



Adaptation des contraceptions hormonales

Dr GOUY Giulia,

Service Pr Gil DUBERNARD, CHU de La Croix Rousse

Dr PERLIER Julie

Service du Professeur GOLFIER, Hôpital Edouard Herriot

Dr PORQUET Olivia

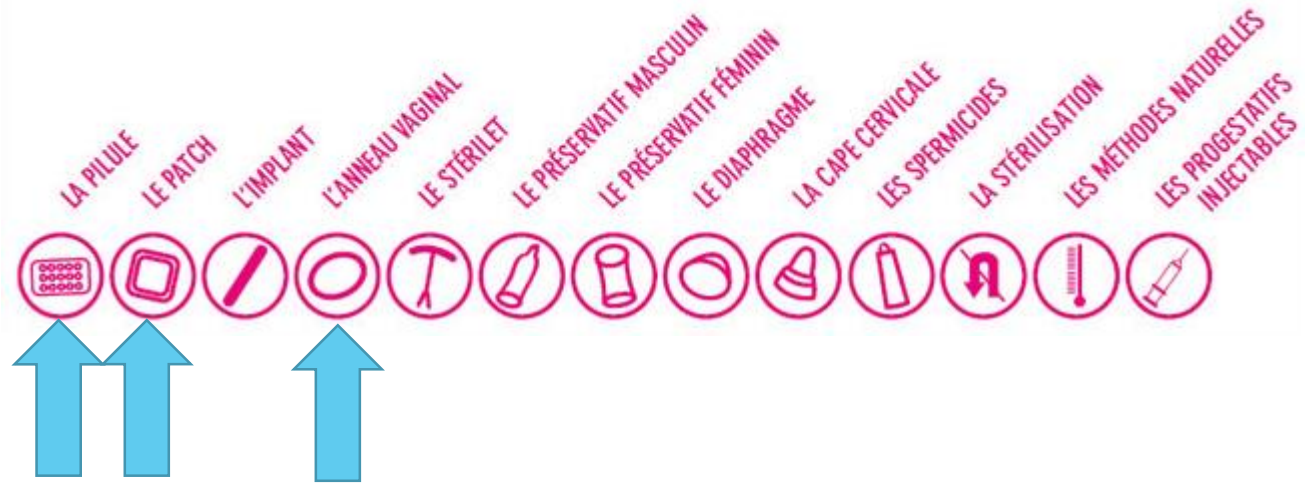
Centre Hospitalier Annecy Genevois - Site de Saint Julien

Rappel historique



- ▶ **Loi du 31 juillet 1920:** réprime l'avortement et toute contraception dans l'objectif de repeupler le pays après l'hécatombe de la Première Guerre mondiale.
- ▶ **En 1955,** suite à l'affaire des époux Bac condamnés pour avoir laissé mourir faute de soin leur quatrième enfant, une association de femmes est créée pour promouvoir le contrôle des naissances et lutter contre les avortements clandestins (estimés entre 400 000 et 600 000 à cette époque).
- ▶ **En 1956:** création de la « Maternité heureuse ». Le Mouvement français pour le planning familial, fondé en juin 1960, prend le relais de la « Maternité heureuse », poursuivant son œuvre d'information, d'éducation populaire incluant le conseil familial et sexuel.
- ▶ **Loi « Neuwirth »** adoptée le 14 décembre 1967, autorise la fabrication et l'importation de moyens de contraception, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures.

LA MEILLEURE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT.



Les Œstro-progestatifs

Les contre-indications (hors cardio-vasculaires)

Absolues :

- ▶ Antécédent personnel de **cancer** hormono-dépendant (sein et endomètre)
- ▶ Métrorragies non explorées
- ▶ Hépatopathie sans normalisation du bilan hépatique, tumeur hépatique (HNF, adénome hépatique..)
- ▶ Dyslipidémie avec TG > 2 g/L ou CT > 3 g/L ou LDL > 2,2 g/L
- ▶ Accouchement < 6 mois si allaitement maternel ou 6 semaines si artificiel

Les contre-indications cardio-vasculaires

Facteurs de risques artériels et veineux et utilisation d'une COP
CNGOF 2018

Facteurs de risque artériel	Utilisation d'une COP
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autre FDRV
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Tabac > 15 cigarettes/jour	Possible si pas d'autre FDRV
Antécédents familiaux 1 ^{er} degré IDM ou AVC avant 55 ans (homme) ou 65 ans (femme)	Contre-indication
Hypertension artérielle	Contre-indication
Dyslipidémie Non contrôlé Contrôlé	Contre-indication Possible si pas d'autre FDRV Contre-indication relative si dyslipidémie survenue avec COP
Diabète insulino-dépendant	Contre-indication si délai diabète > 20 ans ou si complications vasculaires
Diabète de type II	Possible si pas d'autre FDRV mais en seconde intention (1 ^{er} choix contraception microprogestative ou DIU cuivre)
Migraine avec aura	Contre-indication
Migraine simple	Possible si pas d'autre FDRV
Facteurs de risque veineux	Utilisation d'une COP
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autre FDRV
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Thrombophilie biologique connue	Contre-indication
Antécédents familiaux au 1 ^{er} degré de MVTE avant 50 ans	Contre-indication

Recommandations des sociétés savantes: HAS, OMS, CDC

Code couleur	Catégories MEC	Cas individuel et suivi	Mal Connu
	1	On peut utiliser la méthode en toutes circonstances	Oui (utiliser la méthode)
	2	On peut généralement utiliser la méthode	
	3	Pas recommandé sauf si les autres méthodes ne sont pas disponibles ou acceptables	Non (Ne pas utiliser la méthode)
	4	La méthode ne doit pas être utilisée	

