

# OU EN EST-ON EN CONTRACEPTION ?

---

Dr Edouard NOBLOT  
06 Avril 2017



# Contraception Orale Oestroprogestative

- Selon le progestatif utilisé, les COEP sont classés en **3 classes** ou « **générations** » (C1G, C2G, C3G)
- **Même estrogène** (Ethinyl-Estradiol) à des doses différentes
- Associé à un **progestatif norstéroïdien**
- Il existe une classe à part: « les autres COEP »

# Contraception Orale Oestroprogestative

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

# Contraception Orale Oestroprogestative

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

# Contraception Orale Oestroprogestative

- Pourquoi « préférer » une COEP C2G?
  - Risque thromboembolique plus important chez C3G que C2G:

Progestatif contenu dans le CHC (associé à l'éthinylestradiol, sauf mention contraire)	Risque relatif vs. lévonorgestrel	Incidence estimée (pour 10 000 femmes par année d'utilisation)
Non utilisatrice de CHC, non enceinte	-	2
Lévonorgestrel	Réf.	5-7
Norgestimate / Noréthistérone	1,0	5-7
Gestodène / Désogestrel / Drospirénone	1,5-2,0	9-12
Étonogestrel / Norelgestromine	1,0-2,0	6-12
Chlormadinone / Diénogest/ acétate de nomégestrol (E2)	AC <sup>1</sup>	AC <sup>1</sup>

# Contraception Orale Oestroprogestative

- Efficacité:

- COEP parmi les moyens contraceptifs les plus efficaces (Pearl < 1, si prise optimale).
- Pas de différence d'efficacité entre les COEP (Pearl similaires).

- Tolérance:

- Aucune étude n'a démontré la supériorité des C3G par rapport aux C2G

# Contraception Orale Oestroprogestative

- Recommandations ANSM:
  - Privilégier COEP C2G (lévonorgestrel)
  - Rechercher FdR (++thromboemboliques):  
interrogatoire, clinique, bio
  - Informer les patientes du risque thromboemboliques et les alerter sur signes cliniques évocateurs
  - Suivi clinique régulier

# Contraception Orale Oestroprogestative

- Contre indications absolues:
  - Cancers hormonodépendants
  - Tabagisme > 35 ans
  - Diabète avec complications
  - HTA
  - TVP
  - EP
  - AVC
  - Anomalies constitutionnelles ou acquises de la coag
  - Migraines
  - Immobilisation prolongée
  - Cardiopathies (ischémique, valvulaires avec complications)
  - Migraines avec symptômes focaux ou > 35 ans
  - Tumeur hépatique, cirrhose



# Dispositifs intrautérins

- Nombreuses idées reçues!
  - Infections
  - Douleurs à la pose
  - Stérilité
  - Gêne pendant les rapports
  - Inadapté aux femmes jeunes
  - ...



# Dispositifs intrautérins

- Types:

- Cuivre:

- Ex: UT380, NT380, Mona Lisa, ...
- 2 tailles: normal et short
- Action spermicide du cuivre et antinidation
- Durée: classiquement 5 ans ...

- Hormonal:

- Microprogestatif: levonorgestrel
- Ex: Mirena, Jaydess
- 2 tailles
- Actions: atrophie endométriale / modif glaire cervicale / blocage de l'ovulation parfois
- Durée: 5 ans Mirena, 3 ans Jaydess

# Dispositifs intrautérins

- Depuis 2004 et rapport de l'HAS:
  - **Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux femmes ayant eu un ou des enfant(s).** Il s'agit d'une méthode contraceptive de **1ère intention très efficace**, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardiovasculaire n'est établi.
- Dernière revue de la littérature:
  - 16 articles
  - Risques EI (grossesse, perforation, infection, métrorragies abondantes, ...) faibles
  - Risque expulsion plus important chez nullipare que multipare, ++DIU Cu
  - CCI: "IUDs are safe for young women and provide highly effective reversible contraception".

(The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. Jatlaoui TC, Riley HE, Curtis KM. Contraception. 2017 Jan;95(1):17-39)

# Dispositifs intrautérins

- Principales contre-indications:

- une grossesse
- une malformation de l'utérus
- un fibrome
- un cancer du col de l'utérus ou de l'endomètre
- Une IST (le DIU pourra ensuite être posé une fois que l'infection a été traitée et a disparu depuis 3 mois)
- une infection génitale haute (utérus ou trompes) en cours, récidivante ou datant de moins de 3 mois
- des saignements vaginaux inexpliqués
- une infection après l'accouchement ou après un avortement il y a moins de 3 mois
- avortement il y a moins de 3 mois
- une tuberculose génitale.

