Question mise à jour le 11 février 2005

INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Contraception

I-2-27

Dr Jacky NIZARD
Chef de Clinique

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Contraception

Objectifs :

- **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.**

MÉTHODES DE CONTRACEPTION HORMONALE

A/ Contraception orale

- C'est le moyen de contraception le plus utilisé en France. C'est également un moyen de contraception facile, efficace et réversible. Sa tolérance clinique et métabolique s'améliore, surtout avec les nouvelles molécules.
- La contraception orale a pour but d'empêcher la survenue d'une grossesse :
  - soit en inhibant l'ovulation ;
  - soit en modifiant la structure de l'endomètre ;
  - soit encore en modifiant la glaire cervicale.

1. Estroprogestatifs

a) Composition

- Ils sont par définition faits d'un estrogène et d'un progestatif.
- L'estrogène est toujours de l'éthinylestradiol (EE). C'est une molécule à très forte activité estrogénique, ce qui explique les petites doses utilisées.
- Le progestatif utilisé est le plus souvent un dérivé de la nortestostérone. Dans ce groupe, on distingue :
  - **les estranes :**
    - ils constituent les progestatifs de première génération ;
    - ce sont le noréthistérone et norgestriénone :
      - Triella,
      - ou leurs précurseurs, acétate de noréthistérone et lynestrénol : Ovanon ou Physiostat.
    - ces progestatifs ont des effets androgéniques cliniques et métaboliques,
  - **les gonanes :**
    - avec le lévogestrel qui est un progestatif de deuxième génération :
      - Trinordiol, Adépal, Stédiril ;
    - les progestatifs de troisième génération comme :
      - le désogestrel : Cycléane 20 ou 30, Mercilon, ou Varnoline,
      - le gestodène : Moneva, Phaeva,
      - et le norgestimate : Cilest ;
    - ces derniers progestatifs ont un effet antigonadotrope (bloquent l'ovulation) puissant permettant d'abaisser leurs doses. Ils ont également une faible activité androgénique clinique et métabolique ;

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

* **à part, l'acétate de cyprotérone :**
  - utilisé pour son action contraceptive mais également pour son action antiandrogénique. Il est utilisé seul dans Androcur, et en association avec de l'EE dans Diane 35 ;
* **et aussi** dans un autre registre, le nouveau progestatif de Jasmine très proche de la progestérone et « n'ayant pas » d'effet sur la rétention d'eau.

b) Mode d'action des estroprogestatifs

– Par leur rétrocontrôle sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, ils bloquent la décharge ovulatoire de LH et inhibent la sécrétion de FSH.
– Ils modifient la glaire cervicale (action des progestatifs), la rendant impénétrable par les spermatozoïdes.
– Ils modifient l'endomètre de façon variable en fonction des molécules.

c) Différentes catégories de pilules estroprogestatives

– Estroprogestatifs séquentiels :
  * estrogène seul pendant 7 à 15 jours, puis association estroprogestative pour le reste de la plaquette :
    - Ovanon 7 comprimés à 50 µg d'EE, puis 15 comprimés à 50 µg d'EE + 2,5 mg de lynestrénol,
    - ils sont peu utilisés comme contraceptifs oraux, car ils ont une forte activité (climat) estrogénique. Certains les utilisent en post-abortum, par exemple, car on dit qu'ils favorisent la régénération endométriale (non démontré à ce jour).
– Estroprogestatifs combinés :
  * tous les comprimés contiennent de l'EE et un progestatif à doses identiques. Ils associent les trois mécanismes d'action (blocage de l'ovulation, modification de la glaire cervicale et de l'endomètre).
– La classification des estroprogestatifs se fait en fonction du dosage d'EE et de la répartition des doses au cours du cycle :
  * par dosage en EE :
    - estroprogestatifs normodosés : les comprimés contiennent 50 µg (gammas) d'EE + un progestatif. Par exemple, Stédiril avec 50 µg d'EE + 0,5 mg de norgestrel,
    - estroprogestatifs minidosés : les comprimés contiennent moins de 50 µg d'EE et un progestatif. Par exemple, Cycléane 20 avec 20 µg d'EE + 150 µg de désogestrel ou Varnoline avec 30 µg d'EE et 150 µg de désogestrel, voire 15 µg dans Mélodia,
  * par répartition des hormones dans le cycle (pas de différence d'efficacité ni de tolérance) :
    - estroprogestatifs monophasiques : les doses sont identiques pour tous les comprimés, avec pour exemple Stédiril,
    - estroprogestatifs biphasiques : où la quantité de progestatif augmente en deuxième partie de cycle. Par exemple, Gynophase avec 50 µg d'EE + 1 mg d'acétate de noréthistérone pendant 11 jours, puis 50 µg d'EE + 2 mg d'acétate de noréthistérone pendant 10 jours,
    - estroprogestatifs triphasiques : où l'EE et le progestatif varient selon trois paliers successifs. Par exemple, Triella avec 35 µg d'EE + 0,5 mg de noréthistérone pendant 7 jours, puis 35 µg d'EE + 0,75 mg de noréthistérone pendant 7 jours, puis 35 µg d'EE + 1 mg de noréthistérone pendant 7 jours.

