

# EDN

en **fiches** et en **schémas**

Collection dirigée par **Jean Lemoine**

# GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

- **Le programme en fiches synthétiques**
- **Une fiche par item**
- **Avec schémas, iconographies et tableaux**



Florine Foré

# 35 – Contraception

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Connaître les différentes modalités de contraceptions existantes
A	Définition	Connaître les différents types de contraceptions hormonales œstro-progestatives, leurs voies d'administration et leur classification
A	Définition	Connaître les différents types de contraceptions hormonales progestatives, leurs voies d'administration
A	Définition	Connaître les différents types de contraception d'urgence
B	Éléments physiopathologiques	Connaître les mécanismes d'action de la contraception œstroprogestative, progestative, d'urgence et intra-utérine
A	Définition	Connaître les contraceptions barrières (et notamment le préservatif masculin) et naturelles
A	Prise en charge	Connaître les contre-indications de la contraception œstroprogestative, progestative, intra-utérine
B	Prise en charge	Connaître les critères de choix en 1 <sup>re</sup> intention de la contraception œstroprogestative
B	Prise en charge	Connaître les éléments à explorer lors de l'entretien et de l'examen clinique avant la prescription d'une contraception hormonale et intra-utérine
A	Suivi et/ou pronostic	Connaître la tolérance et les effets indésirables des différents contraceptifs hormonaux
B	Prise en charge	Prescrire les examens complémentaires recommandés à l'initiation d'une contraception œstroprogestative
B	Prise en charge	Savoir prescrire les différentes contraceptions disponibles y compris la contraception d'urgence
A	Suivi et/ou pronostic	Connaître les niveaux d'efficacité des différentes stratégies contraceptives et des contraceptions d'urgence (indice de Pearl)
B	Prise en charge	Connaître et savoir expliciter à la patiente la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule
B	Prise en charge	Être capable d'expliquer à la patiente les avantages et inconvénients des différentes contraceptions
A	Suivi et/ou pronostic	Connaître les interactions potentielles médicamenteuses
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les éléments de suivi (cliniques et biologiques) d'une contraception hormonale ou intra-utérine
B	Prise en charge	Savoir prescrire une contraception chez les femmes à risque vasculaire
B	Prise en charge	Connaître les modalités de prescription chez la jeune femme mineure
A	Définition	Connaître les différents modes de stérilisation féminine et masculine et leur législation

**Indice de Pearl** = nombre de grossesses survenues chez 100 femmes exposées pendant 1 an.

⇒ Plus il est faible, plus la contraception sera efficace +++ !!

## I) Contraception œstro-progestative

3 types: (avec Pearl = 0,3 %)

- Pilule mono, bi ou triphasique.
- Patch (1 pour 3 semaines)
- Anneau vaginal (1 pour 3 semaines)

