

Les « urgences » en contraception: Comment les gérer?

Dr Geoffroy ROBIN
CHRU de Lille

Introduction

- Sujet « bizarre »...
- Quelles situations en pratique?
 - *Oubli de pilule : que faire?*
 - *Suspicion de GEU sous contraception médicalisée*
 - *Suspicion d'infection génitale haute sous DIU*
 - *Suspicion d'accident thrombotique sous COP*
 - *Kystes ovariens fonctionnels sous contraception hormonale*
- Très très peu d'*evidence based medicine* pour la plupart des sujets...

Oubli de pilule : que faire?

Situation anxiogène du rapport « à risque »



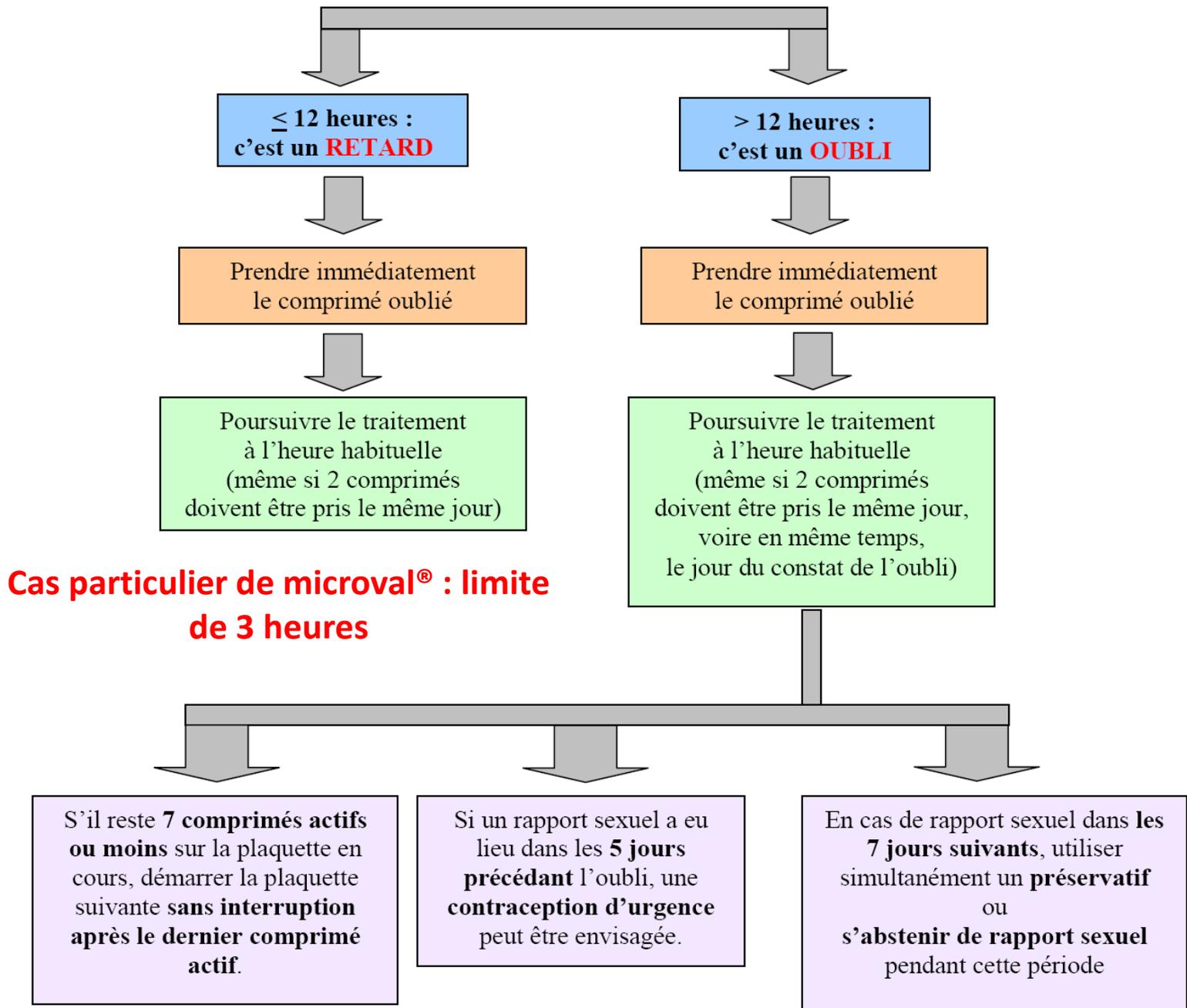
GILBERT DELAHAYE - MARCEL MARLIER

martine
A oublié sa pillule



Castor

Décalage de la prise par rapport à l'heure habituelle



**Cas particulier de microval® : limite
de 3 heures**

S'il reste **7 comprimés actifs**
ou moins sur la plaquette en
cours, démarrer la plaquette
suivante **sans interruption**
après le **dernier comprimé**
actif.

Si un rapport sexuel a eu
lieu dans les **5 jours**
précédant l'oubli, une
contraception d'urgence
peut être envisagée.

En cas de rapport sexuel dans les
7 jours suivants, utiliser
simultanément un **préservatif**
ou
s'abstenir de rapport sexuel
pendant cette période

POINT DE VUE D'EXPERT

