



Respect



Qualité



Solidarité



Innovatie



Engagement

Etat de la contraception en 2016



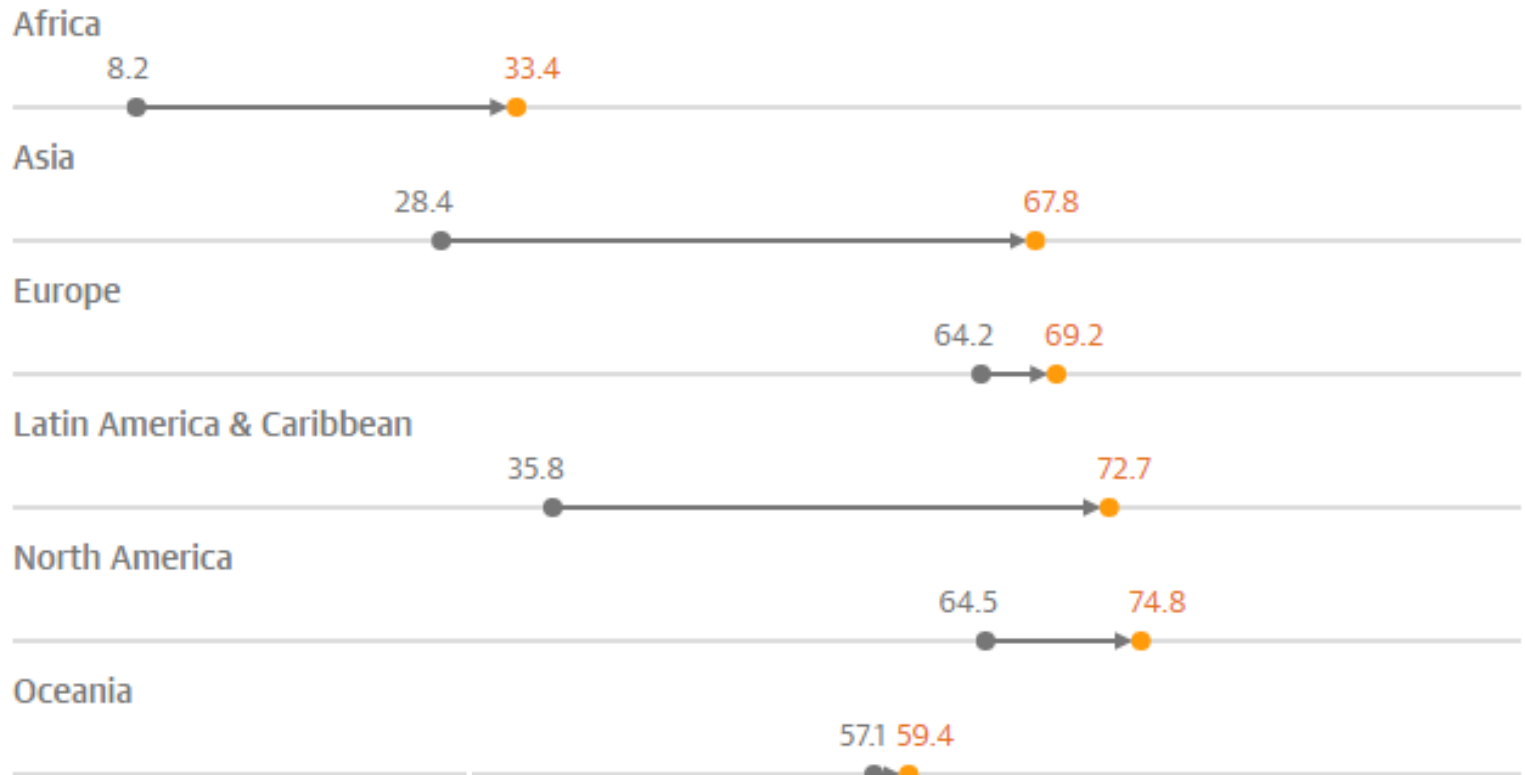
Dr Yannick Manigart
C.H.U. Saint Pierre

INTRODUCTION

Evolution de l'utilisation de la contraception dans le monde

Contraceptive use 1970 - 2015

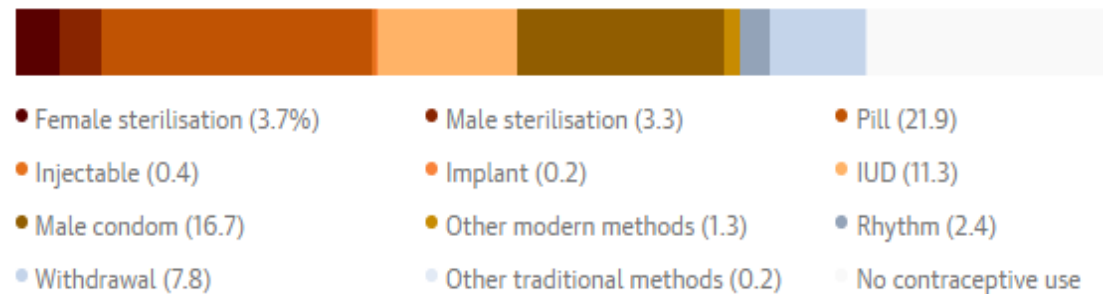
● 1970 ● 2015



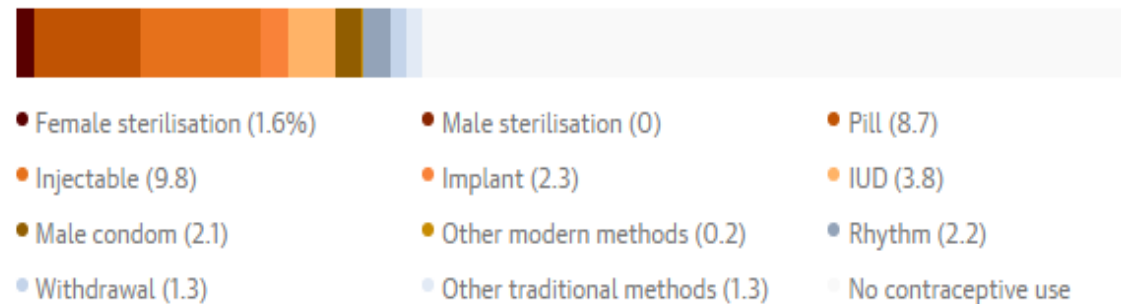
Women aged between 15 and 49 who were married or living with a partner

La contraception : une histoire d'accès et d'éducation mais aussi de « culture » !

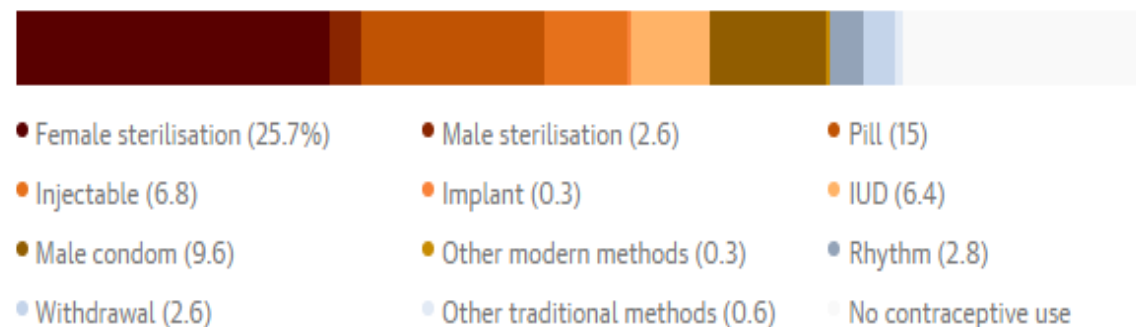
- Europe



- Afrique



- Amérique latine

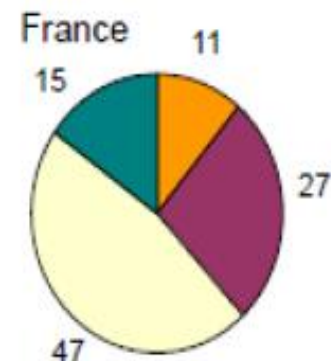
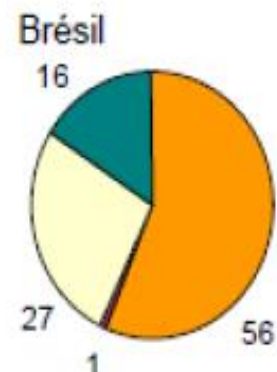
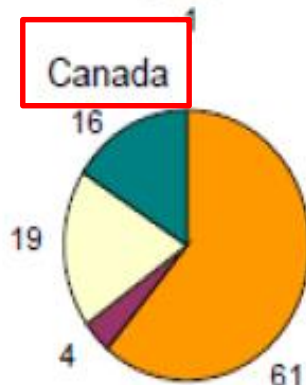
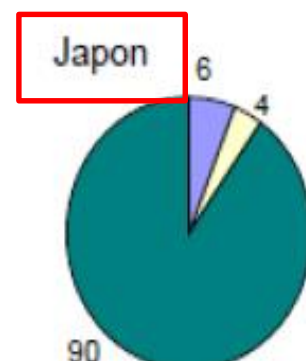
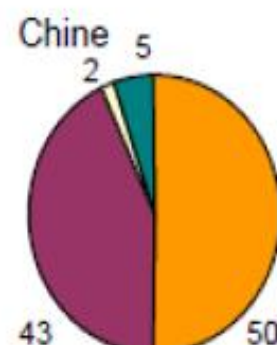
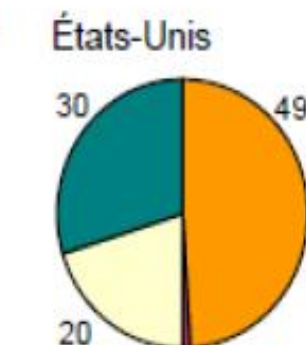


La contraception : une histoire de culture ?

