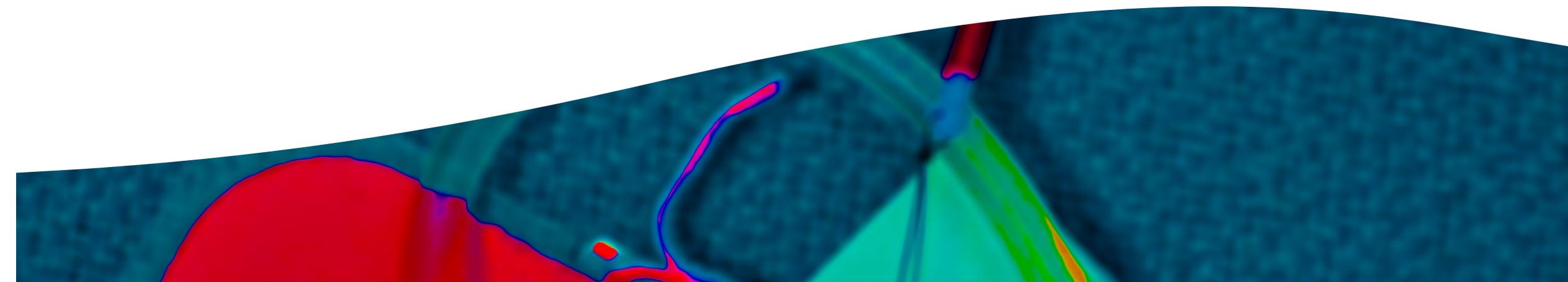


Contraception

Les cas cliniques

Alexia

Et ses parents



Consultation initiale

- Alexia vient consulter au CPEF : contexte de confidentialité pour une première demande de contraception.
- Elle a 17 ans et ne présente pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers.
- Son choix se porte sur l'implant. Il lui sera posé quelque temps plus tard au CPEF.

Un mois plus tard...

- Juillet 2017, ses parents découvrent qu'Alexia bénéficie d'une contraception: ils exigent le retrait de l'implant, car ils estiment que leur fille est trop jeune pour avoir des rapports sexuels.
- Après plusieurs échanges houleux, le médecin directeur du centre accède à la demande des parents: il retire lui-même l'implant...mais prescrit dans le secret une pilule contraceptive (optilova) à la jeune fille.
- Fin juillet, les parents rappellent le centre en colère: ils ont trouvé la plaquette de pilules. Ils la confisquent à leur fille.

Et comme l'absence de contraception

n'empêche pas les rapports sexuels...

4 mois plus tard...

- Alexia consulte à nouveau au CPEF pour une première demande d'IVG. Elle a fait un test urinaire de grossesse qui est positif. Elle serait à 11SA+4j.
- La consultation a du retard et Alexia fugue avant de bénéficier d'une échographie de datation. Elle ne donnera plus de nouvelles.



L5134-1 I

- Le **consentement** des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal **n'est pas requis** pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.



C'est gratuit jusqu'à 26 ans

	Pharmacie	Infirmières Lycée	Université	CPEF
Contraception d'urgence	Oui [1] Sans ordonnance	Oui [1] Sans ordonnance	Oui [3] Sans ordonnance	Oui [1]
Préservatif	Oui	Non	Non	Oui [2]
Autres contraceptions	Non	Non	Non	Oui [2]

Jusqu'au 1er janvier 2022, la gratuité de la contraception ne concernait que les femmes mineures. La contraception est gratuite pour les jeunes filles de 15 à 18 ans depuis 2013 et depuis janvier 2020, pour les mineures de moins de 15 ans.

C'est gratuit pour les plus de 26 ans



	Pharmacie	Infirmières Lycée	Université	CPEF
Contraception d'urgence	Non	Oui [1] Sans ordonnance	Oui [3] Sans ordonnance	Oui [1, 4]
Préservatif	Non	Non	Non	Oui [2, 4]
Autre contraceptifs	Non	Non	Non	Oui [2, 4]

Une minorité de déclaration orale

- Article D5134-21 : La **minorité** à laquelle est subordonnée la gratuité de la délivrance prévue à l'article L. 5134-1 est **justifiée par une déclaration orale** faite au pharmacien par l'intéressée.

Signature _____

Date _____

Un anonymat préservé

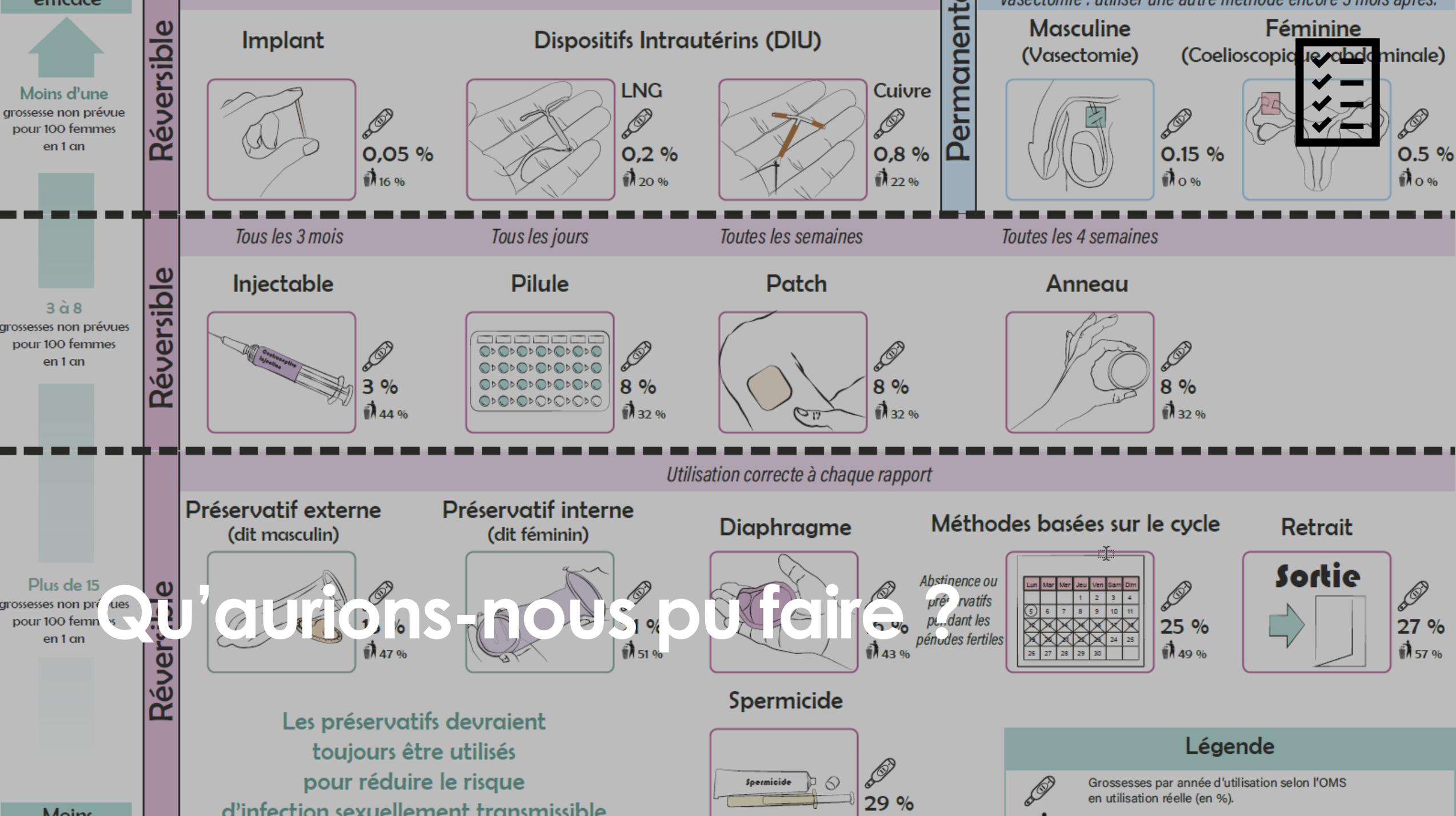
- Article D5134-3 : Lorsque la délivrance à une mineure de médicaments indiqués dans la contraception d'urgence a été effectuée, le pharmacien adresse à la caisse d'assurance maladie dont il dépend une facture établie sur une **feuille de soins ne comportant pas l'identification de l'assuré et du bénéficiaire** et utilisant un support papier.
 - Cet envoi peut faire l'objet d'une transmission électronique.

Mesures pour faciliter l'accès à la contraception des jeunes de moins de 26 ans [1]

- Le tiers payant sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie (part obligatoire) pour les consultations et les examens biologiques nécessaires à la contraception ainsi que les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif.
- Le secret de la délivrance et de la prise en charge des contraceptifs.
- La délivrance sans avance de frais des contraceptifs remboursables pharmacie, sur prescription médicale.

Coter pour être remboursé e

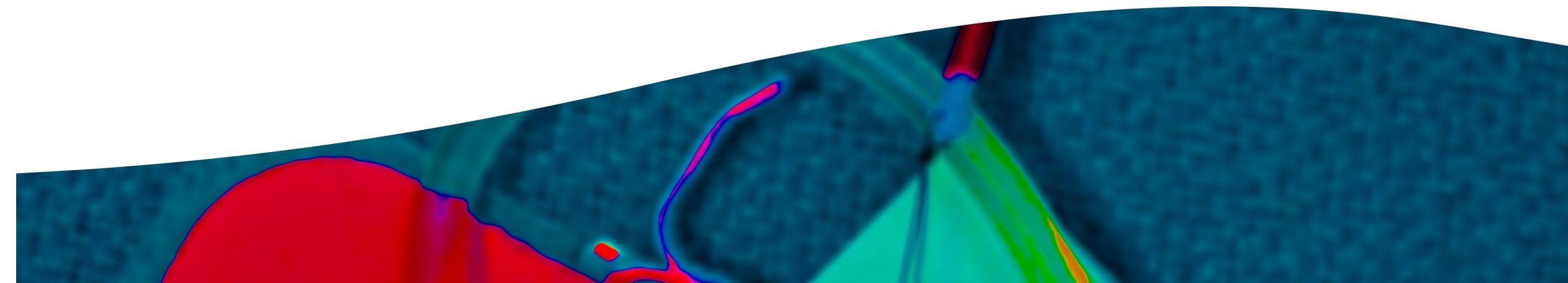
- Code CCP pour la première consultation de contraception
 - 47,50 €
- Suivi dans l'année puis une fois par an
 - C + MSF
 - Motif à indiquer : exo.div
- Prise en charge à 100 % pose ou changement DIU, d'implant, dosages biologiques
 - Motif à indiquer : exo.div ou exo 3
- Si secret demandé mineurs
 - 2 55 55 55 CCC 042 xx : CCC code caisse et XX la clé
 - Caisse 441 pour la Loire-Atlantique par ex.
 - Calcul clé : <https://commentcalculer.fr/calcul/cle-nir/>



Qu'aurions-nous pu faire ?

Mme S. 18 ans

Ambivalente, demande d'IVG



Contexte socio-économique

- 18 ans et 6 mois
 - Dernière année d'apprentissage
- Vit chez sa mère, séparée du père, avec son frère de 15 ans
- Couverture sociale : CMU de la mère
- En couple depuis 1 an et demi avec Mr T 19 ans, étudiant qui vit chez ses parents.

Antécédents familiaux et médicaux

- Familiaux
 - Sans particularité
- Médicaux
 - Vaccinations à jour y compris HPV
 - IMC=17
 - Aucune conduite addictive.
 - Pratique sportive quotidienne 1 à 2 h/ jour : course à pied ++, ressentie comme « un besoin ».

Antécédents psychiatriques

- Anorexie vers l'âge de 12 ans
- Suivie au Centre Médico-Psychologique infantile jusqu'à ses 18 ans, sans nécessiter d'hospitalisation.
- À ce jour, Melle S se dit « aller beaucoup mieux » et a stoppé d'elle-même tout suivi psychologique ou psychiatrique depuis sa majorité.
- Elle avoue tout de même qu'elle ne « peut pas manger plus de deux repas par jour et évite les aliments sucrés ou gras, sinon elle vomit... »

Antécédents gynécologiques

- Ménarche à 16 ans
- Premiers RS $\approx 16 \frac{1}{2}$
- Sous OP (Leeloo®) à visée contraceptive et traitement dysménorrhée primaire depuis ses premiers rapports
- Partenaire actuel depuis 1 an
- Préservatifs très vite abandonnés, sans faire de dépistage des IST.

Consultation initiale

- DDR il y a un mois
- Aménorrhée arrêt de sa pilule + HCG urinaires positif
- Souhaite une IVG.
- CAT : HCG + adressée CIVG.

Une semaine plus tard : consultation CIVG



- Situation actuelle d'étudiant et d'apprentie non favorable.
 - Mais projet commun, futur.
- Expression ambivalence
 - « Si je suis enceinte l'année prochaine, je garderai la grossesse et nous assumerons cet enfant, car mon patron a promis de m'embaucher à l'obtention de mon diplôme. »
- Mais refus entretien conseillère conjugale
- Echo : 6 SA + 2 jours
- Choix de l'IVG médicamenteuse à domicile
- BERCER => Choix des oestroprogestatifs oraux.

Anorexie ?



BERCER ? Pour quoi faire ?

D'abord quelques pistes de la littérature, et après on réfléchit...

[Bienvenue](#)

[Entretien](#)

[Renseignement](#)

[Choix](#)

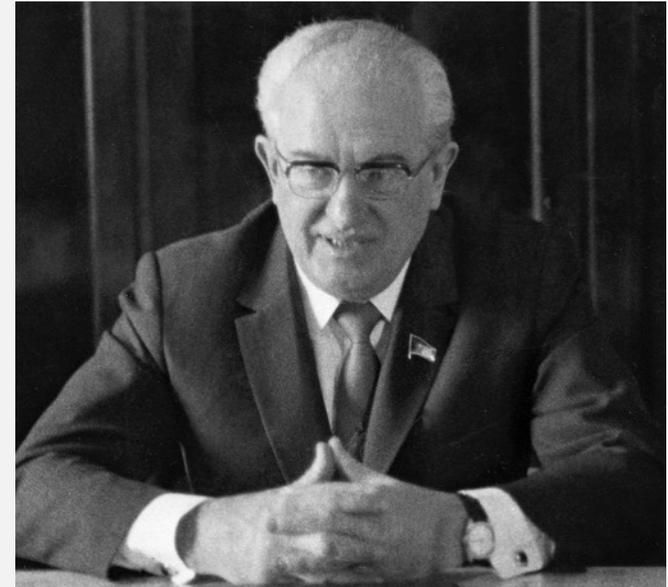
[Explications](#)

[Retour](#)



Pas de « je décide pour vous »...

- Afficher son choix contraceptif diminue la satisfaction des patientes [1]
 - Étude prospective (345 femmes et 38 praticiens) : satisfaction inférieure si prise de décision par le praticien / décision prise en commun (aOR 0,06 ; IC 95 % de 0,01 à 0,21)
- Et pourrait diminuer la persistance contraceptive (NP4).



Personnaliser les messages

- Personnalisation counseling contraceptif => augmentation utilisation et satisfaction à 2 ans
 - 898 femmes de 18 à 44 ans tirées au sort [22].
 - Utilisation en cours > si information isolée (modèle informatif) avec un aOR à 1,86 ($p < 0,05$).
 - Encore si modèle personnalisé de type interprétatif (aOR = 4,97 ; $p < 0,05$).
 - Modèle personnalisé => amélioration satisfaction (aOR=3,07 ; $p < 0,05$)
 - Intention > utilisation à un an (aOR=2,74 ; $p < 0,05$).

Échelle communication interpersonnelle en planification familiale (IQFP)

- Le praticien me respecte en tant que personne.
- Il me montre de la compassion et de la bienveillance.
- Il me laisse dire ce qui compte pour moi à propos de ma méthode de contraception.
- Il me laisse la possibilité de poser des questions.
- Il prend au sérieux mes préférences sur la contraception.
- Il prend en compte ma situation personnelle lors du conseil sur la contraception.
- Il élabore avec moi une solution.
- Il me donne suffisamment d'information pour prendre la meilleure décision.
- Il m'explique comment prendre la contraception de manière la plus pratique.
- Il m'explique les bénéfices et les risques de la méthode que j'ai choisie.
- Il répond à toutes mes questions.

Les pièges

- Satisfaction étude longitudinale ayant concerné 139 patientes
- Plus satisfaites si :
 - Attitude du partenaire sur les méthodes (aOR 6,6 ; IC 95 % de 2,5 à 18),
 - Evalué les inquiétudes de la femme concernant les méthodes (aOR 5,1 ; IC 95 % de 2,3 à 11),
 - Inquiétudes avaient été prises en compte (aOR 4,7 ; IC 95 % de 2,1 à 10,4)
 - Raisons contre-indiquant une méthode discutée (aOR 17,4 ; IC 95 % de 7,0 à 10,4)[25].



La contraception orale

C'est facile... Mais personne n'y comprenait rien quand on l'a inventé !



100 TABLETS • NO. 56
SEARLE

Enovid[®]

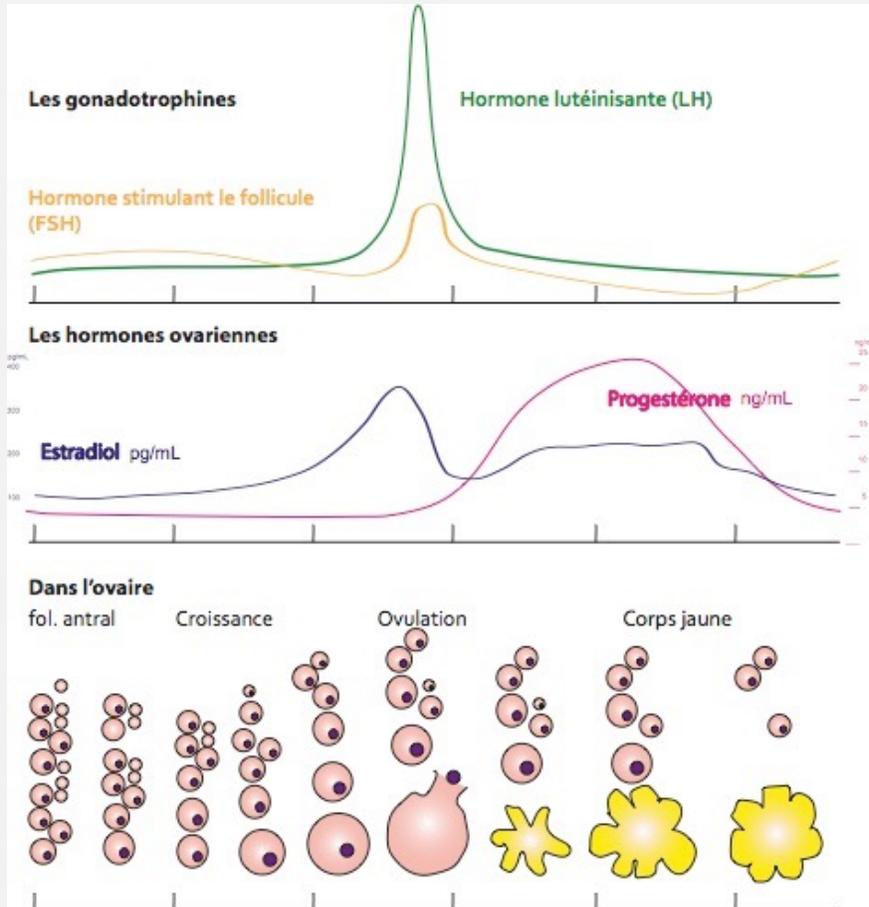
Brand of NORETHYNODREL
and ethynylestradiol 3-methyl ether
5 mg.