Oublis de la contraception hormonale : réflexions sur leur prise en charge en pratique quotidienne

Forgetting hormonal contraceptive methods:

Expert opinion about their daily management in clinical routine practice

C. Jamin^{*}, G. André, A. Audebert, S. Christin-Maître, D. Elia, T. Harvey, B. Letombe, P. Lopes, C. Moreau, I. Nisand, C. Pélissier, pour le Groupe de réflexion « oublis de pilule »

Et dans les autres pays??

Contraception estroprogestative	France	OMS	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK)	Collège canadien des obstétriciens et gynécologues
Oubli	> 12 h	≥ 24 h	≥ 24 h	≥ 24 h
Recours à la contraception de rattrapage	Si RS dans les 5 jours précédant oubli OU oubli > 2 cp	Si oubli dans la 1 ^{re} semaine	Si oubli dans la 1 ^{re} semaine OU oubli > 7 cp	Si RS dans les 5 jours précédant oubli
Posologie en EE	Non	Oui	Oui	Non
Nombre de comprimés oubliés	≥ 1	1 cp la première semaine ≥ 2 ou 3 cp les semaines 2 et 3	1 cp la première semaine ≥ 2 ou 3 cp les semaines 2 et 3	1 cp la première semaine ≥ 3 cp les semaines 2 et 3
CAT	Autre méthode contraceptive (preservatif) pdt 7 jours	Autre méthode contraceptive (preservatif) pdt 7 jours	Autre méthode contraceptive (preservatif) pdt 7 jours	Autre méthode contraceptive (preservatif) pdt 7 jours

