



FORMATION MÉDICALE CONTINUE TOURCOING 2022-2023



Clinique Saint Roch, 56 rue de Lille à Roncq
Jeudi 09/02/2023 - 20h00 - Cocktail Dînatoire



« Gynéco & Co »
Contraception
Algies Pelviennes
Cancer du col
La place du Med Gé



FMC Tourcoing

TOURCOING NEUVILLE-EN-FERRAIN MOUVAUX

- Quelle Contraception pour Quelle patiente ? La place du Médecin Généraliste.
- Endométriose, Quand y penser, Que proposer et Qui adresser au spécialiste ?
- Cancer du col, prévention, les nouveautés, HPV et Frottis, nouvelles recommandations ?



Animateur : Dr Karima MAALEM
 Médecin Expert : Dr Ndaye MUBIAYI - CH Victor Provo - Rbx
 A très vite, vous pouvez également nous envoyer un mail
 Lien pour s'inscrire : <https://forms.gle/9HTrtwaioiawvaPH8>
 Mail = fmc.tmn@gmail.com
 Site = fmc-tourcoing.org
 PAF : 25 euros pour l'année

Inscription 09/02



Docteur N. MUBIAYI
Maternité de BEAUMONT
Centre Hospitalier de ROUBAIX

9 Février 2023



La contraception



La contraception en France



- Couverture contraceptive élevée
- 2 femmes sur 3 en âge de procréer utilisent un moyen de contraception
- Plusieurs moyens de contraception :
 - Contraception hormonale : COP et les progestatifs
 - Contraception non hormonale (DIU au cuivre)
 - Autres méthodes (méthodes barrières et naturelles)
Préservatifs masculin et féminin, diaphragme, cape cervicale...
 - Contraception définitive (stérilisation tubaire)
- **Contraception hormonale = 1^{ère} méthode contraceptive tout âge confondu (~ 60%)**
- DIU (~ 25%), préservatifs, ST et les méthodes « naturelles »



Les contraceptifs œstro-progestatifs (COP)

- Commercialisés depuis 1960, sont composés de 2 molécules (pilules combinées)
- Œstrogène :
 - Œstrogène de synthèse (éthinyloestradiol EE) :
 - 50 µg dans les COP normodosés
 - Entre 15 à 40 µg dans les COP minidosés
 - Œstrogène naturel (estradiol) : 2 COP commercialisés en France
- Progestatif de synthèse :
 - Selon ancienneté et propriétés pharmacologiques ⇒ **4 générations de COP**
 - Noréthistérone dans les COP de 1^{ère} génération (~ 1960) ⇒ ↓ commercialisation
 - **Lévonorgestrel (LNG) dans les pilules de 2^e génération (~ 1970)**
Les seuls COP actuellement remboursés
 - 3^e génération (~ 1980) : désogestrel, gestodène et **norgestimate**
Activité antigonadotrope +++ et ↘ EE mais risque MVTE ↗
 - 4^e génération (~ 2000) : drospirénone, acétate de chlormadinone/cyprotérone, diénoGEST et nomégestrol



Exemples des COP selon la génération du progestatif

DEUXIÈME GÉNÉRATION

NOM	LABORATOIRE	PROGESTATIF
ADEPAL CPR 21 X1	MAJORELLE LABO	lévonorgestrel
ADEPAL CPR 21 X3	MAJORELLE LABO	lévonorgestrel
AMARANCE CPR BT21 X3	MAJORELLE LABO	lévonorgestrel
DAILY CPR BT21 X1	PF MEDICAMENT	lévonorgestrel
DAILY CPR BT21 X3	PF MEDICAMENT	lévonorgestrel
EVANECIA CPR BT21 X1	BIOGARAN	lévonorgestrel
EVANECIA CPR BT21 X3	BIOGARAN	lévonorgestrel
LEELOO 0,1MG/0,02MG CPR BT21X1	THERAMEX	lévonorgestrel
LEELOO 0,1MG/0,02MG CPR BT21X3	THERAMEX	
LOVAVULO 20/100MCG CPR 21 X1	MAJORELLE LABO	
LOVAVULO 20/100MCG CPR 21 X3	MAJORELLE LABO	
LUDEAL 0,15MG/0,03MG CPR 21X1	PF MEDICAMENT	
LUDEAL 0,15MG/0,03MG CPR 21X3	PF MEDICAMENT	
MINIDRIL CPR 21 X1	MAJORELLE LABO	
MINIDRIL CPR 21 X3	MAJORELLE LABO	
OPTILOVA 20/100MCG CPR 28 X1	MAJORELLE LABO	
OPTILOVA 20/100MCG CPR 28 X3	MAJORELLE LABO	
PACILIA CPR BT21 X1	BIOGARAN	
PACILIA CPR BT21 X3	BIOGARAN	
STEDIRIL CPR 21 X1	MAJORELLE LABO	
STEDIRIL CPR 21 X3	MAJORELLE LABO	
TRINORDIOL CPR 21 X1	MAJORELLE LABO	
TRINORDIOL CPR 21 X3	MAJORELLE LABO	