B

B

<p><b>Mode d'action</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Action antigonadotrope :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Progestatif: inhibe le pic de LH</li> <li>– Œstrogènes: inhibe la sécrétion de FSH et donc la croissance folliculaire cyclique</li> </ul> </li> <li>• <b>Modification de la glaire cervicale</b> (progestatif)</li> <li>• <b>Atrophie/hypertrophie de l'endomètre</b> (progestatif)</li> </ul>
<p><b>Composition</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 œstrogène: <i>éthinyloestradiol</i> ou <i>œstradiol</i></li> <li>• 1 progestatif: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 1<sup>re</sup> génération: plus utilisé</li> <li>– 2<sup>e</sup> génération: <b>lévonogestrel</b> et <b>norgestrel</b>: toujours recommandé en 1<sup>re</sup> intention chez la femme jeune souhaitant une première contraception.</li> <li>– 3<sup>e</sup> génération: <b>désogestrel</b> (effet anti-gonadotrope), <b>gestodène</b>, <b>norgestimate</b>.</li> </ul> </li> </ul> <p>Je vous épargne la liste des différentes pilules et de leur composition qui, à mon sens, n'est pas à apprendre par cœur pour l'EDN.</p>
<p><b>Contre-indications</b></p>	<p><b>Absolues :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Accidents thromboemboliques artériels ou veineux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ATCD perso ou familial &lt; 50 ans de thrombose veineuse</li> <li>– ATCD perso ou familial &lt; 55 ans chez l'homme ou 65 ans chez la femme de thrombose artérielle</li> <li>– Prédisposition génétique</li> </ul> </li> <li>• <b>Tumeurs malignes du sein ou de l'utérus</b></li> <li>• <b>Dyslipidémies +++</b></li> <li>• <b>Alitement prolongé</b></li> <li>• <b>Pancréatite/hypertriglycéridémie sévère (&gt; 2 g/L)</b></li> <li>• <b>Lupus évolutif, connectivites, porphyries</b></li> <li>• <b>Migraine avec aura</b></li> <li>• <b>HTA</b></li> <li>• <b>Diabète de type 1 compliqué, diabète de type 2</b></li> <li>• <b>Affections hépatiques ou biliaires (lithiases)</b></li> <li>• <b>Hémorragies génitales non diagnostiquées</b></li> <li>• <b>Post-partum</b> si diabète gestationnel, prééclampsie, HTA gravidique, ictère cholestatique.</li> </ul> <p><b>Relatives :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabac après 35 ans</li> <li>• Dyslipidémie (LDL &gt; 2,2)</li> <li>• Obésité</li> <li>• Tumeurs bénignes sein/utérus</li> <li>• Hyperprolactinémies</li> <li>• Médicaments inducteurs enzymatiques (<i>diminution de l'efficacité</i>)</li> <li>• Fibrillation auriculaire, arythmie, coronaropathie ou valvulopathie</li> <li>• Drépanocytose, MICI, syndrome hémolytique et urémique</li> <li>• Chirurgie bariatrique (<i>pas d'absorption</i>)</li> </ul>
<p><b>Effets indésirables</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ↗ <b>risque thromboembolique veineux</b> (activent la coagulation mais augmentent la fibrinolyse): risque maximal pendant la 1<sup>re</sup> année.</li> <li>• ↗ <b>risque artériel</b> (action synergique) (<i>faible augmentation de la tension artérielle par activation du système rénine-angiotensine</i>)</li> <li>• ↗ <b>risque cancer sein/col utérus</b></li> <li>• ↗ <b>HDL, CT</b> et ↘ <b>LDL</b></li> <li>• ↗ <b>risque lithiase biliaire</b></li> </ul>

B

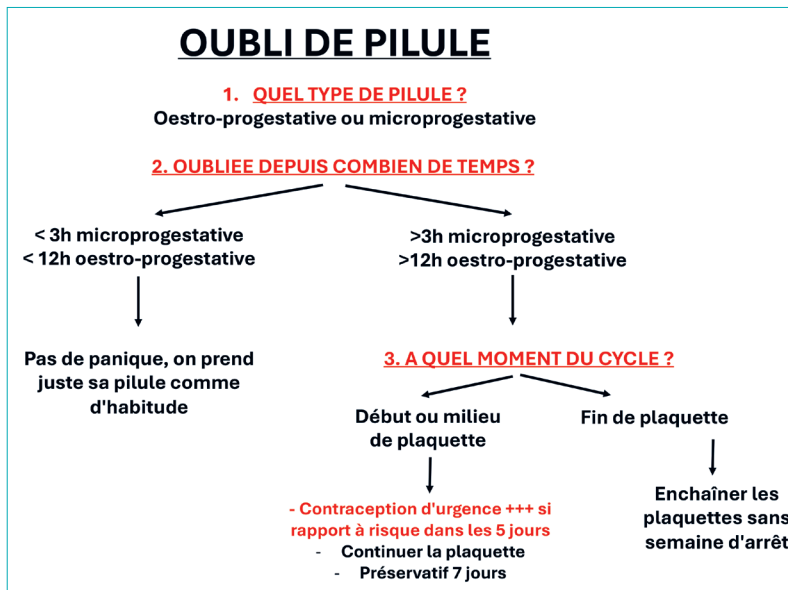
Bénéfices	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ↘ <b>risque cancer ovaire, endomètre et colon/rectum</b></li> <li>• Amélioration dysménorrhées, ménorragies fonctionnelles et acné</li> </ul>
Bilan biologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• = <b>bilan lipique (cholestérol, triglycérides, HDL, glycémie à jeun)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Avant l'instauration de la contraception en cas de facteurs de risque cardiovasculaires</li> <li>– <b>3 mois après</b> l'instauration de la pilule s'il n'y a pas de FDR</li> <li>– Puis <b>tous les 5 ans</b>.</li> </ul> </li> <li>• Bilan de thrombophilie en cas de contexte familial de pathologie thromboembolique veineuse</li> <li>• Mise à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus si besoin</li> </ul>