- Reco CNGOF: dépistage d'IST avant la pose d'un DIU:

- Patiente avec comportement sexuel à risque
- ATCD d'IST
- Patiente de moins de 25 ans

# Stérilisation à visée contraceptive

- Recommandations:

- Personne majeure, pas de limite d'âge, de nbre d'enfants
- Cs initiale
- Délai de réflexion de 4 mois
- Cs préopératoire

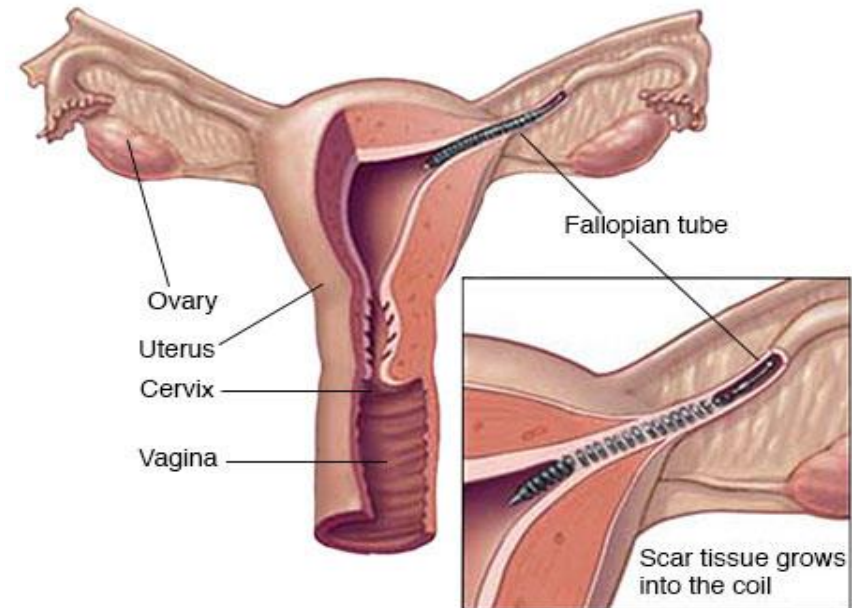
- Techniques:

- Homme: vasectomie
- Femme: dispositif intratubaire / ligature tubaire / salpingectomie bilat

# Stérilisation à visée contraceptive

- **Dispositif intra-tubaire (ESSURE):**

- Hystéroscopie sous AL, rachianesth ou AG
- But: occlusion tubaire par fibrose progressive, occlusion totale en 3 mois
- Contrôle écho 3 mois après chir
- Reperméabilisation impossible



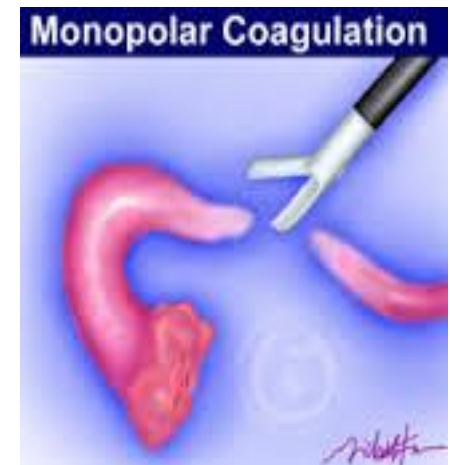
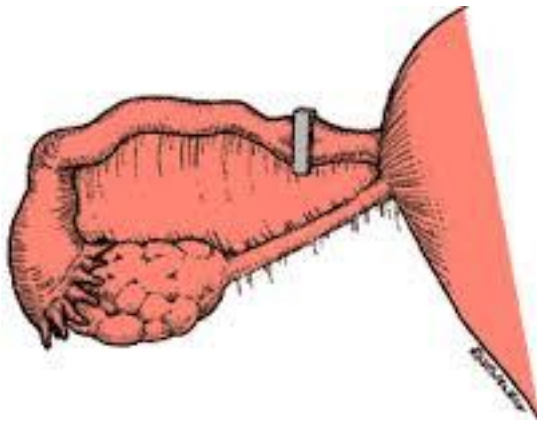
# Stérilisation à visée contraceptive

- MAIS ...
  - Polémique actuelle venant des USA
  - CNGOF groupe de travail
  - Lettres pour porteuses d'ESSURE et pour celles qui veulent en bénéficier
  - Littérature: 1,5% d'effets indésirables (saignements, douleurs pelviennes +++)

# Stérilisation à visée contraceptive

- **Ligature tubaire:**

- Coelioscopie, parfois laparotomie (césarienne)
- Plusieurs techniques: electrocoagulation, Pommeroy, clips
- Efficace immédiatement
- Reperméabilisation chirurgicale possible mais difficile





# Stérilisation à visée contraceptive

- **Salpingectomie bilatérale:**
  - Coelioscopie +++
  - Rationnel:
    - Absence de pathologies tubaires (salpingite)
    - Origine tubaire des cancers de l'ovaire
- « Safety outcomes of female sterilization by salpingectomy and tubal occlusion » Westberg J & al. Contraception. 2017 Feb 21. pii: S0010-7824(17)
  - Laparoscopic salpingectomy is a safe alternative to tubal occlusion with only a small increase in surgical time. Because salpingectomy offers higher efficacy and more ovarian cancer protection than occlusion procedures, **salpingectomy should be an option offered to women seeking laparoscopic sterilization.**

# Conclusion

- **MESSAGES:**
- COEP: C2G +++
- Savoir penser aux DIU
- Stérilisation: place grandissante de la salpingectomie ! Et déclin (probable) des dispositifs intra-tubaires

# Références

- Fiches mémo HAS [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638551/fr/tableau-des-fiches-memo](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638551/fr/tableau-des-fiches-memo)
- La contraception en pratique: de la situation clinique à la prescription. B Tebeka. 2013. Elsevier
- Contraception. D Serfaty. 2011. Elsevier-Masson
- The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. Jatlaoui TC, Riley HE, Curtis KM. Contraception. 2017 Jan;95(1):17-39
- Safety outcomes of female sterilization by salpingectomy and tubal occlusion. Westberg J. Contraception. 2017 Feb 21.