d) Prescription

– Arbitrairement, le premier jour du cycle est le premier jour des règles.
– Un estroprogestatif se prescrit 21 jours par cycle, suivis d'une pause de 7 jours entre les plaquettes où survient le saignement de privation.
– Les estroprogestatifs se débutent le premier jour des règles, puis par cycles réguliers de 28 jours.
– Il existe également des plaquettes contenant en plus 7 comprimés sans produit actif (exemple : Mélodia). La patiente prend donc un comprimé tous les jours sans interruption (moins de risque d'oubli), alors qu'il n'y a que 21 comprimés sur 28 qui sont actifs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Progestatifs

a) Les microprogestatifs administrés en continu dits « micropilule »

– Ils bloquent inconstamment l'axe hypothalamo-hypophysaire, et donc l'ovulation.
– L'action contraceptive est assurée par les effets périphériques :
  * ralentissement de la mobilité tubaire ;
  * modification de la muqueuse endométriale la rendant impropre à la nidation ;
  * et principalement par modification de la glaire cervicale, la rendant imperméable aux spermatozoïdes.
– Ils doivent être pris en continu, sans interruption entre les plaquettes, même pendant les règles, et à heure fixe (délai de sécurité : 1 heure !). Toutes ces contraintes les rendent difficiles à utiliser par certaines patientes.
– Ce sont, par exemple, Microval avec 0,03 mg de lévonorgestrel par comprimé ou encore Milligynon avec 0,6 mg d'acétate de noréthistérone par comprimé.

b) Les progestatifs à fortes doses en discontinu

– À ces doses, les progestatifs inhibent l'ovulation par leur action antigonadotrope, en plus de leur triple effet périphérique.
– Il faut les utiliser du 5e au 25e jour du cycle pour qu'ils soient efficaces.
– Ils ne sont pas considérés à proprement parler comme des contraceptifs oraux mais peuvent être utilisés pour leur effet contraceptif.
– Les pregnanes : par exemple, l'acétate de cyprotérone, Androcur, 50 mg par jour, actif à partir du 2e mois d'utilisation et à utiliser de préférence avec un estrogène.
– Les norpregnanes : par exemple, promégestone, Surgestone à 0,5 mg par jour ou l'acétate de nomégestrol, Luthényl à 2 mg par jour.

3. Antiprogestérones

- C'est la « pilule abortive ». Représentés par la miféprisone = RU486 ou Mifegyne.
- Elle n'est pas à considérer comme un moyen de contraception.

B/ Méthodes de contraception hormonales non orales

1. Progestatifs injectables retard

- En intramusculaire, ils ont le même mode d'action que les progestatifs fortement dosés.
- L'action est prolongée mais peut entraîner des anomalies des règles.
- Par exemple, acétate de médroxyprogestérone, Dépo-Prodasone, 150 mg tous les trois mois.

2. Dispositif intra-utérin contenant de la progestérone

- Voir le chapitre dispositif intra-utérin.

3. Implants sous-cutanés de progestérone

- Ils sont installés sous la peau, le plus souvent au niveau de la face interne du bras. Ils délivrent de la progestérone.
- La diffusion est constante, à des doses équivalentes des microprogestatifs oraux, d'où un mode d'action identique à celui de ces derniers. Ils offrent une protection d'environ trois ans.

4. Anneaux vaginaux délivrant de l'estradiol et un progestatif

- Peu utilisés.

