

Item 27 : Contraception

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Pré-Requis..... | 5 |
| OBJECTIFS | 5 |
| I Méthodes contraceptives..... | 6 |
| I.1 Efficacité des principales méthodes contraceptives..... | 6 |
| I.2 Contraception hormonale | 7 |
| I.2.1 Contraception œstroprogestative..... | 7 |
| I.2.1.1 Prescription d'un œstroprogestatif..... | 9 |
| I.2.1.2 Que faire en cas d'oubli de pilule ?..... | 11 |
| I.2.1.3 Les petits ennuis sous pilule | 12 |
| I.2.1.4 Complications des contraceptions œstroprogestatives | 12 |
| I.2.2 Contraception progestative..... | 14 |
| I.2.2.1 Principe et mode d'action..... | 14 |
| I.2.2.2 Inconvénients de la contraception progestative | 14 |
| I.2.2.3 Indications..... | 14 |
| I.3 Dispositifs intra-utérins..... | 15 |
| I.3.1 Différents modèles de stérilets..... | 15 |
| I.3.1.1 DIU au cuivre | 15 |
| I.3.1.2 DIU au progestatif..... | 15 |
| I.3.2 Indications..... | 15 |
| I.3.3 Contre-indications | 16 |
| I.3.4 Technique de pose d'un DIU | 16 |
| I.3.4.1 Moment de l'insertion..... | 16 |
| I.3.4.2 Technique d'insertion et incidents..... | 17 |
| I.3.5 Acceptabilité et complications..... | 17 |
| I.3.5.1 Ennuis mineurs..... | 17 |
| I.3.5.2 Complications | 18 |
| I.4 Contraception vaginale..... | 19 |

| | | |
|----------------|---|-----------|
| I.4.1 | Méthodes | 19 |
| I.4.1.1 | Indications..... | 19 |
| I.4.1.2 | Contre-indications..... | 20 |
| I.4.2 | Spermicides | 20 |
| I.4.3 | Obturateurs féminins | 21 |
| I.4.3.1 | Diaphragmes (remboursés À 70 % par la Sécurité sociale)..... | 21 |
| I.4.3.2 | Préservatifs féminins (Fémidon)..... | 21 |
| I.5 | Contraception naturelle | 22 |
| I.5.1 | Méthode de la glaire cervicale (Billings) | 22 |
| I.5.2 | Coït interrompu (retrait) | 22 |
| I.5.3 | Méthode Ogino-Knauss | 22 |
| I.5.4 | Méthode des températures | 22 |
| I.6 | Préservatifs masculins ou condoms (non remboursés)..... | 22 |
| I.7 | Contraception d'urgence | 23 |
| I.7.1 | Contraceptif hormonal..... | 23 |
| I.7.2 | DIU..... | 23 |
| II | Stérilisation féminine et masculine | 24 |
| II.1 | Méthodes | 24 |
| II.1.1 | Stérilisation tubaire | 24 |
| II.1.2 | Vasectomie bilatérale | 24 |
| II.2 | Aspect juridique | 24 |
| III | Choix d'une méthode contraceptive..... | 25 |
| III.1 | En fonction de la période de la vie génitale..... | 25 |
| III.1.1 | Adolescente | 25 |
| III.1.2 | Après 35-40 ans | 26 |
| III.1.3 | Post-partum..... | 26 |
| III.1.4 | Post-abortum..... | 26 |
| III.1.5 | Sportive de haut niveau..... | 26 |

| | | |
|----------------|--|-----------|
| III.2 | En fonction de l'association à certaines thérapeutiques | 27 |
| III.2.1 | Produits diminuant l'efficacité des œstrogénostatifs (++) | 27 |
| III.2.2 | Produits dont la toxicité hépatique ou l'efficacité est augmentée par les œstrogénostatifs..... | 27 |
| III.3 | En fonction de certaines pathologies | 27 |
| III.3.1 | Insuffisance rénale | 27 |
| III.3.2 | Problèmes dermatologiques | 27 |
| III.3.3 | Ophthalmologie | 28 |
| III.3.4 | ORL..... | 28 |
| III.3.5 | Diabète | 28 |
| III.3.6 | Mastopathies bénignes..... | 28 |
| III.3.7 | Dystrophie ovarienne..... | 29 |
| IV | Annexes..... | 29 |
| | Glossaire..... | 29 |
| | En savoir plus | 36 |
| | Recommandation | 37 |
| | Abréviations..... | 37 |

PRE-REQUIS

- Anatomie des organes génitaux internes et externes masculin et féminin
- Spermatogenèse
- Développement folliculaire
- Physiologie du cycle menstruel
- Rôle de la glaire cervicale
- Mécanismes de la fécondation
- Physiologie de la reproduction
- Mécanismes de l'implantation de l'œuf
- Mécanismes de transport intratubaire de l'œuf
- Physiologie de l'acte sexuel
- Sexualité

OBJECTIFS

ENC :

- Prescrire et expliquer une contraception.
- Discuter les diverses possibilités de prise en charge d'une grossesse non désirée.
- Discuter les indications de la stérilisation masculine et féminine.

CONSULTER AUSSI :

Sur le campus d'Endocrinologie :

Item 27: Contraception hormonale chez la femme.: <http://umvf.univ-nantes.fr/endocrinologie/enseignement/item27/site/html/1.html>

La contraception est l'ensemble des méthodes permettant d'empêcher la survenue d'une grossesse non désirée. C'est une nécessité pour planifier la grossesse et pour 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, le principal étant actuellement la contraception orale. Le choix dépend de nombreux facteurs : culturels, médicaux, périodes de la vie... mais sauf cas particulier, c'est à la femme de choisir.

De plus, la surveillance systématique des femmes prenant une contraception est l'occasion de donner des conseils éducatifs sur la sexualité et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

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.

I METHODES CONTRACEPTIVES

I.1 EFFICACITE DES PRINCIPALES METHODES CONTRACEPTIVES

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'Indice de Pearl (IP) : R , qui est le nombre de grossesses « accidentelles » $\times 1\ 200$ / 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

| Méthode | Indice de Pearl |
|-----------------------------|------------------------|
| Cœstroprogestatifs 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 |

I.2 CONTRACEPTION HORMONALE

I.2.1 Contraception œstroprogestative

Elle comprend la *pilule* utilisée par 60 % des patientes souhaitant une contraception, mais aussi depuis peu un *patch* et un anneau *vaginal* contraceptifs.

Pour la pilule œstroprogestative (*cf. glossaire*) contenant des œstrogènes (*cf. glossaire*) (éthynylestradiol (*cf. glossaire*) [EE]) et des progestatifs (*cf. glossaire*) de synthèse, il existe toute une variété de produits qui diffèrent selon leur composition, leur dosage et leur coût (tableau 2).