■ **Possibilité de débuter la contraception en « quick-start » =**

- La pilule est débutée après le 5<sup>e</sup> jour du cycle
- Cette méthode nécessite une protection par préservatif durant 7 jours après le début de la contraception.

B

■ **Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule**



## II) Progestatifs seuls

Microprogestatifs	
Mécanisme d'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modification de la glaire</li> <li>• Atrophie endomètre</li> <li>• Diminue la mobilité tubaire</li> <li>• Désogestrel: un peu anti-gonadotrope</li> <li>• Ne possède pas d'effets métaboliques/vasculaires</li> </ul> <p><b>Pearl = 0,5 à 1,3 %</b></p>
Voies d'administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orale: pilule microprogestative</li> <li>• Sous-cutanée: <b>implant</b> (durée d'action de 3 ans) = <b>MÉTHODE AYANT L'INDICE DE PEARL LE PLUS FAIBLE</b></li> <li>• Intra-utérine: DIU au lévonorgestrel</li> </ul>
Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrés <b>en continu</b></li> <li>• Indiqués ++ si femmes avec CI vasculaire, <b>post-partum, allaitement</b></li> </ul>

<b>Contre-indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pathologies hépatiques évolutives</b></li> <li>• Accidents thrombo-emboliques récents</li> <li>• <b>Cancer du sein</b></li> <li>• <b>Kystes fonctionnels à répétition</b></li> <li>• <b>Pathologie hormono-dépendantes</b> (méningiome)</li> </ul>
<b>Effets indésirables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorise <b>mastodynies, kystes fonctionnels ovariens</b>, signes d'hyperandrogénie</li> <li>• Augmente le risque de GEU</li> <li>• Spottings +++ avec syndrome pré-menstruel marqué</li> </ul>

### III) Dispositif intra-utérin

2 types disponibles :

- **DIU hormonal au lévonorgestrel** (durée de 3 à 5 ans)
- **DIU non hormonal au cuivre**

**B**

<b>Mécanisme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atrophie si DIU au levonorgestrel</li> <li>• Modification de la glaire</li> <li>• Toxicité directe sur les spermatozoïdes avec le DIU au cuivre</li> </ul>
<b>Pearl</b>	0,6 % cuivre, 0,1 % LNG
<b>Contre-indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalies de la cavité utérine</li> <li>• <b>ATCD d'infection génitale haute &lt; 3 mois</b> (<i>nécessité de prélèvements Chlamydia et gonocoque avant la pose si FDR d'IST comme l'âge &lt; 25 ans, ATCD d'IST, multiples partenaires...</i>)</li> <li>• Hémorragies génitales non diagnostiquées</li> <li>• Traitement immunosuppresseur/corticoïdes (<i>inhibe la fonctionnalité du cuivre</i>)</li> <li>• Valvulopathies à risque d'endocardite</li> <li>• Maladie de Wilson (<i>excès de cuivre</i>)</li> <li>• Contre-indications de la contraception progestative en cas de DIU au levonorgestrel</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>LA NULLIPARITÉ N'EST PAS UNE CONTRE-INDICATION À LA POSE DU STÉRILET</b></p>
<b>Effets indésirables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règles douloureuses</li> <li>• Ménorragies importantes</li> <li>• Expulsion spontanée, perforation</li> <li>• Infection génitale</li> </ul>