5. Applications transdermiques

- Pas utilisées à but contraceptif.
- Il devrait néanmoins y avoir bientôt des contraceptions estroprogestatives en patch hebdomadaire.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

EFFETS SECONDAIRES, CONTRE-INDICATIONS ET COMPLICATIONS DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

A/ Estroprogestatifs

1. Complications majeures

a) Vasculaires

– Accidents thromboemboliques veineux, risque relatif de 3 à 5. Ils sont diminués avec la baisse des doses d'EE.
– Accidents artériels, avec un risque relatif de 4 à 9 pour les accidents cérébraux. Ils sont majorés par les autres facteurs de risque vasculaires comme l'HTA, l'obésité, le diabète, le tabac et les dyslipidémies.
– Hypercoagubilité générée par l'EE avec augmentation du fibrinogène, des facteurs VII, IX et X, et baisse de l'antithrombine III (et protéines C et S).
– Tendance à l'élévation de la pression artérielle par augmentation de la synthèse hépatique d'angiotensinogène.

b) Métaboliques

– Glucidique, avec un effet diabétogène variable, probablement en rapport avec un terrain de diabète latent.
– Lipidique : les estrogènes augmentent la synthèse hépatique des triglycérides, des VLDL, des HDL et des apoprotéines A.

Le cholestérol total varie peu. La progestérone à l'effet inverse en augmentant en plus les LDL et les apoprotéines B. L'effet global est le plus souvent équilibré. S'il y a un déséquilibre, il apparaît dans les premiers mois.

c) Carcinologiques

– Le sein : pas prouvé.
– Le col utérin : pas d'incidence directe, la surveillance doit rester la même.
– L'endomètre : risque diminué par les estroprogestatifs.
– L'ovaire : effet apparemment protecteur.
– Le foie : augmente le risque de tumeur bénigne du foie (habituellement angiomes).

2. Complications mineures

- Elles sont habituellement transitoires et résolutives après adaptation de la contraception (dose en EE, type de progestatif).
- Nausées et vomissements, céphalées, jambes lourdes et problèmes veineux sont les effets des estrogènes.
- Prise de poids non obligatoire de 1 à 2 kg, liée à une rétention hydrosodée. Au-delà, on ne peut incriminer les estroprogestatifs.
- Métrorragies, pour lesquelles il faut savoir évoquer les autres causes de métrorragies comme les infections et les cancers.
- Acné et hirsutisme dus à l'activité androgénique de certains progestatifs.
- Mycoses : vulvovaginites.
- Mastodynies (douleurs mammaires) où il faut éliminer une mastopathie. Elles sont causées par l'hyperestrogénisme. Il faut alors adapter la contraception.
- Aménorrhée : toujours éliminer une grossesse ou une anomalie de la prolactinémie. Sinon elle est induite par les progestatifs par atrophie endométriale. Elle est rare.
- Pour certains, les estroprogestatifs seraient responsables d'effets psychologiques (principalement sur l'humeur).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

3. Contre-indications

a) Absolues

– La grossesse.
– Les antécédents thromboemboliques.
– L'existence d'une affection à risque thromboembolique, comme une cardiopathie, une hémoglobinopathie, un alitement prolongé, ou en période périopératoire.
– Une HTA non contrôlée.
– Une hyperlipidémie.
– Un tabagisme au-delà de 15 cigarettes par jour après 35 ans.
– Une affection hépatique évolutive.
– Des antécédents d'ictère cholestatique ou de cholestase gravidique.
– Un diabète non insulinodépendant.
– Un diabète insulinodépendant avec un retentissement vasculaire.
– Un cancer du sein ou autre affection cancéreuse hormonodépendante.
– Une pathologie grave hormonosensible : lupus érythémateux systémique…

b) Relatives

– Antécédents familiaux d'hyperlipidémie, de diabète, d'accident vasculaire chez des sujets de moins de 35 ans.
– Antécédents d'HTA pendant la grossesse.
– Obésité.
– Diabète insulinodépendant sans retentissement vasculaire. Le risque doit être mis en balance chez une femme jeune avec ceux d'une grossesse non désirée.
– Affection gynécologique estrogénosensible comme les fibromes utérins et les mastopathies bénignes.
– Le tabagisme chez une patiente de moins de 35 ans.

c) Associations contre-indiquées

– Certaines associations médicamenteuses, par induction enzymatique, rendent la contraception inefficace.
– La prise de ces médicaments impose un autre moyen de contraception.
– Exemples :
  * rifampicine ;
  * barbituriques ;
  * autres anticonvulsivants (Di-Hydan, Mysoline, Tégrétol).