Principaux composés œstroprogestatifs

| Normodosées | | Œstrogène EE (µg) | Progestatif | |
|---------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----|
| | <i>Cycléane</i> | 20 | <i>Désogestrel</i> | NR |
| | <i>Meliane</i> | 20 | <i>Gestodène</i> | NR |
| | <i>Harmonet</i> | 20 | <i>Gestodène</i> | NR |
| | <i>Evra (patch)</i> | 20 | <i>Norelgestromine</i> | NR |
| | <i>Jasmine</i> | 30 | <i>Drospirénone</i> | NR |
| | <i>Varnoline</i> | 30 | <i>Désogestrel</i> | NR |
| | <i>Cycleane</i> | 30 | <i>Désogestrel</i> | NR |
| | <i>Minidril</i> | 30 | <i>Lévonorgestrel</i> | SS |
| | <i>Ludeal Gé</i> | 30 | <i>Lévonorgestrel</i> | SS |
| | <i>Moneva</i> | 30 | <i>Gestodène</i> | NR |
| | <i>Minulet</i> | 30 | <i>Gestodène</i> | NR |
| | <i>Cilest</i> | 35 | <i>Norgestimate</i> | NR |
| | <i>Effiprev</i> | 35 | <i>Norgestimate</i> | NR |
| | <i>Diane 35</i> | 35 | <i>Cyprotérone acétate</i> | NR |
| | <i>Holgyeme</i> | 35 | <i>Cyprotérone acétate</i> | NR |
| | <i>Ortho-Novum</i> | 35 | <i>Noréthistérone</i> | NR |
| <i>Biphasiques</i> | <i>Miniphase</i> | 30-40 | <i>Noréthistérone acétate</i> | SS |
| | <i>Adepal</i> | 30-40 | <i>Lévonorgestrel</i> | SS |
| <i>Triphasiques</i> | <i>Trinordiol</i> | 30-40-30 | <i>Lévonorgestrel</i> | SS |
| | <i>Daily Gé</i> | 30-40-30 | <i>Lévonorgestrel</i> | SS |
| | <i>Phaeva</i> | 30-40-30 | <i>Gestodène</i> | NR |
| | <i>Tri-Minulet</i> | 30-40-30 | <i>Gestodène</i> | NR |
| | <i>Triafemi</i> | 35 | <i>Norgestimate</i> | NR |
| | <i>Triella</i> | 35 | <i>Noréthistérone</i> | SS |
| | <i>Tricilest</i> | 35 | <i>Norgestimate</i> | NR |
| <i>E naturels</i> | <i>Qlaira</i> | <i>Valérate d'estradiol (3-2-1)</i> | <i>Diénogest</i> | NR |

Depuis peu (2009), une pilule à l'estradiol (*cf. glossaire*) naturel est disponible en France (*Qlaira*) et associe le valérate d'estradiol et un progestatif de synthèse de 3e génération (le *diénogest*).

Son efficacité théorique est grande, avec un IP proche de 0 grâce à 4 verrous contraceptifs :

- inhibition de la croissance folliculaire ;

- absence de pic de LH et FSH sous la dépendance de l'œstrogène et surtout du progestatif ;
- modifications de la glaire cervicale (*cf. glossaire*), épaisse et peu abondante, sous la dépendance du progestatif ;
- atrophie de l'endomètre (*cf. glossaire*), inapte à la nidation sous la dépendance du progestatif.

I.2.1.1 Prescription d'un œstroprogestatif

Consultation

L'objet de la consultation est triple :

- *expliquer les avantages et les inconvénients de cette contraception et de la forme galénique choisie ;*
- *faire un examen général et gynécologique (facultatif la première fois) avec comme objectifs d'identifier d'éventuelles contre-indications et de réaliser le dépistage des IST, des dysplasies (*cf. glossaire*) cervicales ou de toute pathologie sévère ;*
- *informer, éduquer et répondre aux questions sur la sexualité, la contraception, les IST et la grossesse.*

Un interrogatoire de qualité complété par un examen clinique et éventuellement un bilan biologique permettront de dépister les Contre-Indications (CI) et de choisir le meilleur composé.

Bilan clinique

L'interrogatoire est le temps le plus important (+++) :

- âge : méfiance au-delà de 40 ans ;
- antécédents familiaux et surtout personnels : maladie thromboembolique (*cf. glossaire*), tabac, diabète, HTA, maladies cardiovasculaires ou hépatiques, hyperlipémies, lupus, etc., tous les éléments pouvant être source de CI ;
- antécédents obstétricaux particuliers pouvant contre-indiquer les œstroprogestatifs (EP) macrosomie (*cf. glossaire*), diabète gestationnel) ; HTA gravidique, prurit (*cf. glossaire*) et/ou ictère récidivants de la grossesse, *herpes gestationis* ;
- signes fonctionnels gynécologiques (troubles du cycle...), pouvant justifier un bilan préalable.

L'examen comprend :

- un examen général (TA, poids) ;
- un examen mammaire et gynécologique, avec réalisation éventuelle du premier frottis ou vérification de la date du dernier frottis ;
- l'état veineux.

Prescrire un bilan biologique

Il comprend :

- une glycémie à jeun ;
- une triglycéridémie ;
- le cholestérol total.

Ce bilan sera réalisé, en l'absence de facteurs de risque, au bout de 3 à 6 mois de prise d'EP.

Contre-indications aux contraceptifs œstroprogestatifs

Les unes sont absolues :

- antécédents thromboemboliques, troubles du métabolisme des lipides, cancer, HTA, lupus ;
- 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.

Les autres sont relatives : varices importantes, antécédents psychiatriques, antécédents de spanioménorrhée (*cf. glossaire*), fibromes (*cf. glossaire*), mastopathies (*cf. glossaire*) 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.

La pilule aux œstrogènes naturels (*Qlaira*) obéit aux mêmes règles de prescription que les pilules contenant des œstrogènes de synthèse (concernant en particulier les contre-indications), même si le remplacement des œstrogènes de synthèse par un œstrogène naturel permet d'entrevoir une réduction des risques, cardiovasculaires en particulier.

Quel produit choisir ?

La pilule est de loin la première prescription : il faut impérativement choisir une minipilule, dont le choix dépend du coût, du souhait de remboursement et de l'expérience du prescripteur.

Le patch a l'avantage d'une administration hebdomadaire qui en améliore l'observance mais il n'est pas remboursé.

L'anneau vaginal peut intéresser les femmes ayant des problèmes d'observance (il est mis en place sans changement 3 semaines sur 4) ou une médiocre tolérance digestive avec la pilule.

Schéma de traitement et surveillance d'une patiente sous pilule

Prescription initiale : commencer la 1^{re} fois le 1^{er} jour du cycle (au plus tard le 3^e jour), prendre un cp/j dans l'ordre du pilulier pendant 21 jours ; arrêter 7 jours et reprendre 21 jours... sans tenir compte de l'arrivée des règles qui surviendront pendant cette phase d'arrêt. Avec les pilules à 15 µg d'éthinylestradiol, la prise est continue, 28 j/28 j sans phase d'arrêt. La prescription initiale est souvent pour 3 ou 6 mois.

Visite du 3^e ou 6^e mois : elle a pour but d'apprécier la tolérance générale, de répondre aux questions sur les petits ennuis éventuellement observés et de prendre connaissance du bilan biologique prescrit au bout de quelques mois de prise de pilule.

Surveillance annuelle : une visite annuelle suffit avec contrôle de la TA et du poids et l'ordonnance peut être renouvelée : « 1 boîte de trois plaquettes renouvelable 1 an » ; le bilan biologique peut être conseillé tous les 5 ans en l'absence de fait nouveau.

Il n'y a pas lieu d'arrêter la pilule de temps en temps (« fenêtres thérapeutiques ») : c'est illogique, inutile et source de grossesses intempestives.

I.2.1.2 Que faire en cas d'oubli de pilule ?

L'oubli est responsable de 5 à 10 % des IVG.

Le risque essentiel est pour les rapports ayant lieu après l'oubli de pilule : il faut se méfier et prendre toutes précautions jusqu'aux règles suivantes.

Le risque est maximal au début de la plaquette car une croissance folliculaire peut déjà être en cours.

La contraception d'urgence (*Norlevo* ou *Ellaone*) est un bon recours s'il y a eu un rapport le jour de l'oubli.

Si l'oubli est de moins de 24 heures, compenser le comprimé oublié par la prise de 2 comprimés puis continuer jusqu'à la fin du pilulier.

Si l'oubli est de plusieurs comprimés, il y a souvent des métrorragies (cf. glossaire) et le plus simple est de stopper puis de reprendre au 1^{er} jour des règles (en protégeant les rapports).

I.2.1.3 Les petits ennuis sous pilule

Ils sont :

- les métrorragies ou spotting par atrophie endométriale (++) ;
- la prise de poids de 1 à 2 kg ou rétention hydrosodée minime ;
- l'oligoménorrhée (cf. glossaire) ;
- les mastodynies (cf. glossaire) ;
- les jambes lourdes ;
- la sécheresse vaginale ;
- la modification minime du système pileux ;
- la diminution de la libido.