**B**

### IV) Contraception d'urgence

1) **Lévonorgestrel** (1,5 mg) ⇒ jusque **72 h** après le rapport à risque (**prise unique**)

– En vente libre et gratuite pour les mineures

2) **Acétate d'ulipristal** (30 mg) ⇒ jusque **120 h** après le rapport à risque (⚠ si asthme sévère et insuffisance hépatique), en prise unique

– Nécessite une prescription médicale

3) **DIU cuivre** (jusqu'à 5 jours) après le rapport à risque

### V) Contraception définitive

- 1<sup>re</sup> consultation : dossier d'information écrit et attestation de consultation médicale, personne **majeure**
- Délai de **4 mois nécessaire pour la réflexion**

- **Se réalise dans un établissement de santé**
- 2<sup>e</sup> consultation : confirmation par écrit du consentement éclairé

**B**

## VI) Femmes avec particularités

<b>Femmes diabétiques</b>	<p><b>Diabète de type 1 : DIU ++, microprogestatifs</b></p> <p><b>COP que si :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan lipidique et tension normale</li> <li>• Pas de néphropathie</li> <li>• Pas de tabac</li> <li>• Diabète de type 1 depuis &lt; 15 ans</li> </ul> <p><b>Diabète de type 2 : DIU ++ ou microprogestatifs</b></p> <p><b>Pas de COP si ATCD de diabète gestationnel.</b></p>
<b>Femmes avec dyslipidémies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lipidémie peut augmenter +++ sous COP</li> <li>• Pilule possible jusqu'à 3 g/l de cholestérol si 0 FDRCV, &lt; 35 ans + diét</li> <li>• LDL &gt; 2 g/L = CI</li> </ul>
<b>Femmes à risque de thrombose veineuse</b>	<p><b>Avant la mise en place, réaliser un bilan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• temps de Quick, TCA</li> <li>• dosage antithrombine, protéine C/S...</li> <li>• recherche mutation facteur V/II</li> </ul> <p>⇒ <b>Œstrogènes CI, +/- micro/macroprogestatif</b></p>
<b>Post-partum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MAMA</b> (allaitement et aménorrhée)</li> <li>• <b>Microprogestatif et implant ++</b> : 1<sup>er</sup> comprimé à J21</li> <li>• <b>OP</b> : non reco si allaitement les 6 premiers mois</li> <li>• <b>!</b> 6 semaines PP : risque accru thromboembolique</li> <li>• <b>DIU</b> : 4 semaines après l'accouchement minimum (risque d'expulsion ++)</li> </ul>

## Méthodes barrières

- Préservatif (Pearl 2 %) : SEULE CONTRACEPTION PROTÉGÉANT DES IST +++
- Diaphragme (Pearl 6 %)
- Spermicide (Pearl 18 %)

## Notions QCM +++ : les types de contraception

<b>Contraception œstro-progestative</b>	<b>Contraception progestative</b>	<b>Contraception non hormonale</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilule OP</li> <li>• Anneau vaginal</li> <li>• Patch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilule microprogestative</li> <li>• Implant</li> <li>• DIU au lévonorgestrel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIU au cuivre</li> <li>• Méthodes barrières (préservatif, diaphragme, cave cervicale)</li> <li>• Méthodes « naturelles » (températures, retrait...)</li> </ul>