B/ Progestatifs

1. Complications

a) Progestatifs microdosés

– Le principal inconvénient est la rigueur de la prise.
– On peut observer des irrégularités menstruelles.
– Ils ne sont pas à utiliser avec des médicaments inducteurs enzymatiques.

b) Progestatifs macrodosés

– Effet androgénique.
– Ils abaissent également le HDL-cholestérol.
– Peuvent faire prendre du poids.
– Modifier les paramètres glucidiques.
– Et augmenter un risque vasculaire.
– Ils peuvent donner des troubles des règles par atrophie endométriale.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Contre-indications

- Les microprogestatifs ne présentent aucune contre-indication théorique, hormis la grossesse, et peuvent être prescrits dans les affections cardio-vasculaires, le lupus, et certains désordres métaboliques.
- Les progestatifs fortement dosés sont contre-indiqués lors de grossesse, d'antécédents thromboemboliques ou d'affections à risque thromboembolique et d'HTA majeure.

PRESCRIPTION ET SURVEILLANCE DE LA CONTRACEPTION ORALE HORMONALE

- La prescription d'une contraception orale ne se conçoit qu'après l'étude des antécédents, l'examen physique étant considéré comme inutile pour beaucoup :
  - étude des antécédents personnels : HTA, prééclampsie, ictère cholestatique, accidents thromboemboliques, anomalies métaboliques, antécédents gynécologiques et obstétricaux, et se méfier de la prise de médicaments associée et du tabagisme ;
  - étude des antécédents familiaux : diabète, troubles du métabolisme lipidique, HTA, accidents vasculaires et cancer du sein.
- En cas d'antécédents personnels ou familiaux de trouble du métabolisme ou cardio-vasculaire, des examens biologiques seront prescrits :
  - glycémie à jeun ;
  - cholestérolémie ;
  - triglycéridémie ;
  - une hémostase est nécessaire en cas d'antécédent hémorragique particulier.
- La prescription initiale sera de 3 mois. La consultation à 3 mois comprendra les mêmes examens cliniques, et le bilan biologique sera quant à lui systématique.
- La prescription se fera sur un an et sera délivrée par 3 mois.
- S'il n'y a pas d'anomalie, un examen de contrôle sera nécessaire à 12 mois puis tous les 24 mois en cas de normalité.

MÉTHODES DE CONTRACEPTION LOCALE

A/ Contraception locale par dispositif intra-utérin (DIU)

- Les DIU, ou stérilets, sont des dispositifs en polyéthylène sur lesquels est, le plus souvent, enroulé un fil de cuivre.
- Ces dispositifs sont introduits dans la cavité utérine où ils exercent leur action contraceptive.

1. Types de stérilets

- Stérilets dits inertes : première génération, ils sont en polyéthylène simple.
- Stérilets dits bioactifs : nouvelle génération, ils contiennent du cuivre, de l'argent ou des hormones.

2. Mode d'action

- Par action antinidatoire simple pour les stérilets inertes.
- Par réaction à corps étranger provoquant une réaction inflammatoire endométriale empêchant la nidation pour les stérilets bioactifs.
- De plus, pour ces derniers, le cuivre interfère localement avec :
  - les enzymes utérines ;
  - la quantité d'ADN cellulaire ;

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– le métabolisme du glycogène ;
– l'absorption d'estrogène par la muqueuse ;
– et a une action toxique directe sur les spermatozoïdes.

- Pour les stérilets contenant de la progestérone : cette hormone maintient l'endomètre impropre à la nidation et modifie la glaire cervicale. Elle a une action principalement locale équivalente de celle d'une micropilule.

3. Mise en place

- C'est un acte médical simple, pouvant se faire au cabinet du médecin, mais selon des critères définis par le législateur (matériel de « réanimation » et de perfusion sommaire disponible).
- Elle se pratique sans anesthésie, le plus souvent à la fin des règles.
- Le stérilet est déposé grâce à son applicateur dans la cavité utérine, puis les fils sont coupés pour être visibles sans être gênants et coupés de manière droite (pas en biais) afin de ne pas blesser le partenaire.