Inventons la pilule...

Each tablet contains 5 mg. of nor-
ethynodrel and 0.075 mg. of ethy-
nylestradiol 3-methyl ether.

CAUTION: Federal law prohibits
dispensing without prescription.
One tablet daily a
Product

Le cycle en « vrai »

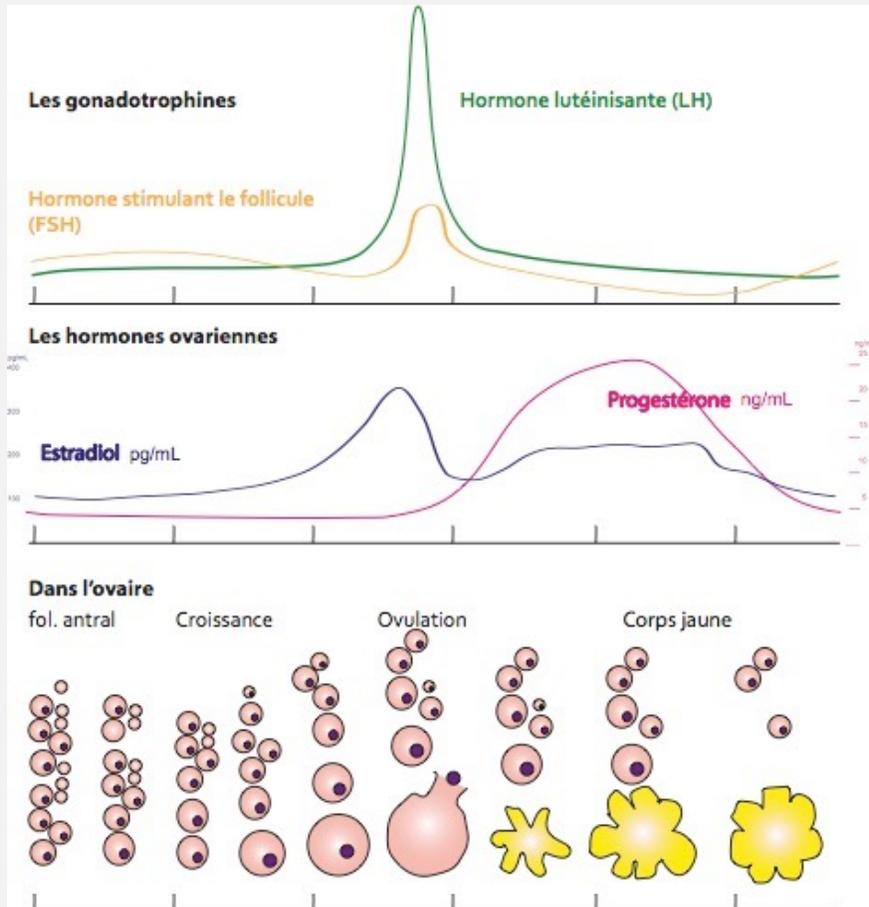


- De nombreux follicules antraux
- Un (ou 2) sélectionnés
- Les autres en apoptose.

Une idée simple...

- Au stade lutéal une grossesse ne peut avoir lieu...
- La phase lutéale et son «ambiance hormonale» pourrait être contraceptive !
- Mettons la patiente dans une ambiance lutéale (de grossesse)

Une idée simple en pratique



- L'estradiol, ça fait ovuler...
- La progestérone, ça transforme la glaire
 - Impropre au passage des spermatozoïdes

Parfois les idées simples ne sont pas les meilleures



La progestérone naturelle bloque peu ou pas l'ovulation...
Il faut donc une hormone proche capable de le faire : le progestatif
antigonadotrope !

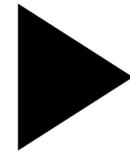
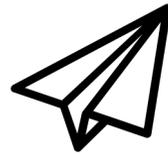


DESIGNED FOR
DELIVERY
THROUGH
UK LETTER
BOXES

TREVOR C
24 TURNSTON
SOUTHAMPT
HAMPSHIRE
SO18 7EY
ENGLAND

Comment marche...
une hormone ?

Si on disait...



Transcription
(création de
l'hormone)

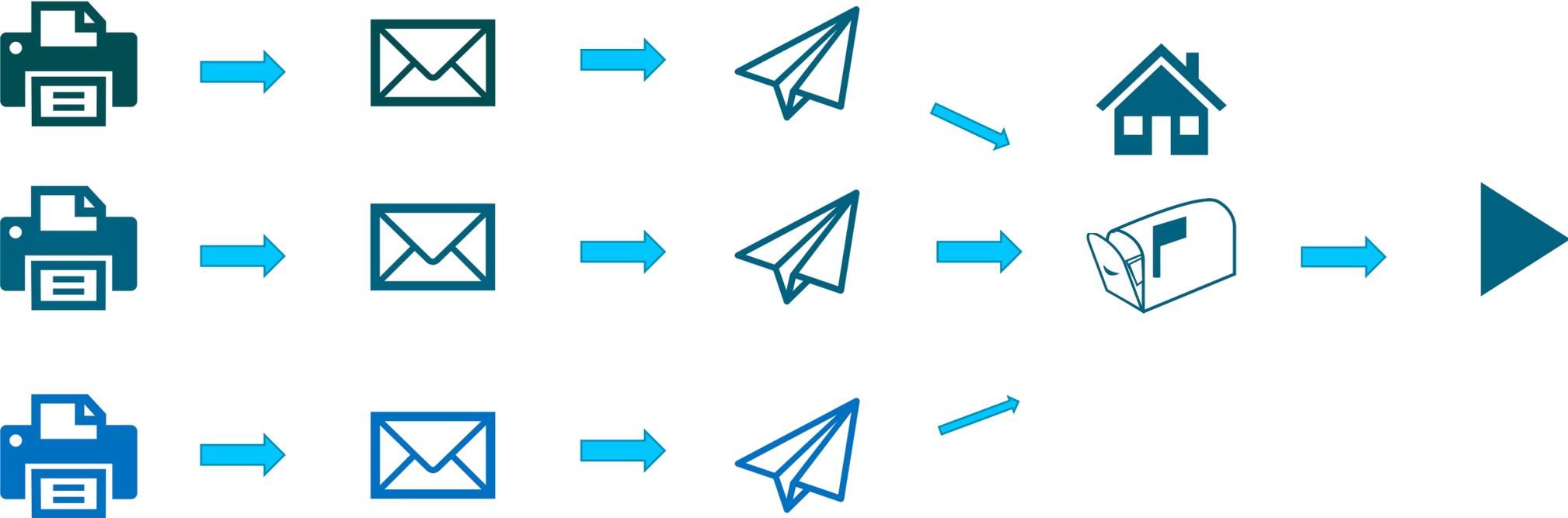
Liaison à une
protéine pour
le transport

Transport

Réception
cellulaire

Action
cellulaire

Hormones pas toujours spécifiques...



Transcription
(création de
l'hormone)

Liaison à une
protéine pour
le transport

Transport

Réception
cellulaire

Action
cellulaire

Plus la dose est forte, moins on est spécifique

- HCG, FSH, LH, TSH, MSH
 - HCG : action TSH en début de grossesse
 - HCG : action LH en déclenchement de l'ovulation
- Progestérone, Estradiol, Androgènes, Cortisol...
 - Action « estradiol » de la progestérone en ménopause
 - Action « cortisol » de la progestérone en phase lutéale
 - Action « androgènes » de la progestérone en phase lutéale

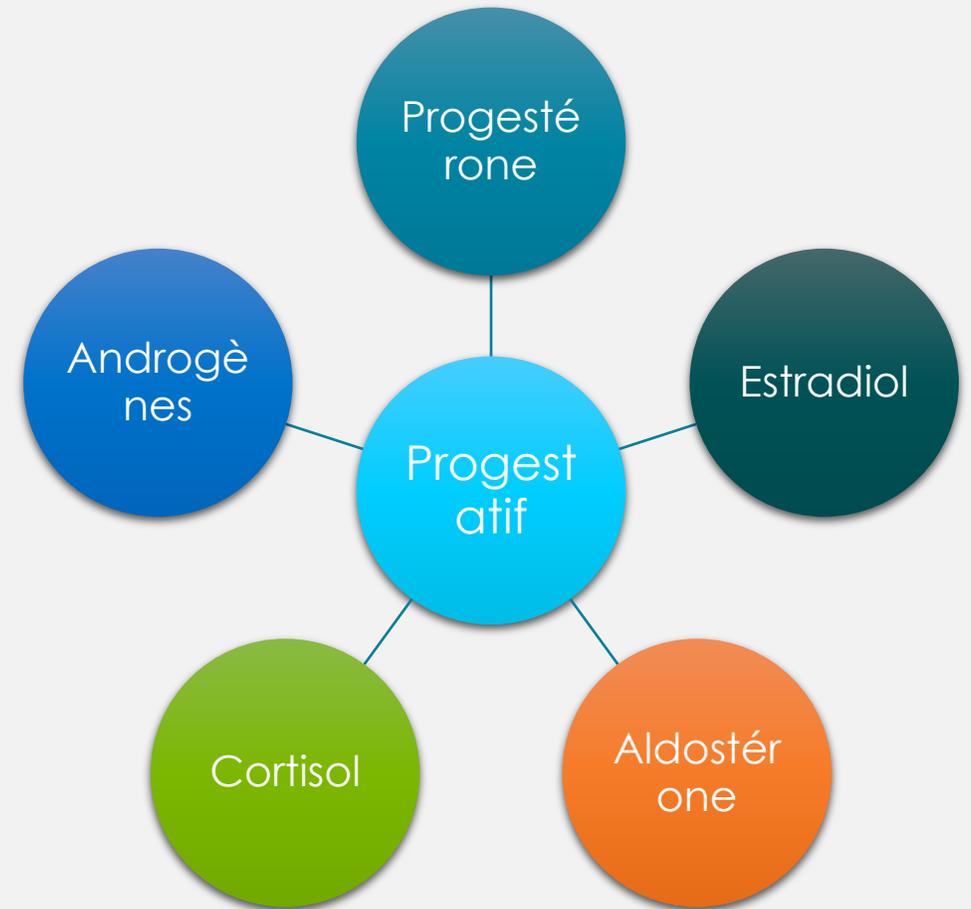
Problème historique des progestatifs



- Cela fait trop saigner on décide d'y apporter un estradiol
- Mais pas le naturel (17 β E2) trop rapidement dégradé (1/2 vie de 10-16 heures) et cher
- On y ajoute un estradiol de synthèse
 - Enovid : Équivalent de 150 μ g
 - qui va vite devenir l'ethinylestradiol «normodosé» à 50 μ g (gamma) avec une $\frac{1}{2}$ vie 36 heures \pm 13 heures.

En résumé

- Le progestatif est là pour la contraception
 - Il a des effets de bord
 - Proportionnels à la dose
 - Grande variabilité interindividuelle
- L'estradiol est là pour le confort
 - Les doses initiales étaient très importantes.



2e Generation



Gen	Princeps	Générique(s)	Progestatif Dosage	1/2 vie progest.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours et couleur du comprimé Dosage EE (hauteur comprimé)	Remboursé S.S.	Prix 1 cycle	Prix * 3 cycles	Plaquette
2	Stédiril	-	Norgestrel 500 µg	24-55 h	EE 50 µg		Remb.	1,90 €	3,12 €	Jours semaine
2	Minidril	Ludéal Gé, Zikiale Gé, Lovapharm Gé	Lévonorgestrel 150 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	Optidril	-	Lévonorgestrel 150 µg	24-55 h	EE 30 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	Leeloo Gé	Lovavulo Gé, DCI	Lévonorgestrel 100 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	OptiLova	-	Lévonorgestrel 100 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	Adépal	Pacilla - Gé	Levonorgestrel 150 - 200 µg	24-55 h	EE 30 - 40 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Numéros
2	Trinordiol	Amarance Gé, Daily Gé, Evaneclia Gé	Levonorgestrel 50-75-125 µg	24-55 h	EE 30-30-40 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Numéros
2*	Effiprev	-	Norgestimate 250 µg	16-17 h	EE 35 µg		Non	= 10 €	= 25-30 €	Jours semaine
2*	Triafemi	-	Norgestimate 180-125-250 µg	16-17 h	EE 35 µg		Non	= 13 €	= 25-30 €	Numéros

À cause de la préhistoire...

1032 CASE REPORTS: THROMBOPHLEBITIS AND NORETHYNODREL

Canad. Med. Ass. J.
May 18, 1963, vol. 88

Thrombophlebitis Following the Use of Norethynodrel (Enovid)

R. S. McWILLIAM, M.B., Ch.B., D.Ch., A. J. MacDONALD, M.B., Ch.B.
and I. LINDSAY, M.B., F.R.C.S. (Eng. & Edin.), F.R.C.S.[C],
Stratford, Ont.

Dès les premières publications de 1961 !

Effet rapidement mis en évidence (effet starter)

Lien de causalité plus facile à mettre en évidence.

Pas besoin d'avoir de nombreuses années de recul

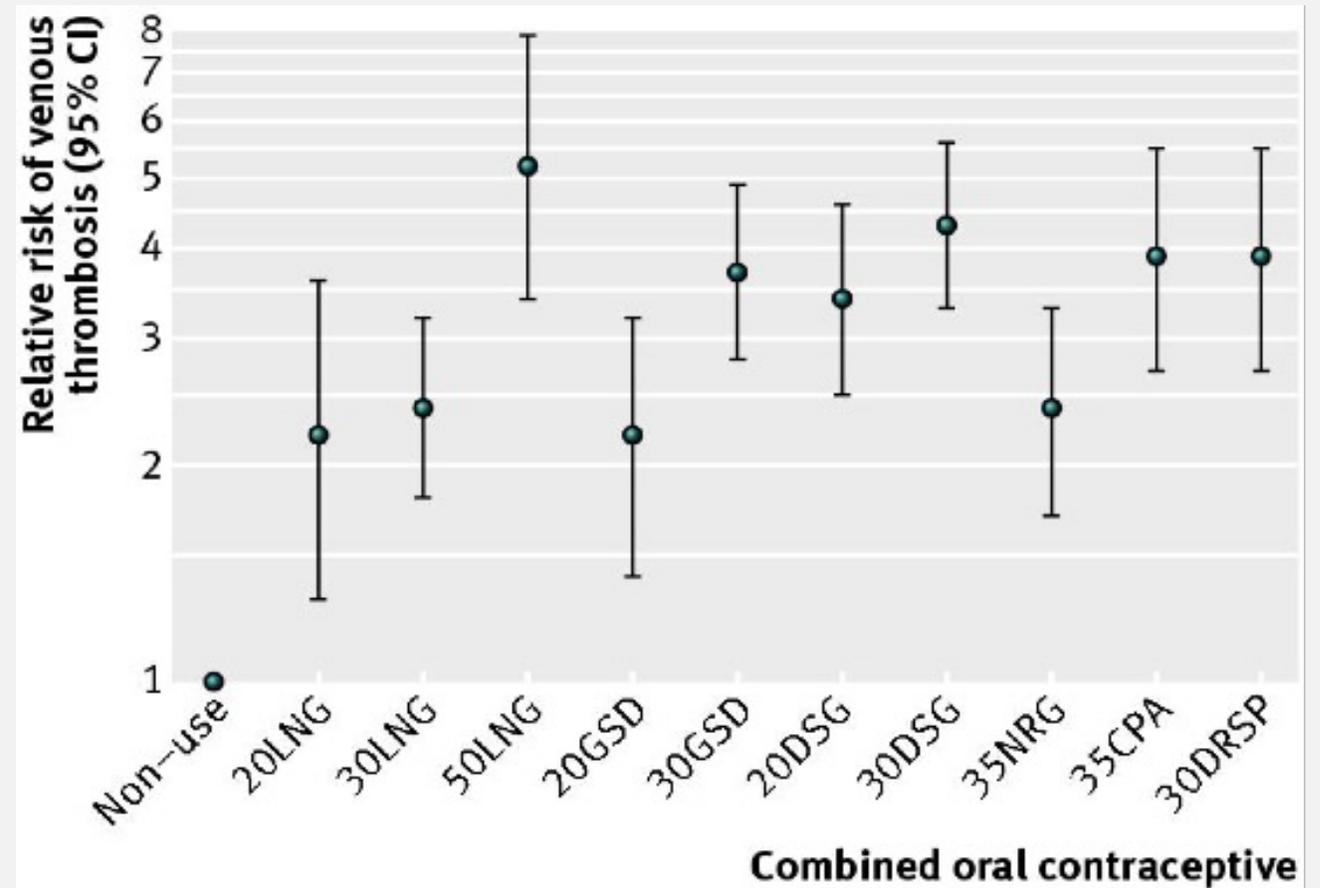
Risques élevés (dosages)

1er effet négatif retenu de la contraception

=> Maronnier

Méta-analyse de Stegeman

Stegeman B. BMJ 2013



Si c'était vrai ?

- Le risque :
 - **Le plus élevé** : LNG 50
 - Similaire entre 30GSD (gestodène), 20DSG (désogestrel), 35CPA (cyprotérone) et 30 DRSP (drospirénone).
 - **Le plus faible** : LNG30, LNG 20 et GSD20
- Variation risque fonction de la dose EE pas systématique (dépend du progestatif).
 - Vraie avec le désogestrel (20 DSG vs 30 DSG)
 - **Fausse avec le lévonorgestrel (20LNG vs 30LNG).**
 - On ne sait pas pourquoi.
- Cochrane => Préférer LNG30, car pas de différence de risque et meilleure tolérance.