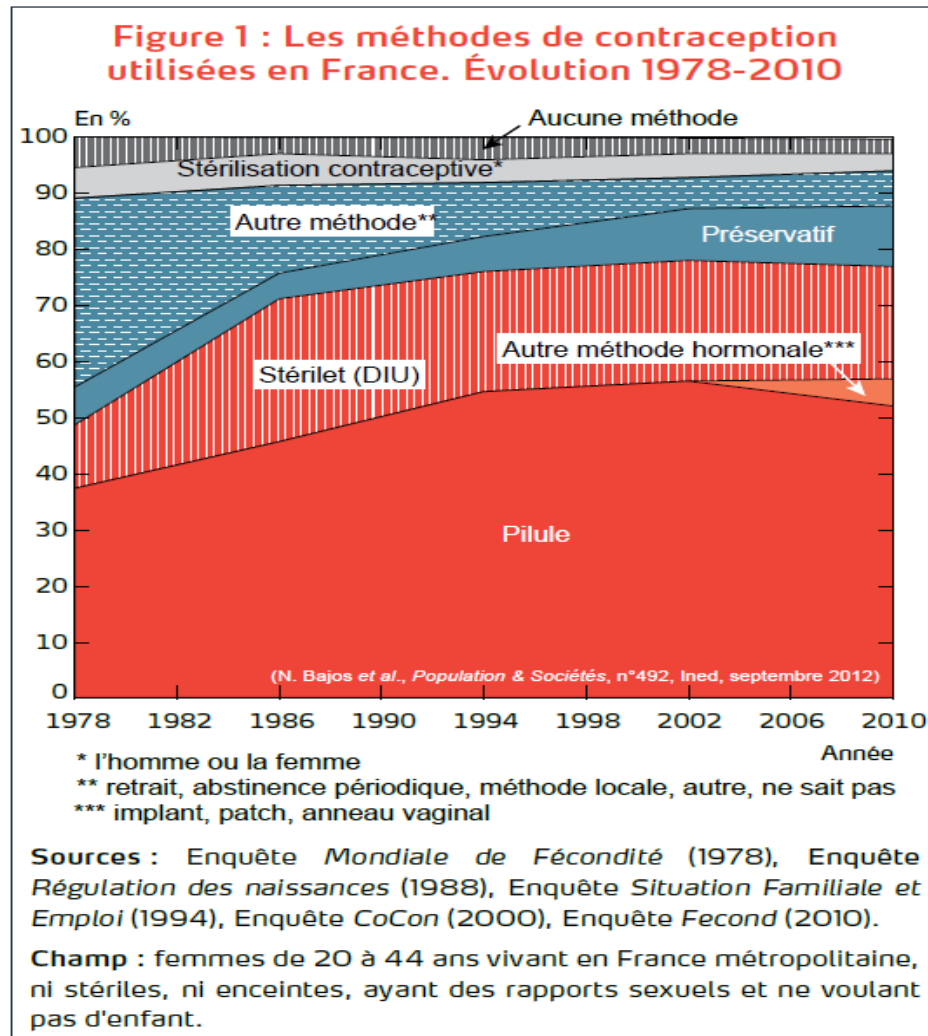
Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde (pour 100 couples mariés pratiquant la contraception en 2000)



Source : Nations unies, *World Contraceptive Use*, 2003
Fiche pédagogique, INED, www.ined.fr

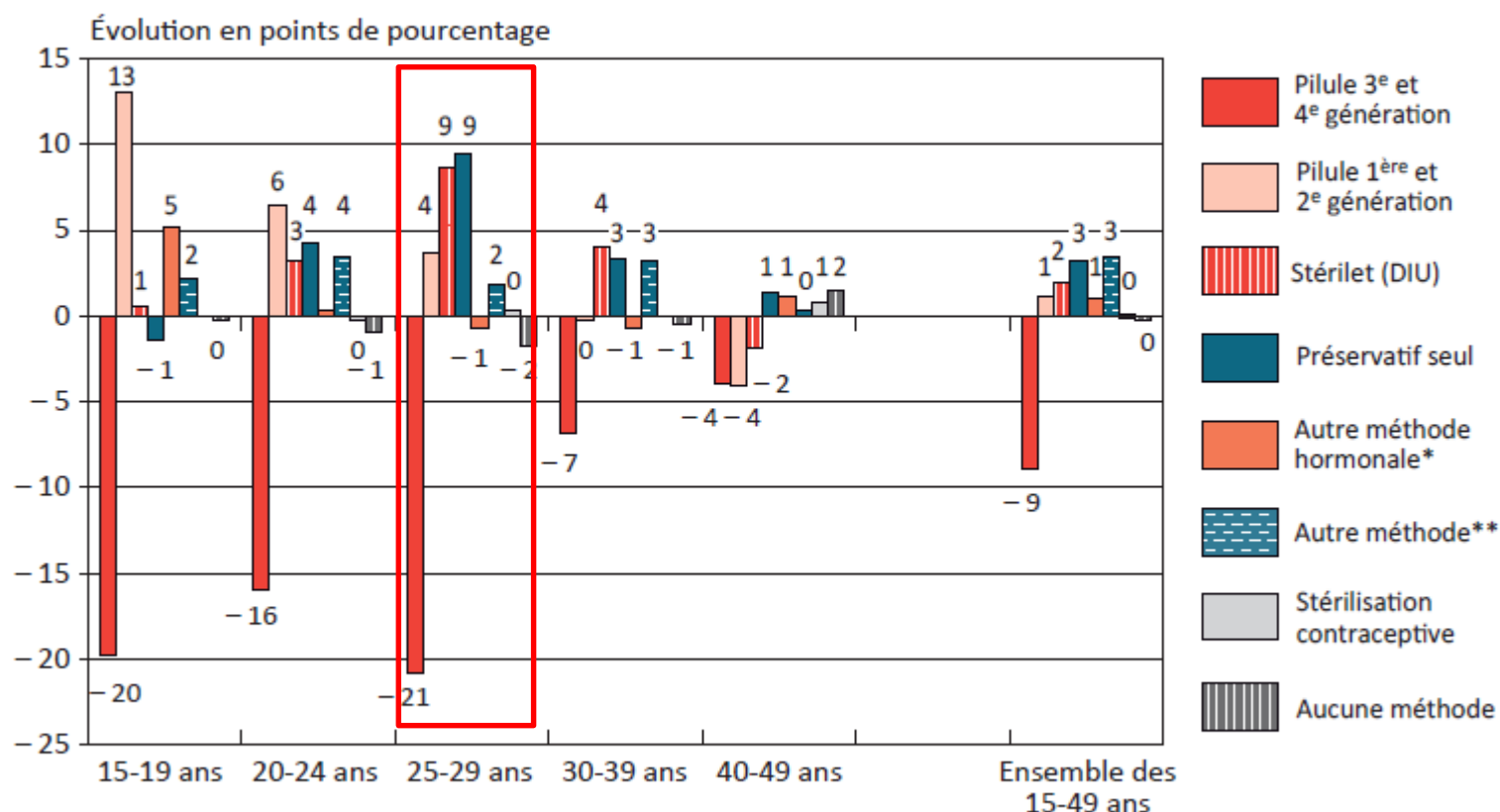


Evolution des pratiques contraceptives dans le temps et dans un même pays : la France



La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ?

Figure 1. Évolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes





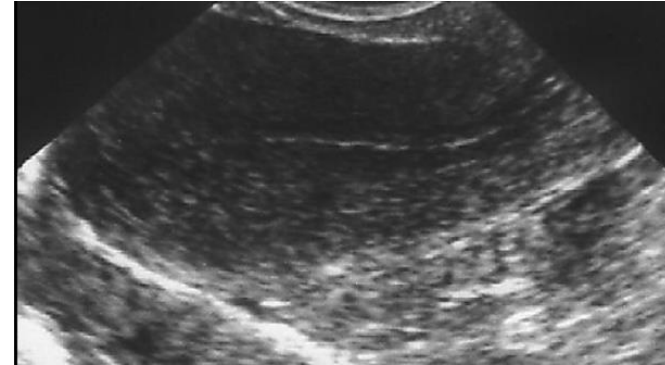
GENERALITES

1.LES OESTROPROGESTATIFS OU OP

1. Généralités

- Progestatif :
 - Action contraceptive
- Estrogène :
 - Essentiellement le contrôle du cycle (hémorragies de privation mimant les règles)

2. Mécanisme d'action



- **Inhibition de l'ovulation**
- Epaississement de la glaire cervicale
- Diminution de la réceptivité de l'endomètre
- Diminution de la motilité tubaire

3.Types d'estrogènes contenus dans les OP

- Ethinylestradiol (EE) = pilule de 1^{ère} ,2^{ème} ,3^{ème} , 4^{ème} génération



- Estradiol ou 17 B estradiol



- (Estetrol) (étude de phase 3)



Puissance relative des estrogènes

Table 3 Relative potency of various estrogens concerning several clinical (relief of hot flushes) and metabolic parameters (suppression of follicle stimulating hormone (FSH) levels; increase in the serum levels of high density lipoprotein (HDL) cholesterol, sex hormone-binding globulin (SHBG), corticosteroid-binding globulin (CBG) and angiotensinogen). The values are estimated on a weight basis¹²⁻¹⁴

<i>Estrogen</i>	<i>Hot flushes</i>	<i>FSH</i>	<i>HDL cholesterol</i>	<i>SHBG</i>	<i>CBG</i>	<i>Angiotensinogen</i>
Estradiol-17 β	100	100	100	100	100	100
Estriol	30	30	20			
Estrone sulfate		90	50	90	70	150
CEE	120	110	150	300	150	500
Equilin sulfate			600	750	600	750
Diethylstilbestrol		340		2 560	2 450	1 950
Ethinylestradiol	12 000	12 000	40 000	50 000	60 000	35 000

CEE, conjugated equine estrogens

Kuhl H et al, Climacteric 2005

4.Types de progestatifs contenus dans les OP

Classification progestatifs:

1^{re} génération : noréthistérone

2^e génération : lévonorgestrel, norgestimate (hybride 2^e 3^e)

3^e génération : gestodène, désogestrel (étonogestrel)

4^e génération : drospirénone, acétate de cyprotérone, diénogest, nomégestrol, acétate de chlormadinone



Réunion de consensus - 16 mai 2013

Les préparations monophasiques se subdivisent généralement de la façon suivante.

