiaux, personnels, obstétricaux et gynécologiques (maladie thromboembolique, tabac, diabète, HTA, pathologies cardiaques et hépatiques ; obésité morbide ; gravidique, diabète gestationnel, troubles du cycle ...)

L'examen clinique et paraclinique (glycémie et bilan lipidique à répéter après 3 à 6 mois de prise d'OP)

Tout cela dans le but de rechercher **les contre-indications** :

✚ Absolues :

- Antécédents thromboemboliques, troubles du métabolisme des lipides, cancer, HTA mal contrôlée, lupus, migraines avec aura dont ophtalmique, valvulopathie, trouble du rythme thrombogène
- Les thrombophilies génétiques ou acquises.
- Le post partum avant 5 semaines.
- Le port d'un plâtre d'un membre inférieur
- Une intervention thrombogène (os, petit bassin)
- Antécédents d'ictère cholestatique dont l'équivalent est le prurit gravidique ;
- La prise concomitante de tuberculostatiques (*rifampicine*), d'anticonvulsivants inducteurs enzymatiques (*Gardéнал*, *Tégréтол*, etc.), de millepertuis, du fait d'un risque d'inefficacité

✚ Relatives :

- Varices importantes, antécédents psychiatriques, antécédents de spanioménorrhée, fibromes, mastopathies bénignes, diabète insulino-dépendant, obésité.
- Quant au tabac, il est difficile de l'interdire chez les jeunes, mais au-delà de 35 ans, l'association tabac-pilule est dangereuse pour les risques cardiovasculaires et doit figurer dans les contre-indications.

### Les œstrogènes :

- ✚ L'œstrogène le plus fréquent est l'**éthinyloestradiol (EE)**, œstrogène de synthèse très puissant métabolisé par le foie où il provoque la stimulation de la production de protéines hépatiques et de ce fait, un état pro-coagulant (augmentation de la production des facteurs 7 et 10 et du fibrinogène, diminution de la protéine S et de l'antithrombine 3).
- ✚ L'**œstradiol**, plus récent, semble avoir un profil plus favorable sur l'effet pro-coagulant mais les études sont essentiellement pharmacologiques et on ne possède pas encore de données cliniques suffisantes.
- ✚ L'EE est présent à la dose de 15 à 50 microgrammes dans la pilule
- ✚ L'œstradiol entre 1 et 3 milligrammes.
- ✚ L'œstrogène exerce également une action anti-androgénique due à la stimulation de la production de la " sex hormone binding globulin " (SHBG) qui va lier les androgènes circulants.
- ✚ Depuis peu (2009), une pilule à l'**œstradiol naturel** est disponible en France (*Qlaira*) et associe le valérate d'œstradiol et un progestatif de synthèse de 3e génération (le *diénogest*).

### Les progestatifs : classés en " générations ".

- ✚ La 1re comprend l'acétate de noréthistérone,
- ✚ La 2e le lévonogestrel et le norgestrel,

- ✚ La 3e le désogestrel et le gestodène,
- ✚ La 4e la drospirénone et le diénogest.
- ✚ Il existe également des progestatifs dérivés de la progestérone tels que l'acétate de cyprotérone, l'acétate de chlormadinone et l'acétate de nomégestrol employés pour leurs actions non-contraceptives (action anti-androgénique, anti minéralocorticoïde).

Classe	Estrogène	Progestatif	Spécialités	
C1G	EE (35 µg)	Noréthistérone	Triella®	
C2G	EE (20, 30 ou 40 µg)	Lévonorgestrel	Adepal®, Amarance®, Daily Gé®, Evanecia®, Leeloo®, Lovavulo®, Ludeal Gé®, Minidril®, Optidril®, Optilova®, Pacilia®, Trinordiol®, Zikiale®	
	EE (50 µg)	Norgestrel	Stediril®	
C3G	EE (20 ou 30 µg)	Désogestrel	Desobel®, Varnoline Continu® et EE/désogestrel Biogaran®	Cycleane®, Mercilon®, Varnoline®
	EE (15, 20, 30 ou 40 µg)	Gestodène	Carlin® Efezial® et EE/gestodène	Harmonet®, Meliane®, Melodia®, Minesse®, Minulet®, Moneva®, Optinesse®, Phaeva®, Triminulet® et neuf génériques *
	EE(35 µg)	Norgestimate	-	Cilest®, Effprev®, Triafermi®, Tricilest®