Fact de risque	FDR cardiovas multiples*	Oestroprogestatifs			Progestatifs oraux			Implant progestatif			DIU Cuivre			SIU Lévonorgestrel			Injectables				
		HAS	OMS	CDC	HAS	OMS	CDC	HAS	OMS	CDC	HAS	OMS	CDC	HAS	OMS	CDC	HAS	OMS	CDC		
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Tabac	< 35 ans																				
	≥ 35 ans, < 15 cig/j																				
	≥ 35 ans, ≥ 15 cig/j																				
HTA	Non suivie																				
	Contrôlée, suivie																				
	S ≥ 140 ou D ≥ 90																				
	S ≥ 160 ou D ≥ 100																				
	Complic. Vasculaire de grossesse isolée																				
Infarct. Myoc.	même si ATCD																				
AVC	même si ATCD																				
Cardio myopathie péripartum	NYHA I ou II < 6 mois																				
	NYHA I ou II ≥ 6 mois																				
	NYHA III ou IV																				
Pathologie rénale chronique	Sd néphrotique en cours*																				
	Hémodialyse																				
	Dialyse péritonéale																				
Lupus Erythémateux Systémique	Ac Antiphospho +†																				
	Thrombogénie sévère																				
	TTT Immuno -																				
Polyarthrite rhumatoïde	Aucune CI																				
	TTT Immuno -†																				
	Sans immuno -																				
Céphalées	Hors migraine																				
	Migraine, âge < 35 ans																				
	Migraine, âge ≥ 35 ans																				
	Migraine + aura																				
Epilepsie	f° traitement																				
Dépression																					
Sclérose en plaque	Immob. prolongée																				
	Pas d'immob. Prol.																				

T. Linet d'après World Health Organisation. Family planning: a global handbook for providers - 2015 Update. - CDC U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024 - Fiches mémo HAS 2013-2015

Avantages et inconvénients des OP

Avantages :

- ▶ Diminution des **dysménorrhées**, des ménorragies
- ▶ Cycles **réguliers**
- ▶ Diminution des **kystes** fonctionnels ovariens
- ▶ Diminution de l'**acné**
- ▶ Diminution des cancers de l'ovaire, de l'endomètre et du colon

Inconvénients :

- ▶ Nausées
- ▶ Prise ou perte de **poids**
- ▶ Irritabilité, baisse libido
- ▶ **Mastodynies**
- ▶ Spotting
- ▶ Modifications cutanées

Problématique	Rationnel		CAT proposée
Acné [1]	Lévonorgestrel (LNG)	-0,98 lésions visibles [-16,51 à -3,45]).	1ère Intention • Lévonorgestrel (Optidril, Optilova, Ludéal...) 2e Intention si pas assez efficace • Chlorhydratone (Bélara continu...) • Drospirénone (Yaz, Jasminelle continu...) • Diénogest (Qlaira, Oedien...)
	Norgestimate (NGM)	-0,32 [-14,19 à -4,45] lésions Inflammatoires + comédons.	
	Diénogest (DNG)	-15,3 [-19,98 à -10,62].	
	Drospirénone (DRSP)	absence ou la quasi-absence de lésion : OR = 3,02 [1,99-4,59] Action > LNG, norgestimate, zoely	
	Chlorhydratone (CMA)	amélioration > 50 % plus fréquente OR 2,31 [1,5 - 3,55]. Action > LNG	
Dysménorrhées	Tous les oestrog.	Diminuent généralement les dysménorrhées [2]	1ère Intention • Lévonorgestrel (Optidril, Optilova, Ludéal...) 2e Intention si pas assez efficace • OP en prolongés (Seasonique...) • Nomégestrol (Zoély) • Nuvaring/Etoring
	Oestrog. prolongés	Moins de dysménorrhées que sur schémas discontinus [3]	
	Nomégestrol (NOMAC)	Supérieure à la drospirénone [4]	
	Evra	Moins efficace que les oestrogénostatifs oraux [5]	
	Nuvaring	Plus efficace que les oestrogénostatifs oraux [5]	
Syndrome prémenstruel	Drospirénone (DRSP)	Plus efficace que le placebo [9]	• Drospirénone (Yaz...) • Lévonorgestrel / Desogestrel en 2e intention
	Autres progestatifs	Lévonorgestrel et désogestrel pas plus efficaces que la drospirénone [9]	
Métrorragies	Dose EE ≤ 20 µg	Plus de spotting sans autre bénéfice démontré à ce jour [6]	1ère Intention • Lévonorgestrel à 30 µg (Optidril, Ludéal...) 2e Intention si pas assez efficace • 3e générations, Nuvaring
	3e générations	Moins de métrorragies que les 2e générations [7]	
	Nuvaring	Mieux contrôlé du cycle [5]	
Mastodynies	Dose oestrogène	Non démontré [7]	• Pas d'oestrog. supérieur démontré • Si examen normal : rassurer la patiente • Soutien gorge adapté (brassière) ≠ AINS en gel
	Type de progestatif	Non démontré (sauf désogestrel plus efficace que drospirénone) [7]	
Libido	Tous les oestrog.	Action globalement neutre sur la sexualité [8]	• Dose > 15 µg • Prise en charge sexologique
	EE ≤ 15 µg	Probablement moins efficaces [8]	
Oedèmes, céphalées	Dose en oestrogène	Non démontré [7]	• Pas d'oestrog. oral supérieur démontré • Discuter le passage sous prolongés si céphalées
	Type de progestatif	Non démontré (sauf drospirénone plus efficace que désogestrel) [7]	
	Oestrog. prolongés	Moins de céphalées que si discontinu [3]	
Nausées, vomissements	Dose en oestrogène	Non démontré [7]	• Pas d'oestrog. oral supérieur démontré • Discuter le passage sous Nuvaring
	Type de progestatif	Non démontré (sauf désogestrel plus efficace que drospirénone) [7]	
	Nuvaring	Moins de nausées [5]	
	Evra	Plus de nausées [5]	

Références

1. Arowojolu AO. Cochrane Syst Rev 2012. 2. Courdand Robinson J. Am J Obstet Gynecol. 3. Erdiman A. Cochrane Database Syst Rev 2014. 4. Wijes H. Eur J Contracept Health Care 2015. 5. Lopez LM. Cochrane Database Syst Rev 2013. 6. Gello MF. Cochrane Database Syst Rev 2013. 7. Lawrie TA. Cochrane Database Syst Rev. 2011. 8. Peator Z. Eur J Contracept Reprod Health Care 2013. 9. Lopez LM. Cochrane Database Syst Rev 2012.