La plupart de ces petits ennuis sont de courte durée.

I.2.1.4 Complications des contraceptions œstroprogestatives

Elles sont communes à tous les contraceptifs œstroprogestatifs : pilule, patch et anneau vaginal.

Maladies cardiovasculaires

Le risque vasculaire est le principal préjudice des œstroprogestatifs (EP) (+++); il est responsable d'un surcroît de mortalité, en forte diminution depuis la généralisation de la minipilule :

- le risque thromboembolique &(#%"\$'\$\$\$: b fVgglf`XYXfd]gm`XYgZMM fgXYf]gei Y WFX]c]j UqW`UfYdUf`UW]b]ei Y""= `gYa VYYl]gm`i b`g f!f]gei Ya cXff`Uj WYg`WbfUWdh]cbg` cYgfcdfc[YgU]j YgUj Wdfc[YgU]Z`XY" „a Y`[fbffU]cb`dUf`fUddcfhU` &,a Y[fbffU]cb` XÑ- `UfYWa a UbXU]cb XYdfYgM]fYYb`%fY]bM]cb`i bYd]i`YXY&,a Y[fbffU]cb`
- le risque coronarien x 2 : dépend de la dose et de la potentialisation par d'autres facteurs : âge, tabac, diabète, obésité, HTA (lié à l'œstrogène plus qu'aux progestatifs) ;
- le risque vasculaire cérébral (x 1,5 à 2) : accidents ischémiques (cf. glossaire) vertébro-basilaires et carotidiens

- l'HTA : 5 %.

Le mécanisme des accidents tient plus aux troubles de l'hémostase (*cf. glossaire*) (veineux) et à des spasmes vasculaires (artériels) qu'à des troubles métaboliques (cholestérol).

Risques divers

Pour les *cancers gynécologiques*, les EP augmentent discrètement le risque de dysplasie cervicale. Il y a une faible augmentation du risque de cancer du sein (à la limite de la significativité).

Pour les *pathologies hépatiques*, les EP augmentent le risque :

- d'ictère cholestatique ;
- de lithiase (*cf. glossaire*) ;
- de tumeur bénigne du foie (hyperplasie (*cf. glossaire*) nodulaire et adénome).

Pour les *modifications métaboliques*, les EP ont en commun :

- de diminuer la tolérance au glucose chez les femmes normales et d'entraîner un hyperinsulinisme modéré ;
- de générer une hyperagrégabilité plaquettaire, une augmentation des facteurs VII, VIII, X ;
- d'augmenter les triglycérides et l'HDL-cholestérol (dose-dépendant).

...et nombreux bénéfiques

Les EP diminuent significativement les risques de :

- cancer de l'ovaire et de l'endomètre (+) ;
- kystes ovariens (*cf. glossaire*) fonctionnels ;
- salpingites (*cf. glossaire*) ;
- Grossesse Extra-Utérine (*cf. glossaire*) (GEU) ;
- dysménorrhée (*cf. glossaire*) ;
- anémie par hyperménorrhée (*cf. glossaire*).

I.2.2 Contraception progestative

I.2.2.1 Principe et mode d'action

Les progestatifs peuvent être utilisés selon 3 méthodes :

- les *micropilules* très faiblement dosées en progestatifs 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 3^e génération au désogestrel qui entraîne dans plus de 95 % des cas un blocage de l'ovulation) ;
- les *macroprogestatifs* : certains progestatifs dérivés des 19 nor-pregnane sont contraceptifs par inhibition des gonadotrophines (*cf. glossaire*) hypophysaires et par action sur la glaire ; ils sont administrés du 5^e (6) au 25^e jour de chaque cycle ou 20 j/28. Trois produits sont utilisés ainsi à 1 cp/j : *Lutényl*, *Surgestone 500*, *Lutéran 10*. Ils n'ont pas l'AMM dans cette indication ;
- l'*Implanon* est un concept de contraception progestative exclusive, 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 %.

I.2.2.2 Inconvénients de la contraception progestative

Avec la *micropilule*, 3 patientes sur 10 présenteront des troubles du cycle, soit aménorrhée (*cf. glossaire*), soit *spottings* continuels. Ces deux phénomènes sont liés à une perturbation de l'ovulation, tout comme les mastodynies ou les douleurs pelviennes dont se plaignent certaines femmes sous micropilule. Ces phénomènes sont moins fréquents avec *Cérazette*.

Avec l'*Implanon*, l'aménorrhée et les *spottings* sont assez fréquents et doivent être bien expliqués aux patientes.

I.2.2.3 Indications

La *micropilule* est essentiellement conseillée en cas de contre-indication (CI) vasculaire et métabolique aux œstroprogestatifs (EP), car elle n'a aucun retentissement sur ces métabolismes ; de ce fait aucune surveillance biologique n'est également nécessaire.

L'*Implanon* convient aux femmes qui ne veulent plus penser à leur contraception et souhaitent une grande fiabilité, et peut également être utilisé en cas de CI vasculaire et métabolique aux EP.

I.3 DISPOSITIFS INTRA-UTERINS

Les Dispositifs Intra-Utérins (DIU) ou stérilets sont la deuxième méthode de contraception en France avec 25 % d'utilisatrices en cas de souhait contraceptif.

I.3.1 Différents modèles de stérilets

I.3.1.1 DIU au cuivre

Ses caractéristiques sont :

- 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).

I.3.1.2 DIU au progestatif

Ses caractéristiques sont :

- l'adjonction de *lévonorgestrel* ;
- le modèle commercialisé : *Mirena*, durée d'utilisation 5 ans ;
- surtout indiqué chez les patientes présentant des ménorragies (*cf. glossaire*) ou une dysménorrhée (traitement de première intention des ménorragies fonctionnelles) ;
- outre les modes d'action précités, le progestatif est responsable d'une atrophie endométriale et d'une raréfaction de la glaire.

I.3.2 Indications

L'indication principale est le souhait de la femme à condition qu'il n'y ait pas de CI. En pratique, en France il s'agit le plus souvent d'une multigeste ne désirant plus d'enfant, dont l'appareil génital est sain et dont la vie sexuelle est stable.

I.3.3 Contre-indications

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).

I.3.4 Technique de pose d'un DIU

Le choix du modèle dépend des conditions anatomiques (volume utérin, ouverture du col), du souhait exprimé par la patiente de diminuer le volume des règles et des habitudes du médecin.

I.3.4.1 Moment de l'insertion

Le DIU peut :

- se poser en fin de règles et avant le 14^e 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.

I.3.4.2 Technique d'insertion et incidents

Les étapes de l'insertion :

- un Toucher Vaginal (TV) pour connaître l'orientation de l'utérus (antéversé ou rétroversé (cf. glossaire) ;
- la mise en place du spéculum (cf. glossaire) et désinfection cervicovaginale ;
- la pose d'une pince de Pozzi (cf. glossaire) sur la lèvre antérieure du col pour tracter l'utérus afin de mettre le col dans l'axe du corps utérin ;
- l'hystérométrie (cf. glossaire) ;
- l'introduction douce de l'inserteur jusqu'au fond utérin (sensation de butée) et le déploiement du dispositif ;
- le retrait de l'inserteur en fonction du modèle ;
- la section des fils à 1 cm de l'orifice externe du col.

Les incidents possibles lors de la pose sont :

- des douleurs à type de crampes ou de contractions, surtout chez les femmes anxieuses ;
- un spasme du col ;
- un malaise vagal, surtout chez les femmes anxieuses.

Un *accident rare* est la perforation, souvent isthmique, engendrant une douleur (+++).