# 35 – Anomalies du cycle menstruel et métrorragies

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Définition	Définition du syndrome prémenstruel	
B	Éléments physiopathologiques	Physiopathologie du syndrome prémenstruel	
B	Étiologie	Connaître les situations physiologiques ou pathologiques pouvant favoriser la survenue ou l'aggravation d'un syndrome prémenstruel	
A	Définition	Définition du cycle menstruel normal	
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les conséquences cliniques des troubles du cycle	
A	Étiologie	Connaître les principales causes de métrorragies	
A	Étiologie	Connaître les principales causes de ménorragies	
B	Étiologie	Connaître les principales étiologies d'aménorrhée primaire	
B	Étiologie	Connaître les principales étiologies d'aménorrhée secondaire	
B	Étiologie	Connaître les principales étiologies de spanioménorrhée	
B	Examens complémentaires	Connaître le bilan à réaliser pour le diagnostic des aménorrhées et des troubles du cycle	
A	Examens complémentaires	Connaître le bilan à réaliser devant des saignements utérins (ménométrorragies)	
A	Identifier une urgence	Reconnaître les situations d'urgence en cas de saignements utérins	Savoir évaluer les pertes sanguines

## B

### Rappels de physiologie :

- **Œstrogènes** : prolifération de l'endomètre en 1<sup>re</sup> phase du cycle
- **Progestérone** : modifications endométriales et vasculaires de l'endomètre conditionnant la desquamation, sécrétée par le corps jaune qui se dégrade en l'absence de fécondation.
- Le **pic ovulatoire de LH** a lieu **36 h avant l'ovulation**.
- Règles physiologiques : entre 3 et 6 jours, < 80 ml

<b>Ménorragies</b>	Menstruations trop abondantes en volume ou en durée
<b>Métrorragies</b>	Saignements génitaux entre les périodes de menstruation
<b>Ménométrorragies</b>	Métrorragies + ménorragies = menstruations trop abondantes en dehors des règles

- On évalue la quantité de saignements par le **score de Higham** (décompte des protections utilisées et des caillots) : ménorragies si score > 100.
- Évaluation clinique des ménorragies : recherche des signes de choc hémorragique, signes d'anémie...
- Évaluation biologique : NFS, Hémocue, groupe sanguin, rhésus, bilan pré-transfusionnel,  $\beta$ -hCG.



## Ménométrorragies

= saignements trop abondants en dehors des règles

### ■ Examens

- **hCG plasmatique**
- **NFS-P** (anémie ?), **TP/TCA** et **facteur De Willebrand**
- **Échographie pelvienne** (lésion intra-cavitaire ?)
- **Hystéroskopie diagnostique ± biopsie** pendant la 1<sup>re</sup> partie du cycle.
  - Toujours si > 45 ans, ou si FDR cancer endomètre

## Métrorragies

= saignement génital survenant en dehors des règles.

<b>Fonctionnelles</b>	Survenue d'une <b>anovulation par absence de pic pré-ovulatoire de LH</b> avec conservation de leur sécrétion de base : pas de corps jaune donc pas de progestérone ⇒ <b>hyperœstrogénie relative</b> qui influence les saignements en cas de baisse ou augmentation. Traitement : <b>progestatif</b> pour mimer la phase lutéale
<b>Organiques</b>	Toute métrorragie est une grossesse jusqu'à preuve du contraire <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesse : voir complications de la grossesse (étiologies des saignements)</li> <li>• Organiques bénignes : <b>fibromes, hyperplasie endomètre, polype endométrial, adénomyose</b> (= présence de foyer d'endomètre dans le myomètre), <b>troubles de l'hémostase</b> (Willebrand ++), infection génitale haute, malformations artérioveineuses, ectropion...</li> <li>• Organiques malignes : cancer de l'endomètre, du col, tumeurs sécrétantes (ovaires/surrénales)</li> </ul>
<b>Cas particuliers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fonctionnelles cycliques d'ovulation</b></li> <li>• <b>Post-ménopausiques</b> : par atrophie de l'endomètre</li> <li>• DIU, anticoagulant</li> </ul>

## Ménorragies

= hémorragie génitale pendant les règles, + abondante (> 80 ml) et prolongées (> 7 j)  
 Penser à la fausse couche spontanée précoce en cas de 1<sup>er</sup> épisode.