Les pilules œstro-progestatives

- ▶ Les générations sont déterminées en fonction du type de progestatif
- ▶ En première intention, prescrire des **2^{ème} génération** (remboursées)
 - ▶ En cas d'acné, possibilité de prescrire un pilule contenant du norgestimate (risque TE identique 2^{ème} génération) en première intention (non remboursée)
 - ▶ En cas d'intolérance des 2^{ème} génération : 3^{ème} ou 4^{ème} générations possibles
- ▶ Faciliter l'observance: prescrire les contraceptifs avec des placebos
- ▶ Privilégier les **monophasiques** car possibilité d'enchaîner les plaquettes
- ▶ La prise est **quotidienne**, à heure fixe, tolérance d'oubli de **12 heures**
- ▶ On la **début**e soit
 - ▶ le premier jour des règles => efficacité immédiate
 - ▶ N'importe quand « quick start »=> efficace au bout de 7 jours

Les pilules œstro-progestatives

Les générations sont déterminées en fonction du type de progestatif:

Tableau III. Classifications des COEP.

Classe	Dose d'Ethinylestradiol	Type de progestatif
C1G	35 µg	Noréthistérone
C2G	20 ou 30 µg	Lévonorgestrel
	30–40 µg	
C3G	20 ou 30 µg	Désogestrel (DSG)
	15, 20 ou 30 µg	Gestodène (GSD)
	30–40 µg	
	35 µg	Norgestimate (NRG)
Autres ou C4G	30 µg	Acétate de chlormadinone
	20 ou 30 µg	Drospirénone
	Estradiol	Diénogest
		Acétate de Nomégestrol

C1G : pilule de 1^{re} génération ; COEP : contraception orale estroprogestative.

« Nouvelles » contraceptions

Considérées comme de 4^{ème} génération ou « autres »

- ▶ EE + Acétate de Chlormadinone: BELARA[®]
- ▶ EE + Diénogest: MISOLFA[®], OEDIEN[®]
 - ▶ Contraception oestroprogestative à faible risque thrombo-embolique
 - ▶ Mais peu d'étude comparatives
 - ▶ Action importante sur les dysménorrhées
 - ▶ Contraception essentiellement évaluée sur l'amélioration de l'acné
 - ▶ Comparable à « Diane»
 - ▶ Mais efficacité contraceptive validée
- ▶ Estradiol valérate + Diénogest: QLAIRA[®]
- ▶ Estradiol + Nomégestrol: ZOELY[®]
- ▶ EE + Drospirénone: YAZ[®], JASMINE[®] ...

Que faire en cas d'oubli?

Que faire en cas d'oubli de pilule* ?

Il faut réagir vite.



Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs oui non nombre

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

413 899 11C

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

Pour retrouver une contraception efficace, il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence.



Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

ATTENTION:

En cas de **diarrhée** ou **vomissement** dans les 3 heures de la prise

=> Équivalent à un **oubli** ++++

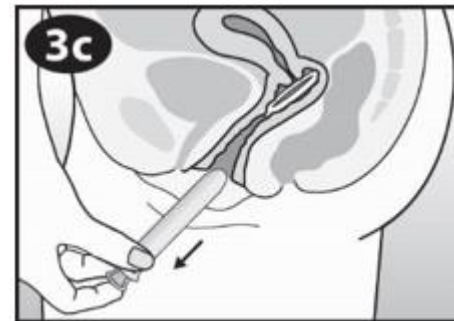
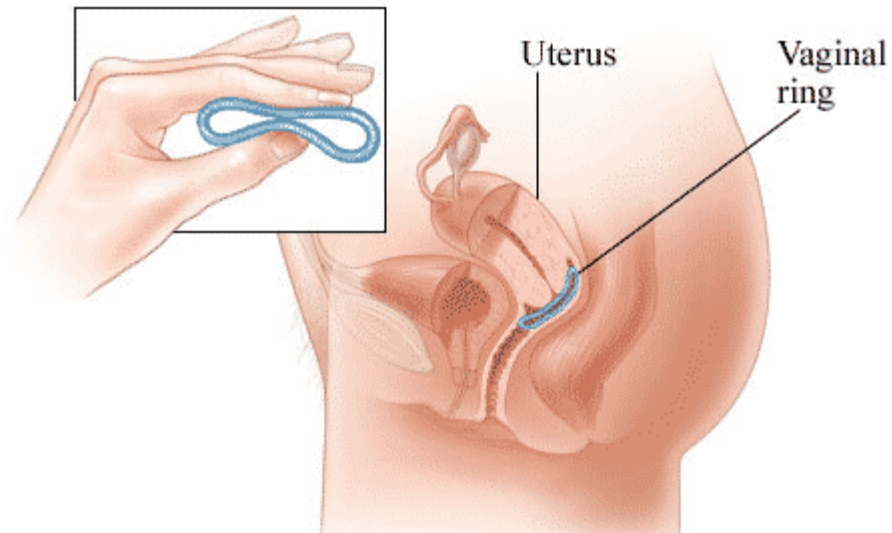
Les patchs (norelgestromine + EE)