TROISIÈME GÉNÉRATION

NOM	LABORATOIRE	PROGESTATIF
TRIAFEMI CPR BT21 X1	EFFIN	norgestimate
TRIAFEMI CPR BT21 X3	EFFIK	norgestimate
TRICILEST CPR BT21 X1	JANSSSEN CILAG	norgestimate
TRICILEST CPR BT21 X3	JANSSSEN CILAG	norgestimate
TRI-MINULET CPR 21 X1	PFIZER	gestodène
TRI-MINULET CPR 21 X3	PFIZER	gestodène
VARNOLINE CONTINU CPR 28 X1	MSD FRANCE	désogestrel
VARNOLINE CONTINU CPR 28 X3	MSD FRANCE	désogestrel
VARNOLINE CPR 21 X1	MSD FRANCE	désogestrel
HARMONET CPR 21 X3 AIP	PHARMA LAB	gestodène
MELIANE CPR 21 X1	BAYER SANTE	gestodène
MELIANE CPR 21 X3	BAYER SANTE	gestodène
MELODIA 60MCG/15MCG CPR BT28X1	BAYER SANTE	gestodène
MELODIA 60MCG/15MCG CPR BT28X3	BAYER SANTE	gestodène
MERCILON CPR 21 X1	MSD FRANCE	désogestrel
MERCILON CPR 21 X3	MSD FRANCE	désogestrel
MINESSE 60MCG/15MCG CPR BT28X1	PFIZER	gestodène
MINESSE 60MCG/15MCG CPR BT28X3	PFIZER	gestodène
MINULET CPR 21 X1	PFIZER	gestodène
MINULET CPR 21 X3	PFIZER	gestodène
MONEVA CPR 21 X1	BAYER SANTE	gestodène

QUATRIÈME GÉNÉRATION

NOM	LABORATOIRE	PROGESTATIF
YAZ 0,02MG/3MG CPR BT28 X1	BAYER SANTE	drospirénone
YAZ 0,02MG/3MG CPR BT28 X3	BAYER SANTE	drospirénone
ZOELY 2,5MG/1,5MG CPR BT28	THERAMEX	nomégestrol
ZOELY 2,5MG/1,5MG CPR BT28 X3	THERAMEX	nomégestrol
JASMINE 0,03MG/3MG CPR BT21X1	BAYER SANTE	drospirénone
JASMINE 0,03MG/3MG CPR BT21X3	BAYER SANTE	drospirénone
JASMINELLE 0,02MG/3MG CPR BT21	BAYER SANTE	drospirénone
JASMINELLE 0,02MG/3MG CPR BT63	BAYER SANTE	drospirénone
JASMINELLECONTINU 0,02/3MG C28	BAYER SANTE	drospirénone
JASMINELLECONTINU 0,02/3MG C84	BAYER SANTE	drospirénone
QLAIRA CPR BT28 X1	BAYER SANTE	diénogest

Les COP

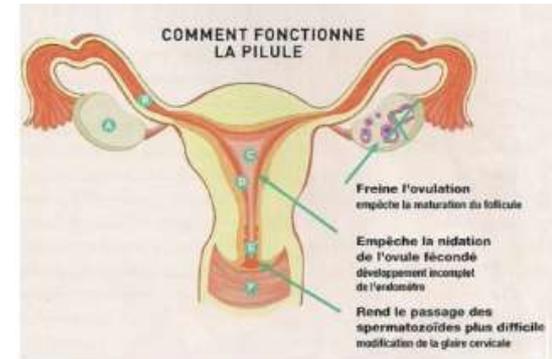
Classifications et modalités d'administration