4. Risques et complications

a) Incidents

– Lipothymies et syncopes à la pose chez les patientes très anxieuses.
– Expulsion du stérilet, le plus souvent dans les trois premiers mois.
– Douleurs :
  * dans les premiers jours après la pose habituellement ;
  * si les douleurs sont permanentes ou s'il s'agit de dysménorrhées, il faut penser à un déplacement du DIU ;
  * des douleurs doivent faire évoquer :
    ▪ une infection,
    ▪ une GEU ;
– Saignement :
  * pour les DIU inerte ou au cuivre : habituellement à type de ménométrorragies ou de polyménorrhées ;
  * pour les DIU à la progestérone : trouble du cycle habituel *(spottings)* dans les trois premiers mois puis diminution du volume menstruel, voire pour certaines aménorrhées ;
  * ils sont fréquents avec un DIU, mais il faut savoir évoquer :
    ▪ une infection,
    ▪ une GEU.

b) Complications

– Infections :
  * c'est le risque principal ;
  * possibilité d'endométrites, de salpingites aiguë ou subaiguë avec risque de stérilité tubaire séquellaire ;
  * une infection du haut appareil génital est une contre-indication définitive à ce mode de contraception ;
– Grossesse :
  * possible mais rare ;
  * elles entraînent fréquemment une fausse couche dans le 1er ou le 2e trimestre ;
  * il y a un risque d'infection de la mère et de l'œuf ;
  * le maintien du DIU en place, si la patiente désire conserver la grossesse, est à discuter avec elle après l'avoir informée des risques de fausse couche et d'infection ;
– GEU :
  * le DIU n'évite que la grossesse intra-utérine. Aussi les patientes porteuses de DIU peuvent-elles avoir des grossesses extra-utérines avec la même fréquence qu'une patiente n'ayant pas de contraception. Le taux de GEU est donc identique entre patientes sous DIU et patientes sans contraception ;

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

* en conséquence, le DIU ne présente qu'un faible facteur de risque de GEU, mais une patiente enceinte ayant un DIU a plus de risque de faire une GEU qu'une grossesse intra-utérine.

– Perforation :
* le plus souvent à la pose ;
* elle peut aller jusque dans la cavité péritonéale, nécessitant alors un retrait chirurgical (par cœlioscopie ou laparotomie).

5. Contre-indications

● La recherche et le respect des contre-indications est indispensable avant la pose d'un DIU.

a) Contre-indications absolues

– Locales :
* grossesse ;
* affections génitales évolutives ;
* anomalies de la cavité utérine ;
* pathologie endométriale ;
* antécédents de salpingites ;
* antécédents de GEU.

– Générales :
* troubles de l'hémostase ;
* cardiopathie valvulaire ;
* maladie de Wilson pour les stérilets en cuivre ;
* tout traitement immunodépresseur augmentant le risque d'infection.

b) Contre-indications relatives

– Locales :
* béances cervicales ;
* ménorragies et troubles du cycle menstruel non explorés ;
* post-partum et post-abortum immédiats.

– Générales :
* traitement anticoagulant.

c) La nulliparité est pour certains praticiens une contre-indication absolue

– Afin d'éviter un risque infectieux annexiel, il vaut mieux employer un autre mode de contraception.

6. Surveillance

● La patiente doit être revue un mois après la pose.
● L'examen est un examen gynécologique normal, avec comme particularité :
– interrogatoire sur les douleurs, ménorragies et métrorragies ;
– vérifier que les fils sont en place, avec au moindre doute une échographie.
● Les examens suivants sont pratiqués tous les un à deux ans, avec des frottis cervico-vaginaux réguliers.
● Le stérilet sera changé régulièrement, les délais variant en fonction du modèle, allant de dix-huit mois à cinq ans.