- ▶ Patch EVRA® non remboursé (environ 15 €/mois)
- ▶ Un patch par semaine pendant 3 semaines puis 1 semaine d'arrêt
- ▶ 4 sites d'application :
 - ▶ Fesse
 - ▶ Torse (sauf seins)
 - ▶ Bras (face extérieure)
 - ▶ Abdomen



L'anneau (Etonogestrel + EE)

- ▶ Contraceptif non remboursé (environ 10 €/mois)
- ▶ Pour une durée de 3 semaines puis 1 semaine d'arrêt.
- ▶ Non remboursé (NUVARING[®]), il existe un générique (ETORING[®] et ETONOGESTREL + EE)
- ▶ Possibilité d'insertion avec un applicateur



Les œstrogènes dit « naturels »

- ▶ Étude internationale « PROE2 » de NON INFERIORITE compare:
 - ▶ Nomégestrol acétate/estradiol
 - ▶ Levonorgestrel/ethinylestradiol (2^{ème} génération, 1^{ère} intention actuellement)
- ▶ Réalisée en Europe entre 2014 et 2019, étude non interventionnelle, recrutement par des gynécologues principalement.
- ▶ **Critère principal: accidents TEV des MI et EP**
- ▶ **Critères secondaires:** tout type de MTEV, thrombose artérielle, troubles dépressif, acné, taux de grossesse, modification du poids, maladie inflammatoire chronique, fertilité...
- ▶ Résultats:
 - ▶ Pas de différences substantielles entre les cohortes en ce qui concerne les **FdR CV**
 - ▶ Non-infériorité sur le risque de **TEV des MI et d'embolie pulmonaire**
 - ▶ pas de différence statistiquement significative entre les 2 contraceptifs pour les troubles dépressifs, l'évolution de l'acné, l'évolution du poids

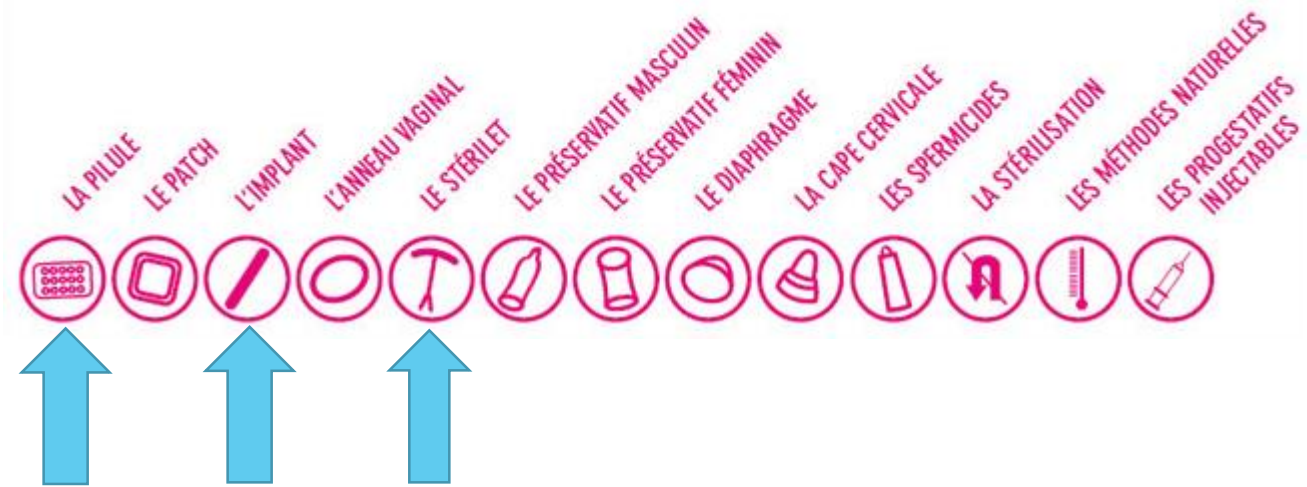
Surveillance des œstro-progestatifs

Lors de chaque consultation :

- ▶ Prise de la tension artérielle
- ▶ Calcul de l'IMC
- ▶ Recherche de nouveau facteur de risque CV et TE personnel et/ou familial
- ▶ À trois mois de la première prise: réalisation d'un bilan métabolique (EAL + GAJ) à renouveler tous les 5 ans

En cas de doute sur une hépatopathie, ne pas hésiter à réaliser un bilan hépatique AVANT le début de la prise et à 3 mois puis annuel.

LA MEILLEURE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT.



Les progestatifs

Les effets des progestatifs par rapport aux OP

- ▶ Pas de surrisque cardiovasculaire veineux ou artériel
- ▶ Augmentation des kystes fonctionnels ovariens
 - ▶ Mais pas une contre-indication si ATCD
 - ▶ Pas de prise en charge en général (< 10 cm ++)
- ▶ Diminution du risque de GEU absolu
 - ▶ Mais si grossesse = 10 % de GEU
 - ▶ Même type de réflexion qu'avec un DIU
- ▶ Triade des effets progestatifs : acné, céphalées, mastodynie
- ▶ Pas de différence sur les risques carcinologiques, de prise de poids

Actions physiologiques de la progestérone

- ▶ **Activité lutéomimétique (activité progestative):**
 - ▶ Transformation de l'endomètre par action sur les cellules glandulaires qui prennent un aspect sécrétoire
 - ▶ Permet la nidation de l'œuf et le maintien de la grossesse
- ▶ **Activité antiestrogène:**
 - ▶ S'oppose à l'action proliférative des œstrogènes sur l'endomètre
- ▶ **Activité anti-androgène:**
 - ▶ Inhibe la transformation tissulaire de la testostérone en DHT (androgène actif)
- ▶ **Activité anti-gonadotrope:**
 - ▶ Joue un rôle dans la sécrétion des gonadotrophines