Autres COEP	EE (30 µg)	Chlormadinone	Belara®
	EE (20 ou 30 µg)	Drospirénone	Belanette®, Convuline®, Drospibel®, Jasmine®, Jasminelle®, Jasminelle Continu®, Rimendia®, Yaz®, EE/drospirénone
	Estradiol (1,5 mg)	Nomégestrol	Zoely®
	Valérate d'estradiol (3/2/1 mg)	Diénogest	Qlaira®

## Les bénéfices non contraceptifs et les risques des contraceptifs oestro-progestatifs

### A/ Les BNC :

- ✚ **Les BNC communs à tous les OP**, comme une baisse globale de la mortalité, l'amélioration de la régularité du cycle, moins de syndrome prémenstruel, moins de dysménorrhée, **moins de cancer de l'ovaire**, du colon et de l'endomètre, moins d'anémie par perte martiale, moins de fibromes, prise en charge de l'endométriose, de

l'adénomyose, moins de perte osseuse en péri ménopause, moins de syndrome climatérique ...

✚ **Les BNC dont l'importance varie suivant le type d'OP :**

- Le contrôle du cycle : les OP dosés à 30-35 donnent un meilleur contrôle du cycle que ceux dosés à 15-20mcg. La seule exception est l'anneau vaginal qui, malgré ses 15mcg, donne le meilleur contrôle du cycle. Ce paradoxe a été attribué tantôt à la stabilité de la pharmacocinétique, tantôt à l'effet de premier passage utérin.
- L'effet anti androgène : amélioration de l'hyperandrogénisme

**B/ Les risques sont principalement vasculaires, veineux et artériels**

- ✚ Les risques artériels, surtout avec les OP dosés à 50mcg et aux prescriptions à des femmes ayant des contre-indications ou des facteurs de risque. **L'association de deux facteurs de risque devient une contre-indication** : âge supérieur à 35 ans, tabagisme, antécédents familiaux d'accidents précoces, morphotype androïde, diabète de type 1, migraines.
- ✚ Le risque de thrombose veineuse est plus fréquent, 4 cas pour 10 000 utilisatrices par an. **Là encore, deux facteurs de risque deviennent une contre-indication** : âge supérieur à 35 ans, surpoids dès un IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>, antécédents familiaux surtout au premier degré survenant chez des sujets jeunes sans facteur de risque, maladies inflammatoires, post-partum avant 12 semaines, ovaire poly-kystique.
- ✚ Même si le risque relatif (RR) de TEV pour les utilisatrices d'OP est augmenté de trois à six fois, le risque absolu reste faible (1 à 3 femmes sur 10.000/an pour les non-utilisatrices versus 3 à 13 pour les utilisatrices). Il faut également le mettre en parallèle avec le risque relatif durant la grossesse (5 à 20 femmes sur 10.000/an) ou en post-partum (40 à 65 femmes sur 10.000/an).
- ✚ En ce qui concerne les risques artériels (accidents cérébro-vasculaires ischémiques et infarctus du myocarde) il ne semble pas y avoir de différence entre le type de progestatif utilisé (2e ou 3e génération) mais bien avec la dose d'éthinylestradiol contenue dans les OP (dose de 20 microgrammes, 30-40, 50 avec un RR respectif de 1,40 ; 1,88 et 3,73)

**Mais n'oublions pas que le vrai risque des contraceptifs est leur absence, en effet les risques de grossesse et d'IVG sont supérieurs à ceux des contraceptions, toutes les contraceptions sont à risque.**