<b>Fonctionnelles</b>	Par <b>déséquilibre des sécrétions en œstrogènes/progestérone</b> avec <b>hyperœstrogénie relative</b> par insuffisance lutéale. Traitement par <b>progestatifs</b> ou <b>TT chirurgical</b> (jusqu'à l'hystérectomie), ou <b>acide tranexamique</b> (Exacyl) (antifibrinolytique) en cas de CI TT hormonaux. + <b>TT martial</b>
<b>Organiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Causes hématologiques</b> : troubles hémostase, anticoag</li> <li>• <b>Causes endo-utérines</b> : stérilet cuivre, fibrome, polype, hyperplasie atypique endomètre, adénomyose.</li> </ul>

## Syndrome pré-menstruel

- Très fréquent (**35 à 40 % des femmes**)
- Correspond à un ensemble de symptômes bénins apparaissant de façon cyclique durant les jours précédant les menstruations.
- Serait dû à une **hyperœstrogénie relative** (voire absolue) qui induit une **augmentation de la perméabilité capillaire** ⇒ **œdème tissulaire interstitiel** mammaire/cérébral/abdominal qui expliquent les symptômes : mastodynies, céphalées, manifestations neuropsychiques, troubles du transit avec possible prise de poids de 3-4 kg.

B

B

- Forme psychiatrique du SPM = **trouble du syndrome dysphorique prémenstruel**
- Le SPM serait + fréquent durant l'adolescence (premiers cycles très dysovulatoires) et durant la péri-ménopause, ou bien favorisé par certains traitements (microprogestatifs, DIU hormonal).
- Traitement par **progestatifs** en 2<sup>e</sup> partie de cycle ou **contraception œstro-progestative**, voire **gel de progestérone** pour les mastodynies. Diurétiques (anti-aldostérone) si œdèmes majeurs.



# 42 – Aménorrhée

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Définition	Savoir définir une aménorrhée et une spanioménorrhée	Aménorrhée primaire ou secondaire, spanioménorrhée
B	Éléments physiopathologiques	Connaître la régulation de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien	
A	Diagnostic positif	Démarche diagnostique devant une aménorrhée primaire ou secondaire	
B	Étiologie	Connaître les deux principaux diagnostics en cas d'absence d'utérus à l'échographie	
B	Étiologie	Connaître les deux principales causes d'aménorrhée secondaire d'origine utérine	
B	Étiologie	Connaître les principales causes d'insuffisance ovarienne	Anomalies du caryotype, pré-mutation FMR1, auto-immunes, iatrogènes
B	Étiologie	Connaître les principales causes d'insuffisance gonadotrope	
B	Étiologie	Connaître les principales causes d'aménorrhée avec hyperandrogénie	
B	Étiologie	Savoir diagnostiquer une aménorrhée hypothalamique fonctionnelle et en connaître les principales étiologies	
B	Étiologie	Connaître les principales étiologies des hyperprolactinémies	

## I) Aménorrhée primaire

### ■ Définition

= **absence de ménarche chez une fille de > 16 ans.**

### ■ Examens

- Détermination de l'**âge osseux** par radiographie du poignet et main gauche
- **Échographie pelvienne**
- Dosages hormonaux : **LH, FSH, œstradiolémie et prolactinémie**
- Au moindre doute : **hCG**

### ■ En 2<sup>de</sup> intention

- Tests olfactifs (Kallmann-De Morsier)
- **Testostérone, 17OHP, SDHEA...**
- **IRM hypophysaire**
- **Caryotype sanguin**

## Étiologies

### ■ Absence de caractères sexuels secondaires

- Le taux d'œstradiol est toujours indétectable
- Le dosage de FSH/LH permet de déterminer l'origine haute ou basse