- Les contraceptifs de première génération contiennent des doses élevées d'estrogènes (50 µg d'éthinylestradiol).
- Les contraceptifs de deuxième génération contiennent de faibles doses d'estrogènes (< 50 µg d'éthinylestradiol) et du lévonorgestrel, du norgestimate ou de la noréthistérone comme progestatif.
- Les contraceptifs de troisième génération contiennent de faibles doses d'estrogènes (< 50 µg d'éthinylestradiol) et du désogestrel ou du gestodène comme progestatif.
- Les contraceptifs contenant comme progestatif de la chlormadinone, du diénogest, de la drospirénone ou du nomégestrol ne sont pas repris dans cette classification.

Ancienne classification !

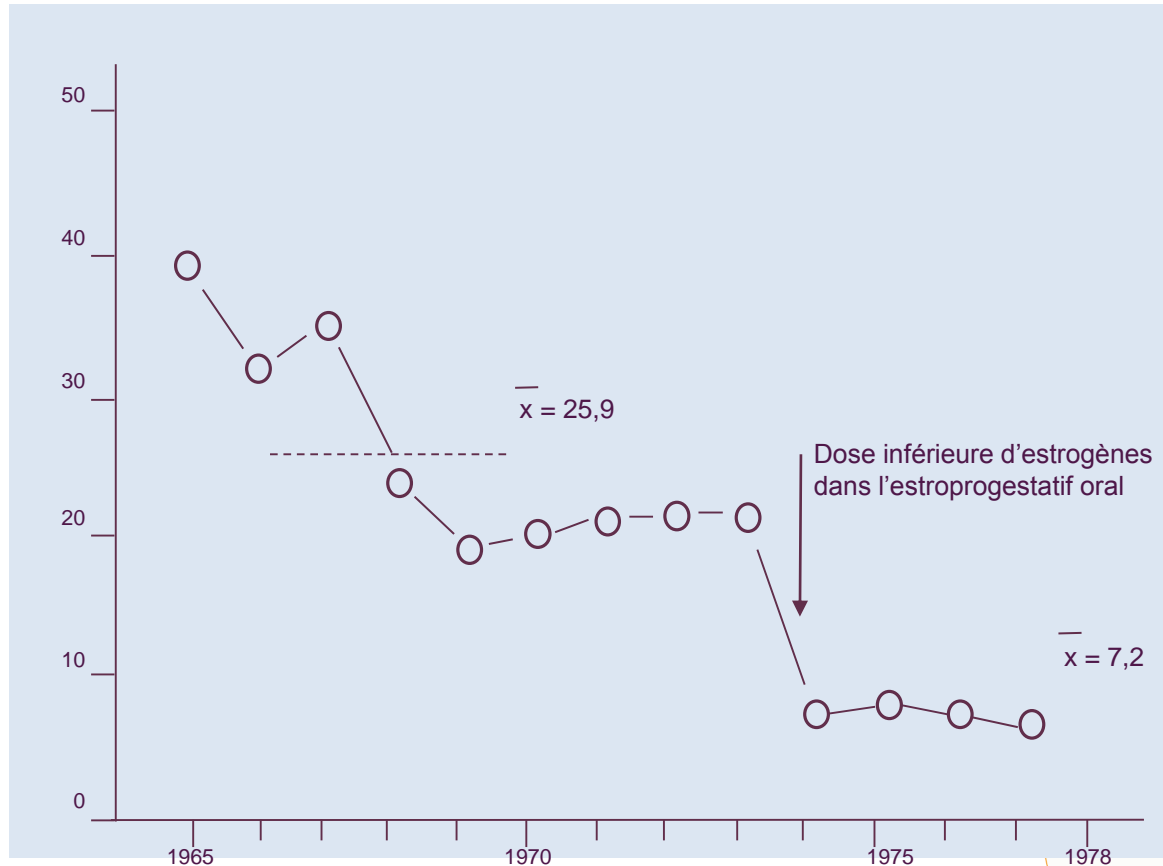
Caractéristiques des différents progestatifs

+ efficace ; - non efficace ; +/- faiblement efficace

Progestatif	Antiestrogénique	Estrogénique	Androgénique	Antiandrogénique	Glucocorticoïde	Antiminéralocorticoïde
Progestérone	+	-	-	+/-	+	+
Noréthistérone 1 ^{ère}	+	+	++	-	-	-
Lévonorgestrel 2 ^{ème}	+	-	++	-	-	-
Norgestimate 3 ^{ème}	+	-	+/-	-	-	-
Désogestrel 3 ^{ème}	+	-	+/-	-	-	-
Gestodène 3 ^{ème}	+	-	+/-	-	+	+
Drospirénone 4 ^{ème}	+	-	-	+	-	+
Diénogest 4 ^{ème}	+/-	+/-	-	+	-	-
Acétate de nomégestrol	+	-	-	+/-	-	-
Acétate de cyprotérone	+	-	-	++	+	-
Acétate de chlormadinone	+	-	-	+	+	-
Acétate de médroxyprogestérone	+	-	+	-	+	-

5.TEV et EE

Événements thrombo-emboliques veineux: Nombre d'effets indésirables notifiés pour 100 000 utilisatrices



Les nombres moyens pour les périodes 1966-70 et 1974-77 sont indiqués en lignes pointillées.

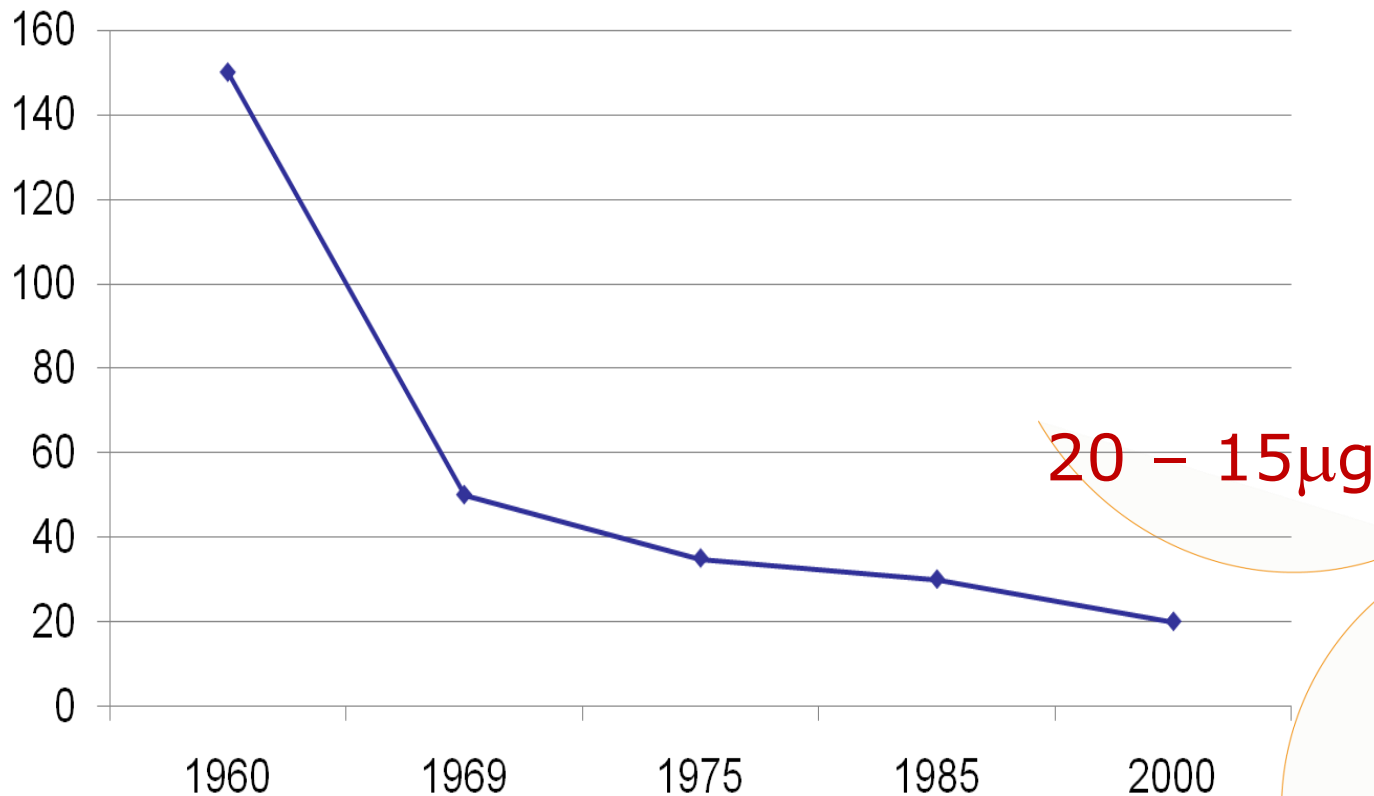
TVE et dose EE

Dose EE	Odds ratio (95% IC)
30–40 µg	1 (référence)
50 µg	1,6 (0,9–2,8)
20 µg	0,6 (0,4–0,9)*

* $P = 0,02$

Lidegaard O, et al. Contraception. 2002;65:187–96.