Les différents types de progestatifs : dérivés des Norstéroïdes

- ▶ Ils sont tous issus des androgènes. Tous les progestatifs des pilules contraceptives sont des norstéroïdes
 - ▶ 1^{ère} génération ESTRANES:
 - ▶ Dienogest
 - ▶ 2^{ème} génération GONANES
 - ▶ Etonogestrel
 - ▶ Levonorgestrel
 - ▶ 3^{ème} génération
 - ▶ Désogestrel
 - ▶ Norgestimate
 - ▶ Gestodène
- ▶ Activité antigonadotrope: capacité à inhiber l'ovulation

Cas particulier de la Drospirénone

- ▶ Dérivée de la Spironolactone
- ▶ Avantages théoriques :
 - ▶ Améliorer le profil de saignement
 - ▶ Rythme 24 + 4 comprimés placebos / progestatif continu
 - ▶ Diminuer les effets androgéniques
 - ▶ Dosage > microprogestatif traditionnel
 - ▶ Molécule efficace dans l'acné en association oestroprogestative [Arowojolu]
 - ▶ Acné, séborrhée, alopécie...
 - ▶ Diminuer le syndrome prémenstruel
 - ▶ Associée à L'EE: traitement de 1ère intention [RCOG]
 - ▶ Faible risque thrombo-embolique
 - ▶ Absence d'oestrogènes [Egarter]

Cas particulier de la Drospirénone

Ce que l'on sait:

- ▶ Bénéfice *théorique* d'une contraception sans œstrogènes
 - ▶ Pas d'évènement sur 20 000 cycles de suivi [Palacios]
- ▶ Cohortes trop petites pour le moment
 - ▶ Risque 0 impossible...
 - ▶ Pour mettre en évidence une différence majeure, il faudrait 17 609 femmes par groupe soit 422 616 cycles pour voir une différence avec des données de risque type Lidegaard.

Pourquoi être prudent

- ▶ Drospirenone suspectée à plus fort risque si OP [Lidegaard]
- ▶ Dosage \geq oestroprog
 - ▶ Ce n'est pas un microprogestatif
 - ▶ Ex injectables => \nearrow risque veineux [Robin]

Au total

Avantages démontrés

- ▶ Amélioration du profil de saignement par rapport au DSG 75
 - ▶ Surtout sur les saignements prolongés
 - ▶ /!\ plus de 40 % de saignements non prévus au cycle 9...

Travail en cours...

- ▶ Tolérance
 - ▶ Androgénique : Acné...
 - ▶ Syndrome prémenstruel
- ▶ Effet thrombo-embolique: Abandon à un an

Cas particulier du DIENOGEST

Indications actuelles :

- ▶ Traitement intéressant dans l'**endométri**ose, dans l'adénomyose
 - ▶ Efficacité démontrée symptômes douloureux [Neriishi], diminution des récives post-opératoires [Techatrasak, Totsi], diminution de la taille des endométriomes [Vignali]
- ▶ Recommandations 2018 CNGOF/HAS dans l'endométri
- ▶ Intérêt dans les dysménorrhées primaires et secondaires hors endométri
- ▶ /!\ Hors AMM

Efficacité contraceptive :

- ▶ Contraceptions avec 2 mg de DIENOGEST: Qlaira (+ valérate d'estradiol), Misolfa/Oedien (+ 30 µg EE)
- ▶ Exemple DROSPIRENONE 4 mg => extrapolation OP par rapport au progestatif difficile sur la pharmacocinétique mais
 - ▶ Progestatifs seuls généralement à des dosages /2 (désogestrel) ou /5 (lévonorgestrel)
 - ▶ Diénogest > efficacité lévonorgestrel en oestroprog [Barnett]
 - ▶ Efficacité attendue du Diénogest en contraception.

Les contre-indications et effets indésirables

Contre-indications

- ▶ Affections **hépatiques** avec bilan hépatique perturbé
- ▶ Accidents thrombo-emboliques **en cours**
- ▶ Maladie coronarienne, **AVC**
- ▶ Antécédent de **cancer** hormonodépendant
- ▶ Métrorragies non expliquées
- ▶ < 3 semaines du post-partum si allaitement maternel

Effets indésirables:

- ▶ Troubles du cycle (irrégularité, spotting)
- ▶ **Mastodynies**
- ▶ Dystrophie ovarienne ou kystes fonctionnels

Les pilules microprogestatives

- ▶ Il en existe 2 actuellement:
 - ▶ Le DESOGESTREL en prise quotidienne pendant 28 jours, pas d'interruption
 - ▶ Le LEVONORGESTREL La DROSPIRENONE (SLINDA®)
 - ▶ La prise doit être faite à heure fixe
 - ▶ Délai de tolérance d'oubli: 12h pour DESOGESTREL et DROSPIRENONE et 3h pour LEVONORGESTREL.
- => NE PAS PRESCRIRE DE LEVONORGESTREL (MICROVAL®)
- ▶ Indications:
 - ▶ Contre-indication ou intolérance aux OP
 - ▶ Post-partum

Les macroprogestatifs

LUTÉNYL, LUTÉLAN ET LEURS GÉNÉRIQUES (acétate de nomégestrol 3,75 ou 5 mg et acétate de chlormadinone 5 ou 10 mg)

- ▶ La prise de CPA, NMG ou ACM est associée à une augmentation du risque de méningiome.
- ▶ Ce risque augmente en fonction de la dose, de la durée du traitement et de l'âge (> 35 ans +++)
 - prise < 1 an => risque très faible
 - Au delà => risque x 20 à partir de 5 ans de traitement par CPA à 50mg/j
x 12 à partir de 5 ans de traitement par NMG
x 7 à partir de 3,5 ans de traitement par ACM



Au delà d'un an de traitement, le médecin doit remettre chaque année **une attestation d'information** à compléter et signer par médecin et patient. Cette attestation annuelle devra être présentée systématiquement à la pharmacie pour obtenir le traitement.