Jamin et al. Gynecol Obstet Fertil 2011

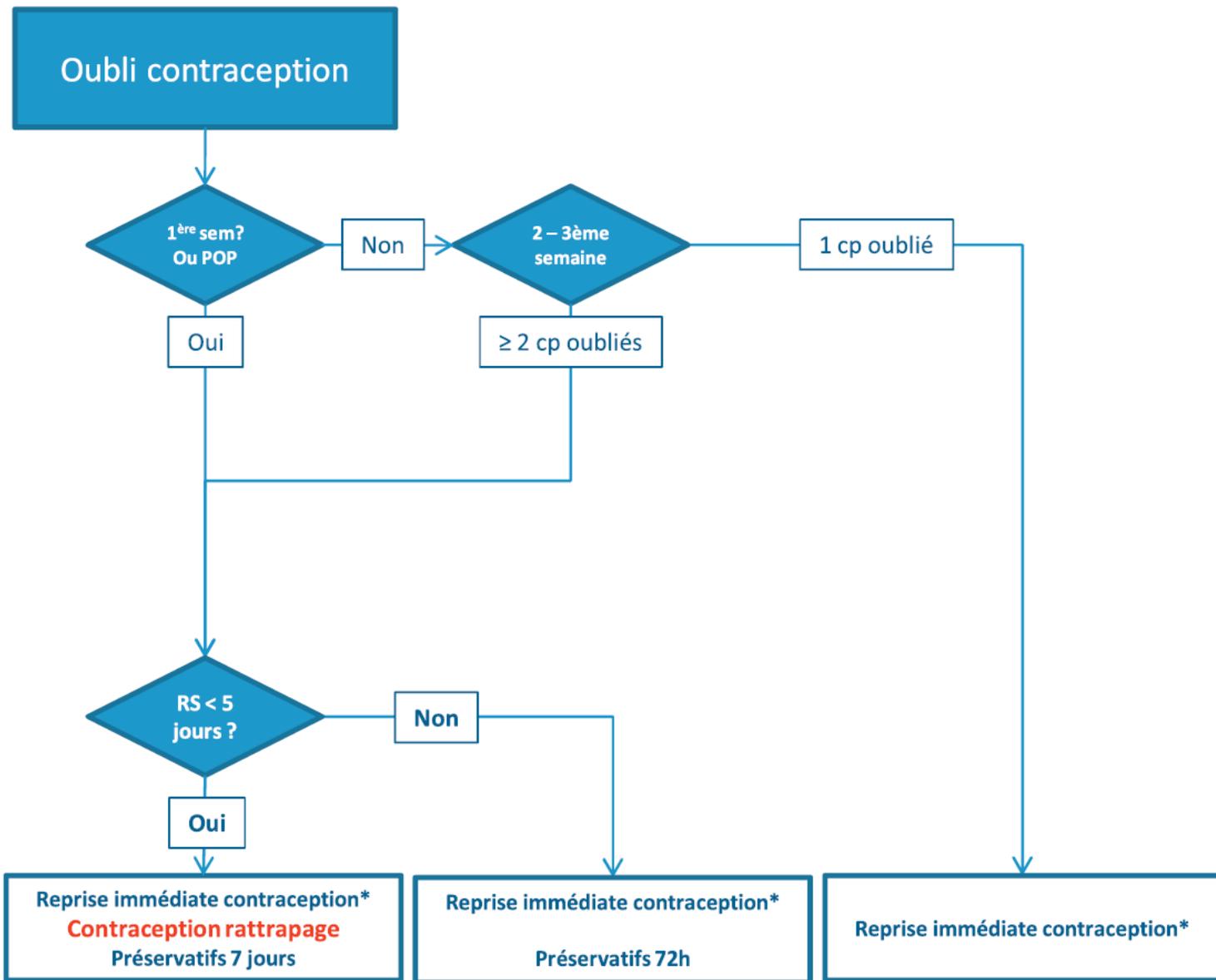
Et dans les autres pays??

Contraception progestative ^a	France	OMS	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK)	Collège canadien des obstétriciens et gynécologues
Oubli	> 3 h	> 3 h	> 3 h	> 3 h
Recours à la contraception de rattrapage	Si RS dans les 5 jours précédant oubli OU oubli > 2 cp	À considérer	Si RS non protégé dans les 48 h suivant l'oubli	Si RS dans les 5 jours précédant oubli
Statut de la femme lors de l'oubli	Non	Hors aménorrhée ou lactation < 6	Non	Non
CAT	Autre méthode contraceptive (preservatif) pdt 7 jours	Autre méthode contraceptive (preservatif) pdt 2 jours	Autre méthode contraceptive (preservatif) pdt 2 jours	Autre méthode contraceptive (preservatif) pdt 2 jours

RS : rapport sexuel.

^a À l'exception de la contraception microprogestative à base de désogestrel.