Réduction des doses d'EE en Europe



EE



E₂



Contraception avec EE et coagulation

- Augmentation de facteurs procoagulants :
 - 2,7,8, 10 et fibrinogène
- Diminution des inhibiteurs physiologiques de la coagulation :
 - AT et protéine S
- Augmentation de l'activité fibrinolytique
 - Diminution de la concentration du plasminogen activator inhibitor 1

 **Globalement effet thrombotique essentiellement provoqué par les œstrogènes !**

Contraception avec E2 et coagulation

- Meilleur profil/ marqueurs de la coagulation (prothrombine, R à la prot C activée, antithrombine,..)
- Peu d'effet sur SHBG, marqueur de l'estrogénicité hépatique et marqueur intermédiaire potentiel du risque de TEV
- Observation biologiques mais ? impact clinique réel

Thromb Haemost. 2011 Mar;105(3):560-7. doi: 10.1160/TH10-05-0327. Epub 2011 Jan 12.

Haemostatic effects of a new combined oral contraceptive, norgestrel acetate/17 β -estradiol, compared with those of levonorgestrel/ethinyl estradiol. A double-blind, randomised study.

Gaussem P¹, Alhenc-Gelas M, Thomas JL, Bachelot-Loza C, Remones V, Ali FD, Aiach M, Scarabin PY.

6.TEV et type de progestatif

BMJ

BMJ 2011;343:d6423 doi: 10.1136/bmj.d6423

Page 1 of 15

RESEARCH

Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9



OPEN ACCESS

Øjvind Lidegaard *professor of obstetrics and gynaecology*¹, Lars Hougaard Nielsen *statistician*¹, Charlotte Wessel Skovlund *data manager and scientific assistant*¹, Finn Egil Skjeldestad *professor of clinical medicine*², Ellen Løkkegaard *senior registrar in obstetrics and gynaecology*³

¹Gynaecological Clinic 4232, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Denmark; ²Department of Obstetrics and Gynaecology, Institute of Clinical Medicine, University of Tromsø, Norway; ³Department of Obstetrics and Gynaecology, Hillerød Hospital, University of Copenhagen, Denmark

Abstract

Objective To assess the risk of venous thromboembolism from use of

thromboembolism was not increased with use of progestogen only pills or hormone releasing intrauterine devices. If oral contraceptives with

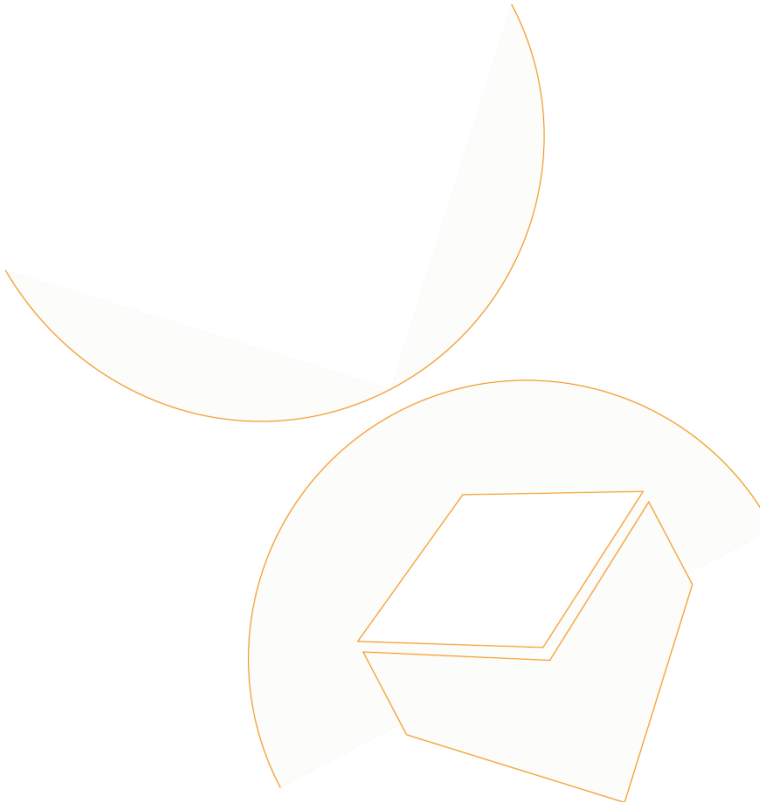
Results 2001-2009

- Identified 15-49 years: 1,436,130 women
- Excluded: 140,010 women
- Included in analysis: 1,296,120 women
- Observation years: 8,010,290 womenyrs
- First time VT (all): 4,307 events
- First time DVT: 2,738 (64%)
- First time PE: 1,130 (26%)
- First time other VT: 357 (10%)

OCs and venous thrombosis

Current status March 2012

	RR	IR	IR = incidence per 10,000 women years
Non use	1	3	
POP:	1		
Hormone IUD:	<1		
Implant	1,4		
2nd gen:	3		
3rd gen:	6		
4th gen:	6		
Patch :	7		
Ring	6		
Pregnancy	15		



Incidence de TEV / 10.000 année-femme

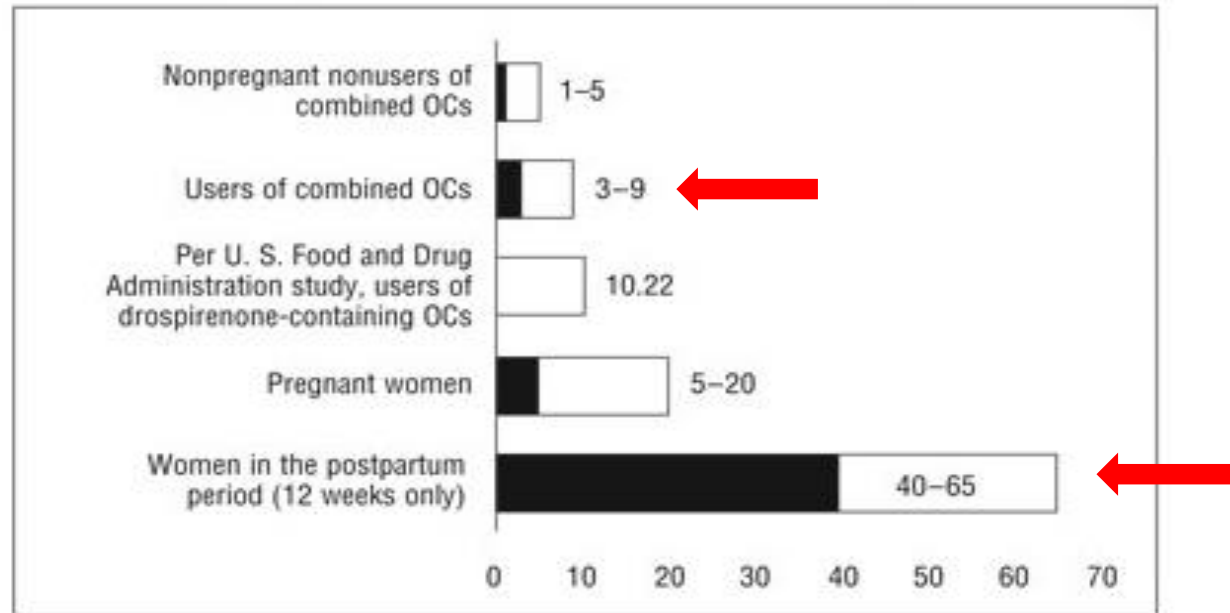


Fig. 1. Likelihood of developing a blood clot (number of women with a blood clot per 10,000 women-years). Abbreviation: OC indicates oral contraceptives. Adapted from Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: updated information about the risk of blood clots in women taking birth control pills containing drospirenone. Silver Spring (MD): FDA; 2012. Available at: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm299305>. Retrieved July 5, 2012. Additional information from Food and Drug Administration. Combined hormonal contraceptives (CHCs) and the risk of cardiovascular disease endpoints. Silver Spring (MD): FDA; 2011. Available at: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/UCM277384.pdf>. Retrieved July 5, 2012.

LA PILULE OP



Différents schémas

- Classiquement prise avec un schéma 21 c + 7 j d'arrêt
 - Pertes de sang à l'arrêt (< chute du progestatif)
 - Symptômes liés à la chute des stéroïdes lors de l'arrêt (migraines, dysménorrhée...)
 - Intervalle libre de 7 j = cause d'échec contraceptif
- Prise en tricyclique (3 plaquettes de suite puis stop 7 jours)
- Prise en continu avec 24 comprimés actifs et 4 placebos
- Prise en continu de 91 j avec 84 c de 0.03 mg d'EE et 0.15 mg de lévonorgestrel et 7 c ne contenant que 0.01mg d'EE



L'ANNEAU VAGINAL



- 1 anneau par cycle
- Régime
 - 3 semaines d'utilisation (22 jours)
 - 1 semaine sans anneau (6 jours)
- Libération quotidienne
 - 15 μg éthinylestradiol
 - 120 μg étonogestrel





LE PATCH CONTRACEPTIF



Patch Evra

- 20 cm², rose
- 600 microgrammes d'EE et 6 mg de norelgestromine (progestatif de 3e génération)
- libère 0,034 mg d'EE et 0,203 mg de norelgestromine par 24h
- la fesse, l'abdomen, la partie supérieure du bras ou le haut du dos
- RR de TVE = 8 par rapport à une patiente sans contraception



Au cœur de la ville, au cœur de la vie, met passie voor zorg



Patch lisvy

- 11 cm², transparent
- 550 microgrammes d'EE et 2,1 mg de gestodène (progestatif de 3 e génération)
- libère 0,013 mg d'EE (2,5 fois moins que le patch précédent) et 0,06 mg de gestodène par 24 h.
- la fesse, l'abdomen, la partie supérieure du bras
- R de TVP ?



