

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

B

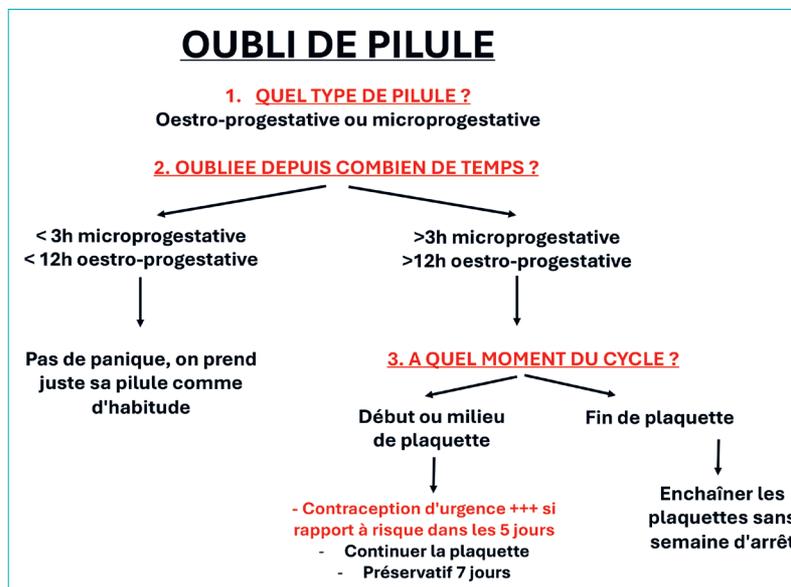
Bénéfices	<ul style="list-style-type: none"> ↳ risque cancer ovaire, endomètre et colon/rectum Amélioration dysménorrhées, ménorragies fonctionnelles et acné
Bilan biologique	<ul style="list-style-type: none"> = bilan lipique (cholestérol, triglycérides, HDL, glycémie à jeun) <ul style="list-style-type: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

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

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

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

III) Dispositif intra-utérin

2 types disponibles :

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

B

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

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^{re} 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^e consultation : confirmation par écrit du consentement éclairé

B

VI) Femmes avec particularités

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

Méthodes barrières

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

Notions QCM +++ : les types de contraception

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

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^{re} 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

Ménorragies	Menstruations trop abondantes en volume ou en durée
Métrorragies	Saignements génitaux entre les périodes de menstruation
Ménométrorragies	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, β -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^{re} partie du cycle.
 - Toujours si > 45 ans, ou si FDR cancer endomètre

Métrorragies

= saignement génital survenant en dehors des règles.

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

Ménorragies

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

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

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^e 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^{de} 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