Les macroprogestatifs : quelles CAT ?

Que faire si vous êtes actuellement traitée ?

Un examen par imagerie cérébrale (IRM) doit être réalisé :

- à tout moment pendant le traitement en cas de symptômes évocateurs de méningiome (voir ci-dessous) ;
- si vous êtes traitée depuis plus d'un an et que votre traitement nécessite d'être poursuivi.

Si vous êtes traitée depuis moins d'un an et que vous ne ressentez pas de symptômes évocateurs de méningiome, il n'est pas nécessaire de réaliser une IRM cérébrale.

Que faire si vous débutez un traitement ?

Il n'est pas recommandé de réaliser une IRM au cours de la première année de traitement, sauf si vous avez un **facteur de risque de méningiome**. Dans ce cas, l'IRM doit être réalisée au début du traitement.

Facteurs de risque de méningiome : radiothérapie du cerveau dans l'enfance ou neurofibromatose de type 2.

Que faire si vous avez été traitée par le passé avec un de ces médicaments ?

Parlez-en à votre médecin à l'occasion d'une prochaine consultation de gynécologie. En cas de symptômes évocateurs de méningiome, une IRM cérébrale devra être pratiquée, même à distance de l'arrêt du traitement.

En l'absence de symptômes évocateurs, il n'est pas nécessaire de réaliser une IRM cérébrale.

Les macroprogestatifs : quelles CAT ?

Que se passe-t-il si votre IRM ne révèle rien de particulier ?

Vous pourrez poursuivre votre traitement, après discussion avec votre médecin. Dans ce cas, il vous prescrira une IRM 5 ans après la première, puis tous les 2 ans tant que votre traitement sera maintenu. Chaque année, il vous remettra également une attestation d'information que chacun de vous signera ; elle vous sera indispensable pour obtenir votre médicament en pharmacie.

Que se passe-t-il si votre IRM révèle la présence d'un méningiome ?

Votre traitement sera définitivement arrêté et un avis neuro-chirurgical sera requis. La prise d'acétate de nomégestrol, chlormadinone ou cyprotérone ne sera plus jamais possible.

Les macroprogestatifs : quelles indications ?

Bénéfice/Risque FAVORABLE

- ▶ Hémorragies fonctionnelles
- ▶ Ménorragies liées aux fibromes en pré-opératoire
- ▶ Endométriose
- ▶ Mastopathies sévères

Bénéfice/Risque DEFAVORABLE

- ▶ Ménopause (THS)
- ▶ Irrégularité du cycle
- ▶ Syndrome prémenstruel
- ▶ Mastodynies non sévères
- ▶ Contraception (sans FdR CV associé)

Initiation d'une contraception hormonale

- ▶ 1^{er} jour des règles
- ▶ « quickstart » après information claire:
 - ▶ s'assurer de l'absence de grossesse
 - ▶ associer une méthode contraceptive barrière complémentaire pendant 7 jours
 - ▶ informer la patiente sur le risque de métrorragies pendant la 1^{ère} plaquette

Interactions médicamenteuses

Certains médicaments (**inducteurs enzymatiques**) augmentent l'élimination des contraceptifs (oraux, implants, patch et anneaux):

- ▶ Anticonvulsivants
- ▶ Antituberculeux
- ▶ Millepertuis
- ▶ Antirétroviraux

Attention aux **laxatifs** qui peuvent provoquer des **diarrhées**

Attention aux patientes ayant des maladies causant des syndromes de malabsorption ou ayant subi une **chirurgie bariatrique**.

Les contraceptions d'urgence

The background of the slide is white with abstract, overlapping geometric shapes in various shades of blue (light blue, medium blue, and dark blue) on the right side, creating a modern, clean aesthetic.

Les contraceptions d'urgence

- ▶ La CU peut être employée, après un rapport sexuel, dans un certain nombre de situations, et notamment:
 - ▶ absence de contraception;
 - ▶ dans les cas d'agression sexuelle ou de viol, lorsque la femme n'est pas protégée par une méthode efficace de contraception;
 - ▶ échec ou usage défectueux de la méthode contraceptive.
- ▶ La CU n'est pas efficace à 100 % : test de grossesse recommandé en cas de retard de règles après prise d'une CU.
- ▶ Bilan d'IST à proposer
- ▶ Ne peut remplacer la prise d'une contraception régulière
- ▶ 2 catégories de CU:
 - ▶ Hormonale: LNG, UPA
 - ▶ Intra-utérine: DIU Cu



	Lévonorgestrel (LNG) per os (dose unique de 1,5 mg)	Ulipristal acétate (UPA) per os (dose unique de 30 mg)	Dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre
Mode d'action	Progestatif agissant principalement en inhibant ou en retardant l'ovulation	Modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone agissant principalement par inhibition ou retardement de l'ovulation	→ Effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes inhibant ainsi la fécondation → Inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé
Délai d'utilisation possible	D'autant plus efficace qu'elle est utilisée précocement après le rapport non ou mal protégé		→ Jusqu'à 120 h (5 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé
	→ Jusqu'à 72 h (3 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé (indication de l'AMM) mais de préférence dans les 12 h après le rapport , à n'importe quelle période du cycle menstruel sauf en cas de retard des règles	→ Jusqu'à 120 h (5 jours) après un rapport sexuel non ou mal protégé, à n'importe quelle période du cycle menstruel, sauf en cas de retard des règles	
Principales contre-indications	→ Hypersensibilité au LNG	→ Hypersensibilité à l'UPA	→ Celles des DIU (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexplicables) → La nulliparité/nulligestité n'est pas une contre-indication