Une phlébite et puis...

- Pas d'augmentation du risque de mortalité chez les utilisateurs de contraception [1].
 - Élévation du risque thromboembolique, mais...
 - Diminution du risque de cancer ovarien et endométrial [2].
- Le risque absolu est tellement faible que toutes les contraceptions oestroprogestatives peuvent être considérées comme sûres [3].

[1] Beral V et col. BMJ 1999

[2] Hannaford PC. Br J Gen Pract. 1998;48:1657-1662

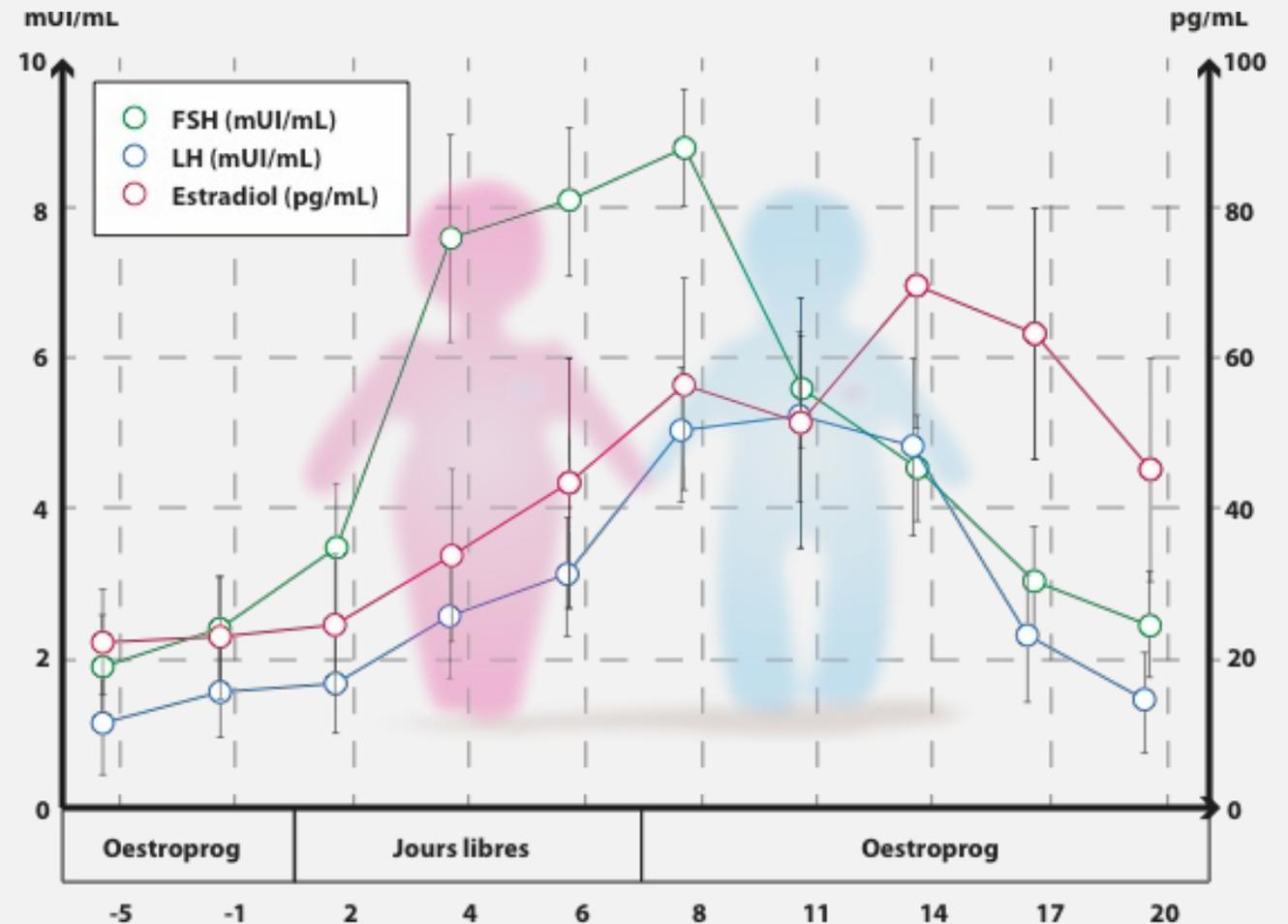
[3] Hannaford PC. Thromb Res. 2011;127 Suppl 3:S30-4



Est-ce que le rythme compte ?

24 jours ?

Le rythme 24 + 4 diminuerait de 30 % le risque de grossesse par rapport à un rythme 21 + 0 [1]



Courbe hormonale en fonction des jours de prise ou des jours libres d'un oestroprogestatif à 150 µg de LNG et 30 µg d'EE (n=10 patientes).

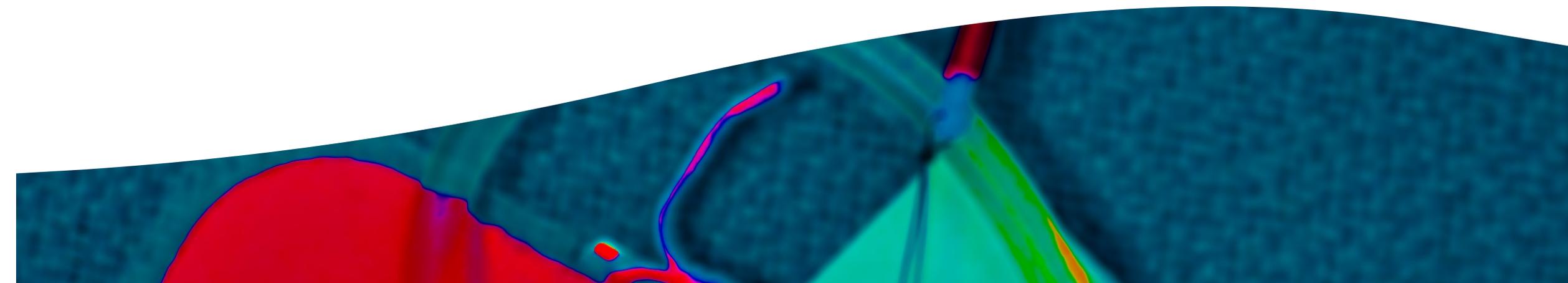
D'après Vandever MA, Kuehl TJ, Sulak PJ, et al. Evaluation of pituitary-ovarian axis suppression with three oral contraceptive regimens. Contraception 2008;77(3):162-70.

Alors ?

Question	Réponse
Génération	Deuxième ?
Dosage	30 µg
Rythme	Continu
Nombre cp actifs	24 / 28 jours

Mme Lou Bly

Appelle à 11h au cabinet...



L'histoire...

Appelle à 11h.

À oublié son 18e cp d'Optidril qu'elle prend habituellement à 21h.

A eu un rapport il y a 48 heures.



Outil "Oubli de pilule"

Cet outil permet de savoir quoi faire en cas d'oubli selon les recommandations 2019 de la FSRH (Faculty of Sexual and Reproductive Health Care), une des sociétés savantes les plus avancées en contraception.

Les consignes en cas d'oubli ne s'appliquent que pour l'oubli une seule fois dans le cycle.

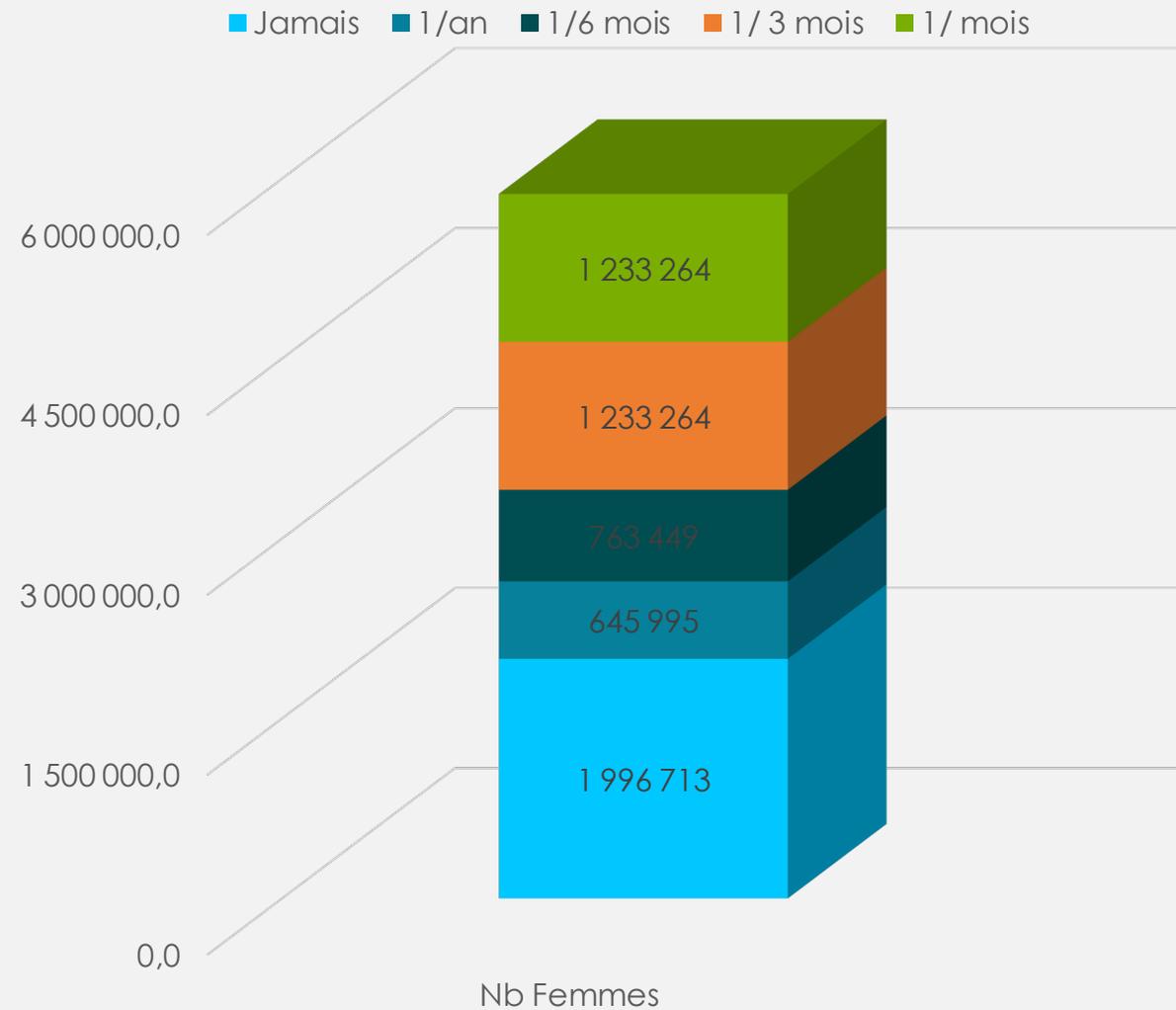
oubliez régulièrement votre pilule, ou si vous avez un doute, (médecin ou sage-femme) pour des conseils

On joue ?

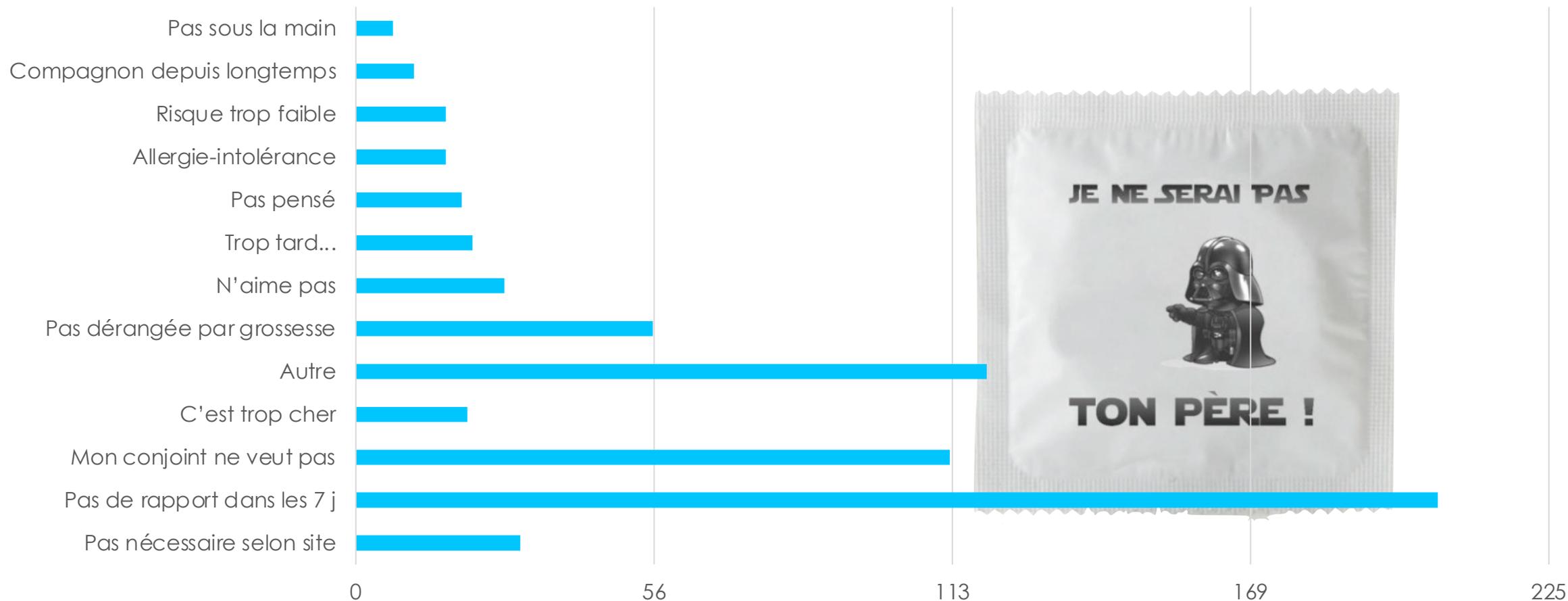
Oubli.formagyn.fr

Déclaratif

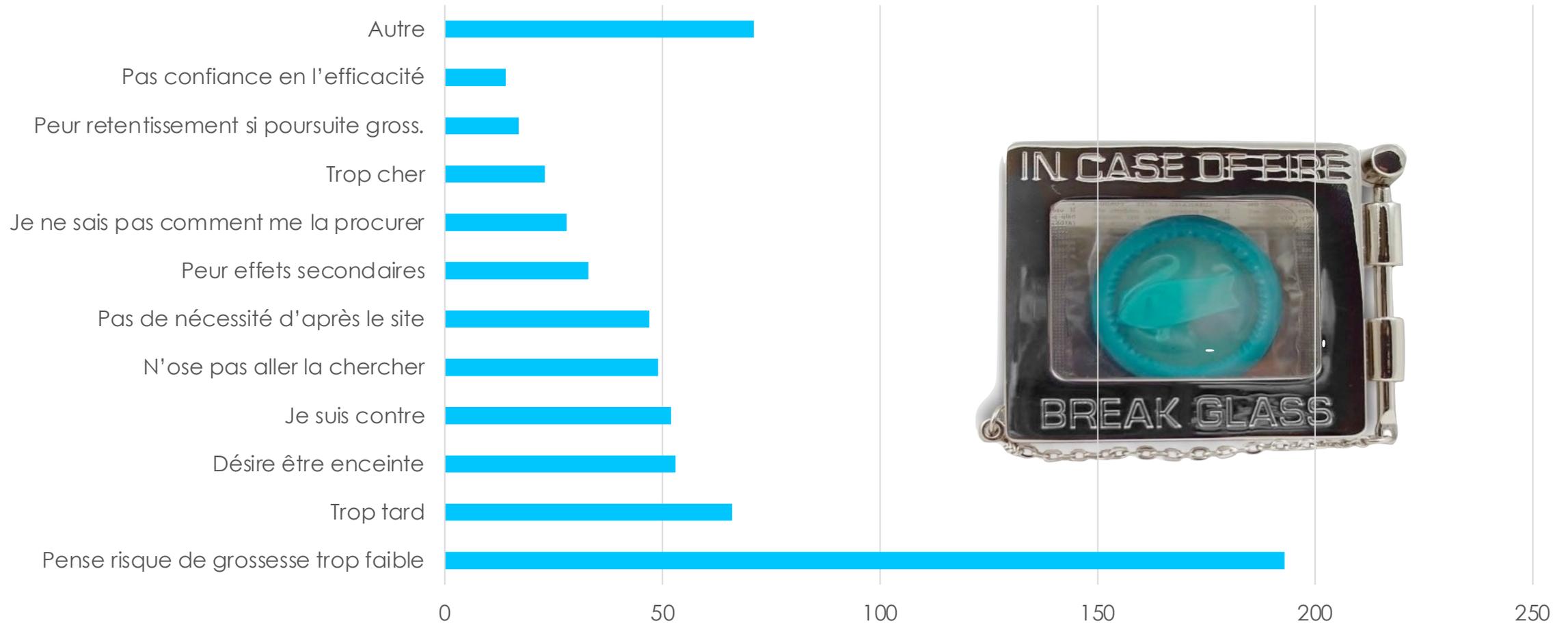
Effectif (Potter 1996) : 2,6 cp oubliés par cycle



58,3 % : Le préservatif, c'est non !



86,4 % : La contraception d'urgence non plus !

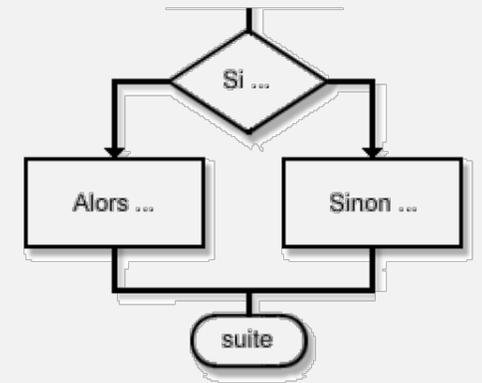




Ça marche...