Jamin et al. Gynecol Obstet Fertil 2011



* S'il reste moins de 7 comprimés actifs sur la plaquette en cours, enchaîner avec la plaquette suivante sans interruption en jetant, s'il y en a, les éventuels comprimés inactifs

Suspicion de GEU sous contraception médicale

Contraceptive Use and the Risk of Ectopic Pregnancy: A Multi-Center Case-Control Study

Cheng Li^{1*}, Wei-Hong Zhao^{1*}, Chun-Xia Meng², Hua Ping³, Guo-Juan Qin⁴, Shu-Jun Cao⁵, Xiaowei Xi⁶, Qian Zhu¹, Xiao-Cui Li^{1*}, Jian Zhang^{1*}

PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0115031 December 10, 2014

Methods: A multi-center case-control study was conducted in Shanghai. Women diagnosed with EP were recruited as the case group (n=2,411). Women with intrauterine pregnancy (IUP) (n=2,416) and non-pregnant women (n=2,419)

Table 4. The association between EP risk and contraceptive method used in the current cycle.

	EP		IUP		NonP		OR ₁ [95% CI]	OR ₂ [95% CI]	AOR ₁ [95% CI] ^b	AOR ₂ [95% CI] ^b
	n ^a	(%)	n ^a	(%)	n ^a	(%)	EP vs. NonP	EP vs. IUP	EP vs. NonP	EP vs. IUP
Current contraception										
No	1,337	(55.87)	1,585	(65.77)	272	(11.33)	Reference	Reference	Reference	Reference
Condom	217	(9.07)	307	(12.74)	1251	(52.13)	0.04 [0.03, 0.04]	0.84 [0.69, 1.01]	0.05 [0.04, 0.06]	1.22 [0.98, 1.51]
Withdrawal method	59	(2.47)	89	(3.69)	133	(5.54)	0.09 [0.07, 0.13]	0.78 [0.56, 1.10]	0.13 [0.09, 0.19]	1.40 [0.97, 2.00]
Calendar rhythm method	171	(7.15)	251	(10.41)	77	(3.21)	0.45 [0.34, 0.61]	0.79 [0.64, 0.97]	0.66 [0.48, 0.91]	1.23 [0.97, 1.55]
OCPs	16	(0.67)	7	(0.29)	34	(1.42)	0.10 [0.05, 0.18]	2.71 [1.11, 6.61]	0.14 [0.07, 0.26]	4.06 [1.64, 10.07]
LNG-EC	341	(14.25)	145	(6.02)	96	(4.00)	0.72 [0.56, 0.94]	2.79 [2.27, 3.43]	1.06 [0.80, 1.41]	4.87 [3.88, 6.10]
IUD	231	(9.65)	24	(1.00)	470	(19.58)	0.10 [0.08, 0.12]	11.41 [7.45, 17.48]	0.17 [0.13, 0.22]	21.08 [13.44, 33.07]
Tubal sterilization	21	(0.88)	2	(0.08)	67	(2.79)	0.06 [0.04, 0.11]	12.45 [2.91, 53.18]	0.04 [0.02, 0.08]	7.68 [1.69, 34.80]

Suspicion de GEU sous contraception médicalisée

Echec de la méthode → survenue d'une grossesse

- 1. Monitoring écho-hormonal pour diagnostiquer le plus précocement une éventuelle GEU
(hCG>3510 UI/L et vacuité utérine selon RPC CNGOF 2014)*
- 2. Si GEU : prise en charge médicale et/ou chirurgicale*
- 3. Pas de contre-indication à réutiliser la méthode de contraception concernée (COC, POP, DIU...) **MAIS** essayer de comprendre cet échec...*
- 4. Pas de nécessité de retirer le DIU...*

Signes d'infection génitale haute sous DIU

Signes d'infection génitale haute sous DIU

- Signes évocateurs non spécifiques :
 - *fièvre, douleurs pelviennes, métrorragies, leucorrhées pathologiques...*
- Biologie et imagerie en urgence
 - *NFS, CRP, ECBL, écho pelvienne +/- TDM pelvien...*

Signes d'infection génitale haute sous DIU

- Si diagnostic positif → antibiothérapie adaptée +/- prise en charge chirurgicale des formes compliquées