B/ Contraception locale par obturateurs féminins

1. Le diaphragme

a) Description

– Dôme en latex de taille variable, à adapter à la taille du col (de 50 à 95 mm), mis en place en avant de l'orifice cervical.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

b) Pose

– Une fois la taille appropriée choisie, il faut apprendre à la patiente à le poser. Cela se fait grâce à des schémas et des maquettes.

c) Utilisation

– En association avec une gelée spermicide. La pose se fait avant les rapports. Il n'est retiré que six à huit heures après le dernier rapport.

d) Contre-indications

– Allergie au latex chez un des partenaires.
– Effacement du cul-de-sac vaginal postérieur, prolapsus ou toute autre modification anatomique gênant la pose (CI locales).

2. Capes cervicales

- Conçues sur le même principe, elles coiffent le col. Elles sont à utiliser en association avec un spermicide.
- Elles sont en fait peu utilisées.

C/ Contraception locale par spermicide

- Crèmes, gelées, mousses sous pression, ovules, comprimés solubles ou tampons.
- Produit associant un agent tensioactif, qui modifie la perméabilité des membranes cellulaires et détruit les spermatozoïdes, à un agent antibactérien actif contre certains germes.
- Ils doivent être introduits dans le fond du vagin dix minutes avant le rapport. Leur efficacité est de trois heures. Les toilettes vaginales sont interdites après le rapport et pendant plusieurs heures. Il faut remettre du spermicide si rapports itératifs.
- Ils sont le plus souvent utilisés avec un autre moyen de contraception local.

D/ Contraception locale par préservatifs

- Cylindres de latex de 180 à 200 mm de long et de 35 mm de diamètre, résistants à l'élongation. Ils peuvent être lubrifiés ou non, avec ou sans réservoir au bout.
- Le préservatif doit être mis en place sur une verge en érection. Il ne faut pas qu'il y ait de pénétration sans le préservatif. Après l'éjaculation, le retrait doit se faire avant la détumescence de la verge, en retenant le préservatif à sa base. Le préservatif doit être changé à chaque rapport. L'efficacité contraceptive du préservatif est améliorée s'il est utilisé en association avec un spermicide spécifique. En cas d'emploi de lubrifiant, celui-ci doit être non gras (siliconé…). Le préservatif doit être utilisé tout au long du cycle.
- Contre-indication principale : allergie au latex chez un partenaire
- C'est le seul moyen efficace contre les infections sexuellement transmissibles.

MÉTHODES CONTRACEPTIVES DITES NATURELLES

A/ Retrait (coït interrompu)

- Retrait de la verge hors du vagin avant l'éjaculation.
- Précautions d'emploi :
  – éjaculer loin de la vulve car peut être fécondant sinon ;
  – pas de rapports successifs sans miction et toilette de la verge.
- Contre-indications :
  – hommes éjaculateurs précoces ;
  – femmes anxieuses.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

B/ Méthodes de continence périodique

1. Méthodes Ogino, Knaus…

- Elles sont fondées sur le principe que, chez une femme qui a des cycles réguliers, l'ovulation se produit quatorze jours avant les règles. Donc, pour éviter une grossesse, il faut une période d'abstinence entourant l'ovulation.
- En fonction des différentes méthodes et de leur rigueur, la période d'abstinence varie de onze à quatorze jours par cycle.

2. Courbe de température (ménothermique)

- Fondée sur l'hyperthermie provoquée par la progestérone sécrétée par le corps jaune en deuxième partie de cycle.
- Méthode stricte, il faut que la femme prenne sa température tous les matins à heures régulières. En fonction de la courbe, on déduit une période d'abstinence, principalement pour les cycles suivants.
- C'est la même courbe qui est utilisée chez les femmes désireuses de grossesse, pour connaître le jour de leur ovulation.
- Contre-indications :
  - courbes imprécises et variables ;
  - ovulations irrégulières et variables en fonction des cycles. De plus, la température est influencée par l'activité, le cycle nycthéméral (femme travaillant la nuit, par exemple) et d'éventuelles infections.

3. Méthode Billings

- Fondée sur l'auto-observation de la glaire cervicale par la patiente. En effet, la glaire cervicale se modifie en période ovulatoire.
- L'observation est assez médiocre.

4. Autres méthodes

- De nouvelles méthodes sont en train d'apparaître, comme le dosage de LH dans les urines par des bandelettes, la LH s'élevant avant l'ovulation.