- Classification en fonction de la variation des dosages hormonaux dans le cycle
 - Monophasique (dosage fixe tout au long du cycle)
 - Biphase ou triphasique (2 ou 3 dosages dans le cycle)
- Classification en fonction du climat hormonal
 - Œstrogénique ou progestatif dominant
 - C'est le progestatif qui détermine le climat
 - **COP à climat progestatif = COP contenant du LNG (COP de 2^e génération)**
- 3 voies d'administration : orale (pilule), transdermique (patch) et vaginale (anneau)
Les COP non oraux contiennent un progestatif de 3^e génération
- 3 schémas d'administration :
 - Schéma classique ou « discontinu » (21 ou 24 jours et pause de 7 ou 4 jours)
 - Schéma continu et schéma étendu (cycles longs) :
 - Indiqués dans certaines situations (troubles cataméniaux invalidants, ménorragies...)
 - Ou par convenance personnelle



Les COP

Modes d'action



- L'action contraceptive résulte des effets des 2 molécules (EE et progestatif)
- **C'est le progestatif qui est le plus contraceptif**, d'où :
 - ↘ dosage d'EE
 - Existence des pilules progestatives pures
- L'œstrogène ⇒ ↓ croissance folliculaire
- **Le progestatif**
 - **Action centrale (antigonadotrope)** ⇒ ↓ la production FSH + LH (inhibe l'ovulation)
 - **Actions périphériques :**
 - Épaississement de la glaire cervicale
 - Atrophie de l'endomètre
- Effet contraceptif
 - **Obtenu au bout de 7 jours d'administration**
 - Tous les COP ont une efficacité comparable **> 99,7%** (si utilisation parfaite)

Les COP

Modalités d'administration

- Quand débiter la pilule ?
 - Le 1^{er} jour des règles
 - **Mais initiation possible jusqu'au 5^e jour du cycle avec une efficacité immédiate**
(... délai de 7 jours pour garantir l'effet contraceptif des COP)
- Cas particulier : « **le Quick start** »
 - Possibilité de débiter un COP à un autre moment du cycle (ex, le jour de la consultation)
 - Il est nécessaire :
 - De s'assurer de l'absence de grossesse
 - De proposer une méthode contraceptive barrière complémentaire pendant 7 jours
 - Et d'informer la patiente du risque de métrorragies pendant la première plaquette
 - **Le 1^e cp est pris quel que soit le jour du cycle**
 - Avantage : ⚡ risque de grossesse entre la demande de COP et son début effectif
- Menstruations ⇨ provoquées par la ⚡ des taux sanguins de ces 2 hormones (intervalle libre)

Les progestatifs contraceptifs

- 4 voies d'administration :
 - Orale avec les microprogestatifs et depuis quelques années, un normoprogestatif (Slinda®)
Les macroprogestatifs n'ont pas d'AMM comme contraceptif
 - Sous-cutanée (Nexplanon®)
 - Intra-utérine (DIU au LNG)
 - La voie IM (peu utilisée en France, DEPO PORVERA ®)
- Points communs : mêmes effets indésirables
 - **Inconvénient majeur : survenue fréquente de spottings et métrorragies**
 - 30 à 40% des utilisatrices
 - **1^{ère} cause d'arrêt de cette contraception**
 - Pas de tt préventif ayant démontré une réelle efficacité
 - Dystrophies ovariennes avec parfois des kystes fonctionnels
 - Mastodynies et acné

Les microprogestatifs

- Particularités : très faible quantité de progestatif pris en continu
- **2 molécules commercialisées en France : le désogestrel à 75µg et le lévonorgestrel à 30µg**
- Indications :
 - Famille dénuée d'effets secondaires métaboliques et vasculaires
 - Donc choix n°1 chez les femmes avec C-I métaboliques et vasculaires aux COP
 - **Désogestrel à proposer en 1^{ère} intention** (moins de contrainte horaire et efficacité supérieure)
- Modes d'actions : périphériques +++

	Désogestrel Cerazette®, Antigone®, Optimizette®	Levonorgestrel Microval®
Anti-glaire	+	+
Anti-nidatoire	+	+
↑ mobilité tubaire	+	+
Anti-ovulatoire	+	+/-
Oubli toléré	12 heures	3 heures
Efficacité contraceptive	supérieure	inférieure