	Antibiotiques	Posologies et voies d'administration	Durées	Remarques	
Traitement proposé en première intention	Ofloxacine	400 mg x 2/jour per os	14 jours		
	+ Métronidazole +/- Ceftriaxone	500 mg x 2/jour per os (500 mg, 1 injection IM unique)	14 jours		
Alternatives possibles	Ceftriaxone	500 mg IM	dose unique		
	+ Azithromycine	1 g par semaine	14 jours		Hors AMM Protocole à l'efficacité limitée sur les anaérobies
	Moxifloxacine	400 mg/jour	14 jours		Coût plus élevé que l'ofloxacine Précautions si troubles hépatiques connus
	Ceftriaxone	500 mg, 1 injection IM	dose unique		
	+ Métronidazole	500 mg x 2/jour per os	14 jours		
	+ Doxycycline	100 mg x 2/jour per os	14 jours		

Signes d'infection génitale haute sous DIU

- Que fait-on du DIU?

16. En cas d'IGH survenant sur DIU, il est recommandé de retirer le DIU et de l'analyser en bactériologie (grade B).

- Peut-on reposer un DIU?

43. L'utilisation des DIU peut s'envisager chez les patientes aux antécédents d'IGH et en particulier si elles ont déjà mené une grossesse après l'épisode infectieux, en l'absence d'hydrosalpinx et de facteurs de risque d'IST (grade C).

CONDITION	CATEGORY		CLARIFICATIONS/EVIDENCE	
	I = initiation, C = continuation			
	Cu-IUD	LNG-IUD		
† recommendations reviewed for the MEC 5th edition, further details after this table * additional comments after this table	Cu-IUD = copper-bearing IUD LNG-IUD = levonorgestrel-releasing IUD (20 µg/24 hours)			
PELVIC INFLAMMATORY DISEASE (PID)*				
a) Past PID (assuming no current risk factors for STIs)	I	C	I	C
i) with subsequent pregnancy	1	1	1	1
ii) without subsequent pregnancy	2	2	2	2
b) PID – current	4	2	4	2
				<p>Clarification for continuation: Treat the PID using appropriate antibiotics. There is usually no need for removal of the IUD if the client wishes to continue its use (see WHO publication <i>Selected practice recommendations for contraceptive use</i>)¹. Continued use of an IUD depends on the woman's informed choice and her current risk factors for STIs and PID.</p> <p>Evidence: Among IUD users treated for PID, there was no difference in clinical course if the IUD was removed or left in place (98–100).</p>