EFFICACITÉ DES DIFFÉRENTES MÉTHODES

- L'efficacité d'une méthode contraceptive s'évalue par l'indice de Pearl, qui donne le nombre de grossesses accidentelles survenues par année et par femme utilisant correctement la méthode contraceptive étudiée.
- Calcul : nombre de grossesses accidentelles rapportées au nombre de cycles d'utilisation de cent femmes pendant un an (donc pour 1 200 cycles). Le risque = x/1 200.

A/ Contraception orale

- Pour les estroprogestatifs combinés classiques et minidosés, l'indice de Pearl est proche de 0.
- Pour les estroprogestatifs séquentiels et les progestatifs microdosés en continu, l'indice de Pearl est d'environ 1 %.
- Pour les progestatifs macrodosés en discontinu, l'indice de Pearl est à 0,5 %.

B/ Méthodes locales

1. Stérilet

- Inertes = 2 %.
- Bioactifs au cuivre ou au progestatifs = < 1 %.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Diaphragmes
- De 2 à 4 %.

3. Préservatifs seuls
- De 4 à 8 %.

C/ Méthodes dites naturelles
- Ces méthodes ont un indice de Pearl très élevé (jusqu'à 40 % pour la méthode du retrait).
- Elles ne peuvent être sérieusement recommandées que pour des couples ouverts à la présence d'un enfant « impromptu ».

1. Retrait
- Environ 25 %.

2. Méthodes de continence périodique
- Variables en fonction de la rigueur, de la régularité du cycle et du nombre de jours d'abstinence.
- Classiquement, l'indice de Pearl va de 1 à 30 %.

CHOIX D'UNE CONTRACEPTION

- Aucune méthode n'est parfaite, alliant fiabilité, réversibilité et innocuité absolue. Il faut donc adapter ses prescriptions et conseils à chaque patiente. Il est important pour le médecin de connaître la panoplie des moyens et méthodes contraceptifs.

A/ Contraception orale
- Dépend de la demande, de l'âge de la patiente, de l'absence de contre-indication et de l'existence d'une pathologie associée ou de circonstances particulières.
- Femmes de moins de 35 ans, sans contre-indication ni pathologie associée :
  - contraception estroprogestative combinée minidosée ;
  - en cas de *spotting* (saignements minimes en cours de plaquettes), passer aux normodosés.
- En cas de mastodynies :
  - on préférera un estroprogestatif à climat progestatif dominant.
- En cas de mastopathie bénigne (explorée) :
  - estroprogestatif à climat progestatif ou progestatifs seuls.
- Patiente avec des risques vasculaires ou des contre-indications métaboliques :
  - microprogestatifs en continu.
- Femme en post-partum ou allaitant :
  - microprogestatifs en continu.
- Femme en post-abortum, pour le premier cycle :
  - contraception estroprogestative combinée minidosée.
- Femme plus de 35 ans :
  - si possible, estroprogestatifs combinés minidosés ou progestatifs macrodosés en discontinu, selon le terrain.
- En cas de signes d'hyperandrogénisme modéré :
  - contraception par estroprogestatif contenant de l'acétate de cyprotérone (Diane 35).
- « Pilule du lendemain » ou contraception d'urgence :
  - c'est le Norlévo, progestatif pur : en cas d'accident de contraception, prendre un comprimé dans les 72 premières heures (mais efficacité proportionnelle au délai de la prise), puis le deuxième comprimé 24 heures plus tard ;
  - cette contraception d'urgence est en vente libre, sans ordonnance, et n'a pas de contre-indication.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

B/ Méthodes locales

1. Stérilet

- Multipare de plus de 30 ans.
- Contre-indications aux estroprogestatifs.
- Après une cure de synéchie ou malformation utérine.
- Comme contraception postcoïtale si la pose se fait dans les cinq jours après le rapport présumé fécondant.

2. Diaphragme

- Nécessite un équilibre et une organisation de la part de la femme.
- Indiqué, si la vie sexuelle est épisodique, car il est souvent mal accepté.

3. Spermicides

- Contre-indications aux contraceptifs oraux et au stérilet.
- En préménopause (car risque de grossesse plus faible).
- Souvent en association avec d'autres méthodes locales.

4. Préservatifs

- Seule protection contre les infections sexuellement transmissibles.
- De ce fait, ils peuvent être préconisés en plus d'autres moyens contraceptifs chez les patients à risque.
- Peuvent être utilisés seuls, mais nécessitent un usage correct.