Les autres progestatifs contraceptifs

- **Le normoprogestatif**

- Contient un progestatif à un dosage pratiquement identique à celui des COP
Drospirénone (Slinda®) dosé à 4 mg (généralement 3 mg dans les COP)
- Prescrit en schéma de 24 jours de progestatif et 4 jours de placebo
- Modes d'action identiques au désogestrel
- Non remboursé
- **Avantage « théorique » : ⚡ métrorragies et spottings**

- **Contraception progestative sous-cutanée (implant contraceptif Nexplanon®)**

- Délivre de faibles doses d'étonogestrel (pg de 3^e génération, métabolite du désogestrel)
- Modes d'action : identiques au désogestrel
- **Avantage : meilleure observance**
- Indication : patiente oubliant fréquemment leur pilule +++
- Efficacité contraceptive théorique de 3 ans (même chez les ♀ obèses pour le CNGOF)



Les autres progestatifs contraceptifs

- **Contraception progestative intra-utérine**

- DIU disposant d'un réservoir contenant du LNG
- LNG délivré en petites doses pendant 3 à 6 ans
(3 ans dans le Jaydess®, 5 ans dans le Kyleena® et 6 ans dans le Mirena®)
- Modes d'action : identiques aux microprogestatifs



- **Contraception progestative injectable (IM)**

- Acétate de médroxyprogestérone (DEPO-PROVERA®) = macroprogestatif
- Contraception de longue durée d'action (3 mois)
- Très peu utilisé en France
- Modes d'action : identiques au désogestrel

Les bénéfices non contraceptifs de la contraception hormonale

- **Les COP**

- Effet protecteur sur les cancers de l'endomètre et de l'ovaire
- Corrigent les troubles du cycle : ménorragies, dysménorrhée et sd prémenstruel
- tt de 1^{ère} intention de l'endométriose douloureuse
- tt de l'acné : recommandations de la société de dermatologie (2015) et du CNGOF (2018)
 - En cas de besoin de contraception : COP de 2^e génération (balance bénéfice-risque vis-à-vis de MTEV)
 - En 2^e intention : COP contenant du norgestimate (double AMM contraception et tt de l'acné)

- **Le DIU au LNG**

- Considéré à la fois comme contraceptif et agent thérapeutique
- **Efficacité prouvée dans plusieurs pathologies :**
 - **Ménorragies fonctionnelles**
 - **Dysménorrhée et endométriose**

- **Les microprogestatifs oraux et l'implant**

- Proposés en 2^e intention dans le tt de l'endométriose douloureuse
- Dysménorrhée
- **Moins efficaces dans le tt des ménorragies**

COP et risque cardiovasculaire

Risque veineux

- **Les COP ↗ risque de maladie veineuse thromboembolique (MVTE) d'un facteur 3 à 6**
 - Risque identique quelle que soit la voie d'administration
 - Risque plus important la 1^{ère} année d'utilisation et dans le post partum
- Mécanisme physiopathologique : non totalement élucidé
 - Données provenant des études épidémiologiques observationnelles
 - **Hypothèse : action pro-coagulante des COP**
 - **Risque lié aux 2 hormones (œstrogène et progestatif)**
- Œstrogène
 - Risque selon le type de molécule (17β œstradiol > EE)
 - Risque selon le dosage d'EE (COP normodosés > minidosés)
- Progestatif
 - **3^e et 4^e générations ⇒ risque > aux 2^e génération (LNG)**
 - COP contenant du norgestimate (3^e génération) = même risque que les COP de 2^e génération

Risque ↗ en cas de prise de COP

x 3 à 6

x 50

Si thrombophilie

COP et risque cardiovasculaire

Risque artériel

- Les COP ↗ risque artériel (↗ risque d'AVC et d'IDM)

Risque relatif d'AVC ↗
x 1,5 à 2,5

- **Pas de différence entre les générations des COP**

- **Risque plus important en présence d'un autre facteur de risque CV ⇒ par effet synergique**

- Tabac + COP (seuil OMS de risque vasculaire = 15 cig/jour) RR x 7-8
- Obésité + COP
- Diabète + COP (RR AVC x 7 et IDM x 17)
- HTA + COP (RR x 4)
- Migraine avec aura + COP (RR x 17)
- Dyslipidémie + COP