**Suspicion d'accident
thromboembolique sous COP**

Suspicion ATEV sous COP

**Écho-doppler +/-
angioscanner au plus vite
sous COP**

**Diagnostic d'ATEV
formellement éliminé**

Continuer la COP

ATEV confirmé

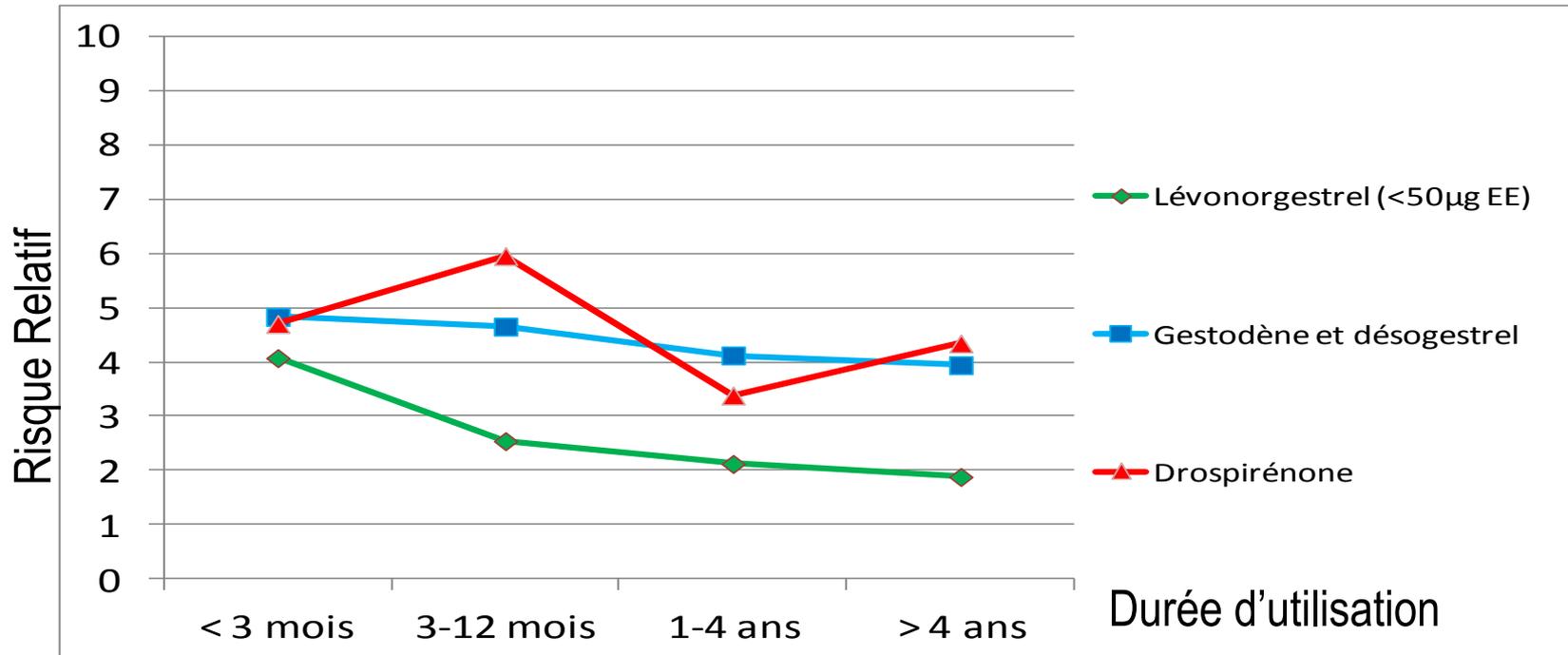
- 1. Arrêt immédiat et définitif de la COP**
- 2. Anticoagulants à dose curative**

Et après un ATEV?

Quelle contraception?

- Microprogestatifs (*per os* ou implant)
 - *Théoriquement initiés à 3 mois de l'épisode aiguë*
 - *Possible avant sous traitement anticoagulant bien équilibré (WHO 2015)*
- DIU au cuivre ou au lévonorgestrel
 - *ATEV récent supprimé des RCP de Mirena® en 2015*
 - *Risque de ménorragies sous DIU au cuivre*
- Macroprogestatifs prégnanes (hors AMM)
 - *acétate de chlormadinone (10 mg/j pendant au moins 21j/28)++*
- DMPA contre-indiqué

Eviter de stopper « pour rien » une COP



D'après Lidegaard BMJ 2011

- Eviter arrêt(s) inopiné(s) « non justifié(s) » > 3-4 semaines
➔ risque de réinitialisation de l'effet « *starter* » sur risque TEV.

**Kystes ovariens fonctionnels
récidivants et symptomatiques
sous contraception hormonale**

Kystes ovariens fonctionnels sous contraception hormonale

- Les microprogestatifs (per os ou implant) et les SIU au lévonorgestrel augmentent le risque de développer :
 - *des follicules dominants résiduels $\geq 15\text{mm}$*
 - *de véritables KOF*
- Mécanisme d'action pharmacologique de ces méthodes
- Fréquence variable selon études et définitions
(≈ 10 à 30%)

Chiaffarino et al. Contraception, 1998

Hidalgo et al. Contraception, 2006

Jarvela et al. Hum Reprod, 1998

Luukkainen & Toivonen. Contraception, 1995

Bahamondes et al. J reprod Med, 2003

Kystes ovariens fonctionnels sous contraception hormonale

- Pas de traitement préventif validé pour limiter cet effet secondaire ... en pratique rarement très symptomatique...
- Changement de méthode → privilégier:
 1. *Les traitements franchement antigonadotropes*
 - COP dosées à au moins 30 µg d'EE
 - Macroprogestatifs pendant au moins 21j/28
 2. *Les DIU au cuivre*

Conclusion

- Propositions de conduites à tenir
- Evidence-based medicine très réduit...
- Plutôt basées sur « bon sens » médical...

FIN

Merci de votre attention