**LES PROGESTATIFS**

✚ **Les micropilules**

- Entraînent essentiellement une modification de l'endomètre de la glaire, et facultativement une action sur les sécrétions de LH et FSH.
- Elles sont administrées en non-stop 30 j/30 qu'il s'agisse de Milligynon, Microval (la seule remboursée par la Sécurité sociale), Cérazette (avec un progestatif de 3e génération au désogestrel qui entraîne dans plus de 95 % des cas un blocage de l'ovulation)

✚ **Les macroprogestatifs** : Lutényl, Surgestone 500, Lutéran 10. Ils n'ont pas l'AMM dans cette indication.

✚ Avec la micropilule, 3 patientes sur 10 présenteront des troubles du cycle, soit aménorrhée soit spotting continuel, des mastodynies ou des douleurs pelviennes.

- ✚ La micropilule est essentiellement conseillée en cas de contre-indication vasculaire et métabolique aux oestroprogestatifs.

### LE PATCH

- ✚ Il contient du norelgestromine, et de l'éthinylestradiol pour EVRA® et éthinylestradiol plus gestodène pour LISVY®
- ✚ Il délivre une dose quotidienne de principe actif.
- ✚ L'administration est hebdomadaire, avec pour conséquence une amélioration de l'observance contraceptive, proche de 90%.
- ✚ Un cycle = 3 patchs à changer toutes les semaines ; pas de patch la 4e semaine.
- ✚ Le patch contraceptif peut être appliqué sur n'importe quel endroit du corps (épaule, dos, ventre, cuisse...), excepté sur les seins.
- ✚ Les patchs contraceptifs ne sont pas remboursés.
- ✚ Leur prix conseillé est de 15 euros par cycle (soit une boîte de 3 patchs).

### L'ANNEAU VAGINAL

- ✚ Il contient 11,4 mg d'étonogestrel et 2,6 mg d'éthinylestradiol libérant 120 µg d'étonogestrel et 15 µg d'éthinylestradiol par jour.
- ✚ Il est inséré dans le vagin par la patiente et peut rester en place durant 3 semaines
- ✚ Une semaine de pause (et apparition des saignements) et
- ✚ Remise d'un nouvel anneau après la semaine d'arrêt.
- ✚ Risque de TEV soit identique à celui des OP de 3e et 4e générations (RR de 6,5 par rapport à une patiente sans contraception).

## Les contraceptions de longue durée d'action

Ils sont représentés par les dispositifs intra-utérins et les implants.

### Dispositifs intra utérins :

25 % d'utilisatrices en cas de souhait contraceptif.

Deux types : au cuivre ou au progestatif (levonogestrel)

**Insertion :** les DIU peuvent

- ✚ Se poser en fin de règles et avant le 14<sup>e</sup> jour si la patiente est sans contraception ;
- ✚ Être placé théoriquement immédiatement après une IVG ou après un accouchement, même par césarienne, mais les complications sont alors plus fréquentes. En Europe, attendre 6 semaines ou le retour de couches après un accouchement normal est la règle ;
- ✚ S'utiliser en contraception d'urgence après un rapport non protégé, jusqu'à 5 jours après.

### **Les contre-indications absolues sont :**

- ✚ La grossesse ;
- ✚ L'infection génitale haute ;
- ✚ Le trouble de la crase sanguine (DIU au cuivre)
- ✚ Les cardiopathies valvulaires (risque de greffe oslérienne).

### **Les contre-indications relatives sont :**

- ✚ Les anomalies de la cavité utérine (fibrome, malformation).
- ✚ Les traitements anticoagulants.
- ✚ Les antécédents de GEU, d'infection génitale haute.
- ✚ Les partenaires multiples.

- ✚ Les maladies imposant une corticothérapie (*cf. glossaire*) ou un traitement anti inflammatoire au long cours.
- ✚ La maladie de Wilson (DIU au cuivre).