Les contraceptions d'urgence

- ▶ Chez une femme utilisant une **contraception hormonale**, ou chez qui une contraception hormonale est envisagée après une CU: utilisation du **LEVONORGESTREL** plutôt que l'**ULIPRISTAL ACETATE**.
- ▶ Attention efficacité limitée du LNG chez les patientes en surpoids, privilégier l'UPA.
- ▶ Si la prise ou la reprise d'une contraception hormonale est envisagée après une prise d'UPA: utilisation d'une **contraception additionnelle mécanique** pendant les **12 jours** qui suivent la prise de l'UPA recommandée (ANSM 2018).
- ▶ Chez les femmes utilisant une contraception hormonale au long cours: UPA non recommandé.
- ▶ Le **DIU au cuivre est utilisable** en première intention et son utilisation devrait être encouragée.
- ▶ Les données sur l'utilisation du DIU au LNG sont trop limitées pour le recommander en CU.

Les contraceptions d'urgence

- ▶ CU hormonale disponible en pharmacie sans prescription médicale
 - ▶ LNG 7,41€
 - ▶ UPA 18,88€
- ▶ Gratuite et délivrée de manière anonyme pour les mineures (pharmacie, CPEF, infirmeries scolaires)
- ▶ Pour les femmes majeures, elle est remboursée à 65 % par l'Assurance Maladie sur prescription médicale uniquement.
- ▶ DIU Cu disponible en pharmacie uniquement sur prescription médicale
- ▶ Possibilité de fournir par avance aux femmes des pilules contraceptives d'urgence pour s'assurer qu'elles auront ces pilules à disposition en cas de besoin et qu'elles seront en mesure de les prendre dès que possible après un rapport non protégé.

Prescription et renouvellement de contraceptifs

- ▶ La première prescription doit-être faite par un médecin pour une durée maximum de 1 an
- ▶ Le renouvellement peut-être réalisé par un pharmacien ou un infirmier (*HAS 2018*)

Validité de l'ordonnance (suite)

- L'infirmier(e) peut renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux dans les mêmes conditions.
Il (elle) doit indiquer sur l'original de la prescription :
 - son nom et son prénom ;
 - la mention « renouvellement infirmier » ;
 - la date et la durée du renouvellement.
- Au total la durée du renouvellement pharmacien et/ou infirmier ne peut excéder 6 mois. Dans ces deux cas, la facturation (s'il s'agit d'une pilule remboursée) se fait suivant les modalités habituelles. Cette mesure concerne tous les contraceptifs oraux sous réserve qu'ils ne soient pas inscrits sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.
- En aucun cas un pharmacien ne peut refuser la délivrance d'une contraception au nom de ses convictions morales ou religieuses.
- Le pharmacien peut rappeler l'existence d'une alternative de prise en charge également anonyme et gratuite dans les centres de planification ou d'éducation familiale² (CPEF).

2. www.ivg.social-sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale

CONCLUSION

- ▶ Différence entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique
- ▶ Respect des contre-indications
- ▶ Personnalisation du conseil contraceptif
- ▶ Support d'aide à la décision
- ▶ **Choix adapté, personnalisé et conforme au choix de la femme**

CAS CLINIQUE 1

- ▶ Juliette, 17 ans
- ▶ Va avoir ses premiers rapports sexuels et demande une pose de stérilet au cuivre
- ▶ Elle a peur de grossir avec les hormones et qu'elles soient mauvaises pour sa santé
- ▶ Elle présente depuis sa ménarche à 12 ans une dysménorrhée assez invalidante, mal calmée par le paracétamol
- ▶ Elle n'a aucun antécédent personnel ou familial et ne fume pas. Elle n'a pas d'acné.
- ▶ Quel est votre discours?

Juliette

- ▶ Problématique de l'examen clinique/pose DIU d'une jeune femme vierge: possible si patiente motivée
- ▶ Dysménorrhée majorée par le diu au cuivre
- ▶ Réassurance sur la contraception oestroprogestative et la santé en général: réversibilité, action sur les dysménorrhées...

Juliette

- ▶ Problématique de l'examen clinique/pose DIU d'une jeune femme vierge: possible si patiente motivée
- ▶ Dysménorrhée majorée par le diu au cuivre
- ▶ Réassurance sur la contraception oestroprogestative et la santé en général: réversibilité, action sur les dysménorrhées, prévention cancer de l'ovaire, cancer de l'endomètre...



Après discussion, Juliette choisit la pilule oestroprogestative.

Juliette (2)

- ▶ Quel examen clinique, biologique pratiquez-vous?

Juliette (2)

- ▶ Quel examen clinique, biologique pratiquez-vous?



INTERROGATOIRE COMPLET FDR CV ET TE

TENSION ARTERIELLE, PALPATION MAMMAIRE SI OK?

BILAN GLUCIDOLIPIDIQUE A 3 MOIS

Juliette (3)

- ▶ Quelle prescription type lui faites vous d'emblée?
- ▶ Elle n'a pas prévenu sa maman, pouvez vous la rassurer concernant la prise en charge?

Juliette (3)

- ▶ Quelle prescription type lui faites vous d'emblée?
- ▶ Elle n'a pas prévenu sa maman, pouvez vous la rassurer concernant la prise en charge?