I.3.5 Acceptabilité et complications

I.3.5.1 Ennuis mineurs

Ce sont :

- des *hémorragies* : c'est l'inconvénient le plus fréquent, cause de 10 à 15 % des motifs d'abandon du DIU. Il s'agit soit de ménorragies (+++) (traitement : *Exacyl* ou *Ponstyl* 6 cp/j), soit de saignements intermenstruels (spotting, métrorragies). En cas de métrorragie inhabituelle, il faut penser à une infection et/ou à une GEU ;
- des *douleurs pelviennes* à type de contractions ;
- des *leucorrhées* (cf. glossaire) exacerbées par la présence du DIU et de son fil ;

- es *dysménorrhées* : par concentration élevée en prostaglandines (*cf. glossaire*), avec les DIU au cuivre ; proposer des AINS (*Antadys, Ponstyl*). En cas d'échec, on peut proposer un DIU au *lévonorgestrel*.

I.3.5.2 Complications

Expulsion

Le taux d'expulsion est inférieur à 5 % des femmes après 1 an d'utilisation.

Elle survient le plus souvent dans les 3 premiers mois après la pose et passe inaperçue 1 fois sur 5.

Le *diagnostic* se fait par le constat de la disparition des fils repères ou par la présence d'un fil anormalement long dans le vagin (déplacement). La confirmation se fait par échographie.

Perforation

Elles sont rares (1,2 ‰) et liées à :

- l'inexpérience de l'opérateur ;
- une introduction en force ; absence de traction sur le col ;
- des causes utérines : fragilisation du myomètre (*cf. glossaire*) par des grossesses multiples et des césariennes, utérus très antéversé ou surtout rétroversé, utérus hypoplasique.

La perforation est généralement contemporaine de l'insertion. Elle provoque alors de vives douleurs. Elle peut s'effectuer à distance, elle est alors souvent asymptomatique.

Le *diagnostic clinique* repose sur la disparition des fils.

L'*échographie*, voire l'Abdomen Sans Préparation (ASP), est réalisée pour localiser le DIU.

Le *traitement* consiste en l'ablation du DIU sous hystéroscopie (*cf. glossaire*) en cas de perforation incomplète, ou sous cœlioscopie (*cf. glossaire*, voire laparotomie (*cf. glossaire*) en cas de perforation complète (à discuter).

Infection génitale

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 moment le plus à risque est celui de la pose (+++).

Le 1er stade de l'infection est l'endométrite (*cf. glossaire*) qui doit être suspectée sur des signes souvent discrets : algies pelviennes, fébricule, métrorragie, glaire sale, leucorrhées malodorantes. Il faut retirer le DIU avec mise en culture, faire NFS, CRP, ECBU avec recherche de Chlamydia (*cf. glossaire*) et proposer une antibiothérapie.

On peut aussi observer une salpingite, un abcès tubo-ovarien, une pelvipéritonite (*cf. glossaire*) (*cf. Item 88 : Infections génitales de la femme : Salpingites : http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item88_2/site/html/1.html*).

Risque de grossesse

Il 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) (et GEU), quel que soit le type de stérilet ; il faut lui recommander de consulter rapidement en cas de troubles du cycle (aménorrhée, métrorragies).

I.4 CONTRACEPTION VAGINALE

Elle concerne 2 à 3 % d'utilisation en France.

I.4.1 Méthodes

Les méthodes sont :

- les spermicides : crèmes, ovules, tampons ;
- le diaphragme ;
- le préservatif féminin.

I.4.1.1 Indications

Il s'agit :

- d'une vie sexuelle épisodique ;
- de suites de couches ou d'IVG ;
- de contraception de relais ;
- de contre-indications à la pilule et au DIU.

I.4.1.2 Contre-indications

Elles concernent :

- les femmes non motivées ;
- le retard mental ;
- les mycoses vaginales récidivantes.

I.4.2 Spermicides

Ce sont des produits tensio-actifs qui se déposent sur la muqueuse vaginale et qui ont une action spermicide et éventuellement bactéricide. La plupart des produits ont comme principe actif le chlorure de benzalkonium ; ils ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale :

- *Alpagelle* : crème contraceptive, tube avec applicateur-doseur ou doses unitaires ;
- *Pharmatex* : ovules contraceptifs, crème, unidose ;
- *Chlorure de Benzalkonium Théraxem* : ovules contraceptifs ;
- *Tampons Pharmatex* : tampons imprégnés de crème contraceptive.

Le *mode d'action* est l'immobilisation de la queue et l'éclatement de la tête du spermatozoïde.

Les recommandations générales et mode d'emploi sont d'éviter la toilette intime avec du savon et l'utilisation d'ovules antiseptiques après un rapport sexuel car ils détruisent le principe actif et l'action contraceptive du produit.

Mode d'emploi en fonction des produits

- **Crème et ovules :**
 - *application au fond du vagin (au moins 10 min avant le rapport pour l'ovule) ;*
 - *protection de 4 h ;*
 - *nouvelle application avant chaque rapport ;*
 - *pas de toilette vaginale dans les 2 h qui précèdent le rapport et dans les 2 h qui le suivent ;*
 - *indice de Pearl : 6-8 % ;*
 - *innocuité totale et tolérance vaginale excellente (< 2 % d'effets indésirables : brûlure vaginale, picotements chez le partenaire).*

- **Tampons et éponges :**

- *pas de toilette vaginale dans les 4 h qui précèdent le rapport et dans les 2 h qui le suivent ;*
- *enfoncer le tampon profondément dans le vagin ;*
- *efficacité immédiate, se maintenant pendant 24 h ;*
- *ne jamais retirer moins de 2 h après le rapport ;*
- *indice de Pearl : 3,5 %.*

I.4.3 Obturateurs féminins

I.4.3.1 Diaphragmes (remboursés À 70 % par la Sécurité sociale)

Les diaphragmes sont très peu utilisés en France. Ils existent en plusieurs modèles commercialisés en fonction de leur taille : 50 à 90 mm de diamètre (*Diafam*).

Les 2 faces de la cupule doivent être imprégnées d'une crème spermicide, renouvelée lors de chaque rapport. Le diaphragme doit être placé 2 h avant le rapport et retiré plus de 2 h après.

Indice de Pearl : 8 à 17 %. Ce taux d'échec est corrélé à une mise en place défectueuse.

Contre-indications : cystocèle (*cf. glossaire*), indiscipline, pudeur, etc.

I.4.3.2 Préservatifs féminins (Fémidon)

C'est un préservatif lubrifié sur les 2 faces, de forme oblongue, fermé au niveau de l'extrémité interne.

L'anneau interne est placé au fond du vagin.

L'anneau externe repose au niveau de l'orifice vulvaire.

L'acceptabilité est supérieure à 50 % mais nécessite d'une période d'apprentissage.

Il est très efficace contre les IST.

Il est adapté aux femmes qui ont une vie sexuelle irrégulière et espacée.

I.5 CONTRACEPTION NATURELLE

I.5.1 Méthode de la glaire cervicale (Billings)

Abstinence dès l'apparition de la glaire, recherchée par la femme après introduction dans le vagin de 2 doigts puis écartement pour apprécier la filance.

Abstinence à poursuivre 4 jours après l'apparition de la dernière glaire humide.

I.5.2 Coït interrompu (retrait)

Le taux d'échec est élevé (15 %). Cette technique est peu efficace, très astreignante et source de difficultés conjugales.

I.5.3 Méthode Ogino-Knauss

Elle se base sur la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire (3 j) et sur celle de l'ovule (1 j).

Les rapports sexuels sont proscrits du 10^e au 18^e j d'un cycle de 28 jours.

Elle est inefficace en cas de troubles du cycle car l'ovulation survient à des dates variables.

I.5.4 Méthode des températures

Les rapports sont possibles seulement 2 jours après la montée de la température.

Cette méthode limite les rapports à la période postovulatoire, ce qui est astreignant.

I.6 PRESERVATIFS MASCULINS OU CONDOMS (NON REMBOURSES)

Les préservatifs masculins :

- assurent une bonne protection contre les IST ;
- se présentent avec ou sans réservoir, opaque ou transparent, de différentes couleurs ;
- doivent comporter de préférence le label Norme Française
- doivent être placés sur la verge en érection avant toute pénétration (nécessité d'un apprentissage) ;
- juste après l'éjaculation, retrait du préservatif en le maintenant contre la base de la verge pour éviter tout reflux de sperme ;

- indice de Pearl : 0,6 à 6,8 % (amélioré lorsqu'il est utilisé conjointement avec un spermicide).