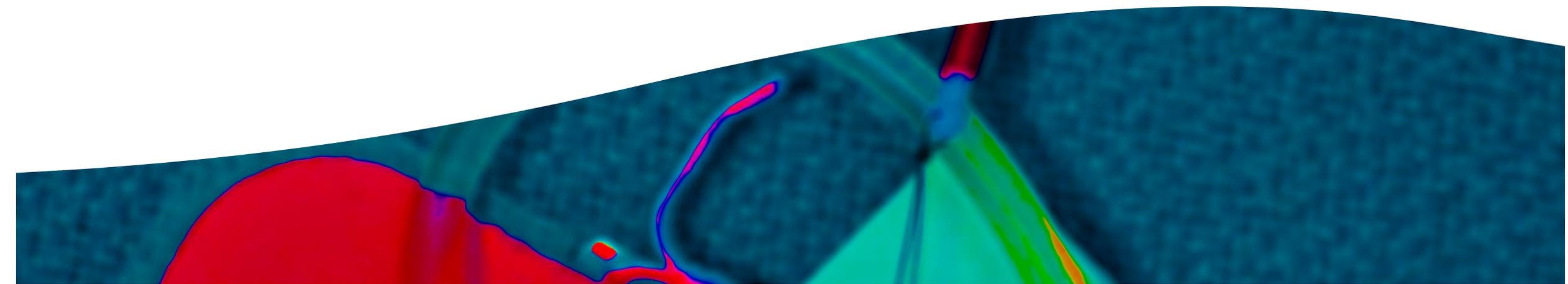
Si-Alors

- La patiente exprime au praticien sa stratégie de prise contraceptive en faisant des «si alors»
 - «Si je vais me laver les dents, alors je prends la pilule».
- Elle prévoit des solutions de secours en cas de situation «dégradée»
- Amélioration significative du comportement et des situations à risque.



Mlle F, 17 ans

Primo-instauraton d'une contraception oestroprogestative



Antécédents personnels

- 17 ans, IMC à 20, étudiante en coiffure, sportive (6h / semaine)
- Tabac: 0
- Valvulopathie congénitale: prolapsus de la valve mitrale contrôlé il y a 3ans
 - Sans pathologie associée et ne nécessitant pas d'autre contrôle.
- Ménarche : 12 ans
- Cycles réguliers \pm métrorragies vers le 15e jour (1/3 cycles)
- Menstruations abondantes et dysménorrhées
 - Provoquant vomissements et malaises => 1er motif de la demande de contraception

Consultation initiale

- Consultation initiale : Mlle F, 17 ans a vu son médecin généraliste pour une demande de contraception.
 - Elle est repartie le même jour avec une prescription de Minidril et un contrôle par prise de sang au bout de 2 mois (cholestérol, triglycérides et glycémie à jeun)



**Quand commencer la
contraception ?**



Le jour de début compte-t-il ?

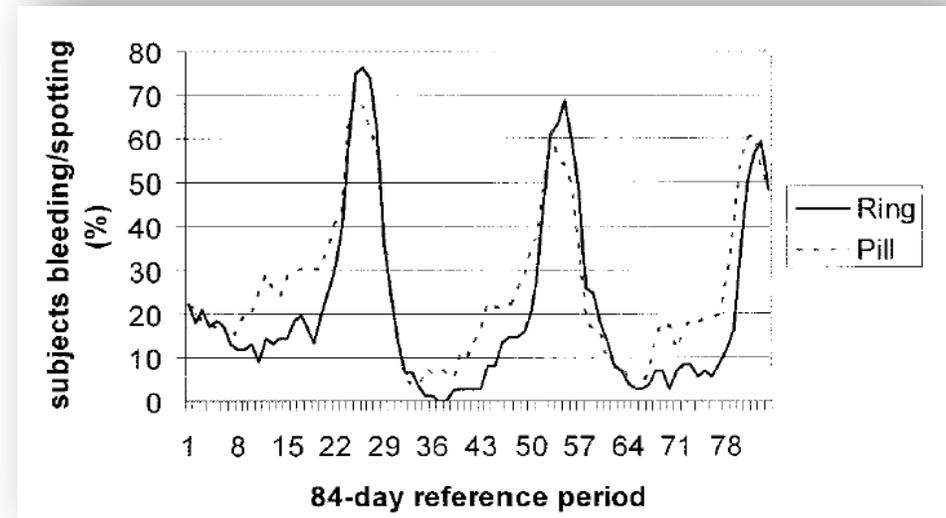
Le Principe du « Quickstart »

- Démarrer tout de suite une contraception sans attendre les règles
 - Et se protéger AU MOINS 7 jours
- Parce que lorsqu'une patiente consulte il est souvent déjà un peu tard...



Transformé en jour favori !

- Le « jour favori » pour s'approprier la contraception
- Plus intéressant pour l'anneau (Lopez LM, Cochrane 2008)



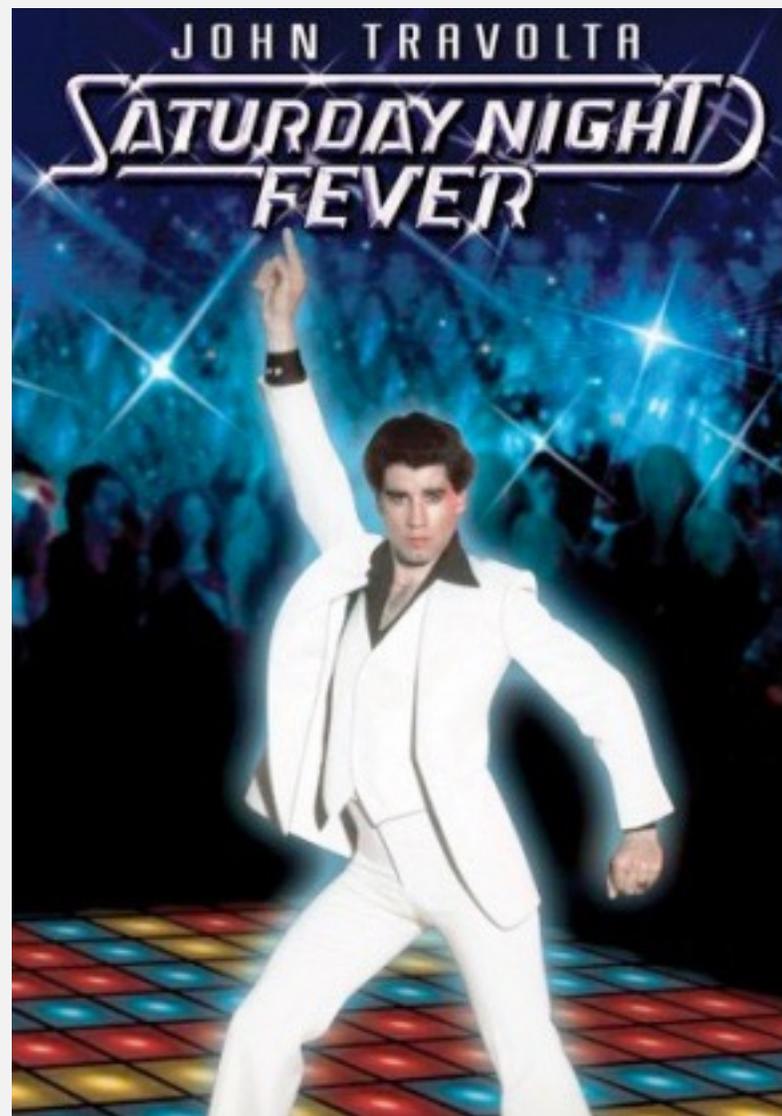
Moi, c'est le samedi !

Les pharmacies sont ouvertes
(« panne de boîte »)

Les patientes ont plus de temps pour
« y penser »

C'est un jour différent des autres

Pas de règle les WE





Mais c'est à la patiente de choisir !



Quel suivi ?

Un bilan...

- Suivi tensionnel annuel.
- SFE/HAS : bilan glucidolipidique 3 à 6 mois après l'instauration
 - Sauf histoire familiale d'anomalie lipidique
- Considéré comme normal si :
 - LDLc < 2,2 g/L
 - Triglycérides < 2 g/L
- Discuté +++ par les sociétés savantes (OMS, CDC, FSRH...)

4 mois plus tard

- Mlle F. amenée par sa mère pour malaise avec perte de connaissance, 3 jours avant.
- À été hospitalisée, mais mère inquiète, car pas de CAT concernant contraception et MT à la retraite depuis, gynéco: 6 mois d'attente.
- Avis cardiologique : Valvulopathie mineure, légère fuite mitrale

Découvrons iContraception et les recommandations OMS...



Niveau HAS/OMS/CDC/FSRH... Mais pas CNGOF 😞

Cat.	Cas individuel et suivi	Cas mal connu
1	On peut utiliser la méthode en toute circonstance	Oui (utiliser la méthode)
2	On peut généralement utiliser la méthode	
3	L'utilisation de la méthode n'est pas recommandée 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	

iContraception

Les conditions sont définies par l'utilisateur et correspondent aux critères de l'OMS 2015.

Icône (+) pour ajouter une condition

Icône traitement (verte) pour voir les contraceptions adaptées...

13° 79% 15:41

iContraception

CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES ET DE L'HISTOIRE DE LA REPRODUCTION

Age
32 années

Parite
0 fils

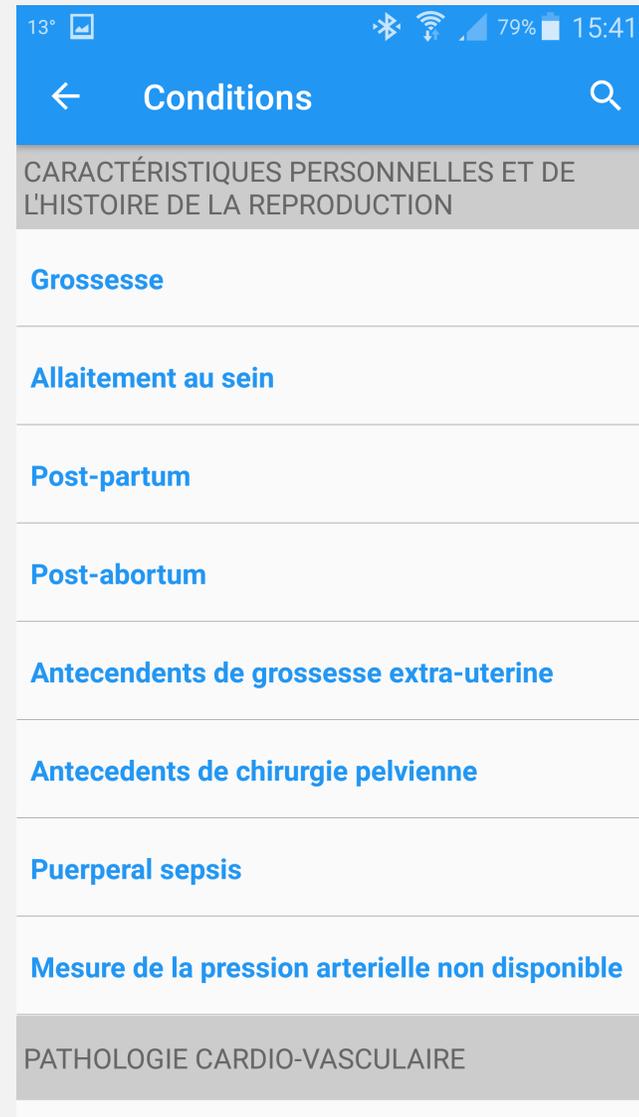
Tabagisme
0 cigarettes/day

IMC
23,0 kg/m²

iContraception

En appuyant sur la touche + on a les caractéristiques complémentaires chez cette patiente.



iContraception

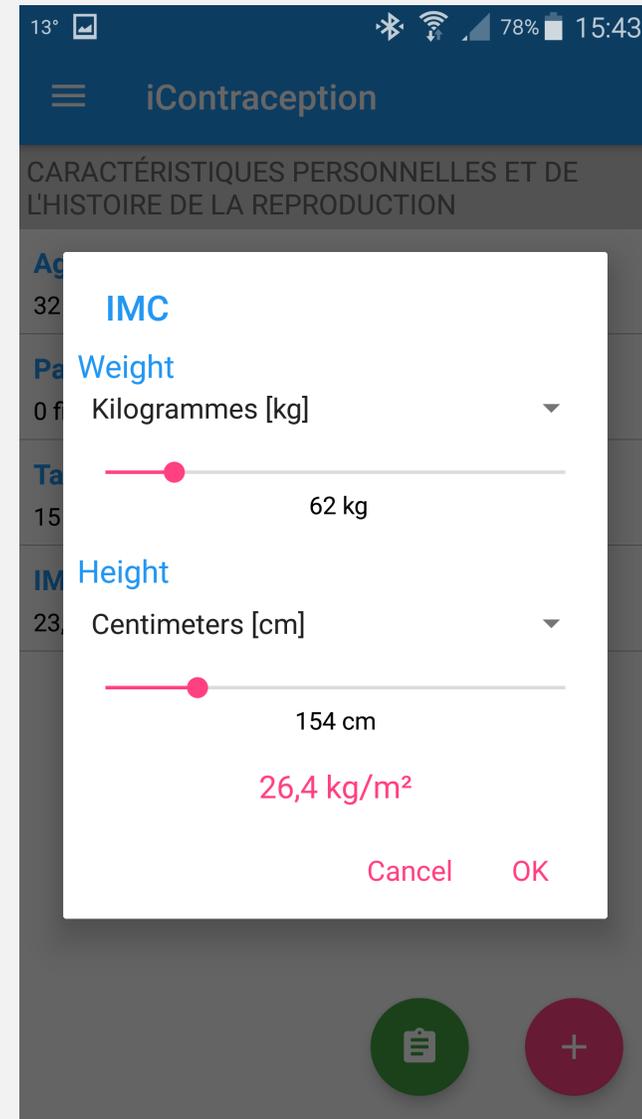
Dans certains cas on a besoin de renseigner des conditions pour qu'elles soient les plus appropriées possible.

The screenshot shows the iContraception app interface. At the top, the status bar displays 13°C, signal strength, Wi-Fi, 79% battery, and 15:42. The app title 'iContraception' is in a dark blue header. Below it, the section title 'CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES ET DE L'HISTOIRE DE LA REPRODUCTION' is visible. The user's age is listed as '32 années'. A dialog box titled 'Tabagisme' is open, showing three options: '14', '15', and '16'. At the bottom of the dialog are 'Cancel' and 'Accept' buttons. The app's bottom navigation bar features a green clipboard icon and a red plus icon.

Tabagisme
14
15
16

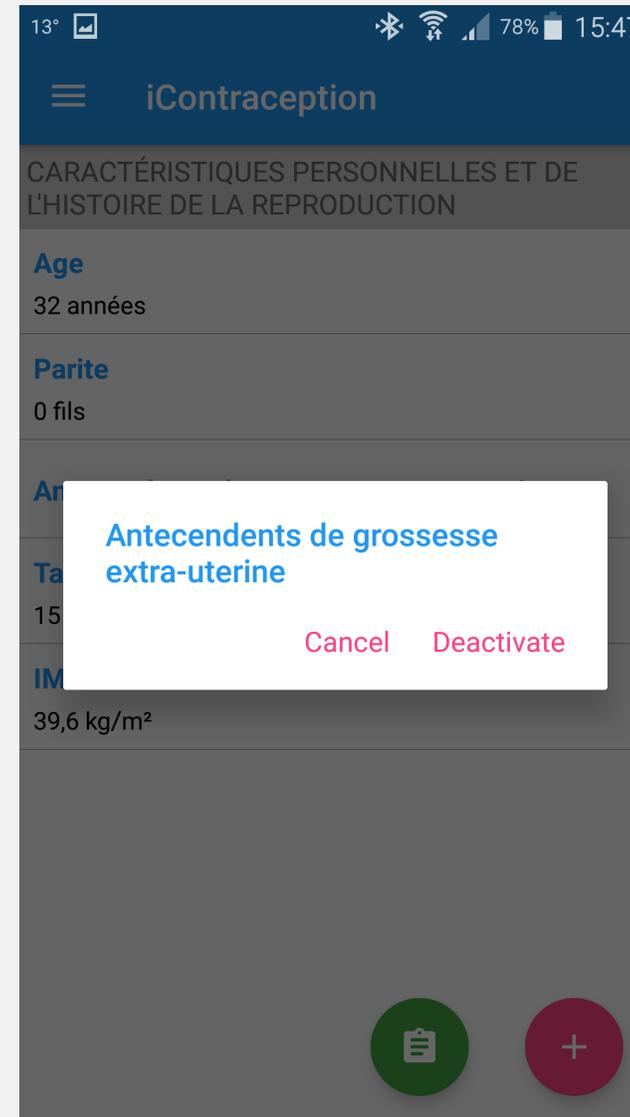
iContraception

Il calcule même l'IMC pour vous !



iContraception

On peut enlever des conditions en cliquant sur l'item



iContraception

En cliquant sur le type de contraception, on a des informations complémentaires... Ici l'exemple du LNG-IUD (soit le SIU au lévonorgestrel)

← iContraception

CRITERIA LNG-IUD

PARITE

Parite
0 fils

Données
Risks of pregnancy, infection, perforation and expulsion are low among all IUD users, and differences by parity may not be clinically meaningful. Data do not suggest an increased delay in return to fertility for nulliparous IUD users (1, 3, 7–10).

AGE

Age
32 années

Données
Risks of pregnancy, infection and perforation are low among IUD users of any age. Heavy bleeding or removals for bleeding do not seem to be associated with age. Young women using Cu-IUDs may have an increased risk of expulsion compared with older Cu-IUD users (1–15).