Risque relatif d'AVC - IDM ↗
x 4 à 17

- **Risque encore plus important si plusieurs facteurs de risque associés**

- Migraine sans aura + tabac + COP : risque x 6 à 13
- **Migraine avec aura + tabac + COP : risque x 32 à 34**

Recommandations CNGOF 2018



Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie

Vol 46 - N°12 - décembre 2018
Recommandations pour la pratique clinique élaborées par le CNGOF
P. 755-1088
© 2022, Elsevier Masson SAS

- **Prescrire en 1^{ère} intention :**
 - **Un COP de 2^e génération contenant du LNG (ex : Leeloo, Optilova, Minidril, Adepal...)**
 - ou de 3^e génération contenant du norgestimate (ex, Triafermi...)
- **Les COP sont contre-indiqués dans les situations à risque vasculaire, exemples :**
 - Migraines avec aura
 - Migraines simples avec présence d'un autre facteur de risque vasculaire
 - Thrombophilie biologique
Mais pas de bilan de thrombophilie systématique avant instauration de COP sauf si atcd
 - Atcd personnel de MVTE ou de pathologie CV
 - Atcd familial au 1^e degré de MVTE survenue à un âge jeune (moins de 50 ans)
- Pas ➡ de risque vasculaire avec les progestatifs contraceptifs (microprogestatifs oraux, implant et DIU-LNG)
- **Prescrire en 1^{ère} intention aux femmes à haut risque vasculaire**
 - ⇒ un DIU cuivre
 - ⇒ ou un progestatif contraceptif

Autres effets secondaires des COP

Les plus fréquents ...

- **Les métrorragies**
 - Fréquentes lors des 1^{ers} cycles après l'initiation d'un COP
 - Prise en charge :
 - Éliminer grossesse, cause organique, interaction médicamenteuse...
 - **Si persistance > 3 mois ou si mal tolérées ⇒ changer de contraceptif**
 - ↗ le dosage d'œstrogènes
 - Changer le type de progestatif (donc de génération)
 - Ou la voie d'administration (patch ou anneau)
- Les céphalées cataméniales
 - Survenant pdt l'intervalle libre entre 2 plaquettes
 - Plusieurs stratégies thérapeutiques :
 - Schéma continu
 - Réduction de la durée d'intervalle libre (passer de 7 à 4 jours par exemple)
 - Œstrogène percutané pdt l'intervalle libre, changement de contraception (microprogestatif +++)
- Prise de poids, troubles de l'humeur, troubles de la libido...

Dispositif intra-utérin au cuivre



- Modes d'action :
 - **Réaction inflammatoire endométriale (2^e au cuivre)**
 - +/- toxicité directe sur les spermatozoïdes
- Plusieurs modèles adaptés aux conditions anatomiques (taille de l'utérus, ouverture du col...)
- **Peut être proposé aux adolescentes et aux nullipares**
(risque théorique de complication non supérieur)
- Durée d'action : 5 à 10 ans selon le modèle avec une efficacité de 99% (voire plus)



Dispositif intra-utérin au cuivre

Effets indésirables

- **Ménorragies +++**
- Douleurs pelviennes et leucorrhées



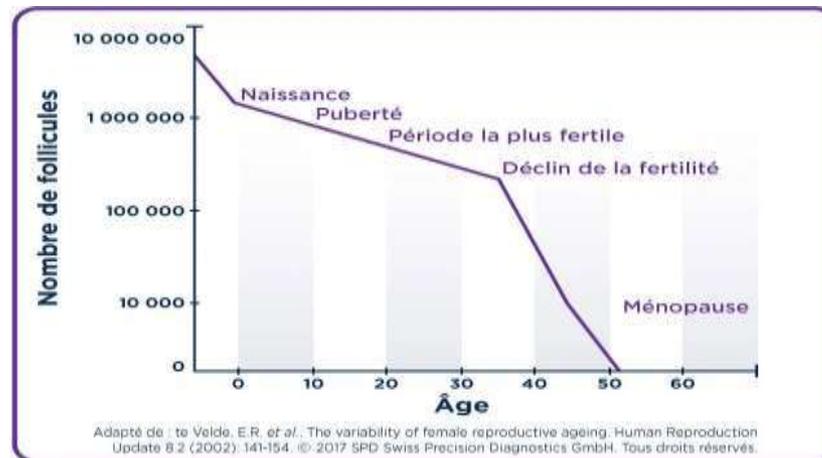
Complications

- **Perforation utérine** : complication rare, survient le plus souvent au cours de la pose
Facteurs de risque = **post partum** (< 6 mois), allaitement et rétroversion utérine
- **Expulsion** (souvent la 1^{ère} année)
Facteurs de risque d'expulsion : âge < 20 ans, ménorragies, dysménorrhée et fibrome
- **Grossesse**
Le DIU ne constitue pas un facteur de risque de GEU
! en cas de grossesse, toujours éliminer une GEU
En cas de GIU ⇒ retirer le DIU si les fils sont encore visibles