I.7 CONTRACEPTION D'URGENCE

L'objectif est d'utiliser une méthode empêchant la nidation de l'œuf.

Les deux possibilités détaillées ci-après sont envisagées.

I.7.1 Contraceptif hormonal

Norlevo contenant 1,50 mg de lévonorgestrel :

- disponibilité sans autorisation médicale (vente libre) et gratuite chez la mineure ;
- 1 cp à prendre le plus tôt possible et avant 72 h, remboursé par la Sécurité sociale sur ordonnance ;
- la tolérance est bonne ;
- le taux d'échec est bas, < à 5 %.

Depuis 2009, un deuxième contraceptif hormonal d'urgence est disponible, *Ellaone* :

- le principe actif est l'ulipristal acétate (1 cp blanc dosé à 30 mg) appartenant à la famille pharmacologique des modulateurs sélectifs 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.

I.7.2 DIU

Il doit être mis dans les 5 jours après le rapport non protégé.

La tolérance est bonne.

L'efficacité est proche de 100 %.

À recommander aux patientes qui envisagent ce mode de contraception pour l'avenir.

II STERILISATION FEMININE ET MASCULINE

Suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines.

II.1 METHODES

II.1.1 Stérilisation tubaire

La stérilisation de la femme doit être considérée comme une intervention irréversible sur le plan de la restauration tubaire.

Plusieurs voies sont possibles :

- hystéroscopique : insertion d'un implant métallique (dispositif *Essure*) dans la portion juxta-utérine de la trompe, par voie endo-utérine ;
- cœlioscopique : on réalisera de préférence la 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 ;
- par voie vaginale (culdotomie postérieure) ou par laparotomie au cours d'une autre intervention.

Les conséquences potentielles : 0,5 à 1 % de complications graves, principalement liées à l'abord cœlioscopique ; et regrets (< 10 %), minimisés par le respect des bonnes pratiques recommandées par l'encadrement réglementaire. *Elles doivent faire l'objet d'une information et de la signature d'un consentement.*

II.1.2 Vasectomie bilatérale

Chez l'homme la technique de stérilisation est la vasectomie bilatérale ou ligature des déférents :

- section des canaux déférents, sans modifier la fonction endocrine du testicule ;
- efficacité non immédiate : seulement après 90 jours (délai correspondant à la période de maturation) ;
- reperméabilisation possible mais avec un taux de réussite inférieur à 70 %.

II.2 ASPECT JURIDIQUE

La pratique des stérilisations est encadrée par des textes réglementaires : loi n° 2001-588 (4 juillet 2001), et circulaire d'application (septembre 2001).

(Recommandation : Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Journal Officiel; 2001 Jul 7. p. 10823. : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=987CA07E0461A99BBDB917A89950C072.tpdjo02v_3?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id)

La stérilisation est interdite chez les mineurs, et ne peut être pratiquée que si la personne intéressée a exprimé une volonté libre et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

Les personnes demandeuses d'une stérilisation :

- doivent faire l'objet d'une consultation médicale initiale, au cours de laquelle la personne sera informée des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention, et un dossier d'information écrite (servant de support à l'information orale) lui sera remis ;
- doivent disposer d'un délai de réflexion de 4 mois après la consultation médicale initiale, et confirmer leur volonté par écrit.

Tout médecin sollicité par une personne demandeuse d'une stérilisation *dispose d'une clause de conscience*, mais doit l'informer de son refus dès la consultation initiale.

Leur réalisation n'est possible chez les *handicapés mentaux majeurs* sous tutelle que s'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception, ou une impossibilité de les mettre en œuvre efficacement. Elle fera alors l'objet d'une décision du juge des tutelles qui se prononce après avoir entendu parents ou représentant légal, confirmé le consentement de la personne concernée, et présenté le dossier à une commission spécifique.

III CHOIX D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE

III.1 EN FONCTION DE LA PERIODE DE LA VIE GENITALE

III.1.1 Adolescente

La contraception hormonale est la méthode de choix associée à un préservatif (double protection) surtout utile pour prévenir le risque d'IST.

Il s'agit de pilules minidosées en favorisant les COP remboursées par la Sécurité sociale (*Minidril, Trinordiol*), ou adaptées à une acné fréquente à cet âge.

III.1.2 Après 35-40 ans

Il faut tenir compte du tabagisme, du poids, du terrain cardiovasculaire et mammaire.

Le DIU au progestatif convient bien pour les femmes qui ont des ménorragies fréquentes.

La pilule garde une place en l'absence de facteur de risque.

III.1.3 Post-partum

(Cf. Item 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item22/site/html/1.html>)

La prescription est relativement codifiée :

- avant 2 mois : méthode naturelle ou spermicide, microprogestatif (*cf. glossaire*) à partir du 10^e jour en cas d'allaitement, ou pilule minidosée à partir du 21^e jour en l'absence d'allaitement ;
- après 2 mois : toute méthode est possible si l'allaitement est arrêté, sinon DIU ou pilule minidosée.

Le DIU peut être posé 1 mois après l'accouchement.

III.1.4 Post-abortionum

(Cf. Item 28 : Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item28/site/html/1.html>)

La fertilité (*cf. glossaire*) est rétablie dès le 1er cycle s'il s'agissait d'une grossesse de moins de 12 semaines.

La contraception pourra être démarrée immédiatement.

III.1.5 Sportive de haut niveau

Chez la sportive de haut niveau il existe des troubles du cycle fréquents pouvant aller jusqu'à l'aménorrhée avec hypoœstrogénie (*cf. glossaire*) et risques de déminéralisation osseuse. La contraception œstroprogestative est logique pour compenser le déficit hormonal.

La pilule « non-stop » permet d'éviter la survenue d'une hémorragie de privation qui peut être gênante lors des compétitions, ce qui est facile à obtenir avec les pilules monophasiques.

III.2 EN FONCTION DE L'ASSOCIATION A CERTAINES THERAPEUTIQUES

III.2.1 Produits diminuant l'efficacité des œstroprogestatifs (++)

Ce sont :

- les *inducteurs enzymatiques* du métabolisme hépatocytaire des stéroïdes contraceptifs (*Rifampicine*, certains anticonvulsivants, millepertuis utilisé dans les petites dépressions). Ces prescriptions doivent inciter à revoir le mode de contraception du fait d'un taux d'échec non négligeable avec la pilule ;
- les *inhibiteurs de la réabsorption intestinale* des œstroprogestatifs (cholestyramine (*cf. glossaire*), antibiotiques oraux :ampicilline (*cf. glossaire*), néomycine, tétracyclines (*cf. glossaire*) surtout). L'ensemble de ces effets est fonction de la biodisponibilité des œstroprogestatifs (facteur personnel) et de la durée du traitement intercurrent. En pratique, ceci est de peu de conséquences.

III.2.2 Produits dont la toxicité hépatique ou l'efficacité est augmentée par les œstroprogestatifs

L'association IMAO-œstroprogestatifs est contre-indiquée.

Les œstroprogestatifs augmentent :

- la toxicité hépatique des IMAO, des antidépresseurs tricycliques et de l'alphaméthylidopa ;
- la demi-vie plasmatique du nitrazépan, du diazépam, du chlordiazépoxyde.

III.3 EN FONCTION DE CERTAINES PATHOLOGIES

III.3.1 Insuffisance rénale

En cas d'insuffisance rénale, on préconise des progestatifs en continu : *Lutéran 10* : 1 comprimé du 5e au 25e j du cycle ou 20 j/28.

III.3.2 Problèmes dermatologiques

La séborrhée (*cf. glossaire*), l'acné, l'alopecie androgénique sont améliorées plus ou moins rapidement par l'acétate de cyprotérone (*Holgyeme, Diane*), ou le norgestimate (*Triafemi, Tricilest*).