OBÉSITÉ

iContraception

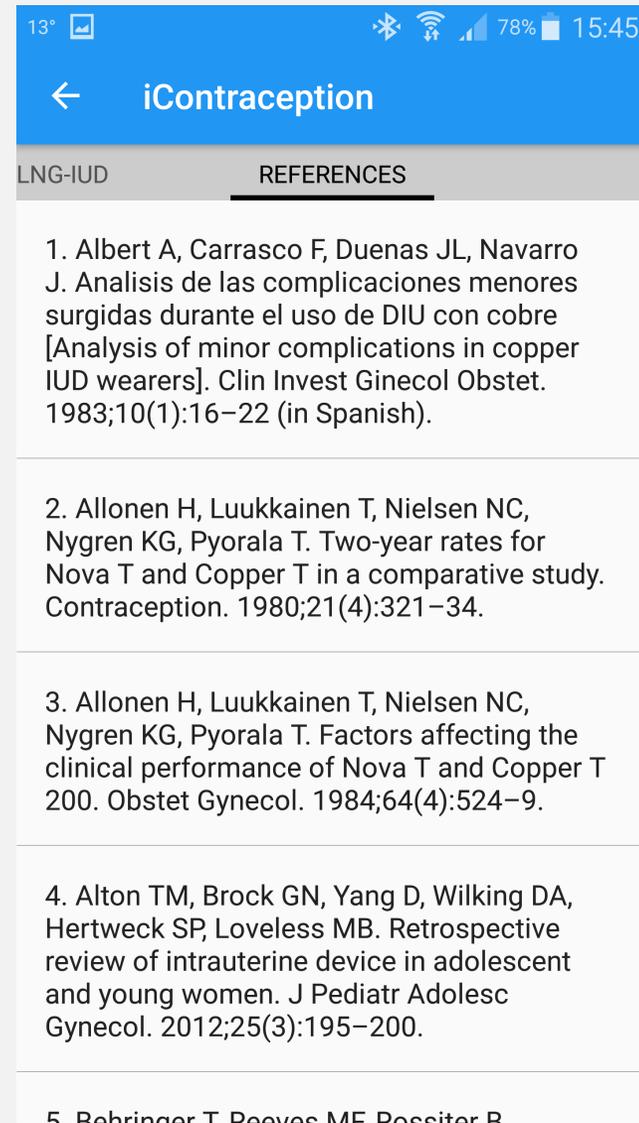
Des informations sur cette
contraception en général

The screenshot shows a mobile application interface for 'iContraception'. At the top, there is a status bar with the temperature '13°', signal strength, Wi-Fi, and battery level '78%' at '15:44'. Below the status bar is a blue header with a back arrow and the title 'iContraception'. The main content area has three tabs: 'CRITERIA', 'LNG-IUD' (which is selected and underlined), and 'REFERENCES'. Under the 'LNG-IUD' tab, there is a section titled 'Intrauterine devices (IUDs)' with a paragraph of text explaining that IUDs do not protect against STIs and that condoms are recommended. Below this is a table with three sections: 'CONTINUITY FACTOR', 'TYPICAL USE EFFICACY', and 'PERFECT USE EFFICACY'. Each section contains one row of data for 'Brand-name drug product ®'. The 'CONTINUITY FACTOR' row shows 80,00%. The 'TYPICAL USE EFFICACY' row shows 99,80%. The 'PERFECT USE EFFICACY' row shows 99,80%. Below the table is another section titled 'Antecedents de grossesse extra-uterine' with a paragraph of text.

CRITERIA	LNG-IUD	REFERENCES
Intrauterine devices (IUDs) IUDs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV. Female condoms are effective and safe, but are not used as widely by national programmes as male condoms.		
CONTINUITY FACTOR		
	Brand-name drug product ®	80,00%
TYPICAL USE EFFICACY		
	Brand-name drug product ®	99,80%
PERFECT USE EFFICACY		
	Brand-name drug product ®	99,80%
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE		
Antecedents de grossesse extra-uterine The absolute risk of ectopic pregnancy is extremely		

iContraception

Et les références bibliographiques !



The screenshot shows the iContraception app interface. At the top, there is a status bar with the temperature 13°, signal strength, Wi-Fi, and battery at 78% at 15:45. Below the status bar is a blue header with a back arrow and the title "iContraception". Underneath the header is a grey bar with two tabs: "LNG-IUD" and "REFERENCES", with "REFERENCES" being the active tab. The main content area displays a list of five references, each in a separate white box with a thin border. The references are numbered 1 through 5.

1. Albert A, Carrasco F, Duenas JL, Navarro J. Analisis de las complicaciones menores surgidas durante el uso de DIU con cobre [Analysis of minor complications in copper IUD wearers]. Clin Invest Ginecol Obstet. 1983;10(1):16–22 (in Spanish).
2. Allonen H, Luukkainen T, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T. Two-year rates for Nova T and Copper T in a comparative study. Contraception. 1980;21(4):321–34.
3. Allonen H, Luukkainen T, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T. Factors affecting the clinical performance of Nova T and Copper T 200. Obstet Gynecol. 1984;64(4):524–9.
4. Alton TM, Brock GN, Yang D, Wilking DA, Hertweck SP, Loveless MB. Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2012;25(3):195–200.
5. Behringer T, Deves ME, Dossiter R

iContraception

Le point d'interrogation vous aide...
en anglais pour le moment...

13° [signal icons] 78% 15:45

← Legend

MEC CATEGORIES

1	CATEGORY 1 A condition for which there is no restriction for the use of the contraceptive method
2	CATEGORY 2 A condition where the advantages of using the method generally outweigh the theoretical or proven risks
3	CATEGORY 3 A condition where the theoretical or proven risks usually outweigh the advantages of using the method
4	CATEGORY 4 A condition which represents an unacceptable health risk if the contraceptive method is used

MISCELLANEOUS

I	METHOD INITIATION
---	--------------------------

iContraception

Et voilà ! En cliquant sur traitement (icône verte) on sait quelle contraception on peut proposer à la patiente...

Le i c'est pour les informations...

INTRAUTERINE DEVICES (IUDS)	
2	LNG-IUD Levonorgestrel-releasing IUD (20µg/24 hours)
2	CU-IUD Copper-bearing IUD
PROGESTOGEN-ONLY CONTRACEPTIVES	
1	LNG-ETG Levonorgestrel and etonogestrel (implants)
1	NET-EN Norethisterone enanthate (injectable)
1	DMPA Depot medroxyprogesterone acetate (injectable)



2

COC

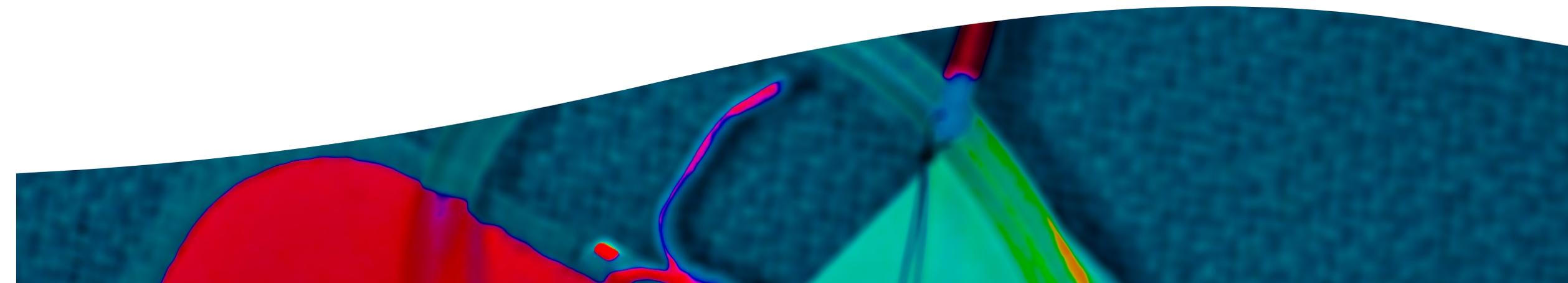
Combined oral contraceptive

Dans notre cas...

On peut utiliser les oestroprogestatifs.

Mme C 42 ans

Souhaite changer de contraception



Antécédents

- Familiaux :
 - HTA sœur à 50 ans sous traitement équilibrée
 - Rupture anévrisme mère > 50 ans.
- Médicaux :
 - Aucun, ni addiction, pas d'allergie connue.
- Chirurgicaux :
 - 1998 : hémorroïdectomie en post-partum.

Antécédents

- Obstétricaux :
 - 1998 : ANOP/APD à 41 SA, PI, 3410g, AM
 - 2007 : ANOP/APD à 41 SA, PI, 3500g, AM
 - 2014 : IVG médicamenteuse
 - 05/2017 : DGSR équilibré, ANOP à 40 SA, 3810g, A mixte.
- Gynécologiques :
 - Contraception : Triafemi
 - Cycles réguliers de 28 jours, menstruations d'abondance physiologique pendant 4 jours
 - Frottis normaux.

Consultation postnatale

- À J 21 de l'accouchement
- Sous Antigone Gé .
- Métrorragies abondantes depuis la reprise de la contraception.
- Ne souhaite plus prendre cette pilule.
- Après discussion souhaite un DIU cuivre.
- Allaitement mixte en cours.

The background is a medical ultrasound image of a uterus. A red overlay is present on the left side of the image, indicating a specific area of interest, likely a lesion or abnormality. The text is overlaid on this red area.

Saignements sous contraception...

Faire le diagnostic et ne pas changer la contraception à l'aveuglette...

Les questions “Mansour”

- Principales préoccupations de la patiente.
- Profil de saignement avant l'instauration
- Description : nb de jours/mois, nb épisodes, post-coïtal ? Douleurs abdominales ? Signes urinaires ?
- Risque de grossesse ?
- Traitements (antiépileptiques...)
- Risque d'IST ?
- Dernier frottis ?



Saignement de moins de 6 mois

- Faire un examen ?
 - Si cela rassure la patiente ou
 - S'il existe d'autres signes évocateurs d'IST ou
 - S'il faut faire le FCU
- Rassurer et faire un suivi
- Traitement médical si demandé par la patiente

Saignement de plus de 6 mois

- Examen souhaitable
- Si facteurs de risque endométriaux => échographie pelvienne
- Si bilan négatif => Traitement médical ou changement de contraception.

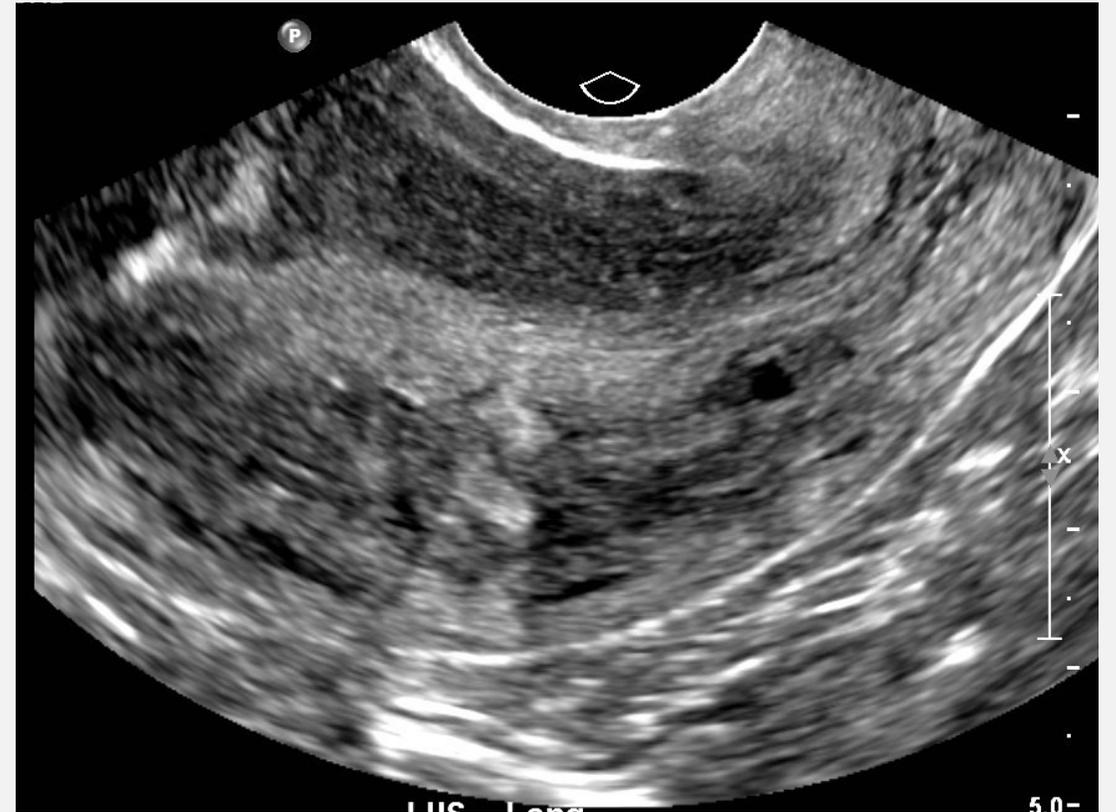


À l'examen

- Apyrétique
- Abdomen souple
- Pas de douleur dans la région hypogastrique et les 2 fosses iliaques
- Examen vulvaire physiologique
- Spéculum : col macroscopiquement sain, saignements vermillon provenant de l'endocol.
- TV : pas de douleur dans les culs-de-sac.

Échographie pelvienne

- Utérus antéversé de taille et de morphologie normales.
- Siège de 3 petites calcifications mesurant jusqu'à 4,8 mm
- Échostructure myométriale hétérogène sans réelle lésion nodulaire fibromateuse visible.
- Pas d'épanchement.



PALM COEIN...

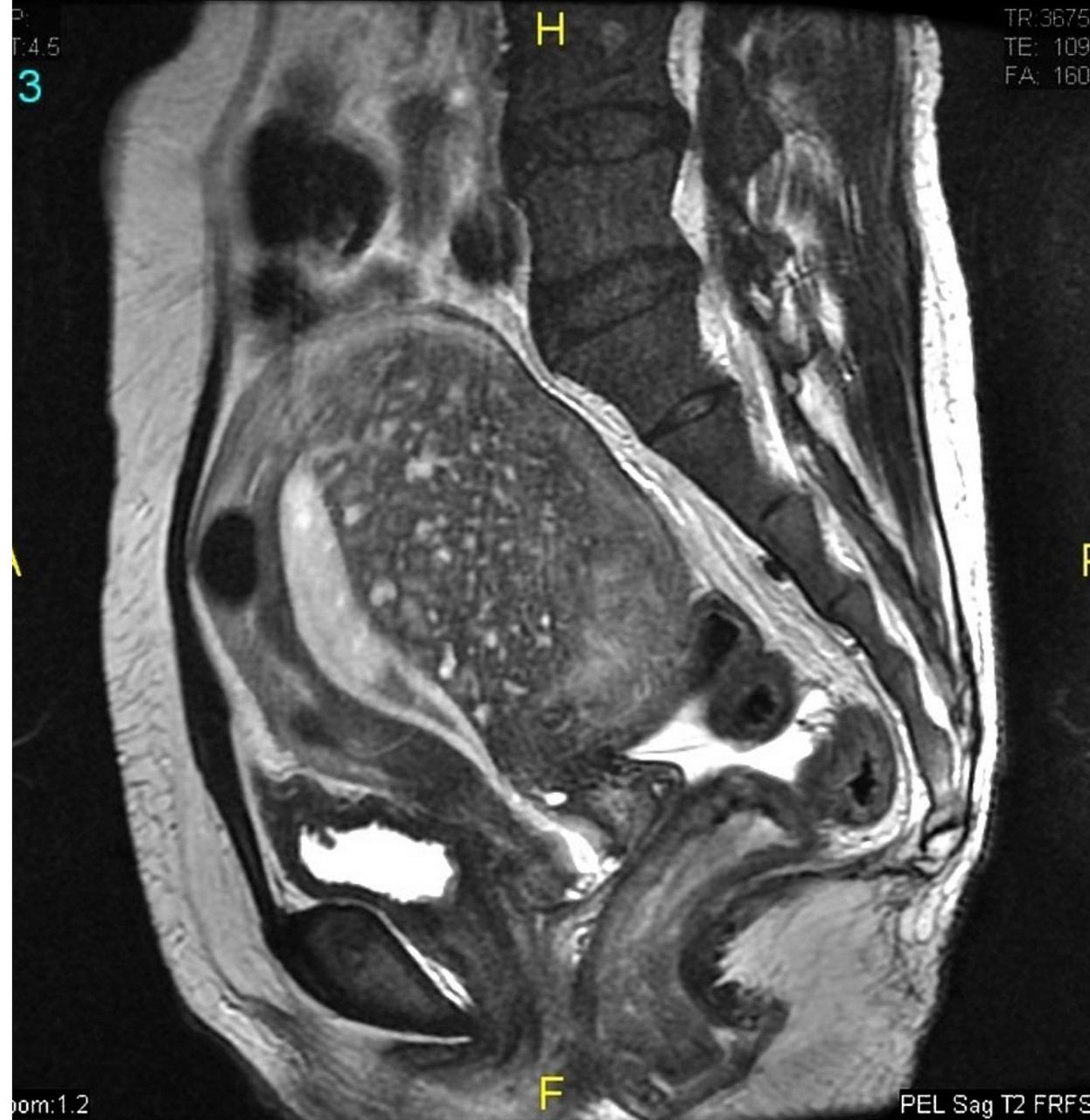
AUB-A probable

Âge

Parité

Saignement anormal

Aspect évocateur à l'échographie...



Avis gynécologique

- Résultats échographie montrés à un gynécologue.
 - => accord pour poser le DIU cuivre comme souhaite la patiente.
- Le FCU est satisfaisant sans cellule suspecte
- Le DIU cuivre est posé facilement, hystérométrie à 8cm.