La contraception estroprogestative OP

CONCLUSION

- Importance des antécédents personnels (migraine avec aura, tabac, diabète, prise de médicaments...) et familiaux (TEV)
- Prise de TA et calcul de l'IMC
- réévaluation annuelle
- Privilégier la prescription d'une pilule de 2^{ème} génération en 1^{ère} intention (recommandation INAMI 2013)
- ? Pertinence de l'utilisation des OP chez les femmes > 40 ans
- Risque de TEV surtout présent lors de la 1^{ère} année d'utilisation
- Ne pas hésiter à consulter des sites pour les CI et autres
- Future application « **Contr'Appception** » réalisée par le groupe endocrinologie du GGOLFB et la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale)



Implants

Pilules (cerazette, lueva, celea, desopop , nacrez, Sapphire, desogestrel Besins....)

Injectables

2. LA CONTRACEPTION PROGESTATIVE

Mécanisme d'action



- Epaissement de la glaire cervicale
- Diminution de la motilité tubaire
- Diminution de la réceptivité de l'endomètre (atrophie)
- Inhibition de l'ovulation (**sauf avec POP levono 0.30**)



La contraception progestative

PILULE PROGESTATIVE (POP = PROGESTIN ONLY PILL)

POP en Belgique

Indication « contraceptifs »

Levonorgestrel

- 0.030 mg (entre 0.10 et 0.15 de levonogestrel dans les pilules combinées)
- Incidence d'ovulation 42,6 %
- Indice de Pearl 1,55
- Retard entre 2 prises de maximum 3 h



Desogestrel

- 0,075 mg (entre 0.075 et 0.150 de desogestrel dans les pilules combinées)
- Incidence d'ovulation 1,25 %
- Indice de Pearl 0.41
- Retard entre 2 prises de maximum 36 h



Desogestrel 0.75 mg

Mode d'action principal¹

Inhibition de l'ovulation dans plus de 98 %
des cas

Mode d'action secondaire²

Augmente la viscosité du mucus cervical



Double mode
d'action

= mode d'action du
levonorgestrel 0.003



Aussi fiable que les pilules combinées
(COC³)

¹ Picot H et al. Hum Reprod. 1999;14(4):982-985.

² Picot H et al. Hum Reprod. 1996;11(4):737-749.

³ Collaborative Study Group on the Desogestrel-containing Progestogen-only Pill. Eur J Contracept Reprod Health Care. 1998;3(4):169-178.



La contraception progestative

IMPLANT SOUS CUTANÉ

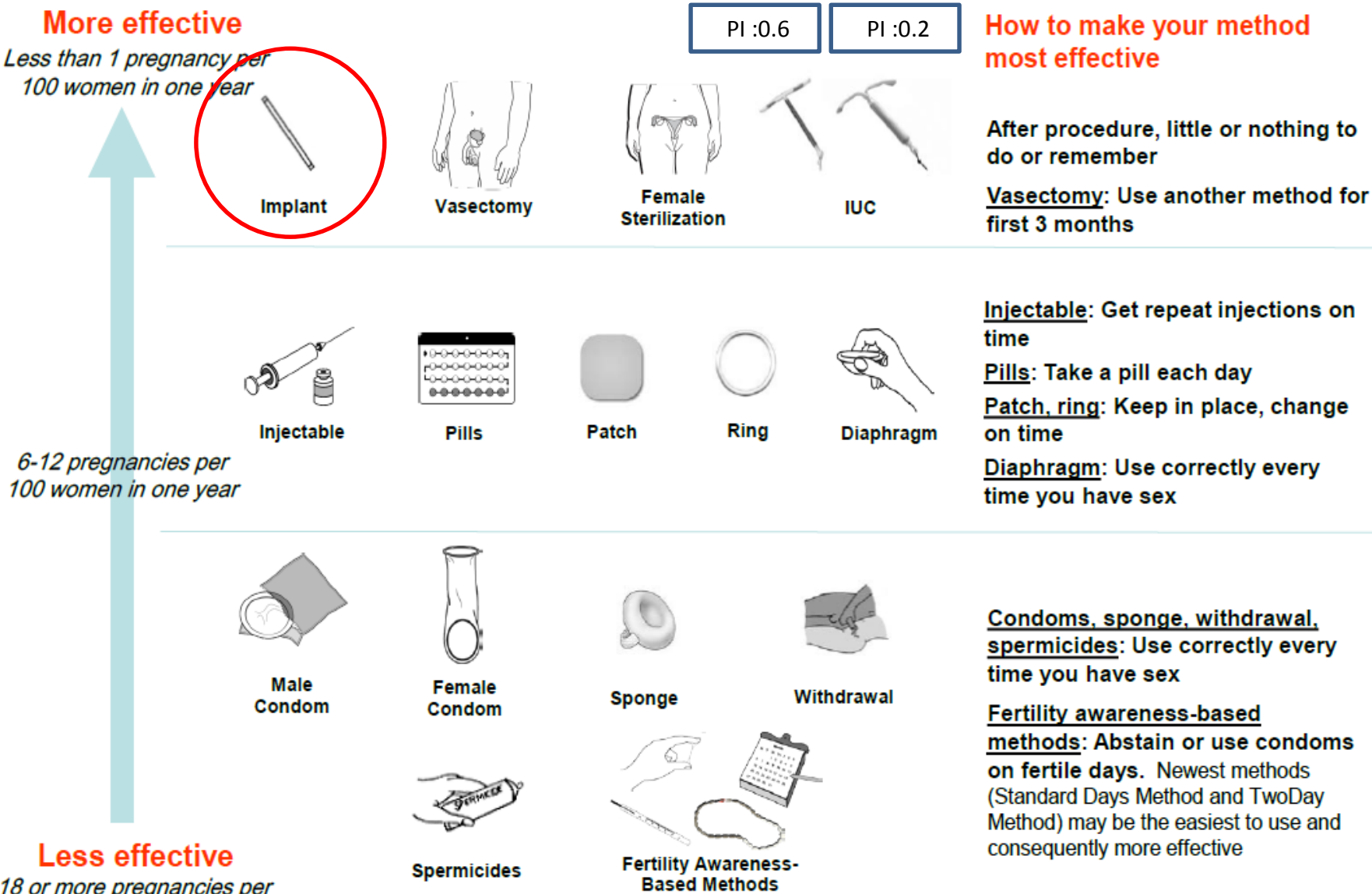
Implanon



- Implanon
 - 1 bâtonnet 68 mg etonogestrel pour 3 ans
 - Prix : 144 E (36 E < 21 ans)
 - Trocard disponible
 - Apparu sur le marché suisse en 1999, chez nous en 2001
- Nouvelle version:
nouvel inserteur et radio opaque



Figure 3-1 Comparing typical effectiveness of contraceptive methods



LARC et adolescentes



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

COMMITTEE OPINION

Number 539 • October 2012

(Replaces Committee Opinion No. 392, December 2007)

Committee on Adolescent Health Care

Long-Acting Reversible Contraception Working Group

This document reflects emerging clinical and scientific advances as of the date issued and is subject to change. The information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed.

Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices

VOL. 120, NO. 4, OCTOBER 2012 **OBSTETRICS &
GYNECOLOGY**

Respect Innovatie
Engagement
Solidarité Qualité

Au cœur de la ville, au cœur de la vie, met passie voor zorg

 CHU Saint-Pierre
UMC Sint-Pieter

LARC et adolescentes



- When choosing contraceptive methods, adolescents should be encouraged to **consider LARC methods**.
- Intrauterine devices and the contraceptive implant are **the best reversible methods** for preventing unintended pregnancy, rapid repeat pregnancy, and abortion in young women.
- **Health care providers** should consider LARC methods for adolescents and help make these methods accessible to them.



CONTRACEPTIFS INJECTABLES

Médroxyprogestérone acétate

- A ce jour utilisé par 50 millions de personnes dans le monde
- Injection tous les 3 mois

sous cutané

SAYANA 104 mg/0,65 mL 23 euros,
seringue préparée: 31 euros

intra musculaire

DEPOPROVERA 150 mg/1mL : 8,65 euros

Counseling About

Injectables

Depo-Provera and Noristerat

Advantages

Reversible

Private

Lasts 12 weeks

Effective in obese women

Reduces the risk of ectopic pregnancy

Periods become light and may cease

Reduces dysmenorrhea and other menstrual symptoms

Few drug interactions

Fewer seizures in epileptics

Fewer sickle cell crises in women with sickle cell disease

Reduces pelvic pain in women with endometriosis

Reduces uterine bleeding in women with heavy bleeding due to uterine fibroids

May reduce risk of pelvic inflammatory disease

Auto injection DMPA: études réalisées en 2012 et 2013 ont mis en évidence taux de satisfaction important

Désavantages

Disadvantages

- Increase in unscheduled bleeding
- Possible increased weight gain
- Possible increase in depressed mood
- Decrease in bone density that is usually reversible
- Small risk of severe allergic reaction
- Return to fertility is not immediate
- Return clinic visits needed every 12 weeks



- 1 ers mois
- Prise de poids (non démontré dans des études randomisées)
- Pas de possibilité “d’arrêter l’effet”
- hypo-oestrogénisme (effet néfaste possible à long terme)
- Délai avant un retour à la fertilité
- Effets androgéniques modérés (acné)
- Effets subjectifs (perte de libido, sécheresse vaginale ...)
- Taux d’arrêt : 40-75 % après 1 an