L'érythème (*cf. glossaire*) noueux, la sclérodermie sont des contre-indications à la contraception hormonale.

En cas de lupus, prescription de *Lutéran 10* : 1 cp 20 j/28, voire *Androcur* : 1 cp 20 j/ mois.

III.3.3 Ophtalmologie

Avant de prescrire une contraception orale, il faut prescrire une consultation ophtalmologique dans 5 cas :

- diabète ;
- myopie importante ;
- glaucome ;
- migraine ophtalmique ;
- monophthalmie.

Sous EP, une consultation urgente est recommandée en cas de survenue de :

- diplopie ;
- hémianopsie ;
- altération du champ visuel ;
- amaurose (*cf. glossaire*) ;
- baisse de l'acuité visuelle.

III.3.4 ORL

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

III.3.5 Diabète

Le DIU est possible s'il n'y a pas d'antécédent infectieux gynécologique.

La pilule EP n'est possible qu'en cas de diabète insulino-dépendant bien équilibré, sans complication oculaire.

Il existe une place à la stérilisation dès que le nombre de grossesses souhaité a été obtenu.

III.3.6 Mastopathies bénignes

En cas de mastopathies bénignes, il convient de se méfier des EP car le risque est mal évalué.

Les micropilules augmentent la dysovulation (*cf. glossaire*) et le risque de mastodynie.

Utilisation possible des macroprogestatifs discontinus ou du DIU.

III.3.7 Dystrophie ovarienne

Les microprogestatifs continus sont contre-indiqués (faible action antigonadotrope).

En l'absence de signes d'hyperandrogénie (*cf. glossaire*) : pilules minidosées à 30 µg, voire normodosées.

Quand il existe des signes d'hyperandrogénie : *Androcur*, 1 cp 20 j/mois + dose percutanée de 17-bêta-œstradiol (*cf. glossaire*) 20 j/mois.

IV ANNEXES

GLOSSAIRE

- 17-bêta-œstradiol : Hormone sexuelle féminine prédominante. Elle est également présente chez les hommes, étant fabriquée en tant que produit actif métabolique de la testostérone. C'est le principal œstrogène chez l'être humain. L'œstradiol a non seulement un impact critique sur le fonctionnement de la reproduction et de la sexualité, mais affecte également d'autres organes, y compris les os.
- amaurose : Perte complète de la vue, sans altération des milieux de l'œil. Elle correspond à une altération de la rétine ou des voies optiques. Cette anomalie peut être transitoire ou définitive.
- aménorrhée : Absence des règles, de menstruation. Le plus souvent, la grossesse en est la cause. Dans les autres cas, l'aménorrhée peut être l'unique symptôme d'une pathologie ou au contraire, un parmi de nombreux autres. La recherche de la cause d'une aménorrhée nécessite rarement des examens nombreux. La prise en charge thérapeutique est parfois plus délicate.
- ampicilline : Aminopénicilline, et en tant que telle, antibiotique à spectre large. Elle a été largement utilisée pour traiter les infections bactériennes. Elle est capable de pénétrer dans une bactérie à Gram-négatif. Elle inhibe la troisième et dernière étape de la synthèse de la paroi cellulaire bactérienne, conduisant ainsi à la lyse cellulaire.
- Chlamydia : *Chlamydia trachomatis* : Bacille de Gram indéterminé, parasite intracellulaire obligatoire. Cette bactérie est responsable de l'urétrite à chlamydia (ou chlamydiose), maladie sexuellement transmissible qui est la plus fréquente en France (50 fois plus fréquente que la gonorrhée, elle même plus fréquente que la syphilis). Son réservoir est strictement humain. Il existe 15 sérotypes, possédant un tropisme tout particulier pour les muqueuses génitales et oculaires.

- cholestyramine : Résine chélatrice des sels biliaires ayant un effet hypocholestérolémiant par inhibition du cycle entérohépatique des sels biliaires dérivés du cholestérol, qui ont pour rôle d'émulsionner les lipides dans le tube digestif pour faciliter leur absorption. Ce composé est commercialisé sous le nom de Questran™.
- cœlioscopie : Technique chirurgicale mini-invasive de diagnostic (cœlioscopie proprement dite) et d'intervention (cœliochirurgie) sur la cavité abdominale, de plus en plus utilisée sur l'appareil digestif (chirurgie viscérale), en gynécologie, et en urologie. Elle fait partie des techniques d'endoscopie chirurgicale.
- corticothérapie : Emploi thérapeutique des corticoïdes.
- cystocèle : Descente de la vessie dans le vagin au niveau de sa paroi antérieure. C'est le prolapsus le plus fréquent, il entraîne souvent des troubles urinaires avec « sensation de boule » et pesanteur pelvienne.
- dysménorrhée : Menstruations difficiles et douloureuses, survenant généralement au deuxième jour des règles, puis s'aggravant progressivement. On distingue les dysménorrhées primaires correspondant à des perturbations du cycle ovulatoire non associées à une atteinte des organes reproducteurs, des dysménorrhées secondaires appelées également dysménorrhées acquises qui sont des règles douloureuses dues à une véritable maladie, c'est-à-dire à une lésion des organes reproducteurs.
- dysovulation : Ovulation irrégulière.
- dysplasie : Malformation ou déformation résultant d'une anomalie du développement d'un tissu ou d'un organe, qui survient au cours de la période embryonnaire ou après la naissance.
- endomètre : Muqueuse interne de l'utérus.
- endométrite : Infection de l'endomètre. Elle fait le plus souvent suite à l'accouchement, mais elle peut aussi être causée par un geste endo-utérin (interruption volontaire de grossesse, hystérosalpingographie). L'endométrite du post-partum est une complication infectieuse commune de l'accouchement. Le premier signe en est la fièvre. Son diagnostic et son traitement permettent d'éviter l'extension de l'infection au péritoine et au pelvis.
- érythème : Lésion dermatologique la plus courante, caractérisée par une rougeur congestive de la peau, diffuse ou localisée, s'effaçant à la vitropression (c'est-à-dire à l'appui, via notamment un verre de montre). Il s'agit généralement de la manifestation externe d'une vasodilatation, qui, quand elle est accompagnée d'une exsudation confère à l'érythème un caractère faussement « papuleux ». Hormis dans

quelques cas, cette lésion élémentaire ne s'accompagne généralement pas d'autres modifications locales.

- **estradiol** : Œstradiol ou estradiol : Dérivé naturel du métabolisme du cholestérol (via la testostérone), et d'intérêt vital pour le maintien de la fertilité et des caractères sexuels secondaires chez la femme.
- **éthynylestradiol** : Éthinylestradiol ou Éthinyl Estradiol (EE) : Dérivé de synthèse de l'estradiol. C'est l'œstrogène actif par voie orale le plus utilisé au monde. On le trouve dans presque toutes les formulations modernes des pilules contraceptives combinées. Bien que l'œstradiol soit facilement absorbé quand il est pris par voie orale, il est également rapidement dégradé par le foie. La substitution de l'hydrogène sur le carbone 17 de la molécule d'estrane par un groupe éthinyl a montré que l'on obtenait ainsi un œstrogène bien plus résistant à la dégradation hépatique et a ouvert la voie au développement de contraceptifs oraux. L'éthinylestradiol est absorbé dans l'intestin grêle et atteint un pic sérique environ 2 heures plus tard. L'éthinylestradiol et ses métabolites sont excrétés dans la bile. À cause de la circulation entérohépatique, un second pic est observé plusieurs heures après. Il existe de grandes variations entre les individus dans le processus global d'absorption qui peut de plus être modifié par les drogues (par exemple, les antibiotiques qui affectent la circulation entérohépatique ou bien les enzymes du foie).
- **fertilité** : État d'un individu apte à concevoir un enfant.
- **fibrome** : Fibrome, fibrome utérin ou fibromyome utérin : Tumeur bénigne, développée à partir du muscle de l'utérus. Les fibromes sont constitués de fibres musculaires lisses qui s'enroulent sur elles-mêmes et sont séparées par du tissu conjonctif fibreux. Il serait donc plus juste de parler de « fibromyome » pour rendre compte des deux composantes, mais le terme de fibrome est largement passé dans le langage courant.
- **glaires cervicales** : Sécrétion de glycoprotéines produite par les glandes du canal cervical en période pré-ovulatoire (fin de phase folliculaire). Elle assure plusieurs fonctions : condamner la cavité utérine en dehors de la période ovulatoire et ainsi la protéger contre les intrusions de germes pouvant être pathogènes ; protéger les spermatozoïdes contre les conditions hostiles du vagin (en effet, le pH du vagin est acide et toxique pour les spermatozoïdes tandis que le pH de la glaire est légèrement basique) ; fournir un appoint énergétique aux spermatozoïdes.
- **gonadotrophine** : Gonadotrophine ou gonadotropine : Hormone glycoprotéique complexe agissant sur les fonctions des gonades (ovaires et testicules). Deux de ces hormones sont sécrétées chez tous les vertébrés par l'hypophyse antérieure : l'hormone lutéinisante (LH) et l'hormone folliculo-stimulante (FSH).