Cu-DIU en Y (Pose en 2 temps)

7MED TCu USHA

Mona Lisa NT Cu380 Mini

NovaPlus TCu Mini

UT 380 short

Mona Lisa NT Cu380

NovaPlus TCuNorm

UT 380 Standard

7MED TCu USTA

Gynéas TCU 380 Plus Mini

Gynéas TCU 380 Plus Normal



Cu-Ag-DIU en Y (Pose en 2 temps)

7MED TCuAg NSHA

NovaPlus TCuAg Mini

NT 380 Short

7MED TCuAg NSTA

NovaPlus TCuAgNorm

NT 380 Std

NovaPlusTCuAgMaxi



Cu-DIU en T (Pose en 1 temps)

7MED 380 T SHA

7MED 380 T STA

Mona Lisa CuT 380 A QL

Copper T380 A



Cu-DIU en Ω

Pose en 1 temps

Mona Lisa Cu375 SL

Mona Lisa Cu375

Gyneas CU 375

Ancora 375 Cu

Gynelle 375

7MED ML375



Cu-Nitinol-DIU en O Pose en 1 temps

Ballerine Midi (IUB SCu 300B)



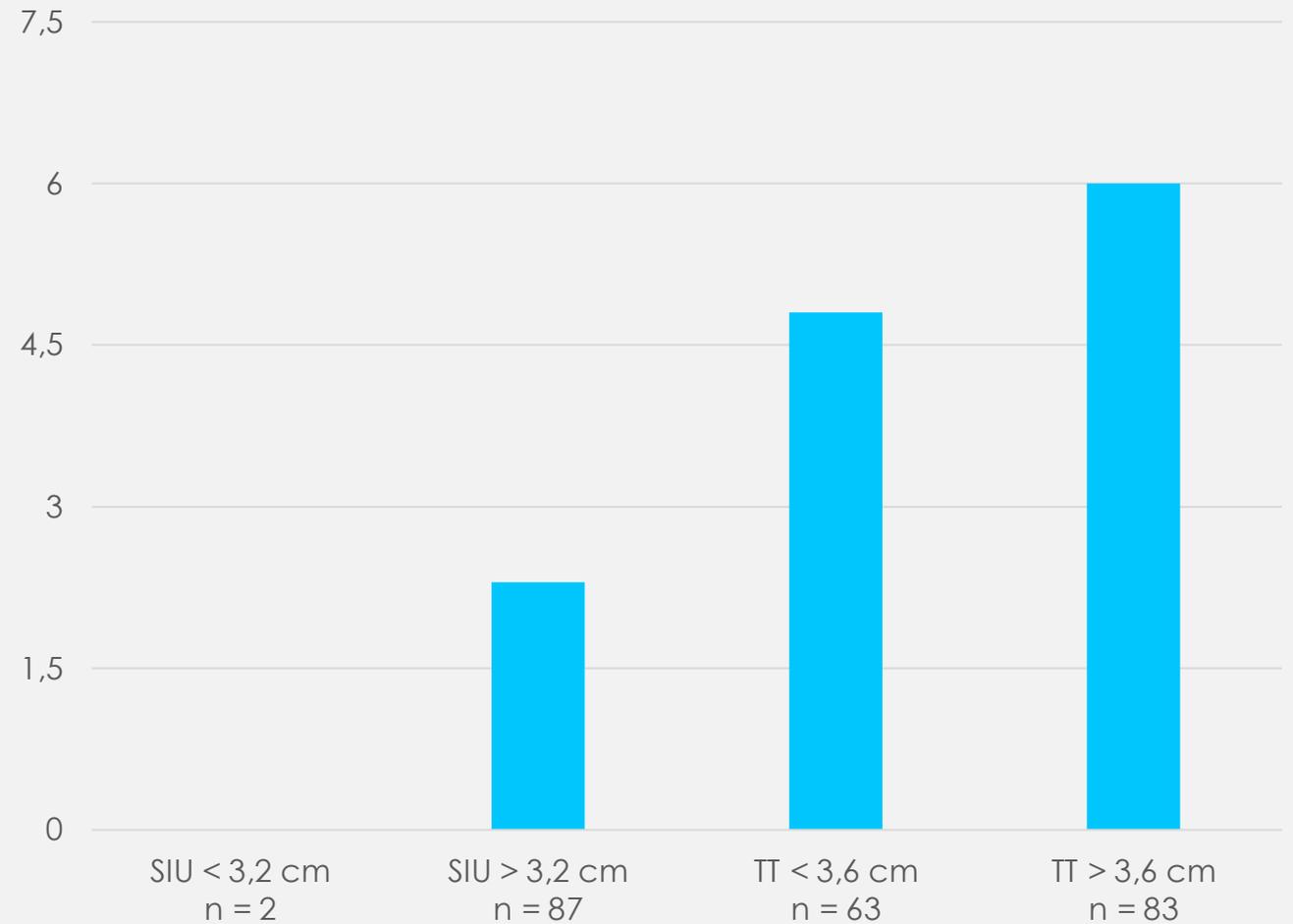


Quel DIU ?

OK du cuivre, mais lequel ?

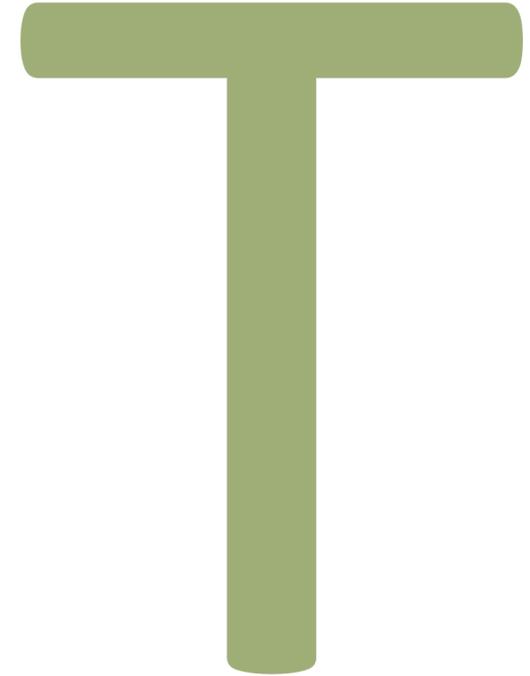
Short ou pas short ?

Les petites tailles utérines ne semblent pas changer le risque d'expulsion [1-2]



Une efficacité « plutôt T » [1]

- "TT" (TCu380)
 - plus efficace que Gynelle (MLCu375)
 - plus efficace que DIU ayant moins de cuivre (250, 220 et 200)
- Pas de preuve que les autres DIU sont plus efficaces que le TCu380A ou S.
- Cochrane recommande TCu380 (faute de comparaison avec les DIU en Y à 380 mm²).
 - En dehors de la forme, Y plus proche d'un Gynelle (corps cuivre seul) que d'un TT (corps cuivre + bras cuivre).





Quelles précautions ?

OK du cuivre, mais lequel ?

Des risques à estimer

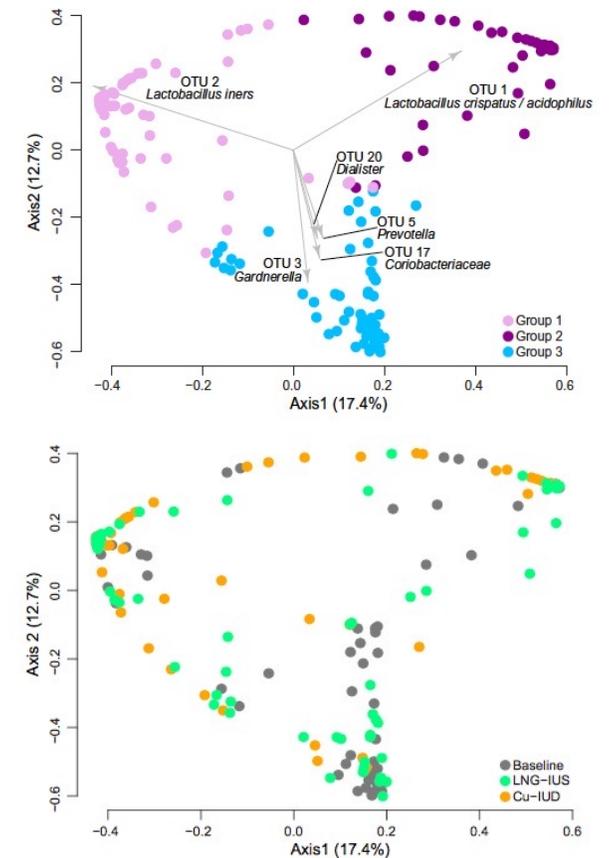
- L'antibiothérapie prophylactique est inutile [1-3].
- La pose d'un DIU chez une patiente ayant un portage asymptomatique n'augmente pas le risque de développer une IGH [4]
- Dépister les chlamydiae et gonocoques avant la pose si femme à risque dans le même temps que la pose pour favoriser son acceptabilité (ACOG)
- Traiter le portage d'un Chlamydia DIU en place [2,3]
- Si infection génitale haute légère à modérée, garder le DIU 72 h, ne le retirer que si pas d'évolution favorable sous antibiothérapie [3]
- Attendre 3 mois de guérison d'une infection haute avant de poser un DIU (OMS, CDC...)

Contrôle post-DIU 3 mois plus tard...

- Odeur vaginale et des algies pelviennes inter-menstruelles depuis la pose du DIU.
- Souhait de retrait du D.I.U. .
- Pas de reprise des rapports.
- Menstruations de 7 j d'abondance physiologique
- Cycles réguliers mensuels
- pas de SFU, de prurit ni de leucorrhée.
- TA= 12,5/9 pouls= 66 apyrétique.

Infections génitales basses ?

- La pose d'un DIU ou d'un SIU ne change pas le microbiote des patientes [1]



Des risques surestimés

- Le risque infectieux existe particulièrement sur les 3 premières semaines puis est très bas $\approx 1,6 \text{ ‰}$ [1].
 - Risque max de $0,7 \%$ [2].
- Problème d'asepsie lors de la pose et des fils tressés (plus commercialisés) [3].

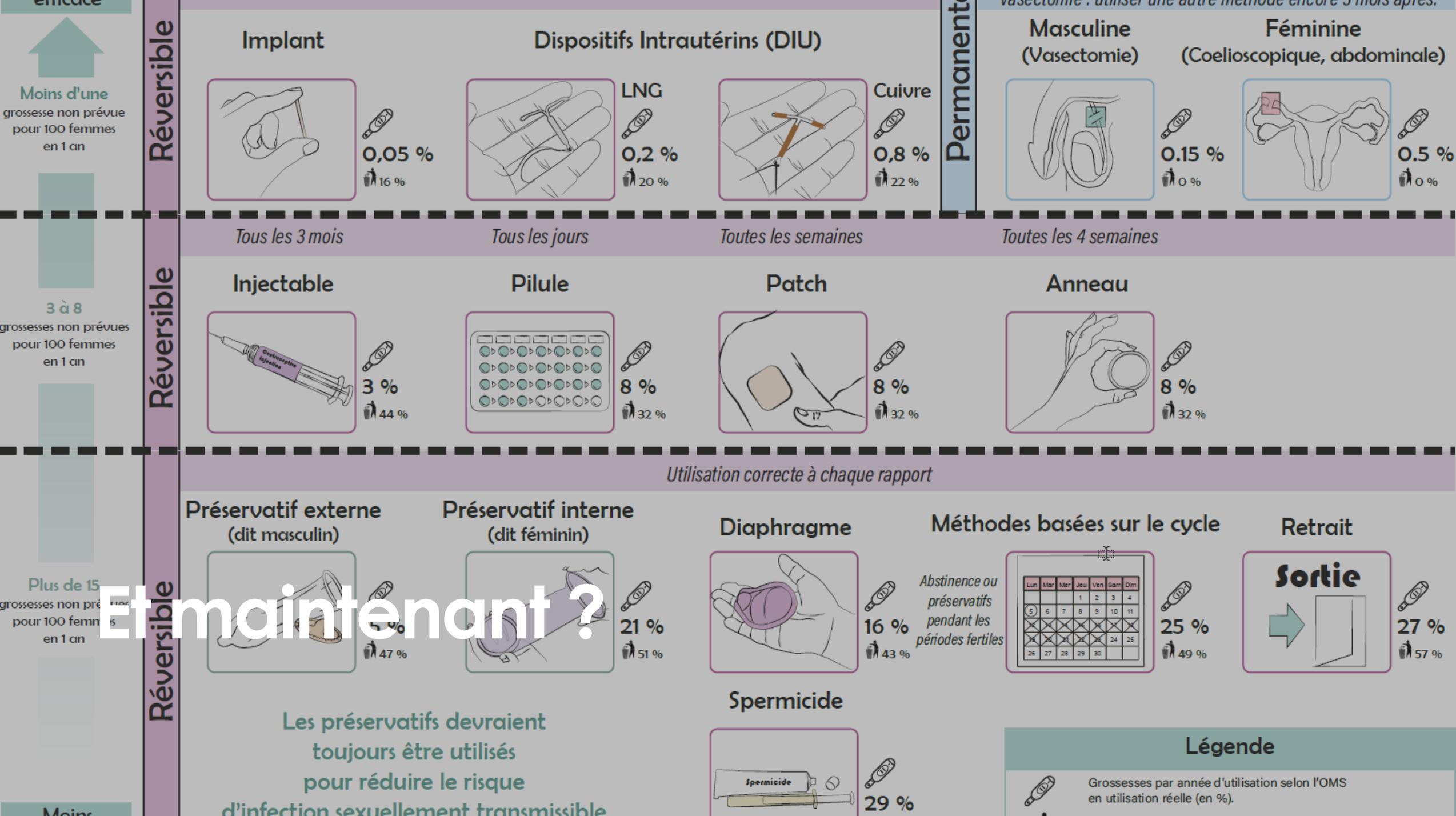


Patiente douloureuse

- Éliminer une infection génitale haute
- Déplacement possible
 - Échographie, mais...
 - La position du SIU dans l'utérus n'influencerait ni les douleurs ni le profil de saignement [1].
 - Le fait que les branches du SIU se trouvent dans le mur utérin sur les coupes 3D n'influencerait pas plus ces paramètres [1].
- Ôter le premier avant d'en poser un autre ;-)

Saignements anormaux

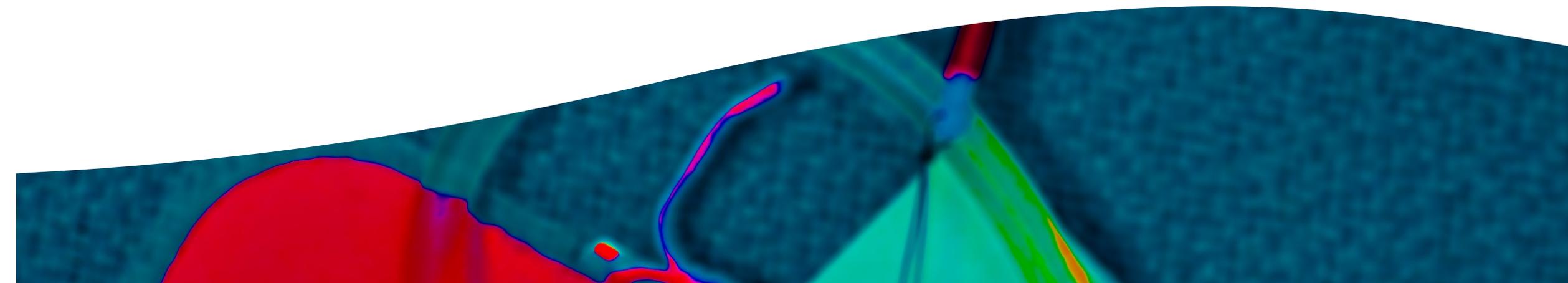
- Normal :
 - Augmentation du volume des règles sous cuivre
 - Métrorragies sous progestatif (Mirena^o)
- Attention si inhabituelle : évaluation de l'endomètre à discuter
 - Métrorragies : AINS pendant 5 à 7 jours [1]
 - Acide tranexamique si hyperménorrhée (Exacyl)



Et maintenant ?

Mme A, 24 ans

En couple depuis 5 ans



Antécédents

- Familiaux : RAS
- Personnels notables : tabagisme 10 cigarettes par jour « avouées » depuis l'âge de 15 ans
- Gynéco/Obs : 0G 0P, suivi gynéco RAS
- Contraception : 1er implant Nexplanon 3 ans très bonne satisfaction
- Renouvellement du 2e Nexplanon depuis 3 semaines

Depuis le renouvellement

- Saignements réguliers, très mal supportés par la patiente
- Très mauvaise satisfaction du 2e implant (patiente n'avait pas été prévenue du risque de saignement lors de la 1re ni 2e pose)