**Les modèles :**

DIU au cuivre caractérisé par :

- ✚ L'adjonction d'un fil de cuivre
- ✚ Les modèles commercialisés : *NT380 UT 380 TT 380 MLCu 375 MLCu Short Gynelle 375*
- ✚ La durée d'utilisation : 4 ans
- ✚ Leur mode d'action est multiple : au niveau de l'endomètre (réaction inflammatoire) et de la glaire cervicale (diminution de la mobilité des spermatozoïdes).

DIU au progestatif :

Depuis une 15<sup>e</sup> d'année nous disposons d'un DIU délivrant en moyenne 14 microg de lévonorgestrel par jour pour une durée maximale de 5 ans (Mirena®). Un autre délivrant en moyenne 6 microg de lévonorgestrel par jour pour une durée maximale de 3 ans (Jaydess®) semble donner un peu moins d'effets indésirables hormonaux.

**Les complications :**

- ✚ **Expulsion** : inférieur à 5 % des femmes après 1 an d'utilisation. Elle survient le plus souvent dans les 3 mois après la pose et passe inaperçue 1 fois sur 5.
- ✚ **La perforation** contemporaine de l'insertion. Elle provoque alors de vives douleurs. Rares (1,2 ‰) et liées à l'inexpérience de l'opérateur et à des causes utérines (fragilisation du myomètre par des grossesses multiples et des césariennes, utérus très antéversé ou surtout rétroversé, utérus hypoplasique).
- ✚ **L'infection génitale** est la complication la plus grave du fait du risque accru de stérilité. Elle a une fréquence de 3 à 9 %. Les populations à risque sont les femmes jeunes (< 25 ans), les nulligestes, les femmes ayant des rapports sexuels avec des partenaires différents
- ✚ **Le risque de grossesse** est faible mais non négligeable (0,3 à 2 %) et la patiente doit être prévenue avant la pose du risque de Grossesse Intra-Utérine (GIU) mais aussi de grossesse extra utérine (GEU), quel que soit le type de stérilet.

**L'implant : Implanon®**

- ✚ Progestative exclusif,
- ✚ Réalisée par la pose d'un implant d'étonogestrel, sous la peau, à la face interne du bras non dominant.
- ✚ Sa durée d'action est de 3 ans (2 ans chez les obèses) et son taux de succès très proche de 100 %.
- ✚ Aménorrhée et spottings sont assez fréquents et doivent être bien expliqués aux patientes.
- ✚ Convient aux femmes qui ne veulent plus penser à leur contraception et souhaitent une grande fiabilité
- ✚ Utilisé en cas de CI vasculaire et métabolique aux OP.

**La stérilisation définitive : intervention irréversible**

- ✚ Remis en cause pour son risque de complications, le **dispositif de stérilisation ESSURE®** fait l'objet d'une étude épidémiologique menée par l'ANSM



- ✚ La stérilisation tubaire par voie **coelioscopique** de la femme : mise en place de clips ou d'anneaux de Yoon (destruction tubaire plus importante avec l'anneau qu'avec le clip) ou une électrocoagulation à la pince bipolaire avec résection tubaire.
- ✚ Chez l'homme la technique de stérilisation est la **vasectomie bilatérale** ou ligature des déférents.

### Les contraceptions au « coup par coup »

- ✚ Ce sont les préservatifs masculins ou féminins, les rapports programmés (Ogino), le retrait, l'observation de la glaire, etc.
- ✚ Taux de grossesse annuel varie de 15 à 40% du fait principalement de problème d'observance.

## CAS PARTICULIERS

### En fonction de la période de la vie génitale

#### Adolescente

La contraception hormonale est la méthode de choix, le préservatif est surtout utile à prévenir le risque MST.

Pilule minidosée, remboursée (Trinordiol®, Minidril®) ou adaptée à une acné fréquente à cet âge (Holgyeme®, Diane 35®).