- Grossesse Extra-Utérine : Développement de l'ovule hors de la cavité utérine, soit dans une des trompes de Fallope (grossesse tubaire), soit dans l'ovaire (grossesse ovarienne), soit dans la cavité péritonéale (grossesse abdominale). La grossesse extra-utérine est une urgence chirurgicale dans sa forme rompue. Son diagnostic est de plus en plus précoce permettant d'éviter sa rupture et la mise en jeu du pronostic vital et permettant un traitement non chirurgical sous certaines conditions strictes. C'est une urgence chirurgicale pouvant compromettre le pronostic vital de la mère ou sa fertilité ultérieure. Chez les femmes sans contraception, les deux principaux facteurs de risque sont d'une part les antécédents d'infection génitale ou de chirurgie tubaire et d'autre part le tabac.
- hémostase : Processus physiologique qui permet d'interrompre le saignement pour éviter l'hémorragie.
- hyperandrogénie : Excès d'hormones mâles (androgènes) chez la femme provoquant une virilisation.
- hyperménorrhée : Abondance excessive des règles ou menstruations. Ces saignements anormaux peuvent être d'origine fonctionnelle (dans environ 75 % des cas) par trouble hormonal touchant les œstrogènes, ou d'origine organique (fibromes ou autres tumeurs utérines bénignes ou malignes, polypes, troubles de la coagulation, complication de la contraception hormonale et de la contraception par dispositif intra-utérin (stérilet), saignement des grossesses accompagnant les grossesses extra-utérines, les menaces d'avortements spontanés ou les IVG, les suites de couches, etc.).
- hyperplasie : Prolifération anormale des cellules normales composant un tissu ou un organe. L'hyperplasie caractérise également le développement démesuré d'un tissu ou d'un organe. L'hyperplasie peut être due à une irritation ou bien être secondaire à un processus de compensation. Autrement dit l'hyperplasie est la formation d'un tissu anormale (pathologique) aux dépens d'un tissu sain. Les tissus néoformés (récemment fabriqués) sont totalement semblables dans leur forme et dans leurs fonctions aux tissus qui sont générés.
- hypoœstrogénie : Hypoœstrogénie ou hypo-œstrogénie : Quantité anormalement faible d'œstrogènes dans l'organisme.
- hystérométrie : Mesure de la cavité utérine avec un hystéromètre.
- hystérocopie : Examen permettant de visualiser directement la cavité utérine (l'intérieur de l'utérus) à l'aide d'un appareil optique appelé hystéroscope. On peut ainsi explorer le canal cervical, la cavité utérine et sa muqueuse, l'endomètre, et l'origine des trompes (les ostiums uterinums). Par défaut, le mot « hystérocopie », sans autre précision, sous-entend l'hystérocopie diagnostique. Lorsque cette

méthode est utilisée pour pratiquer dans le même temps une intervention chirurgicale dans l'utérus, on parle alors de « chirurgie hystéroscopique ».

- ischémique : Ischémie : Diminution de l'apport sanguin artériel à un organe. Cette diminution entraîne essentiellement une baisse de l'oxygénation des tissus de l'organe en dessous de ses besoins (hypoxie), et la perturbation, voire l'arrêt de sa fonction.
- kystes ovariens : Kyste ovarien : Petite poche remplie de liquide développée aux dépens d'un ovaire. Il s'agit d'une affection extrêmement fréquente, découverte la plupart du temps de manière fortuite au cours d'un examen d'imagerie (échographie par exemple). Ces kystes sont bénins dans la grande majorité des cas, et ont des causes variées.
- laparotomie : Acte chirurgical consistant en l'ouverture de l'abdomen par une incision laissant le passage direct à d'autres actes chirurgicaux sur les organes abdominaux et pelviens. La laparotomie est une voie d'abord chirurgicale. Différentes incisions sont possibles. La plus courante est une ouverture allant du pubis au bord inférieur du sternum (appelée laparotomie médiane xyphopubienne). Dans le cadre de certaines interventions en chirurgie gynécologique, notamment les césariennes, la laparotomie est horizontale et très basse, à la limite des poils pubiens. Elle est nommée « incision de Pfannenstiel ».
- leucorrhée : Écoulement non sanglant provenant du vagin. Elle peut être physiologique (par sécrétion de glaire cervicale et desquamation vaginale) ou pathologique témoignant d'une infection, le plus souvent d'une vaginite. Bien que le terme leucorrhée signifie littéralement « sécrétion blanche », la couleur de la sécrétion vaginale peut varier en fonction de la cause : elle peut aller d'une sécrétion laiteuse à verdâtre. Les écoulements sanguinolents sont à considérer comme des métrorragies. On considère comme anormales des pertes vaginales malodorantes ou responsables d'irritation et de démangeaison.
- lithiase : Affection caractérisée par l'apparition dans un conduit de l'organisme d'une masse minérale, appelée calcul.
- macrosomie : État d'un bébé dont le poids, à la naissance, dépasse 4 kg et, durant la grossesse (grâce à l'échographie), un bébé présentant des dimensions dépassant des valeurs normales maximales, c'est-à-dire, pour les spécialistes en pédiatrie, le 90e percentile (visible sur une courbe). Ceci signifie qu'un bébé atteint de macrosomie fœtale a avant tout le diamètre de son abdomen, et plus précisément le Diamètre Abdominal Transverse (DAT), plus élevé que la moyenne ainsi qu'une circonférence de son abdomen (son ventre) également importante.