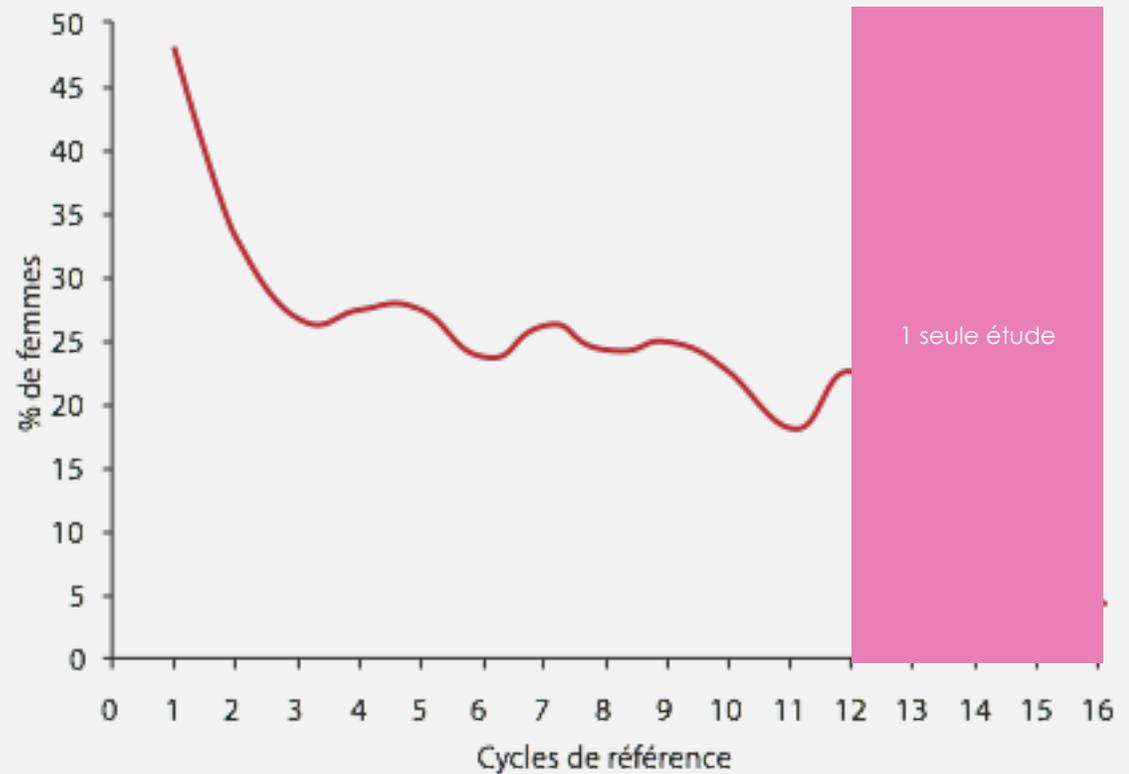


Quel mécanisme physiopathologique

En cas de saignement

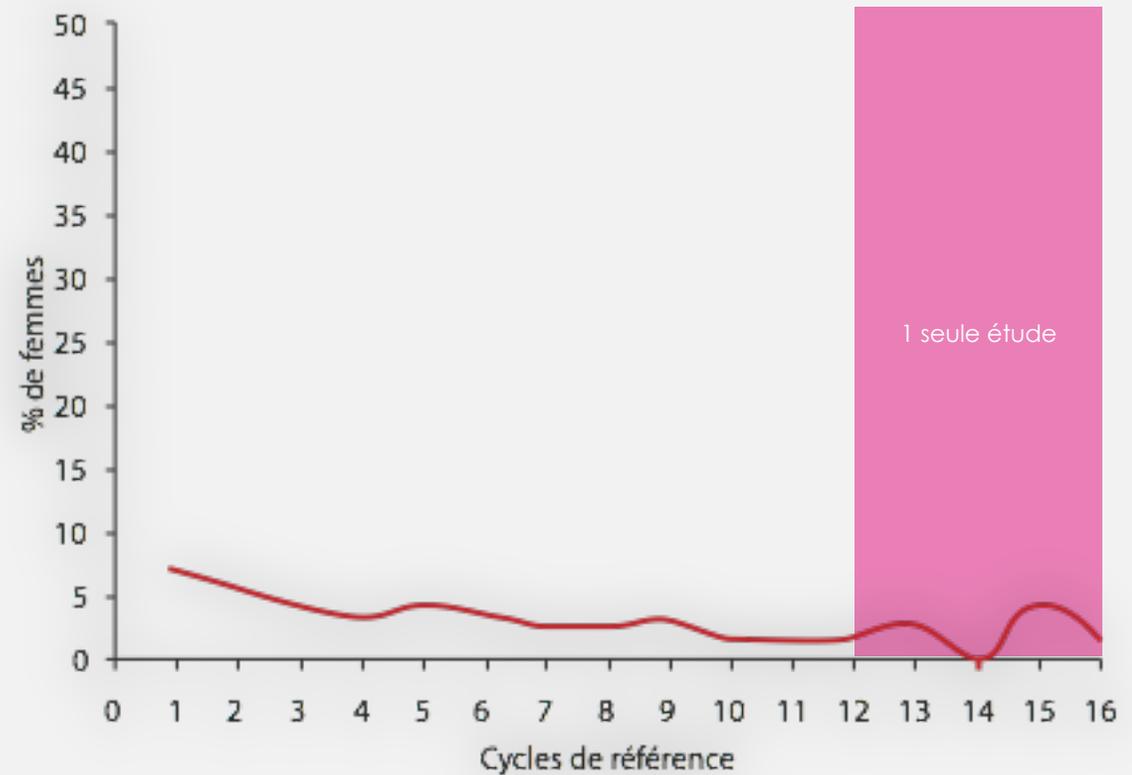
Métrorragies peu fréquentes

La « courbe de la joie »
Cycles de 3 mois



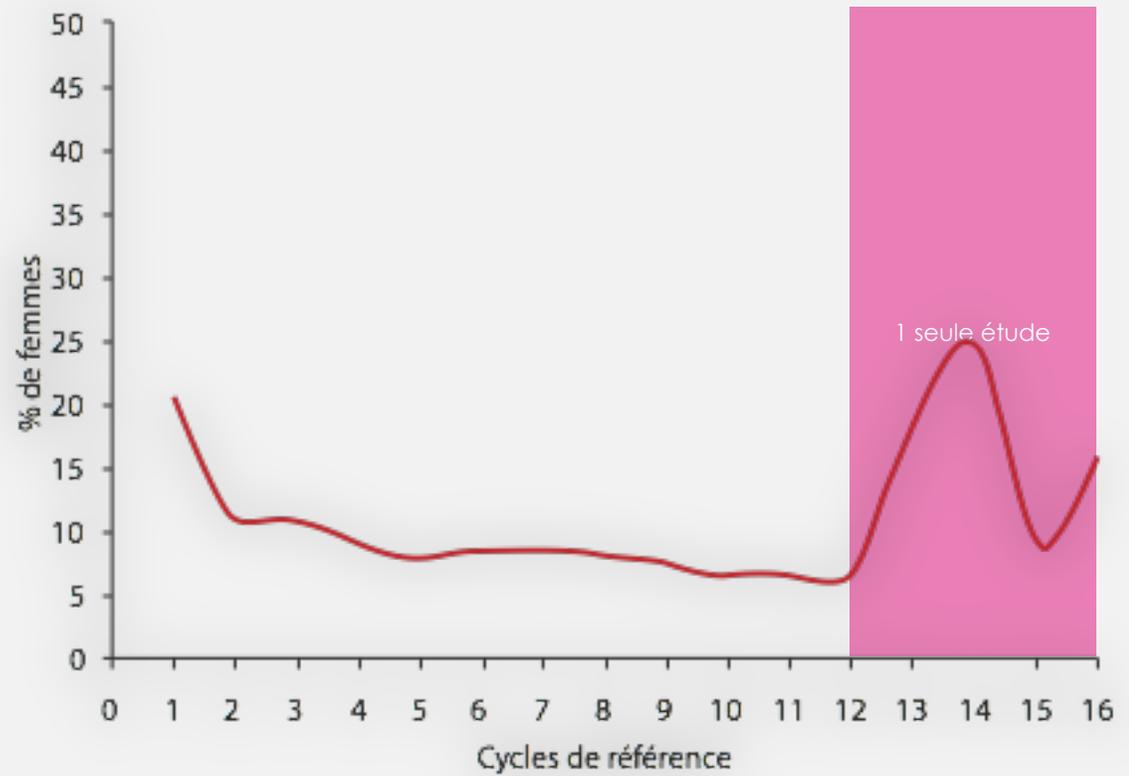
Saignements fréquents

> 5 épisodes / 90j

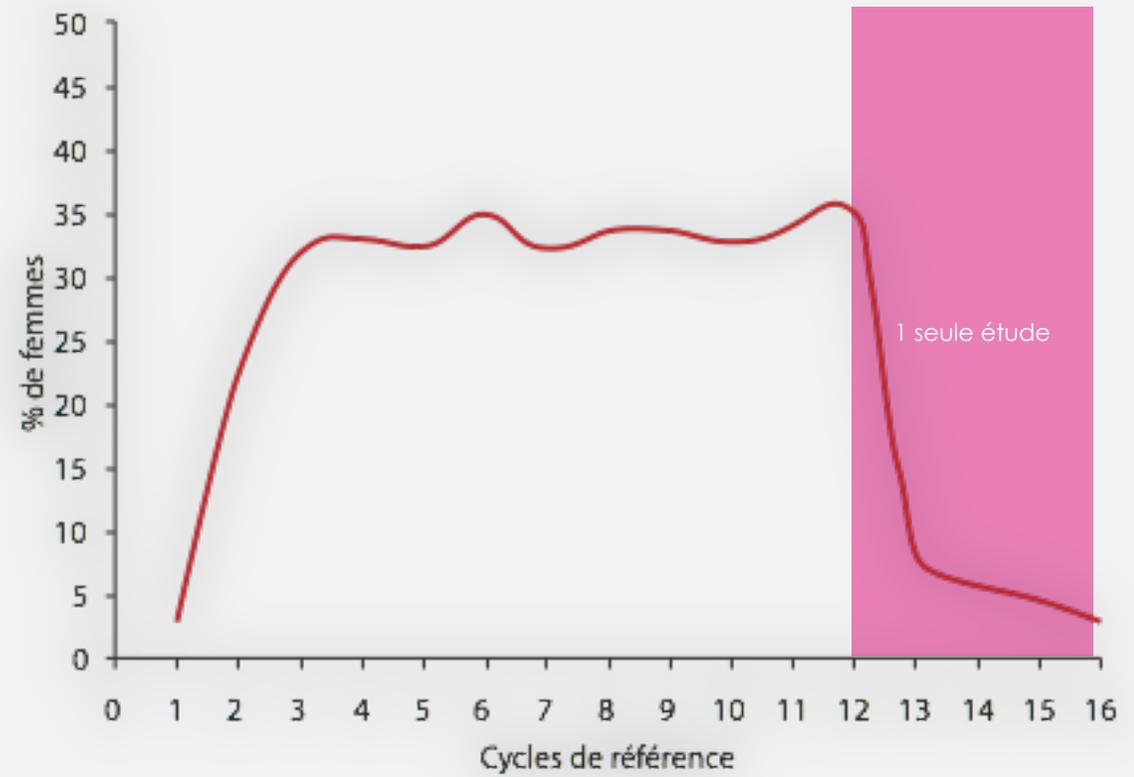


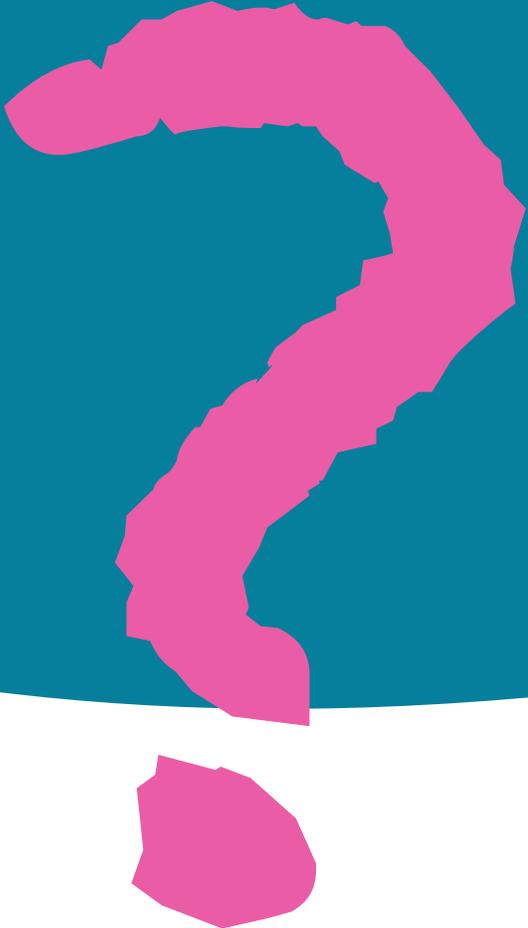
Saignements prolongés

> 14 j pendant 90 j



Aménorrhée



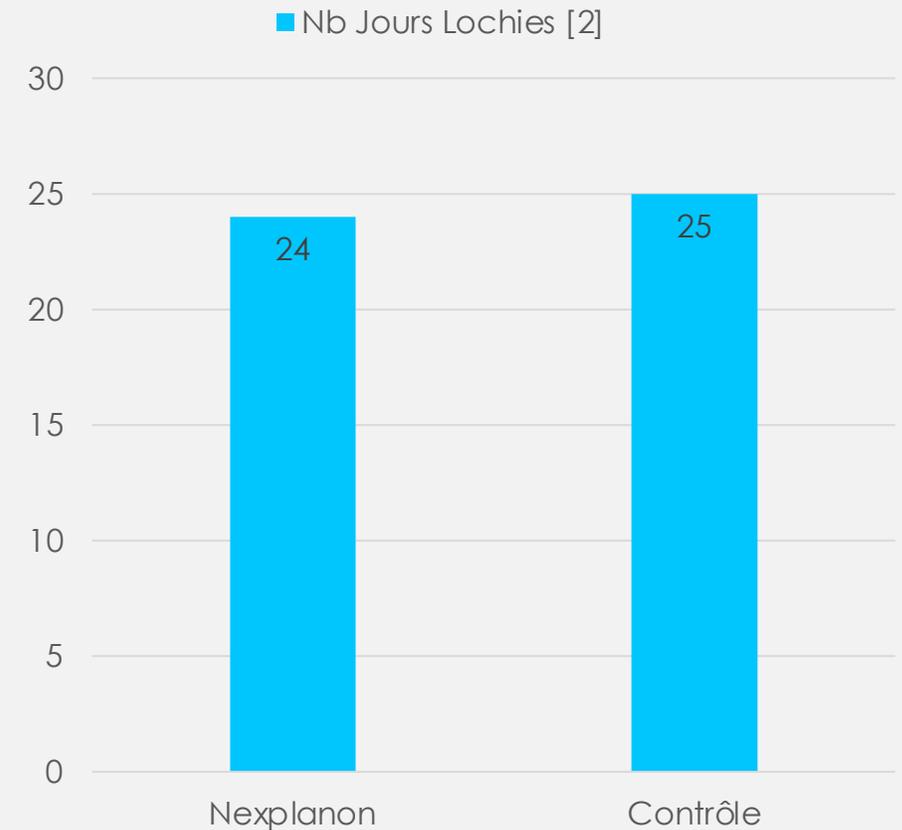


Pourquoi ?

On ne sait pas (Mansour D. Contraception 2011).

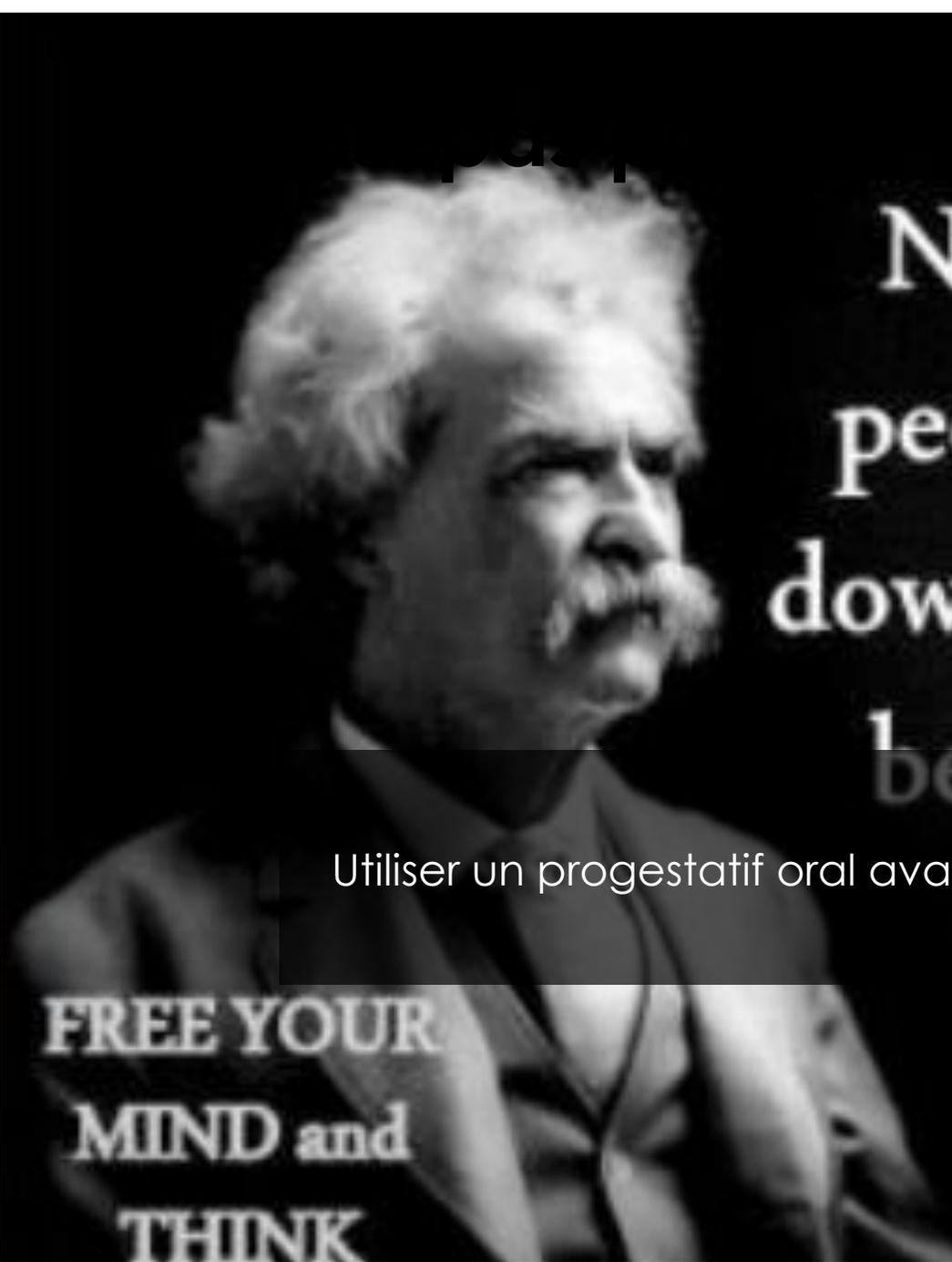
Pas plus dans le post-partum immédiat

- Pas plus de retrait si pose immédiate (dans les 96 premières heures) ou retardée (à 6-12 semaines) [1]
- Pas plus de lochies que dans le groupe témoin [2]
- Ne change pas les paramètres de l'hémostase [3]
- Ne change pas la quantité de lait [4]
- Pas plus d'effet indésirable que chez les patientes n'étant pas dans le post-partum [5]



Avant

- Faire un « counseling adapté » et être réaliste sur les risques
 - Augmente un peu l'acceptabilité et la poursuite [1].
- Une patiente ayant un IMC faible aurait plus de risque de métrorragies [2]
 - Les patientes obèses ont moins d'ablations pour métrorragie [3]



Never argue with stupid people, they will drag you down to their level and then beat you with experience.

~Mark Twain

Utiliser un progestatif oral avant pose (Mansour D. Contraception 2011).

FREE YOUR
MIND and
THINK

Pendant

Réfléchir et agir... Après les questions Mansour.



On peut oublier...

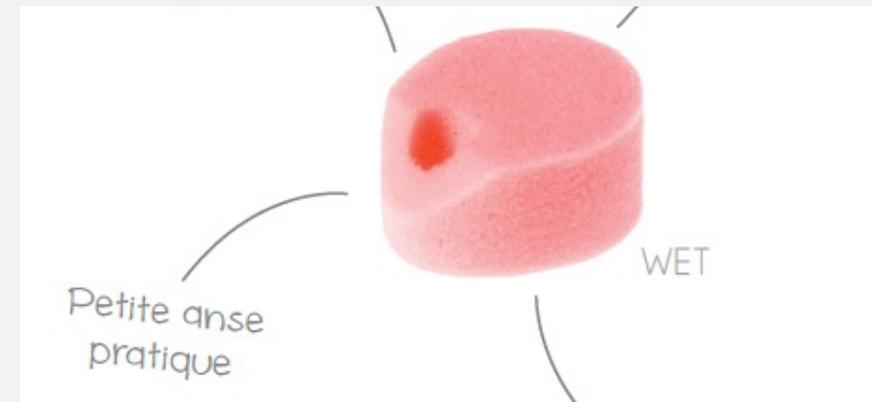
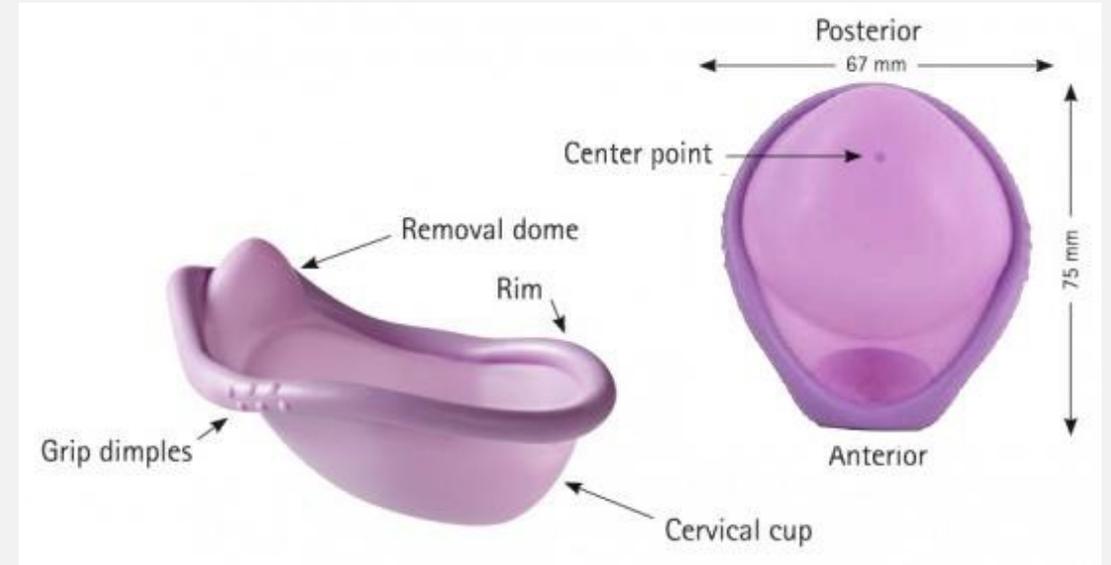
Traitement	+	-
Estradiol [1]	Améliore les symptômes	Nausées. Ne change pas l'abandon.
Mifepristone [2]	Améliore les symptômes	Pas de prescription possible
AINS [1]		Pas de bénéfice évident

Un oestroprogestatif ?