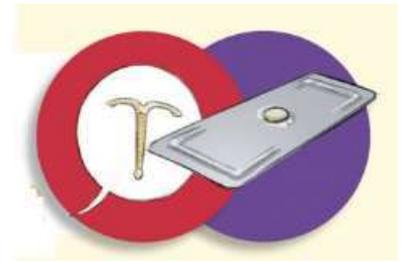


Contraception après 40 ans

- Malgré la ↘ de la fertilité avec l'âge, une contraception est souvent nécessaire
- Après 40 ans, la COP doit faire l'objet d'une réévaluation de la balance bénéfice-risque
 - ⇒ **Pas de C-I sur la seule base de l'âge**
 - ⇒ Les COP peuvent être poursuivis en l'absence de C-I
- ... Mais si initiation d'une contraception ⇒ proposer en 1^{ère} intention :
 - Un microprogestatif (car neutre sur les facteurs de risque vasculaire) ⇒ ! spotting
 - Le DIU
 - Stérilisation féminine ou masculine



La contraception d'urgence



- **Utilisée par ~ 15 % des femmes**
- Il existe 2 méthodes de CU :
 - **Méthode hormonale avec le levonorgestrel (LNG) et l'acétate d'ulipristal (UPA)**
 - LNG = progestatif et UPA = modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone
 - Délivrés sans ordonnance et gratuits pour les mineures
 - En prise orale unique
 - **Méthode mécanique avec le DIU au cuivre**
 - C'est le moyen le plus efficace
 - Avantage : offre une contraception à plus long terme
- Test de grossesse ⇨ si retard de règles après prise d'une CU
- Efficacité de la CU : d'autant plus efficace si prise rapidement après le RS fécondant

	LNG Norlevo®	UPA Ellaone®	DIU au cuivre
< 72 heures	oui	oui	oui
> 72 heures (< 5 j)	non	oui	oui
Si IMC > 25	+/- (risque de grossesse ↗)	oui	oui

Première consultation de contraception et surveillance



- La 1^{ère} consultation = identifier les C-I
- Pour les COP +++ :
 - Carcinologiques : les tumeurs hormono-dépendantes (sein et utérus)
 - Cardio-vasculaires : MVTE, HTA, coronaropathies...migraines avec aura, atcd familiaux
 - Métaboliques : diabète et dyslipidémie
 - Tabagisme important (> 15 cig/jour pour l'OMS)
 - Hépatopathies, insuffisance rénale...
- Examens complémentaires, si prescription d'un COP (bilan métabolique) :
 - **Glycémie à jeun, cholestérol total et triglycérides**
 - Peut être réalisé 3 à 6 mois après l'initiation de la COP si pas de facteurs de risque
 - En cas d'atcd familial de dyslipidémie ⇒ bilan à réaliser dès le début de la COP et 3 à 6 mois après
 - **Bilan à renouveler tous les 5 ans**
 - **Pas de bilan pour les progestatifs**
 - **Pour le DIU ⇒ dépistage des IST avant la pose si facteurs de risque :**
 - Age < à 25 ans, partenaire récent < 3 mois, partenaires multiples
 - Atcd d'IST, RS non protégés

Conclusion

- Le recours à la contraception augmente en France (2 femmes sur 3)
- L'offre est très diversifiée
- Malgré un large choix, la contraception idéale n'existe pas
- Chaque méthode présente des avantages, mais aussi ses inconvénients
- Les prescripteurs ont donc un rôle important à jouer dans le choix de la méthode contraceptive :
 - Ils doivent tenir compte de la balance bénéfice-risque individuelle
 - Ne pas perdre de vue que les risques varient et augmentent avec l'âge
 - La méthode choisie peut donc évoluer au fil de la vie et des situations rencontrées par la patiente