- maladie thromboembolique : Affection caractérisée par la formation dans les veines de caillots de sang coagulé (thrombus) qui risquent, en se détachant, de provoquer des embolies (oblitération brusque d'un vaisseau sanguin).
- Mastodynies : Douleur mammaire uni- ou bilatérale, avec impression de sein tendu et douloureux survenant avant les règles ou au début de la grossesse. Les dérèglements hormonaux et les contraceptifs oraux (pilule) ont tendance à les accroître. Ces symptômes peuvent se rencontrer dans de multiples pathologies du sein. C'est un symptôme fréquent, mais qu'il convient de considérer avec sérieux, et de traiter systématiquement : il s'agit souvent de la manifestation clinique d'un déséquilibre œstroprogestatif, dont le traitement est nécessaire.
- mastopathie : Ensemble des modifications de la glande mammaire. De façon générale le mot mastopathie est employé pour désigner les proliférations bénignes ou malignes du sein. La mastose quant à elle est une affection bénigne ne s'accompagnant pas d'inflammation du sein.
- ménorragie : Ménorragie ou hyperpolyménorrhée : Menstruations abondantes et prolongées. Il s'agit du trouble menstruel le plus fréquemment rapporté par les femmes. La quantité de sang normalement perdu durant les menstruations est en moyenne de 2 oz (4 c. à table) et la durée habituelle de celles-ci varie entre 3 et 7 jours. Une femme atteinte de ménorragie peut en perdre jusqu'à 3 oz (6 c. à table) ou davantage, et parfois sur une durée de plus de 7 jours. La ménorragie est parfois accompagnée de douleurs abdominales qui altèrent la qualité de vie des femmes qui en souffrent. Dans certains cas, elle peut être responsable d'une anémie.
- métrorragie : Saignement génital survenant en dehors des règles. On peut avoir des métrorragies après la ménopause ou à cause d'une grossesse extra-utérine rompue. Dans ce dernier cas le fœtus peut s'être développé dans les trompes (au lieu de l'utérus) et ainsi, rompre un vaisseau sanguin. La métrorragie peut ainsi signer un hémopéritoine. C'est une urgence médicale. Le terme métrorragie ne préjuge en rien de l'abondance du saignement. Il ne faut pas confondre métrorragie avec ménorragie, qui définit des règles anormalement longues et abondantes.
- microprogestatif : Classe de contraceptifs chimiques caractérisés par leur faible dosage en progestatif de synthèse.
- myomètre : Couche musculuse interne de la paroi utérine.
- oligoménorrhée : Faible écoulement de sang durant la période des règles et la diminution de la fréquence de l'écoulement menstruel.
- pelvipéritonite : Infection des organes reproducteurs féminins (utérus, trompes de Fallope, ovaires), qui peut se propager à travers les tubes, dans le bassin autour de l'utérus, de la vessie et le gros intestin. L'infection provoque une inflammation.

L'infection est plus fréquente chez les jeunes femmes, celles qui ont un nouveau partenaire, et ceux qui n'utilisent pas de préservatifs. Occasionnellement, l'infection de l'utérus (endométrite) et les trompes de Fallope (salpingite) arrive seule, mais si l'utérus est infecté, les tubes sont susceptibles d'être infectés, et vice-versa.

- pince de Pozzi : Pince droite de 25 cm de longueur, à une griffe de chaque côté.
- progestatif : Hormone d'action similaire à la progestérone. Pour être considérée comme progestative, une molécule doit avoir les effets suivants en expérimentation : effet lutéomimétique (test de Clauberg) : différenciation sécrétoire sur une muqueuse utérine correctement préparée par les œstrogènes ; effet progestagène : maintien de la gestation malgré ablation du corps jaune de l'ovaire.
- prostaglandines : Métabolites de l'acide arachidonique, obtenu à partir de phospholipides membranaires par action de phospholipases (plusieurs sous-types existants). Molécules liposolubles destinées à la sécrétion dans le milieu extracellulaire, elles jouent des rôles importants dans les organismes vivants. En effet, les prostaglandines sont des agents de signalisation paracrine et autocrine qui activent de nombreux RCPG (Récepteurs membranaires à 7 segments transmembranaires Couplés à des Protéines G). Chaque prostaglandine possède 20 atomes de carbone dont un cycle à 5 atomes de carbone. Ce sont des médiateurs chimiques qui possèdent divers effets physiologiques.
- prurit : Symptôme fréquent (notamment en dermatologie) qui recouvre une sensation de démangeaison de la peau, le plus souvent en rapport avec des lésions dermatologiques (parfois aussi sans cause connue : c'est le prurit « sine materia »). Il constitue le principal signe fonctionnel en dermatologie.
- rétroversé : Rétroversion utérine : Utérus orienté vers l'arrière, alors que normalement il devrait se trouver couché sur la vessie. Le corps de l'utérus est couché sur la vessie, s'il est trop penché en avant il est dit antéversé. Si le corps de l'utérus part vers l'arrière, il est dit rétroversé. L'utérus rétroversé est loin d'être exceptionnel puisqu'on estime que 20 à 30 % des femmes ont cette variante anatomique. Médicalement ça peut donner plus de douleurs au moment des règles, une petite gêne lors des rapports. Pendant la grossesse, il peut y avoir une gêne pendant l'accouchement car le bébé appuie sur l'arrière. On n'opère ce genre d'utérus pour le redresser que s'il y a vraiment beaucoup de douleurs.
- salpingite : Inflammation d'une, ou des deux (dans 60 % des cas) trompes de Fallope. Infections sexuellement transmissibles, gonocoques et chlamydiae sont principalement en cause.
- séborrhée : Augmentation anormale de la sécrétion du sébum.

- spanioménorrhée : Allongement progressif de l'intervalle qui sépare les règles. La durée habituelle d'un cycle menstruel est en moyenne de 28 jours ; quand cet intervalle dépasse 6 à 8 semaines, on parle alors de spanioménorrhée. L'allongement est parfois tel que la patiente présente une aménorrhée, c'est-à-dire une absence totale de règles.
- spéculum : Outil médical – généralement en métal ou à usage unique en plastique – permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- œstrogène : Groupe de stéroïdes, dont la fonction, à l'état naturel, est d'être une hormone sexuelle femelle primaire. Ils sont produits en premier lieu par le développement des follicules des ovaires, le corps jaune (corpus luteum) et le placenta. Certains œstrogènes sont également produits en petites quantités par d'autres tissus tels le foie, la surrénale, les seins et le tissu adipeux. Ces sources secondaires d'œstrogènes sont particulièrement importantes chez les femmes lors de la post-ménopause. Les trois œstrogènes naturels sont l'estradiol, l'estriol et l'estrone. Bien que les œstrogènes soient présents dans les deux sexes, on en trouve une quantité significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elles favorisent le développement des caractères sexuels secondaires, comme les seins, et sont également impliquées dans le contrôle du cycle menstruel, ce qui explique pourquoi la plupart des pilules contraceptives en contiennent. L'usage d'œstrogènes, en particulier associés à la progestérone, est un traitement (traitement de substitution hormonale) controversé des symptômes de la ménopause. En plus de leurs rôles dans la reproduction, féminine mais aussi masculine, les œstrogènes sont impliqués dans le développement du système nerveux central, dans l'homéostasie du squelette et du système cardiovasculaire. Ils ont également des effets sur le foie et le tissu adipeux.
- œstroprogestative : Œstroprogestatif : Produit inhibiteur de l'ovulation, associant un progestatif et un œstrogène.
- tétracyclines : Famille d'antibiotiques dérivés de la tétracycline. Ces molécules ont pour caractéristique de posséder quatre cycles accolés, d'où leur nom. Elles sont capables de pénétrer les cellules eucaryotes. Elles ont donc pour cible les parasites intracellulaires (Exemple : *Chlamydia pneumoniae*). Ces molécules sont bactériostatiques ; il y a donc un risque de récurrence.

EN SAVOIR PLUS

- Item 27 : Contraception hormonale chez la femme. : <http://umvf.univ-nantes.fr/endocrinologie/enseignement/item27/site/html/1.html>

RECOMMANDATION

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. HAS; 2004 Dec.: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme
- Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Journal Officiel; 2001 Jul 7. p. 10823.: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=987CA07E0461A99BBDB917A89950C072.tpdjo02v_3?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id

ABREVIATIONS

- AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- ASP : Abdomen Sans Préparation
- CI : Contre-Indication
- COP : Contraceptif Oral Progestatif
- cp : comprimé
- CRP : C-Reactive Protein (protéine C réactive)
- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines
- EE : ÉthinylEstradiol
- EP : EstroProgestatif
- FSH : Follicle Stimulating Hormone (hormone folliculo-stimulante)
- GEU : Grossesse Extra-Utérine
- GIU : Grossesse Intra-Utérine
- HDL : High Density Lipoprotein (lipoprotéine de haute densité)
- HTA : HyperTension Artérielle
- IMAO : Inhibiteur MonoAmine-Oxydase
- IP : Indice de Pearl

- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- LH : Luteinizing Hormone (hormone lutéinisante)
- NF : Norme Française
- NFS : Numération Formule Sanguine
- TA : Tension Artérielle
- TV : Toucher Vaginal