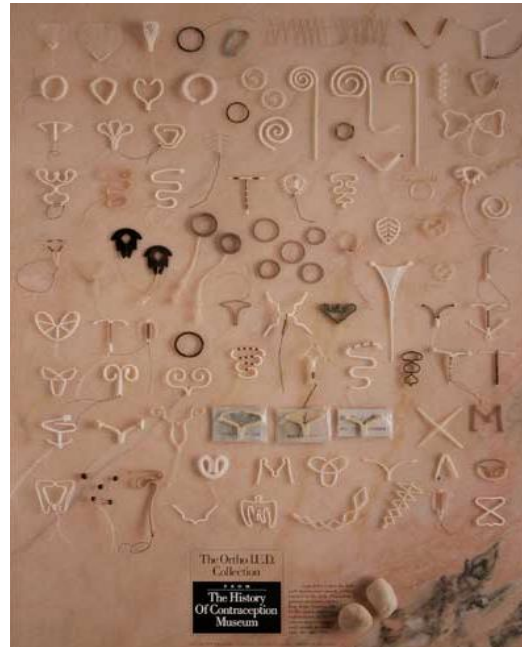
Steenland contraception 2013

Lopez Cochrane Database Syst Rev. 2013

La contraception progestative

CONCLUSION

- Il est bien démontré que les progestatifs seuls n'augmentent ni le risque de maladie thrombo-embolique, ni le risque de maladies artérielles contrairement aux associations estroprogestatives
- Il s'agit donc d'une alternative efficace pour les femmes de plus de 40 ans, les fumeuses, celles souffrant d'obésité ou celles ayant des antécédents personnels ou familiaux de TEV
- Contre-indications rares (maladie thromboembolique en cours et grossesse)
- Grand inconvénient de ce type de contraception :
 - absence de contrôle du cycle
 - impossible de prédire le profil de saignement des patientes
 - **Importance du conseil à la patiente**



3. LE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN (D.I.U.)

D.I.U. Cuivre:

Mécanisme d'action

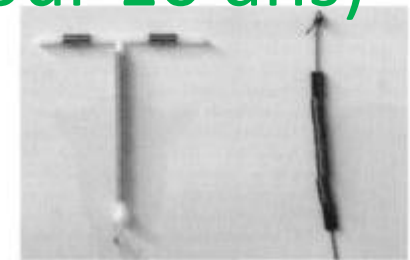


- Mécanisme d'action précis est inconnu mais les mécanismes possibles sont :
 - L'augmentation des leucocytes provoque une réaction inflammatoire chronique de type « corps étranger » < effet toxique sur spermatozoïdes et oocyte + empêchant l'implantation
 - Un effet direct des ions et sels de cuivre sur sperme et oocyte
 - Une modification du mucus cervical inhibant le transport des spermatozoïdes
- Agit principalement en prévenant la fécondation

Alvarez F, Brache V, Fernandez E et al. : New insights on the mode of action of intrauterine contraceptive devices in women. Fertil Steril 1988 ; 49 : 768-73

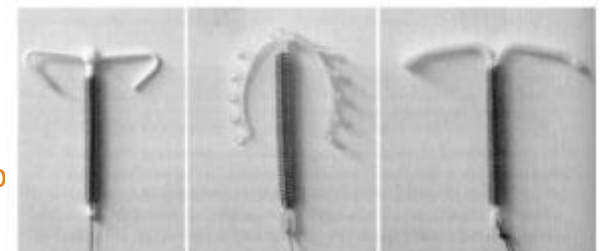
Types de DIU cuivre disponibles en Belgique

- Mithra-flex 300 47 E (plus petite taille)
- Mithra-load 375 47 E
- Mithra-sert 380 47 E
- Mithra T 380 47 E (homologué pour 10 ans)
- Gynéfix 200 et 330 129 E

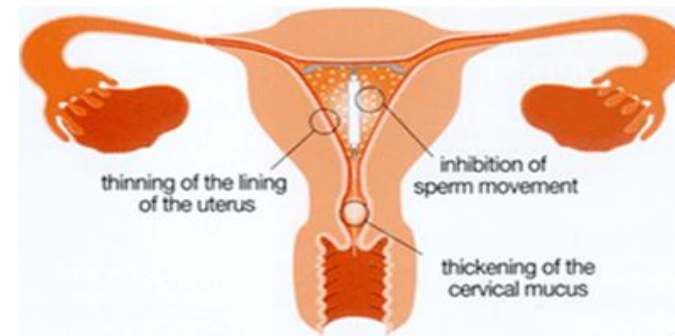


TT 380

Gynefix



DIU au lévonorgestrel: mécanisme d'action



- **Inhibe la fécondation :**
 - Effet local principal (Concentration X1000 /implant)
 - Changement du mucus cervical
 - Atrophie de l'endomètre
 - Effet “général”
 - Faible mais non négligeable (1/2 /implant)
 - Inhibition partielle du dév. folliculaire et de l'ovulation (75 % des femmes ont des cycles ovulatoires)

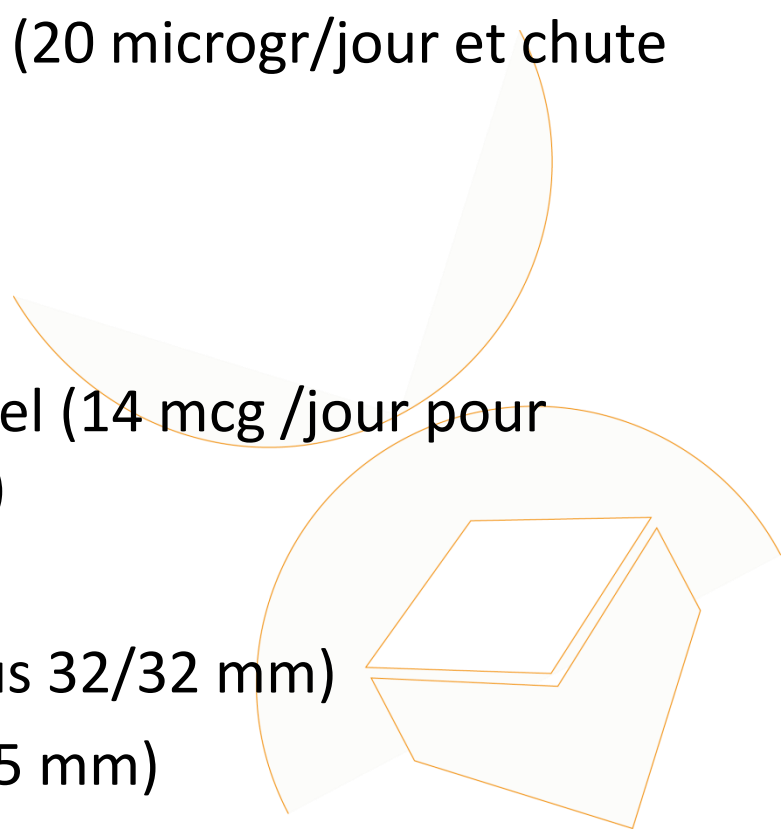
DIU hormonal : 2 types

- **Mirena- levosert-levonortis :**

- Contient 52 mg de lévonorgestrel (20 microgr/jour et chute à 10-14 mcg/ jour après 5 ans)
- Efficacité de 3 à 5 ans (notice)

- **Jaydess :**

- Contient 13,5 mg de lévonorgestrel (14 mcg /jour pour arriver à 5 mcg/ jour après 3 ans)
- Efficacité de 3 ans
- Plus petite taille (28/30 mm versus 32/32 mm)
- Plus petit diamètre (3.8 mm / 4.75 mm)



Hormonal ou cuivre?



DIU levonogestrel

- De 118 à 147 Euros
- De 3 à 5 ans notice (7 ans ?)
- Levonorgestrel
- Levono 52 mg : après 24 mois
 - 50 % aménorrhée
 - 25 % oligoménorrhée
 - 11 % spotting
 - Reste : augmentation ou normal
- Jaydess :
 - 60 % règles N
 - 22 % oligoménorrhée
 - 11 % aménorrhée

DIU au Cuivre

- De 47 à 129 Euros (gynéfix)
- 5 ou 10 ans notice (20 ans ?)
- Hormones « free »
- **Ménorragies**
 - Parfois anémie

Hormonal ou cuivre?

DIU levonogestrel

- Effet local et « général »
 - Acné
 - Kystes ovariens
- Contre-indications :