Pilule oestroprogestative au levonorgestrel à 30 µg d'éthinylestradiol en continu pour 6 mois + antalgiques type AINS pour sa dysménorrhée

Bilan biologique: Glycémie à jeun, recherche d'une anomalie lipidique

Préciser « prescription contraception mineure » sur l'ordonnance pour la pharmacie et pour le laboratoire

Juliette (4)

- ▶ Vous revoyez Juliette de manière plus prématurée que prévu car son bilan glucidolipidique montre ces résultats:

Cholestérol total 2,5 g/l LDL cholestérol 1,9g/l HDL cholestérol 0,3 g/l

- ▶ Juliette est entrée en Prépa et décrit un régime alimentaire très déséquilibré.
- ▶ Quelle est votre CAT?

Juliette (4)

- ▶ Vous revoyez Juliette de manière plus prématurée car son bilan glucidolipidique montre ces résultats:
Cholestérol total 2,5 g/l LDL cholestérol 1,9g/l HDL cholestérol 0,3 g/l
- ▶ Juliette est entrée en Prépa et décrit un régime alimentaire très déséquilibré.
- ▶ Quelle est votre CAT?



Règles hygiénodietétiques
Switch à 20µg d'éthinylestradiol
Contrôle du bilan à 3 mois

Juliette (5)

- ▶ Le bilan s'est normalisé à 20µg d'EE. Vous renouvelez sa pilule pour 12 mois supplémentaires après avoir revu Juliette en consultation.
- ▶ Vous la revoyez pour le renouvellement de sa contraception orale 1 an plus tard. Elle n'a plus de dysménorrhée mais vous déclare que depuis le démarrage de la contraception orale, elle a des migraines sans aura.
- ▶ Elle décrit des oublis fréquents de pilule en raison de ses horaires de cours et de ses sorties
- ▶ Elle est sexuellement active depuis plus d'1 an et se sent prête à avoir un examen clinique



Que lui proposez vous?

Juliette (5)



Que lui proposez vous?

Une pilule à 15 μ g d'EE ou au valérate d'estradiol?

Une pilule microprogestative?

Un DIU? Lequel?

DISCUSSION

CC 2: Véronique, 41 ans

- ▶ Véronique vient pour renouveler sa pilule oestroprogestative, elle prend Leeloo* depuis plusieurs années.
- ▶ En raison d'une rupture sentimentale, elle l'a arrêtée de son propre chef il y a 6 mois. Elle présente depuis des règles douloureuses et abondantes qui la gênent dans son activité professionnelle. Elle est coiffeuse et a du mal à rester debout pendant ses règles.
- ▶ Elle a un enfant de 6 ans. Elle a eu une césarienne pour dystocie cervicale qu'elle a mal vécue.
- ▶ Elle n'a aucun facteur de risque TE ou CV, n'est pas migraineuse et a un IMC normal. Elle ne fume pas. Son bilan réalisé en 2023 était normal sous pilule.
- ▶ Que lui proposez-vous?

Véronique, 41 ans

- 1- Un DIU au levonorgestrel
- 2- Une pilule microprogestative
- 3- Un implant contraceptif
- 4- Le renouvellement de sa pilule OP
- 5- Une contraception locale

Véronique, 41 ans

▶ Que lui proposez-vous?

- 1- Un DIU au levonorgestrel
- 2- Une pilule microprogestative
- 3- Un implant contraceptif
- 4- Le renouvellement de sa pilule OP
- 5- Une contraception locale

Véronique, 41 ans

2- Une pilule microprogestative



Elle entend vos arguments concernant les risques cardiovasculaires et préfère rester sur une pilule dont elle maîtrise bien la prise quotidienne.

Elle a trop peur de se faire poser un DIU et l'examen clinique est délicat. Elle dit qu'à son âge c'est compliqué d'utiliser des préservatifs.

Véronique, 41 ans (2)

- ▶ Véronique a appelé plusieurs fois votre secrétariat, elle vous a même envoyé des mails sur votre adresse professionnelle et des messages sur Doctolib.
- ▶ Elle a des spottings continus depuis 5 mois avec un fond douloureux invalidant et n'en peut plus.
- ▶ Elle vient de rencontrer un nouveau compagnon.
- ▶ Elle vous demande une prescription pour sa précédente pilule qui lui allait très bien



Que faites- vous?

Véronique, 41 ans (2)

- ▶ On lui demande si elle prenait bien les comprimés à heure fixe et sans interruption entre les plaquettes
- ▶ On lui propose de passer sous drospirénone ou d'essayer le dienogest car elle a des signes cliniques en faveur d'adénomyose.
- ▶ Elle insiste sur les effets bénéfiques qu'elle avait avec sa pilule précédente (peau moins grasse, volume mammaire..)
- ▶ Au final, on lui dit oui car elle insiste
- ▶ On lui explique que les arrêts intempestifs de la pilule OP entraînent une réaugmentation du risque thromboembolique (SHBG) à la reprise si l'arrêt est supérieur à 4 semaines
- ▶ Qu'elle ne devra avoir aucun autre facteur de risque que son âge
- ▶ Et que cette prescription sera réévaluée annuellement.

Agenda PLEIRAA



- ▶ Webinaire gratuit temps d'échange de pratiques autour de l'IVG médicamenteuses en ville _ **mardi 10 décembre** de 18h30 à 20h
- ▶ Formation violences conjugales, intra-familiales et sexuelles : Dépistage et prise en charge _ **23 et 24 janvier** à CLERMONT-FERRAND
- ▶ Webinaire gratuit : Repérage et prise en charge des femmes victimes de violences_ **mardi 4 février** de 18h30 à 20h
- ▶ **Journée régionale PLEIRAA IVG-Contraception _ vendredi 28 mars 2025.**
début des inscriptions à venir.