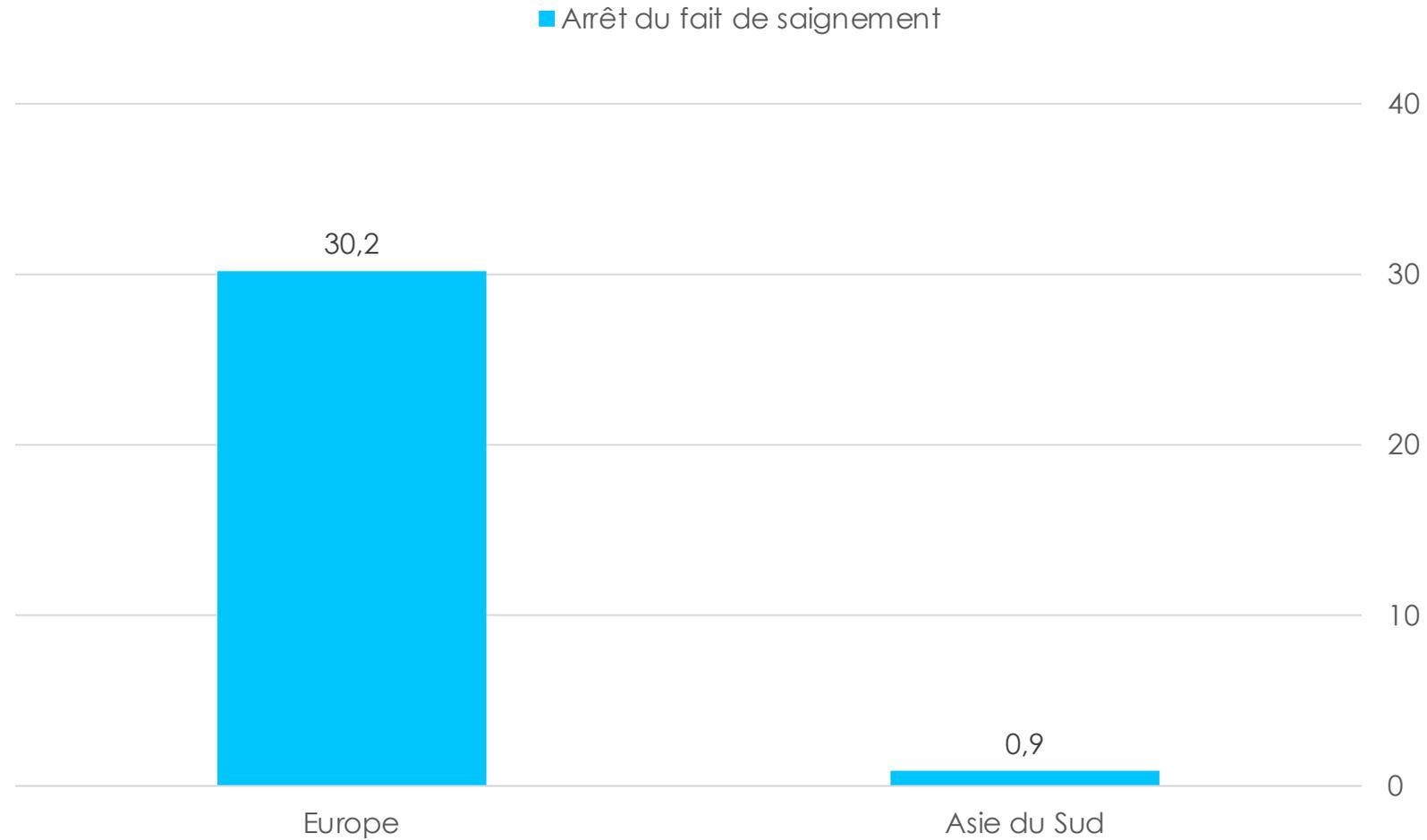
- Si pas de contre-indication.
- Efficace pour limiter les symptômes, mais pas obligatoirement les abandons [1]
- Utilisation de 14 jours d'oestroprogestatif 150 µg LNG / 30 µg EE [2]
 - Arrêt des saignements avec OR à 11,7 [1,9-70,2] par rapport au placebo...
 - Mais 85,7 % de récurrence des saignements 10 jours plus tard.

Barrière

- Utilisation de diaphragme contraceptif de type Caya
- Utilisation de tampons spécifiques : Beppy

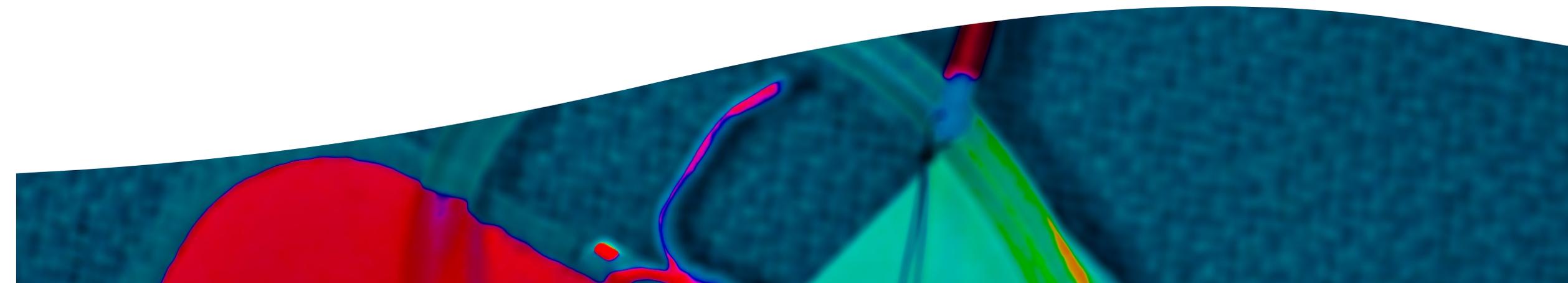


La culture...



Mme D 31 ans

G4 P3. IMC 24 kg/m², vient pour sa visite postnatale



Antécédents

- ATCD familiaux : RAS
- ATCD médicaux : RAS
- ATCD obst : 3 accouchements physio en 2012 2014 et 2017.

Entretien / Examen clinique

- À l'interrogatoire
 - Allaitement maternel, pas de douleurs, pas de saignements,
 - Reprise des rapports sexuels sans dyspareunie.
 - Contraception : préservatifs. Exprime ne plus vouloir d'hormones, ne pas vouloir de DIU au cuivre et vouloir une stérilisation tubaire.
- À l'examen clinique : RAS
 - Discussion avec la patiente : délai de réflexion – différents contraceptifs
 - Repart sans contraception autre que préservatifs et rendez-vous médecin dans 4 mois.

Discussion

- Consultation 4 mois après avec médecin : refus des différents gynécologues (cas présenté au staff de gynécologie) de la stérilisation à cause de son jeune âge.
- Je revois la patiente qq jours plus tard : toujours sans contraception adaptée. Patiente en demande de contraception++. Je parle alors de stérilisation masculine/ de DIU Miréna. Patiente au bord des larmes et qui accepte Mirena que je lui pose.
- RENDEZ-VOUS donné dans 6 mois pour faire le point.
- Que pouvais-je faire de plus ? Un autre avis médical dans une autre ville ?

Loi du 4 juillet 2001

Personne majeure intéressée ayant exprimé une **volonté libre**, motivée et délibérée

Information claire et complète sur ses conséquences.



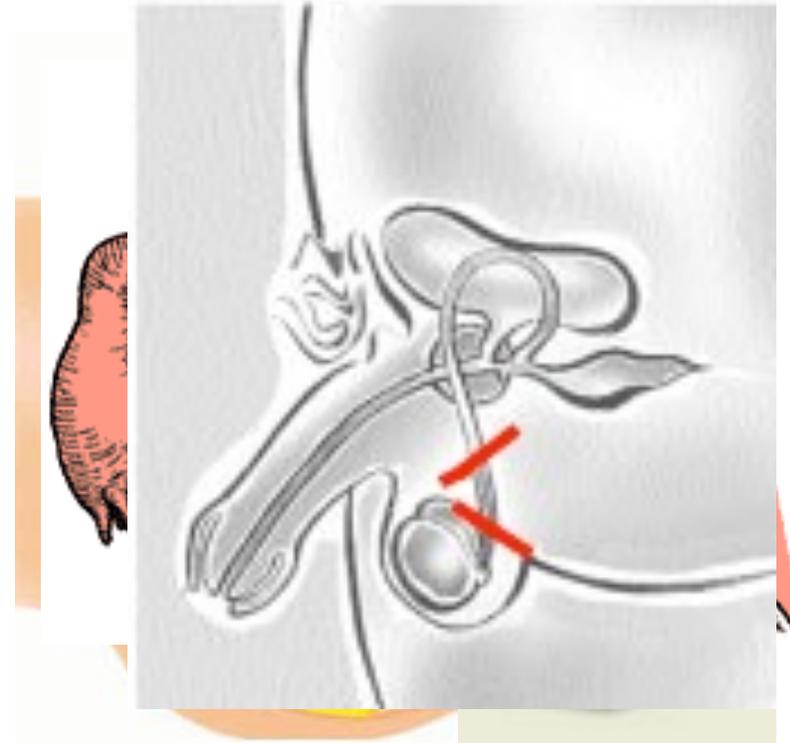
Loi du 4 juillet 2001

- Délai de réflexion de 4 mois
 - Après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement.
- Signature obligatoire d'un consentement éclairé.

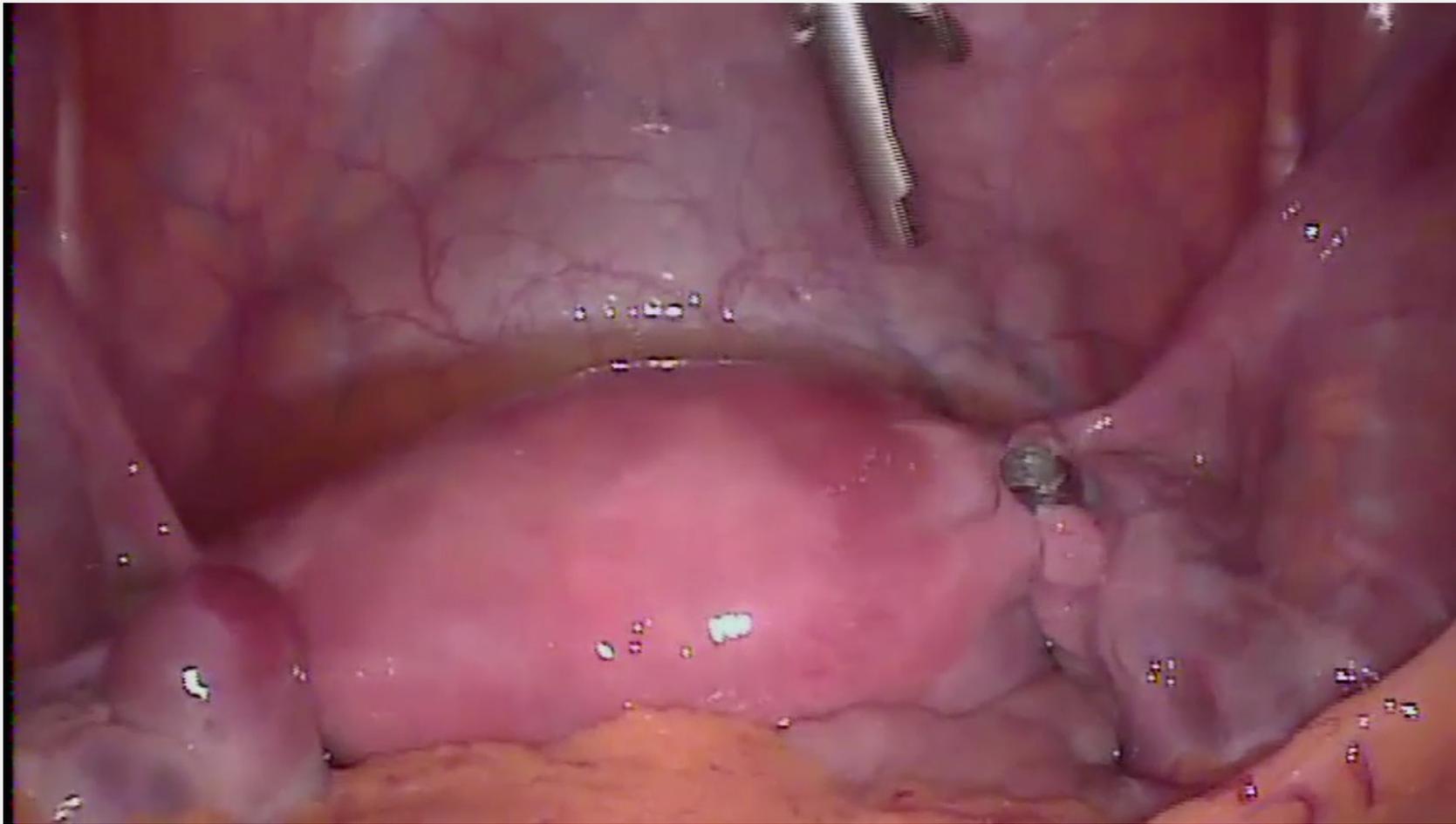


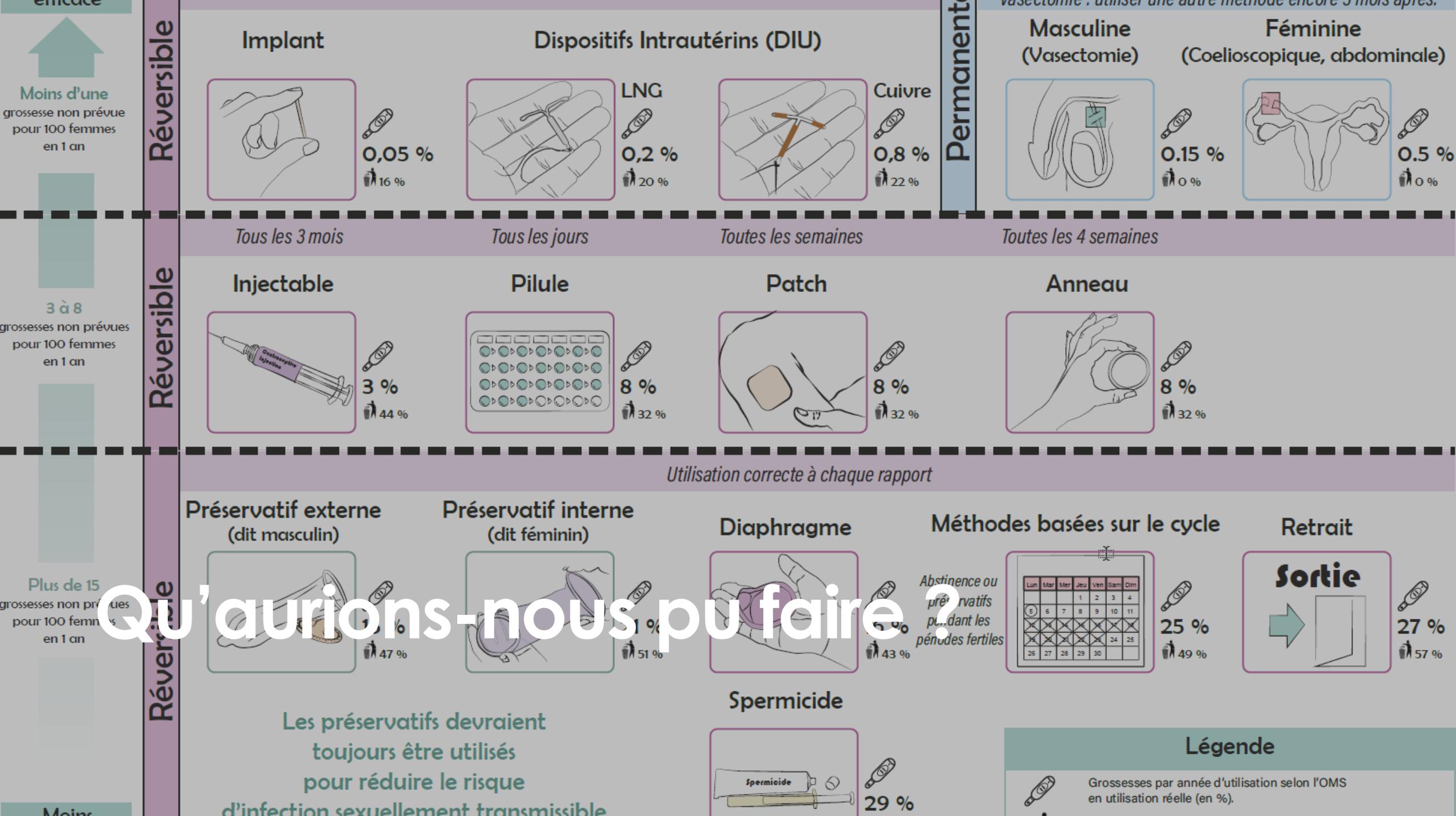
Les modalités

- Coelioscopique
- La Vasectomie
- Aucune n'est parfaite...
 - Sauf la vasectomie 😊



Pose de Clips





Qu'aurions-nous pu faire ?