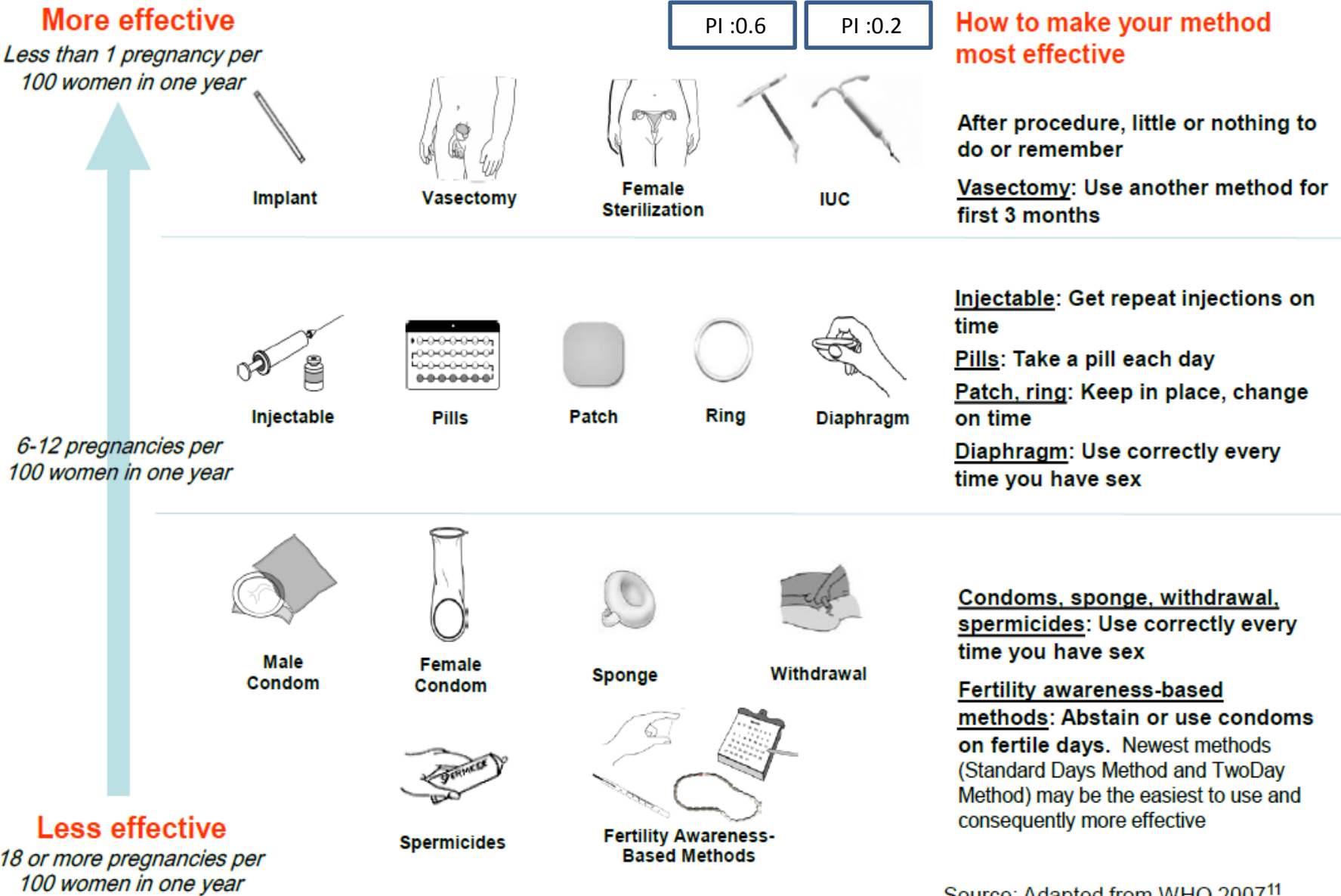
DIU au Cuivre

- Effet local
- Contre- indications rares

Absolute contraindications to IUD insertion

Any type of IUD
Possible or confirmed pregnancy
Severe distortion of the uterine cavity (such as by fibroids or anatomic anomalies)
Acute, recent (within 3 months) or recurrent uterine infection (includes sexually transmitted, postpartum and postabortion infections)
Untreated cervicitis
Active genital actinomycoses
Contraindications to use of the Cu T 380A IUD
Wilson's disease
Known copper allergy
Contraindications to use of the LNG 20 IUD
Known allergy to levonorgestrel
Acute liver disease or liver tumor
Known or suspected carcinoma of the breast

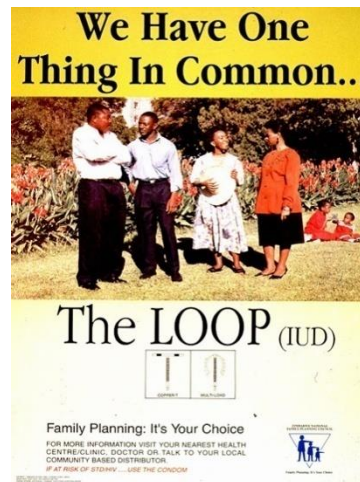
Figure 3-1 Comparing typical effectiveness of contraceptive methods



Source: Adapted from WHO 2007¹¹

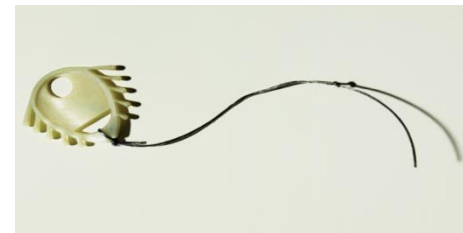
DIU et PID : un peu d'histoire s'impose....

- 1958 : 1^{er} DIU en plastique « Margulies spirale » : grande taille et fil épais provoquant inconfort chez les femmes et leurs partenaires
- 1962 : Lippes Loop plus petit et avec un fil monofilament
- 1968 : Dr Tatum (USA) conçoit le DIU en plastique en forme de T et Dr Zipper ajoute du cuivre pour augmenter l'efficacité



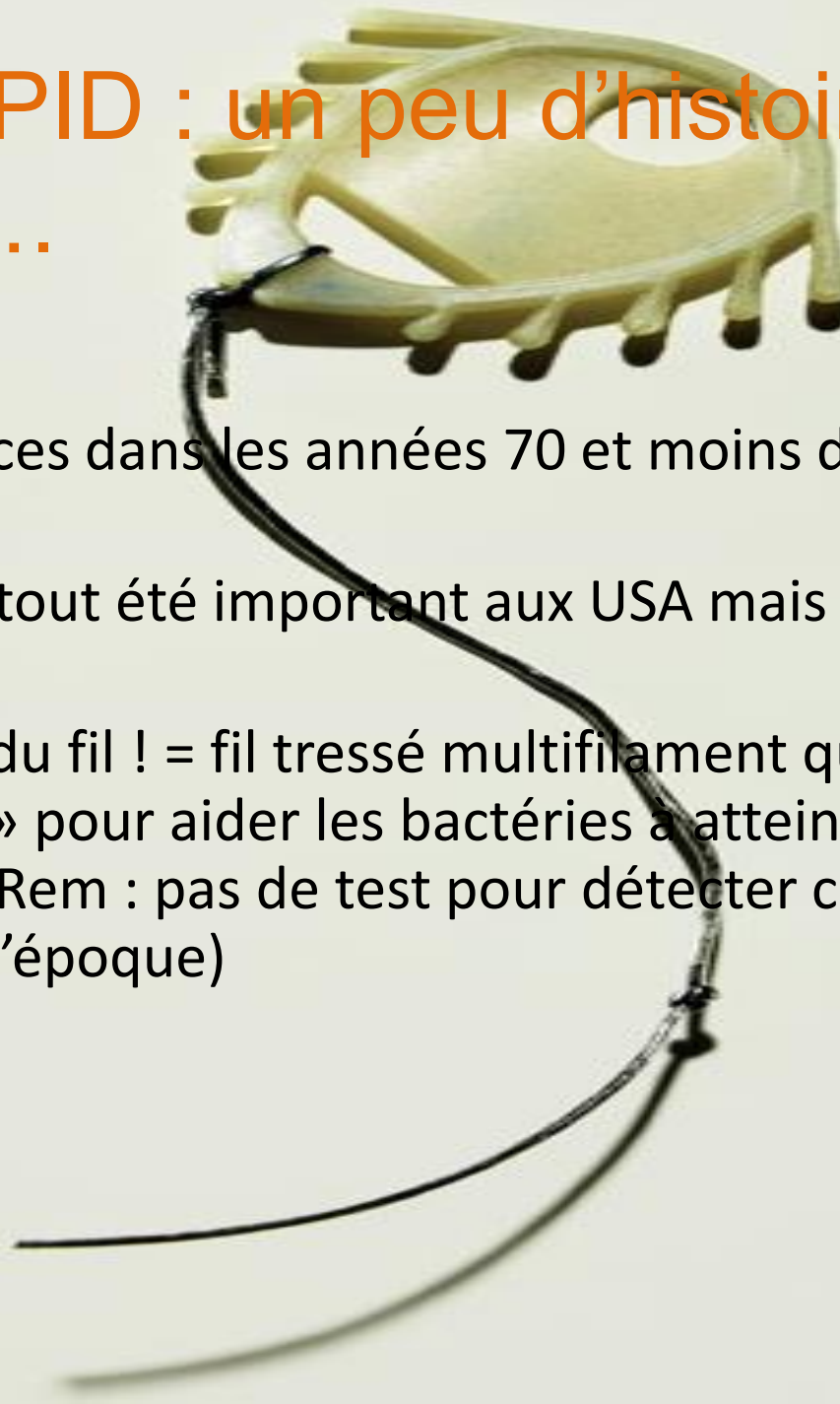
Stérilet et PID : un peu d'histoire s'impose....

- Puis 1971-1974 : apparition du tristement célèbre « Dalkon-shield »
 - Nombreux cas de PID et infertilités
 - Mort par septicémie de femmes enceintes (minimum 18 patientes)
- De nombreuses actions scientifiques, juridiques, gouvernementales et la pression médiatique aboutissent à la condamnation du fabricant et à sa faillite (tous les DIU Dalkon sont retirés du marché)
- Ces condamnations conduisent d'autres constructeurs à retirer volontairement leurs DIU du marché américain

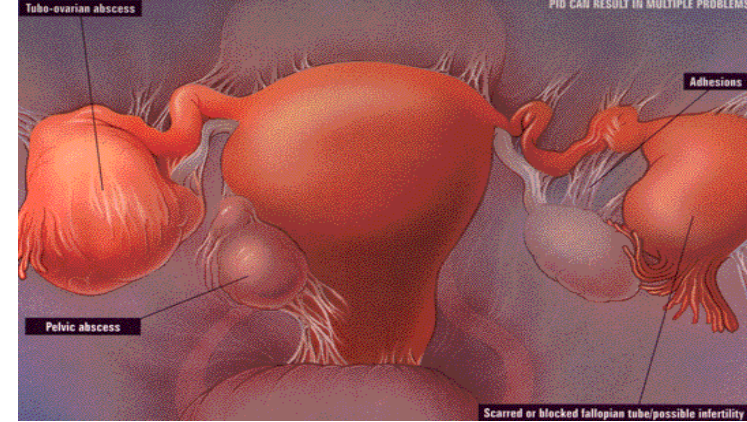


Stérilet et PID : un peu d'histoire s'impose....

- 10 % utilisatrices dans les années 70 et moins de 1 % en 2002 aux USA
- L'impact a surtout été important aux USA mais aussi en Europe
- < conception du fil ! = fil tressé multifilament qui agit comme une « mèche » pour aider les bactéries à atteindre le tractus génital haut (Rem : pas de test pour détecter chlamydia ou gonocoque à l'époque)



PID et DIU



- Revue systématique de 12 études OMS incluant 23 000 insertions (51400 femmes/année):
 - 81 PID subséquentes (1.6/1000/an)
 - Risque le + important dans les **20 jours post mise** (introduction de germes lors de la mise)
 - Risque transitoire et faible (9.7/1000/an)
 - **Après 20 jours ce risque retourne au niveau des non-utilisatrices et n'augmente pas avec le temps**

Lancet, 1992 Mar 28;339(8796):785-8.

Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective.

Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O.

Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction, World Health Organisation, Geneva, Switzerland.

Quid du dépistage du gonocoque et chlamydia ?



- **Revue systématique :**

- Patientes avec gonocoque ou chlamydia asymptomatiques au moment de insertion = risque faible de développer PID et risque similaire à celle n'ayant pas d'insertion de DIU (de 0% à 5 %)
- mais plus que si pas de présence de ces pathogènes (0 à 2%)

- **Qui tester ?**

- CDC = femme sexuellement active de < 25 ans ou plus âgée si facteurs de risque
- Attitude dépend de prévalence dans notre population et tester tout le monde si > à 3 % (prévalence chez < 25 ans)
- Adolescentes systématiquement

[Lancet](#), 2000 Sep 16;356(9234):1013-9.

Intrauterine device and upper-genital-tract infection.

[Grimes DA.](#)

Respect Innovatie
Engagement
Solidarité Qualité

[Contraception](#), 2006 Feb;73(2):145-53. Epub 2005 Oct 19.

Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review.

[Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB.](#)

Au cœur de la ville, au cœur de la vie, mettez votre voix

Quid du dépistage du gonocoque et chlamydia ?

**CAN MAKE
YOU
INFERTILE**

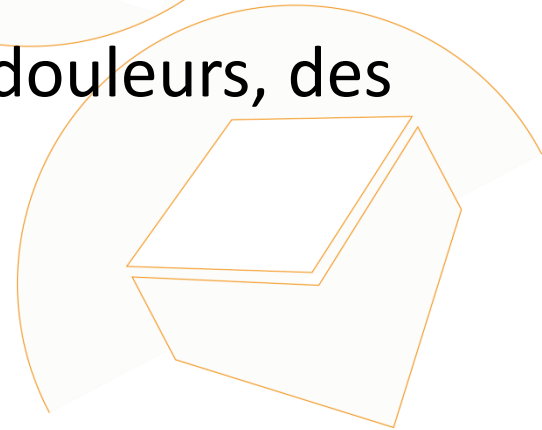
If you're a woman Chlamydia can make you infertile or cause you to have a miscarriage.

- **Quand tester** : avant ou lors de la mise ?
 - Avant : attendre résultats et donc risque de grossesse
 - Insertion même jour que screening (si test revient + traiter sans enlever le DIU !)
- **Contrôle de efficacité du traitement ?**
 - non nécessaire car efficacité de 95 % mais exclure une réinfection 3 mois plus tard
 - Mais si persistance de symptômes ou doute : jamais avant 3 semaines
- **Prophylaxie AB ?** :
 - Revue Cochrane 1999 : diminue le nombre de visite post insertion mais pas occurrence des PID et **donc non recommandé**

DIU et nullipares



- Même efficacité et même taux d'infection faible que chez multipare (pour le DIU au cuivre et au levonogestrel)
- Bonne acceptation et bon taux de continuation
- Placement bien toléré et douleur très variable
- Petite augmentation de fréquence des douleurs, des pertes de sang et expulsions



Consensus Belge : DIU et nullipare de plus de 18 ans

- 13 « experts »
- **Cuivre-DIU et LNG-DIU sont une alternative de 1^{er} choix pour la contraception chez la nullipare**
- Faible taux d'expulsion, de grossesse, de PID et facilité d'insertion
- Taux élevé de protection contre les GND, haut taux d'acceptation et de continuité
- Donner une bonne information = fondamental !



DIU et adolescentes



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

COMMITTEE OPINION

Number 539 • October 2012

(Replaces Committee Opinion No. 392, December 2007)

Committee on Adolescent Health Care

Long-Acting Reversible Contraception Working Group

This document reflects emerging clinical and scientific advances as of the date issued and is subject to change. The information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed.

Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices

VOL. 120, NO. 4, OCTOBER 2012 **OBSTETRICS &
GYNECOLOGY**

Respect Innovatie
Engagement
Solidarité Qualité

Au cœur de la ville, au cœur de la vie, met passie voor zorg

 CHU Saint-Pierre
UMC Sint-Pieter

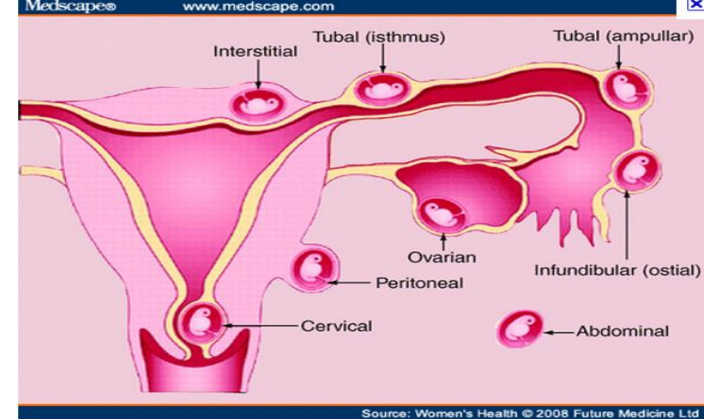
Insertion



- **AINS** : pas d'efficacité / douleurs
- **Anesthésie locale** : efficacité non démontrée mais utile si réaction vagale ou difficulté lors d'une mise antérieure
- **Misoprostol** :
 - bénéfice chez patientes avec insertion difficile (nullipare) ou échec (mais pas lors de enlèvement-mise ou en routine)
 - mais risque d'expulsion et de crampes plus important
- « **No touch** » technique
- Utiliser l'échographie



DIU et GEU



- Taux dans la population normale est de 1/100
- Taux chez les patientes avec DIU = **1/10** :
 - Si grossesse sur DIU : plus de risque de GEU (1/2 pour mirena et 1/16 pour cuivre)
 - Mais beaucoup moins de grossesses quand DIU ! (et donc ne provoque pas de GEU mais il y en a **relativement** plus)
 - 0.0-0.5 GEU / 1000 femmes avec DIU contre 3.25-5.25 dans la population générale
- Attention quand grossesse sur DIU : exclure GEU.

[Contraception](#). 1995 Jul;52(1):23-34.

IUD use and the risk of ectopic pregnancy: a meta-analysis of case-control studies.

[Xiong X](#), [Buekens P](#), [Wollast E](#).

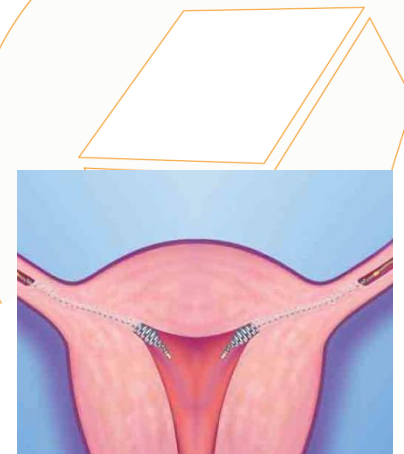
Conclusion DIU :

- Contraception très efficace (hormonal ou cuivre)
- Convient à la plupart des patiente (importance de l'information ! = ménorragies pour le DIU au cuivre)
- Pas de CI pour les femmes nullipares

4. LES AUTRES METHODES CONTRACEPTIVES

La stérilisation féminine

- Par laparoscopie (sous AG) et mise de clip
- Par hystéroscopie (sous AL) : méthode Essure
 - micro-inserteur en polymère (polyéthylène) et en métal (nickel-titanium) de 4 cm/ 2mm
 - Le système est placé par hystéroscopie dans la partie interstitielle de la trompe de Fallope
 - Après placement les fibres de polyéthylène stimulent la croissance tissulaire qui infiltre le système après quelques semaines et oblitère la trompe
 - Non commercialisé en Belgique (et refus récent de remboursement!)



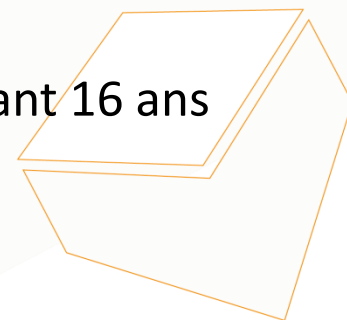
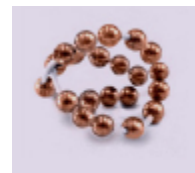
Autres méthodes

- Méthode barrière : le diaphragme
 - Se glisse dans le vagin au contact du col utérin avec un spermicide lors du RS (max 2 h avant)
 - Doit rester en place 8 heures après le RS (max 24 h)
 - Taille unique à commander sur internet
 - Indice de Pearl 6 / 12
- Méthode sympto-thermique (Sympto Therm; Sensiplan):
 - Basée sur observation minutieuse et régulière de la glaire et de la température corporelle
 - Nécessite une bonne compréhension et grande motivation
 - Indice de Pearl 5 / 25
- Stérilisation masculine (vasectomie) : trop peu répandue...



Le Futur !

- Nouveaux types de DIU :
 - VéraCept et LevoCept : souple, dépourvu de branche en plastique, fil en nitinol, s'adaptant à la forme de la cavité contenant 3 anneaux de cuivre ou du levonorgestrel
 - Sphera (IUB = intra uterine ball) : fil souple en nitinol
- Nouvelles combinaisons hormonales :
 - Anneau vaginal avec Nesterone + EE (même anneau pour 13 cycles)
 - Patch Twirla à base de levonorgestrel + EE
 - Pilule de Drospirénone 4 mg seule
 - Pilule Estetrol / drospirenone
- Nouveaux systèmes de libération
 - Micropuce sous la peau délivrant du levonorgestrel pendant 16 ans avec mécanisme permettant un arrêt provisoire
 - Implants biodégradables en 12 mois



CONCLUSION

- *Pas de méthode parfaite*
- *Nécessité de bien connaître la patiente pour choisir la méthode qui lui convient le mieux : « A chaque patiente sa contraception »*
- *Discuter contraception et informer ne dure pas 2 minutes!!*
- *sites internet , brochure*
- *Rester disponible !*