#### Après 35 – 40 ans

Tenir compte de l'insuffisance lutéale physiologique, du tabagisme, du poids, du terrain cardiovasculaire et mammaire.

- ✚ Les macroprogestatifs discontinus (cf contraception progestative) 20 jours sur 28 ont leur place.
- ✚ Le DIU au progestatif pour celles, fréquentes, qui ont des ménorragies.
- ✚ La pilule garde une place notable en l'absence de facteur de risque.

#### Postpartum :

La prescription est relativement codifiée :

- ✚ Avant 2 mois : méthode naturelle ou spermicide, microprogestatif à partir du 10<sup>e</sup> j ou pilule minidosée à partir du 21<sup>ème</sup> j
- ✚ Après 2 mois : toute méthode est possible si l'allaitement est arrêté, sinon DIU ou pilule minidosée,

#### Post-abortion

La fertilité est rétablie dès le 1<sup>er</sup> cycle s'il s'agissait d'une grossesse < 13 semaines.

La contraception pourra être démarrée immédiatement.

#### Sportive de haut niveau

Existence de troubles du cycle fréquents pouvant aller jusqu'à l'aménorrhée avec hypo-œstrogénie et risques de déminéralisation osseuse.

Contraception œstro-progestative logique pour compenser le déficit hormonal.

Pilule « non-stop » pour éviter la survenue d'une hémorragie de privation qui peut être gênante lors des compétitions, ce qui est facile à faire avec les monophasiques.

### En fonction de l'association à certains médicaments

#### Ceux diminuant l'efficacité des oestroprogestatifs

Inducteurs enzymatiques du métabolisme hépatocytaire des stéroïdes contraceptifs

- ✚ Des médicaments antiépileptiques (phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine...)
- ✚ Des antituberculeux (rifampicine, isoniazide, rifabutine), les antiprotéases (contre le virus du sida) ;
- ✚ Un antimigraineux (dihydroergotamine) ;
- ✚ Un psychostimulant (modafinil) ;
- ✚ Et un antifongique, contre les mycoses (griséofulvine).
- ✚ Le Millepertuis contenu dans certain médicament contre la dépression.

Il est donc préférable d'utiliser une autre contraception que la pilule, par exemple un stérilet au cuivre ou une contraception locale.

## En fonction de certaines pathologies

### 1. Diabète :

[http://www.sfendocrino.org/\\_images/mediatheque/articles/pdf/recommandations/2010%20consensus\\_sfe\\_2010\\_contraception\\_hormonale\\_vd.pdf](http://www.sfendocrino.org/_images/mediatheque/articles/pdf/recommandations/2010%20consensus_sfe_2010_contraception_hormonale_vd.pdf)

- ✚ Après introduction d'une contraception orale, la glycémie post-charge en glucose est quant à elle inchangée, ou modestement augmentée. L'insulinémie à jeun est non modifiée ou augmentée selon les études.
- ✚ La grande majorité des données épidémiologiques ne fait pas apparaître de risque de diabète lié à la prise de contraceptifs oraux.
- ✚ L'utilisation d'une contraception combinée œstroprogestative, progestative pure, de l'implant au lévonorgestrel, ou d'un DIU délivrant ou non un progestatif peut être envisagée **sans aucune restriction d'utilisation en cas d'antécédent de diabète gestationnel.**
- ✚ S'il n'existe aucun facteur de risque chez une patiente n'ayant par ailleurs aucune complication macroangiopathique ou microangiopathique, **une contraception œstroprogestative peut être proposée dans le diabète de type I.**
- ✚ Dans le cadre du **DT2, la place des œstroprogestatifs doit être très limitée.** Utilisés en l'absence d'obésité (IMC < 30 kg/m<sup>2</sup>), de facteur de risque cardiovasculaire associés et de complication microangiopathique ou macroangiopathique.
- ✚ La prescription d'une contraception œstroprogestative impose dans tous les cas un suivi régulier du poids, de l'équilibre glycémique glycémie et de la pression artérielle.

### 2. Insuffisance rénale :

[http://www.gfmer.ch/Livres/Contraception\\_Cas\\_Particuliers.pdf](http://www.gfmer.ch/Livres/Contraception_Cas_Particuliers.pdf)

En cas d'IRC les OP sont une contre-indication absolue

En cas de dialyse le DIU au lévonorgestrel car ménométrorragies avec le DIU au cuivre.

Femme greffée rénale préconiser les progestatifs en continu.

### 3. Thrombophilie :

- ✚ La HAS ne recommande pas de dépister systématiquement la thrombophilie avant une prescription de contraception hormonale combinée (CHC)

#### **4. Dermatologie :**

[http://www.gfmer.ch/Livres/Contraception\\_Cas\\_Particuliers.pdf](http://www.gfmer.ch/Livres/Contraception_Cas_Particuliers.pdf)

- ✚ Dans l'acné la combinaison d'un progestatif anti androgénique combiné aux œstrogènes est conseillée.
- ✚ En cas de LED (lupus érythémateux disséminé) contre-indication absolue des OP en présence d'atteinte vasculaire déjà existante, d'hypertension artérielle, d'atteinte rénale ou d'anticorps antiphospholipides ; et des DIU si les patients sont sous immunosuppresseurs (risque infectieux).
- ✚ Chez les femmes atteintes d'érythème noueux, il est recommandé de cesser les contraceptifs oraux combinés jusqu'à ce qu'une autre cause ait été trouvée. Il est possible de recommencer à les prendre avec prudence une fois l'affection résolue.

#### **5. Ophtalmologie :**

Avant de prescrire une contraception orale, il faut prescrire une consultation ophtalmologique dans 4 cas :

- ✚ Diabète
- ✚ Myopie importante ??
- ✚ Glaucome : Les femmes ayant pris une pilule contraceptive pendant plus de trois ans auraient deux fois plus de risque d'être atteinte d'un glaucome. ?
- ✚ Migraine ophtalmique

Sous OP, une consultation urgente sera recommandée en cas de

- ✚ Diplopie
- ✚ Hémianopsie
- ✚ Altération du champ visuel
- ✚ Amaurose
- ✚ Baisse de l'acuité visuelle

#### **6. ORL :**

Arrêt urgent en cas de baisse brutale de l'acuité auditive.

#### **7. Mastopathies bénignes :**

Aucune contre-indication à l'utilisation des OP :

[http://www.gfmer.ch/Livres/Contraception\\_Cas\\_Particuliers.pdf](http://www.gfmer.ch/Livres/Contraception_Cas_Particuliers.pdf)

#### **8. Cancers :**

- ✚ Légère hausse du risque de cancers du sein, du col de l'utérus et du foie. Le risque revient à la normale 10 ans après avoir cessé de la prendre.
- ✚ L'utilisation d'une pilule 5 ans ou plus, ferait augmenter le risque de cancer du col de l'utérus. Ce risque diminue au fil du temps après l'arrêt ;
- ✚ Légère augmentation du carcinome hépatocellulaire chez les femmes dont le risque d'être atteintes d'une hépatite B est faible.
- ✚ Les antécédents familiaux de cancer du sein ne contre indique pas les OP.
- ✚ Chez une patiente porteuse d'un cancer du sein la contraception préconisée est un DIU au cuivre, les OP ayant une CI absolue.

[http://www.gfmer.ch/Livres/Contraception\\_Cas\\_Particuliers.pdf](http://www.gfmer.ch/Livres/Contraception_Cas_Particuliers.pdf)

### **9. Tabagisme :**

Contre-indication relative des OP car risque cardio vasculaire mais **CI absolue après 35 ans.**

### **10. HTA :**

- ✚ HTA bien contrôlée : privilégier les méthodes progestatives (PMP, implant), DIU-Cu, DIU-LNG. **Les OP employés sous surveillance.**
- ✚ HTA élevée (systolique  $\geq 160$  ou diastolique  $\geq 100$  mmHg) ou pathologie vasculaire : privilégier les méthodes progestatives (PMP, implant), DIU-Cu, DIU-LNG. **Les OP sont une CI absolue.**
- ✚ Antécédent d'HTA gravidique (quand la tension artérielle mesurée est normale) les OP sont utilisables sous surveillance.

### **11. Dyslipidémie :**

En cas d'hyperlipidémie, il semble préférable d'utiliser les contraceptions :

- ✚ Les plus **faiblement dosées en œstrogènes**
- ✚ Une **contraception progestative pure**, en optant pour un composé sans activité androgénique significative (exclure le norgestrel, le levonorgestrel et l'acétate de médroxyprogestérone).
- ✚ La contre-indication est formelle si des facteurs de risque surajoutés se cumulent
- ✚ **L'identification d'un taux plasmatique élevé de LDL-cholestérol ( $> 2,20$  g/l en l'absence de facteur de risque associé) ou de triglycérides ( $> 2,00$  g/l) impose l'arrêt de la contraception estroprogestative.**

### **12. Obésité :**

- ✚ Chez les femmes obèses (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) de moins de 35 ans, et en l'absence de facteur de risque cardio-vasculaire associé, la contraception estroprogestative peut donc être proposée.
- ✚ L'obésité est néanmoins mentionnée en tant que précaution d'emploi dans les AMM des contraceptions estroprogestatives.
- ✚ Les contraceptions progestatives dans leur ensemble n'ont pas de restriction d'utilisation chez les femmes obèses.
- ✚ Après une chirurgie de l'obésité entraînant une malabsorption (by-pass ou dérivation bilio-pancréatique), tous les contraceptifs oraux doivent être évités, en faveur des contraceptions hormonales combinées en patch ou anneau vaginal, des implants progestatifs, et des dispositifs intra-utérins.

## CONTRACEPTION D'URGENCE

### **Dans quelles situations doit-on utiliser la contraception d'urgence ?**

On peut y avoir recours dans un certain nombre de situations après un rapport sexuel :

1. Absence de contraception ;
2. Dans les cas d'agression sexuelle ou de viol, lorsque la femme n'est pas protégée par une méthode efficace de contraception ;

- 3 Échec ou usage défectueux de la méthode contraceptive : déchirure, oubli de la pilule pendant 3 jours ou plus (12 h avec désogestrel 0,75), déplacement ou mise en place tardive d'un dispositif transdermique ou d'un anneau ; expulsion d'un DIU ou d'un implant ...

### Méthodes pour la contraception d'urgence.

Deux sont le plus souvent utilisé :

1. Les pilules du lendemain ;
2. Les dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre.

### Pilules

L'OMS recommande l'un des médicaments suivants pour la contraception d'urgence, à prendre dans les 5 jours (120 heures) suivant un rapport sexuel non protégé :

- a. **Norlevo®** : levonorgestrel administré en 1 seule dose (1,5 mg) ou en 2 prises (de 0,75 mg chacune ; espacées de 12 heures) ; remboursé par la Sécurité sociale sur ordonnance, la tolérance est bonne, le taux d'échec est bas, < à 5 %.
- b. **Ellaone®** : acétate d'ulipristal, administré en 1 seule dose de 30 mg. C'est un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone ;
  - ✚ Ce médicament n'est délivré que sur ordonnance et n'est pas remboursé à l'heure actuelle ;
  - ✚ *Ellaone* doit être pris dans les cinq jours qui suivent un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive (comme une rupture du préservatif pendant le rapport) ;
  - ✚ La tolérance est bonne (douleurs abdominales et troubles de la menstruation) ;
  - ✚ L'efficacité (supérieure à celle du *Norlevo*) est de plus de 97 % jusqu'au cinquième jour.

### Dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre :

En contraception d'urgence, l'OMS recommande d'insérer un DIU au cuivre dans les cinq jours suivant un rapport non protégé. Cette méthode est particulièrement appropriée pour les femmes souhaitant démarrer une méthode contraceptive continue hautement efficace et réversible.

Certaines des contre-indications pour la pose d'un DIU au cuivre sont la thrombopénie sévère, les saignements vaginaux inexpliqués, le cancer du col de l'utérus, le cancer de l'endomètre et les infections génitales hautes courantes

## CONCLUSION

La contraception oestroprogestative a longtemps été considérée comme l'une des plus grandes avancées médicales du 20<sup>e</sup> siècle du fait de son efficacité, de sa tolérance, de ses bénéfices non contraceptifs et des pathologies évitées, diminuées, comme la mortalité globale des populations en particulier par cancers, ou améliorées par son utilisation (endométriose par exemple).

La vie est ainsi faite qu'il faut bruler ce qu'on a adoré avant de retrouver un équilibre juste. L'heure du dénigrement est venue avec le « tout naturel », la maladresse de communication sur les risques mal évalués, sans oublier la pression commerciale des autres méthodes. A moins de découvertes majeures innovantes, il y a fort à parier que la contraception oestroprogestative gardera une place majeure dans l'arsenal contraceptif.

## BIBLIOGRAPHIE

1. <http://www.who.int/topics/contraception/fr/>
2. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204135/1/WHO\\_RHR\\_15.07\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204135/1/WHO_RHR_15.07_fre.pdf?ua=1)
3. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2013/015-contraception.asp>
4. <http://www.drpilule.fr/>
5. <https://destinationsante.com/sterilisation-pose-dispositif-essure-banc-accuses.html>
6. [http://www.choisirscontraception.fr/contraception\\_tableau\\_comparatif.htm](http://www.choisirscontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm)
7. <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception>
8. <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/104-la-contraception>
9. [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item27\\_1/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item27_1/site/html/cours.pdf)
10. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1710831/fr/contraception](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1710831/fr/contraception)
11. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1536443/fr/contraception-focus-sur-les-methodes-efficaces](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1536443/fr/contraception-focus-sur-les-methodes-efficaces)
12. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee)
13. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum)
14. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire)
15. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance)
16. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1764020/fr/choisir-sa-contraception-avec-un-professionnel-de-sante?xtmc=&xtrc=15](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1764020/fr/choisir-sa-contraception-avec-un-professionnel-de-sante?xtmc=&xtrc=15)
17. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1763726/fr/depistage-systematique-de-la-thrombophilie-avant-une-primoprescription-de-contraception-hormonale-combinee?xtmc=&xtrc=5](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1763726/fr/depistage-systematique-de-la-thrombophilie-avant-une-primoprescription-de-contraception-hormonale-combinee?xtmc=&xtrc=5)
18. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/recommandations\\_depistage\\_trombophilie\\_chc.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/recommandations_depistage_trombophilie_chc.pdf)
19. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis\\_oraux\\_3\\_g\\_fiche\\_bum.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf)
20. <http://www.revuegenesis.fr/?p=2272>
21. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis\\_oraux\\_3\\_g\\_fiche\\_bum.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf)
22. <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6356>
23. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
24. <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Traitements-hormonaux/Pilules-contraceptives>
25. [http://www.saint-louis-reseau-sein.org/documents\\_pdf/contraception\\_cancer\\_sein.pdf](http://www.saint-louis-reseau-sein.org/documents_pdf/contraception_cancer_sein.pdf)
26. [http://www.s fendocrino.org/\\_images/mediatheque/articles/pdf/recommandations/2010%20consensus\\_sfe\\_2010\\_contraception\\_hormonale\\_vd.pdf](http://www.s fendocrino.org/_images/mediatheque/articles/pdf/recommandations/2010%20consensus_sfe_2010_contraception_hormonale_vd.pdf)
27. <https://fmog-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/061-064DreHoule0506.pdf>