C/ Méthodes dites naturelles

- Peu efficaces.
- Innocuité totale.
- Contre-indiquées si la grossesse présente un risque pour la patiente.

CONTRACEPTION ORALE CHEZ L'HOMME

1. Produits disponibles

- Le blocage de la spermatogenèse est complexe.
- Les antigonadotropes peuvent être utilisés.
- Androgènes.
  - ils ont d'abord été utilisés, mais les effets métaboliques sur les lipides, la rétention hydrique et le bilan hépatique les ont fait abandonner.
- Estrogènes.
  - ils ne sont pas utilisables en raison de leurs effets sur la vie sexuelle (baisse de la libido et impuissance) ou de l'apparition d'une gynécomastie.
- Progestatifs.
  - ils freinent FSH et LH et doivent donc être associés à des androgènes.
- Antiandrogènes, agonistes ou antagonistes du Gn-RH :
  - ils ont les mêmes inconvénients sur la baisse des androgènes et la vie sexuelle.
- Substances toxiques pour la spermatogenèse :
  - elles ont été proposées, mais elles sont trop toxiques et la réversibilité est aléatoire.

2. En pratique

- La seule contraception orale masculine possible est la prise en continu d'un ou deux comprimés de progestatifs associés à une injection intramusculaire par semaine d'androgènes retard. L'efficacité est dépendante de la variabilité individuelle des sujets.
- En réalité, l'observance est très mauvaise du fait, d'une part, de la lourdeur du protocole et, d'autre part, de l'absence de bénéfice direct.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

STÉRILISATION CHIRURGICALE

- Chez la femme = ligature des trompes ou stérilisation définitive (coil tubaire par voie hystéroscopique).
- Chez l'homme = ligature des déférents (vasectomie).
- Ils ne sont pas à considérer comme un moyen de contraception, car ils ne sont que trop partiellement réversibles (voire irréversibles et empêchant la FIV pour la voie hystéroscopique).
- Ils ne sont plus considérés comme des actes de mutilation et sont donc réalisables légalement sous certaines contraintes (délai de réflexion de plus de quatre mois…).

CONDUITE À TENIR EN CAS D'OUBLI DE LA CONTRACEPTION ORALE

- Les oublis de pilule sont très fréquents.
- La conduite à tenir est la suivante :
  - oubli de moins de 12 heures, la prendre dès que possible, la contraception est toujours assurée ;
  - oubli de plus de 12 heures, et surtout de plus de 24 heures : cela dépend du jour dans le cycle :
    - * en fin de cycle, considérer que c'est la dernière pilule de la plaquette, arrêter la contraception et la reprendre normalement par une nouvelle plaquette sept jours plus tard ;
    - * en début de cycle, considérer que le risque de grossesse est le plus élevé (si rapports sexuels). Il faut alors prendre une contraception d'urgence, utiliser le préservatif ou autre moyen mécanique, et considérer que la contraception n'est plus assurée au moins pendant plusieurs jours, voire jusqu'à la fin du cycle.
- L'ovulation survient lorsque qu'il y a une pause trop longue entre les pilules. Le plus grave est donc l'oubli de la première pilule ou de celles qui suivent. ■

POINTS FORTS

- **La panoplie des moyens de contraception est importante.**
- **Pour la contraception orale, il faut connaître le principe du mode d'action et un seul produit par classe.**
- **Les contre-indications des estroprogestatifs sont importantes à connaître et se transforment souvent en indications pour les microprogestatifs.**
- **Pour le DIU, à un mode d'action mécanique locale s'associent des complications et des contre-indications mécaniques locales : GEU et infections.**
- **Pour le préservatif, il est toujours à conseiller au moindre doute de facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles, même si un autre moyen de contraception est utilisé.**
- **Les autres méthodes locales sont presque anecdotiques en France.**
- **L'indice de Pearl est très important. Il faut en connaître le mode de calcul et se rappeler qu'il est fondé sur une utilisation correcte du moyen de contraception. En effet, la plupart des grossesses sont la conséquence d'une mauvaise observance de la méthode.**
- **Les méthodes de contraception dites naturelles ne sont pas du ressort des prescriptions médicales mais plus de convictions personnelles et culturelles. Leur efficacité est aléatoire, souvent médiocre.**

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier