

G. Plu-Bureau, B. Raccah-Tebeka

ORDONNANCES  
gynécologie médicale

endocrinienne

130 prescriptions

2022

MALOINE

@@@ 2 @@@

Ordonnances  
en gynécologie médicale  
et endocrinienne

130 prescriptions

@@@ 3 @@@

Ordonnances  
en gynécologie  
médicale  
et endocrinienne

130 prescriptions

Genevieve PLU-BUREAU,  
Brigitte RACCAH-TEBEKA

Sous la direction de J.-F. d'Ivernaois

MALOINE  
[www.maloine.fr](http://www.maloine.fr)  
2022

@@@ 4 @@@

Auteurs

PLU-BUREAU Genevieve  
Professeur des Universités et praticien hospitalier gynécologue médicale  
3 I'Hopital

Port-Royal Cachin de Paris, Université Paris-Cité.

RACCAH-TEBEKA Brigitte

Praticien hospitalier endocrinologue et gynécologue médicale & l'hôpital  
Robert

Debeé de Paris.

Avertissement

Comme toute science, la médecine est en évolution constante. La recherche  
et l'expérience  
clinique élargissent nos connaissances en permanence, en particulier en  
ce qui concerne la  
thérapeutique et les traitements médicamenteux. Chaque fois qu'un posologie  
ou une appli-  
cation est mentionnée dans cet ouvrage, le lecteur peut compter sur le fait  
que les auteurs,  
l'éditeur et la maison d'édition ont pris le plus grand soin pour que ces  
données correspondent  
à l'état des connaissances à la date de parution du livre,

Malheureusement, la maison d'édition ne peut pas garantir les indications  
concernant les posologies  
et les formes d'application. Chaque utilisateur doit être vigilant par  
une analyse soignée des  
notices des produits utilisés, et éventuellement en consultant un  
spécialiste, la concordance des  
recommandations concernant les doses et les contre-indications précisées  
dans cet ouvrage. Ce  
point doit être effectué avec d'autant plus d'attention pour des produits  
utilisés rarement, ou  
bien pour ceux qui viennent d'être introduits sur le marché. Chaque posologie  
ou application est  
de la responsabilité propre de l'utilisateur. Les auteurs et la maison  
d'édition demandent à  
chaque lecteur de leur communiquer toute responsabilité que se soit relevée  
dans cette édition,

Le Code de la propriété intellectuelle autorise, sous réserve de l'article L  
122-5 2 et 3 alinéas,  
d'une part, que les copies ou reproductions strictement réservées à  
l'usage privé du copiste et  
non destinées à une utilisation collective, et, d'autre part, que les  
analyses ou les courtes citations  
dans le but d'exemple ou d'illustration, toute représentation ou reproduction  
intégrale ou pa-  
rtielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou  
ayants cause, est illicite  
(article L 133-4 du Code de la propriété intellectuelle).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit,  
constituerait donc une  
contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-7 et suivants du CFL

Tous droits de reproduction, d'adaptation et de traduction réservés pour  
tous pays.

& 2022, Editions Maloire - 23, e de [Eeole-de-Médecine 75006 Paris,  
France  
Dot Mmal @ aolait 2002 - 15BN ¥78-2-224-10283-4

@@@ 5 @@@

## Sommaire

### Contraception

#### Les différentes contraceptions

Contraception cestroprogestative ..., 4

Contraception progestative par voig orale ..o 9

Contraception progestative par voie sous-cutanéa .....c..... 13

Contraception progestative injectable ... 17

Contraception progestative intra-uténing.....oeninnmnns 21

Contra cephion iNtra-Ubdring au CUIVIE.....ccos s 25

Comtracaption defintive.....usmsississississ s 29

Contraception de longue durée.....cinnminna. k §

Contra ception B e as

Contraception : oublis, relais

Oublis de contraception GStrOprogestative ..o 39

DRI i o i Ak i A A A s e s g 41

Saignements et contraception

saignemeants et contraception @stroprogestative ..., 45

Saignements et contraception progestative :

voie orale ou implant .....commeenee e 49

Saignements et contraceptions progestatives

N T T e i e 23

Saignements et DIU au CUIVIR .....ccceniminne e msrrensessssee 57

Saignements at thérapeutiques progestatives

T [ e R A e M &1

Contraceptions et situations cliniques

Contraception chez 'adolescente ..., 65

Contraception et POST-PBMUITL.....ccvo s mrsssss s [

Contraception apras 40 ans ... s 75

CoOnracRption ot VOYBDEE ..o s s s g s 79

GG BT BIOIT ..oeeeunscasnsssnsssnsssnissimssransoumnsusassn s hoasas XS

Contraception et interactions médicamenteuses

TR BN W T s i a7

@@@ 6 @@@

## Sommaire

Contraceptions et situations & risque vasculaire

Contraception et diabéte.

Contraception et dyslipidémies

Contraception et hypertension artérielle ...

Contraception et maladies veineuses thromboemboliques

Contraception et migraine Simple ...

Contraception et Migraine avec BUNM .....cc.omrrrerreernensnnsrens

Contraception et migraines cataméniales.....ccccccceceenens

Contraception et obésité

Contraception et chirurgie de l'obésité ...

Contraception et pathologies artérielles.....c..covvvveenen:

Contraception et tabac

Contraception et thrombose veineuse mparhtnelle

Contraception et pathologies spécifiques

' : I : I " trf l I : E F ' t l f l n et acné

Contraception et antécédent personnel de cancer | : | u S & in .....

Contraception et antécédent familial de cancer du sein ....

Contraception et mutation génétique BRCA1/BRCA2 ...

Contraception et fibromes utérins

Contraception et MICI

Contraception et pathologies tumorales hépatiques

Contraception et pathologies vasculaires hépatiques .....

Contraception @1 WIH. ...

Fertilité

Consultation préconceptionnelle

Bilan d'infertilité .....

Glande mammaire

Mastodynies .....

Pathologies mammaires bénignes .....

Hyperandrogénie

Hirsutisme idiopathique

Hyperandrogénie de la femme ménopausée.....c.....

Syndrome des ovaires polykystiques.....cccn.

Insuffisance ovarienne

Insuffisance ovarienne prématurée

g g e T g e R T S R B A B N L £

Wi

149  
153  
157  
1463  
147  
171  
175  
179

185  
189

195  
199

205  
211  
215

221  
227

@@@ 7 @@@

Sommaire

Ménopause

Définitions et traitements

Périménopause – MENoPaUse ... i, 235  
Traitement hormonal de la ménopause (THM).....cooccienniene 241  
Bouffées vasomotrices : prise en charge non hormonale ..... 247  
Bouffées vasomotrices : prise en charge en cas de cancer

EREINIT s st ot e e A T AR e et 251  
Bouffées vasomotrices atypiques après la ménopause :

5 5 S e R e N S e Ok NPT 255  
Syndrome génito-urinaire de la ménopause ..o, 257  
THM et situations spécifiques  
Traitement hormonal de la ménopause et diabète.....oovvvens 261  
Traitement hormonal de la ménopause et endométriose..... 267  
Traitement hormonal de la ménopause et maladies

veineuses thromboemboliques.....cooreneeneen 2N  
Traitement hormonal de la ménopause et pathologies

ARl o s S e S R S 275  
Traitement hormonal substitutif après cancer de l'ovaire ..... 279  
Pathologies infectieuses  
DNT AR e 287  
Tyt TS – 271  
Infection à Chlamydia trachomatis ..o, 295

Infection & Papillomevirus.....cerinmssisrmmssresssmms 299  
 Infection génitale & Mycoplasmes .....nininnnn, 03  
 Mycose vulvo-vaginale ou candidose ..., 307  
 U L R y e e B e i 3 N  
 e 315  
 Vulvites de la petite fille non pubère.....cccoinn. 37  
 Pelvis  
 AR ININON <o v i b i e i i k¥4  
 B O R O et e e e e e S et 325  
 Endométriose : cas particulier de 'endométriase  
  
 NN O . o i i s B L o s M B e A 329  
 FirommiEs WIS covée e sreres s  
 crressressrrrersssrererssrsesssssssrsssnssesssnses 333  
 Kysta fonctionnel ovarien ... s 337  
 Situations cliniques particulidgres  
 Interruption volontaire de grossSesSe ..o vnienesnnsnnsnens 343  
 Méningiome et traitermants hormoname. ..o, 345

@@@ 8 @@@

## Sommaire

Thyroïde  
 Hyperthyroïdie en dehors de la grossesse ..., 349  
 Hyperthyroïdie et grossesse..... e EE  
 Hypothyroïdie en dehors de la grossesse ..... 357  
 Hypothyroïdie et grossesse SR 1} |  
 Troubles de la puberté  
 Puberté précoce. e ST  
 Retard pubertaire:icamsanannrann s animin e an  
 Troubles du cycle  
 Aménorrhées  
 Aménorrhée primaire sans impubéisme .....cccoocvevvriscvere:  
 379  
 Aménorrhée primaire avec impubéisme. ... 383  
 Aménorrhée secondaire sans signes d'hyperandrogénie ..... 387  
 Aménorrhée secondaire avec signes d'hyperandrogénie..... 393  
 Spanioménorrhée  
 Adénome hypophysaire ... A gt ORE  
 Anoraxia mentale ..... CRTEREI RPN i  
 Hyperprolactinémie ..... w409  
 Hypogonadisme hypng{:nadmmpe mngfimml ou an::quls ..... 415  
 Troubles des règles  
 Dysménorrhée.... o  
 Hémorragie génitale (en dehors de la grossesse).....ooceec... 425  
 Annexes  
 Contraceptions contraceptives disponibles  
  
 en France en 2022 e i  
 Contraception contraceptive et facteurs  
  
 de risque vasculaire... ST RT |\_-

Contraceptions pmgea-tames seules dlsp-nnlbles

en France en 2022..... e R

Les traitements hormonaux de la ménnpausa (RR- ..  
Tolérance du traitement hormonal de la mencpaus-& :

sigres d'hypo- ou d'hyperestrogénie ., 441

Wl

@@@ 9 @@@

Liste des abréviations,  
acronymes et sigles

ACTH : Adreno Cortico Tropic Hormaone

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

AM : anorexie mentale

AMH : Anti-Mullerian Hormone

AMM - autorisation de mise sur le marché

AMSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits  
de santé

ADMI : artériopathie obltérante des membres inférieurs

ARY : antirétroviral

ATS - antithyroidiens de synthase

ANVC : accident vasculaire cérébral

ANCI: accident vasculaire cérébral ischémique

BRCAT ; Breast Cancer 1

BRCAZ - Braast Cancer 2

BVM : bouffée vasomotrice

CFA : compte des follicules antraux

CNGOF : Cellége national des gynécologues et obstétriciens francais  
COP ; contraception cestroprogestative

CF : contraception progestative

CPEF : cantre de planification et d'éducation familiale

Cu ; quivre

DHEA : dehydroépiandrosterone

DIU : dispositif intra-utérin

DMO : densité minérale osseuse

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EE : éthimdestradio

ElA - Enzyme [mmunoassay

ELISA : Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

EP : embolie pulmonaire

EPIMAD : EPIdémiologie des MALadies inflammatoires du tube Digestif -  
Registre des maladies inflammatoires chroniques du tube digestif

EVA : Echelle visuelle analogique

FOR : facteur de risque

@@@ 10 @@@

Liste des abréviations, acronymes et sigles

FF : facteur favorisant

FIGO : Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

F5H : Follicle Stimulating Hormone

GEMWI : Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal

GEL : grossesse extra-utérine

GH : Growth Hormone

GnRH : Gonadotropin-Releasing Hormone

HAS : Haute autorité de santé

HCG - Human Chorionic Gonadotropin

HDL : High Density Lipoprotein

HH ; hypogonadisme hypogonadotrope

HPV : human papillomavirus

H3H : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

HTA : hypertension artérielle

HTAP : hypertension artérielle pulmonaire



HyFoSy : Hysterosalpingoe Foam Fonography

IO : infarctus du myocarde

IH5 : International Headacha Society

IMC ; indice de masse corporelle

InCa : Institut national du cancer

IOP : insuffisance ovarienne prématurée

IRM : imagerie par résonance magnétique

IRSM : inhibiteurs sélectifs de la sérotonine et de la noradrénaline

ISRS : inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine

IST : infection sexuellement transmissible

VG : interruption volontaire de grossesse

EMDy : Kisspeptin/Neurokinin B/Dynorphin

LARC ; Long-Acting Reversible Contraception

LDL : Low-Density Lipoprotein

LH : Luteinizing Hormone

LH-RH : Luteinizing Hormone-Releasing Hormone

LNG : levonorgestral

MAPA : mesure automatique de la pression artérielle

MC : maladie de Crohn

MICI : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

MJEM : New England Journal of Medicine

MCV% : numération formule sanguine

MS : Organisation mondiale de la santé

ORL : oto-rhino-laryngologie

PA - pression artérielle

PACAP : Pituitary Adenylate Cyclase-Activating Peptide

X

## Liste des abréviations, acronymes et sigles

PRIA : procréation médicalement assistée

PNDS : protocole national de diagnostic et de soins

PRL : predacting

R1 - recherche d'agglutinines irrégulières

RCH : rectocolite hémorragique

RCP - réunion de concertation pluriprofessionnelle

RésIST : Réseau d'entraide, soutien et informations sur la stérilisation tubaire

ROR : rougeole-oreillons-rubéole

RPR : Rapid Plasma Reagin

S4 : semaine d'aménorrhée

SDHEA : sulfate de déhydroépiandrostérone

SFE ; Société française d'endocrinologie

SEUM ; syndrome génito-urinaire de la ménopause

SHBG : Sex Hormone-Binding Globulin

SOPK : syndrome des ovaires polykystiques

SPRM : Selective Progesterone Receptor Modulator, « modulateur sélectif du récepteur de la progestérone »

TCA - temps de céphaline activée

THM : traitement hormonal de la ménopause

THS - traitement hormonal substitutif

TP : taux de prothrombine

TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutination Assay

TRAK : TSH-Rezeptor-Antikörper, « anticorps anti-récepteur de la TSH »

TSH : Thyroid-Stimulating Hormone

TSH ys : Thyroid-Stimulating Hormone ultrasensible

TVC : thrombophlébite cérébrale

TVP : thrombose veineuse profonde

VS - thrombose veineuse superficielle

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory

VEW : virus de varicelle-zona

X1

@@@ 12 @@@

@@@ 13 @@@

Contraception

@@@ 14 @@@

@@@ 15 @@@

Les différentes contraceptions

Contraception cestroprogestative

N RAPPELS B

Les contraceptions cestroprogestatives (COF) sont les méthodes contraceptives les plus utilisées en France. Elles associent un estrogène à une molécule progestative. L'estrogène le plus employé est l'éthinylestradiol (EE), plus rarement l'estradiol ou valérate d'estradiol, ou de façon plus récente l'estérotrol. Le progestatif varie selon sa date d'arrivée sur le marché. L'efficacité contraceptive des COP est très bonne et des bénéfices non contraceptifs sont souvent recherchés par les femmes (traitement de la dysménorrhée, du syndrome prémenstruel, etc). Cependant, elles ne sont pas dénuées de risque, principalement sur le plan cardiovasculaire [veineux et artériel). Aussi, la recherche des contre-indications doit précéder leur prescription et une surveillance attentive et régulière est impérative.

Objectif thérapeutique

» Efficacité contraceptive optimale : premier objectif.

\* Profiter des bénéfices non contraceptifs : traitement de la dysménorrhée, des ménorragies fonctionnelles, de l'acné, obtention d'une aménorrhée thérapeutique dans certaines pathologies ou circonstances de la vie, etc.

#### Les différentes COP

Il existe de très nombreuses COP sur le marché pour répondre aux besoins et à la tolérance variable selon les femmes (voir tableau),

» Différence selon les molécules estrogéniques ; EE principalement de 15 µg

ou 20 µg ou estradiol (1,5 mg) ou valérate d'estradiol (3 puis 2 puis 1 mg) ou estétrol 14,2 mg

» Différence selon les molécules progestatives : COP contenant du lévonorgestrel (2<sup>e</sup> génération) ou du norgestimate à privilégier en première intention

du fait de leur moindre risque thromboembolique,

» Différence selon le contenu en hormones tout au long de la plaquette ; monophasique, biphasique, triphasique, quadraphasique.

@@@ 16 @@@

#### Contraception

» Différence selon le schéma proposé : prise 21 jours sur 28 avec une semaine de pause, 28 jours sur 28 avec une semaine de comprimés placebo ou 2 ou 4 comprimés pour les pilules contenant de l'estradiol, en continu ou tous les comprimés sont actifs.

\* Différence selon la voie d'administration : orale, vaginale sous forme d'anneaux, cutanée sous forme de patch.

#### B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT IES-

Bilan avant prescription de toutes les COP

\* Interrogatoire :

- histoire gynécologique : cycles, règles, grossesse, antécédents gynécologiques, etc.;

- recherche d'antécédents personnels contre-indiquant les COP à événement vasculaire artériel ou veineux, carcinologique, maladies hormonodépendantes;

- recherche d'antécédents familiaux imposant une vigilance particulière événement vasculaire artériel ou veineux, principalement;

- pathologie chronique ou prise médicamenteuse pouvant interférant avec les COP;

- facteurs de risque cardiovasculaire classiques (cf. Annexes, fiche « Facteurs de risque vasculaire »), notamment migraines avec aura et nouveaux facteurs de risque émergents (JOPK, HTA gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel, etc.).

» Examen clinique :

- taille, poids, calcul de l'IMC, prise de pression artérielle indispensable à chaque consultation;

- examen péhden (non obligatoire pour la première consultation, cf. fiche dédiée) avec mise 3 jours des frottis selon les recommandations;

- EXEMEN Mammaire;
- appréciation de l'état cutané;
- contrôle de l'état veineux.

= Examens biologiques, au cas par cas :

- glycémie et lipides & discuter si facteurs de risque personnel (surpoids ou troubles alimentaires) ou familial (diabète, dyslipidémie, antécédent vasculaire artériel);

- bilan de thrombophilie uniquement en cas d'antécédent familial (au 1<sup>er</sup> degré avant 30 ans).

4

@@@ 17 @@@

Contraception estroprogestative

» Examens radiologiques, le plus souvent inutiles ;

- échographie péhienne : au moindre doute à l'interrogatoire ou lors de l'examen pelvien;

- échographie mammaire en cas d'anomalie clinique.

I PRESCRIPTIONS

La contraception impose une excellente utilisation pour pouvoir assurer

une efficacité optimale. Aussi, la prescription et le mode d'emploi doivent être enseignés avec précision tout comme la conduite à tenir en cas d'erreur d'utilisation de la COP.

## Ordonnance

### COP par voie orale

» EE 20 ou 30 µg + lévonorgestrel 100 ou 150 µg : 1 cp/j pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp placebo.

- A débuter le premier jour des règles idéalement ou dans les 5 premiers jours du cycle ou 3 n'importe quel moment du cycle (méthode Quick Start où la protection contraceptive est effective seulement après 7 jours).
- Possibilité de prescrire des plaquettes de 28 cp (21 actifs et 7 placebos) pour éviter les erreurs de reprise d'une nouvelle plaquette,
- Respecter l'horaire de prise : en cas d'oubli, le comprimé doit être pris dans les 12 heures pour garder l'efficacité contraceptive.
- En cas d'oubli de moins de 12 heures : pas de recommandations spécifiques.
- En cas d'oubli d'un comprimé de plus de 12 heures, rattraper dès que possible le comprimé oublié et poursuivre la plaquette normalement :
  - » Si oubli durant les 7 premiers jours de la plaquette (risque maximal) : associer une contraception par préservatifs durant 7 jours et utiliser une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel dans les 3 jours précédant l'oubli;
  - » Si oubli en milieu de plaquette ; en théorie pas de précaution supplémentaire, préservatifs possible pendant 7 jours par prudence;
  - » Si oubli dans les 7 derniers jours de la plaquette (risque minime) ; enchaîner 2 plaquettes sans faire la pause habituelle des 7 jours ou supprimer les comprimés placebo;

» au moindre doute, prise d'une contraception d'urgence.

>

@@@ 18 @@@

## Contraception

- En cas de vomissements ou de diarrhées profuses dans les heures après l'ingestion du comprimé
  - = reprendre 1 cp dès que possible;
  - » Si ce délai dépasse 12 heures, la conduite est la même qu'en cas d'oubli,
- Remboursée par "Assurance maladie".
- \* EE 35 µg + norgestimate 250 µg (plaquette monophasique) ou norgestimate de 180 à 250 µg (pour la pilule triphasique) : 1 cp/j pendant 21 jours sur 28

A proposer d'emblée en cas d'absence importante ou après une COF contenant du lévonorgestrel en 2 intentions.

- \* Si intolérance aux 2 premiers schémas
- EE 15 & 35 µg + autre progestatif : gestodine, désogestrel, acétate de chlormadinone, drospirénone, diénogest.

- ~ Valérate d'estradiol e 33 1 mg + didnogest 2 et 3mg: quadriphasique.
- Estradiol 1,5 mg + acétate de nomégestrol 2,5 mg : monophasique.
- Estétrol 14,2 mg + drospirénone 3 mg : monophasique,
- Mon remboursée par [l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles,
- Conduite & tenir en cas d'oubli identique & celle décrite plus haut.

COP par voie vaginale

- EE 2,7 mg (15 pg/j) + étonogestrel 11,7 mg (120 pa/j) :
- un anneau vaginal & introduire dans le vagin le premier jour des règles et à retirer 3 semaines après;
  - l'anneau se garde 3 semaines sur 4 dans le vagin;
  - il peut être retiré le temps d'un rapport sexuel et remplacé dans un délai maximal de 3 heures;
  - en cas d'oubli du retrait après les 3 semaines d'utilisation, l'efficacité se maintient sur 7 jours supplémentaires;
  - en cas d'oubli d'insertion d'un nouvel anneau à la date prévue, il doit être inséré dès que possible mais une contraception par préservatifs doit être associée durant 7 jours;
  - non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.
- >

@@@ 19 @@@

Contraception estroprogestative

COP par voie cutanée

- « EE 600 pg (33,9 pg/j) + norelgestromine 0,02 mg (203 pg/j) : un patch # appliquer sur une peau sèche et [coller le premier jour des règles (possible jusqu'au 5 jour) et à changer une fois par semaine 3 fois (21 jours de patch) puis pause d'une semaine,
- \* En cas d'oubli de retrait du patch après les 7 jours :
  - si le patch reste actif encore durant 1 & 2 jours, passé ce délai il doit être retiré et un nouveau patch apposé dès que possible;
  - les préservatifs doivent être utilisés dans les 7 jours qui suivent;
  - en cas de rapports sexuels dans les 5 jours précédents, une contraception d'urgence doit être utilisée dès que possible.
  - \* En cas d'oubli de mise en place d'un nouveau patch après les 7 jours de pause :
  - le nouveau patch sera placé dès que possible;
  - une contraception par préservatifs sera associée durant 7 jours;
  - en cas de rapports sexuels dans les 5 jours précédents, une contraception d'urgence doit être utilisée dès que possible.
  - \* En cas d'oubli de décollement du patch :
  - le recoller dès que possible s'il adhère encore sinon en remettre un

POUVESU

- 5'il 5'est décollé plus de 24 h, la conduite & tenir est la même qu'en cas d'oubli.

Mon remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

Règles hygiénodietétiques

» Adopter une alimentation équilibrée afin d'éviter toute prise de poids.  
» Arrêter, voire diminuer, le tabac et tous les autres produits toxiques.

@@@ 20 @@@

Contraception

I SURVEILLANCE &

Première consultation de suivi à 3 mois

Cette première consultation est essentielle car elle permet de ;

- s'assurer de la bonne utilisation de la méthode prescrite;

- vérifier la parfaite tolérance clinique :

« & l'interrogatoire © céphalées, mastodynies, saignements anormaux, nausées etc,

» prise de poids et pression artérielle (indispensable à chaque consultation de suivi,

» palpation mammaire,

= état cutané, veineux, hépatique,

« examen pelvien (si patiente non vierge);

= modifier la contraception si mauvaise tolérance :

« changement du type de pilule,

= changement de voie d'administration de la COP,

+ changement de stratégie contraceptive pour une contraception progestative pure (CP) ou contraception intra-utérine si les COP sont contre-indiquées ou mal tolérées;

- contrôler les paramètres métaboliques sanguins : glycémie, bilan

lipidique

à 3 au 6 mois;

- dépister de nouvelles pathologies ou prise médicamenteuse qui

pourraient

imposer de modifier la stratégie contraceptive.

Consultations ultérieures 1 fois/an

Une consultation de suivi annuelle est habituellement suffisante en

l'absence

de nouveaux symptômes, Elle permet de :

- s'assurer de la bonne utilisation de la méthode utilisée, la modifier si besoin;

- vérifier la parfaite tolérance clinique selon les mêmes modalités que la



première consultation;

- contrôler les paramètres métaboliques tous les 5 ans en l'absence de pathologie, symptômes ou prise de poids ou nouvel antécédent familial vasculaire ou métabolique;

- reconduire la prescription pour un an ou la modifier en cas de mauvaise utilisation, de souhait de la femme ou de survenue d'effets indésirables.

@@@ 21 @@@

Contraception progestative  
par voie orale

## B RAPPELS

Les contraceptions progestatives (CP) sont le plus souvent utilisées lorsque les estrogènes sont contre-indiqués ou non souhaités. Elles ne contiennent qu'une molécule progestative administrée par voie orale, sous-cutanée, intra-utérine ou intramusculaire. L'efficacité contraceptive des CP par voie orale est équivalente à celle des COP pour la même voie d'administration. Elles sont dénuées de risque thromboembolique et cardiovasculaire permettant une stratégie contraceptive pour les femmes 35 ans ou plus. Cependant, des effets indésirables, notamment en termes de tolérance gynécologique, en limitent parfois la prescription.

Objectif thérapeutique

» Efficacité contraceptive optimale : premier objectif.

\* Profiter des bénéfices non contraceptifs : traitement de la dysménorrhée, des ménorragies fonctionnelles, parfois obtention souhaitée d'une aménorrhée thérapeutique dans certaines pathologies.

= Éviter la mauvaise compliance en expliquant les effets indésirables possibles souvent réversibles spontanément en quelques mois.

## BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Bilan avant toute prescription.

\* Interrogatoire :

= histoire gynécologique : cycles, règles, grossesse, antécédents gynécologiques, etc.;

= recherche d'antécédents personnels : thromboembolique, cardiovasculaire, mais surtout cancéreux ou maladies hormono-dépendantes pou-

vant en contre-indiquer l'utilisation;

- pathologie chronique;

- prise médicamenteuse pouvant interférer avec les CP,

\* Examen clinique :

- taille, poids, calcul de IIMC, prise de pression artérielle;

@@@ 22 @@@

## Contraception

- examen pelvien non obligatoire pour la première consultation, voir fiche

dédiée] avec mise 3 jours des contraceptifs selon les recommandations;

= EXAMEN MAMMAIRE ;

- appréciation de l'état cutané.

\* Prévenir la femme de la fréquence des troubles du cycle avec saignements

anormaux (qui régressent souvent en quelques mois) ou d'une aménorrhée fréquente en expliquant son mécanisme (atrophie endométriale).

## I PRESCRIPTIONS

La contraception progestative par voie orale impose une excellente utilisation par la femme pour pouvoir assurer une efficacité optimale.

Aussi,

sa prescription et le mode d'emploi doivent être enseignés avec précision tant comme la conduite à tenir en cas d'erreur d'utilisation de la CP.

## Ordonnance

CP par voie orale

\* Lévonorgestrel 30 µg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28 jours (remboursé).

~ A débuter le premier jour des règles ou à n'importe quel moment du cycle (méthode Quick Start où la protection contraceptive est effective seulement après 7 jours).

- Respecter l'horaire de prise : en cas d'oubli, le comprimé doit être pris dans les 3 heures pour garder l'efficacité contraceptive.

- En cas d'oubli de moins de 3 heures : pas de recommandations spécifiques.

En cas d'oubli de plus de 3 heures :

se rattraper dès que possible le comprimé oublié,

= poursuivre la plaquette normalement,

» associer une contraception par préservatifs durant 7 jours et utiliser une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.

- En cas de vomissement ou de diarrhées profuses dans les heures

après l'ingestion du comprimé :  
= reprendre un comprimé dès que possible,  
= 5 jours délai dépasse 3 heures, la conduite est la même qu'en cas  
d'oubli. o

10

@@@ 23 @@@

#### Contraception progestative par voie orale

= Désogestrel 75 µg/l : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28 (remboursé).  
- En cas d'oubli de moins de 12 heures : pas de recommandations  
spécifiques.  
- En cas d'oubli de plus de 12 heures :  
se rattraper dès que possible le comprimé oublié,  
= poursuivre la plaquette normalement,  
\* AESOCIET UNE contraception par préservatifs durant 7 jours et utiliser  
une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel dans les  
5 jours précédant l'oubli,  
- En cas de vomissement ou de diarrhées profuses dans les heures  
après l'ingestion du comprimé :  
» reprendre un comprimé dès que possible,  
«si ce délai dépasse 12 heures, la conduite est la même qu'en cas  
o',  
» Drospirénone 4 mg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28 (non remboursé).  
- A débuter le premier jour des règles ou 3 jours importe quel moment du  
cycle (méthode Quick Start où la protection contraceptive est effective  
seulement après 7 jours),  
~ Bien suivre l'ordre de la plaquette : 24 op actifs, 4 op placebo.  
- Respecter l'horaire de prise ; en cas d'oubli, le comprimé doit être  
pris dans les 24 heures pour garder l'efficacité contraceptive.  
- La conduite à tenir en cas d'oubli est la même que pour la contracep-  
tion contenant du désogestrel, mais le délai est de 29 heures.

#### Règles hygiéno-diététiques

» Adopter une alimentation équilibrée afin d'éviter toute prise de poids.

# Arrêter, voire diminuer, le tabac et tous les autres produits toxiques  
reste  
toujours recommandé.

#### B SURVEILLANCE

Première consultation de suivi à 3 mois pour la contraception  
progestative orale

Cette première consultation est essentielle car elle permet de -  
- s'assurer de la bonne utilisation de la méthode prescrite;

R

@@@ 24 @@@

## Contraception

= vérifier la parfaite tolérance clinique :

« à l'interrogatoire : céphalées, mastodynies, nausées, acné, saignements utérins anormaux, irrégularité du cycle, aménorrhée, troubles de l'humeur ou de la libido, etc,

« 5'assurer de l'acceptation de l'aménorrhée fréquemment observée parfois mal acceptée par la femme,

» prise de poids, & pression artérielle non modifiée par la CP,

\* palpation mammaire,

« examen pelvien (si patiente non vierge);

- modifier la contraception si intolérance -

+ changement de pilule progestative,

= changement de voie d'administration de la CP si nécessaire,

«changement de stratégie contraceptive pour une contraception intra-utérine au cuivre,

- aucun contrôle biologique n'est nécessaire;

- dépister de nouvelles pathologies ou prise médicamenteuse qui pourraient

imposer de modifier la stratégie contraceptive.

## Consultations ultérieures 1 fois/an

Une consultation de suivi annuelle est habituellement suffisante en l'absence

de nouveaux symptômes, Elle permet de :

- 5'assurer de la bonne utilisation de la méthode prescrite;

= vérifier la parfaite tolérance clinique selon les mêmes modalités que la première consultation;

- reconduire la prescription pour un an ou la modifier en cas de mauvaise utilisation, de souhait de la femme ou de survenue d'effets indésirables.

## I NOTES PERSONNELLES

12

@@@ 25 @@@

Contraception progestative  
par voie sous-cutanée

## B RAPPELS

La contraception progestative (CP) par implant fait partie des contraceptions utilisables lorsque les astragènes sont contre-indiqués ou non souhaités. Cette contraception fait partie des contraceptions dites de longue durée d'action (LARC) - implant et dispositif intra-utérin, Uefhicacité contraceptive st supérieurs pour les LARC par rapport & la voie orale. Elle est dénuée de risque vasculaire ou métabolique, permettant une stratégie contraceptive pour les femmes & risque. Cependant, des effets indésirables, notamment an termes de tolérance gynécologique, en limitent parfois la prescription.

#### Objectif thérapeutique

» Efficacité contraceptive optimale : prermier objectif.

\* Profiter des bénéfices non contraceptifs ; traitement de la dysménomhée, das ménorragies fonctionnelles ou, parfois obtention d'une aménorrhée thérapeutique dans certaines pathologies.

\* Ameliorer 'observance optimale avec cette voie d administration en expli-

quant les effets indésirables possibles itroubles du cycle) souvent réversibles spontanément en quelques mois.

#### BN FRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

Bilan avant toute prescription.

\* Interrogatoire ;

- histaire gynécologique : cycles, règles, grossesse, antécédents gynécolo- Qiques, etc.;

--recherche d'antécédents personnels - thromboembolique, cardiovasculaire, mais surtout carcinologique ou maladies hormono-dépendantes pouvant en contre-indiquer Mutilisation;

- pathologie chronique ou prise médicamenteuse pouvant interférant avec les CF

» Examen clinique :

- taille, poids, calcul de FIMC, prise de pression artérielle;

- gxamen patvien (non obligatoire pour la premiène consultation, voir fiche dadiéa) avec mise a jour des frottis selon les recommandations;

## Contraception

= EXaMen mammaire;

- appréciation de l'état cutané.

\* Prévenir la femme de la fréquence des troubles du cycle avec saignements anormaux (qui régressent souvent en quelques mois) ou d'une aménorrhée fréquente en expliquant son mécanisme (atrophie endométriale).

## T PRESCRIPTIONS

### Ordonnance

Implant contraceptif (58 mg d'étonogestrel) : 1 boîte.

\* Prévoir un rendez-vous pour l'insertion en début de cycle ou immédiatement en relais d'une autre contraception.

\* Si la contraception actuelle entraîne une aménorrhée, un test de grossesse sera réalisé dans les 48 h avant insertion,

\* Insertion en sous-cutané strict, à la face interne du bras non dominant, entre J1 et J5, par un praticien ayant bénéficié d'une formation spécifique.

\* En cas d'insertion en relais d'une autre contraception, l'insertion se fait le lendemain de l'arrêt du dernier cp actif d'une COP, ou n'importe quel jour en relais immédiat d'une autre CFP.

\* En cas d'insertion plus tardive dans le cycle ou en relais d'une autre contraception, une contraception par préservatif doit être associée durant 7 jours.

\* Son efficacité dure 3 ans mais il peut être étendue n'importe quand en cas de désir de grossesse ou d'effets indésirables.

\* L'implant doit être facilement palpé en sous-cutané immédiat par le praticien et la femme elle-même.

\* Remboursée par l'Assurance maladie.

### Règles hygiénodététiques

\* Adopter une alimentation équilibrée afin d'éviter toute prise de poids.

\* Arrêter, voire diminuer, le tabac et tous les autres produits toxiques restes toujours recommandés.

@@@ 27 @@@

Contraception progestative par implant sous-cutané

## I SURVEILLANCE

Première consultation de suivi à 3 mois pour la contraception progestative par implant

Cette première consultation est essentielle car elle permet de :

- vérifier la parfaite tolérance clinique ;
- « 3 l'interrogatoire | céphalées, mastodynies, nausées, acné, saignements utérins anormaux, douleurs pelviennes, st
- « prise de poids, pression artérielle (non modifiée par la CP),
- « 3 l'examen clinique pelvien et mammaire,
- « contrôle du bon positionnement de l'implant immédiatement en sous-cutané,
- « palpation mammaire;
- modifier la contraception en cas de mauvaise tolérance
- «sauf si des symptômes sont importants, il est habituel de se donner 6 mois de surveillance car des effets indésirables mineurs comme des saignements anormaux régressent plus souvent dans ce délai,
- » changement de voie d'administration de la CP,
- «changement de stratégie contraceptive pour une contraception intra-utérine au cuivre;
- aucun contrôle biologique n'est nécessaire;
- dépister de nouvelles pathologies ou prise médicamenteuse qui pourraient
- impacter la modifier la stratégie contraceptive.

Consultations ultérieures, 1 fois/an

Une consultation de suivi annuelle est habituellement suffisante en l'absence

de nouveaux symptômes. Elle permet de :

- contrôler par palpation le bon positionnement de l'implant;
- = vérifier la parfaite tolérance clinique selon les mêmes modalités que la première consultation,
- = changer d'implant contraceptif ou du DIU-LNG, si la méthode convient tous les 3 à 5 ans selon le dispositif utilisé.

## I NOTES PERSONNELLES

15

@@@ 28 @@@

## Contraception

@@@ 29 @@@

### Contraception progestative injectable

#### B RAPPELS N

La contraception progestative (CP) injectable par voie intramusculaire est peu utilisée en France, Elle contient une molécule progestative [acétate de médroxyprogestérone) administrée trimestriellement. A l'inverse de toutes les autres contraceptions progestatives seules, elle augmente le risque thromboembolique veineux.

#### Objectif thérapeutique

- » Efficacité contraceptive.
- » Facilité d'utilisation.

#### I PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT -

Bilan avant toute prescription.

##### \* Interrogatoire :

- histoire gynécologique : cycles, règles, grossesse, antécédents gynécologiques, etc.;

- recherche d'antécédents personnels - thromboembolique, cardiovasculaire, mais surtout carcinologique ou maladies hormono-dépendantes pouvant en contre-indiquer l'utilisation;

- pathologie chronique ou prise médicamenteuse pouvant interférer avec les CP:

- recherche de l'ensemble des facteurs de risque vasculaire.

##### \* Examen clinique :

- taille, poids, calcul de FIMC, prise de pression artérielle;

- examen péhien (non obligatoire pour la première consultation, voir fiche dédiée) avec mise à jour des frottis selon les recommandations;

- EXAMEN Mammaire;

- appréciation de l'état cutané.



\* Examens biologiques : bilan métabolique, si antécédent familial.

\* Prévenir la femme de la fréquence des troubles du cycle avec saignements anormaux (qui régressent souvent en quelques mois) ou d'une aménorrhée fréquente en expliquant son mécanisme (atrophie endométriale).

17

@@@ 30 @@@

Contraception

B PRESCRIPTIONS -

Ordonnance

\* Acétate de médroxyprogestérone 150 mg/2 mL 3 administrer en intramusculaire profond tous les 3 mois ; 1<sup>re</sup> injection entre J1 et J5 puis toutes les 12 semaines & réaliser par une infirmière.

\* En relais d'une autre contraception œstroprogestative, l'injection est pratiquée dès le lendemain de l'arrêt de la COR

\* En relais d'une contraception progestative, l'injection se fait n'importe quel jour en relais immédiat d'une CF; en cas d'aménorrhées, un test de grossesse est souhaitable,

\* En cas d'injection plus tardive dans le cycle ou en relais d'une autre contraception, des préservatifs doivent être associés durant 7 jours.

\* Remboursée par l'Assurance maladie.

Règles hygiéno-diététiques

\* Adopter une alimentation équilibrée afin d'éviter toute prise de poids.

» Arrêter, voire diminuer, le tabac et tous les autres produits toxiques  
reste toujours recommandés.

I SURVEILLANCE -

Première consultation de suivi 8-3 mois

Cette première consultation est essentielle car elle permet de :

- s'assurer de la bonne utilisation de la méthode prescrite;

- vérifier la parfaite tolérance clinique :

+ à l'interrogatoire : céphalées, mastodynies, nausées, acné, saignements

utérins anormaux, rythmicité du cycle, aménorrhée, troubles de l'humeur ou de la libido, lourdeur des membres inférieurs, etc.,  
= 5'gasyrer de l'acceptation de "aménorrhée fréquemment observée parfois mal acceptée par la femme,  
= prise de poids, et pression artérielle,  
« palpation mammaire,  
= BEAMEN pelvien à 5i patiente non vierge);

18

@@@ 31 @@@

#### Contraception progestative injectable

- modifier la contraception si mauvaise tolérance ;
- déépister de nouvelles pathologies ou prise médicamenteuse qui pourraient imposer de modifier la stratégie contraceptive.

#### Consultations ultérieures 1 fois/an

Une consultation de suivi annuelle est habituellement suffisante en l'absence de nouveaux symptômes. Elle permet de :

- s'assurer du bon rythme des injections;
- vérifier la parfaite tolérance clinique selon les mêmes modalités que la première consultation;
- reconduire la prescription si bonne tolérance en s'assurant de l'absence de facteurs de risque vasculaire intercurrent.

IS NOTES PERSONNELLES N

@@@ 32 @@@

#### Contraception

@@@ 33 @@@

Contraception progestative  
intra-utérine

## B RAPPELS N

La contraception progestative (CP) par voie intra-utérine fait partie des contraceptions dites de longue durée d'action (LARC) : implant et dispositif intra-utérin. Son efficacité contraceptive est supérieure 3 celle des COP par voie orale. Elle est dénuée de risque vasculaire et métabolique permettant une stratégie contraceptive pour les femmes à risque. Cependant, des effets indésirables, notamment en termes de tolérance gynécologique, en limitent parfois la prescription.

### Objectif thérapeutique

» Efficacité contraceptive optimale | premier objectif.

\* Profiter des bénéfices non contraceptifs : traitement de la dysménorrhée, des ménorragies fonctionnelles, parfois obtention d'une aménorrhée thérapeutique dans certaines pathologies (endométriose adénomyose par exemple),

\* Eviter la mauvaise compliance en expliquant les effets indésirables possibles souvent réversibles spontanément en quelques mois.

## B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

Bilan avant toute prescription.

\* Interrogatoire :

- histoire gynécologique : cycles, règles, grossesse, antécédents gynécologiques, etc;

- recherche d'antécédents personnels : thromboembolique, cardiovasculaire, mais surtout carcinologique ou maladies hormono-dépendantes pouvant en contre-indiquer l'utilisation;

- pathologie chronique ou prise médicamenteuse pouvant interférer avec les CP;

- recherche d'une connaissance d'une malformation de la cavité utérine  
- recherche d'une exposition au DES.

3

@@@ 34 @@@

Contraception

» Examen clinique :

- taille, poids, calcul de l'IMC, prise de pression artérielle;
- examen pelvien (non obligatoire pour la première consultation), avec mise à jour des frottis selon les recommandations;

= Examen MBMMIing;

- appréciation de l'état cutané.

\* Prévenir la femme de la fréquence des troubles du cycle avec saignements anormaux (qui régressent souvent en quelques mois) ou d'une amenorrhée fréquente en expliquant son mécanisme (atrophie endométriale),

#### I PRESCRIPTIONS

Le réservoir de progestatif peut contenir 3 doses : 52 mg, 19,5 mg ou 13,5 mg. Le plus petit est réservé pour les utérus de petite taille (nulligestes).

#### Ordonnance

Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel dosé 52 mg ou 19,5 mg chez les femmes ayant déjà eu un enfant et 13,5 mg chez les nulligestes.

\* Prévoir un rendez-vous pour l'insertion en début de cycle ou immédiatement en l'absence d'une autre contraception.

\* Insertion doit être réalisée entre J1 et J5, par un praticien ayant bénéficié d'une formation spécifique.

\* Si la contraception précédente entraîne une aménorrhée, un test de grossesse sera réalisé dans les 48 h avant l'insertion.

Il peut être utile de prendre un antispasmodique avant l'insertion (phloroglucine, 2 cp la veille au soir et 2 ep 1 heure avant l'insertion du DiL.

\* Prévenir votre praticien rapidement en cas de douleurs, saignements anormaux ou pertes inhabituelles.

\* L'efficacité est de 3 ans pour le plus petit des trois DIU-LNG et de 5 ans pour les deux autres mais il peut être testé n'importe quand en cas de désir de grossesse ou d'effets indésirables.

\* Remboursée par l'Assurance maladie.

| =

&2

@@@ 35 @@@

Contraception progestative intra-utérine

B SURVEILLANCE

Première consultation de suivi 3 1 ou 2 mois

Cette première consultation est essentielle car elle permet de :

- vérifier la parfaite tolérance clinique :

- « & l'interrogatoire : céphalées, mastodynies, douleurs péhienues, nau-  
sées, acnd, saignements utérine anormaux, dyspareunia, etc.,

- « prise de poids, pression artérielle non modifiée par les CF,

- « analyse des saignements gynécologiques, avec aménorrhée fréquente  
liée & l'atrophie endométriale,

- « i l'examen clinique péhien : contrdle des fils du DIU qui seront  
recoupés

- si besoin,

- \* EXAMEN Mammaire;

- modifier la contraception &n cas de mauvaise tolérance

- « des douleurs importantes peuvent justifier de l'ablation du DIU dès  
cette

- première visite de contrdle,

- «Si les symptdmes sont peu importants, il est habituel de se donner  
& mois de surveillance car des effets indésirables mineurs comme des  
saignements anormaux régressent le plus souvent dans ce délai,

- « changement de voie d'administration de la CF,

- = changement de stratégie contraceptive pour une contraception intra-  
utérine au cuivre,

- = aucun contrile biologique n'est nécessaire;

- dépister de nouvelles pathologies ou prise médicamenteuse qui  
pourraient

- impaser de modifier la stratégie contraceptive.

Consultations ultérieures 1 fois/an

Une consultation de suivi annuelle est habituellement suffisante en  
l'absence

de nouveaux symptômes. Elle permet de :

- confirmer par l'examen gynécologique le bon positionnement d'un DIU-  
LNG (fils en place);

23

@@@ 36 @@@

Contraception

= vérifier la parfaite tolérance clinique selon les mêmes modalités que la première consultation;  
= changer du DIU-LNG, si la méthode convient tous les 3 à 5 ans selon le dispositif utilisé.

IS NOTES PERSONNELLES N

@@@ 37 @@@

Contraception intra-utérine au cuivre

B RAPPELS S

Le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU-Cu) fait partie des contraceptions dites de longue durée d'action (LARC) lesquelles associent implant et dispositifs intra-utérins. Son efficacité contraceptive est supérieure à celle des COP par voie orale. Il s'agit de la seule stratégie contraceptive efficace ne comprenant pas d'hormone, de plus en plus adoptée par les jeunes générations. Cette contraception reste encore la plus utilisée après les grossesses. Elle est, bien sûr, dénuée de risque vasculaire et métabolique offrant une possibilité contraceptive pour les femmes à risque vasculaire. Elle représente la seule option contraceptive efficace en cas de pathologie hormonodépendante contre-indiquant toute contraception hormonale. Quelques effets indésirables, notamment en termes de tolérance gynécologique, en limitent parfois la prescription.

Objectif thérapeutique

\* Efficacité contraceptive optimale : premier objectif.

» Éviter la mauvaise compliance en expliquant les effets indésirables possibles souvent réversibles spontanément en quelques mois.

I PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT —

Faire un bilan avant prescription.

\* Interrogatoire :

— histoire gynécologique : cycles, règles (en particulier abondance, durée et dysménorrhée), grossesse, antécédents gynécologiques, etc.

- recherche d'antécédents personnels : pathologie cardiaque à risque d'endocardite par exemple, maladie hormonodépendante ou vasculaire, maladie de Wilson;
- pathologie chronique ou prise médicamenteuse pouvant augmenter l'abondance des saignements ou minimiser l'efficacité contraceptive;
- recherche de la notion de malformation utérine;
- recherche d'une exposition au DES.

» Examen clinique :

- taille, poids, calcul de IMC, prise de pression artérielle;

25

@@@ 38 @@@

## Contraception

- examen pelvien : non obligatoire pour la première consultation mais indispensable s'il existe un souhait de contraception intra-utérine, avec mise à jour des pratiques selon les recommandations;
- BxEmMeEn mammaire,
- \* Prévenir la femme de la possibilité de règles plus abondantes, et parfois plus longues, principal inconvénient de cette contraception.

## B PRESCRIPTIONS B

Le choix du type de DIU-Cu dépend principalement de la taille utérine, en particulier pour les femmes n'ayant pas eu d'enfants ayant donc un petit utérus.

## Ordonnance

### Dispositif intra-utérin au cuivre

Un dispositif intra-utérin comprenant un fil de cuivre de 380 mm?, standard (adapté pour les femmes ayant eu des enfants) ou short (petit utérus, nulligeste en particulier) :

- ~ soit en forme de T (LT, NT, TT), remboursé;
- soit en forme d'arc (MLCu), remboursé;
- soit en forme sphérique (Ballering; surface de cuivre 300 mm² non remboursée).
- \* Privilégier un rendez-vous pour l'insertion pendant ou juste après les règles ou immédiatement en relais d'une autre contraception (cf. fiche

« Contraception : oublis, relais #),  
 \* Insertion doit être réalisée entre J1 et J5, par un praticien ayant  
 bénéficié d'une formation spécifique.  
 \* Si la contraception précédente entraîne une aménorrhée, un test de  
 grossesse sera réalisé dans les 48 h avant l'insertion.  
 \* La prescription chez les femmes < 25 ans ou ayant eu des partenaires  
 multiples impose au préalable d'un contrôle bactériologique vaginal pour  
 éliminer une éventuelle infection à bas bruit.

=

@@@ 39 @@@

Contraception intra-utérine au cuivre

Il peut être utile de prendre un antispasmodique avant l'insertion :  
 hleroglucinol

- 2 cp la veille au soir et 2 cp 1 heure avant l'insertion du DIU.

- Informer la femme de la nécessité de prévenir le praticien rapidement

en cas de douleurs, saignements anormaux ou pertes inhabituelles.

o L'efficacité est de 5 ans pour la plupart des types de DIU, certains  
 allant

même jusqu'à 10 ans (forme TT). Il peut être déconseillé quand en cas  
 de désir de grossesse ou d'effets indésirables.

Règles hygiéno-diététiques

Adopter une contraception mécanique associée (préservatif) en cas de  
 rapports avec un ou des partenaires occasionnels.

[ SURVEILLANCE

Première consultation de suivi 3 à 6 ou 12 mois

Cette première consultation est essentielle car elle permet de -

- vérifier la parfaite tolérance clinique :

« et l'intolérance : douleurs pelviennes, saignements utérins anormaux,  
 dyspareunie, etc.,

« analyse des saignements gynécologiques, existence de ménorragies,  
 dysménorrhée,

« 3 examens cliniques pendant : contrôle des fils du DIU qui seront  
 recouverts

si besoin,

» examen mammaire et clinique habituelle (poids, PA, etc);

- modifier la contraception en cas de mauvaise tolérance :

« des douleurs importantes peuvent justifier de l'ablation du DIU dès  
 cette

première visite de contrôle,



Si les symptômes sont peu importants, il est habituel de se donner 6 mois de surveillance car des effets indésirables mineurs comme des saignements anormaux régressent le plus souvent dans ce délai;

- aucun contrôle biologique n'est nécessaire;
- dépister de nouvelles pathologies ou prise médicamenteuse qui pourraient

imposer de modifier la stratégie contraceptive.

i)

@@@ 40 @@@

## Contraception

Consultations ultérieures 1 fois/an

Une consultation de suivi annuelle est habituellement suffisante en l'absence de nouveaux symptômes. Elle permet de :

- contrôler par l'examen gynécologique le bon positionnement du DIU-Cu (fils en place);
- vérifier la parfaite tolérance clinique selon les mêmes modalités que la première consultation;
- changement du DIU-Cu, si la méthode convient tous les 5 ans (ou 10 ans) selon le dispositif utilisé.

IS NOTES PERSONNELLES

@@@ 41 @@@

## Contraception définitive

### I RAPPELS

La contraception dite « définitive » est par définition une méthode de contraception irréversible. Elle peut concerner l'homme ou la femme. Elle est régie par une législation très précise qui doit être connue afin d'engager le processus dans les délais légaux. L'indication doit donc être soignée et réfléchie et discutée avec les deux membres du couple afin de définir celui qui optera pour cette stratégie. Il est intéressant, lorsque la femme a

une pathologie lourde, da préférer 'option masculine. En effet, la vasecto-  
mie peut être réalisée facilemeant lors d'une anesthésie locale [ou générale)  
alors que la contraception définitive impose une I'anesthésie générale  
chaz  
la femme.

## I LES TECHNIQUES .

### Féminine

Elle nécessite une anesthésie générale puisque la voie d'abord est coelios-  
copique. Elle consiste soit en une ligature ou pose d'un dip sur les deux trompes, empêchant [a rencontre de l'ovocyte avec un spermatozoïde. | est maintenant habituel de sectionner les trompes et plus récemmant d'effec-  
tuer une salpingectomie ce qui minimiserait très probablement le risque de  
cancer de l'ovaire ultérieur, Les études pour démontrer cette hypothèse sont  
en cours. Lefficacte estimmediate. Cette méthode est remboursée.

### Masculine (vasectomie)

Elle nécessite une anestheésie locale ou générale. La voie d'abord est cutange  
au niveau des bourses et consiste 4 la ligature-section des deux canaux déférents. A l'inverse de |a ligature des trompes, l'efficacité est différée  
(3 mois) car le stock des spermatozoïdes présents lors de la ligature des délérents doit &tre épuisé. |l est nécessaire de contrdler l'absence de sper-  
matozoïdes 4 3 mois (azoospenmie sur un spermogramme). Cette méthode a l'avantage d'offrir la possibilité de cryconservation du sperme avant le  
geste chirurgical, Cette methode est remboursée.

@@@ 42 @@@

## Contraception

Figure - Algorithme de la procédure de réalisation d'une contraception définitive.

1\* demande  
\* Patiente ou patient mageur  
= 5j tutelle ou curatelle : accord du juge  
des futelles aprds avoir entendy  
i le représentant kigal

Premigne consultaton

\* Demande du ou de la patiente éonite  
» Doasier information et attestation

cle congdtation

Délai de réflexion de 4 mois

.

Deuxième consultation

✓ Mainten du désir de contraception  
définitive

\* Signature du consentement

✓ Réalisation du geste

✓

Survi-Contrôle

✓ Femme ; contribue post-chirurgicale  
classique

\* Homme : contrôle post-geste

+ spermogramme 3 3 mois

I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 43 @@@

Contraception de longue durée

I RAPPELS

Depuis quelques années, les contraceptions de longue durée d'action [LARC) ont été individualisées. Elles regroupent les deux types de dispositif intra-utérin (au cuivre ou contenant du  $\text{lévonorgestrel}$ ) et l'implant sous-cutané (contenant de l' $\text{éthonogestrel}$ ), Elles offrent aux femmes qui ne souhaitent pas de grossesse à court terme :

- une action sur plusieurs années - 3 ans pour l'implant, 3 à 5 ans selon le modèle du DIU au  $\text{lévonorgestrel}$  et 3 à 10 ans pour les DIU au cuivre ;

- un confort du fait des moindres contraintes d'utilisation;;

= évite la voie orale en cas de pathologie digestive avec malabsorption;  
- une efficacité contraceptive supérieure aux autres contraceptions réversibles;

- une neutralité sur le plan métabolique, thromboembolique et cardiovasculaire les autorisant chez les femmes à risque vasculaire;

- une réversibilité immédiate lors du retrait d'un DIU ou ablation d'un implant;

- ces contraceptions peuvent être interrompues à tout moment en cas de

mauvaise tolérance ou de souhait de la femme.

Avant toute prescription d'une LARC

La consultation se déroula comme pour toute prescription de contraception [cf. fiches « Contraception œstroprogestative » et « Contraception progestative »]. Les particularités liées à la prescription de LARC sont peu nombreuses :

- désir de contraception prolongée;

Faut permettre un choix éclairé, détailler les avantages et inconvénients de

chaque méthode (cf fiches « Contraception intra-utérine au cuivre », « Contraception œstroprogestative intra-utérine » et « Contraception progestative

par voie sous-cutanée ), en particulier :

- pour le DIU au cuivre

- » risque de ménorragies pouvant être responsable d'anémie par carence martiale,

- » principale contraception sans hormone, souvent souhaitée par les femmes;

K3

@@@ 44 @@@

Contraception

= pour le DIU hormonal et l'implant sous-cutané ;

- » risque de symptômes en rapport avec le faible passage systémique du progestatif : prise de poids, acné, etc.,

- \* risque de troubles des règles imprévisibles avec possiblement aménorrhée, métrorragies, etc,

Chez les nullipares qui souhaitent un DIU (cf. fiches « Contraception intra-utérine

au cuivre » et « Contraception œstroprogestative intra-utérine ») ;

- proposer DIU au cuivre en première intention, sauf cas particulier (Recommandations HAS) ;

- prélèvement bactériologique afin d'éliminer une IST silencieuse ;
- déconseiller la méthode en cas de conduites sexuelles à risque IST,

Objectif thérapeutique

- » Efficacité contraceptive optimale : premier objectif.

- # Éviter les grossesses rapprochées non souhaitées.

Souligner les femmes des contraintes d'utilisation des autres méthodes contraceptives : oublis de pilule, de changement de patch ou anneau vaginal contraceptifs.

Assurer une contraception efficace en cas de malabsorption digestive.

## BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\* Prélèvement bactériologique chez les nullipares, selon les recommandations (cf. plus haut).

\* En cas de prescription de DIU : déterminer le type et la taille du DIU (cf. fiches « Contraception intra-utérine au cuivre » et « Contraception progestative intra-utérine »).

® S'assurer de l'absence des rares contre-indications au DIU cuivre [maladie de Wilson, immunosuppresseurs ou corticoides au long cours] ou au DIU hormonal ou implant (maladies hormonodépendantes contre-indiquant les progestatifs).

» Prévenir la femme de la fréquence des troubles du cycle avec saignements anormaux (qui régressent souvent en quelques mois) ou d'une aménorrhée fréquente en expliquant son mécanisme (atrophie endométriale), et l'implant ou DIU hormonal,

1. Analyser si l'âge < 25 ans, partenaires multiples, nouveau partenaire dans la dernière année (plus de 2 dans l'année) ou si le partenaire a lui-même d'autres partenaires,

32

@@@ 45 @@@

## Contraception de longue durée

\* En cas d'utilisation des DIU

- informer des risques infectieux, de perforation, de déplacement ou d'expulsion;

- en enseigner les symptômes;

- Éviter si possible l'utilisation de cups menstruelles, les autres protections sont possibles;

- accepter le contrôle annuel.

## T PRESCRIPTIONS

## IS NOTES PERSONNELLES

@@@ 46 @@@

## Contraception

@@@ 47 @@@

### Contraception d'urgence

#### I RAPPELS R

La contraception d'urgence a pour objectif d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé. Il s'agit de méthodes ponctuelles, dites de rattrapage, qui ne peuvent pas être utilisées à titre systématique et régulier, même si cette stratégie fait l'objet d'études ponctuelles dans des contextes cliniques très particuliers. Il convient donc toujours de revoir la stratégie contraceptive sur un plus long terme avec la femme. On distingue des méthodes hormonales et non hormonales.

#### Méthodes utilisées en contraception d'urgence

##### Méthodes hormonales

\* Molécule progestative : lévonorgestrel

- Interfère avec le pic de LH et inhibe l'ovulation  
prescription en phase préovulatoire,

- Diffère ou inhibe la croissance folliculaire.

- Taux de grossesse : 2,15 % si utilisation dans les 72 heures après le rapport & risque.

- Diminution d'efficacité en cas de traitement associé par un inducteur enzymatique.

=Méthode qui peut être délivrée sans ordonnance [gratuité et anonymat pour les mineures).

- Remboursés,

\* Modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone (SPRM) : acétate d'ulipristal

- Inhibe la croissance folliculaire en 1<sup>er</sup> partie de cycle.

- Retarde ou inhibe le pic de LH.
- Retarde la rupture folliculaire 3 3 5 jours après la prise.
- Taux de grossesse : 1,36 % =i utilisation dans les 72 heures après le rapport  
a risque.
- Diminution d'efficacité en cas de traitement associé par un inducteur enzymatique.
- Méthode pouvant être délivrée sans ordonnance mais de coût plus élevé que le lévonorgestrel (gratuité et anonymat pour les mineures).
- Remboursée.

@@@ 48 @@@

## Contraception

### Méthode non hormonale

\* Dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre :

- toxicité directe du cuivre sur les spermatozoïdes;
- action locale sur l'endomètre devenant impropre à la nidation;
- efficacité proche de 100 %, avec un taux de grossesse de (0,09 % après insertion dans les 5 jours.

\* Les dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel n'ont pas d'AMM dans cette indication.

### Objectif thérapeutique

» Éviter une grossesse non souhaitée ©

- &N Cas de rapport non protégé;
- &n cas d'arrêt d'utilisation de la méthode contraceptive habituelle, oubli de pilule, de changement de patch ou d'anneau contraceptif;
- rupture de préservatif;

=viol;

-expulsion d'un DIU, etc.

# Profiter de cette consultation pour revoir avec la femme les différentes stratégies contraceptives,

» Expliquer le caractère ponctuel de la CU hormonale qui ne peut être utilisée de façon répétée.

#### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT IS

S'assurer que la prescription se fait dans les délais de prescription souhaités selon la méthode. Le délai pouvant imposer telle ou telle méthode.

\* Pour le lévonorgestral :

- le plus tôt possible, jusqu'à 72 h (3 jours) après le rapport à risque;
- idéalement dans les 12 h;
- quel que soit le moment du cycle, sauf en cas de retard de règles;
- efficacité pourrait être diminuée en cas d'obésité;
- l'utilisation répétée de la contraception d'urgence au cours du même cycle n'est pas recommandée;
- déconseillée en cas de risque de GEU;
- en cours d'allaitement, différer la tétée de 8 heures;
- poursuite de la contraception habituelle il s'agit d'une erreur d'utilisation;
- utilisation de préservatifs jusqu'aux prochaines règles.

34

@@@ 49 @@@

#### Contraception d'urgence

\*» Pour l'acétate d'ulipristal :

- le plus tôt possible, jusqu'à 120 h (5 jours) après le rapport à risque;
- quel que soit le moment du cycle;
- l'efficacité pourrait être diminuée en cas d'obésité;
- et éviter en cas d'insuffisance hépatique ou asthme sévère;
- utilisation de préservatifs jusqu'aux prochaines règles.

\* Pour le DIU au cuivre :



- après examen gynécologique pour vérifier qu'il n'existe pas de contre-indication : infection notamment recherche de Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae au moindre doute [partenaires multiples, antécédent d'IST, âge < 25 ans), infection génitale haute récente ou en cours;
- jusqu'à 120 h (5 jours) après le rapport à risque;
- Si une contraception intra-utérine est souhaitée par la femme.

## I PRESCRIPTIONS

La contraception d'urgence doit être utilisée le plus rapidement possible après le rapport à risque de grossesse non désirée. Elle peut être prescrite de façon anticipée lors d'une consultation antérieure pour contraception,

En cas de contraception hormonale en cours ou envisagée après la contraception d'urgence, utiliser le lévonorgestrel plutôt que l'acétate d'ulipristal ou DIU au cuivre.

### Ordonnance

# Lévonorgestral 1,5 mg :

- 1 cp unique dès que possible après le rapport à risque;
- au maximum 72 heures après;
- En cas de vomissements dans les 3 heures suivant la prise ou en cas de diarrhées profuses, reprendre 1 cp;
- gratuite pour les jeunes mineures de moins de 15 ans dans les infirmières scolaires, les centres de planification et d'éducation familiale, services universitaires de médecine préventive et promotion de la santé
- délivrance possible sans ordonnance ;
- = remboursée par l'Assurance maladie (sur ordonnance médicale),

1. Recommandations CMGOF 2014,  
w

@@@ 50 @@@

### Contraception

\* Acétate d'ulipristal 35 mg :

- = 1 cp unique dès que possible après le rapport à risque;
- au maximum 120 heures après;
- En cas de vomissements dans les 3 heures suivant la prise ou en cas de diarrhées profuses, reprendre 1 cp;
- délivrance possible sans ordonnance, gratuite pour les mineures;
- remboursée par l'Assurance maladie (sur ordonnance médicale).

\* DU au cuivre ;

- UT cu NT 380 standard;

- short ou de petite taille pour les femmes nullipares;
- remboursé par l'Assurance maladie (sur ordonnance médicale).

## I SURVEILLANCE

Assurer de l'efficacité de la méthode :

- réalisation d'un test de grossesse en cas de retard de règles de plus de 5 à 7 jours par rapport à la date attendue des règles;
- en cas de saignements anormaux;
- En cas de symptômes évocateurs de grossesse.

En cas d'échec de la méthode

- recours à une IVG médicale ou chirurgicale si souhaitée;
- poursuite de la grossesse possible si désirée.

\* Choisir une méthode contraceptive adaptée :

- exposer les choix contraceptifs possibles en fonction des caractéristiques de la femme;
- proposer une LARC, moins contraignante et plus efficace;
- Si la méthode de CU choisie fait appel à un DIU au cuivre, suivi habituel (cf. fiche « Contraception intra-utérine au cuivre »).

## IS NOTES PERSONNELLES

@@@ 51 @@@

Contraception : oublis, relais

Oublis de contraception

gestroprogestative

Figure - Contraception hormonale gestroprogestative et oubli.

Délai oubli d'un comprimé

si

<12h = 12 h

pas de perte de risque de perte de l'efficacité de l'efficacité

: I

ifanihs [ [ ]

le cp oublié dans les 7 derniers

« Continuer premiers jours de jours de  
 |z plaquette e 3 plaquette plaquette la plaquette  
 Fas de RS dans RS dians = Frendre Enchaîner  
 les 5 jours les 5 jours le cp oublié la plaquette  
 précédents : précédents : - Poursuite suivante sans  
 - prendre le op - cantraception de la Faire o' armé  
 oubli d'urgence plaquette DU 5ans  
 - continuer - prendre le cp migms prendre les  
 la plaquettes oublié &n cas de ep placebs  
 - préservatif = préservatif métraras  
 les 7 jours 7 jours

@@@ 52 @@@

Contraception

I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 53 @@@

Figure 1 - Relais d'une contraception cestroprogestative  
 vers une autre contraception.

| Relais d'une COP vers

Une autre Une CP Un BIU Une CP  
 Cop par voie orale par implant  
 I I | I  
 - Voie orale : - Voie orale Pose du DIU = Voie orale  
 commencer la CIOP : débuter [cuivre ou ingestion de  
 nioiurvelle la CF le [évonongestral) Fimplant la  
 plaquette & la lendemain du pendant ou en lendemain cu  
 date habituelle dernier cp de fin de règles dernier op de  
 da la COP la COF sans la COP  
 précédernite Faire de phase = ALILTES vones  
 = Butres voies of'arnit ou sans of administra-  
 dadministra- utiliser les cps tion COP :  
 tion : patch ou placekn insertion de  
 anneau 3 = Butres voies Fimplant le pour  
 débuter e jour d'administra- du retrait du  
 ol la nouvelle tign COP patch ou de  
 plaquette débuter la CF Fanneau  
 aurait du I jour du  
 débuter retrait du  
 demiar patch  
 o anneau

a

@@@ 54 @@@

## Contraception

Figure 2 - Relais d'une contraception progestative

vers une autre contraception.

Relais d'une CP vers

| |  
Une autre CP Une COP Un DIU au cuivre  
| | |

- Waie arale verg voia - Voie grale CF warg - Bi règles : poser le  
orale : enchaîner COP: DU pendant les règles  
les plaquettes » règles régulières ; - Si pas de règles :  
- Yaie orale vers arrêt de la CF le poser le DI après  
implant : pose 1= jour es règles vérification de  
de l'implant au choix et début immédiat l'absence de grossesse  
de la patiente [zu plus de la COP [cp, patch  
tand 24 h après la pose ol anneau  
du dernier op s pas de règles ou  
de la plaquette] règles irrégulières :  
= Waie arale vers DILI début de la COP  
au levonorgestrel ; e jour e l'arrêt de  
pose du DI au choix la CP + préservatif  
de la patiente [z plus 7 jours  
tard 24 h après la prise = Voie sous-cutanée  
du dernier op (implant) vers COF  
de la plaquette] débuter la COP le jour  
= Moins intra-utérin du retrait de l'implant  
lévonorgestrel vers + préservatif 7 jours  
implant : pose - Voie intra-utérin  
l'implant le jour vers COP ; débuter  
le retrait du DIU la ZOP le jour  
= Moins sous-cutanée du retrait du DIU  
implant] vers DIK + préservatif 7 jours  
lévonorgestrel ; pose  
le DI le jour du  
retrait de l'implant

a2

@@@ 55 @@@

## Relais

Figure 3 - Relais d'une contraception intra-utérine

vers une autre contraception.

Relais d'un DIU

|

|

Ratrait en l'absence

Retrait programmé : de règles

et règles régulières et après vérification de

l'absence de grossesse

| | |

Caler la nouvelle - Utilisation des - Utiliser une

contraception le préservatifs jusqu'aux contraceptions par

premier jour des règles règles suivantes jpréservatif pendant

= | = Décaler la nouvelle 7 jours avant la date

contraception du retrait

le premier jour = Poursuivre

des règles suivant l'utilisation des

le retrait préservatifs jusqu'à

= Méthode quick-start ce que la nouvelle

possibilité {début contraception sort

de contraception efficace

immédiate] avec

utilisation

de préservatif

les T premiers jours

IS NOTES PERSONNELLES

a3

@@@ 56 @@@

Contraception

@@@ 57 @@@

Saignements et contraception

Saignements et contraception

cestroprogestative

## I RAPPELS -

Les saignements survenant lors de l'utilisation d'une contraception oestro-progestative (COF) représentent un des effets indésirables les plus fréquents. Leur survenue est plus importante les premiers mois et leur disparition peut être spontanée sans traitement. Lors de sa prescription, il est donc utile de prévenir la jeune femme de cet effet potentiel. Mais il est important de ne pas négliger une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge et un traitement spécifiques. Il est important dans ce contexte d'apprécier le profil de ces saignements.

Objectif thérapeutique

» Disparition des saignements ;

- en recherchant un meilleur équilibre hormonal permettant un endomètre eutrophique si saignement fonctionnel ;

- prise en charge des étiologies suspectées en fonction du contexte clinique  
[détaillé dans chaque ordonnance).

\* Prise en charge si contexte d'hémorragie.

## BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

Bilan avant toute prescription adaptée.

Interrogatoire

\* Âge de la patiente.

\* Type et durée de la COP utilisée.

45

@@@ 58 @@@

Contraception

» Rechercher une erreur d'utilisation et en particulier :

- pour la voie orale :

= un ou plusieurs oublis de comprimés entraînant un saignement de privation survenant en dehors de leur période habituelle (fin de plaquette), une erreur dans la date de reprise de la contraception,  
« un décalage trop important dans l'horaire de prise des comprimés et en particulier pour les COP faiblement dosées en œstrogènes (15 ou 20 µg

"EE),

«une diminution de l'efficacité des comprimés : par malabsorption (contexte de maladie digestive (vomissement ou troubles digestifs 4 type de diarrhée), chirurgie bariatrique avec malabsorption), par augmentation du métabolisme des stéroïdes (utilisation ponctuelle d'une thérapeutique inductrice enzymatique);

- pour les voies vaginales (anneaux) et cutanées (patchs) ;  
= une erreur dans la date de mise en place d'un nouvel anneau ou d'application d'un patch,  
» décollement d'un patch non remplacé dans les délais adéquats,  
« utilisation d'un traitement inducteur enzymatique.

» Apprécier la quantité de pertes sanguines -

- savoir déterminer le nombre de changes quotidiens diurnes et nocturnes, l'existence de débordement et réaliser éventuellement un score objectif (Higham) permettant de déterminer précisément le volume de pertes sanguines;

- dépister des signes cliniques d'anémie - pâleur, tachycardie, dyspnée d'effort.

# Rechercher les signes cliniques associés pouvant faire évoquer une angine non fonctionnelle ;

- signes sympathiques de grossesse;

- signes d'infection : fièvre, douleur, leucorrhées (souvent difficiles à visualiser dans le contexte de saignement);

- douleurs pelviennes isolées évoquant le plus fréquemment une angine ovarienne et notamment la survenue de kystes fonctionnels,

Examen clinique

® Examen pelvien avec pose de spéculum permet d'objectiver l'origine des saignements (vulve, vagin, col utérin, origine intra-utérine).

\* Examen mammaire [recherche de tension mammaire].

\* Apprécier le retentissement des saignements : pâleur cutanée, tachycardie, asthénie, dyspnée d'effort.

a4

## Saignements et contraception cestroprogestative

### Examens complémentaires

A réaliser en fonction de l'importance des saignements rapportés et de l'orientation clinique :

= MF5 plaquettes;

-fermtinémie:

- test de grossesse - HCG plasmatique ;
- bilan d'hémostase si saignement majeur;
- examen cyto bactériologique en fonction du contexte clinique;
- échographie pelvienne.

### I PRESCRIPTIONS B

Mais nous ne traiterons dans cette ordonnance que les saignements fonctionnels non hémorragiques, les étiologies à rechercher, suspectées et détaillées dans la section bilan avant prescription, sont détaillées dans chaque ordonnance spécifique.

### Ordonnance

Modification du type de COP

En particulier chez la jeune femme, permettant un meilleur contrôle (blo-

cage) de l'axe gonadotrope souvent peu mature chez les adolescentes proches de leurs premières règles.

\* Switch d'une COP contenant EE 20 pg + l'étonorgestrel 100 pg pour une COP contenant 30 pg + l'étonorgestrel 150 pg, 1 cp/j pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp placebo; remboursées par l'Assurance maladie.

® Si &checked, proposer un autre type de COP

- EE 35 pg + norgestimate 250 pg (plaquette monophasique) ou norgestimate de 180 à 250 pg (pour la pilule triphasique) : 1 cp/j pendant 21 jours sur 28; non remboursées par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

- Switch possible pour une COP avec différents dosages d'hormones, par exemple triphasique au l'étonorgestrel : EE 30-40 pg + l'étonorgestrel 50-75-125 pg : 1 cp/j pendant 21 jours sur 28; remboursée par

l'Assurance maladie. &

a7

@@@ 60 @@@

Contraception



~EE 15 & 35 yg + autre progestatif : gestodène, désogestrel, acétate de chlormadinone, drospirénone, diénogest ; non remboursées par l'assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.  
- Ou COP contenant de l'estradiol plutôt en pilule monophasique ou contenant de l'estétrol ; non remboursées par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

\* Si saignement avec une contraception non orale (anneau ou patch) : proposer de modifier la voie d'administration de la COP ou proposer une contraception progestative ou intra-utérine en fonction du souhait de la femme.

Proposer ponctuellement un traitement antifibrinolytique  
Acide tranexamique : 2 cp de 500 mg 3 fois/j pendant 3 à 5 jours,  
Traiter la carence martiale (dépend du résultat du bilan  
Biclogious)

\* Fer 80 mg : 1 cpij.

\* Fumarate ferreux 6 mg : 1 cpi).

\* La durée dépend de la profondeur de la carence martiale.

#### I SURVEILLANCE

» Consultation de suivi & 3 mois du changement :

- S'assurer de la disparition des saignements et de la bonne tolérance clinique  
des différents traitements proposés en particulier du traitement par  
far;

- vérifier la parfaite tolérance clinique si changement de COR

» Puis consultations ultérieures 1 fois/an : même contrôle et suivi que  
pour  
l'ordonnance COR

#### IS NOTES PERSONNELLES N

48

@@@ 61 @@@

Saignements et contraception  
progestative :  
voie orale ou implant

#### I RAPPELS N

Les saignements survenant lors de l'utilisation d'une contraception  
proges-  
tative (CP) constituent l'effet indésirable le plus fréquent. Ils rendent  
2

généralisation de cette contraception très limitée malgré l'excellente tolérance métabolique et vasculaire de ce type de contraception. Comme pour les COF, la survenue de ces saignements est plus fréquente lors des premiers mois d'utilisation et leur disparition peut être spontanée sans traitement particulier. Il est donc toujours utile de prévenir la jeune femme de cet effet potentiel afin qu'elle n'arrête pas sa contraception de façon inopinée, en cas de prise par voie orale, Il s'agit le plus souvent d'un trouble fonctionnel endométrial en relation avec l'hypoestrogénie locale. Mais il est important de ne pas négliger la possibilité d'une grossesse ou d'une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge et un traitement spécifiques.

#### Objectif thérapeutique

» Disparition des saignements ; souvent difficile, car il existe peu de possibilités de modification de la CF orale (seules trois méthodes disponibles).  
\* COP le plus souvent contre-indiquées si le choix s'était porté vers une CF

\* Prise en charge des étiologies suspectées en fonction du contexte clinique  
[détaillée dans chaque ordonnance).

#### I PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

##### Bilan avant toute prescription adaptée

Les CP sont habituellement choisies en cas d'intolérance ou de contre-indications aux COP du fait de l'absence de retentissement métabolique et vasculaire. Elles entraînent souvent une aménorrhée prolongée mais des saignements peuvent survenir de manière très aléatoire. La survenue de saignements après une longue période d'aménorrhée doit faire rechercher une autre étiologie qu'un saignement fonctionnel qui seul sera traité dans cette ordonnance.

a5

@@@ 62 @@@

#### Contraception

##### Interrogatoire

» Age de la patiente.  
\* Type et durée de CF utilisée (voie orale ou implant).  
# Rechercher une erreur d'utilisation et en particulier :

= un ou plusieurs oublis de comprimés entraînant un saignement (en général de faible abondance);

- un décalage trop important dans l'horaire de prise des comprimés et en particulier pour la CP contenant du lévonorgestrel (3 h seulement) comparativement 4 celles contenant du désogestrel (12 h) ou de la drospirénone (24 h);
- une diminution de l'efficacité des comprimés :
  - « par malabsorption @ contexte de maladie digestive (vomissement ou troubles digestifs 3 type de diarrhée) ou de chirurgie bariatrique à l'origine d'une malabsorption,
  - + par augmentation du métabolisme des stéroïdes : utilisation ponctuelle d'une thérapeutique inductrice enzymatique.
- \* Apprécier la quantité de pertes sanguines : savoir déterminer le nombre de changes quotidiens diurnes et nocturnes, l'existence de débordement et réaliser éventuellement un score objectif (Higham) permettant de déterminer précisément le volume de pertes sanguines,
- \* Rechercher les signes cliniques associés pouvant faire évoquer une arigine non fonctionnelle :
  - signes sympathiques de grossesse;
- = signes d'infection : fièvre, douleur, leucorrhées souvent difficile à visualiser dans le contexte de saignement;
- douleurs pelviennes isolées pouvant évoquer une origine ovarienne et notamment la survenue de kystes fonctionnels, plus fréquents avec la contraception progestative,

## Examen clinique

\* Examen pelvien avec :

- pose de spéculum permet d'objectiver l'origine des saignements (vulve, vagin, col utérin, origines intra-utérines);

- toucher vaginal 3 la recherche d'une masse annexielle ou d'une augmentation de taille de l'utérus.

# Examen mammaire [recherche de tension mammaires).

- o Apprécier la retentissement des saignements | pâleur cutanée, tachycardia, asthénie.

@@@ 63 @@@

## Contraception

I SURVEILLANCE =

= Consultation de suivi & 3 mois du changement :

- 5'assurer de la disparition des saignements et de la bonne tolérance clinique des différents traitements proposés en particulier du traitement par fer;

- vérifier la parfaite tolérance clinique si changement de CF,

\* Puis consultations ulbérieures 1 fais/an : même contrôle et suivi que pour l'ordonnance CP.

I NOTES PERSONNELLES W

@@@ 64 @@@

Saignements et contraceptions  
progestatives :  
voie intra-utérine

I RAPPELS

Le DIU au lévonorgestrel a fait l'objet de nombreuses publications concernant son efficacité dans deux contextes cliniques bien identifiés ; les ménos-  
ragies et l'adénomyose. Il est actuellement largement utilisé. Il s'agit en effet  
de la contraception la plus efficace en termes d'indice de Pearl.  
Cependant  
le profil des saignements avec ce type de DIU est assez aléatoire. Une amé-  
norrhée, parfois induite à titre thérapeutique, survient chez environ 1  
femme  
sur 2 du fait de l'action locale du progestatif. Cette aménorrhée est  
moins  
fréquente avec les plus petites doses de progestatif délivrées (13,5 mg  
versus  
52 mcg). Les règles peuvent être régulières mais de plus faible  
abondance  
qu'en cycle spontané. Des métrorragies peuvent survenir principalement les  
premiers mois d'utilisation, s'estompant avec la durée d'utilisation. Ce  
profil  
de saignement doit être expliqué à la patiente lors de la première pose  
de  
ce type de DIU, Mais il est important de ne pas négliger l'hypothèse  
d'une  
grossesse (exceptionnelle) ou d'une pathologie sous-jacente nécessitant  
une  
prise en charge et un traitement spécifiques.

Objectif thérapeutique

» Prise en charge des étiologies suspectées en fonction du contexte  
clinique

(détaillée dans chaque ordonnance).

\*» Disparition des saignements : souvent difficile, car il existe peu de possibilités de modification de ce type de contraception en dehors de la modification de la dose de lévonorgestrel délivrée ou le changement du type de contraception.

## I PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

Bilan avant toute prescription adaptée

Cela sont donc les métromagies qui doivent faire rechercher une pathologie sous-jacente surtout si elles surviennent subitement après une période d'absence de menstruation.

53

@@@ 65 @@@

## Contraception

### Interrogatoire

» Date de la pose du DIU.

\* Apprécier la quantité de pertes sanguines ; souvent peu abondantes mais prolongées pouvant entraîner une anémie très progressive par carence en fer,

\* Rechercher les signes cliniques associés pouvant faire évoquer une anémie non fonctionnelle ;

- signes sympathiques de grossesse;

- signes d'infection : fièvre, douleurs pelviennes, leucorrhées souvent difficiles à visualiser dans le contexte de saignement ;

- douleurs pelviennes isolées pouvant évoquer une origine ovarienne et notamment la survenue de kystes fonctionnels, plus fréquents avec la contraception progestative.

### Examen clinique

\* Examen pelvien avec :

- pose de spéculum permet d'objectiver ;

\* L'origine des saignements (cervix, vagin, col utérin, origine intra-utérine),

» la présence des fils du DIU;

- toucher vaginal à la recherche d'une douleur à la mobilisation utérine et/

ou d'une masse annexielle.

\* Examen mammadre [recherche de tension mammaire).

» Apprécier le retentissement des saignements : pâleur cutanée, tachycardia, asthénie.

#### Examens complémentaires

A réaliser en fonction de l'importance des saignements rapportés et de l'orientation clinique ;

- NFS plaquettes;
- feritinémie;
- test de grossesse : HCG plasmatique ;
- examen cytobactériologique en fonction du contexte clinique;
- échographie pelvienne.

@@@ 66 @@@

#### Saignements et contraceptions progestatives | voie intra-utérine

##### I PRESCRIPTIONS

Ne traiter que dans cette ordonnance que les saignements fonctionnels non hémorragiques. Les états à rechercher, suspectés et détaillés dans la section bilan avant prescription, sont analysés dans chaque ordonnance spécifique.

##### Ordonnance

Modification de la composition du DIU-lévonorgestrel avec switch pour un DIU qui délivrera de plus faibles ou de plus fortes doses de lévonorgestral :

- DIL-lévonorgestrel 52 mg, remboursée;
- DIU-lévonorgestrel 19,5 mg, remboursée;
- DIL-lévonorgestrel 13,5 mg, remboursée [adaptée au petit utérus),  
\* Changer le DIL avant la date prévue si les saignements surviennent en fin de durée prévue :
- 5 ans pour les DIU contenant 52 ou 19,5 mg;
- = 3 ans pour le DIU contenant 13,5 mg.  
\* Proposer ponctuellement un traitement antifibrinolytique : acide tranexamique, 2 ou de 500 mg 3 fois/j pendant 3 à 5 jours.  
= Traiter la carence martiale [dépend du résultat du bilan biologique) :

~fer B0 mg : 1 cp/j;

- fumarate ferreux 66 mg : 7 cp/;

- la durée dépend de la profondeur de la carence martiale.

» Si persistance des saignements, modification du DIU hormonal pour un autre type de contraception :

- DIU au cuivre si une contraception intra-utérine reste souhaitée (avec b risque de ménorragies voir annexe);

- contraception par CF ou COR

## I SURVEILLANCE

\* Consultation de suivi @ 3 mois du changement :

- s'assurer de la disparition des saignements et de la bonne tolérance di-  
nigue des différents traitements proposés en particulier du traitement par  
fer:

@@@ 67 @@@

## Contraception

= vérifier la parfaite tolérance clinique si changement de contraception et la  
bonne utilisation en cas de contraception orale, vaginale ou  
transdermique.

» Puis consultations ultérieures 1 fois/an : même contrôle et suivi.

## IS NOTES PERSONNELLES I

@@@ 68 @@@

## Saignements et DIU au cuivre

### B RAPPELS

Le DIU au cuivre fait partie des contraceptions dites LARC (Long Acting Reversible Contraception). C'est la seule contraception très efficace ne délivrant pas d'hormones. De ce fait, elle voit son utilisation augmenter actuellement, y compris chez les jeunes femmes compte tenu des modèles adaptés au petit utérus (et en particulier aux femmes nullipares).

Cependant,  
ce type de DIU augmente l'abondance des règles (ménorragies) chez la

plupart des femmes. A l'inverse des contraceptions progestatives seules, les saignements survenant en dehors des règles sont principalement liés à une pathologie organique qui doit être systématiquement recherchée.

Objectif thérapeutique

- \* Prise en charge des étiologies suspectées en fonction du contexte clinique (détaillée dans chaque ordonnance).

- \* Disparition des saignements pour un meilleur confort et éviter les conséquences de saignements au long cours, en particulier l'anémie ferriprive,

## B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

Bilan avant toute prescription

Il est important de déterminer de façon objective l'abondance des ménorragies mais aussi l'existence éventuelle de métrorragies devant faire suspecter toujours en première intention, une grossesse extra-utérine.

Interrogatoire

- \* Date de la pose du DI,

- » Apprécier la quantité de pertes sanguines : souvent abondantes, prolongées pouvant entraîner une anémie relativement rapide par carence en fer
- » Rechercher les signes cliniques associés pouvant faire évoquer une origine fonctionnelle |

- signes sympathiques de grossesse;

- pertes peu abondantes (marrons) devant faire évoquer une GEL, surtout si associées à des douleurs pelviennes et un retard de règles;

57

@@@ 69 @@@

Contraception

= signes d'infection : fièvre, douleurs pelviennes, leucorrhées souvent difficile à visualiser dans le contexte de saignement;

- douleurs pelviennes isolées pouvant évoquer une origine ovarienne,

Examen clinique

- \* Examen péelvien avec

- pose de spéculum, permet d'objectiver :

- \* l'origine des saignements (vulve, vagin, col utérin, anémie intra-utérine),



» l'abondance des saignements,  
 \* la présence des fils du DIU;  
 - toucher vaginal & la recherche d'une douleur & la mobilisation utérine  
 et/  
 ou d'une masse annexielle,  
 \* Examen mammaire [recherche de tension mammaire)].  
  
 \* Apprécier le retentissement des saignements : pâleur cutanée,  
 tachycardie,  
 asthénie.

#### Examens complémentaires

A réaliser en fonction de l'importance des saignements rapportés et de l'orientation clinique :

- test de grossesse : HCG plasmatique;
- NFS plaquettes, ferritinémie;
- examen cytobactériologique des pertes en fonction du contexte clinique;
- échographie pelvienne.

#### IS NOTES PERSONNELLES

@@@ 70 @@@

#### Saignements et DIU au cuivre

##### I PRESCRIPTIONS

Nous traiterons dans cette ordonnance uniquement la gestion des ménoragies, une grossesse devant être systématiquement éliminée en cas de ménoragies. Les étiologies à rechercher, suspectées et détaillées dans la section bilan avant prescription, sont analysées dans chaque ordonnance spécifique.

##### Ordonnance

» Éliminer une grossesse si ménoragies ponctuelles et inhabituelles :  
 HCG plasmatique à réaliser en urgence.  
 ® Proposer un traitement antifibrinolytique - acide tranexamique. 2 cp  
 ou 500 mg 3 fois/j pendant 3 à 5 jours.  
 \* Traiter la carence martiale [dépend du résultat du bilan biologique] -  
 ~fer 80 mg: 1 cpj;  
 - fumarate ferreux 66 mg : 7 cp;  
 - la durée dépend de la profondeur de la carence martiale.  
 ® Changer le DIU au cuivre avant la date prévue si les saignements sur-  
 viennent en fin de durée d'utilisation :  
 - 5 ans pour les DIU classiques;  
 - 10 ans pour certaines marques de DIU.  
 \* Si persistance des saignements :  
 - modification du type DIU par switch vers un DIU hormonal &n  
 l'absence de contre-indication et si la voie intra-utérine reste calée

chaisie par la femme ;  
» DIU-lévonorgestrel 52 mg, remboursée,  
» DIU-lévonorgestrel 19,5 mg, remboursée,  
» DIU-lévonorgestrel 13,5 mg, remboursée [adaptée aux petits  
utérus);  
- modification du type de contraception : changement de voie d'ad-  
ministration vers une contraception hormonale (CP ou COP) en 'ab-  
sence de contre-indication,

@@@ 71 @@@

## Contraception

### B SURVEILLANCE

\* Consultation de suivi & 3 mois du changement :

- S'assurer de la disparition des saignements et de la bonne tolérance  
cli-  
nique des différents traitements proposés en particulier du traitement  
par  
fer;

- Si changement de contraception : vérifier la parfaite tolérance clinique  
et  
la bonne utilisation sans oubli en cas de contraception orale, vaginale  
ou  
transdermique.

# Puis consultations ultérieures 1 fois/an : même contrôle et suivi.

### I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 72 @@@

Saignements et thérapeutiques  
progestatives antigonadotropes

### B RAPPELS N

Les thérapeutiques progestatives fortement dosées, appelées classiquement  
macroprogestatives, ont été largement utilisées en France du fait de leur  
propriété antigonadotrope, de leur neutralité métabolique et vasculaire.  
De  
plus, le large éventail de molécules disponibles permet de prendre en  
charge, si nécessaire, de nombreuses pathologies. Cependant, des publica-  
tions et rapports récents issus de l'analyse des données de l'assurance  
maladie ont montré une association entre l'utilisation de ces  
thérapeutiques

at le risque de méningiome. Les molécules concernées sont l'acétate de cyprotérane, l'acétate de norgéstral et l'acétate de chlormadinone. Le risque de méningiome est plus important chez les femmes de plus de 35 ans ayant utilisé ces molécules sur de longues durées. Dans ce contexte, leur prescription a drastiquement diminué depuis ces dernières années, mais elles restent utiles dans certains contextes cliniques spécifiques. Ces molécules étant très antigonadotropes, elles sont associées à une hypoestrogénie et des saignements peuvent donc survenir du fait généralement de l'atrophie de l'endomètre induite. Comme dans tout contexte de saignement, il est important de ne pas négliger l'hypothèse d'une grossesse ou d'une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge et un traitement spécifiques.

Objectif thérapeutique

- \* Prise en charge des étiologies suspectées en fonction du contexte clinique [détaillée dans chaque ordonnance].

- \* Disparition des saignements.

## B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

Bilan avant toute prescription

Il est important de déterminer de façon objective l'abondance des saignements.

&1

@@@ 73 @@@

Contraception

Interrogatoire

- » Date de début d'utilisation du traitement progestatif.

- \* Traitements estrogéniques associés (essentiellement avec l'acétate de cyprotérone).

- \* Erreur de prise du traitement progestatif et/ou estrogénique.

- \* Signes d'hypoestrogénie associés - sécheresse vaginale, diminution de la libido, etc. (cf Annexes)

- \* Apprécier la quantité de pertes sanguines et le nombre de jours de saignement dans le cycle.

- » Rechercher les signes cliniques associés pouvant faire évoquer une origine

non fonctionnelle :

- signes sympathiques de grossesse (exceptionnel);
- signes d'infection : fièvre, douleurs pelviennes, leucorrhées souvent difficile à visualiser dans le contexte de saignement;
- = Joleurs pelviennes molées,

#### Examen clinique

® Examen pelvien avec :

- pose de speculum, permet d'observer -
- = "grigning des saignements (vulve, vagin, col utérin, onging intra-utérin),
- + l'abondance des saignements,
- = l'absence de la sphère vulvo-vaginale;
- toucher vaginal & la recherche d'une douleur & la mobilisation utérine et/
- ou d'une masse annexielle.
- & Examen mammaire [recherche de tension mammaire).

» Apprécie la retentissement des saignements : pâleur cutanée, tachycardie, asthénie.

#### Examens complémentaires

A réaliser en fonction de l'importance des saignements rapportés et de l'orientation clinique ;

- NFS plaquettes, ferritinémie;
- test de grossesse ; HCG plasmatique;
- examen cytobactériologique en fonction du contexte clinique;
- échographie pelvienne apporte un élément fondamental avant la prescription et détermine s'il s'agit d'une atrophie de l'endomètre ou au contraire une hypertrophie par blocage incomplet de l'axe gonadotrope.

@@@ 74 @@@

#### Saignements et thérapeutiques progestatives antigonadotropes

##### I PRESCRIPTIONS

Nous traiterons donc dans cette ordonnance uniquement la gestion des saignements. Les étiologies recherchées, suspectées et détaillées dans la section bilan avant prescription, sont analysées dans chaque ordonnance spécifique.

Ces thérapeutiques progestatives sont le plus souvent prescrites pendant 21 jours avec un arrêt de 7 jours sans traitement. Le contacte clinique peut parfois faire préférer une utilisation en continu (sans phase d'amét) induisant un hypogonadisme parfois profond avec aménorrhée.

#### Ordonnance

En cas d'atrophie de l'endomètre

Traitement sans estrogénothérapie associée et utilisation en continu

» Effectuer une phase d'arrêt de quelques jours au maximum 7 jours

pour conserver l'action antigonadotrope de la molécule mais retrouver une petite sécrétion oestrogénique endogène afin de minimiser le risque de saignement par atrophie de l'endomètre.

» Si échec, ajout de 7 jours en fin de traitement d'une molécule oestrogénique, en l'absence de contre-indication

- gel d'estradiol : 1 3 2 pressions/j les 7 derniers jours de prise du traitement ;

- astradiol cp : 1 4 2 mg/j les 7 derniers jours de prise du traitement.

\* En cas de molécule très antigonadotrope (acétate de cyprotérone), l'ajout d'une molécule estrogénique en l'absence de contre-indication :

- gel d'estradiol : 1 4 2 pressions/j pendant 21 jours;

- astradiol cp : 1 3 2 mg/j pendant 21 jours.

Traitement sans estrogénothérapie associée et utilisation 21 jours sur 28

» Ajout de 7 jours en fin de traitement d'une molécule oestrogénique en l'absence de contre-indication :

- gel d'estradiol : 1 3 2 pressions/j les 7 derniers jours de prise du traitement ;

- astradiol cp : 1 4 2 mg/j les 7 derniers jours de prise du traitement.

» Si échec, l'ajout d'une molécule estrogénique en l'absence de contre-indication peut être prolongé :

- gel d'estradiol : 1 4 2 pressions/jour pendant 21 jours;

- astradiol cp : 1 4 2 mg/j pendant 21 jours.

@@@ 75 @@@

#### Contraception

En cas d'hypertrophie de l'endomètre

\* S'assurer de l'absence de signes histologiques anormaux – biopsie d'endomètre.

\* Si molécule estrogénique associée d'emblée lors de la primo-prescription → arrêt de l'estrogène.

\* Si utilisation discontinue 21 jours sur 28 – augmenter le nombre de jours de traitement progestatif.

\* Si utilisation en continu et en l'absence de signes histologiques anormaux – augmentation ponctuelle des doses de la molécule proges-

tative.

Traitement de l'éventuelle carence martiale

En fonction du résultat du bilan biologique.

\* Fer 30 mg : 1 cpj.

\* Fumarate ferreux 66 mg : 7 cp.

\* La durée dépend de la profondeur de la carence martiale.

I SURVEILLANCE M

» Consultation de suivi & 3 mois du changement :

- S'assurer de la disparition des saignements et de la bonne tolérance clinique des différents traitements;

- En cas d'ajout d'une hormone œstrogénique, s'assurer de la bonne tolérance et en particulier de l'absence de signes d'hyperœstrogénie (mastodynie principalement).

\* Puis consultations ultérieures 1 fois/an : même contrôle et suivi que pour toute thérapie progestative.

I NOTES PERSONNELLES M

@@@ 76 @@@

Contraceptions

et situations cliniques

Contraception chez l'adolescente

RAFFPELS B

L'adolescence est une période de transition, entre enfance et l'âge adulte, marquée par de grands bouleversements physiques et psychologiques. Les processus de croissance et le déclenchement de la puberté en sont les plus marquants. L'apparition des caractères sexuels secondaires témoigne d'une activation de l'axe gonadotrope. Les premières règles apparaissent en moyenne 2 ans après le début de la croissance mammaire et les cycles ovulatoires environ

2 ans après les premières règles. Dès lors, la survenue d'une grossesse non souhaitée est possible en cas de rapports sexuels non protégés. L'âge médian au premier rapport sexuel en France se situe autour de l'âge de 17 ans.

La prévention des grossesses non désirées chez les jeunes filles est un objectif majeur. En effet, le taux d'IVG dans cette population reste trop élevé. Par ailleurs, les conséquences d'une grossesse à cet âge sont lourdes aussi bien chez la jeune mère que chez son enfant.

#### Particularités de la contraception

La contraception doit s'adapter à certaines spécificités chez l'adolescente.

En effet, il faut -

- tenir compte du souhait de la jeune fille : refus de contraception hormonale de plus en plus fréquente (crainte des hormones, impact écologique et environnemental, etc);
- apprécier sa capacité à gérer les contraceptions parfois contraignantes (contraceptions orales);
- être très efficace pour éviter le risque de grossesse non désirée et diminuer le nombre d'IVG dans cette population si elle est très fertile;
- privilégier, selon le contexte, les contraceptions dites de longue durée d'action [cf. fiche « Contraception de longue durée »], puisqu'une grossesse n'est habituellement non désirée pour plusieurs années ;

65

@@@ 77 @@@

#### Contraception

= savoir que la délivrance de la contraception est possible sans l'accord des parents et de façon gratuite et anonyme si besoin;

- associer la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) du fait de l'instabilité de la vie sexuelle fréquente à cette période (changement de partenaire, partenaires parfois multiples)

#### Objectifs thérapeutiques

1. Efficacité maximale car -

- fertilité élevée;

- cycles souvent encore irréguliers avec ovulation imprévisible.

\* Contraintes minimales ;

- risque d'oubli de pilule 3 anticiper par l'éducation;

- arrêts itératifs en cas d'effets indésirables ou de rupture sentimentale.

#### B A SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION

\* Le plus souvent, l'adolescente n'a pas de pathologie ou d'antécédent spécifique et tous les types de contraceptions peuvent lui être proposés.

La

contraception doit être choisie par la jeune fille pour être acceptée et bien utilisée,

\* Toujours proposer une contraception d'urgence ainsi qu'une association aux préservatifs : prescription de préservatifs remboursés par l'Assurance maladie.

\* Possibilité de bénéficier d'une contraception anonyme et gratuite dans les

centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) où peut être utilisé

un document spécial « contraception mineure » qui évite d'être mentionné sur le relevé de remboursement des parents.

\* Les dispositions concernant la contraception des jeunes femmes mineures âgées de 15 à 18 ans ont été étendues à toutes les femmes jusqu'à 25 ans en 2022,

» Vérifier l'absence de contre-indications aux différentes stratégies proposées.

\* L'examen gynécologique et en particulier péhien n'est pas obligatoire en l'absence de symptômes.

@@@ 78 @@@

#### Contraception chez l'adolescente

##### I PRESCRIPTIONS

##### Ordonnance

En cas de choix pour une COP

Cf fiche « Contraception œstroprogestative ».

• Éviter les COP trop faiblement dosées qui freinent moins l'axe gonadotrope et peuvent être à l'origine de métrorragies ou de kystes fonctionnels.



tionnails.

- EE 30 pg + lévonorgestrel 150 pg : 1 cp/] pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 op placebo ; remboursée.
  - A débuter le premier jour des règles idéalement ou dans les 5 premiers jours du cycle ou & n'importe quel moment du cycle (méthode Quick Start où la protection contraceptive est effective seulement après 7 jours).
  - Proposer les plaquettes comportant des comprimés placebo afin d'enchaîner directement les plaquettes et diminuer le risque lors de (3 prise d'une nouvelle plaquette.
  - Permettre son utilisation en continu pour éviter des règles dans certaines circonstances (examens, épreuves sportives, vacances, eic.).
  - Expliquer l'importance de la consultation annuelle dans le cadre de la surveillance une fois la COP adoptée après 3 mois d'essai.
- « Si effet indésirable à type d'hyperandrogénie tel que l'acné, proposer EE 35 pg + norgestimate 250 pg (plaquette monophasique) ou norgestimate de 180 à 250 pg (pour la pilule triphasique), 1 cpfj pendant 21 jours sur 28 :
- & proposer d'emblée en cas d'acné importante ou après une COP contenant du lévonorgestrel en 24 intention;
  - non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

En cas de choix pour une CP par voie orale

Cf fiche « Contraception progestative ».

A proposer en cas de contre-indication ou intolérance aux COP - 30 pg/) : 1 cpdj, pendant 28 jours sur 28 (remboursé);

- lévonorgestrel

- désogestrel 75 pgfj : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28 remboursé) ;
- drospirénone 4 mg/] : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28 (non remboursé). .

)

@@@ 79 @@@

Contraception

En cas de choix pour un implant contraceptif

Implant contraceptif (58 mg d'étonogestrel) : 1 boîte. Insertion en sous-cutané strict, 3 la face interne du bras non dominant, entre J1 et J5, prévoir un rendez-vous pour insertion en début de cycle ou immédiatement en relais d'une autre contraception, par un praticien ayant bénéficié d'une formation spécifique.

En cas de choix pour un DIU

\* Préférer le DIU au cuivre en informant des effets indésirables (ménor-

gées, dysménorrhée) recommandation HAS.

» Vérifier l'absence d'IST par un prélèvement bactériologique avant l'insertion.

- UT 380 short ou NT 380 short ou toute autre forme short, & insérer pendant la période de règles : 1 boîte.

- Phloroglucinal Lyoc, 1 cp & prendre 1 heure avant la pose.

\* 5 partenaires multiples, poursuite de l'utilisation de préservatif afin d'éviter une éventuelle infection, mais discuter d'un autre mode de contraception.

\* Enseigner les signes qui doivent alerter ; retard de règles, douleurs pelviennes, métrorragies, leucorrhées inhabituelles, dyspareunie.

\* Proposer un DIU au lévonorgestrel en cas d'effets indésirables importants avec le DIU au cuivre et notamment les ménorragies

- DIU au lévonorgestrel 13,5 mg ou 19,5 mg & insérer pendant la période de règles 1 boîte;

- Phloroglucinel Lyoc, 1 cp & prendre 1 heure avant la pose.

Contraception d'urgence

Cf. fiche « Contraception d'urgence »; lévonorgestrel ou acétate d'ulipristal.

Préservatifs

En association avec tous types de contraception :

~ Eden® : une boîte de 24 & renouveler à la demande sur 1 an;

- Sortez couverts® : une boîte de 12 à renouveler à la demande sur

1 an.

>

@@@ 80 @@@

Contraception chez l'adolescente

Information des patientes

Confidentialité

Loi du 4 juillet 2001 : accès des mineurs à la contraception et à VG sans autorisation parentale.

= Au moins une partie de la consultation doit se faire en tête à tête avec l'adolescente.

® Anonymisation possible pour les consultations, les examens biologiques et les prescriptions de contraceptifs : indiquer « dispositif d'anonymat » sur les ordonnances.

Gratuité

Pour les moins de 25 ans - tous les types de contraception remboursés et la contraception d'urgence.

## Lieux de délivrance

» En pharmacie : sur prescription médicale.

# En centre de planification et d'éducation familiale : disponibilité immédiate et gratuité.

## I SURVEILLANCE B

\* La surveillance & 3 mois puis 1 fois/an est impérative comme pour toutes les formes (cf. fiches « Contraception œstroprogestative », « Contraception progestative », « Contraception de longue durée »),

\* Un dépistage des IST peut être proposé, notamment en cas de changement de partenaire sexuel

\* La surveillance des différents types de contraceptions est détaillée dans les ordonnances dédiées (cf fiches « Contraception œstroprogestative », « Contraception progestative », « Contraception intra-utérine », « Contraception progestative intra-utérine »),

@@@ 81 @@@

## Contraception

### I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 82 @@@

## Contraception et post-partum

### RAPPELS

Le post-partum, qui succède à l'accouchement, est une période très particulière à plusieurs égards. Le risque de grossesse existe, même s'il est faible, imposant la mise en place d'une contraception efficace. Certaines spécificités exigent une attention particulière, notamment du fait du risque thromboembolique augmenté, au minimum 6 semaines après l'accouchement, voire jusqu'à 12 semaines chez les femmes à haut risque vasculaire.

### Objectif thérapeutique

\* Eviter la survenue d'une grossesse non désirée.

» Choisir la contraception qui aura la meilleure efficacité et la balance bénéfice-risque optimale.

\* En cas d'allaitement, éviter tout risque d'interférence sur la qualité et quantité du lait maternel et sur la santé de l'enfant

## I A SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION I

Les grossesses rapprochées non souhaitées augmentent le risque de morbi-mortalité pour la mère et l'enfant.

La fertilité reprend à une date variable selon les femmes surtout en cas d'allaitement. Le retour de couches n'est pas un bon indicateur de la reprise de l'activité ovarienne, une ovulation pouvant le précéder. La reprise de la sexualité dépend de chaque couple. Une initiation de la contraception au plus tard à 21 jours après l'accouchement est recommandée pour toutes les femmes (recommandations du CNGOF).

La contraception hormonale possible se limite uniquement à la contraception progestative seule, en excluant la contraception trimestrielle par intramusculaire. En effet, toutes les contraceptions œstroprogestatives augmentant le risque thromboembolique sont formellement contre-indiquées dans les 6 premières semaines après l'accouchement chez les femmes qui allaitent pas et au moins 5 mois en cas d'allaitement

Les contraceptions dites LARC (implant ou DIU) sont les stratégies les plus efficaces et devraient être probablement proposées plus largement en post-partum chez les femmes ne désirant pas une nouvelle grossesse rapide

M

@@@ 83 @@@

## Contraception

dement, Elle peut être initiée avant la sortie de maternité pour les femmes qui risquent d'être perdues de vue. En cas de pose d'un DIU, l'allaitement constitue le principal facteur de risque de perforation utérine. Dans ce contexte, la pose doit être prudente et le contrôle de la position du DIU est recommandé

L'allaitement ne représente pas une méthode contraceptive efficace, en dehors de la méthode MAMA peu pratiquée en France. Cette méthode

impose des règles strictes - au moins 8 tétées par jour durant 10 minutes ou plus également réparties sur 24 heures pour une durée maximale de 6 mois. Les contraceptions microprogestatives et les DIU n'ont pas d'impact sur les critères de qualité de l'allaitement et la santé de l'enfant.

## I PRESCRIPTIONS

### Ordonnance

L'ordonnance doit être délivrée à la sortie de la maternité.

\* Pilule microprogestative : lévonorgestrel 30 µg ou désogestrel 75 µg ou drospirénone 4 mg, 1 cp tous les jours sans arrêt à débuter au plus tard à J21. En cas d'initiation plus tardive, l'utilisation de préservatifs est recommandée durant 7 jours,

Ne pas dépasser 3 heures d'oubli pour le lévonorgestrel, 12 heures pour le désogestrel et 24 heures pour la drospirénone.

\* Implant progestatif | étonogestrel implant dosé à 68 mg à insérer en sous-cutané strict au plus tard à J21 pour une durée maximale de 3 ans.

Une insertion plus tardive impose un recours à des préservatifs durant 7 jours. Il peut être inséré également avant la sortie de la maternité.

\* DIU cuivre : DIU, de forme UT ou TT ou NT standard, à insérer idéalement lors de la visite post-natale pour une durée maximale de 5 à 10 ans selon le type de DIU. Une contraception progestative ou par préservatifs doit être assurée depuis J21 jusqu'à la pose du DIU. Un test de grossesse sera réalisé au moindre doute avant insertion.

\* DU lévonorgestrel : il est possible de proposer un DIU au lévonorgestrel, dosé à 52 µg ou 19.5 µg pour une durée maximale de 5 ans. Le timing de la pose et les règles d'utilisation sont les mêmes que pour le DIU au cuivre. -

72

@@@ 84 @@@

### Contraception et post-partum

|  
» Préservatifs : seul moyen contraceptif de type barrière utilisable efficacement après un accouchement (Eden® ou Sortez Couverts® : préservatifs remboursés).

### Information des femmes

Il est utile d'informer les femmes sur:

- le risque de grossesse non désirés en post-partum;
- le fait que l'allaitement n'est pas un moyen de contraception efficace sauf en cas particulier de la méthode MAMA ;
- l'utilisation de préservatif nécessaire dès J21 en l'absence d'autre contraception ;
- l'utilité de la visite post-natale pour surveiller ou initier une contraception.

## I SURVEILLANCE

\* L3 surveillance de la contraception après son initiation en post-partum est

la même qu'aux autres périodes de la vie avec une vigilance particulière vis-

à-vis des douleurs pelviennes en cas d'utilisation d'un DIU chez une femme qui allaite.

\* En l'absence d'allaitement, une contraception œstroprogestative pourra

être proposée, une fois passée la période à risque de maladie veineuse thromboembolique (5 & 12 semaines en fonction du niveau de risque), après vérification de l'absence des contre-indications habituelles.

## I NOTES PERSONNELLES

73

@@@ 85 @@@

## Contraception

@@@ 86 @@@

## Contraception après 40 ans

### RAPPELS

La contraception après 40 ans comporte certaines spécificités qu'il est nécessaire d'évaluer afin d'optimiser la balance bénéfice-risque des

différentes

stratégies contraceptives. La baisse de la fertilité, déjà engagée dès 35 ans,

et la sexualité plus ou moins régulière permet d'envisager des options contraceptives adaptées à la femme. Ainsi il est essentiel de déterminer si la femme a

besoin d'une contraception au long cours ou de façon plus ponctuelle,  
Après  
15 ans, incidence des pathologies bénignes gynécologiques (adénomyose,  
fibrome, hypertrophie de l'endomètre, kystes ovariens fonctionnels) et  
mammaires (mastodynies, mastopathies bénignes) augmente en raison du désé-  
quilibre hormonal propre à cette tranche d'âge. Il en est de même des fac-  
teurs de risque vasculaire, indispensable à prendre en compte, puisque  
plus  
de 30 % des femmes auront déjà au moins un facteur de risque vasculaire,  
Par ailleurs, si le projet parental du couple est accompli, se pose la  
question  
de l'option de la contraception définitive qu'il faut savoir proposer.

#### Objectif thérapeutique

» Éviter une grossesse non désirée, [la baisse de la fertilité dans cette  
tranche  
d'âge n'implique pas une absence de contraception, une ovulation pouvant  
survenir de façon imprévisible même en cas de troubles du cycle.

\* Utiliser une contraception qui

- ne modifiera pas le risque vasculaire aussi bien veineux qu'artériel  
surtout  
en cas de facteurs de risque associés (cf. Annexe, fiche « Facteurs de  
risque  
vasculaire »);

= n'augmenta pas le risque de ménorragies ou de pathologies utérines ou  
ovariennes bénignes fréquentes à cet âge;

= n'aggrave pas d'éventuels troubles du cycle de la périménopause.

#### I PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

» Examen clinique à la recherche d'anomalies aussi bien sur les plans  
vascu-  
laires, utéro-ovariens ou mammaires.

» Matrice & jour de dépistage cervical selon les recommandations en vigueur  
et proposer un éventuel dépistage mammaire selon le contexte clinique.

\*» Rechercher et évaluer les facteurs de risque vasculaire associés :  
tabac,  
migraine avec aura, surpoids, dyslipidémie, HTA, diabète et âge de la  
femme,

» Rechercher les antécédents familiaux de pathologies gynécologiques et mammaires ainsi que d'accidents vasculaires veineux ou artériels, ainsi que leur dge de survenue,

\* Rechercher les contre-indications potentielles habituelles au DIL.

## BT PRESCRIPTIONS

### Ordonnance

Il convient de distinguer les femmes sans aucune pathologie ni FOR vasculaire de celles qui, après 40 ans, peuvent avoir développé des pathologies bénignes gynécologiques ou mammaires ou avec un ou plusieurs FDR vasculaire. En cas d'utilisation & d'une contraception bien tolérée, la poursuivre tout en s'assurant de l'absence de nouveaux éléments imposant sa modification, en particulier si utilisation au cours d'une COP

En l'absence de pathologie gynécologique ou mammaire et de facteur de risque vasculaire

### Contraception estroprogestative

Autorisée moyennant une surveillance glucide-lipidique rapprochée lors de son introduction, en l'absence des contre-indications habituelles.

\* COP par voie orale ;

- EE 20 ou 30 pg + lévonorgestrel 150 pg :

= 1 cp/] pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp placebo,

= à débuter le premier jour des règles idéalement ou dans les 5 premiers jours du cycle ou & n'importe quel moment du cycle (méthode Quick Start où la protection contraceptive est effective seulement après 7 jours),

« remboursée par l'Assurance maladie;

- EE 35 pg + norgestimate 250 pg (plaquette monophasique) ou norgestimate de 180 à 250 pg (pour la pilule triphasique à 1 cp/j pendant 21 jours sur 28; non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles;

- OU si intolérance, COP contenant de l'estradiol ou équivalent ou de l'estérol ou un autre progestatif ou une autre voie d'administration; non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

b

74

@@@ 88 @@@

### Contraception après 40 ans

#### Contraception progestative (CP)

Toutes les voies d'administration sont autorisées en dehors de la voie injectable.



» CP par voie orale :

- l[évonorgestrel 30 pg/] : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;
- désogestrel 75 pg/j : 1 cp/), pendant 28 jours sur 28;
- drospirénone 4 mgfj - 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28, dont 4 cp placebo.

\* CP par voie sous-cutanée : implant d'étoncgestred : 68 mg d'étonoges-tril.

- dispositif intra-utérin dosé 4 52 mg ou 19,5 mg de lévonorgestrel chez les femmes ayant déjà eu un enfant et a 13,5 mg chez les nulligestes en 27 intention;

- durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au lévonorgestrel 13 ans uniquement).

DIU au cuivre

# Sans restriction.

» Taille et forme & ajuster aux caractéristiques da la fernme.

» Durée d'action de 5 & 10 ans selon le modèle,

® LT ou WNT 380, standard ou short, le plus souvent.

Contraception définitive féminine (ligature section des trompes

oL filpinger\_mmie} ou masculine [vasectomie)

A discuter selon le souhait de la femme etfou du couple.

En cas de FDR vasculaire

» Toutes les contraceptions cestroprogestatives sont contre-indiquées quelles que soient les molécules, posologies et voles d'administration.

» Contraception progestative (TP : toutes les voies d'administration sont autarisées en dehors de la voie injectable (voir plus haut).

» DIU au cuivre sans rastriction (voir plus haut).

17

@@@ 89 @@@

Contraception

En cas de pathologies bénignes gynécologiques

\* Utérings (adénomyose, filbrome, hypertrophie endométra) : contraceptiors progestatives le plus souvent 3 doses antigonadotropes (ef. fiche correspondante) ou progestative intra-utérine {CHL).

\* Cwvariennes (kyste fonctionnel) -

- contraception progestative a doses antigonadotropes;

- éviter les contraceptions microprogestatives qui peuvent augmenter le risque de kyste fonctionnel.

En cas de pathologies bénignes mammaires

» Mastodynies (cf. fiche).

\* Mastopathies bénignes [<f. fiche) : thérapeutiques progestatives & doses

antigonadotropes qui assurera simultanément la contraception.

Riagles hygiénodiététiques

Toujours essentiel 3 cette tranche d'age :

- = augmentation de l'activité physique fortement recommandée ;
- meilleur contrôle de l'alimentation si surpoids ou obésité;
- orientation vers une consultation d'addictologie si tabac.

## I SURVEILLANCE B

\* Surveillance du poids, des chiffres de PA et du bilan glucido-lipidique en cas de poursuite d'une COF antérieure bien tolérée et sans nouvelle contre-indication qui doit être recherchée à chaque consultation, en cas d'anomalie

= modification de la COP vers une CP ou DIU au cuivre,

\* Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets indésirables pour les CF ou DIU au cuivre.

Suivi régulier gynécologique pelvien et mammaire.

78

@@@ 90 @@@

## Contraception et voyages

### B RAPPELS S

Avant un voyage, quelques précautions s'imposent afin d'anticiper de possibles risques. Les longs voyages sont à l'origine d'une stase veineuse et d'une déshydratation en cas de long voyage en avion, deux facteurs augmentant le risque thromboembolique. Chez les utilisatrices de la COF, il convient de proposer des mesures simples pour minimiser ce risque. De plus, en cas de décalage horaire important, la conduite à tenir à l'égard de la prise d'une contraception orale mérite d'être clairement expliquée à la femme. Toutes les LARC sont idéales dans ce contexte puisqu'elles suppriment les risques et contraintes de prise et n'ont aucun impact vasculaire.

### Objectif thérapeutique

» Eviter une grossesse non désirée - anticiper le risque d'oubli ou d'erreur de prise hors du voyage.

\* Minimiser le risque thromboembolique veineux en cas d'utilisation d'une

COF quelle que soit sa voie d'administration, sa posologie et les molécules utilisées,

## I PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT E-

» En cas d'utilisation de COP, évaluer le risque thromboembolique qui dépend plus de la durée du voyage que du type de transport : avion surtout

Mais aussi bus, voiture, train peuvent être à l'origine d'accident thromboembolique s'ils sont prolongés.

\* En cas d'utilisation d'une contraception orale (COP ou CP), prévenir les erreurs d'utilisation en cas de décalage horaire.

## I MOTES PERSONNELLES

I

@@@ 91 @@@

## Contraception

### I PRESCRIPTIONS

#### Ordonnance

#### Précautions importantes à connaître

\* Diminuer le risque thromboembolique veineux pour les longs

voyages (> 8 h), surtout si utilisation de COP :

- utilisation d'une contention veineuse : mi-bas, bas ou collant de contention veineuse classe 2,
  - » à enfiler en position allongée légèrement surélevée avant le départ,
  - « remboursés par "Assurance maladie.
- Porter des vêtements larges et confortables.
- S'hydrater régulièrement tout au long du voyage.
- Se lever et marcher si possible à intervalles réguliers (2 h).
- Faire des petits mouvements de pédalier pour activer la circulation VEINEUSE,
- Enseigner les signes pouvant faire évoquer un événement thromboembolique.

\* Diminuer le risque d'erreurs d'utilisation d'une contraception orale :  
= avoir toujours une plaquette de pilule, un anneau ou des patches d'avance en cas de perte ou de prolongation imprévue du voyage;

- garder 5<sup>a</sup> plaquette avec soi et non dans la soute en cas de voyage En avion;

- proposer d'enchaîner la COP pour éviter des règles en voyage ; possible pour les plaquettes de pilule, les anneaux et les patches.

Enseigner la conduite à tenir en cas de décalage horaire

Seules les voies orales sont concernées par le problème du décalage horaire, les voies vaginales (anneau) et cutanées (patchs) autorisant un délai de changement plus important.

\* Si le décalage n'excède pas 12 h :

- il suffit de garder l'horaire de prise habituel (sauf pour la CP contenant du lévonorgestrel puisque le décalage dans ce cas ne doit pas être supérieur à 3 heures);
- dans le cas de la CF contenant du lévonorgestrel, il peut toujours être proposé de prendre 2 cp le même jour pour s'adapter au décalage horaire,

=

@@@ 92 @@@

## Contraception et voyages

\* Si le décalage excède 12 h :

- modifier progressivement le mois précédant le départ l'horaire habituel de prise pour se retrouver avec un décalage < 12 heures - décaler d'une heure par jour par exemple la plaquette précédant le départ;

\* La prise entre 2 cp ne doit jamais être supérieure à 4 :

- 2 heures + 12 heures : c'est-à-dire 36 heures pour toutes les COP et CP orales en dehors de la CP contenant du lévonorgestrel;
- 24 heures + 3 heures : c'est-à-dire 27 heures pour la CF contenant du lévonorgestrel;
- il peut toujours être proposé de prendre 2 cp le même jour pour s'adapter au décalage horaire.

Emporter une boîte de préservatifs à utiliser

» En cas d'erreur de prise de la contraception orale.

\* En cas de nouvelles rencontres.

Emporter une contraception d'urgence à utiliser

En cas d'erreur de prise de la contraception orale :

- lévonorgestrel 1,5 mg : 1 cp à utiliser le plus rapidement possible après le rapport à risque et au maximum dans les 72 heures;
- acétate d'ulipristal 30 mg : 1 cp à utiliser le plus rapidement possible après le rapport à risque et au maximum dans les 5 jours.

Prévenir le risque de troubles digestifs à l'origine d'une moindre efficacité d'une contraception orale

» En cas de nausées ou vomissements (cf fiche « Contraception - conseils, relais ») -

- sur des courtes durées, en cas de persistance consulter un médecin sur place :

+dompéridone 10mg : 1 cp 1 à 3 fois/],

« OU métoclopramide 10 mg : 1 cp 1 à 3 fois/],

» OU métopimazine 15 mg ou lyc 7.5 mg : 1 cp 1 à 3 fois/j;

- en cas de vomissements dans les 3 heures après ingestion d'un comprimé de pilule :

» reprendre immédiatement 1 cp,  
» utiliser une contraception par préservatifs durant 7 jours.

81

@@@ 93 @@@

## Contraception

| :fl?mi?-i de diarrhées profuses (cf. fiche = Contraception : oublis,  
- sur de courtes durées, en cas de persistance consulter un médecin  
sur place ;  
= mesures diététiques et réhydratation,  
« racécadotril 100 mg : 1 gélule jusqu'à 3 gélules/jour,  
» diosmectite 3 g : 1 sachet jusqu'à 3 sachets/jour, décalage de 2 h  
avec la COP ou CP [risque de malabsorption)  
\* lopéramide 2 mg : 2 gélules initialement puis 1 gélule après chaque  
selles liquides sans dépasser 8/);  
- &n cas de diarrhées profuses dans les 3 heures après l'ingestion de la  
pilule :  
= reprendre immédiatement un comprimé,  
» utiliser une contraception par préservatifs durant 7 jours même si  
le risque d'inefficacité de la contraception orale est très faible.

## I NOTES PERSONNELLES M

@@@ 94 @@@

## Contraception et sport

### B RAPPELS

La contraception de la sportive doit respecter les règles habituelles de  
bonne  
pratique mais a quelques spécificités supplémentaires auxquelles il  
comient  
de s'adapter. Aucune contraception ne lui est interdite ni ne figure dans  
la  
liste des produits dopants

Elle doit s'ajuster au profil hormonal de la jeune femme, au type  
d'activité  
sportive et ne pas nuire aux performances.

» Profil hormonal et physique des sportives :

-dans certains sports dits « esthétiques » (danse, gymnastique, etc), un  
sous-poids est fréquent et 3 origines d'une aménorrhée. Elle est souvent  
bien acceptée de ces jeunes filles mais est consécutive à un  
hypogonadisme

hypogonadotrope non indemne de risques (voir ordonnance hypogonadisme hypogonadotrope). Une contraception œstroprogestative a toute sa place assurant à la fois la contraception et la substitution hormonale

- dans les sports à catégories de poids (judo, karaté, etc) : une prise de poids éventuelle lide 3 la contraception est une crainte majeure expliquant, au mairs en partie, sa moindre utilisation;
- dans les sports d endurance (marathon, cyclisme, etc.) : l'absence de règles le jour de la compétition semble essentielle.

» Contraception et performances physiques :

- des symptômes liés au cycle menstruel peuvent venir altérer les performances sportives | syndrome prémenstruel, dysmanorhées, ménorragies, etc.;
- en cas de cycles irréguliers, la survenue inopinée de règles lors d'un entraînement au d'une compétition peut également nuire aux performances;
- l'utilisation d'une contraception hormonale adaptée représente alors une aide essentielle avec un confort;
- aucune contraception ne modifie la force musculaire, la fréquence cardiaque ou la VO<sub>2</sub> max;
- une aménorrhée thérapeutique peut aussi être utilisée pour les moments forts (compétition) de la vie de la sportive.

Objectif thérapeutique

» Eviter une grossesse non désirée.

e Choisir une contraception adaptée avec le moins d'effets indésirables possibles, en particulier sur le plan pondéral.

83

@@@ 95 @@@

Contraception

» Utiliser les bénéfices secondaires de la contraception hormonale pour traiter un syndrome prémenstruel ou des dysménorrhées (pas d'altération des performances sportives)

- \* Proposer une contraception sans règles pour les compétitions.
- \* En cas de compétitions à l'étranger, voir l'ordonnance contraception et Voyages.

B PRESCRIPTIONS

## Ordonnance

En cas de dysménorrhées, syndrome prémenstruel ou

troubles du cycle gênant la pratique sportive

Proposer une COP, en l'absence de contre-indications

\* EE 20 ou 30 pg + lévonorgestrel 150 pg

-1 cp/j pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp placebo;

- remboursés par l'Assurance maladie.

ou

\* EE 35 pg + norgestimate 230 pg (plaquette monophasique) ou norgestimate de 180 à 250 pg (pour la pilule triphasique);

-1 cp/j pendant 21 jours sur 28;

- à proposer d'emblée en cas d'acné importante ou après une COP contenant du lévonorgestrel en 2<sup>e</sup> intention;;

- la pilule triphasique ne laisse pas l'opportunité d'enchaîner les plaquettes si besoin car risque de spotting;

- non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles;

OU SI INTOLÉRANCE DES 2 PREMIÈRES STRATÉGIES

\* EE 15 & 35 pg + autre progestatif (gestodène, désogestrel, acétate de chlormadinone, drospirénone, diénogest).

ou

\* Valérate d'estradiol de 3 à 1 mg + didrogest 2 et 3 mg : quadriphasique.

au

>

@@@ 96 @@@

## Contraception et sport

\* Estradiol 1,5 mg + acétate de norgestrol 2,5 mg : monophasique.

ou

» Estérol 14,2 mg + drospirénone 3 mg : monophasique,

= Non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

Proposer une CP en cas de contre-indication aux COP

Représente rarement une bonne option : car risque de troubles des règles et aggravation des symptômes possible.

En cas d'aménorrhée en relation avec un hypogonadisme  
hypogonadotrope secondaire à un sous-poids ou à l'activité

sportive intensive

- » Réajustement des apports alimentaires en concordance avec l'activité physique pour rétablir la balance énergétique.
- » Proposer une COP en l'absence de contre-indication.

En cas de besoin de décaler ou supprimer des règles

® Possibilité d'enchaîner 2 plaquettes de COP pour les pilules monophasiques,

® Pour les plaquettes contenant 21 cp, il suffit d'enchaîner sans pause 2 plaquettes de pilule.

- » Pour les plaquettes contenant 28 cp : les comprimés placebo ne seront pas utilisés,

Autres contraceptions

o Implant contraceptif : attention aux sports de combat avec prise de contact.

\* DIU au cuivre : risque de ménorragies avec impossibilité de modifier la date des règles et possibilité d'anémie ferriprive néfaste en particulier chez les sportives.

\* Patch contraceptif : peut se décoller plus facilement dans certains sports.

@@@ 97 @@@

Contraception

I SURVEILLANCE &

Première consultation de suivi & 3 mois

Cette première consultation est essentielle car elle permet de

- vérifier la parfaite tolérance clinique :

+a l'interrogatoire - acné, rythmicité des règles, spotting, céphalées, douleurs pelviennes ou mammaires, saignements utérins anormaux, dyspareunie, etc.,

» prise du poids et de la PA,

« examen clinique pelvien : si besoin selon les femmes,

\* EXAMEN MAMMAIRE ;

- modifier la contraception en cas de mauvaise tolérance |

» changement de la COP selon les symptômes,

= proposer une contraception sans règles en enchaînant les plaquettes de COP;

- contrôle biologique & 3 mois en cas de COFP;

- dépister de nouvelles pathologies ou prise médicamenteuse qui pourraient

imposer de modifier la stratégie contraceptive.



Consultations ultérieures 1 fois/an

Une consultation de suivi annuelle est habituellement suffisante en l'absence de nouveaux symptômes, Elle permet de

- vérifier la parfaite tolérance clinique selon les mêmes modalités que la première consultation;
- changement de la contraception selon le souhait de la femme et les éventuels effets indésirables.

IS NOTES PERSONNELLES I

@@@ 98 @@@

Contraception et interactions  
médicamenteuses (en dehors du VIH)

B RAFFPELS

L'utilisation de certains traitements dits inducteurs enzymatiques peut soit diminuer l'efficacité d'une contraception hormonale, soit augmenter leurs effets indésirables. A l'inverse, l'utilisation d'une contraception hormonale peut aussi réduire l'efficacité de certains traitements associés interférant avec le contrôle de la pathologie traitée, ou en accroître les effets indésirables. L'interrogatoire constitue donc l'étape indispensable avant la prescription d'une contraception afin de dépister ces éventuelles interactions.

Diagnostic

Déterminer le type d'interactions potentielles.

\* L'interaction pharmacocinétique correspond à la situation où un médicament modifie la cinétique (absorption, distribution, métabolisme ou élimination) d'un autre médicament ce qui conduit à augmenter ou diminuer sa concentration, donc ses effets. Ainsi, c'est l'induction enzymatique via les cytochromes P450, et en particulier le CYP3A4, voie principale de métabolisation des œstrogènes et des progestatifs qui est la plus fréquente entraînant un risque de moindre efficacité contraceptive. Toutes les contraceptions hormonales sont concernées quelle qu'en soit la voie d'administration. A l'inverse,

la diminution de la dégradation des hormones avec risque d'augmentation des taux hormonaux peut se produire (érythromycine, antifongiques, etc).

\* L'interaction pharmacodynamique est la situation où les effets indésirables de deux médicaments, utilisés conjointement, s'additionnent. Dans le contexte de la contraception, l'exemple principal est la drospirénone et son risque d'hyperkaliémie potentielle.

\* Un autre mécanisme d'interaction peut être une altération de l'absorption digestive (laxatif, antibiotiques à large spectre, antiacides : il est alors conseillé de prendre la contraception hormonale avec plus de 2 h de décalage).

\* Un cas particulier doit être bien connu. Il s'agit de l'utilisation de la lamotrigine

- l'interaction est médiée via l'induction de la glucuronidation par l'EE (la composante progestative n'ayant vraisemblablement aucune action);

- cette interaction entraîne une diminution de la concentration sérique de la lamotrigine avec un risque d'augmentation des crises d'épilepsie.

8s

@@@ 99 @@@

## Contraception

### Objectif thérapeutique

\* Maintenir une bonne efficacité de la contraception ; adaptation ou modification du schéma.

» Éviter les effets indésirables induits,

### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\* Examen gynécologique comme avant toute prescription de contraception hormonale.

o Vérifier la possibilité d'une contraception par DILL  
# Connaître la durée du traitement associé (utilisation ponctuelle ou utilisation au long cours).

« Vérifier sur le thésaurus de l'ANSM l'existence d'une potentielle interaction : <https://ansm.sante.fr/documents/referance/thesaurus-des-interac->

tions-medicamenteuses-1.

## I PRESCRIPTIONS

{= 12 mg/j). nafinamide

griséotulving retiré du marché en France

modafinil, vémurafinib, debrafenit,  
bosentan, aprépitant

@@@ 100 @@@

Contraception et interactions médicamenteuses (en dehors du VIH)

» 5 utilisation courte : utiliser une méthode barrière ([préservatif])  
associée à la contraception hormonale en cours, pendant toute la durée du  
traitement et le cycle suivant son arrêt.

= 5i utilisation longue : utiliser une méthode non hormonale, DIU au  
cuivre si possible.

5i utilisation de lamotrigine

Coordination avec le prescripteur (en général neurologue).

» Augmentation des doses de lamotrigine avant le début de la  
contraception hormonale.

® [ ggt recommandé d'éviter de débuter une contraception contracep-  
tive pendant la période d'ajustement posologique de la lamotrigine.  
L'arrêt de la contraception hormonale devra s'accompagner d'une  
diminution de la posologie de lamotrigine (Reco CMGOF 2019)

Si utilisation de médicaments inhibiteurs (Tableau)  
atoricoxib

kétoconazole, itraconazole, voriconazole,  
posaconazole

atastating

bocéprévir

\* Utilisé dans le traitement de l'hépatite C.

» Prendre en compte le risque d'augmentation de la concentration d'EE  
si la COP est fortement dosée (2 30-40 pg) : possibilité de switch pour  
une COP contenant 15 ou 20 pg d'EE.

## BT SURVEILLANCE

\* Contrôler de la bonne tolérance des contraceptions utilisées en particulier  
si switch vers une contraception non hormonale type DIU au cuivre,

# Même suivi que pour les contraceptions hormonales hors contexte d'induction enzymatique.

\* Vérifier l'absence d'effets indésirables type surdosage et en particulier  
l'existence de mastodynies si le traitement inducteur enzymatique est associé  
à une diminution du métabolisme hépatique des stéroïdes.

ae

@@@ 101 @@@

Contraception

I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 102 @@@

Contraceptions et situations

à risque vasculaire

Contraception et diabète

L RAPPELS -

Le diabète (DB) n'est pas uniquement une pathologie chronique mais l'hyperglycémie qui le définit représente aussi un des principaux facteurs de risque vasculaire artériel, Il existe schématiquement deux types de diabète

le diabète de type 1 (DB 1), d'origine auto-immune, touchant les sujets jeunes et le diabète de type 2 (DB 2) affectant typiquement des patients plus

agés. Cependant, le lien entre le DB 2 et le poids entraîne sa survenue de

plus en plus précocement dans la vie compte tenu de l'augmentation d'incidence de l'obésité dans le monde. Des femmes en Sge de procréer peuvent donc être atteintes aussi bien d'un DB 1 que d'un DB 2. Leur contraception est essentielle. Elle prévient la survenue de grossesses non

désirées et permet de planifier une grossesse en évitant ou minimisant les

risques de pathologies materno-fœtales en cas de diabète mal équilibré,

Le contexte est très différent selon le type de diabète avec - dans le cas du DB 1 des femmes jeunes et en « bonne santé » en particulier sur le plan artériel - et dans le cas du DB 2, des femmes plus âgées avec souvent d'autres facteurs de risque vasculaire artériel ou veineux associés. Aussi, l'éventail contraceptif proposé est souvent plus restreint chez ces dernières.

## Diagnostic

\* Le diagnostic est simple. Il repose sur la découverte de chiffres glycémiques élevés, Ainsi, le diabète est défini par l'OMS par:

- une glycémie veineuse à jeun  $> 1,26 \text{ g/L}$  ( $7 \text{ mm/L}$ ) 3 deux reprises;

= ou glycémie veineuse  $> 2 \text{ g/L}$  ( $11,7 \text{ mmol/L}$ ) & n'importe quel moment de la journée.

\* Son diagnostic est ;

- parfois brutal avec syndrome cardinal associant polyuro-polydipsie, hyperphagie et amaigrissement; il révèle alors le plus souvent un DB 1 avec des glycémies  $> 3 \text{ g/L}$  chez un sujet jeune,

¥

@@@ 103 @@@

## Contraception

= souvent sur un dosage systématique dans le cadre d'un bilan sanguin pour asthénie, infections à répétition, surpoids voire obésité, etc. chez une femme souvent plus âgée,

\* D'un point de vue épidémiologique :

= le DB 1 concerne 0,25 % de la population générale, 5-10 % de la population diabétique, avec un pic d'incidence entre les 20 et 40 ans;

~le DB 2 est plus difficile à évaluer en termes d'incidence en raison de son caractère asymptomatique, il concernerait au minimum 3.5 % de la population générale avec un âge moyen lors du diagnostic de 43 ans. Il touche plus de 1 % des patients diabétiques. L'épidémie de l'obésité explique l'augmentation de sa prévalence et sa survenue de plus en plus précoce.

Le diabète gestationnel est une entité particulière & bien connaître car il représente un facteur de risque majeur de développer à la fois un diabète ultérieur [risque \* ] mais aussi des pathologies cardiovasculaires. Il doit faire l'objet d'une surveillance en post-partum et tout au long de la vie de la femme.

Objectif thérapeutique

\* Éviter une grossesse non désirée surtout en cas de diabète mal équilibré.

La grossesse doit être programmée

- après bilan ophtalmologique, rénal et vasculaire;

- passage à l'insulinothérapie en cas de traitement médicamenteux pour un DB 2;

- et obtention d'un parfait équilibre des glycémies.

- o Utiliser une contraception qui ;

- ne modifiera pas les chiffres glycémiques : ni les COP ni les CP ne modifient

habituellement les chiffres glycémiques ou d'HbA1c;

- n'aggrave pas le risque vasculaire en cas de facteurs de risque associés :

la macroangiopathie est aggravée en cas de diabète ancien (chez les femmes

les plus âgées > 35 ans) ou avec un ou plusieurs autres FOR vasculaires;

- n'augmente pas le risque infectieux : les DIU sont autorisés à ce titre car

ils ne modifient pas ce risque.

BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT DES

- \* Examen clinique à la recherche de complications du diabète.

- # Rechercher et évaluer les facteurs de risque vasculaires associés :

tabac,

migraine avec aura, surpoids, dyslipidémie, HTA et âge de la femme.

- \* Rechercher les antécédents familiaux ou accidents vasculaires artériels, ainsi

que l'âge de survenue.

i

@@@ 104 @@@

Contraception et diabète

- \* Rechercher les contre-indications potentielles habituelles au DIU.
- \* Examen gynécologique pelvien (si nécessaire) et mammaire.

## T PRESCRIPTIONS

### Ordonnance

Il convient de distinguer les femmes atteintes de DB 1 sans autre FOR vasculaire, jeunas et en € bonne santé » des patientes plus âgées ou atteintes d'un DB 2 avec ou sans autres FDR.

En cas de DB 1 diagnostiqué depuis moins de 20 ans non compliqué et non associé à d'autres FDR

Après accord du diabétiologue.

### Contraception œstroprogestative

Autorisée moyennant une surveillance glycémique rapprochée lors de son introduction, en l'absence des contre-indications habituelles.

» COP par voie orale :

- EE 20 ou 30 pg + lévonorgestrel 150 pg :

1 cp/j pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp placebo,

» & débuter le premier jour des règles idéalement au dans les 5 premiers jours du cycle ou & n'importe quel moment du cycle (méthode Quick Start où la protection contraceptive est effective seulement après 7 jours),

+ remboursée par "Assurance maladie;

- EE 35 pg + norgestimate 250 pg (plaquette monophasique) ou norgestimate de 180 à 250 pg (pour la pilule triphasique) :

= 1 cp/j pendant 21 jours sur 28,

» à proposer d'emblée en cas d'acné importante ou après une COP contenant du lévonorgestrel en 2<sup>e</sup> intention,

\* non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.,

\* OU si intolérance, COF contenant de l'estradiol ou équivalent ou de l'estréol ou un autre progestatif ou une autre voie d'administration non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles. =

93

@@@ 105 @@@

### Contraception

#### Contraception progestative (CP)

Toutes les voies d'administration sont autorisées en dehors de la voie injectable.

\* CP par voie orale :

- lévonorgestrel 30 pg/j - 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;

- désogestrel 75 pg/j - 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;

- drospirénone 4 mg/j: 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28, dont 4 ep placebo.
- \* CP par voie sous-cutanée : implant d'étonogestrel & 8 mg détonagestral.
- \* CP par voie intra-utérine ;
- dispositif intra-utérin dosé a 52 mg ou 19,5 mg de lévonorgestrel chez les femmes ayant déjà eu un enfant et 4 13,5 mg chez les nulligestes en 2° intention;
- durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au lévonargestrel [3 ans unigueant).

DIV au cuivre

- \* Sans restriction.
- \* Taille et forme a ajuster aux caractéristiques de la femme.
- » Dwrée d'action ce 5 & 10 ans selon le modèle,
- \* UT ow NT 380, standard ouw short, le plus souvent.

En cas de DB 1 diagnostiqué depuis plus de 20 ans ou compliqué et/ou associé a d'autres FDR et en cas de DB 2

- \* Toutes les contraceptions cestroprogestatives sont contre-indiguées quelles que scient les molécules, posologies et voies d'administration.
- \* Contraception progestative (CP) : toutes les voies d'administration sont autorisdes an dahors de la voie injectable [voir plus haut).
- \* DIV au cuivre : sans restriction {voir plus haut).

En cas d'antécédent de diabète gestationnel

Un contrile ghycémique et des autres facteurs de risque vasculaire doit

Btre réalmé

- en l'absence d'hyperglycémie et s'il n'existe augun FOR vasculaire ; toutes les contraceptions sont autorisées avec une surveillance très attentive en cas d'utilisation de COP;
- an cas o hyperglycémie ou il existe ne serait-ce qu'un FOR associé : toutes les COP sont contre-indiquées et le choix se porte vers les CP [en dehors de la voie injectable) et le DIU au cuivre. -

@@@ 106 @@@

Contraception et diabate

I SURVEILLANCE

- \* Surveillance 3 3 mois du poids, des chiffres de PA et du bilan glucido-lipi-
- dique en cas de COP : en cas d'anomalie - modification de la COP vers une CP ou DIU au cuivre.
- \* Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets



indésirables pour les CP ou DIU au cuivre,

- \* Suivi régulier gynécologique.

- \* En cas de désir de grossesse !

- la stratégie contraceptive utilisée ne doit pas être interrompue brutalement

en l'absence d'équilibre glycémique optimal;

- le traitement oral doit être modifié pour une insulinothérapie en l'absence

d'équilibre glycémique par les seuls moyens diététiques.

## I NOTES PERSONNELLES

@@@ 107 @@@

### Contraception

@@@ 108 @@@

### Contraception et dyslipidémies

#### RAPPELS

Les dyslipidémies comprennent l'hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie. Ces deux entités sont parfois associées. Elles représentent des facteurs importants de risque vasculaire artériel. Elles peuvent survenir tant dans la vie, souvent alors dans un contexte familial, interférant de façon majeure avec la contraception. En effet, tous les types de COP peuvent les révéler ou les aggraver.

#### Diagnostic

Le diagnostic est simple, uniquement biologique car rares sont les signes évocateurs, Il repose sur la découverte de chiffres lipidiques élevés. Ainsi:

= l'hypercholestérolémie est définie par un chiffre de cholestérol total  $\geq 250$  g/L

et de LDL-cholestérol  $\geq 1,80$  g/L, ce seuil variant en cas d'association 3 ou plus

plusieurs autres FOR artériels – chaque FOR associé à une baisse de 0,3 g/L;

- L'hypertriglycéridémie est définie par un chiffre de triglycérides > 1,50 g/L après 12 heures de jeûne.

Objectif thérapeutique

» Eviter une grossesse non désirée.

® Utiliser une contraception qui :

- ne modifiera pas les chiffres lipidiques; les COP modifient habituellement

ces chiffres avec

« augmentation habituelle des triglycérides mais restant le plus souvent dans les normes,

« modification du HDL et LDL-cholestérol de façon variable : plus le climat

est estrogénique, plus le HDL augmente et le LDL baisse et inversement en cas de climat plus androgénique selon la molécule progestative utilisée dans la COP;

- ne aggravera pas le risque vasculaire en cas de facteurs de risque associés.

BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\*» Examen clinique à la recherche de complications de la dyslipidémie.

» Rechercher et évaluer les facteurs de risque vasculaire associés © tabac, migraine avec aura, surpoids, diabète, HTA et âge de la femme.

97

@@@ 109 @@@

Contraception

\* Un bilan lipidique doit être systématiquement réalisé en cas de dyslipidémie familiale ou en cas de FDR artériel ne contre-indiquant pas d'emblée une prescription de COC,

Rechercher les antécédents familiaux ou accidents vasculaires artériels, ainsi que leur âge de survenue.

\* Rechercher les contre-indications potentielles habituelles au DIU.  
\* Examen gynécologique pelvien (si nécessaire) et mammaire.

I PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Il convient de distinguer les dyslipidémies connues avant la prescription,  
de celles découvertes dans la surveillance d'une COPR.

En cas de dyslipidémie antérieure à la prescription  
de la contraception

Soit une hypertriglycémie > 2 g/L et/ou LDL-cholestérol > 2,2 g/l'  
ou si la dyslipidémie est plus modérée mais associée à un ou plusieurs  
FDR artériel.

Contraceptions œstroprogestatives  
Contre-indiquées quelles que soient les posologies, molécules et  
voies d'administration utilisées.

Contraception progestative (CP)  
Toutes les voies d'administration sont autorisées en dehors de la voie  
injectable.

\* CP par voie orale :  
- 30 µg : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;  
- drospirnone 4 mg/1 : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28, dont 4  $\phi$   
placebo.

>

1. Consensus, Contraception hormonale chez la femme à risque vasculaire et  
métabolique - Recommandations de la Société française d'endocrinologie (SFE),  
2010,

o8

@@@ 110 @@@

Contraception et dyslipidémies

» CP par voie sous-cutanée : implant d'étonogestrel, 48 mg d'étonogestrel.

\* CP par voie intra-utérine :  
- dispositif intra-utérin dosé à 52 mg ou 19,5 mg de lévonorgestrel  
chez les femmes ayant déjà eu un enfant et à 13,5 mg chez les nullipares  
en 2<sup>e</sup> intention;  
- durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au lévonorgestrel  
(3 ans uniquement).

DIU au cuivre

® Sans restriction.

\* Taille et forme A ajuster aux caractéristiques de la femme.

# Durée d'action de 5 à 10 ans selon le modèle.

\* UT ou NT 380, standard ou short, le plus souvent.

En cas de découverte de dyslipidémie lors du bilan

de surveillance d'une COP

Soit hypertriglycéridémie > 2 g/l et/ou LDL-cholestérol » 2,2 g/L.

Contraceptions mstroprogestatives

Toutes les contraceptions cestroprogestatives sont désormais

contre-indiquées quelles que soient les molécules, posologies et voies  
d'administration,

Contraception progestative (CP)

Toutes les voies d'administration sont autorisées en dehors de la voie  
injectable (voir plus haut).

DIV au cuivre

Sans restriction (voir plus haut).

En dehors d'une dyslipidémie apparue lors de l'utilisation

d'une COP

En cas de chiffres de triglycérides normalisés [grâce aux mesures  
diététiques)

et de LDL-cholestérol < 2,2 g/L [sans ou avec hypocholestérolémiant) et

absence d'autre FOR artériel : toutes les contraceptions sont autorisées.  
>

@@@ 111 @@@

Contraception et dyslipidémies

I SURVEILLANCE

\* En cas de COP, surveillance à 3 mois du poids, des chiffres de PA et  
du  
bilan glucido-lipidique ; en cas d'anomalie : modification de la COP vers  
une  
CP ou DI au cuivre.

\* Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets

indésirables pour les CF ou DIU au cuivre,

IS MOTES PERSONNELLES

@@@ 112 @@@

Contraception

@@@ 113 @@@

Contraception  
et hypertension artérielle

B RAPPELS N

L'hypertension artérielle (HTA) est un des facteurs de risque majeurs de pathologies vasculaires artérielles. Sa présence multiplie d'un facteur 5 le risque d'accident vasculaire cérébral. Il en est de même concernant le risque d'infarctus du myocarde, l'hypertension artérielle est définie de façon pré-cise et consensuelle au niveau international. Elle est la conséquence d'une dysfonction des artères. Elle peut être essentielle mais aussi secondaire d'où l'importance d'un bilan initial et la recherche d'une étiologie curable. Lors-qu'elle est dite essentielle (90 % des cas), son origine est multifactorielle faisant intervenir des paramètres environnementaux et génétiques. Bien que sa prévalence soit peu importante aux débuts d'utilisation de la contraception, les conséquences notamment lorsqu'elle est précoce sont majeures, il est donc extrêmement important de vérifier les chiffres de pression artérielle à chaque consultation initiale et de suivi. En effet, l'HTA concernerait environ 4 % des femmes de 18 à 34 ans, 8 % des femmes entre 35 et 44 ans et 32 % entre 45 et 64 ans. Toutes les contraceptions combinées augmentent les chiffres de pression artérielle (PA) - environ 23-27 mmHg pour la PA systolique et 14-16 mmHg pour la PA diastolique et ces valeurs que soient la voie d'administration, les doses et les molécules des contraceptions combinées. Il est difficile de savoir si la composante œstrogénique est la seule

responsable de ces modifications. | s'agit plus certainement du climat hormonal résultant de ces deux molécules. Une HTA essentielle survient chez environ 5 % des femmes normo-tendus initialement lors de l'utilisation d'une contraception combinée,

## Diagnostic

Le diagnostic est simple et consensuel. || repose sur la découverte de chiffres tensionnels élevés.

Ainsi 'HTA est définie par -

- une pression artérielle (PA) systolique  $\geq 140$  mmHg et/ou PA diastolique  $\geq 90$  mmHg;

1. Etude nationale Mutriton Santé [ENNS) 2006 (Santé publique France] et Etude Mona Lisa, BEH, 4950, décembre 2004,

103

@@@ 114 @@@

## Contraception

- 53 mesure, effectuée en consultation, doit être confirmée par deux mesures par consultation, au cours de 3 consultations sur une période de 3 à 6 mois (HAS);

+des automesures tensionnelles (règle des 3-3-3 : 3 mesures à trois

moments de la journée pendant 3 jours) ou une mesure ambulatoire de la PA sur 24 heures [MAPA) peuvent être préconisées pour éviter l'effet « blouse blanche ». Le seuil de définition de 'HTA en automesure est alors de 135/85 mmHg.

La découverte de chiffres de PA élevés en consultation doit faire rechercher

des signes de mauvaise tolérance (céphalées, troubles visuels, malaise) et des signes pouvant faire évoquer une HTA secondaire, si elle est sévère, brutalement aggravée, résistante aux traitements, découverte avant l'âge de 30 ans, associée à des signes cliniques évocateurs de Cushing ou phéochromocytome.

Chez une femme jeune, la recherche d'une cause secondaire est indispensable. La patiente doit être adressée en consultation de cardiologie ou d'endocrinologie spécialisée (en cas de symptômes évocant une origine endocrinienne). Nous ne détaillerons dans cette ordonnance que la contraception dans un contexte d'HTA essentielle.

## Objectif thérapeutique

= Eviter une grossesse non désirée surtout en cas d'HTA débutante ou mal équilibrée,

s Utiliser une contraception qui ne modifiera pas les chiffres tensionnels et qui n'aggraverà pas le risque vasculaire.

## B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\* Examen clinique à la recherche d'une étiologie secondaire.

\* Rechercher des facteurs de risque vasculaire associés : tabac, migraine avec aura, surpoids, dyslipidémie, diabète.

\* Rechercher les antécédents familiaux d'HTA et d'accidents vasculaires artériels ainsi que l'âge de survenue.

\* Rechercher les contre-indications potentielles au DIL.

# Examen gynécologique, pelvien (si nécessaire) et mammaire.

104

@@@ 115 @@@

## Contraception et hypertension artérielle

### I PRESCRIPTIONS

En cas d'HTA, toutes les contraceptions combinées sont contre-indiquées quels que soient la voie d'administration, le dosage et le type de molécule estrogénique.

#### Ordonnance

Contraception progestative (CP)

Toutes les voies d'administration sont autorisées en dehors de la voie injectable,

\* CP par voie orale :

- l'étonogestrel 30 µg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;

- désogestrel 75 µg/fj : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;

- drospirénone 4 mg/fj : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28, dont 4 cp placebo.

» CP par voie sous-cutanée : implant d'étonogestrel, 58 mg d'étonogestrel.

» CP par voie intra-utérine :

- dispositif intra-utérin dosé à 52 mg ou 19,5 mg de lévonorgestrel chez les femmes ayant déjà eu un enfant et à 13,5 mg chez les nulligestes en 2<sup>e</sup> intention;

- durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au lévonorgestrel (13 ans uniquement).

DIU au cuivre

® Sans restriction.

» Taille et forme à ajuster aux caractéristiques de la femme.

\* Durée d'action de 5 à 10 ans selon le modèle.

\* UT ou NT 380, standard ou short, le plus souvent.

Règles hygiéno-diététiques

Éviction des autres facteurs de risque cardiovasculaire,

» Augmentation de l'activité physique fortement recommandée.

\* Meilleur contrôle de l'alimentation si surpoids ou obésité.

= Orientation vers une consultation d'addictologie si tabac.

@@@ 116 @@@

Contraception

B SURVEILLANCE

\* Surveillance à 3 mois des chiffres de PA avec conseils d'une surveillance

par automesure à domicile.

5) chiffres déstabilisés non contrôlés, orientation vers consultation

cardio-vasculaire-hypertensionnelle.

» Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets indésirables.

# Suivi régulier gynécologique.

I NOTES PERSONNELLES

@@@ 117 @@@

Contraception et maladies veineuses  
thromboemboliques

B RAPPELS

Les maladies thromboemboliques veineuses (MVTE) constituent le principal risque associé à l'utilisation des contraceptions œstroprogestatives et ceci

quel que soit la voie d'administration, la posologie et le type de COF utilisée.

Le risque est, en effet, multiplié par un facteur 3 à 6 selon le type de combinaison.



nason utilisée, Ainsi, les COP dites de 2<sup>e</sup> génération (contenant du levonorgestrel), celles contenant du norgestimate ou probablement les associations contenant de l'estradiol multiplient ce risque par un facteur 2 & 3 tandis que toutes les autres combinaisons (3<sup>e</sup> génération et autres générations) ou l'utilisation de voies non orales (anneau vaginal ou patch) augmentent ce risque par un facteur 4 [3, 4]. En effet, ces COP induisent une hypercoagulabilité par modifications des facteurs de coagulation hépatique (effet pharmacologique). Ces anomalies dépendent du climat hormonal de l'association mstroprogestative, plus ou moins estrogénique ou progestatif, Elles disparaissent rapidement après arrêt de la COR en environ 2 à 3 mois.

Même s'il s'agit d'événements rares (incidence chez les femmes en âge de procréer 3-5/10 000 années-femmes [données françaises]), ils sont potentiellement graves surtout en cas d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse cérébrale car ils peuvent être fatals. Ils sont parfois source de morbidité notamment en cas de thrombose très proximale pouvant entraîner un syndrome post-thrombotique invalidant.

Il faut aussi souligner que l'incidence de ces événements vasculaires augmente avec l'âge. Il est donc utile d'évaluer à chaque renouvellement de COF, surtout chez les femmes de plus de 35 ans, la balance bénéfice-risque de son utilisation.

Dans le contexte de la contraception chez les femmes jeunes en bonne santé, le facteur de risque majeur à prendre en compte est l'existence d'antécédent familial de MVTE chez un apparenté au 1<sup>er</sup> degré. En effet, ce type d'antécédent familial multiplie le risque de MVTE d'un facteur 4. Le risque augmente de façon nettement plus importante si plusieurs apparentés ont souffert de MVTE.

107

@@@ 118 @@@

Contraception

Diagnostic

# Les MVTE peuvent survenir dans différents territoires -

= au niveau des membres inférieurs : localisation la plus fréquente : apparition d'une jambe douloureuse augmentée de volume, chaude et rouge;

- au niveau pulmonaire : avec la classique embolie pulmonaire : apparition d'une dyspnée avec tachycardie associée ou non à une douleur thoracique;

- au niveau cérébral ; thrombose veineuse cérébrale beaucoup plus rare apparition de céphalées intenses, associées ou non à d'autres symptômes neurologiques;

- au niveau des membres supérieurs, plus rarement : apparition d'une douleur et augmentation de taille du bras;

- au niveau d'autres territoires veineux : vaisseaux du cou, hépatique, mésentérique, etc. : il s'agit de localisations exceptionnelles.

La confirmation de la MVTE est réalisée par différents examens complémentaires en fonction de sa localisation : le plus fréquemment en cas de MVTE des membres inférieurs par un écho-Doppler veineux des membres inférieurs ou d'un angioscanner pulmonaire en cas de suspicion d'embolie pulmonaire,

» Chez une femme jeune, il est indispensable dans ce contexte de MVTE de rechercher l'utilisation d'une COP, le diagnostic étant souvent retardé en cas

d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse cérébrale. Il faut aussi rechercher les autres facteurs de risque classiques (immobilisation, long voyage surtout en avion, obésité, tabac, alcool, etc.).

Objectif thérapeutique

» Éviter une grossesse non désirée.

\* Utiliser une contraception qui ne modifiera pas les paramètres de la coagulation et qui n'aggraverait pas le risque vasculaire.

## B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

\* Examen clinique à la recherche d'une étiologie secondaire.

# Rechercher des facteurs de risque vasculaires associés veineux et artériel :

tabac, migraine avec aura, surpoids, dyslipidémie, diabète, HTA.

\* Si tabagisme, orientation de la patiente vers une consultation de sevrage tabagique.

\* Rechercher les antécédents familiaux de MVTE survenus avant 50 ans chez un apparenté au 1<sup>er</sup> degré ce qui constitue en soi (même en l'absence de

## Contraception et maladies veineuses thromboemboliques

MVTE chez une jeune patiente] une contre-indication & 'utilisation d'une COP.

» Effectuer un bilan de thrombophilie biologique afin d'évaluer le niveau de risque (important 3 prendre en compte pour une future grossesse) :

- thrombophilies biologiques congénitales : recherche d'un déficit en anti-thrombine, protéine 5 ou protéine C, recherche de la mutation du facteur V et de la prothrombine ;

- thrombophilies biologiques acquises : NF5S (recherche d'un syndrome myéloprolifératif, surtout en cas de localisation atypique); anticoagulant circulant, anticorps anticardiolipines, anti-f2-GP-1, ces trois paramètres entrant dans le cadre d'un syndrome biologique des antiphospholipides; homocystéinémie [+/- dosages des vitamines B9 et B12 en cas d'augmentation de l'homocystéine).

\* Rechercher d'éventuelles contre-indications au DI

\* Examen gynécologique, pelvien (& nécessaire) et mammaire,

### I PRESCRIPTIONS

= En cas de MVTE dans un territoire profond, d'antécédent familial de MVTE au 1<sup>er</sup> degré avant 50 ans ou de thrombophilie biologique, toutes les contraceptions combinées sont contre-indiquées quels que soient la voie d'administration, le dosage et le type de molécule oestro-génique.

» A la phase aiguë d'une MVTE chez une utilisatrice de COP, il est recommandé de terminer la plaquette si un rapport a eu lieu dans les 5 jours précédant l'événement', Puis, il est conseillé d'utiliser une contraception non hormonale (préservatif par exemple) 4 la phase aiguë de la MVTE. Les stratégies contraceptives suivantes sont conseillées une fois la phase aiguë passée.

>

1. Recommandations CNGOF, Contraception des femmes & risque, 2019,

@@@ 120 @@@

Contraception

## Ordonnance

### Contraception progestative (CP)

Toutes les voies d'administration sont autorisées en dehors de la voie

\* CP par voie orale :

~ lévonorgestrel 30 pg/j - 1 cp/) pendant 28 jours sur 28;

- désogestrel 75 pg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;

- drospirénone 4 mg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28, dont 4 cp

placebo.

\* CP par voie sous-cutane : implant d'étonogestrel, &8 mo d'étonogastral.

\* CP par voie intra-utérine :

- dispositif intra-utérin dosé 4 52 mg ou 19,5 mg de lévonorgestrel chez les femmes ayant déjà eu un enfant et 3 13,5 mg chez les nulligestes an 2 intention;

- durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au [évonargestrel (3 ans uniquement).

DIU au cuivre

® 5ans restriction.

» Taille et forme & ajuster aux caractéristiques de la femme.

\* Durée d'action de 5 10 ans selon le modèle.

\* UT ou NT 380, standard ou short, le plus souvent.

### Règles hygiéno-diététiques

Eviction des autres facteurs de risque cardiovasculaire,

\* Augmentation de l'activité physique fortement recommandée.

\* Meilleur contrôle de l'alimentation notamment i surpoids ou obésité.

» Circonscription vers une consultation d'addictologie si tabac.

## B SURVEILLANCE

® Surveillance à 3 mois de la tolérance de la stratégie contraceptive choisie.

\* S'assurer de la bonne tolérance vasculaire de la contraception utilisée :  
recherche de varices de lourdeur de jambes.

110

@@@ 121 @@@

### Contraception et maladies veineuses thromboemboliques

» Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets indésirables.

® Suivi régulier gynécologique annuel.

= Enseigner les circonstances & risque de MVTE imposant des précautions particulières (alternance, chirurgie, long voyage, etc.).

\* En cas de thrombophilie biologique héréditaire, proposer une enquête

familiale particulièrement importante pour les autres femmes de la famille  
[risque & n cas de COP ou de grossesse),

I NOTES PERSONNELLES M

111

@@@ 122 @@@

Contraception

@@@ 123 @@@

Contraception et migraine simple

B RAPPELS R

La migraine simple est une affection fréquente chez la femme jeune. Il s'agit de céphalées survenant par crises séparées par des périodes (parfois plusieurs mois) sans symptôme. Ses caractéristiques sont établies par l'International Headache Society dont la dernière mise à jour date de 2018

Ainsi, la migraine simple est définie par au moins 5 crises de céphalées ayant les caractéristiques suivantes :

- 1) durée de la céphalée de 4 à 72 heures sans traitement ;
- 2) céphalée ayant au moins deux des caractères suivants : unilatéralité, pulsatilité, intensité modérée à sévère, aggravation par l'effort physique ;
- 3) céphalée associée à au moins un des symptômes suivants : nausées et/ou vomissements, photophobie et/ou phonophobie.

Cette définition permet de distinguer les autres types de céphalées (céphalées de tension) ou de migraines (avec aura, cataméniale),

Objectif thérapeutique

» Éviter la survenue d'une grossesse non désirée. Choisir la contraception qui aura la meilleure efficacité et la balance bénéfice-risque optimale en

tenant compte de l'observance associée au mode de vie.

\* Trouver la contraception qui, au minimum, n'aggrave pas la migraine et ne fait pas apparaître d'aura, et au maximum pourrait la soulager.

## B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

# Il est indispensable comme avant toute prescription de contraception de rechercher les contre-indications éventuelles des différentes stratégies contraceptives évoquées.

\* Rechercher les facteurs de risque vasculaire contre-indiquant les contraceptions hormonales estroprogestatives ; dge > 35 ans, tabac, obésité, HTA, diabète, dyslipidémie, antécédent vasculaire personnel (veineux ou artériel), antécédent personnel de cancer ou pathologie hormonodépendante, antécédent familial au 1<sup>er</sup> degré, artériel (IDM, AVC ischémique, ADMI avant 35 ans (parent masculin) ou 65 ans (parent féminin) ou veineux (TVF, EF, TVC) avant 50 ans, existence d'une thrombophilie biologique héréditaire. Certains

113

@@@ 124 @@@

## Contraception

de ces facteurs de risque justifient 3 d'entre eux seuls la contre-indication formelle à l'utilisation de contraceptions combinées.

Rechercher des facteurs de risque contre-indiquant l'utilisation d'un DIU :  
allergie au cuivre, infection génitale en cours, malformation utérine, pathologie cardiaque à risque d'endocardite, traitement immunosuppresseur au long cours (DIU au cuivre) ou pathologies hormonodépendantes contre-indiquant l'utilisation de progestatifs (DIU au lévonorgestrel).

Réalisation d'un bilan lipidique (si antécédent familial de dyslipidémie),  
bilan glucidique (si antécédent familial de diabète, surpoids ou antécédent de diabète gestationnel).

\* Réalisation d'un bilan d'hémostase (si notion de thrombophilie biologique familiale).

Surveiller des éventuels effets indésirables suivant la contraception choisie

et de l'impérative nécessité de respecter la surveillance afin de s'assurer du bon suivi de la méthode choisie et de l'adapter si nécessaire.

## B PRESCRIPTIONS

### Ordonnance

Toutes les contraceptions sont possibles en l'absence de facteurs de risque vasculaire et de pathologie hormonadépendante personnelle.

### Pilule estroprogestative

» A débiter le premier jour des règles : éthinylestradiol 30 pg + lévonorgestrel 150 pg ou éthinylestradiol 20 pg + lévonorgestrel 100 pg ou éthinylestradiol 35 pg + norgestimate 250 pg à prendre 21 jours arrêt 7 jours et reprendre une autre plaquette, Ne jamais dépasser 12 heures de décalage sinon adopter la procédure « en cas d'oubli ».

» Certaines associations contiennent 7 comprimés placebo permettant d'enchaîner les plaquettes : parfois plus simple pour éviter les erreurs lors de la reprise après l'arrêt.

### Pilule progestative

Lévonorgestrel 30 pg, désogestrel 75 ug ou drospirénone 1 mg - 1 cp tous les jours dès le premier jour des règles puis 1 cp tous les jours sans arrêt. Ne pas dépasser 2 heures d'oubli pour le lévonorgestrel, 12 heures pour le désogestrel et 24 heures pour la drospirénone sinon adopter la procédure « en cas d'oubli ». &

114

@@@ 125 @@@

## Contraception et migraine simple

### Implant progestatif

Petit bâtonnet d'étonogestrel 68 mg à insérer en sous-cutané strict entre le 1<sup>er</sup> jour et le 3<sup>e</sup> jour des règles préférentiellement pour une durée maximale de 3 ans.

### DIU au cuivre

Insérer un DIU de forme UT ou TT ou NT 380 standard ou short si petit utérus (femmes nullipares) idéalement durant ou juste après les règles pour une durée maximale de 5 à 10 ans selon le type de DI

DIU au lévonorgestrel

Insérer le DIU au lévonorgestrel dosé 3 52 mg ou 19,5 mg (femmes pares) ou 13,5 mg (femmes nullipares) idéalement durant ou juste après les règles pour une durée maximale de 3 à 5 ans selon le dosage du lévonorgestrel,

Règles à respecter

o utilisation du préservatif masculin ou féminin), en cas de nouveau partenaire.

» En cas d'oubli (cf. fiche « Contraception : oublis, relais ).

® Possibilité d'initier une contraception après le premier jour du cycle [méthode appelée Quick Start) avec nécessité d'y associer des préservatifs durant 7 jours,

Education de la femme sur les risques possibles de la méthode choisie permettant sa participation active pour la détection d'effets indésirables.

EE SURVEILLANCE -

» Examen à 3 mois puis tous les ans : évaluation de sa tolérance {recherche des effets indésirables; saignements anormaux, douleurs mammaires, dysménorrhée), poids, prise de la pression artérielle, examen mammaire et pelvien [sans nécessité absolue pour ce dernier lors des premières consultations si aucun symptôme),

» Vérification de l'absence d'erreur de prise de comprimé.

\* L'aggravation de la migraine (augmentation de fréquence ou de l'intensité des crises) doit faire modifier la contraception. L'apparition d'aura contre-indiquée.

115

@@@ 126 @@@

Contraception

digée, en revanche, formellement toutes les contraceptions combinées.

\* Bilan glucido-lipidique à 3 mois puis tous les 5 ans si bilan biologique normal et pas d'antécédent familial,



Examen 1 & 2 mois après l'insertion d'un DIU puis une 4<sup>e</sup> fois.

## I NOTES PERSONNELLES

11

127

## Contraception et migraine avec aura

### B RAPPELS

La migraine avec aura est beaucoup moins fréquente que la migraine simple, mais elle doit être systématiquement recherchée lors d'une première consultation pour contraception mais aussi à chaque consultation de suivi. En effet, elle constitue un facteur de risque vasculaire important. Sa définition associe les critères d'une migraine simple associée à des symptômes neurologiques précipitant la céphalée. Deux crises ainsi diagnostiquées suffisent à classer la patiente dans la catégorie migraineuse avec aura. Il s'agit le plus souvent de symptômes ophtalmiques (lignes brisées scintillantes ou non, scotome [scintillant ou central (tache noire)], hémianopsie, etc) mais aussi sensitifs (paresthésies), moteurs plus rarement voire troubles du langage. Les symptômes neurologiques ne doivent pas durer plus de 60 minutes. Signalons la marche migraineuse, facilement rapportée par les patientes lors de l'interrogatoire. Il s'agit de la succession de différents symptômes neurologiques durant quelques minutes chacun avant l'apparition des céphalées migraineuses. Cette classification fait l'objet de mise à jour régulière de l'International Headache Society (IHS). Ainsi, dans la dernière classification, l'aura peut ne pas être suivie de céphalées. Au moindre doute d'existence de migraine avec aura, une consultation neurologique spécialisée doit être réalisée,

### Objectif thérapeutique

o Éviter la survenue d'une grossesse non désirée,

\* Choisir la contraception qui aura la meilleure efficacité et la balance bénéfice-risque optimale en tenant compte de l'observance associée au mode de vie.

\* Trouver la contraception qui, au minimum n'aggrave pas la migraine, voire diminue la fréquence des crises et des auras.

#### B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

\* Dans ce contexte, les contraceptions combinées quelle que soit la voie d'administration sont contre-indiquées formellement par toutes les sociétés savantes en raison du risque d'accident vasculaire cérébral ischémique.

117

@@@ 128 @@@

#### Contraception

» Rechercher les facteurs de risque de mauvaise tolérance des microprogestatifs et en particulier l'existence de kystes fonctionnels (risque de rupture)

# Rechercher des facteurs de risque contre-indiquant l'utilisation d'un DI :  
allergie au cuivre, infection génitale en cours, malformation utérine, pathologie cardiaque (risque d'endocardite, traitement immunosuppresseur au long cours (DIU au cuivre) ou pathologies hormonodépendantes contre-indiquant l'utilisation de progestatifs (DIU au levonorgestrel).

» Rechercher l'existence d'une contre-indication aux traitements progestatifs (pathologie cancéreuse hormonodépendante, méningiome familial).

» Informer des éventuels effets indésirables suivant la contraception choisie et de l'impérative nécessité de respecter la surveillance afin de s'assurer du bon suivi de la méthode choisie et de l'adaptation du traitement.

#### I PRESCRIPTIONS

Contre-indication formelle aux contraceptions combinées quelle que soit la voie d'administration (orale, vaginale, transdermique).

#### Ordonnance

#### Pilule progestative

Lévonorgestrel 30 µg, désogestrel 75 µg ou drospirénone 2 mg : 1 cp tous les jours dès le premier jour des règles sans arrêt. Ne pas dépasser 2 heures d'oubli pour le Lévonorgestrel, 12 heures pour le désogestrel et 24 heures pour la drospirénone sinon adopter la procédure « en cas

d'oubli =

#### Implant progestatif

Petit batonnet d'étonogestrel 68 mg 2 insérer en sous-cutané strict entre le 17 jour et le 5 jour des règles préférentiellement pour une durée maximale de 3 ans.

#### DIV au cuivre

Insérer un DIU de forme UT ou TT ou NT 380 standard ou short s petit utérus (femmes nullipares) idéalement durant ou juste après les règles pour une durée maximale de 5 3 10 ans selon le type de DIU.

118

@@@ 129 @@@

#### Contraception et migraine avec aura

##### DIV au lévonorgestrel

Insérer le DIU au lévonorgestrel dosé à 52 mg ou 19,5 mg (femmes paires) ou 13,5 mg (femmes nullipares) idéalement durant ou juste après les règles pour une durée maximale de 3 3 5 ans selon le dosage du

lévonorgestrel.

##### Règles à respecter

- » Utilisation du préservatif (masculin ou féminin), en cas de nouveau partenaire.
- » En cas d'oubli (voir ordonnance contraception progestative et oubli).

\* Education de la femme sur les risques possibles de la méthode choisie en attendant sa participation active pour la détection d'effets indésirables.

#### I SURVEILLANCE

- » Examen 4 3 mois puis tous les ans ; évaluation de sa tolérance (recherche des effets indésirables; saignements anormaux, douleurs mammaires, dysménorrhée), poids, prise de la pression artérielle, examen mammaire et pelvien [sans nécessité absolue pour ce dernier lors des premières consultations si aucun symptôme).

o Vérification de l'absence d'erreur de prise de comprimé si voie orale.

= l'aggravation de la migraine (augmentation de fréquence ou de l'intensité des crises et/ou des auras) doit faire modifier la contraception.

\* Examen 1 & 2 mois après l'insertion d'un DIU puis 1 fois/an.

I NOTES PERSONNELLES M

119

@@@ 130 @@@

Contraception

@@@ 131 @@@

Contraception  
et migraines cataméniales

B RAPPELS

Les migraines cataméniales sont une entité particulière des céphalées. Elles remplissent les mêmes critères que les migraines simples, mais elles surviennent uniquement 2 à 3 jours avant les règles et/ou les 2 & 3 jours de règles. Cet intervalle varie selon les sociétés savantes, Elles ont comme particularité de ne pas être associées au risque d'accident vasculaire cérébral ischémique. Mais ce sont des migraines qui sont classiquement beaucoup plus sévères en termes d'intensité de la douleur,

Diagnostic

» Etablir le diagnostic de migraine en le distinguant des céphalées de tension; au moins 5 crises de céphalées ayant les caractéristiques suivantes :

= 1) durée de la céphalée de 4 à 72 heures sans traitement ;

- 2) céphalée ayant au moins deux des caractères suivants : unilatéralité, pulsatilité, intensité modérée à sévère, aggravation par l'effort physique;

- 3) céphalée associée à au moins un des symptômes suivants : nausées et/ou vomissements, photophobie et/ou phonophobie.

# Déterminer la temporalité des migraines - encadrant les menstruations (2 à 3 jours avant les règles et jusqu'aux 3 premiers jours des règles).

\* Déterminer l'existence d'autres types de migraines en dehors de cette

période cataméniale.

# Vanfer 'absence d'autres facteurs de risque cardiovasculaire.

Objectif thérapeutique

o Eviter la survenue d'une grossesse non désirée,

» Choisir la contraception qui aura la meilleure efficacité et la balance bénéfice-risque optimale en tenant compte de l'observance associée au mode de vie,

\* Trouver la contraception qui, au minimum n'aggrave pas [ migraine, voire diminue la fréquence des crises.

\* Choisir dans certains cas rebelles une contraception qui induit une amélioration thérapeutique afin de supprimer la période liée aux céphalées.

121

@@@ 132 @@@

Contraception

B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT IE-

\* Rechercher les facteurs de risque contre-indiquant l'utilisation d'une contraception combinée - essentiellement les facteurs de risque cardiovasculaire.

# Rechercher les facteurs de risque de mauvaise tolérance des microprogestatifs et en particulier l'existence de kystes fonctionnels 3 répétition [Asque de rupture).

\* Informer des éventuels effets indésirables suivant la contraception choisie et de l'impérative nécessité de respecter la surveillance afin de s'assurer du bon suivi de la méthode choisie et de adapter si nécessaire.

\* Examen clinique gynécologique pelvien et mammaire, si nécessaire à la recherche d'anomalie potentielle

\* Réalisation d'un bilan lipidique (si antécédent familial de dyslipidémie), bilan glucidique (si antécédent familial de diabète, surpoids ou antécédent de diabète gestationnel).

\* Réalisation d'un bilan d'hémostase (si notion de thrombophilie biologique familiale).

## I PRESCRIPTIONS

Toutes les contraceptions peuvent être utilisées en cas de migraines cataméniales pures et sans autres facteurs de risque cardiovasculaire,

\* A débiter le premier jour des règles : éthinylestradiol 30 pg + lévonorgestrel 150 pg ou éthinylestradiol 20 pg + lévonorgestrel 100 pg ou éthinylestradiol 35 pg + norgestimate 250 pg.

- La simple utilisation d'une COC entraînant un équilibre hormonal différent de l'équilibre physiologique peut faire disparaître la migraine cataméniale,

- En cas de persistance, utilisation de la COC en continu en enchaînant les plaquettes (sans faire de phase d'arrêt ou sans prendre les comprimés placebo).

Il est conseillé de faire un arrêt de 7 jours après quelques plaquettes enchaînées (trois) afin de minimiser le risque de saignement anovulatoire, Z

122

@@@ 133 @@@

## Contraception et migraines cataméniales

» Possibilité d'utiliser la contraception combinée contenant 84 ép actifs zéro : éthinylestradiol 30 pg + lévonorgestrel 150 pg puis 7 cp de 10 pg d'éthinylestradiol 1 cp/j; pilule non remboursée, mais les 7 cp contenant seulement de l'EE peuvent permettre de minimiser la crise cataméniale.

Si contre-indication aux contraceptions œstroprogestatives

\* Pilule progestative : préférer les pilules contenant du désogestrel 75 pg ou de la drospirénone 4 mg, 1 cp tous les jours dès le premier jour des règles puis 1 cp tous les jours sans arrêt. Ne pas prendre des comprimés placebo de la pilule contenant de la drospirénone en cas de persistance des migraines cataméniales.

» Implant progestatif : petit bâtonnet d'étonogestrel 48 mg & insérer en sous-cutané strict entre le 1<sup>er</sup> jour et le 5<sup>ème</sup> jour des règles préférentiellement pour une durée maximale de 3 ans.

\* DIU au lévonorgestrel - insérer 2 DI au lévonorgestrel dosé 4 52 mg ou 19,5 mg (femmes parées) ou 13,5 mg (femmes nullipares) idéalement durant ou juste après les règles pour une durée maximale de 3 à 5 ans selon le dosage du lévonorgestrel.

Règles à respecter

» Utilisation du préservatif (masculin ou féminin), en cas de nouveau partenaire.

\* En cas d'oubli (. fiche « Contraception progestative - oublis »).

» Education de la femme sur les risques possibles de la méthode choisie permettant sa participation active pour la détection d'effets indésirables.

## I SURVEILLANCE

» Examen à 3 mois pour évaluer l'efficacité de la méthode choisie sur la fréquence des crises de migraines et sur les saignements potentiels.,

⌘ Puis consultation 3 & mois puis annuelle.

& Vérification de l'absence d'erreur de prise de comprimé si voie orale.

\* 51 DIV examen 1 3 2 mois après l'insertion du dispositif puis une fois par an.

\* L'aggravation de la migraine (augmentation de fréquence ou de l'intensité des crises) apparition de crises en dehors de la période cataméniale ou

123

@@@ 134 @@@

## Contraception

apparition d'aura : arrêt de la contraception combinée (si stratégie choisie)

et discuter les autres stratégies contraceptives proposées.

## I NOTES PERSONNELLES

@@@ 135 @@@

## Contraception et obésité

### I RAPPELS

L'obésité, et plus globalement le surpoids, intervient dans le choix contraceptif initial et dans son suivi. En effet, le poids est un facteur de risque spécifique de pathologie vasculaire (artérielle et veineuse) et peut contre-indiquer la prescription des contraceptions non dénuées de risque (COP) 5"1 existe d'autres facteurs de risque vasculaire. Son caractère androïde, évalué par le simple rapport taille/hanche, majore les risques métaboliques et cardiovas-

culaires. La grossesse, en cas d'obésité, est, quant à elle, plus à risque de complications maternelles et fœtales et impose une programmation et un accompagnement particuliers,

L'obésité et le surpoids sont en augmentation constante dans le monde. En

France, l'obésité concerne plus de 15 % de la population adulte et le surpoids plus de 32 %.

L'indice de masse corporelle (IMC), calculé par le rapport taille/poids, permet de définir plusieurs catégories

- poids normal :  $IMC = 18,5 \text{ à } 25 \text{ kg/m}^2$ ;
- surpoids ;  $IMC = 25 \text{ à } 30 \text{ kg/m}^2$ ;
- obésité modérée (classe 1) :  $IMC = 30 \text{ à } 35 \text{ kg/m}^2$ ;
- obésité sévère (classe 2) :  $IMC = 35 \text{ à } 40 \text{ kg/m}^2$ ;
- obésité morbide ou massive (classe 3) :  $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ .

En cas de surpoids ou d'obésité, un rapport taille/hanche (RTH) = 0,85 est considéré comme 3 fois le risque de maladies métaboliques et cardiovasculaires.

Objectif thérapeutique

\* Efficacité contraceptive optimale : globalement non modifiée par le surpoids ou l'obésité,

\* Limiter les grossesses non programmées plus à risque au plan materno-fœtal.

\* Ne pas prendre de risque métabolique, thromboembolique ou cardiovasculaire,

125

@@@ 136 @@@

Contraception

BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\* Interrogatoire minutieux à la recherche d'antécédents personnels ou familiaux pouvant contre-indiquer certaines contraceptions : en particulier métaboliques, thromboemboliques ou cardiovasculaires.

\* Mesure du poids, calcul de l'IMC et du rapport taille/hanche.



» Evaluation des autres facteurs de risque veineux ou artériel (voir tableau)  
avec en particulier : tabagisme, 3ge, pression artérielle, mesure de la glycémie & des lipides sanguins.

# Dépister d'éventuelles interactions médicamenteuses.

l'efficacité contraceptive est identique à celle des femmes de poids normal;  
certaines études montrent des résultats contradictoires en cas d'IMC extrêmes.

## I PRESCRIPTIONS

En l'absence de tout autre facteur de risque vasculaire, toutes les contraceptions sont autorisées. L'association à un (voire plusieurs) facteur de risque : le choix peut alors se faire entre les contraceptions progestatives ou non hormonales, principalement le DIU au cuivre.

Ordonnance

COP par voie orale

\* EE 20 ou 30 pg + levonorgestrel 150 pg - 1 cp/j pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp placebo.

\* EE 35 pg + norgestimate 250 pg (plaquette monophasique) ou norgestimate de 180 & 250 pg (pour la pilule triphasique) : 1 cp/j pendant 21 jours sur 28.

\* EE avec un autre type de progestatif devra faire l'objet de plus d'attention du fait du surcroît de risque thromboembolique et si les deux types de COP précédemment cités ne sont pas tolérés,

\* Estradiol + acétate de norgestrol ou valérate d'estradiol + diénogest : 1 cp/j pendant 28 jours sur 28 (probablement le moindre risque thromboembolique veineux que les contraceptions dites de 3<sup>e</sup> génération ou contenant EE + acétate de cyproterone ou EE + drospirénone).

\* COP par voie extravaginale en 2<sup>e</sup> intention car le plus haut risque thromboembolique veineux.

»>

124

@@@ 137 @@@

Contraception et obésité

COP par voie extra-digestive

Surcroit de risque veineux par rapport aux COP contenant du [évanar-pestrel au du norgestimate.

» Patch contraceptif :

- un dispositif transdermique contenant EE 33,9 pg/j + 203 pg/j de norelgestriomine 4 changer une fois/semaine 3 semaines/d;
- efficacité identique/poids normal sauf =i patch positionné sur le ventre; une étude a montré une efficacité moindre chez les femmes de plus de 50 kg.

» Anneau vaginal @

- un système de diffusion vaginale contenant EE 15 pg/j + 120 pg/] d'étonogestrel : 3 introduire et garder dans le vagin 3 semaines'd;
- efficacité identique/poids normal.

CP par voie orale

- \* Lévonorgestrel 30 pg/j : 1 op/j, pendant 28 jours sur 38,
- » Diésogestrel 75 pgfj - 1 cp/j, pendant 23 jours sur 28,
- \* Drospirénone 4 mg/j : 1 cp/fj, pendant 28 jours sur 28, dont 4 cp placebo.

LCF par voie sous-cutane

- \* Implant d'étonogestrel : 58 mg d'étonogestrel.
- » Son efficacité semble maintenue la 3<sup>e</sup> année d'utilisation dans le contexte de |'chésité,

CP par voie intra-utérine

- » Dispositif intra-utérin dosé & 52 mg, 19,5 mg ou 13,5 mg.
- » Durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit (3 ans uniquement).

DIU au cuivre

® Sans restriction.

» Taille et forme & ajuster aux caractéristiques de la femme sans spécificité

liée su poids (UT 380 ou NT380 standard ou short).

Durée d'action de 5 4 10 ans selon le modèle.

Après chirurgie de l'obésité

Cf. fiche dédiée.

127

@@@ 138 @@@

Contraception

I SURVEILLANCE

» Première consultation de suivi & 3 mois, puis annuelle.

- \* Cette première consultation est essentielle car elle permet de
- s'assurer de la bonne utilisation de la méthode utilisée ;
- vérifier la parfaite tolérance clinique :
- \* 4 l'interrogatoire : céphalées, mastodynies, saignements anormaux, nausées, etc,

s prise de poids particulièrement essentielle dans ce contexte ainsi que la prise de pression artérielle,  
= palpation mammaire,  
« état cutané, vaginal,  
= examen pelvien (si patiente non vierge);  
- modifier la contraception en cas d'intolérance en choisissant les stratégies

possibles (voir plus haut);

- contrôler les paramètres métaboliques sanguins : glycémie, bilan lipidique  
@ 3 ou 6 mois suivant le contexte personnel et familial puis tous les 5 ans si bilan normal;

- dépister de nouvelles pathologies ou prise médicamenteuse qui pourraient imposer de modifier la stratégie contraceptive;

- s'assurer de l'absence de carence martiale en cas de DIU au cuivre;

- programmer une grossesse lorsqu'elle est souhaitée.

IS NOTES PERSONNELLES

@@@ 139 @@@

Contraception et chirurgie  
de l'obésité

B RAPPELS

La chirurgie bariatrique connaît un essor fulgurant ces dernières années. L'objectif est de limiter les risques à moyen et long termes des conséquences

de l'obésité. Elle intervient en cas d'obésité sévère ou morbide dont l'indice

de masse corporelle n'a pas été ou insuffisamment modifié par un régime alimentaire sous surveillance médicale depuis plus de 6 à 12 mois.

Différentes

techniques existent avec, pour certaines, des répercussions majeures pour l'administration orale de nombreuses thérapeutiques. La contraception des femmes opérées doit, comme toujours, répondre aux critères d'efficacité et,

de sécurité sur les risques potentiels. La chirurgie bariatrique améliore la

fertilité mais une grossesse est le plus souvent contre-indiquée dans les 12

à 18 mois suivant la chirurgie.

Les techniques chirurgicales diffèrent fondamentalement selon qu'elles modifient

fient au non le métabolisme (st en particulier 'sbsorption) digesti.  
Lindica-  
tion chirurgicale est posée après évaluation collégiale en cas d'échec de la  
prise en charge médicale (nutritionnel, dvététique, psychologique, etc.)  
pour  
des obésités morbides ou en cas d'obésité sévère avec comorbidités asso-  
cigés.

Aingi on distingue :

- les techniques restrictives pures : anneau gastrique, sleeve gastrectomie;
- les techniques mixtes associant restriction et malabsorption : by-pass, dérivation biliopancréatique.

Objectif thérapeutique

» Efficacité contraceptive optimale : globalement nen modifiée par le sur-  
poids, l'obésité, les chirurgies restrictives pures,

\* Les chirurgies & l'origine d'une malabsorption modifient Mefficacité  
contraceptive des méthodes orales car mal absorbées.

® Limiter les grossesses non programmées dans o contexte de chirurgie  
bariatrique.

@@@ 140 @@@

Contraception

BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\* Interrogatoire minutieux 3 la recherche d'antécédents personnels ou fami-  
laux pouvant contre-indiquer certaines contraceptions : en particulier méta-  
boliques, thromboemboliques ou cardiovasculaires.

\* Mesure du poids, caleul de 'IMC et du rapport taille/hanche.

» Evaluation des autres facteurs de risque veineux ou artériel (voir  
tableau)  
avec en particulier : tabagisme, 3ge, pression artérielle, mesure de la  
ghyce-  
mie &t des lipides sanguins.

BT PRESCRIPTIONS

En prévision d'une chirurgie banatrigue, une contraception doit &tre ini-  
tiée (si nécessaire femme en période d'activité sexuelle) ou modifiée (si  
d risque vasculaire) pour aviter une grossesse dans la période péri et  
postopératoire.

## Ordonnance

En prévision d'une chirurgie bariatrique à risque  
thromboembolique  
51 COP en cours

Quelles que soient les molécules utilisées, leurs posologies et la voie  
d'administration, switcher la COP au moins 4 à 6 semaines avant la chir-  
urgie pour une contraception efficace sans risque veineux,

\* CP: toutes les voies d'administration sont autorisées en cas de  
chirurgie

restrictive prévue,

- CP par voie orale (contre-indiquées en cas de chirurgie mixte pré-  
V)

\* lévonorgestrel 30 µg/j : 1 cpd), pendant 28 jours sur 26;

« désogestrel 75 µg/j: 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;

« drospirénone 4 mg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28, dont 4 cp  
placebo.

- CP par voie sous-cutanée :

= implant d'étonogestrel : 68 mg d'étonogestrel;

« son efficacité semble maintenue la 3<sup>e</sup> année d'utilisation.

130

@@@ 141 @@@

## Contraception et chirurgie de l'obésité

- CP par voie intra-utérine :

» dispositif intra-utérin dosé à 52 mg ou 19,5 mg chez les femmes  
ayant déjà eu un enfant et à 13,5 mg chez les nulligestes en 2<sup>e</sup> inten-  
sion,

= durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit (3 ans uniquement).

\*» DIU au cuivre

- Sans restriction.

- Taille et forme à ajuster aux caractéristiques de la femme sans spéci-  
ficité liée au poids.

- Durée d'action de 5 à 10 ans selon le modèle.

- UT ou NT 380 standard ou short (petit utérus).

Si CP en cours

\* Maintien de la contraception progestative si bonne tolérance.

» Seules les contraceptions progestatives orales doivent être remplacées  
par une voie sous-cutanée ou intra-utérine si une chirurgie mixte est  
prévue.

Si DIV en cours

Maintien d'un DIU si bien toléré.

Après la chirurgie bariatrique quel que soit le type

\* Si la reprise d'une COF est possible, elle doit s'effectuer au minimum  
après un délai de 4 semaines.

» En cas de fréquence de vomissements ou diarrhées chroniques, éviter les  
formes orales.

En cas de chirurgie avec malabsorption

\* Toutes les contraceptions orales (COP ou CF) sont contre-indiquées en raison de la malabsorption consécutive & la chirurgie,

® Les contraceptions non orales sont à adapter au cas par cas (voir plus haut pour le détail des ordonnances).

Règles hygiéno-diététiques

» Essentielles dans ce contexte d'obésité opérée.

\* Prise en charge diététique appropriée, apports vitaminiques adaptés.

® Initier ou parfaire l'activité physique.

131

@@@ 142 @@@

Contraception

I SURVEILLANCE &

Première consultation de suivi 8 à 3 mois

Cette première consultation est essentielle car elle permet de ;

\* s'assurer de la bonne utilisation de la méthode utilisée

» vérifier la parfaite tolérance clinique :

- à l'interrogatoire : céphalées, mastodynies, saignements anormaux, nausées, etc.,

= A l'examen physique

» baisse de poids particulièrement essentielle dans ce contexte ainsi que la prise de pression artérielle,

+ palpation mammaire,

= Stat cutané, veineux, etc.,

» examen pelvien (si patiente non vierge);

» modifier la contraception si intolérance dans la classe des contraceptions

autorisées suivant le type de chirurgie effectuée (voir plus haut);

» contrôler les paramètres métaboliques sanguins : glycémie, bilan lipidique

& 3 ou 6 mois;

\* dépister de nouvelles pathologies ou prise médicamenteuse qui pourraient

imposer de modifier la stratégie contraceptive.

Consultations ultérieures 1 fois/an

Une consultation de suivi annuelle est habituellement suffisante en l'absence

de nouveaux symptômes, Elle permet de

- s'assurer de la bonne utilisation de la méthode utilisée, la modifier si

besoin;

= vérifier la parfaite tolérance clinique selon les mêmes modalités que la

première consultation;

- contrôler les paramètres métaboliques de façon plus rapprochée qu'en l'absence de surpoids ou d'obésité;

- reconduire la prescription pour un an ou la modifier en cas de mauvaise utilisation, de souhait de la femme;

- programmer une grossesse lorsqu'elle est souhaitée en tenant compte du délai & respecter après la chirurgie afin d'éviter des complications éventuelles chez la mère et le nouveau-né et s'assurer de l'absence de carence

vitaminique, en particulier en vitamine D et B12.

132

@@@ 143 @@@

## Contraception et pathologies artérielles

### B RAPPELS

Les pathologies artérielles ischémiques (infarctus du myocarde [IDM] et accident vasculaire cérébral ischémique [AVCI] constituent un risque redouté

associé à l'utilisation des contraceptions métoprogestatives (COP) et ceci

quel que soient la voie d'administration, le dosage et le type de COP utilisés. Cependant, leur incidence est nettement moins importante que celles des MVTE. Mais elles sont graves car source de morbi-mortalité importante.

Les progrès réalisés dans la composition des COP ainsi que la meilleure connaissance des facteurs de risque artériel ont nettement fait diminuer l'incidence de ces événements chez les utilisatrices de COP. À l'inverse des

MVTE, le risque artériel chez les utilisatrices de COP (multiplié par un facteur 2 par rapport aux non-utilisatrices de COP) ne dépend pas des générations de COP actuellement utilisées. Le risque est identique pour toutes les générations de COP et toutes les voies d'administration.

l'incidence des AVC est d'environ 1 à 2110 000 par an et d'environ 0,7-1710000 par an chez les femmes en 3e de procréer pour DM, il faut aussi souligner que l'incidence de ces événements vasculaires augmente avec l'âge.

Il est donc utile d'évaluer à chaque renouvellement de contraception, surtout

chez les femmes de plus de 35 ans, la balance bénéfice-risque de son utilisation,

Dans le contexte de la contraception chez les femmes jeunes en bonne santé, le facteur de risque majeur à prendre en compte est l'existence d'antécédent familial de pathologies artérielles chez un apparenté au 1<sup>er</sup> degré.

Ainsi, toutes les recommandations des sociétés savantes de gynécologies indiquent que l'OMS contre-indique toutes formes de COP chez les jeunes femmes ayant un apparenté au 1<sup>er</sup> degré masculin avant 55 ans et féminin avant 50 ans ayant eu un accident artériel,

Les contraceptions progestatives seules quelle que soit la voie d'administration (en dehors de la voie injectable) sont autorisées dans ce contexte de risque familial

@@@ 144 @@@

Contraception

Diagnostic

# Nous n'exposerons pas dans cette ordonnance le diagnostic d'IDM ou d'AVC, il est cependant important de récupérer soit les comptes rendus d'hospitalisation soit une confirmation de ces accidents artériels. En effet, notamment dans le contexte des AV, il est fondamental de bien les distinguer d'éventuelles migraines avec aura. En cas de thromboses veineuses cérébrales, un bilan de thrombophilie doit être réalisé alors que ce n'est pas le cas actuellement pour les accidents artériels.

® Chez une femme jeune, il est indispensable dans ce contexte vasculaire de rechercher les autres facteurs de risque vasculaire.

Objectif thérapeutique

# Éviter une grossesse non désirée.

# Utiliser une contraception qui n'aggraverait pas le risque vasculaire.

BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT IS

Rechercher des facteurs de risque vasculaire associés veineux et artériel :  
tabac, migraine avec aura, surpoids, dyslipidémie, diabète, hypertension artérielle.

Rechercher les antécédents familiaux artériels avant 55 ans chez un apparenté au 1<sup>er</sup> degré masculin et avant 45 ans chez un apparenté au 1<sup>er</sup> degré



féminin ce qui constitue en soi (même en l'absence d'événement artériel chez une jeune patiente) une contre-indication à l'utilisation d'une COR.

» Si tabagisme, orientation de la patiente vers une consultation de sevrage tabagique.

# Rechercher d'éventuelles contre-indications au DIL.

» Examen gynécologique, pelvien (si nécessaire) et mammaire

I NOTES PERSONNELLES

134

@@@ 145 @@@

Contraception et pathologies artérielles

I PRESCRIPTIONS

En cas d'accident artériel (IDM ou AVC), d'antécédent familial d'IDM ou AVC chez un apparenté masculin au 1<sup>er</sup> degré avant 55 ans ou chez un apparenté féminin au 1<sup>er</sup> degré avant 55 ans, toutes les contraceptions combinées sont contre-indiquées quelle que soit la voie d'administration, le dosage et le type de molécule estrogénique.

En cas d'accident artériel personnel, les contraceptions hormonales doivent être interrompues en l'absence de risque de grossesse sur le cycle en cours. Une contraception non hormonale doit être privilégiée en première intention. Si intolérance, les contraceptions microprogestatives ne sont pas contre-indiquées.

Ordonnance

DIU au cuivre

- Sans restriction,
- Taille et forme à ajuster aux caractéristiques de la femme.
- Durée d'action de 5 à 10 ans selon le modèle.
- UT, NT ou TT 380, standard ou short.

Contraception progestative (CP)

Toutes les voies d'administration sont autorisées en dehors de la voie injectable,

\* CP par voie orale :

- l'étonogestrel 30 µg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;
- dasogestrel 75 µg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;
- drospirénone 4 mg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28, dont 4 cp placebo.

\* CP par voie sous-cutanée : implant d'étonogestrel, 68 mg d'étonogestrel.

» CP par voie intra-utérine :

- dispositif intra-utérin dosé à 52 mg ou 19,5 mg de l'étonogestrel

chez les femmes ayant déjà eu un enfant et 4 13,5 mg chez les nulli-  
gestes en 2° intention;  
- durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au lévonorgestrel

3 ans uniquement].  
{ uniquement) i

—

. Recommandations CHEOF 2017,

@@@ 146 @@@

Contraception

Contraception définitive

Féminin (ligature section des trompes) ou masculin (vasectomie) a  
discuter selon le souhait de la femme et/ou du couple (cf. fiche  
d'information).

Règles hygiénodétectives

Eviction des autres facteurs de risque cardiovasculaire,  
\* Augmentation de l'activité physique suivant les recommandations du  
cardiologue ou du neurologue référent.

» Meilleur contrôle de l'alimentation si surpoids ou obésité.  
\* Orientation vers une consultation d'addictologie si tabac.

B SURVEILLANCE

» Surveillance 3 3 mois de la tolérance de la stratégie contraceptive  
choisie.  
\* S'assurer de la bonne tolérance vasculaire de la contraception  
utilisée,

® Mesure systématique de la pression artérielle 3 chaque consultation.

» Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets  
indésirables.

\* Suivi régulier gynécologique pelvien et mammaire.

® Savoir proposer les contraceptions définitives lors des consultations  
de  
suivi en fonction de l'âge de la patiente, du risque anesthésique et du  
projet

parental accompli,

IS NOTES PERSONNELLES M

## Contraception et tabac

### B RAPPELS

Le tabac constitue un facteur de risque vasculaire classique. Certaines études ont montré que la consommation de tabac semblait être plus importante chez les femmes ayant choisi une contraception mestroprogestative (COP). La question est de savoir s'il existe un effet synergique de la consommation de tabac chez les utilisatrices de COF vis-à-vis du risque vasculaire. Deux d'études ont évalué cet effet joint à des niveaux très élevés. Ainsi, le risque d'IDM serait significativement élevé avec un risque multiplié par plus de 30 pour les femmes utilisatrices fumant plus de 25 cigarettes par jour laissant penser qu'il existe effectivement une interaction significative. Ces résultats semblent similaires pour le risque d'accident vasculaire cérébral (AVT). Le seuil du nombre de cigarettes est différent suivant les études. UOMS a fixé à 15 cigarettes par jour le seuil de risque vasculaire du tabac et un seuil d'âge de 35 ans comme facteur de risque lié.

Il faut souligner que le tabac est aussi un facteur de risque veineux. Il augmente aussi très probablement certaines pathologies gynécologiques bénignes et les Grossesses extra-utérines,

### Diagnostic

Il est donc fondamental de rechercher, dans le cadre de la consultation de contraception (initiale et de suivi, la consommation tabagique en précisant :

- le nombre de cigarettes consommées par jour;
- l'âge de début de la consommation tabagique.

### Objectif thérapeutique

» Eviter une grossesse non désirée.

\* Utiliser une contraception qui n'aggraverait pas le risque vasculaire et dont la balance bénéfice-risque sera optimale.

### B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

» Rechercher les autres facteurs de risque vasculaires associés veineux et artériels : migraine avec aura, surpoids-obésité, dyslipidémie, diabète, hypertension, antécédents familiaux de MVTE et de pathologies artérielles (IOM, AV, ADMI) chez les apparentés au 1<sup>er</sup> degré.

137

@@@ 148 @@@

## Contraception

- \* Orientation de la patiente vers une consultation de sevrage tabagique
- \* Rechercher d'éventuelles contre-indications au DIL
- \* Examen gynécologique, pelvien (si nécessaire) et mammaire.

## I PRESCRIPTIONS

Il est important d'évaluer l'ensemble des facteurs de risque vasculaire avant toute prescription de contraception hormonale. Nous tiendrons compte du seuil du nombre de cigarettes (15) et de l'âge (35) fixé par l'OMS.

## Ordonnance

Situations cliniques contre-indiquant toutes formes

de contraceptions œstroprogestatives

Tabagisme (quel que soit le nombre de cigarettes/jour + 1 autre facteur de risque vasculaire) ou tabagisme > 15 cigarettes/jour et âge = 35 ans.

## Contraception progestative (CP)

Toutes les voies d'administration sont autorisées en dehors de la voie injectable.

\* CP par voie orale :

- lévonorgestrel 30 µg/j - 1 op/), 28 jours sur 28;
- désogestrel 75 µg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;
- drospirénone 4 mg/j : 1 cp/), pendant 28 jours sur 28, dont 4 cp placebo.

\* CP par voie sous-cutanée : implant d'étonogestrel, 68 mg d'etonogestral,

\* CP par voie intra-utérine :

- dispositif intra-utérin dosé 4 52 mg ou 19,5 mg de lévonorgestrel chez les femmes ayant déjà eu un enfant et 3 13,5 mg chez les nulligestes en 2<sup>e</sup> intention;
- durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au lévonorgestrel

(3 ans uniquement). .

138

@@@ 149 @@@

Contraception et tabac

DI au cuivra

® 5ans restriction.

\* Taille et forme a ajuster aux caractéristiques de la femme.,

® Dyrée d'action de 3 & 10 ans selon le modèle.

» UT ou NT 380, standard ou short, le plus souvent.

Situations cliniques faisant préférer en 1<sup>re</sup> intention  
les contraceptions progestatives ou les contraceptions par  
DIU au cuivre

» Tabagisme très important et dge < 35 ans et aucun autre FOR  
vasculaire.

» Tabagisme < 15 cigarettes par jour et ge > 35 ans et aucun autre FOR  
vasculaire.

Situations cliniques a plus faible risque cardiovasculaire

» Tabagisme < 15 ogarettes par jour et dge < 35 ans.

» Toutes contraceptions autorisées sans restriction selon le choix de la  
patiente. La prescription d'une COP impose, dans ce contexte, la norma-  
lité de tous les autres FOR vasculaires cliniques (P, poids, IMC, etc.)  
et  
biologique (glycémie, bilan lipidique).

Regles hygiénodietétiques

= |'arrêt du tabac constitue la mesure la plus importante : crientation  
vers  
uree consultation d'addictologie +/- prescription de substituts nicoti-  
nigques.

\* Eviction des autres facteurs de risque cardiovasculairs -

- augmentation de l'activité physique fortement recommandée ;

- meilleur contréde de |"alimentation notamment i surpoids ou cbésité.

» [nformer des signes cliniques devant alerter la patiente de la survenue  
d'un événement vasculaire veineux (doulsur et cedéeme d'un membre  
inférieur, dyspnée) ou arténel {douleur thoracique, malaise dyspnée,  
cépha-  
lées, autres signes neurclogiques).

@@@ 150 @@@

## Contraception

### B SURVEILLANCE

Surveillance a 3 mois de la tolérance clinique de la stratégie contraceptive choisie.

\* En cas de choix initial pour une COP ;

- surveillance clinique en particulier du poids et de la pression artérielle;

- surveillance biologique a 3 mois afin de dépister "apparition d'une éventuelle contre-indication A la poursuite de la COP.

\* S'assurer de la bonne tolérance vasculaire de la contraception utilisée :  
recherche de varices de lourdeur de jambes.

» Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets indésirables.

\* Suivi régulier gynécologique annuel.

### IS NOTES PERSONNELLES

140

@@@ 151 @@@

## Contraception et thrombose veineuse superficielle

### B RAPPELS

Les thromboses veineuses superficielles (TVS) associent inflammation et thrombus d'une veine superficielle. Toutes les localisations sur des veines superficielles sont possibles mais les membres inférieurs sont les plus fréquemment atteints. Le risque de ces thromboses est l'extension possible au territoire veineux profond avec risque d'embolie pulmonaire. Il est aussi important de distinguer le type de veine superficielle atteinte, veine saine ou veine variqueuse. Cet événement vasculaire peut être spontané ou survenir dans un contexte post-traumatique (claquage musculaire) ou infectieux, plus rarement après une chirurgie ou contexte carcinologique. Il est important d'éliminer une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire

associée. L'incidence des TVS est estimée à environ 1/1 000 par an tous âges confondus. Elle augmente avec l'âge. Ainsi, l'incidence est 4 fois plus élevée entre 40 et 60 ans qu'entre 18 et 39 ans. La contraception œstroprogestative augmente le risque de TVS surtout en cas de varices. Ainsi, l'incidence des TVS chez les utilisatrices de COP est de 10,4/1 000 années femmes alors qu'elle n'est que de 1,8/1 000 années femmes en l'absence de varices',

#### Diagnostic

» Les TVS correspondent à un cordon induré et douloureux facilement détectable sur une veine. Le diagnostic est confirmé par l'écho-Doppler veineux qui déterminera si la veine atteinte est saine ou variqueuse,

# La recherche d'une extension sur le réseau profond sera réalisée lors de l'examen,

#### Objectif thérapeutique

» Éviter une grossesse non désirée.

» Utiliser une contraception qui n'aggraverait pas le risque vasculaire actuellement [état veineux].

1. Tepper M, K., Marchbanks PA, Curtin K. M., Superficial venous disease and combined hormonal contraceptives: a systematic review. Contraception. 2014 Sep; 93(3):327-35.

141

@@@ 152 @@@

#### Contraception

##### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\* Examen clinique évaluant l'état du réseau veineux et l'existence de varices.

# Rechercher des facteurs de risque vasculaires associés veineux et artériel  
tabac, migraine avec aura, surpoids, dyslipidémie, diabète, HTA,

# Rechercher les antécédents familiaux vasculaires veineux, artériels et de varices.

\* Rechercher les éventuelles contre-indications au DIL.

# | réalisation d'un bilan de thrombophilie est discutée uniquement en cas de TVS sur veine saine, certains auteurs les rapprochant des événements profonds,

® Examen gynécologique, pelvien (si nécessaire) et mammaire.

## I PRESCRIPTIONS

### Ordonnance

Il convient de distinguer les TVS sur veine variqueuse et sur veine saine.

Ligne de la patiente et l'ensemble des facteurs de risque vasculaire participent au choix contraceptif,

TVS sur veine variqueuse en l'absence de tout facteur de risque vasculaire

Contraception œstroprogestative

Autorisée (après prise en charge des varices).

\* COP par voie orale :

- EE 20 ou 30 pg + lévonorgestrel 150 pg :

+ 1 cplj pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 1 cp placebo,

» & débuter le premier jour des règles idéalement ou dans les 5 premiers jours du cycle ou à n'importe quel moment du cycle (méthode Quick Start où la protection contraceptive est effective seulement après 7 jours),

« remboursée par l'Assurance maladie;

- EE 35 pg + norgestimate 250 pg (plaquette monophasique) ou norgestimate de 180 & 250 pg (pour la pilule triphasique @ 1 cpd) pendant 21 jours sur 28; non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles,

>

142

@@@ 153 @@@

### Contraception et thrombose veineuse superficielle

» OU si intolérance, COP contenant de l'estradiol ou équivalent ou un autre progestatif ou une autre voie d'administration; non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

### Contraception progestative (CP)

Toutes les voies d'administration sont autorisées en dehors de la voie injectable.

» CP par voie orale :

- lévonorgestrel 30 pg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;

- désogestrel 75 pg/j (1 cp/j), pendant 28 jours sur 28,

- drospirénone 4 mg/j - 1 /), pendant 28 jours sur 28, dont 1 cp placebo.

\* CP par voie sous-cutanée : implant d'étonogestrel, 58 mg d'étonogestrel.



nogestral.

¢ CP par voie intra-utérine ;

- dispositif intra-utérin dosé à 52 mg ou 19,5 mg de |lévonorgestre| chez les femmes ayant déjà eu un enfant et à 13,5 mg chez les nulli-  
gestes en 2° intention;

= durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au lévonorgestrel  
13 ans uniquement],

DIU au cuivre

» Sans restriction.

\* Taille et forme à ajuster aux caractéristiques de la femme.

® Durée d'action de 3 à 10 ans selon le modèle.

» UT ou NT 380, standard ou short, le plus souvent.

Contraception définitive

Famining {ligatura, section ou ablation des trompes} ou masculine (vasae-  
tomie) à discuter selon le souhait de la femme et/ou du couple.

En cas de TVS sur veine saine

\* Préférer en 1 intention :

- contraception progestative (CP) : toutes les voies d'administration  
sont autorisées en dehors de [la voie injectable (cf. plus haut);

= DIU au cuivre sans restriction {cf. plus haut};

- contraception définitive féminine {ligature section des trompes} ou  
masculine (vasectomie) à discuter selon le souhait de la femme et/ou  
du couple.

» 5/ intaldrance, en 2 intention : contraception cestroprogestative (of  
plus

haut) après avoir éliminé une thrombophilie biologique associée. =

143

@@@ 154 @@@

Contraception

I SURVEILLANCE

® Surveillance à 3 mois de [la tolérance de la stratégie contraceptive  
chaigia.

\* S'assurer de la bonne tolérance vasculaire de la contraception utilisée  
:  
recherche d'apparition ou d'aggravation du terrain vasculaire, de lourdeur  
de jambes.

# Si une COP 3 a été choisie : surveillance de l'absence d'apparition de  
FDR

cliniques (PA, poids, IMC, etc.) ou biologiques (glycémie, bilan lipidique).

\* Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets indésirables.

Suivi régulier gynécologique pelvien et mammaire.

I MOTES PERSONNELLES

@@@ 155 @@@

Contraception et pathologies

spécifiques

Contraception et acné

I RAPPELS EE -

L'acné est une pathologie chronique du follicule pilosébacé, survenant à l'adolescence et impliquant trois phénomènes physiopathologiques principaux; une hypersécrétion sébacée entraînant la formation de lésions rétentionnelles (comédogénèse par anomalie de kératinisation de l'épithélium du canal pilo-sébacé) et la formation de lésions inflammatoires.

L'acné évolue de façon très aléatoire et fluctuante en fonction de l'âge mais prédomine à l'adolescence dans la plupart des cas. Les androgènes, via la 5-alpha réductase, jouent un rôle important dans le phénomène d'hypersécrétion sébacée. Par ailleurs, les lésions inflammatoires sont en relation avec une bactérie anaérobie Gram positif, *Propionibacterium acnes*, conduisant à la destruction de la paroi du follicule et la diffusion de l'inflammation. Chez certaines femmes, l'acné peut apparaître lors de utilisation de contraceptions hormonales.

Diagnostic

\* Lésions rétentionnelles [distension du follicule pilo-sébacé] aboutissant au

comédon dit ouvert (point noir) ou fermé [microkyste lésion blanche millimétrique).

» Lésions inflammatoires superficielles ou profondes (nodule).  
» Cicatrices atrophiques, hypertrophiques, érythémateuses et pigmentées.  
\* Facteurs favorisants : stress, alimentation (très discuté), tabac, soleil [amé-

lioration initiale mais effet rebond potentiel), utilisation de savons ou cosmétiques non adaptés (cosmétiques gras).

\* Aucun examen complémentaire n'est nécessaire s'il n'existe aucun signe clinique associé et notamment pas de signe d'hyperandrogénie.

145

@@@ 156 @@@

## Contraception

Objectif thérapeutique

\* Traiter les lésions existantes et éviter l'apparition de nouvelles lésions en prodiguant les conseils cosmétiques appropriés.

# Une consultation dermatologique spécialisée est souvent nécessaire et indispensable en cas d'acné sévère à très sévère.

## B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

= Évaluation de la sévérité et du type d'acné.

# Examen clinique et gynécologique à la recherche d'une étiologie d'hyperandrogénie.

# Éliminer les étiologies associées si existence de signe d'hyperandrogénie (syndrome des ovaires polykystiques, tumeur sécrétante ovarienne ou surménopausé).

» Éliminer les acnés d'origine médicamenteuse ou environnementale (chlore, goudrons, radiations ionisantes, etc.).

[ PRESCRIPTIONS B ]

= S — =,

## Ordonnance

Selon les recommandations de la Société française de dermatologie.  
Acné très légère

Traitements locaux simples : peroxyde de benzoyle ou rétinoïdes locaux (trétinoïne ou adapalène 0,05 % ou 0,1 %),

Acné légère ou modérée

Traitements locaux simples combinés : peroxyde de benzoyle + adapalène 0,05 % ou 0,1 % locaux.

## Acné sévère

\* Traitements locaux simples combinés : peroxyde de benzoyle + adapalène 0,05 % ou 0,1 % locaux.

\* Traitements antibiotiques locaux si acné inflammatoire (tétracyclines) : doxycycline 100 mg 1 cpj.

»>

144

@@@ 157 @@@

## Contraception et acné

Acné très sévère : cas particulier de la prescription d'isotrétinoïne

» Avant le début du traitement, mise en place d'une contraception médicale légale devant remplir trois conditions : efficacité absolue, absence d'effet androgénique, absence d'effet néfaste sur le profil lipidique [risque de dyslipidémie sous isotrétinoïne].

» Débuter la contraception un mois avant le début du traitement qui sera poursuivie 1 mois après son arrêt.

» Avant le début du traitement et après au moins 1 mois de contraception, un test de grossesse doit être réalisé entre le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour du cycle menstruel – Traitement ne sera prescrit uniquement que si le test est négatif.

» Débuter le traitement le plus rapidement possible et au plus tard 7 jours après la réalisation du test de grossesse.

» Durée du traitement limitée à 3 mois non renouvelable sans consultation.

» Une nouvelle prescription obligatoire après chaque mois de traitement avec les mêmes contraintes en termes de test de grossesse et de suivi de contraception.

» Toute prescription doit comporter la date de réalisation du test de grossesse et préciser qu'une contraception efficace est en cours.

Dans tous les cas, en cas de désir d'une contraception chez une patiente acnéique et après élimination des contre-indications vasculaires, choisir – pilule contenant du lévonorgestrel [2<sup>e</sup> génération, 20 ou 30 µg J'EE + 0,100 ou 0,150 mg de lévonorgestrel) ou contenant du norgestimate (35 µg d'EE + 180-215-150 µg de norgestimate);

- ou pilule ayant une AMM pour acné type 20 pg d'EE + 0,03 mg de didnogest;
- ou pilule (n'ayant pas l'AMM en France pour la contraception, mais utilisée comme telle car AMM dans certains pays européens) 35 pg d'EE + 2 mg d'acétate de cyprotérone - prudence vis-à-vis du risque thromboembolique veineux supérieur aux pilules contenant du lévonorgestrel ou du norgestimate.

En cas d'acné apparue lors de l'utilisation d'une contraception hormonale, modifier le choix contraceptif. Ce dernier dépendra du type de contraception ayant entraîné l'apparition d'acné. -

147

@@@ 158 @@@

## Contraception

### I SURVEILLANCE

\* Modification éventuelle du type de contraception combinée en fonction des effets indésirables.

» Suivi régulier dermatologique.

® Suivi régulier gynécologique si prescription de contraception.

### I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 159 @@@

Contraception et antécédent  
personnel de cancer du sein

### B RAPPELS N

La crainte du cancer du sein est un des freins majeurs à l'utilisation de la contraception hormonale évoqués par les femmes. Elle conduit de plus en plus de femmes, même très jeunes, à se tourner vers le dispositif intra-utérin au cuivre. Du fait de sa très faible incidence chez les femmes jeunes, ce risque n'intervient dans l'étude de la balance bénéfice-risque que de façon minime.

Le cancer du sein représente le premier cancer féminin en termes d'incidence avec une augmentation avec l'âge. Un taux d'incidence est d'environ 100/100 000 personnes annuelles tout âge confondu. L'incidence de ce cancer augmente avec l'âge.

Les études épidémiologiques évaluant la relation entre l'utilisation d'une COF et le risque de survenue d'un cancer du sein semblent montrer une augmentation de 30 % de survenue de cancer du sein chez les femmes de moins de 45 ans, surtout en cas d'utilisation prolongée avant la 1<sup>re</sup> grossesse.

La mortalité par cancer du sein est cependant diminuée lorsque le cancer apparaît hors de l'utilisation de COF. Les études portant sur

l'association avec

les CF sont moins importantes mais ce risque pourrait être équivalent.

L'augmentation du risque disparaîtrait 10 ans après l'arrêt. Par

ailleurs, elle

est contrebalancée par la diminution de risque d'autres cancers dont la mortalité est plus importante comme le cancer de l'ovaire, l'endomètre ou le chlon. Ainsi, le risque de cancer de l'ovaire est réduit de 40 à 60 %, celui

de l'endomètre de 30 % et celui du chlon de 20 %.

Un antécédent personnel de cancer du sein, quel que soit son statut hormonal, représente une contre-indication formelle et définitive à toutes formes

de contraception hormonale.

## Diagnostic

\* Le cancer du sein chez les femmes jeunes est souvent de découverte fortuite, en dehors du cas des femmes à risque familial qui sera traité dans une

autre ordonnance. La palpation d'un nodule mammaire par la patiente elle-même ou par le praticien est habituellement le point de départ des

investigations.

149

@@@ 160 @@@

## Contraception

» L'échographie mammaire est l'examen de chez les femmes jeunes en raison de la grande densité des seins qui rend difficile l'interprétation des

images mammographiques. Elle permet de mettre en évidence une image solide plus ou moins évocatrice de cancer. La réalisation d'un complément radiologique par mammographie et/ou l'IRM mammaire est le plus souvent utile dès le moindre doute, mais le diagnostic repose sur un examen

anato-

mopathologique. En effet, une microbiopsie doit être pratiquée au moindre

doute selon la taille, l'évolution et les caractéristiques de l'image radiolo-

gique.

## Objectif thérapeutique

» Eviter une grossesse non désirée. Une grossesse peut le plus souvent être envisagée chez une femme jeune après traitement de son cancer du sein, mais la décision est collégiale avec l'équipe d'oncologie et ce projet doit être très encadré,

# Utiliser une contraception efficace.

\* En cas de chimiothérapie, une aménorrhée par insuffisance ovarienne peut survenir, Elle est rarement définitive chez les jeunes femmes et une reprise d'activité ovarienne est imprévisible imposant la mise en route d'une contraception efficace.

## BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

- \* Examen clinique : abdominal et gynécologique.
- » Mesure du poids, de l'IMC et de la pression artérielle.
- \* Rechercher les éventuelles contre-indications au DIL

## IS NOTES PERSONNELLES N

150

@@@ 161 @@@

## Contraception et antécédent personnel de cancer du sein

### I PRESCRIPTIONS

#### Ordonnance

Toutes les contraceptions hormonales qu'elles soient œstroprogestatives ou progestatives pures sont formellement contre-indiquées.  
DIU au cuivre

® Sans restriction.

\* Taille et forme à ajuster aux caractéristiques de la femme.

» Durée d'action de 5 à 10 ans selon le modèle.

» UT ou NT 380, standard ou short, le plus souvent.  
Contraception définitive

» Féminine (ligature section des trompes) ou masculine (vasectomie).

» A discuter selon le souhait de la femme et du couple.

### I SURVEILLANCE

\* Surveillance du DIU au cuivre (cf fiche « Contraception intra-utérine au cuivre a),

\* Suivi régulier gynécologique pelvien.

\* Surveillance de la reprise d'activité ovarienne en cas de chimiothérapie gonadotoxique.

\* Surveillance mammaire régulière selon le calendrier fixé en collaboration

avec l'équipe oncologique

IS NOTES PERSONNELLES I

151

@@@ 162 @@@

Contraception

@@@ 163 @@@

Contraception et antécédent familial  
de cancer du sein

B RAPPELS

La peur du cancer du sein est particulièrement grande lorsqu'il existe un antécédent de cancer du sein dans la famille. Un simple interrogatoire sur les antécédents familiaux permet de distinguer deux cas bien différents.

\* Lorsqu'il existe plusieurs cas de cancers du sein dans la famille, que l'âge de survenue est précoce ou que l'on y associe un cas de cancer de l'ovaire, une consultation oncogénétique peut être proposée (cf. fiche « Contraception et mutation génétique BRCA/BRCA2 »). Concernant la contraception, elle aura accès aux mêmes méthodes qu'en l'absence d'antécédent carcinologique.

\* Lorsque cet antécédent est totalement isolé et est survenu à un âge « classique », aucune consultation oncogénétique n'est nécessaire. Concernant la contraception, elle aura accès aux mêmes méthodes qu'en l'absence d'antécédent carcinologique.



## Diagnostic

» L'interrogatoire sur les antécédents carcinologiques familiaux fait partie de toute consultation de contraception. Il conviendra de connaître la localisation

du ou des cancers, l'apparenté ou les apparentés atteint(s), l'âge de survenue du cancer.

» En cas de suspicion de prédisposition aux cancers, un score d'Eisinger = 3 permet d'envisager une consultation d'oncogénétique.

» L'examen mammaire représente un temps essentiel de toute consultation gynécologique et particulièrement lorsqu'elle est motivée par une contraception. La découverte d'une anomalie clinique (nodule, écoulement, adénopathie axillaire, etc.) doit conduire à la prescription d'examens complémentaires permettant de poser un diagnostic précis avant de s'autoriser à prescrire ou poursuivre une contraception hormonale,

## Objectif thérapeutique

» Éviter une grossesse non désirée,  
» Utiliser une contraception offrant une balance bénéfice-risque positive.

153

@@@ 164 @@@

## Contraception

### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

= Examen clinique gynécologique, pelvien (si possible) et mammaire.

# Examen radiologique mammaire au moindre doute, il s'agira la plus souvent d'une échographie plus performante aux âges jeunes du fait de grande densité mammographique.

» Rechercher les antécédents familiaux vasculaires veineux, artériels qui pourraient contre-indiquer les COR

\* Rechercher les éventuelles contre-indications au DIU.

### I PRESCRIPTIONS

#### Ordonnance

Si la balance bénéfice-risque est favorable : toutes les contraceptions

sont autorisées.

#### Contraception cestroprogestative

\* COP par voie orale :

- EE 20 ou 30 pg + lévonorgestrel 100 ou 150 pg :

« 1 cp/j pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte T ep placabo,

= 3 débiter le premier jour des regles idéalement ou dans les 5 premiers jours du eycle ou 3 n'importe quel moament du eycle (méthade Quick Start ol la protection contraceptive est effective seulement après 7 jours),

» remboursde par |'Assurance maladie;

- EE 35 pg + norgestimate 250 pg |plaquette monophasique) ow de 180 & 250 pg (pour la pilule triphasique) : 1 cpj

pendant 21 jours sur 28, non remboursée par ' Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

\* QU si intolérance :

- COF contenant de ['estradiol ou equivalent ou 'estrétol ow un autre progestatif ou une autre voie d'administration;

- nan remboursés par 'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

»>

154

@@@ 165 @@@

#### Contraception et antécédent familial de cancer du sein

##### Contraception progestative (CP)

Toutes les voies dadministration sont autorisées.

\* CP par voie orale :

- lévonorgestrel 30 pg/] : 1 cp/|, pendant 28 jours sur 28;

- désogestrel 75 pgfj : 1 cp/, pendant 28 jours sur 28,

- drospirénone 4 mg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28, dont 4 cp placebo.

» CP par voie sous-cutanée : implant d'étonogestrel, 55 mg d'étonogestral.

» CP par voie intra-utdrine :

- dispositif intra-utérin dosé a 52 mg ou 19,5 mg de lévonorgestrel chez les femmes ayant déjà eu un enfant et 4 13,5 mg chez les nulligestes en 2° intention;

- durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIL au lévonorgestrel 13 ans uniguenment).

##### DIU au cuivre

\* Sans restriction.

» Taille et forme 3 ajuster aux caractéristiques de la fernme.

- » Durée d'action de 5 & 10 ans selon le modèle,
- \* UT ou NT 380, standard ou short, le plus souvent.

#### Regles hygiénodietétiques

- » Augmentation de l'activité physique fortement recommandée.
- » Meilleur contrôle de l'alimentation notamment si surpoids ou obésité,
- \* Orientation vers une consultation d'addictologie si tabac.

#### L SURVEILLANCE -

- » Surveillance & 3 mois de la tolérance de la stratégie contraceptive choisie.
- » Surveillance clinique des seins annuelle,
- \* S'assurer de la bonne tolérance gynécobogique et vasculaire de la contraception utilisée,
- \* Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets indésirables.

155

@@@ 166 @@@

#### Contraception

@@@ 167 @@@

#### Contraception et mutation génétique

BRCA1/BRCA2

#### B RAPPELS

Les progrès de la génétique ont permis de mettre en évidence certaines mutations prédisposant aux cancers. 5 à 10% des cancers sont familiaux et 12 à 15 % des femmes testées sont porteuses de mutations des gènes BRCA1/BRCA2 (Breast Cancer 1 et 2). Le risque cumulé, à l'âge de 70 ans, de cancer du sein est de 57 % en cas de mutation de BRCA1 et de 49 % en cas de mutation BRCA2. Le risque cumulé, à l'âge de 70 ans, de cancer de l'ovaire est de 40 % en cas de mutation de BRCA1 et de 18 % en cas de mutation BRCA2. D'autres gènes sont maintenant impliqués, ils ne seront pas analysés dans cette ordonnance mais la stratégie contraceptive n'y est pas différente de celle proposée ici. La recherche initiale est réalisée

dans le cadre d'une consultation d'oncogénétique selon des critères préétablis, préférentiellement initialement chez une femme atteinte de cancer. En cas de mutation retrouvée chez elle, une enquête familiale est proposée aux apparentés. Ainsi, des femmes jeunes mutées indemnes de cancer sont prises en charge selon un protocole rigoureux de surveillance et plus tard la proposition de traitements prophylactiques. La contraception de ces jeunes femmes est un sujet important avec la crainte de favoriser la survenue d'un cancer. En population générale, la contraception hormonale, en particulier la COP, augmente modérément le risque de cancer du sein mais réduit celui de cancer de l'ovaire dont la dépistage et le pronostic sont nettement plus difficiles. Chez les femmes mutées, les résultats semblent identiques, et la diminution du risque ovarien est fondamentale dans la balance bénéfice-risque globale de la stratégie contraceptive.

#### Diagnostic

\* L'indication de la consultation d'oncogénétique repose sur l'évaluation du score d'Eisinger qui prend en compte l'ensemble des antécédents familiaux.

\* Les critères permettant le calcul du score sont :

- mutation BRCA 1/BRCA2 identifiée dans la famille = 5;
- cancer du sein chez une femme âgée de moins de 30 ans = 4;
- cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans = 3;
- cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans = 2;
- cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans = 1;

157

@@@ 168 @@@

#### Contraception

- = cancer du sein chez un homme = 4;
- cancer de l'ovaire avant 70 ans = 4.

\* Le score obtenu permet ou non de valider l'indication de consultation d'oncogénétique :

= 5 constitue une excellente indication de consultation d'oncogénétique;

- 3 ou 4 permet une consultation d'oncogénétique;
- = 3 fait considérer cette consultation comme étant de faible utilité.

Objectif thérapeutique

® Eviter une grossesse non désirée.

» Utiliser une contraception offrant une balance bénéfices-risque positive.

#### B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT Em—

» Examen clinique gynécologique, pelvien (si possible) et mammaire.

# Examen radiologique mammaire et ovarien au moindre doute ou selon les recommandations.

\* Rechercher des facteurs de risque vasculaires cliniques et biologiques qui entrent dans l'évaluation de la balance bénéfice-risque - en particulier poids, IMC, PA, bilan glucido-lipidique.

s Rechercher les antécédents familiaux vasculaires veineux, artériels qui pourraient contre-indiquer les COP

\* Rechercher les éventuelles contre-indications au DIL.

#### I NOTES PERSONNELLES I

138

@@@ 169 @@@

#### Contraception et mutation génétique BRCA1/BRCA2

##### I PRESCRIPTIONS

Selon les recommandations et référentiels de l'institut national du cancer, les règles de prescription chez les femmes mutées sont les mêmes qu'en population générale.

Si la balance bénéfices-risque est favorable : toutes les contraceptions sont autorisées.

##### Contraception œstroprogestative

» COP par voie orale :

- EE 20 ou 30 µg + lévonorgestral 100 ou 150 µg :

= 1 cp/j pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp placebo,

» & débuter le premier jour des règles idéalement ou dans les 5 premiers jours du cycle ou à n'importe quel moment du cycle (méthode Quick Start ou la protection contraceptive est effective seulement après 7 jours),

- \* remboursée par ["Assurance maladie;
- EE 35 pg + norgestimate 250 pg (plaguettes monophasiques) ou norgestimate de 180 à 250 pg (pour la pilule triphasique) : 1 oo/ pendant 21 jours sur 28, non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.
- » QU s intolérance :
- COP contenant de l'estradiol ou équivalent ou l'estrétole ou un autre progestatif ou une autre voie d'administration;
- non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

#### Contraception progestative (CP)

Toutes les voies d'administration sont autorisées.

\* CP par voie orale :

30 pg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28,

- lévonorgestrel
- désogestrel 75 pg/j : 1 cp/j, pendant 25 jours sur 28;
- drospirénone 4 mg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28, dont 4 cp

placebo.

\* CP par voie sous-cutanée : implant d'étonogestrel, 58 mg d'étonogestrel.

>

159

@@@ 170 @@@

#### Contraception

\* CP par voie intra-utérine :

~ dispositif intra-utérin dosé à 52 mg ou 19,5 mg de lévonorgestrel chez les femmes ayant déjà eu un enfant et 13,5 mg chez les nulligestes en 2<sup>e</sup> intention;

- durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au lévonorgestrel (3 ans uniquement).

#### DIU au cuivre

\* Sans restriction.

\* Taille et forme à ajuster aux caractéristiques de la femme.

» Durée d'action de 5 à 10 ans selon le modèle.

\* UT ou NT 380, standard ou short, le plus souvent.

#### Contraception définitive

Féminine (salpingectomie bilatérale) ou masculine (vasectomie) à discuter selon le souhait de la femme et du couple mais plus souvent dans ce contexte

- une annéxectomie bilatérale prophylactique peut être proposée après 40 ans (BRCA1) voire 45 ans (BRCA2) si le projet parental est

accompli;

-avant 35 ans, ce geste peut être envisagé si la patiente le souhaite dans le cas de cancer ovarien précoce;

- ce geste réduit le risque de cancer de l'ovaire, du péritoine et du sein et augmente la survie globale.

## B SURVEILLANCE B

» Surveillance tous les 3 mois de la tolérance de la stratégie contraceptive choisie.

\* S'assurer de la bonne tolérance gynécologique et vasculaire de la contraception utilisée.

\* Si une COP a été choisie : surveillance de l'absence d'apparition de FDR cliniques (PA, poids, IMC, etc.) ou biologiques (glycémie, bilan lipidique).

\* Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets indésirables.

» Surveillance des femmes mutées selon les recommandations de l'InCa

- surveillance tous les 6 mois pour la palpation mammaire (en alternance avec le radiologue) et tous les ans pour l'examen pelvien;

160

@@@ 171 @@@

## Contraception et mutation génétique BRCA1/BRCA2

- examens complémentaires mammaires soit en cas de doute clinique, soit systématiquement pour dépistage selon les recommandations à partir de l'âge de 30 ans :

« [RM mammaire + mammographie (une incidence oblique externe) de façon concomitante annuellement couplée à l'examen clinique mammaire,

« l'échographie mammaire peut compléter si besoin le bilan;

- aucun examen complémentaire pelvien de dépistage n'est recommandé sauf doute clinique;

- proposition de chirurgie annexielle prophylactique à partir de l'âge de 40 ans.

## I NOTES PERSONNELLES N

161

@@@ 172 @@@

## Contraception

@@@ 173 @@@

## Contraception et fibromes utérins

### RAPPELS

Les fibromes utérins sont des pathologies bénignes très fréquentes, constitués de cellules myométriales et de fibroblastes. Ils sont le plus souvent asymptomatiques (50 à 80 % des cas). Leur physiopathologie est mal connue mais un terrain d'hyperestrogénie, systémique ou locale, est fréquemment évoqué pour expliquer leur survenue. Il existe différents types de fibromes classés selon leur localisation (cf. fiche « Fibromes utérins »). La contraception doit être adaptée essentiellement en fonction de la localisation du ou des fibromes, source potentielle de ménorragies (FIGO 0-2), mais aussi du nombre et de leur taille.

### Diagnostic

- \* Le diagnostic peut être porté devant plusieurs symptômes ;
- des ménorragies ou métrorragies lorsque le fibrome affleure la cavité utérine [fibrome 0 à 2-3]. Une anémie ferriprive est souvent associée;
- une pesanteur pelvienne en rapport avec un utérus augmenté de taille;
- des signes de compression des organes de voisinage :

» troubles urinaires à type de pollakiurie,

« troubles digestifs (constipation),

« troubles vasculaires plus rarement : thrombose veineuse;

- des douleurs aiguës, d'apparition brutale évoquant soit :

« une torsion d'un fibrome séreux pédiculé (fibrome 7),

« une nécrobiose aseptique du fibrome.

- \* Il est porté par

- l'examen clinique retrouvant un utérus augmenté globalement de volume, bosselé dans certains cas et fou la palpation d'une masse d'un cul-de-sac vaginal au toucher vaginal. Lorsque le fibrome est intracavitaire ou strictement sous-muqueux, l'utérus peut être de taille normale;

- l'échographie pelvienne permettant de caractériser les lésions (nombre, taille, localisation);

- l'IRM pelvienne en 2<sup>e</sup> intention et en fonction des symptômes surtout en cas de chirurgie prévue afin d'obtenir une cartographie précise des fibromes.



Objectif thérapeutique

» Eviter une grossesse non désirée.

\*» Aclapter la contraception en fonction des symptdmes du ou des fibromes en particulier en cas de ménomagies source d'anémie.

163

@@@ 174 @@@

Contraception

BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

# Evaluer de la sévérité des saignements et traiter Fanémie ferriprive éven-  
tuellement associée,

\* Rechercher une pathologie endométriale associée [hypertrophie de 'en-  
dométriel.

- En fonction des stratégies thérapeutiques proposées, éliminer les contre-  
indications vasculaires [COF, antifibrinolytiques).

\*» Les thérapeutiques antigonadotropes macroprogestatives doivent être prescrites sur de courtes durées en raison du risque de méningiome associé pour les longues durées d'utilisation [cf. fiche « Méningiome et traitement hormonal =)

\* Une contraception qui minimisera les saignements et n'augmentera pas le climat estragénique et à privilégier.

B PRESCRIPTIONS - T

Ordonnance

Fibrome FIGO 1-3 (contact sous-mugueux)

\* Acétate de chlormadinone 10 mg : 1 op/j tous les jours ou pendant 21 jours sur 28 afin d'assurer une thérapeutique antigonadotrope.

\* Acétate de nomégestrol 5 mg : 1 cp/j tous les jours ou pendant 21 jours sur 28 afin d'assurer une thérapeutique antigonadotrope.

- La durée de ces traitements doit être limitée, souvent utilisée en préopératoire,

- Si durée prolongée, réaliser une IRM cérébrale après 1 an de traitement puis à 5 ans [cf. fiche « Méningiome et traitement hormonal »),

\* DIU au lévonorgestrel à insérer pendant la période des règles (si l'état de la cavité le permet).

Fibrome FIGO 4-7

Toutes contraceptions possibles en évitant les contraceptions à dimat

estrogénique.

164

@@@ 175 @@@

Contraception et fibromes utérins

#### I SURVEILLANCE

\* Evaluer rapidement l'efficacité du traitement si saignement : vérifier la normalisation du taux d'hémoglobine.

\* Consultation à 3 mois ; évaluer la disparition des symptômes, la stabilisation des lésions (examen pévén), la meilleure qualité de vie.

» Si échec, modification des stratégies thérapeutiques proposées : discuter avec la patiente des alternatives à la chirurgie localisée afin d'assurer ultérieurement une contraception différante.

\* Suivi régulier de la tolérance et gynécologique si prescription d'un traitement hormonal au long cours.

IS NOTES PERSONNELLES N

@@@ 176 @@@

Contraception

@@@ 177 @@@

Contraception et MICI

#### I RAPPELS

Le terme maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) regroupe deux pathologies : la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique [RCH]. Ce sont deux maladies digestives inflammatoires et récidivantes évaluant

par poussées, Plusieurs facteurs sont en prendre en compte dans ce contexte de la contraception : le risque de malabsorption, et donc de diminution d'efficacité d'une contraception utilisée par voie orale, mais aussi le risque vasculaire lors des poussées inflammatoires. Comme dans toutes pathologies chroniques, la programmation des grossesses est fondamentale afin de minimiser les risques maternels et fœtaux, surtout en cas de chirurgie digestive lourde.

## Diagnostic

La MC peut toucher tout le tube digestif en laissant des zones de muqueuse saignante. Les localisations iléales, coliques ou iléocoliques et anopécunéales représentent 95 % des localisations. L'incidence de la MC est en augmentation. Elle est de 4,7/100 000 habitants (registre EPIMAD), plus importante chez les femmes que chez les hommes.

La RCH touche la partie terminale du tube digestif, elle peut s'étendre vers l'ensemble du tube digestif, L'atteinte du rectum est constante, L'incidence de la RCH est de 3,3/100 000 habitants, 3% chez l'homme et de 3.4 chez la femme.

Pour ces deux pathologies, il existe des manifestations extradiigestives dont les plus fréquentes sont les atteintes ostéoarticulaires (arthralgies, arthrites), cutanéo-muqueuses (érythème noueux, ulcérations buccales) et oculaires (uvéites).

Leurs signes cliniques divergent modérément. La RCH associe le plus souvent des rectorragies et des diarrhées glaireuses alors que la MC se manifeste plutôt par des diarrhées non sanglantes. Les douleurs abdominales sont présentes à la fois pour la MC mais aussi pour la RCH.

1467

@@@ 178 @@@

## Contraception

### Objectif thérapeutique

» Éviter une grossesse non désirée.

\* La stratégie contraceptive doit tenir compte de deux objectifs guidant la

prescription de la bonne stratégie contraceptive :

- maintien d'une bonne efficacité de la contraception choisie :  
« lgs contraceptions hormonales utilisées par voie orale risquent de ne pas être efficaces en cas de situation potentielle de malabsorption : atteinte digestive sévère, chirurgie digestive ayant entraîné une résection importante, vomissements abondants, diarrhée de plus de 24 heures,  
= [l'utilisation de thérapeutiques immunosuppressives doit rendre prudente l'utilisation de certaines contraceptions mécaniques (DIU-Cul;
- éviter le risque vasculaire, essentiellement thromboembolique veineux surtout en cas de poussées inflammatoires souvent non prévisibles.

#### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

- » Evaluer la stabilité de la MIC! (nombre de poussées par an).
- \* Rechercher les signes d'anémie ou de carence en vitamines.
- » Rechercher les contre-indications potentielles habituelles au DIU.
- \* Examen gynécologique pelvien (si nécessaire) et mammaire.

#### I PRESCRIPTIONS

##### Ordonnance

Il convient de distinguer les femmes ayant une pathologie en rémission de celles ayant une pathologie active ou un risque de malabsorption. Cependant, les recommandations des sociétés savantes préfèrent en première intention une contraception sans risque vasculaire.

Si risque de malabsorption

Ne pas utiliser les voies orales.

168

@@@ 179 @@@

#### Contraception et MICI

##### Contraception progestative (CP)

Toutes les voies d'administration non orales sont autorisées, en dehors de la voie injectable.

\* CP par voie sous-cutanée : implant d'étonogestrel, 58 mg d'étonogestrel.

\* CP par voie intra-utérine :

- dispositif intra-utérin dosé à 52 mg ou 19,5 mg de lévonorgestrel chez les femmes ayant déjà eu un enfant et à 13,5 mg chez les nulligestes en 2<sup>e</sup> intention;
- durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au lévonorgestrel [13 ans uniquement].

BDIU au cuivre

En l'absence de thérapie immunosuppressive 3 fortes doses.

® Sans restriction.

® Taille et forme à ajuster aux caractéristiques de la femme.

o Durée d'action de 5 à 10 ans selon le modèle.

\* LT ou NT gu TT 380, standard ou short, en fonction de la taille de l'utérus.

Sans risque de malabsorption

Même stratégie que précédemment en ajoutant CP par voie orale :

- lévonorgestrel 30 µg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;
- désogestrel 75 µg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;
- drospirénone 4 mg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28, dont 4 comprimés placebo.,

Si intolérance aux stratégies précédentes et si pathologie

stable

La contraception œstroprogestative peut être autorisée.

« COP par voie orale :

- EE 20 ou 30 µg + lévonorgestrel 100 ou 150 µg :

- + 1 cp/j pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp placebo,

- » à débuter le premier jour des règles idéalement ou dans les 5 premiers jours du cycle ou 3 n'importe quel moment du cycle (méthode Quick Start où la protection contraceptive est effective seulement après 7 jours),

- » remboursée par "Assurance maladie; =

1659

@@@ 180 @@@

Contraception

- EE 35 µg + norgestimate 230 µg (plaquette monophasique) ou

norgestimate de 180 à 250 µg (pour 2 pilules triphasiques) :

- = 1 cp/j pendant 21 jours sur 28,

- » à proposer d'emblée en cas d'acné importante ou après une COP contenant du lévonorgestrel en 2<sup>e</sup> intention,

- « non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

- \* OU si intolérance : COF contenant de l'estradiol ou équivalent ou de l'œstrol ou un autre progestatif ou une autre voie d'administration;

- non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles,

## Règles hygiénodietétiques

Eviction des autres facteurs de risque cardiovasculaire,

- \* Augmentation de l'activité physique fortement recommandée.
- » Meilleur contrôle de l'alimentation si surpoids ou obésité,
- » Orientation vers une consultation d'addictologie si tabac.

## L SURVEILLANCE

# Surveillance à 3 mois de la tolérance vis-à-vis de la pathologie - éventuelle réapparition des poussées ou augmentation de leur nombre, douleurs abdominales + signes digestifs.

Surveillance du poids, des chiffres de PA,

\* Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets indésirables pour les CF ou DIU au cuivre ou en cas d'aggravation ou de poussées de la maladie.

® Suivi régulier gynécologique et évaluation de la tolérance gynécologique péhienne et mammaire.

# Si COP utilisée : bilan glucido-lipidique : en cas d'anomalie - modification de la COP vers une CP ou DIU au cuivre.

170

@@@ 181 @@@

## Contraception et pathologies tumorales hépatiques

### B RAPPELS

Les pathologies tumorales hépatiques peuvent être bénignes ou malignes. Nous n'aborderons dans cette ordonnance que les pathologies bénignes, Le métabolisme des hormones stéroïdes sexuelles (estrogènes et progestatifs) étant hépatique, leur influence peut être délétère ou neutre. Cependant les progestatifs n'affectent que peu le fonctionnement hépatique compte tenu de l'absence de récepteur de la progestérone dans cet organe. Ce sont donc les estrogènes qui peuvent jouer un rôle majeur.

\* Un adénome hépatique est développé à partir des hépatocytes dans un foie sain, il est multiple dans environ 30% des cas. Il survient préférentiellement chez la femme [sex-ratio 8/1]. Ce sont des tumeurs riches en récepteurs des

estrogenes.

\* langiome ou hémangiome hépatique est développé a partir des vaisseaux sanguin hipatigues. || s'agit de la tumeur bénigne du foie la plus fréquente, de découverts le plus souvent fortuite. Elle est plus fréquente

chez la femme mais aucune relation avec les estrogènes n'a été démontrée.

\*» L'hyperplasie nodulaire focale est une réponse hyperplasique & une malformation artérielle congénitale. Cette tumeur est formée d'hépatocytes et

de fibrose centrale, Elle survient préférentiellement chez les femmes (sexe-ratio : 9/1).

Elle comporte des récepteurs des estrogènes mais en moindre quantité que dans l'adénome. Sa taille varie de 1 à 10 cm.

Ces pathologies sont rares mais l'utilisation d'hormones et en particulier

d'estrogènes peut avoir des conséquences graves. Une concertation avec l'hépatologue référent est toujours utile pour adopter les meilleures stratégies contraceptives.

Diagnostic

\* Le diagnostic de ces pathologies est souvent de découverts fortuite lors

d'un examen d'imagerie effectué dans un autre contexte clinique, plus rare-

ment devant des douleurs abdominales.

\* La prévalence de l'hyperplasie nodulaire focale serait d'environ 310 000 alors qu'elle est d'environ 141 000 000 pour l'adénome en population générale et de 31100 000 chez les femmes utilisant une COC

171

@@@ 182 @@@

Contraception

Objectif thérapeutique

» Eviter une grossesse non désirée.

\* La stratégie contraceptive doit tenir compte principalement de l'impact des estrogènes sur le foie.

BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT IS

« Evaluer l'importance et les conséquences de la pathologie hépatique sur le foie en particulier sur le bilan biologique hépatique.

# Rechercher les contre-indications potentielles habituelles au DL,

\* Examen gynécologique pelvien (si nécessaire) et mammaire.

## I PRESCRIPTIONS

### Ordonnance

#### Adénome hépatique

Toutes les contraceptions cestroprogestatives sont contre-indiquées  
quelles qu'elles soient les molécules, posologies et voies d'administration.  
Privilégier en 1<sup>re</sup> intention une contraception non hormonale.

#### DIV au cuivre

En l'absence de thérapeutique immunosuppressive A fortes doses :

- Sans restriction;
- = taille et forme & ajuster aux caractéristiques de la femme;
- durée d'action de 5 à 10 ans selon le modèle;
- = UT ou NT ou TT 380, standard ou short, en fonction de la taille de l'utérus;
- si intolérance : avis spécialisé et concertation avec l'hépatologue.

#### Contraception progestative (CP)

##### - CP par voie orale

lorsqu'il n'y a pas de contre-indication, pendant 28 jours sur 28;  
» désogestrel 75 µg : 1 cp, pendant 28 jours sur 28;  
; (mifepristone 25 µg) : 1 cp, pendant 28 jours sur 28, dont 4 cp

placebo.

- CP par voie sous-cutanée : implant d'étonogestrel, 68 mg d'étonogestral.

>

172

@@@ 183 @@@

#### Contraception et pathologies tumorales hépatiques

» dispositif intra-utérin dosé 38 mg ou 19,5 mg de

gestrel chez les femmes ayant déjà eu un enfant et 38 mg chez les  
nulligestes en 2<sup>de</sup> intention;

» durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au lévonorgestrel  
(3 ans uniquement),

#### Hyperplasie nodulaire focale

Privilégier en 1<sup>re</sup> intention une contraception non hormonale.

#### DI au cuivre

® Sans restriction.

» Taille et forme à ajuster aux caractéristiques de la femme.

® Durée d'action de 5 à 10 ans selon le modèle.



# UT ou NT ou TT 380, standard ow short, en fonction de la taille de "utérus,

Si intolérance, contraception progestative (CP)

Voir plus haut.

» Après accord de ['hépatologue et surveillance rapprochée', contraception cestroprogestative (COP).

» Autorisée moyennant une surveillance hépatique rapprochée lors de son introduction, en l'absence des contre-indications habituelles.

- COP par voie orale :

« EE 20 ou 30 pg + lévonorgestrel 100 ou 150 pg : 1 cp/] pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp placebo, & débuter le premier jour des règles idéalement au dans les 5 premiers jours du cycle ou & n'importe quel moment du cycle (méthode Quick Start où la protection contraceptive est effective seulement après 7 jours), remboursée par l'Assurance maladie;  
« EE 35 pg + norgestimate 250 pg (plaguettes monophasiques) ou norgestimate de 180 & 250 pg (pour la pilule triphasique) - 1 op/ pendant 21 jours sur 28, à proposer d'emblée en cas d'acné importante au après une COF contenant du lévonorgestrel en 2 intention, non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles.

1. Recommandations OMS 2015,

@@@ 184 @@@

Contraception

- OU & intolérance, COF contenant de l'estradiol ou équivalent ou de l'estrogène ou un autre progestatif ou une autre voie d'administration. Non remboursée par l'Assurance maladie, prise en charge par certaines mutuelles,

Angiome hépatique

Toutes contraceptions autorisées.

Règles hygiénodietétiques

\* Eviction des facteurs de risque cardiovasculaire surtout si utilisation de

COPR

\* Augmentation de l'activité physique fortement recommandée,  
» Meilleur contrôle de l'alimentation si surpoids ou obésité.  
» Orientation vers une consultation d'addictologie si tabac.

## L SURVEILLANCE -

\* Surveillance à 3 mois de la tolérance de la stratégie choisie.

# Suivi de l'observance, information sur les oublis potentiels en cas de contraception par voie orale,

Surveillance du poids, des chiffres de PA, vérification de l'absence de migraine ou d'autres facteurs de risque vasculaire.

\* Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets indésirables.

# Suivi régulier gynécologique et évaluation de la tolérance gynécologique  
physiologique et mammaire,

» Surveillance annuelle.

## I NOTES PERSONNELLES

174

@@@ 185 @@@

Contraception et pathologies  
vasculaires hépatiques

## B RAPPELS

Les pathologies vasculaires hépatiques regroupent plusieurs entités cliniques qui correspondent aux différents territoires vasculaires atteints. Ainsi

il est possible de distinguer :

- le syndrome de Budd-Chiari correspondant à l'obstruction du drainage veineux hépatique et dans la majorité des cas à une thrombose des petites veines hépatiques jusqu'à la partie terminale de la veine de la veine cave inférieure. Les étiologies non vasculaires (compression tumorale, infectieuse ne sont pas abordées ici);

- la thrombose portale avec ou sans cavernome (thrombose ancienne);

- les lésions sinusoidales secondaires et des lésions de la microcirculation hépatique.

Ces pathologies sont rares, mais potentiellement graves par leurs conséquences à la fois vasculaire mais aussi hépatique avec un risque d'hypertension-

sion portale, d'ischémie intestinale et d'infarctus mésentérique.

Le risque vasculaire est l'enjeu majeur de la contraception dans ce contexte particulier

Le suivi pluridisciplinaire est fondamental.

#### Diagnostic

Le diagnostic des pathologies vasculaires hépatiques est difficile, porté devant des douleurs abdominales le plus souvent, avec une errance diagnostique qui peut conduire à des signes cliniques plus importants allant de l'hypertension portale à l'ischémie intestinale.

L'incidence du syndrome de Budd-Chiari serait d'environ 0,97/100 000 alors que sa prévalence est située entre 1 et 941/100 000 pour la thrombose portale primitive.

Il est fondamental de rechercher des états prothrombotiques et notamment un syndrome myeloprolifératif, certes exceptionnel chez une femme jeune mais possible, ou un syndrome biologique des antiphospholipides.

175

@@@ 186 @@@

#### Contraception

Objectif thérapeutique

» Éviter une grossesse non désirée.

\* La stratégie contraceptive doit tenir compte principalement du risque vasculaire,

#### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT IS

- \* Évaluer l'importance et les conséquences de la pathologie vasculaire.
- \* Rechercher les signes d'anémie ou de carence en vitamines.
- \* Rechercher les contre-indications potentielles habituelles au DIU.
- \* Examen gynécologique pelvien (si nécessaire) et mammaire.

#### I PRESCRIPTIONS

##### Ordonnance

Toutes les contraceptions œstroprogestatives sont contre-indiquées quelles que soient les molécules, posologies et voies d'administration ainsi que la contraception progestative par voie intramusculaire.

##### Contraception progestative (CP)

Toutes les voies d'administration sont autorisées, en dehors de la voie

injectable.

\* CP par voie orale :

- kévonorgestrel 30 pg/j : 1 op/], pendant 28 jours sur 28;
- désogestrel 75 pg/j : 1 cp/j, pendant 28 jours sur 28;
- drospirénone 4 mgf] : 1 oo/, pendant 28 jours sur 28, dont 4 cp placebo.

\* CP par voie sous-cutane : implant d'étonogestrel, 68 mg d'étonogestral.

\* CP par voie intra-utérine :

- dispositif intra-utérin dosé & 52 mg ou 19.5 mg de lévonorgestrel chez les femmes ayant déjà eu un enfant et 3 13,5 mg chez les nullipares en 2 intention;
- durée d'action de 5 ans sauf pour le plus petit DIU au [lévonorgestrel (3 ans uniquement)].

»

176

@@@ 187 @@@

Contraception et pathologies vasculaires hépatiques

DIU au cuivre

® Sang restriction.

® Taille et forme & ajuster aux caractéristiques de la femme.

» Durée d'action de 5 & 10 ans selon le modèle.

\*UT ou NT ou TT 380, standard ou short, en fonction de la taille de [wt drus.

Toujours penser & proposer une contraception définitive en cas de projet parental accompli ou de contre-indication & une grossesse du fait de la pathologie vasculaire hépatique

- ligature section des trompes ou salpingectomie;

= vasectomie.

Règles hygiéno-diététiques

Contrôle des autres facteurs de risque cardiovasculaire.

\* Augmentation de l'activité physique fortement recommandée.

= Meilleur contrôle de l'alimentation si surpoids ou obésité,

» Orientation vers une consultation d'addictologie si tabac,

| SURVEILLANCE e

\* Surveillance 3 3 mois de 13 tolérance.

» Suni de l'observance, information sur les oublis potentiels en cas de contraception par voie orale.

\* Surveillance du poids, des chiffres de PA

» Modification éventuelle du type de contraception en fonction des effets indésirables.

\* Suivi régulier gynécologique et évaluation de la tolérance gynécologique pelvienne et mammaire.

\* Surveillance annuelle.

177

@@@ 188 @@@

Contraception

I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 189 @@@

Contraception et VIH

B RAPPELS R

La contraception des femmes séropositives pour le VIH a fait l'objet de nombreuses publications et de discussions. Elle est importante pour plusieurs raisons. Elle permet de diminuer le risque de grossesses non désirées et de programmer une future grossesse dans les meilleures conditions afin de minimiser le risque de transmission virale à l'enfant à venir. Si le préservatif reste le seul moyen de prévenir une éventuelle transmission du virus au partenaire, son efficacité contraceptive est insuffisante. Le choix contraceptif sera guidé par l'utilisation concomitante de thérapeutiques potentiellement induisant des complications et par le risque vasculaire accru dans ce contexte clinique.

Diagnostic

Le diagnostic est sérologique.

Objectif thérapeutique

\* Maintenir une excellente efficacité de la contraception dans un contexte de charge virale indétectable.

o Eviter la transmission au partenaire sérologiquement négatif.  
» Eviter les effets indésirables induits par les différents traitements associés.,

## B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\*» Examen gynécologique comme avant toute prescription de contraception.

# Venfier [a possibilité d'une contraception par DU (absence de malformation utérine, de fibrome intracavitaire, d'infection sexuellement transmissible autre que VIH en cours, règles hémorragiques, etc.).

\* Connaître la durée du ou des traitements associés (utilisation ponctuelle ou utilisation au long cours),

» Evaluer le risque vasculaire :

- propre au virus : hypertension artérielle pulmonaire, vascularite;

~lié aux anomalies métaboliques ou pharmacoclogiques - lipidiques fréquentes avec une augmentation des triglycérides et du cholestérol total; insulino-résistance avec risque accru de diabète, surtout perturbations associées-

179

@@@ 190 @@@

## Contraception

cides & certains traitements (certains inhibiteurs de la reverse transcriptase et certains inhibiteurs des protéases).

» Evaluer le risque d'interactions médicamenteuses :

- avec les ARV : certaines molécules peuvent élever ou abaisser les concentrations des contraceptions hormonales (COP et CF) quelle que soit la voie d'administration;

- avec d'autres thérapeutiques fréquemment utilisées chez ces patientes comme la rifampicine en cas de tuberculose;

- utiliser le thésaurus dédié aux interactions dans le contexte du VIH :  
www

[hiv-druginteractions.org/checker](http://hiv-druginteractions.org/checker).

## I PRESCRIPTIONS

### Ordonnance

» Préservatif (masculin ou féminin) : Eden® ou Sortez couvert®, 1 boîte 3 renouveler autant que nécessaire; rembourse.

\* DI au cuivre ou au vonorgestrel recommandé par toutes les sociétés savantes :

- DIV 380 standard femmes ayant eu un ou des enfants;

- DIU 380 short pour les femmes nullipares ou avec un petit utérus;

- DIU lévonorgestrel adapté à la taille de l'utérus.

\* Toutes les contraceptions hormonales autres sont possibles mais sont à discuter en fonction des interactions médicamenteuses potentielles [voir ordonnance interactions médicamenteuses après avoir déterminé le type d'induction enzymatique (3 l'aide du thésaurus cité plus haut)].

\* Les contraceptions œstroprogestatives sont déconseillées en cas d'augmentation du risque vasculaire ainsi que la contraception injectable par acétate de médroxyprogestérone (en raison d'une augmentation du risque de maladie veineuse thromboembolique uniquement pour cette contraception progestative).

## I SURVEILLANCE

# Contrôle de la bonne tolérance des contraceptions utilisées, en particulier des DIU.

\* Même suivi que pour les contraceptions hormonales, 180

@@@ 191 @@@

## Contraception et VIH

» Vérifier l'absence d'effets indésirables type surdosage et en particulier l'existence de mastodynies si le traitement inducteur enzymatique est associé à une diminution du métabolisme hépatique des stéroïdes.

## I NOTES PERSONNELLES WM.

ey e e o e D e e e e e P St S S = P bR

.....  
.....

@@@ 192 @@@

Contraception

@@@ 193 @@@

Fertilité

183

@@@ 194 @@@

@@@ 195 @@@

Consultation préconceptionnelle

B RAPPELS

La consultation préconceptionnelle est essentielle au bon déroulement de toute future grossesse. Elle est indispensable en cas de pathologie maternelle ou antécédents obstétricaux, Elle doit être anticipée, notamment lors des consultations de suivi gynécologique, en particulier lors d'un suivi de la contraception afin que cette dernière ne soit pas interrompue de façon imprévue,

Elle se fonde sur plusieurs axes

- garantir la bonne santé maternelle
- modifier d'éventuels traitements non compatibles avec une grossesse;
- vérifier le carnet de vaccination;
- prévenir certaines anomalies fœtales;
- mettre en route une hygiène de vie favorable à la future grossesse.

S'assurer de la bonne santé maternelle

L'examen préconceptionnel repose sur



=un interrogatoire détaillé à la recherche d'antécédents personnels ou familiaux spécifiques justifiant d'une prise en charge spécifique (non détaillé ici;

l'évaluation;

- un examen physique complet avec mise à jour du dépistage cervical 51  
selon les recommandations en vigueur;

= un examen clinique mammaire, éventuellement complété d'une imagerie

en cas d'anomalie clinique, d'antécédent familial ou chez les femmes  
proches

de la quarantaine (notamment si prise en charge en PMA);

= la prise de pression artérielle et calcul de FIMC;

-un bilan biologique comprenant :

« groupe sanguin, sérologies rubéole et toxoplasmose,

glycémie et TSH dans certains cas,

« sérologie VIH, hépatites B et C, syphilis (paut être proposée [HAS]L.

Modification de traitements si besoin

En cas de pathologies connues et suivies, un feu vert du spécialiste  
responsable

est fondamental pour amener la contraception. De nombreux traitements peuvent être incompatibles avec une grossesse. Il convient, en  
conséquence

185

@@@ 196 @@@

Fertilité

avec les praticiens concernés, de les remplacer par des molécules sans  
risque

teratogène [diabète, hypertension artérielle, maladies auto-immunes,  
etc.).

Mise à jour des vaccinations

\* Sérologie rubéole : si négative, prévoir vaccination et délai de 1 mois  
avant

la conception (rappel des recommandations chez les femmes nées après  
1980 de la nécessité de 2 doses de ROR en raison de la recrudescence de

la rougeole au niveau mondial en respectant un délai d'1 mois minimum).

» DT Coq Polio & refaire le rappel > 10 ans (idem pour le partenaire).

\* Vaccination contre la varicelle si pas d'antécédent de varicelle, en  
cas de

doute réalisation possible d'une sérologie.

## Prévention des anomalies de fermeture du tube neural

Selon les recommandations en vigueur, la supplémentation en folates (vitamine B<sub>9</sub>) en préconceptionnel et en début de grossesse ayant permis de réduire l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural.

### Mesures hygiénodietétiques

Des mesures d'hygiène de vie à adopter avant la grossesse :

- réduction pondérale en cas de surpoids ou d'obésité;
- arrêt du tabac, et autres toxiques;
- diminution des boissons sucrées et alcoolisées;
- éviter les carences nutritionnelles en favorisant une alimentation saine et équilibrée;
- mise en place d'une activité physique qui pourra être poursuivie lors de la grossesse : natation, marche à pied, aquagym, et

## I NOTES PERSONNELLES

184

@@@ 197 @@@

## Consultation préconceptionnelle

### I PRESCRIPTIONS

#### Ordonnances

\* Acide folique 0,4 mg : 1 cp/j, idéalement au moins 1 mois avant la conception & poursuivre jusqu'à la 8<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée.

\* Acide folique 5 mg : 1 cp/j, en cas de traitement antiépileptique ou d'antécédent d'anomalie fœtale ou contexte de chirurgie bariatrique ou de pathologie entraînant une malabsorption.

» Sérologies rubéole et toxoplasmose, en l'absence de preuves écrites d'immunité, groupe sanguin avec deux déterminations.

» Sérologie VIH 1 et 2 & proposer à la femme ou au couple.

\* ROR complété si vaccination incomplète (si née après 1980 elle doit

avoir eu 2 doses), s sérologie rubdale négative et 2 doses reçues, pas de rappel nécessaire. Si administration d'un vaccin vivant ROR ou V2 différer le projet de grossesse de 1 mois, pas d'obligation de prescrire une contraception.

#### I MOTES PERSONNELLES

187

@@@ 198 @@@

Fertilita

@@@ 199 @@@

Bilan d'infertilité

EEE—— RAPPELS

L'infertilité touche 15 % des couples. Elle se définit comme l'absence de Grossesse après un an de rapports sexuels réguliers sans contraception. Ce délai peut être raccourci selon l'âge de la femme (= 35 ans), ou les antécédents médicaux du couple. || faut toujours garder à l'esprit qu'un bilan de la fertilité d'un couple impose l'exploration des deux partenaires simultanément. Une grossesse peut parfois être rapidement obtenue après éducation sur les périodes de fécondité,

Diagnostic

\* L'infertilité peut être d'origine

- féminine (34 % des cas) :

« par anomalies hormonales avec troubles ovulatoires, etc.,

« par anomalie tubaire ; obturation, antécédents chirurgicaux, endométriose, etc.,

« par anomalies utérines : malformations, polype ou fibrome endocervical, etc.,

« par anomalies de la glaire ; après chirurgie cervicale, etc. ;

= masculine 20% des cas)

« par troubles de la sexualité : troubles de l'érection et/ou éjaculation,

« par anomalies du spermogramme ; azoospermie, oligospermie, thalassospermie ;

- mixte (38 % des cas)

» associant à des degrés divers causes féminines et masculines,

\* rapports sexuels trop espacés ;

- indéterminée lorsque le bilan ne retrouve pas d'anomalie (8 % des cas).

\* Une fois la (ou les) cause(s) déterminée(s), un traitement spécifique permet souvent la grossesse mais parfois le recours à la procréation médicalement assistée (FMA) est nécessaire,

#### I A SAVOIR AVANT LA PRISE EN CHARGE IS

\* Interroger et examiner les deux partenaires pour établir le diagnostic étiologique.

\* Notion de grossesse antérieure chez un des deux partenaires ou au sein du couple : élément essentiel de la démarche diagnostique.

189

@@@ 200 @@@

#### Fertilité

» Dépister les antécédents médicaux ou chirurgicaux ayant pu diminuer la fertilité chez un membre du couple.

® Interroger sur l'utilisation de toxiques pour la fertilité dans le cadre professionnel (chaleur, produits toxiques, etc) ou non professionnel (tabac, alcool, médicaments, drogues, etc) et tenter de les supprimer.

#### T PRESCRIPTIONS

##### Ordonnances

Chez la femme

##### Exploration de la réserve et de la fonction ovariennes

\* Compte des follicules antraux (CFA) 3 I'échographie endovaginale réalisée au début du cycle (J2-M4); AMH : dosage discuté en première intention,

# FSH LH estradiol entre J2 et J3.

\* 5 signes d'hyperandrogénie entre J2 et J5: dosages de testostérone, delta 4 androsténone, 17-hydroxy-progesterone.

\* 5 irrégularités du cycle : prolactine, TSH.

##### Exploration de la fonction ovulatoire

\* Visualisation d'une belle glaire cervicale préovulatoire témoignant de l'existence d'une ovulation.

\*» Dosages hormonaux : progesterone en 2 parties de cycle J22-J24; un  $\tau = 5$  ng/ml confirme l'ovulation.

» Echographie pelvienne si elle retrouve un follicule préovulatoire ou un EOTPS jaune.

Exploration de la cavité utérine et des trompes

» Echographie pelvienne endovaginale ou échographie 30 éventuellement complétée d'une IRM pelvienne en cas de suspicion de malformation utérine.

\* Hystérosalpingographie en première partie de cycle

= qui utilise un produit radio-opaque;

- réalisé 3 J5-J9 (en l'absence de saignement).

150

@@@ 201 @@@

Bilan d'infertilité

» Sonohystérogographie (remplace parfois l'hystérosalpingographie) :

- qui utilise du sérum physiologique pour étudier la cavité tubaire;

- réalisé 3 J3-J7;

- images échographiques.

» Hystérocopie : en cas de doute sur une malformation utérine ou anomalie endocavitaire.

\* HyFoSy (Hystero-Salpingo-Foam-Sonography) nouvelle méthode encore peu diffusée :

- qui utilise une mousse hyperéchogène pour étudier la perméabilité tubaire;

- réalisé 3 J5-J7;

- images échographiques.

Chez l'homme : exploration de la spermatogenèse

Spermogramme -

me;

-at : .plmml'h.lrl avec recherche d'une infection pouvant altérer les résultats du spermiogramme;

- réalisé dans de bonnes conditions de recueil - au laboratoire, après abstinence sexuelle de 2 3 3 jours;

- à distance d'une infection ou d'un traitement antibiotique;

- réalisé une 2<sup>e</sup> fois & au moins 3 mois d'intervalle en cas d'anomalies.

Information des patientes

\* Savoir faire patienter en rassurant : seulement 25 % de survenue de grossesse par cycle dans un couple normalement fertile, donc en moyenne minimum 4 mois pour concevoir lorsqu'il n'existe aucun obstacle à la fécondation.

» Savoir accélérer le processus si la femme a plus de 35 ans.

I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 202 @@@

Fertilita

@@@ 203 @@@

Glande mammaire

@@@ 204 @@@

@@@ 205 @@@

Mastodynies

#### I RAPPELS

Les mastodymes corespandent a une entité dinique clairement definie et doivent être distinguées des douleurs mammaires non cycliques. Elles consti-  
tuent un motif très fréquent de consultation pouwvant atteindre 70 % dans certains centres spécialisés. Elles sont rarement rapportées spontanément par les fernmes, l'interrogatoire est donc fandamantal que la fermme utilise  
ou non un traitement hormonal. Il faut ainsi distinguer leur survenue spon-  
tanée ou lors de traitements hormonaux, qu'ils s"agissent da [a  
contraception  
[combinée ou progestative seule), de thérapeutiques progestatives seules  
an période de périménopause ou des traiteameants de ménopausea.

Diagnostic

Distinguer les mastodynies des douleurs mammaires non cycliques.

\* Las mastodynies correspondent & des douleurs bilatérales npthméas par le  
eycle menstruel, prédominant au niveau des quadrants supéro-externes,  
survenant le plus souvent en deuxième partie de cycle, durant au manimum

3 jours, d'intensité variable et diminuant rapidement après le début des règles. Elles peuvent être ;

- soit spontanées en période d'activité génitale;
- soit survenir lors de l'utilisation d'une thérapie hormonale.

\* Les douleurs mammaires non cycliques sont des douleurs, par définition, non rythmées par le cycle menstruel, souvent unilatérales, de durée variable, continues ou intermittentes. Ce type de douleur doit faire rechercher une étiologie organique sous-jacente [mastite, traumatisme, thrombophlébite de Mondar, macrokyste sous tension, tumeur bénigne, syndrome de Tietze, ectasie galactophorique, et

\* Il s'agit donc d'un diagnostic posé à l'interrogatoire, puis complété par l'examen clinique.

\* L'examen clinique montre simplement des seins parfois tendus sans nodule palpable et sans écoulement mammaire,

\* Les examens complémentaires ne sont en général pas nécessaires mais une échographie mammaire peut être réalisée au moindre doute.

@@@ 206 @@@

Glande mammaire

Objectif thérapeutique  
Diminution des douleurs.

B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

» Eliminer une origine organique : l'examen clinique doit être effectué 3 la recherche d'une anomalie, en particulier dans le contexte des douleurs non cycliques.

o Vérifier les traitements associés.

\* Dans le contexte de la périménopause, vérifier l'absence de reprise d'une activité ovarienne.

& [Dans le contexte du traitement hormonal de la ménopause :

- vérifier l'absence de surdosage (dosages hormonaux possibles notamment estradiol);

- ou d'une reprise d'activité ovarienne surajoutant des œstrogènes endo-

gènes aux estrogènes du THM, en particulier lors de l'initiation ou si a été instauré trop tôt.

## I PRESCRIPTIONS .

### Ordonnance

Femme non ménopausée en l'absence de traitement hormonal

Progestérone percutanée - 1 application tous les jours sur chaque sein aussi longtemps que nécessaire.

Femme non ménopausée utilisant une COP

- \* Modification de la COP pour induire un climat moins estrogénique.

- \* +/- association de la progestérone percutanée ; 1 application tous les jours sur chaque sein.

Femme non ménopausée utilisant une CP

- \* Modification de la molécule de CP pour une thérapeutique plus anti-gonadotrope (switch lévonorgestrel vers drospirénone par exemple),

- \* +/- association de la progestérone percutanée ; 1 application tous les jours sur chaque sein. =

196

@@@ 207 @@@

### Mastodynies

## I SURVEILLANCE

- \* Vérification de la disparition des douleurs mammaires.

- \* Examen mammaire 3 3 mois puis suivi habituel,

- \* 5j changement de traitement hormonal ; vérification de sa bonne tolérance.

## I NOTES PERSONNELLES

@@@ 208 @@@

Glande mammaire



## Pathologies mammaires bénignes

### BT RAPPELS

Les pathologies mammaires bénignes, encore appelées mastopathies bénignes, désignent de nombreuses lésions ou pathologies allant d'un simple écart à la normalité aux véritables pathologies qu'il faut traiter. Cette distinction est importante à connaître car elle conditionne la surveillance clinique et radiologique, certaines de ces pathologies étant à risque de cancer du sein.

Il faut ainsi distinguer le kyste simple et le fibroadénome qui sont des pathologies non liées au risque de cancer et du sein, de la mastopathie fibrokystique associant différentes lésions histologiques à risque plus ou moins élevé de cancer du sein. Ce sont le caractère prolifératif de la lésion (canalaire [épithéliose, papillomatose, hyperplasie canalaire] ou lobulaire [adénose, hyperplasie lobulaire]) et la présence et le nombre d'atypies cellulaires qui augmentent le risque carcinologique. Ainsi, une des plus récentes méta-analyses regroupant 13 études épidémiologiques estime le risque de cancer du sein chez les femmes souffrant de [lésions prolifératives avec atypies à 3,53 [3,24-4,74] alors que ce risque n'est que de 1,756 (1,58-1,95) pour les mastopathies prolifératives sans atypie.

Certains traitements hormonaux, et notamment contraceptifs, sont associés à une diminution du risque d'apparition de mastopathies bénignes, essentiellement celles non associées au risque de cancer du sein (fibroadénome, kyste simple).

L'incidence des deux principales mastopathies bénignes (fibroadénome simple et mastopathie fibrokystique) est difficile à estimer car souvent asymptomatique lorsque les nodules sont de petites tailles. Ainsi, l'incidence du fibroadénome serait de 15 à 23 % à partir de séries autopsiques et de 2,2 % dans les études épidémiologiques tandis que pour les mastopathies fibrokystiques elle serait de 44 % et de 8,8 % respectivement.

Le pic de fréquence de ces deux pathologies est très différent ; 20-25 ans pour le fibroadénome et 40-45 ans pour les mastopathies fibrokystiques.

#### Diagnostic

\* Il s'agit de la découverte :

- soit d'un nodule décelé cliniquement par la femme ou le médecin lors d'une palpation systématique;

199

@@@ 210 @@@

#### Glande mammaire

= soit d'une anomalie lors d'un bilan sénologique systématique : microcalcifications, nodule.

\* Le résultat histologique de la biopsie permettra de poser le diagnostic.

\* Il est toujours important d'effectuer un interrogatoire minutieux de la recherche d'autres facteurs de risque de cancer du sein.

\* Interrogatoire

- âge de la patiente;

- existence d'un traitement hormonal en cours (COP, microprogestatif, DIU cuivre ou levonorgestrel, macroprogestatif, traitement hormonal de ménopause, etc.);

- antécédents familiaux de cancer du sein;

- histoire gynécologique et obstétricale : âge des premières règles, nombre et date des grossesses, âge de la ménopause;

- douleurs mammaires.

\* Examen clinique : examen mammaire (recherche de tension mammaire et ou de mastodynies, palpation d'un éventuel nodule, densité des seins); il fait partie de toute consultation gynécologique quel qu'en soit le motif.

#### Objectif thérapeutique

\* Stabilisation des lésions si possible.

# Diminution des douleurs mammaires éventuelles.

\* Si besoin de contraception, privilégier les contraceptions n'augmentant pas le risque de cancer du sein.

## I PRESCRIPTIONS

@@@ 211 @@@

### Pathologies mammaires bénignes

\* Fatiente en période d'activité génitale avec douleur mammaire et ne désirant pas de contraception :

= surveillance;

- cas particulier du kyste sous tension : ponction mammaire évacuatrice, mais souvent récidive rapide du kyste;

- progestérone locale : 1 application tous les jours sur chaque sein aussi longtemps que nécessaire;

- Si échec:

+ acétate de chlormadinone 10 mg : 1 cp/j, pendant 21 jours sur 28 jours,

ou

« acétate de nomégestrol 5 mg : 1 cp/fj, pendant 21 jours sur 28 jours,

s avec surveillance méningiome (cf. fiche dédiée) pour ces deux molécules.

\* Fatiente en période d'activité génitale avec douleur mammaire et utilisant une contraception :

- surveillance;

- progestérone locale | 1 application tous les jours sur chaque sein aussi longtemps que nécessaire;

- modification de la contraception pour une contraception de même type mais plus antigonadotrope :

» modifier le dosage d'EE ou le type de progestatif,

» Si CP: cf. fiche « Contraception progestative par voie orale »;

- Si échec:

» acétate de chlormadinone 10 mg : 1 cp/j, pendant 21 jours sur

28 jours,

ou

» acétate de nomégestrol 5 mg : 1 cp/j, pendant 21 jours sur 28 jours,

« avec surveillance méningiome (cf. fiche dédiée) pour ces deux molécules.

» Patiente ménopausée utilisant un traitement hormonal de ménopause :

- diminution des doses d'estrogènes si mastopathie non à risque de cancer du sein;

- si mastopathie à risque élevé de cancer du sein : arrêt du traitement hormonal de ménopause.

@@@ 212 @@@

Glande mammaire

I SURVEILLANCE

» Consultation de suivi & 3-6 mois :

= s'assurer de la stabilité de la lésion;

- s'assurer de la bonne absence du traitement proposé;

- s'assurer de l'absence d'effets indésirables;

- s'assurer de l'absence de facteurs de risque vasculaire récents si change-

ment de COF

\* Puis consultations ultérieures 1 fois/an : contrôle régulier clinique et radiologique (dépendant du niveau de risque carcinologique mammaire).

I NOTES PERSONNELLES I

@@@ 213 @@@

Hyperandrogénie

203

@@@ 214 @@@

@@@ 215 @@@

Hirsutisme idiopathique

I RAPPELS

L'hirsutisme est défini par l'excès de pilosité dans les zones androgéno-

da-  
pendantes chez une femme, il est dit idiopathique lorsqu'il est isolé et

que  
toutes les étiologies d'hyperandrogénie ont été éliminées. Les taux des

androgènes sont, dans ce cas, normaux, mais il existe une hypersensibilité aux androgènes au niveau du follicule pileux. Un démarrage & [a puberté at un terrain ethnique ou familial en sont des éléments évocateurs. Une évaluation clinique permet d'établir un score qui permet un Suivi ultérieur lors du traitement.

#### Diagnostic

\* Une pilosité excessive faite de poils drus et noirs, de localisation habituel-  
lement masculin, est retrouvée au niveau de la [èvre supérieure, le menton, la partie supérieure de l'abdomen et le dos. Son évaluation précise permet de la chiffrer grâce au score de Ferriman et Gallwey. Sur 9 sites spécifiques, la pilosité est cotée de 0 & 4. Un hirsutisme léger est défini par un score compris entre 0 et 15, modéré entre 16 et 25 et sévère si > 25 (cf. Tableau).  
\* "hirsutisme est dit idiopathique lorsqu'il n'existe pas d'autres signes d'hyperandrogénie clinique, pas de troubles du cycle menstruel et que toutes les étiologies d'hyperandrogénie ont été éliminées à l'aide d'un bilan biologique et radiologique.

\* L'origine de l'hyperandrogénie peut être ovarienne ou plus rarement sur-  
rénalienne :

- une échographie ovarienne évocatrice & un taux élevé de delta 4 androsténone évoquent le fréquent syndrome des ovaires polykystiques (SOPK);
- un taux de 17-hydroxy-progesterone élevée de base, ou lors d'un test au Synacthène en cas de doute, permet le diagnostic de bloc en 21-hydroxylase à révélation tardive;

=plus rarement, une tumeur virilisante ovarienne ou surrénalienne ou un syndrome de Cushing peuvent être découverts à l'occasion d'une aménorrhée secondaire avec hyperandrogénie.

#### Objectif thérapeutique

- o Evaluer l'impact psychologique de l'hirsutisme qui peut être déterminant pour sa prise en charge.

## Hyperandrogénia

- » Traiter l'hirsutisme permettant une amélioration de la qualité de vie.
- » Evaluer le besoin d'une contraception efficace ou le désir de grossesse qui modifie la prise en charge.

### B A SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION IS

\* Le traitement est habituellement long et associe le plus souvent des traitements anti-androgènes et des soins de cosmétologie.

#\* Le meilleur agent anti-androgène, l'acétate de cyprotérone, a fait l'objet de nouvelles recommandations du fait du risque associé de méningiome pour la HAS qui en limite la prescription.

### I PRESCRIPTIONS

#### Ordonnance

\* Dans tous les cas, un traitement cosmétique ou dermatologique associé aux traitements hormonaux et adapté permet de réduire l'hirsutisme.

\* Suite aux recommandations de la SFE publiées en 2020,

#### Méthodes cosmétiques

Parfois suffisantes en cas d'hirsutisme léger, elles sont proposées systématiquement en accompagnement d'un traitement médical.

\* Décoloration ou méthode épilatoire (épilation à la cire, rasage) : cette dernière méthode est à envisager avec prudence, en raison de la possibilité d'aggravation au long cours de l'hyperpilosité.

destmcmnunammbdbemwlpalflecmfie,

« adaptée aux petites zones : lèvres, mentons, duvet, poils roux ou blancs;

= nombre et espacement des séances déterminés par le dermato-

logue.

=

@@@ 217 @@@

## Hirsutisme idiopathique

- Laser épilatoire :

» destruction des follicules pileux par photothermolyse en ciblant la zone à traiter;

- \* impose une expertise dermatologique;
- » permet de traiter de larges surfaces;
- » inefficace sur les poils roux, blanc, gris ou décolorés;
- » nombre et espacement des séances déterminés par le spécialiste.
- La lumière pulsée :
  - \* la lumière cible la mélanine et bloque la repousse;
  - s impose une expertise dermatologique;
  - » Moins puissante que le laser
  - Cosmétique locale :
    - » éflonithine (chlorhydrate) 11,5 % crème @ 1 application sur les zones concernées du visage 2 fois;
    - = topique local qui ralentit la pousse du poil;
    - = @ COOncame que les petites zones 3 traiter,

#### Traitement antiandrogénique

Blocage ovarien visant à diminuer la production ovarienne d'androgènes.

» Linz contraception cestroprogestative est le traitement de 1<sup>re</sup> intention en l'absence de contre-indication (<f. fiche « Contraception estroprogestative »).

- Toutes les COP semblent d'efficacité équivalente.

- En plus du blocage ovarien, augmentation de la SHBG liée aux estrogènes et donc diminution de la testostérone libre directement active.

» l'association d'éthinylestradiol 35 µg et d'acétate de cyprotérone 2 mg n'a pas fait la preuve d'une plus grande efficacité et son risque thromboembolique supérieur aux COC de 2<sup>e</sup> génération n'incite pas à sa prescription.

ou

\* Acétate de cyprotérone 50 mg, 1cp/j, + estradiol gel, 13,7 doses de gel]. ou patch d'estradiol, 50 µg/j, ou estradiol 14,2 mg, 1o/ :

- 20 ou 21 jours sur 28;

- réservé aux cas les plus sévères, en 1<sup>re</sup> intention dans le strict respect

de AN

- en 2<sup>e</sup> intention après une contraception cestroprogestative pour des hirsutismes plus modérés; -

207

@@@ 218 @@@

#### Hyperandrogénia

- 53 prescription est encadrée par un protocole précis avec  
= signature par le praticien et la patiente de la note d'information

rédigée par 'ANSM,

« réalisation préalable d'une IRM cérébrale éliminant un méningiome qui contre-indiquerait la prescription et surveillance standards,

\* prescription restreinte dans sa posologie et durée;

- En association avec une molécule estrogénique du fait de son puissant pouvoir antigonadotrope;

- Son action gonadotrope puissante fait de cette molécule une contraception efficace.

\* D'autres molécules utilisées à visée anti-androgénique peuvent être utilisées en cas de contre-indications ou inefficacité des thérapeutiques hormonales : spironolactone.

- À la dose de 100 mg/j & (maximum) 300 mg/j cp 4 25, 50 ou 75 mg) répartis en 2 prises au-delà de 100 mg/j.

- Diurétique épargneur de potassium ayant une action anti-androgénique.

- Utilisée en 2<sup>e</sup> intention en association avec une COR

- Utilisée seule en 3<sup>e</sup> intention,

- Contrôle de la pression artérielle.

- Contrôle du ionogramme sanguin (kaliémie à 10 jours de la prescription),

- Prescrit hors AMM mais en accord avec les recommandations de la Société française d'endocrinologie.

- Impose une contraception efficace en cas de vie sexuelle.

#### Information des patientes

Il est utile d'informer les femmes sur ;

= les sujets de la fertilité et du besoin contraceptif doivent être abordés d'emblée car ils dictent l'attitude thérapeutique;

- certaines thérapeutiques hormonales peuvent entraîner des troubles du cycle : amenorrhée, spotting, métrorragies, etc;

- l'importance du suivi médical régulier en cas de traitement médicamenteux ;

- l'efficacité est souvent lente imposant des essais d'un minimum 3 mois de la thérapeutique avant d'en envisager une modification.

@@@ 219 @@@

#### Hirsutisme idiopathique

##### BT SURVEILLANCE

\* La surveillance est rapprochée initialement afin d'ajuster le traitement.

\* La consultation permet de vérifier

- la bonne utilisation du traitement prescrit et de l'adapter régulièrement;;

- la parfaite tolérance de la thérapeutique;

- l'efficacité grâce à l'évaluation du score de Ferriman et Gallwey;

= la vérification de l'absence de contre-indication récente aux COP;



- en cas d'utilisation de l'acétate de cyprotérone, réévaluation régulière et adaptation du traitement pour éviter les longues durées d'utilisation et le risque de méningiome inhérent; si poursuite indispensable du traitement une IRM cérébrale doit être réalisée à 3 ans puis tous les 2 ans;

= évaluation de la balance bénéfice-risque à chaque consultation du traitement choisi;

- d'associer des traitements cosmétiques locaux par le dermatologue, épilation laser ou électrique par exemple plus efficaces après quelques mois de traitement systémique,

Tableau - Score de Ferriman et Gallwey,

Lèvre Quelques poils bord externe 1  
 Supériorité | Petite moustache bord externe 2  
 Moustache clairsemée 3  
 Moustache complète 4  
 Menton Quelques poils épars 1  
 Poils disséminés 2  
 Barbe légère 3  
 Barbe importants 4  
 Poitrine Quelques poils péri-aréolaires 1  
 Quelques poils péri-aréolaires et médians 2  
 Pilosité des aisselles de la poitrine 3  
 Filosité de toute la poitrine 4  
 Partie Quelques poils épars 1  
 supérieure | Poils disséminés 2  
 du dos Filosité recouvrant la moitié supérieure 3  
 Pilosité recouvrant la totalité 4  
 Partie Quelques poils épars sacrés 1  
 inférieure | Poils sacrés étendus 2  
 du dos Pilosité recouvrant les 4 de la partie 3  
 Filosité recouvrant la totalité 4

=

3

@@@ 220 @@@

Hyperandrogénie

Partie Quelques poils médians 1  
 supérieure | Filosité médiane plus importante 2  
 de Filosité recouvrant la moitié supérieure 3  
 | l'abdomen | Pilosité recouvrant la totalité 4  
 Partie Quelques poils médians 1  
 inférieure | Filosité médiane plus importante 2

de Pilosité médiane fournie 3  
Tronc | Pilosité en losange 4  
Bras Pilosité clairsemée 1  
Cuisse Fikacité plus importante mais incomplète F  
Jambes Pilosité complète hégène 3  
Pilosité complète dense 4

Avant-bras | Pilosité face postérieurs 1  
Pilosité face postérieurs clairsemés 2

Pilosité complète gt 3

Pilosité complète dense 4

IS NOTES PERSONNELLES I

@@@ 221 @@@

Hyperandrogénie  
de la femme ménopausée

## B RAPPELS

L'hyperandrogénie de la femme ménopausée est définie par un taux de testostérone supérieur à la norme consensuelle des femmes non ménopausées car il n'existe pas de normes établies spécifiquement après la ménopause, il faut bien distinguer les cas physiologiques, il peuvent exister des signes cliniques ou hyperandrogénie, des situations pathologiques avec hyperandrogénie biologique. Après la ménopause, la sécrétion ovarienne d'estradiol diminue de façon drastique alors que persiste une sécrétion androgénique. De plus, la SHBG (Sex Hormone Binding Globulin) diminue avec l'âge avec une augmentation de la testostérone libre directement active. Ce déséquilibre physiologique constant après la ménopause au profit des androgènes a parfois une traduction clinique gênante pour les femmes. Mais dès lors qu'existe une hyperandrogénie biologique, révélée le plus souvent par des signes cliniques, une enquête étiologique est indispensable pour éliminer des causes ovariennes ou surrénaliennes, notamment tumorales, imposant une prise en charge spécifique.

## Diagnostic

Le plus souvent, une hyperpilosité révèle l'hyperandrogénie avec une pilosité excessive faite de poils drus et noirs, de localisation habituellement masculine, retrouvée au niveau de la lèvre supérieure, le menton, la partie supérieure

de l'abdomen et le dos. Le score de Ferriman et Gallwey (cf. fiche « Hirsutisme idiopathique ») n'a pas été validé chez la femme ménopausée. D'autres signes d'hyperandrogénie peuvent s'y associer : alopecie temporale principalement, augmentation de la libido et, plus rarement, des signes de virilisation : clitoridamégalie, rauçté de la voix, augmentation du volume musculaire.

Le dosage de la testostérone totale permet d'établir le diagnostic. Un dosage de SDHEA oriente vers une cause surrénalienne et un syndrome de Cushing doit alors être évoqué. Un dosage du cortisol libre urinaire sur les urines des 24 h ou un test de freinage par la dexaméthasone minute (1 mg confirme le diagnostic

En association à l'hormonologie, des imageries ovariennes et surrénaliennes permettent de distinguer différentes étiologies. Plus rarement un délicat cathétérisme des veines ovariennes et surrénaliennes est proposé lorsque l'imagerie classique n'est pas suffisante afin de localiser une éventuelle tumeur,

21

@@@ 222 @@@

Hyperandrogénie

Etiologies non tumorales

Ce sont les plus fréquentes.

\* L'hyperthécose ovarienne : de physiopathologie mal élucidée, elle fait intervenir la stimulation ovarienne par les gonadotrophines hypophysaires (LH surtout) élevées après la ménopause, souvent associée à un syndrome métabolique voire un diabète de type 2 évoquant aussi l'influence de l'insuline.

\* Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est mal défini après la ménopause, Mais pourrait persister après la cessation d'activité ovarienne, évoqué lorsque les symptômes existaient avant la ménopause et sont d'évolution progressive.

\* Un syndrome de Cushing, souvent associé à d'autres signes évocateurs ; obésité facio-trunculaire, hypertension artérielle, vergetures pourpres, etc.

\* Une cause médicamenteuse, comme l'utilisation de cyclosporine, minosi-

dil, glucocorticoides, prise de traitement anabolisant, de testostérone ou  
CHEA, atc

Etiologies tumorales

Redoutées, évoquées en cas d'hyperandrogénie récente, importante et d'évolution rapide

- une tumeur virilisante ovarienne;

- une tumeur surrénalienne,

Objectif thérapeutique

\* Traiter la cause de hyperandrogénie.

» Evaluer l'impact psychologique de l'hyperandrogénie chronique.

\* Traiter les symptômes d'hyperandrogénie, hirsutisme et alopecie principalement, permettant une amélioration de la qualité de vie.

IL A SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION ES-

\* Le traitement de la cause, le plus souvent chirurgical, doit toujours être discuté.

\* S'il ne permet pas toujours la disparition des signes cliniques d'hyperandrogénie et notamment des signes de virilisation, les différents traitements cosmétiques et/ou médicamenteux seront proposés,

\* Le meilleur agent antiandrogène, l'acétate de cyprotérone, a fait l'objet de nouvelles recommandations du fait du risque associé de méningiome qui en limite la prescription surtout chez les femmes post-ménopausées.

212

@@@ 223 @@@

Hyperandrogénie de la femme ménopausée

IL PRESCRIPTIONS B

Ordonnance

Méthodes cosmétiques

Parfois suffisantes en cas d'hirsutisme léger, elles sont proposées systématiquement en accompagnement d'un traitement médical,  
= Méthode épilatoire (épilation à la cire, rasage) ou décoloration.

- \* Méthodes dépilatoires « définitives »
- Epilation électrique :
  - + destruction du bulbe du poil par électrolyse,
  - » adaptée aux petites zones : [écrevisses, mentons, duvet, poils roux ou blancs,
  - » nombre et espacement des séances déterminés par le dermatologue.
- Laser épilatoire :
  - = destruction des follicules pileux par photothermolyse en ciblant la mélanine,
  - » impose une expertise dermatologique,
  - » permet de traiter de larges surfaces,
  - = inefficace sur les poils roux, blanc, gris ou décolorés,
  - » nombre et espacement des séances déterminés par le spécialiste.
- La lumière pulsée :
  - \* [la lumière cible la mélanine et bloque la repousse,
  - » impose une expertise dermatologique,
  - = moins puissants que le laser
- » Cosmétique locale :
  - éflornithine (chlorhydrate) 11,5 % crème - 1 application sur les zones concernées du visage 2 fois/j;
  - topique local qui ralentit la pousse du poil:
  - ne concerne que les petites zones à traiter,

Traitement de l'alopecie

- \* Minoxidil 2 % :
  - = solution pour application sur le cuir chevelu;
  - topique local;
  - une application de 1 mL 2 fois ;
  - une application correspond à 7 pulvérisations, quelle que soit la surface à traiter,

»>

213

@@@ 224 @@@

Hyperandrogénie

- \* Prothèse capillaire.
- » Greffes par implants capillaires.
- Traitement antiandrogénique

En cas d'hirsutisme plus important et de contre-indication absolue & un éventuel traitement chirurgical.

- \* Spiranolactone, 4 la dose de 100 mg/j & maximum 300 mg/j (cp & 25, 50 ou 75 mg) répartis en 2 prises au-delà de 100 mg/j.
- Diurétique épargneur de potassium ayant une action anti-androgénique.
- Contrôle de la pression artérielle.
- = Contrôle du ionogramme sanguin (kaliémie & 10 jours de [la prescription),
- = Prescrit hors AMM mais en accord avec les recommandations de la Société française d'endocrinologie.

\* Acétate de cyprotérone - n'est plus conseillé compte tenu de la balance bénéfice-risque délétère après la ménopause (risque de ménin-  
giame].

#### Information des patientes

Il est utile d'informer les femmes sur

- l'importance du suivi médical régulier en cas de traitement médica-  
mamenteux ;
- l'efficacité est souvent lente imposant des essais d'un minimum  
& mais de la thérapeutique avant d'en envisager une modification.

#### I SURVEILLANCE -

» La surveillance est rapprochée initialement afin d'ajuster le  
traitement.

# L3 consultation permet de vérifier

- la bonne utilisation du traitement prescrit et de l'adapter  
régulièrement ;
- = la parfaite tolérance de la thérapeutique;
- = l'efficacité du traitement sur la pilosité;
- évaluation de la balance bénéfice-risque & chaque consultation du  
traite-  
ment choisi;
- d'associer des traitements cosmétiques locaux par le dermatologue, épi-  
lation laser ou électrique par exemple plus efficaces après quelques mois  
de  
traitement systémique.

214

@@@ 225 @@@

#### Hyperandrogénia

- » Favoriser les ovulations en cas de désir de grossesse.
- » Eviter les conséquences métaboliques et cardiovasculaires associées.

#### B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

- o Eliminer les diagnostics différentiels : dosages de prolactine, de  
17-hydroxy-progestérone, de cortisol plasmatique ou urinaire permettent  
d'éliminer d'autres étiologies aux troubles du cycle et A  
l'hyperandrogénie.
- # Evaluation du risque cardiovasculaire global avec recherche des  
facteurs  
de risque familiaux et personnels.

\* En première intention, mise en place de règles hygiénodietétiques, l'association d'une diététique appropriée à une activité physique régulière permet de diminuer l'insulino-résistance tout en obtenant une réduction pondérale avec nouvelles répartitions des graisses propice à un nouvel équilibre hormonal,

#### [ PRESCRIPTIONS

##### Ordonnance

##### Pour traiter les troubles du cycle

\* Progestérone 200 mg, 1 cp/j, ou dydrogestérone, 2 cp/j, pendant 10 jours.

\* Contraception œstroprogestative si besoin contraceptif (cf. fiche « Contraception œstroprogestative »).

##### Pour traiter l'hyperandrogénie

\* Le blocage ovarien visant à diminuer la production ovarienne d'androgènes peut être obtenu avec ;

- contraception œstroprogestative (cf. fiche « Contraception œstroprogestative »); >

216

@@@ 226 @@@

##### Syndrome des ovaires polykystiques

ou

- acétate de cyprotérone 50 mg, 1 cp/j, + estradiol gel, 1 à 3 # doses de gélifjour, ou patch d'estradiol, 50 µg/j, ou estradiol, 142 µg 1 o] (règles très strictes de prescription voir ordonnance hirsutisme) :  
= réservé aux cas les plus sévères,  
;EH 2<sup>e</sup> intention après une contraception œstroprogestative si inefficace,

» 53 prescription est encadrée par un protocole précis avec - signature par le praticien et la patiente de la note d'information rédigée par FANSM, réalisation préalable d'une IRM cérébrale éliminant un méningiome qui contre-indiquerait la prescription et surveillance standardisée, prescription restreinte dans sa posologie et durée,  
\* 80 3550 Ciation 4 une molécule œstrogénique du fait de son puissant pouvoir antigonadotrope.

» D'autres molécules utilisées à visée anti-androgénique peuvent être utilisées en cas de contre-indications ou inefficacité des thérapeutiques hormonales.

- Spironolactone : à la dose de 100 mg/ & maximum) 300 mg/j 1cp &

25, 50 ou 75 mg) répartis en 2 prises au-delà de 100 mg/j.  
 » Diurétique épargneur de potassium ayant une action anti-androgénique.  
 = Contrôle de la pression artérielle.  
 « Contrôle du ionogramme sanguin (kaliémie 3 10 jours de la prescription).  
 » Prescrit hors AMM mais en accord avec les recommandations de la Société française d'endocrinologie.  
 » Imposer une contraception efficace en cas de vie sexuelle.  
 - Metformine 500 mg 1 cp matin et soir:  
 3 petites doses initialement puis des doses progressivement croissantes si besoin et bonne tolérance notamment digestive;  
 « antidiabétique oral de la famille des biguanides, améliore la sensibilité à l'insuline notamment s'il existe un surpoids ou une obésité;  
 » principalement en cas d'hyperglycémie non corrigée par des règles hygiéno-diététiques, peu efficace sur l'hyperandrogénie.  
 Associer un traitement dermatologique local @ Laser par un dermatologue spécialisé.

-

217

@@@ 227 @@@

## Hyperandrogénie

En cas d'infertilité

- \* Metformine : 500 mg matin et soir.
- Pourrait favoriser l'ovulation et le taux de grossesse.
- A petites doses initialement puis adapter les doses.
- \* Citrate de clomifène 50 mg : 1 cp/j pendant 5 jours.
- A n'utiliser qu'après avoir réalisé un bilan d'infertilité complet féminin et masculin.
- A débuter 3 J2.
- Limité à 3 cycles de traitement.
- » Les autres traitements par gonadotrophines, chirurgie ovarienne et PMA, ne sont pas analysés dans cette ordonnance.

## I SURVEILLANCE M.

Une surveillance clinique régulière permet de s'assurer :

- la correction des troubles du cycle ;
- de l'amélioration des signes d'hyperandrogénie;
- de l'absence d'effets indésirables liés aux traitements ; voir ordonnance contraception estroprogestative, ordonnance hirsutisme;
- = du contrôle du syndrome métabolique et de ses composants;



- du dépistage précoce d'éventuelles pathologies cardiovasculaires,

## I NOTES PERSONNELLES

218

@@@ 228 @@@

Insuffisance ovarienne

219

@@@ 229 @@@

@@@ 230 @@@

Insuffisance ovarienne prématurée

## I RAPPELS

L'insuffisance ovarienne prématurée (IOP) est définie par une aménorrhée primaire ou secondaire ou une hyperménorrhée de plus de 4 mois avant l'âge de 40 ans associée à un hypogonadisme hypergonadotrope biologique sur deux prélèvements espacés d'au moins 4 mois ( $FSH > 25 \text{ UI/L}$ ). Lorsque les étiologies sont connues car latrogènes, il n'est pas nécessaire d'effectuer

un bilan étiologique mais simplement un bilan du retentissement de l'hypogonadisme qui dépend essentiellement du délai depuis le début de l'IOF. En dehors de ce contexte, il est nécessaire de rechercher une étiologie qui

pout être génétique, auto-immune ou idiopathique dans plus de 50 % des cas. L'ordonnance suivante permet de faire un bilan exhaustif de première intention & la recherche d'un diagnostic précis et du retentissement. Les principales conséquences cliniques sont le syndrome climatérique et le syndrome génito-urinaire. Les risques à long terme sont d'ordre osseux

(avec un risque d'ostéoporose fracturaire) et cardiovasculaire (avec une athérosclérose artérielle prématurée).

L'incidence de l'insuffisance ovarienne prématurée (IOF) est de 1 sur 3 200 femmes âgées de moins de 40 ans, 1 sur 1 000 à 30 ans et 1 sur 10 000 à 20 ans. Les femmes atteintes d'IOF ont 3 fois plus de risque accru de mortalité et de

morbidité, notamment sur les plans osseux et cardiovasculaire, il est donc important d'effectuer un diagnostic précis et une prise en charge thérapeutique.

Confirmation | = F5H, LH  
de l'iDP » Estradiol  
® /= AMH  
« Echographie pelvienne (CFA)

Recherche d'une pathologie auto-immune

22

@@@ 231 @@@

Insuffisance ovarienne

Thyreade \*«T5H, T3, T4  
\* Dosage anticorps anti TRC  
» Dosage anticorps antitnyrogioouine  
\* Dosage anticorps antirdcepteur de la TSH

Glycémie, HBAIC

Diabète

Surrénales Articorps antgurnénaliens

Recherche = Canjotype  
d'une origing | \* Recherche prémutation X-Fragile  
génétique \* Génotypage KOP

Bilan du metentssemant

Clazaix = Bilan phosphocalcique de base (250HD, calcémie,  
albuminémie, phospharémie, PTH, Crossdaps)  
\*# Dstéodensitométria

Wasculaire \* Bilan lipidique (cholestérol tatal, HOL, LD cholestérol  
triglycéricles)

# Bilan cardiovasculaire | ECG, échographie cardiaque,  
dopplers artériels voire évaluaton des coronamas

Diagnostic

# || se définit par :

= une aménorrhée primaire ou secondaire ou une spanioménorhée de plus  
de 4 mois avant l'age de 40 ans;

- associée & un hypogonadisme hypergonadotrope biologique sur deusx

prélèvements espacés d'au moins 4 mois (FSH = 25 UI/L).

\* Le taux d'estradiol est bas expliquant l'aménorrhée,

# Le syndrome climatérique avec : bouffées vasomotrices est évocateur d'IOP dans ce contexte, en relation avec la carence estrogénique et le taux de FSH

élevé (en dehors des cas d'aménorrhée primaire),

\* Ses origines peuvent être iatrogènes (chimiothérapie ovario-toxique, radiothérapie pelvienne, chirurgie ovarienne), génétiques [anomalies chromosomiques principalement syndrome de Turner], auto-immunes mais souvent idiopathiques lorsqu'aucune étiologie n'est retrouvée (cf. bilan).

@@@ 232 @@@

## Insuffisance ovarienne prématurée

### Objectif thérapeutique

Substituer la carence hormonale au moins jusqu'à l'âge physiologique de la

ménopause (3<sup>e</sup> moyen en France 51 ans) pour -

- traiter les symptômes du syndrome climatérique et retrouver une meilleure qualité de vie;

- éviter les effets indésirables à moyen et long termes de la carence hormo-

nale :

« déminéralisation osseuse pouvant conduire à une ostéoporose et son risque fracturaire,

+ atrophie vulvo-vaginale et ses répercussions sexuelles et urologiques [SGUM),

» pathologies cardiovasculaires.

### E- PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT -

\* S'assurer de l'absence de contre-indication à la substitution estrogénique :

- examen gynécologique [sauf pour les jeunes filles vierges) avec mise à jour du dépistage cervical si nécessaire;

= examen mammaire complété si besoin d'une imagerie (plus souvent échographie en première intention chez ces femmes jeunes);

- dépistage des facteurs de risque vasculaire : prise de pression artérielle, calcul de l'indice de masse corporelle, migraine avec aura, etc., et dépistage d'éventuelles anomalies associées,

» Vérifier le bilan glucido-lipidique qui peut orienter le choix de la voie d'administration de l'estrogénothérapie.

» Ne pas méconnaître l'éventualité (rare) de reprise d'activité ovarienne lors de la mise en route du traitement substitutif qui impose d'avoir recours plutôt à une contraception œstroprogestative dans certains cas.

I NOTES PERSONNELLES W

233

@@@ 233 @@@

insuffisance ovarienne

I PRESCRIPTIONS B

Le choix se fait entre un traitement substitutif associant un estrogène naturel et une molécule progestative naturelle [progestérone ou nœtroprogestérone] ou une contraception œstroprogestative en fonction de l'âge de la patiente, ses éventuelles pathologies associées, son souhait de contraception.

Ordonnance

Traitement hormonal substitutif

Il associe -

- estradiol :

= per os (1 & 2 mg/j),

= par gel (1 2 2 doses/j), par patch 50 microg/j {si facteur de risque vasculaire ou métabolique),

\* du 1<sup>er</sup> au 2<sup>e</sup> jour du mois ou en continu;

- progestérone :

\* progestérone naturelle à 200 mg/j),

« dydrogestérone : 20 mg/j;

o du 12 au 25<sup>e</sup> jour du mois ou du 1<sup>er</sup> au 25<sup>e</sup> jour du mois ou en continu;

- association œstroprogestative prête à l'emploi par voie orale en l'absence de contre-indications métaboliques ou vasculaires,

ou

(selon le choix de la patiente, l'écologie de l'OF en l'absence de contre-indications)

Contraception œstroprogestative

\* Pilule contenant EE 20 ou 30 µg et 100 ou 150 µg de lévonorgestrel, & prendre 3 semaines sur 4 en l'absence de comprimés placebo,

\* Filule contenant EE 35 µg et de 180 à 250 µg de norgestimate (7 formules : mono- ou biphase).

\* En cas de mauvaise tolérance discuter les autres alternatives de COP

@@@ 234 @@@

Insuffisance ovarienne précoce

# I SURVEILLANCE

La surveillance se porte sur plusieurs axes.

# Tolérance -

- tolérance clinique du traitement ;

« mesure de la pression artérielle, du poids, et calcul de l'IMC,

» dépister les signes de sous-dosage AU niveau wilvo-vaginal lors de  
examen pelvien (si réalisable),

« dépister les signes de surdosage ; douleurs mammaires ou pelviennes,  
saignements anormaux,

« dépister l'apparition de pathologies mammaires,

« appréciation de "état veineux";

- tolérance biologique en cas de traitement par voie orale ;

« glycémie,

« cholestérol (fractions HDL et LDL & risque personnel ou familial de  
dyslipidémie),

« triglycérides.

» Efficacité :

- sur le syndrome dimatériel;

- sur la trophicité vulvo-vaginale et la sexualité;

- sur les paramètres osseux - suivi par ostéodensitométries espacées au  
moins de 2 ans.

IS NOTES PERSONNELLES M

@@@ 235 @@@

Insuffisance ovarienne

T T T T TR T e T e T e e e e e T R e T T T T TR T P e T T T TR T T T TR  
TR T R TR AT TR T o]

.

@@@ 236 @@@

Syndrome de Turner

# I RAPPELS

Le syndrome de Turner correspond à une anomalie génétique où un des chromosomes X est totalement ou partiellement manquant. Il est rare touchant 1/2 500 nouveau-nés de sexe féminin. Il associe principalement, de façon très variable, un retard statural et une insuffisance ovarienne prématurationnelle (IOF). L'âge moyen au diagnostic est de 8 ans mais le ST peut être découvert dans de très nombreuses circonstances depuis un diagnostic anténatal jusqu'au bilan d'une infertilité par 10P".

## Diagnostic

Le diagnostic est posé sur une étude du caryotype qui retrouve une monosomie 45X dans près de la moitié des cas ou des formes mosaïques (45,548 KX, etc). La recherche de matériel chromosomique Y est essentielle à la prise en charge thérapeutique.

\* Les circonstances devant faire évoquer le diagnostic de syndrome de Turner sont nombreuses ;

- en anténatal : des signes échographiques tels que nuchale épaisse, hygrome kystique, coarctation aortique, anomalies cardiaques ou rénales, etc.;

- à la naissance : anomalies orbito-palpébrales, nuchale épaisse, micrognathie, palais ogival, etc.;

- dans l'enfance : retard de croissance, anomalies dentaires, implantation basse des cheveux, cou court, surdité, etc.;

= et à l'adolescence : aménorrhée primaire avec impuberté due à l'hypogonadisme hypogonadotrope (IOF);

- et à l'âge adulte : troubles du cycle (de la polyménorrhée à l'aménorrhée secondaire), infertilité par diminution de la réserve ovarienne.

\* Le ST peut être associé à d'autres pathologies qu'il faut savoir dépister, prendre en charge et surveiller :

= pathologies endocriniennes - thyroïdite auto-immune, diabète de type 1 ou 2, surpoids, etc.;

- anomalies ou pathologies cardiovasculaires : coarctation aortique ou autres malformations cardiaques, HTA, dilatation aortique, etc.;

1. FNDE Syndrome de Turner 2021, Centre de référence des maladies endocriniennes rares de la croissance et du développement (<http://formercaphp.fri.fr>).

@@@ 237 @@@

Insuffisance ovarienne

- anomalies rénales : rein ectopique ou en fer & cheval ou unique, duplication, hydrodysplasie, etc.;
- anomalies hépatiques : cytolyse, maladie coeliaque, maladies inflammatoires type MICH
- anomalies dermatologiques : naevus, lymphoedème, vitiligo, etc ;
- anomalies neuropsychologiques plus rarement : retard d'apprentissage, déficits cognitifs, immaturité psychologique, etc

Objectifs thérapeutiques

Les objectifs thérapeutiques dépendent de l'âge au diagnostic,

# Découvert dans l'enfance :

- prise en charge du retard statural constitue l'objectif majeur;
- prise en charge psychologique si nécessaire.

\* Découvert à l'adolescence

- induire le développement pubertaire;
- déclencher des règles;
- substituer la carence hormonale par une association œstroprogestative ;
- en cas de puberté spontanée, discuter une préservation de la fertilité.

\* Découvert à l'âge adulte : compenser la carence hormonale par une association œstroprogestative.

# Encadrer un potentiel projet de grossesse - parfois spontanée ou dans le cadre d'une PMA avec don d'ovocytes en s'assurant de l'absence de contre-indication cardiovasculaire +++.

® L3 prise en charge des possibles pathologies associées ne sera pas détaillée ici.

B A SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION

# l'annonce du diagnostic est toujours délicate et doit être adaptée à l'âge de découverte et au contexte.

® La prise en charge initiale et le suivi doivent s'effectuer en centre expert  
avec des approches multidisciplinaires,

\* | & rdle du pédiatre, généraliste ou gynécologue, selon l'âge au diagnostic,  
ne doit pas être négligé en association avec le centre de référence.

\* Si une grossesse survient spontanément (7 % des cas) ou après PMA, elle impose un suivi très rigoureux en particulier en raison des risques cardiovasculaires.

]

@@@ 238 @@@

Syndrome de Turner

I PRESCRIPTIONS

Mous ne détaillerons que la prise en charge gonadique du 5T.

Ordonnances

En cas de découverte durant l'enfance

Traitement par hormone de croissance

- g&s que la taille est = -2 DS
- ingéreur en milieu hospitalier;
- poursuivi jusqu'à la fin de la puberté quand la croissance est < 2 cm/an.,

En cas de découverte à l'adolescence

Induction pubertaire

» De petites doses d'estrogènes permettent de provoquer un développement mammaire :

# 17-f-estradiol per os 3 la dose de 5 pg/kg/), augmentée de 5 pg/kg/ tous les 6 & 12 mois pour atteindre progressivement la posologie de 1 2 2mg/):

OU (en cas de contre-indication à la voie orale)

- 1/8\* de patch dosé à 25 pg augmente progressivement de M de patch tous les 6 & 12 mois jusqu'à la posologie de 50 3 100 pg/j'.

La prescription de gel à base d'estradiol est plus compliquée en pratique pour l'initiation mais reste une bonne option une fois la posologie adulte

atteinte (relais possible avec 1 & 2 doses de gel).

\* Une fois le développement mammaire achevé, habituellement après 2ans:

- introduction de progestérone naturelle 200 mg : 1 gélule/jour;
- ou dydrogestérone : 2 cp/j au moins 10 & 12 jours/mais permet d'induire des règles.

Traitement post-induction de la puberté

Un relais par traitement hormonal substitutif ou une contraception mestrom-



progestative peut par la suite être proposé au Cas par cas :  
- astradiol naturel, par voie orale à la dose de 14 2 mg/, + proges-

térone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cp/j;  
pendant 23 jours/mois; =

1. La dose initiale dépend du poids de la patiente :  
- si poids < 40 kg; 2 cp de patch si  
poids 40-55 kg; 1 cp de patch si poids > 55 kg.

229

@@@ 239 @@@

insuffisance ovarienne

○  
Hh'adiulgll 1 à 2 doses de gélule/jour, ou  
naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou  
2 cp/j; pendant 23 jours/mois.

En cas de découverte à l'âge adulte

\* Traitement hormonal substitutif (THS) : cf. ordonnance ci-dessus.

\* Discuter la mise en route d'une contraception efficace en cas de cycles  
spontanés, en l'absence de contre-indication et selon les bonnes règles

de prescription : EE 20 ou 30 µg + lévonorgestrel 100 ou 150 µg, 1 cp  
pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp  
placebo; à débuter dès que possible en s'assurant de l'absence de gros-

sesse 5 rapports sexuels,

Prise en charge des grossesses

\* Bilan préconceptionnel cardiaque avant d'autoriser la grossesse.

\* En l'absence d'IOP, une grossesse spontanée est possible.

\* En cas d'IOP, le recours à la PMA avec don d'ovocytes peut être pro-  
posé.

\* Surveillance très rapprochée.

Information des patientes

Il est utile d'informer les parents ou/et la patiente selon l'âge au  
diagnostic:  
tic:

- du risque de retard statural;

- du risque de retard pubertaire;

- de la fertilité ultérieure;
- = de la nécessité d'un suivi pluridisciplinaire à vie.

#### I SURVEILLANCE B

» La surveillance, 1 à 3 fois/an, est assurée par un centre de référence en association avec le pédiatre, généraliste et/ou gynécologue.

s La consultation permet de vérifier :

- la bonne utilisation du traitement prescrit et de l'adapter régulièrement;
- = la parfaite tolérance de la thérapeutique;

230

@@@ 240 @@@

#### Syndrome de Turner

= le dépistage et traitement des potentielles pathologies associées, en particulier suivi pondéral, tensionnel, cardiaque, etc;

= le bilan sanguin : métabolique, hormonal, rénal, hépatique;

- la nécessité d'une prise en charge psychologique en fonction de chaque femme;

- l'encadrement d'un projet de grossesse si elle est souhaitée.

#### I NOTES PERSONNELLES

@@@ 241 @@@

#### Insuffisance ovarienne

@@@ 242 @@@

#### Ménopause

233

@@@ 243 @@@

@@@ 244 @@@

## Définitions et traitements

### Périménopause – Ménopause

#### I RAPPELS B

La ménopause correspond à l'épuisement de la réserve ovarienne folliculaire à un âge physiologique (âge moyen 51 ans). Elle se caractérise par un arrêt des cycles menstruels et des possibilités de procréation. La périménopause est la période qui encadre la ménopause, dès que débutent les troubles du cycle menstruel, et qui comprend l'année qui suit les dernières menstruations,

#### Périménopause

- \* Précède la ménopause,

- » Début dès que commencent les troubles du cycle.

- \* En moyenne vers 47 ans et dure en moyenne 3-4 ans.

- » Associée des périodes d'hypoestrogénie et des périodes d'hyperestrogénie souvent relative du fait des cycles anovulatoires.

- \* Dosages hormonaux inutiles car ininterprétables : grandes fluctuations hormonales.

- \* Un test au progestatif positif, parfois répété sur 3 mois, permet d'exclure une ménopause si l'arrêt est suivi d'un saignement,

- \* risque de grossesse persistant mais faible ; contraception nécessaire en cas d'activité sexuelle,

#### Ménopause naturelle

- \* Diagnostic clinique dans la majorité des cas :

- établi après une aménorrhée de 12 mois à un âge compatible, âge moyen en France 51 ans;

- souvent associé & un syndrome climatérique d'intensité variable
- diagnostic rétrospectif porté a posteriori;
- âge non prévisible et non modifiable : seuls facteurs retrouvés comme pouvant interférer : l'âge de la ménopause dans la famille et le tabagisme
- qui avance en moyenne de 2 ans la survenue de la ménopause.

235

@@@ 245 @@@

## Menopausa

» Diagnostic biologique :

- uniquement en cas d'antécédent d'hystérectomie interannexielle ou d'endométriectomie;
- = inutile dans tous les autres cas;
- gonadotrophines élevées (FSH > 40 UI/L) et estradiol effondré (< 20 pg/ml).
- \* Diagnostic plus difficile lorsque la patiente utilise une contraception hormonale :
- l'objectif étant de la remplacer par une contraception par préservatifs
- dosages hormonaux et échographie pelvienne non utiles.

## Ménopause chirurgicale et/ou iatrogène

o Après ovariectomie bilatérale,

\* Après radiothérapie pelvienne ou chimiothérapie gonadotoxique.

\* En cours de chimiothérapie :

- une aménorrhée temporaire peut survenir;
- le diagnostic de ménopause est délicat en raison de la reprise possible, avec un délai variable, de la fonction ovarienne en fonction des molécules utilisées,

## Ménopause anticipée

# Entre 40 et 45 ans.

# A distinguer de l'insuffisance ovarienne prématurée (IOP) avant 40 ans (cf. fiche « Insuffisance ovarienne prématurée »).

## Ménopause tardive

® Après 55 ans.

® Azencide d un risque accru de cancers hormonodépendants @ sein, endo-  
mètre an particulier.

Conséquences de la périménopause

» Grandes fluctuations hormanales avec alternance imprévisible de symg-  
tèmes en rapport avec des phases -

- d'hyperestrogénie : mastodynies, douleurs pelviennes, céphalées,  
troubles  
du cycle, anomalies des règles avec métra-ménorragies, nervasita,  
imtabilite,  
etc.;

- d'hypoestrogénie : aménorrhée, bouffées vasomatrices (BVM mais en lien  
avec l'augmentation de la F5H), susurs nocturnes, troubles du sommeil ou  
de 'humeur, perte de la libido, sécheresse vaginale, etc.

236

@@@ 246 @@@

Périménopause – Ménopause

» Attention au rnisque de grossesse persistant : ovulations anarchiques  
et  
INCEINEes.

Conséquences de la carence hormonale de la ménopause

\* A court terme : syndrome climatérique associant BYM diurnes et noc-  
turnes d'intensité et fréquence vanables, asthénie, douleurs  
articulaires,  
troubles du sommeil et de M'humeur, troubles de la libido.

\* A moyen terme :

- syndrome génito-urinaire (cf. fiche « Syndrame génito-urinaire de la  
ména-  
pause o},

- prise de poids ou plutdt modification de la répartition des graisses et  
perte  
musculaire;

- sécheresse cutanée par diminution du collagène.

\* A long terme ;

= OSECTORise ;

- augmentation du risque cardicvasculaire (effet 3ge);

- augmentation des risques carcinologiques plus liés à l'âge qu'à la ménopause.

Première consultation de ménopause

\* Interrogatoire :

- antécédents personnels et thérapeutiques utilisés;
- antécédents familiaux : veineux, artériels, carcinologiques;
- symptomatologie clinique ; physique et psychologique;
- recherche de facteurs de risque cliniques ; cardiovasculaire, carcinologique,

d'ostéoporose

- mode de vie : tabac ou autres toxiques, alimentation, activité profession-

nelle, activité physique, sexualité,

» Examen clinique :

- complet avec prise de la pression artérielle, du poids avec calcul de l'IMC;
- entretien avec mise à jour du dépistage du cancer du col de l'utérus selon les recommandations;

= Mammaire,

\* Examens complémentaires :

- biologiques :  
« recherche de facteurs de risque vasculaire ; glycémie, bilan lipidique,  
« recherche de thrombophilie si non réalisé avant ; en cas d'antécédent personnel ou familial ;

237

@@@ 247 @@@

Menopause

- radiologiques :  
= mammuographie éventuellement complétée d'une échographie en cas d'anomalie d'origine ou dans le cadre du dépistage selon les recommandations (tous les 2 ans en l'absence d'antécédent familial au 1<sup>er</sup> degré),  
» mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par absorptiométrie biphotonique A discuter en cas de facteurs de risque d'ostéoporose.

Information des patientes | l'issue de cette consultation

Il est utile d'informer les femmes sur

- les conséquences de la ménopause tout en dédramatisant cette période de |3 vie souvent mal vécue par les femmes;

- les possibilités thérapeutiques, leurs risques et bénéfices (cf. fiche « Trai-  
tements hormonaux de la ménopause »);

- l'importance de l'hygiène de vie associée avec diététique appropriée et activité physique suffisante;

~ évaluation de la balance bénéfices-risques d'un THM & l'est envisagé en l'absence de contre-indication et si la patiente opte pour cette prise en charge.

Objectif thérapeutique

- \* Pré-ménopause ;

- corriger et/ou compenser les fluctuations hormonales;

- maintenir une contraception efficace en cas d'activité sexuelle.

- \* Ménopause :

- corriger la carence œstrogénique et ses conséquences;

- éviter la déminéralisation osseuse physiologique post-ménopausique ou la ralentir;

- maintenir un bon état général : physique et psychique.

IL A SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION

- \* Évaluer le statut hormonal de la femme pour ne pas débuter trop tôt un THM.

- # Un THM est indiqué chez les femmes symptomatiques (SYM) et/ou à risque d'ostéoporose.

Savoir évaluer la balance bénéfices-risques d'un THM pour chaque femme.  
= Ne pas débuter un THM trop tard © pas après 60 ans ou après 10 années de ménopause.

238

@@@ 248 @@@

Périménopause – Ménopause

I PRESCRIPTIONS

## Ordonnance

### Périménopause

» Pour apprécier si une sécrétion oestrogénique endogène persistante, faire un test à la progestérone ;

200 mg, 1 o). *audjflngrflfinmzcpfipenchnt*

10 jours : l'apparition de règles, pendant ou après l'arrêt, témoigne d'une imprégnation oestrogénique endogène ;

- éventuellement répété sur 3 mois consécutifs du fait des fluctuations hormonales inhérentes à cette période

» Si règles reprennent du 16<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle,

» 5 pas de règles reprennent aux mêmes dates que le mois précédent pendant 10 jours.

® Pour assurer la contraception

- contraception locale par préservatifs;

= contraception locale par spermicides dont l'efficacité paraît être satisfaisante à cette période;

= Contraception intra-utérine au cuivre avec cependant un risque d'anémie et en raison des troubles du cycle et ménorragies fréquents à cette période;

- contraception oestroprogestative : le plus souvent contre-indiquée du fait de la fréquence des facteurs de risque vasculaire dans cette période;

- contraception progestative, orale ou intra-utérine, possible si bien tolérée et autorisée jusqu'à la ménopause.

® Pour soulager un syndrome climatérique débutant :

- éviter la prescription trop précoce des oestrogènes qui induirait une hyperoestrogénie.

### Ménopause

\* Pour traiter la carence hormonale, traitement hormonal de la ménopause (cf fiche « Traitement hormonal de la ménopause »), on résume -

- estradiol gel, 1 à 2 doses de gel/jour, ou patch d'estradiol 50 µg/j pendant 25 jours/mois + progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/j,

et cpd au moins 12 jours/mois;

>

239

@@@ 249 @@@

### Ménopausa

o

- estradiol naturel, par voie orale à la dose de 1 à 2 mg/j pendant 25 jours/mois, + progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone 2 cp/j au moins 12 jours/mois;



- préparation orale combinant les deux molécules.
- \* Pour prévenir ou traiter le SGUM - voir fiche « Syndrome génito-urinaire de la ménopause ».
- » Pour soulager un syndrome climatérique en cas de refus, intolérance ou contre-indication aux estrogènes
- = voir fiche « Prise en charge non hormonale des BVM »;
- pour traiter une ostéoporose : prise en charge spécifique non détaillée ici.

#### I SURVEILLANCE M

- \* La consultation permet de vérifier :
  - = la bonne utilisation du traitement prescrit;
  - la parfaite tolérance de la thérapeutique;
  - = l'apparition de nouveaux symptômes gynécologiques ou d'autres organes pouvant contre-indiquer l'utilisation d'une molécule estrogénique ou de la progestérone,
- \* La consultation permet d'adapter le traitement avec le temps, de réévaluer
- a chaque consultation de surveillance la balance bénéfices-risques.

#### I NOTES PERSONNELLES —

240

@@@ 250 @@@

#### Traitement hormonal

de la ménopause (THM)

#### I RAPPELS R

Le traitement hormonal de la ménopause (THM) permet de compenser la carence estrogénique de la ménopause et ses conséquences. Il constitue le traitement le plus efficace des symptômes du syndrome climatérique et en particulier des bouffées vasomotrices associées ou non à des sueurs nocturnes altérant de façon importante la qualité de vie des femmes. Par ailleurs, il constitue un excellent traitement de prévention de l'ostéoporose post-ménopausique. Chez les femmes non hystérectomisées, l'association à une molécule progestative est indispensable pour éviter le risque endométrial d'une estrogénothérapie (hypertrophie endométriale entraînant une hyperplasie de l'endomètre avec ou sans atypie et un cancer de l'endomètre à long terme).

## Notions essentielles concernant le THM

Le THM :

- n'est envisagé chez les femmes
- « « totalement » ménopausées (cf fiche « Pénménopause et ménopause »),
- « sans contre-indication ni aux œstrogènes ni aux molécules progestatives,
- « souffrant d'un syndrome climatérique invalidant et/ou à risque majeur de fractures d'ostéoporotiques,
- « acceptant de suivre le THM et la surveillance inhérente;
- fait suite à l'évaluation individuelle de la balance bénéfices-risques :
- » propre à chaque femme,
- » qui peut changer à chaque consultation;;
- doit être initié dans les années qui suivent l'installation de la ménopause
- et pas au-delà d'un délai de 10 ans et avant 60 ans;
- doit être réévalué régulièrement et modifié si besoin;
- la durée et sa prolongation doivent être évaluées chaque année en fonction de la balance bénéfices-risques;
- associée à l'œstrogène une molécule de progestérone ou de dydrogestanone à doses suffisantes et sur une séquence prolongée pour contrebalancer l'impact de l'œstrogénothérapie sur l'endomètre;
- ne comporte qu'un œstrogène seul chez les femmes hystérectomisées (en dehors de l'endométriose);

241

@@@ 251 @@@

## Menopausa

= ne doit pas induire d'effets indésirables qui nécessitent alors :

« 50it un ajustement thérapeutique,

= 50t son interruption

- protège de certains risques carcinologiques (colique, hépatique, pancréatique, tc.), mais peut néanmoins « favoriser » d'autres, notamment mammaires mais pour de longues durées d'utilisation et dépendant du type de molécule associée à l'œstradiol;
- peut être à l'origine de pathologies vasculaires en fonction des molécules utilisées, de leur voie d'administration et de la durée du THM.

## Objectif thérapeutique

Il est indiqué pour :

- soulager les symptômes du syndrome climatérique, principalement bouffées vasomotrices diurnes et nocturnes, mais aussi les autres symptômes d'hypoestrogénie (cf. Annexes);

- éviter la perte osseuse accélérée de la ménopause en cas de risque  
important de fractures ostéoporotiques;

- favoriser une bonne trophicité cutanée.

#### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

# Eliminer toute contre-indication :

- antécédent personnel de cancers ou pathologies hormonodépendants  
sein, endomètre, lupus systémique généralisé, méningiome, etc.;

- antécédent personnel de pathologies artérielles : infarctus du  
myocarde,  
coronariopathie, AVC;

- contrôle mammaire : examen clinique, mise à jour des mammographies de  
dépistage;

- contrôle pelvien - examen clinique, échographie pelvienne au moindre  
doute;

- pathologies thromboemboliques : certains antécédents thromboembo-  
liques ou certains cas de thrombophilies biologiques (& discuter en RCF);

- certains antécédents familiaux thromboemboliques ou cardiovasculaires  
imposent des examens supplémentaires.

# Evaluer les facteurs de risque cardiovasculaire qui peuvent imposer  
des  
choix en termes de prescription : en l'absence de contre-indication au  
THM,  
la voie d'administration des œstrogènes dépend de l'existence ou non de  
facteurs de risque vasculaires :

- aucun facteur de risque : toutes les voies d'administration des  
œstrogènes  
sont autorisées : orale ou cutanée ;

242

@@@ 252 @@@

#### Traitement hormonal de la ménopause (THM)

- en cas de facteur de risque ne contre-indiquant pas formellement le THM  
:  
les œstrogènes par voie transdermique (gel ou patch) sont à privilégier.

» Evaluer le risque osseux, notamment en cas de facteurs de risque  
person-  
nel ou familial,

» Exposer les bénéfices mais aussi les risques potentiels du THM et les symptômes qui doivent faire consulter.

L PRESCRIPTIONS .

Ordonnance

Patiente hystérectomisée

Estrogénothérapie seule.

5'il existe un ou des facteurs de risque vasculaire

\* Estradiol gel percutané :

- une dose de ( ), 520,75 mg/;
- & appliquer sur une large surface de l'abdomen et/ou face interne des cuisses et/ou face interne des avant-bras (jamais près des seins);
- et laisser sécher;
- en continu ou du 1<sup>er</sup> au 2<sup>e</sup> jour du mois;
- augmenter en fonction de la persistance des symptômes.

ou

» Patch de 17- $\beta$ -estradiol délivrant 25, 37,5, 50, 75 ou 100 microg/24 h oral ;

- coller un patch sur une surface sèche lisse et plane & changer 1 ou 2 fois/semaine selon le type de patch;
- débuter avec la posologie la plus faible : 25 microg/24 h;
- en continu ou du 1<sup>er</sup> au 25<sup>e</sup> jour du mois;
- augmenter le dosage du patch en cas de persistance de symptômes.

5'il n'y a pas de facteur de risque, le choix de la voie orale est également possible

\* 17- $\beta$ -estradiol 1 ou 2 mg :

- 1 cp/j;
- débuter par 1 mg;
- en continu ou du 1<sup>er</sup> au 25<sup>e</sup> jour du mois;
- augmenter à 2 mg en cas de persistance de symptômes vasomoteurs.

=

243

@@@ 253 @@@

Menopause

Patiente non hystérectomisée

Ajout obligatoire d'une molécule de progestérone (3 posologie et durée suffisantes).

\* Traitement combiné : estradiol [voir ci-dessus] + molécule de progestérone (ci-dessous).

- Progestérone naturelle micronisée 200 mg :
  - « 1 ep/] oral ou vaginal
  - + le soir au coucher;
  - = en association tous les jours & l'estrogène ou en séquence d'au moins 12 jours du 12 au 25 jour du mois.
  - ou
  - Dydrogestérone 10 mg :
    - . E`q}l`];
    - » en association tous les jours a l'estrogène ou en séquence o'au moins 12 jours du 12<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du mois.
    - \* Association œstroprogestative prête & l'emploi (of. Annexes « Les traitements hormonaux de la ménopause »),

#### N SURVEILLANCE B

Première consultation après 3 mois de THM

Elle permet :

- de s'assurer de la bonne utilisation du traitement |
- de la bonne tolérance ; poids, pression artérielle, signes de sur- ou de sous-dosage thérapeutique (of. Annexes « Tolérance du traitement hormonal de la ménopause »);
- d'ajuster le traitement selon la symptomatologie :
  - + augmenter les estrogènes en cas de persistance de symptômes de climatère : bouffées vasomotrices principalement,
  - « diminuer les doses d'estrogènes en cas de signes de surdosage : douleurs mammaires principalement,
  - « modifier la séquence progestative en cas de saignements intempestifs (après avoir éliminé une pathologie organique),

244

@@@ 254 @@@

Traitement hormonal de la ménopause (THM)

Surveillance semestrielle puis annuelle par la suite

Elle permet :

- de s'assurer de la poursuite de la bonne conduite du THM et de la motivation de la femme à le poursuivre;
- de la bonne tolérance : poids, pression artérielle, signes de sur- ou de sous-dosage thérapeutique;
- d'ajuster le traitement selon la symptomatologie (voir plus haut);
- de dépister l'apparition d'un effet indésirable ou d'une contre-indication & la poursuite du THM;
- de mettre à jour le dépistage du cancer du col utérin selon les recommandations en vigueur;
- d'effectuer un examen clinique pelvien & mammaire;

- de même de mettre à jour le dépistage du cancer du sein;
- de réévaluer la balance bénéfices-risques;
- d'insister sur l'importance de l'association & une hygiène de vie associant
- diététique appropriée et activité physique;
- d'interrompre le THM :
- « à tout moment si la patiente le souhaite ou si apparaît une contre-indication ou si la balance bénéfices-risques n'est plus favorable,
- « à discuter avec la femme après 5 ans de traitement.

IS NOTES PERSONNELLES I

245

@@@ 255 @@@

Ménopause

T T T T TR T e T e T e e e e e T R e T T T T TR T P e T T T TR T T T TR  
TR T R TR AT TR T o]

246

@@@ 256 @@@

Bouffées vasomotrices :  
prise en charge non hormonale

I RAPPELS N

Les bouffées vasomotrices (BVM), qui associent à divers degrés les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes, font partie des symptômes les plus invalidants décrits à la ménopause. Principaux symptômes du syndrome climatérique, elles affectent environ 80 % des femmes. Le traitement le plus efficace est indéniablement l'estrogénothérapie mais les estrogènes ne peuvent pas être utilisés en cas de contre-indication. D'autre part, de plus en plus de femmes ne souhaitent pas recourir à des traitements hormonaux par peur des effets indésirables potentiels. De nombreuses alternatives sont proposées avec une efficacité variable.

Diagnostic

Les BVM se présentent de façon variable selon les femmes :

- variabilité dans le début des symptômes qui peuvent débuter dis la piéri-  
méénopause ou coïncider avec l'arrvée ge la ménopaus;

- variabilité des symptomes : ces ondes de chabeur intenses de 1 4 4 minutes  
peuvent s'accompagner de rougeur &t susurs;

= variabilité de leur fréquence et timing ; parfois rares et uniquement diurnes,  
elles peuvent aussi survanic de façon très répétée et égalemant la nuit sous  
forme de sueurs noctumes parfois profuses;

- variabilité de 'intensité : 25 % des femmes les rendent resporsables d'une  
réelle dégradation de leur qualité de vie et de troubles du sommeil;

= variabilité de la durée : elles peuvent durer des années, voine des dizaines  
d'années... en moyenne 7.8 ans;

- variabilité selon les factowrs de risque : chaleur ambiante, anxiatg, facteurs  
psychalogiques et sociooculturels, méénopause chirurgicale, tabagisme, etc

Le diagnostic ast le plus souvent évident lorsque les femmes décrivent des  
symptomes caractéristiques, La physiopathologie est complaxe et non tota-  
lement &lucidée. Il semble exister une diminution de M'amplitude de la zone  
de « neutralité thermique » avec sugmentation de la température centrals,  
influgncée par la complaxité des systèmes contralant la système  
hypothala-  
mo-hypophyseire (système KNDy, PACAR sto),

Il est cependant important de savoir évoquer des diagnaostics  
différentiels  
en cas de boufiées vasomotrices atypiques

247

@@@ 257 @@@

Menopausa

Objectit thérapeutique

» Rétablir une bonne qualité de vie en soulageant les fernmes tout en évitant  
toute iatragénie.

» Dans le cadre de la prise en charge des BWM, l'effet placebo est un élément  
essentiel 3 prendre en compte

- avec una diminution de la fréquence et de lintensité des BVM autour de

25%; pour 10 % des femmes, cette amélioration peut être de 75 % ou plus;  
- diverses modalités de prise en charge peuvent être proposées  
alternativ-  
ment même si certaines ne sont pas validées scientifiquement, en "absence  
de risque iatrogène.

#### [ PRESCRIPTIONS B

##### Alternatives pharmacologiques médicamenteuses

\* Diverses molécules utilisées dans d'autres spécialités ont un effet posi-  
tif significatif validé pour la prise en charge des BVM. Elles sont  
cependant  
alors prescrites hors AMM et imposent le plus souvent une discussion  
pluridisciplinaire. La femme doit en être également informée ainsi que  
des effets indésirables possibles en rapport avec leur prescription  
tableau 1.

\* L'homéopathie, les oméga 3 et la bêta-alanine n'ont pas fait la preuve  
de leur efficacité mais peuvent être utilisés avec succès chez certaines  
femmes du fait de l'absence d'effet indésirable important.

##### Alternatives par compléments alimentaires

La génistéine, à des doses > 30 mg/j, diminue significativement la fré-  
quence et la sévérité des BVM, L'efficacité des extraits d'isoflavones et  
des extraits de pollen est diversement appréciée dans les essais et ne  
permet pas de conclure à une efficacité validée. Cependant, compte tenu  
de l'effet placebo majeur en termes de thérapeutique des BVM, certaines  
femmes pourront en bénéficier et en être satisfaites.

Les autres phytoestrogènes n'ont pas d'efficacité prouvée scientifiquement  
et pour certaines ont des effets indésirables qui doivent en déconseiller  
l'utilisation : black cohosh et certaines herbes médicinales chinoises.

248

@@@ 258 @@@

Bouffées vasomotrices à prise en charge non hormonale

Tableau 1 - Principales alternatives pharmacologiques.

[¥ T

ISR

T

Farxisting | chmiinutesn fréquence raunkies vertiges somnolence

| atintensita BWM

Citalopram diminution fréquence sécheresse buccale,

| et intensité BWM transpiration anormale

Flucxétine efficacité non démontrée

IRSM

Vanlafaxine | diminution fréquence nausées, constipation,



et intensité ByYM insomnie  
 Gabapentine | diminution fréquence augmentation appétit, prise  
 et intensité By de poids  
 Prégabaline diminution fréquence et prise de poids, troubles  
 intensité BWh (1 seul essai) | cognitifs, somnolence  
 Clonidine diminution fréquence chute de la pression artérielle,  
 et intensité BYM somnolence, constipation  
 Cwybutinine | diminution fréquence et sécheresse buccale, insomnie,  
 | intensité BWM (1 seul essai) | diarrhée, dyspepsie

ISRS : inhibiteurs sélectifs recapture de la sérotonine; IRSM :  
 inhibiteurs sélectifs  
 de la sérotonine et de la noradrénaline.

#### Alternatives non pharmacologiques

De nombreuses alternatives non pharmacologiques ont fait l'objet d'essais randomisés permettant de distinguer celles qui ont fait preuve de leur efficacité versus placebo et celles sans efficacité prouvée mais pouvant être proposées aux femmes en l'absence d'effet néfaste. Le tableau 2 résume l'efficacité de ces alternatives. &

24

@@@ 259 @@@

#### Ménopause

Tableau 2 - Principales alternatives non pharmacologiques.

#### Hypnose

diminution fréquence et intensité BWM  
 Yoga diminution fréquence et intensité BYM  
 Exercice physique efficacité non démontrée  
 Thkq\_ninmnwflufihmphn diminution sévérité BV  
 conscience  
 Relaxation efficacité non démontrée  
 Réflexologie efficacité non démontrée

#### IS NOTES PERSONNELLES

@@@ 260 @@@

Bouffées vasomotrices :  
 prise en charge en cas de cancer  
 du sein

La gestion des bouffées vasomotrices (BYM) en cas de cancer du sein répond à des restrictions supplémentaires par rapport à ce qui a été détaillé dans l'ordonnance précédente. En effet, toute molécule hormonale au avec un effet oestrogène-like est formellement contre-indiquée et cela de façon définitive. De plus, en cas de traitement par tamoxifène, des contraintes existent en plus du fait d'interactions médicamenteuses potentiellement délétères. Connaître ces limites est fondamental & autant plus que les femmes atteintes de cancer du sein ont des BYM souvent invalidantes.

Particularités des BYM en cas de cancer du sein

\* Les BYM en cas de cancer du sein peuvent être plus gênantes pour plusieurs raisons :

= le traitement du cancer peut induire une carence oestrogénique plus brutale et plus profonde;

- certains traitements adjuvants accentuent le syndrome climatérique avec des BYM plus fréquentes, plus sévères et plus prolongées dans la durée.

\* Plus de 80 % des femmes utilisant un traitement adjuvant anti-oestrogénique se plaignent de BYM. Elles sont parfois ressenties comme tellement invalidantes que 20 % d'entre elles pourraient renoncer à leur thérapie hormonale.

Alternatives au THM contre-indiquées du fait de leur action oestrogène-like

Les phytoestrogènes ci-après, incluant isoflavones et autres dérivés, sont formellement contre-indiqués en cas de cancer du sein (cf. Tableau) :

- dérivés du soja;

- millepertuis;

- black-cohosh;

= graines de lin;

- luzerne;

= kudzu;

- gaillet;

- diosma, etc.

@@@ 261 @@@

## Menopause

Spécificités en cas de traitement par tamoxifène

Le tamoxifène, utilisé comme traitement adjuvant chez les femmes non ménopausées, impose une vigilance supplémentaire.

Son métabolisme met en jeu la voie du cytochrome P450 (CYP2D6). Certaines des molécules pharmacologiques agissent comme inhibiteur compétitif réduisant l'efficacité de l'hormonothérapie (Tableau).

Importance de l'effet placebo

En matière de gestion des BVM, l'effet placebo est essentiel. Aussi, toutes

les alternatives, pharmacologiques ou non, sans risque peuvent être essayées

même si elles ne sont pas validées scientifiquement. Elles pourront aider ponctuellement telle ou telle femme,

Tableau - Principales alternatives pharmacologiques ou non pharmacologiques et cancer du sein.

ISRS

| Paroxétine [ oui ] non

| Fluoxétine [ oui ] non

Fleoxétine oui mais efficacité non discutée

IRSN

| Venlafaxine [ oui ] non

Autres alternatives médicamenteuses

Gabapentine oui oui

| Prégabaline [ oui ] non

Clonidine oui oui

Autres alternatives pharmacologiques -

| Oméga 3, bêta-alanine, [ oui ] mais efficacité peut-être limitée  
homéopathie, vitamine E non prouvée NG prouvée

| Phytoestrogènes [ oui ] non

252

@@@ 262 @@@

Bouffées vasomotrices : prise en charge en cas de cancer du sein

Yoga oui [ oui ] non

Hyprose [ oui ] non

Acupunctiure, exercice oui mais efficacité oui mais efficacité  
physiquee, réflexologie, nan prouve non prouve  
relaxation, etc.

SRS < il s'élève chili rbciat e i ibviiarime: SN+ alaliens sl schiia s  
lz sérotonine et de la noradrénaline.

I MOTES PERSONNELLES

@@@ 263 @@@

Ménopause

T T T T TR T e T e T e e e e T R e T T T T TR T P e T T T TR T T T TR  
TR T R TR AT TR T o]

54

@@@ 264 @@@

Bouffées vasomotrices atypiques  
après la ménopause : bilan

I RAPPELS

51 n'existe pas de consensus sur la définition des bouffées vasomotrices  
atypiques après [a ménopause, il est cependant important d'en rechercher  
les causes. Plusieurs critères sémiclogiques doivent faire évoquer un  
&tio-  
logie autre que la ménopause lorsque :

- les BVM ne cèdent pas lors de l'utilisation d'un traitement hormonal  
de  
ménopause bien conduit;

- les BVM apparaissent ou réapparaissent à distance de l'installation de  
la  
MENDpaUsE

- les BVYM sont associées à d'autres signes fonctionnels : céphalées,  
palpi-  
tations, malaises, troubles digestifs, poussées hypertensives, etc.  
Récemment, deux sociétés savantes associées (GEMYI et CNGOF) ont pro-  
posé un algorithme de bilan & réaliser en 1° puis 2° intention dans ce  
contexte'.

Le tableau ci-dessous propose de mettre en relation le bilan & réaliser  
à la  
éticlogies sous-jacentes suspectées. Si un point d'appel clinique est  
évident,

le bilan sera évidemment orienté. Il est toujours nécessaire de rechercher une étiologie médicamenteuse ou alimentaire pourvoyeuse de By,

[ BILAN B

NFS, W5, CRF, LDH \* Pathologies infectieuses  
(tuberculose ou autres pathologies  
pourvoyeuses de HIV)

\* Pathologies tumorales

Electrophorèse des protéines Pathologies tumorales : lymphome,  
plasmatiques gammopathie monoclonale

>

1. Maitrot-Mantelet L, Perol S., Plu-Bureau G, Diagnostics différentiels  
des bouffées  
vasomotrices post-ménopausiques. RPC Les femmes ménopausées CNGOF-GEMFI,  
Gyn Obst Fertilité & Sénologie 2021 ; vol 45) 329-334,

255

@@@ 265 @@@

Ménopause

TSH, \* Hyperthyroïdisme  
thyrocalcitonine \* Cancer médullaire thyroïdien  
Glycémie à jeun & Dûgôte, insulino-résistance,  
post-prandiale hypoglycémie fonctionnelle  
PTH, calcémie, albuminémie Hyperparathyroïdisme

| Méta-catécholamines libres plasmatiques # Phéochromocytome  
+- méta-catécholamines urinaires sur & Turneur sécrétant ou utilisation  
24 heures doxépazine  
Chromogranine A

IGF1, HbA1c sur glycémie, insulino-résistance | = Acromégalie

et GH \* Syndrome de Cushing  
cortisol libre urinaire  
SHIAL urinaire, sérotonine Pathologies tumorales carcinogéniques  
plasmatiques, WIP sécrétantes (glande, poumon, pancréas)  
Clonidine Tuberculose  
Tryptase, d'histamine urinaire des Mastocytose  
24 heures  
TOM abdomino-pelvien au cas de Pathologie tumorale  
Consultation spécialisée selon point  
d'appel  
& neurologie \* Maladie de Parkinson, Myosites  
ou myopathies, etc

en dermatologie # Rosacée au stade vasculaire

B

@@@ 266 @@@

Syndrome génito-urinaire  
de la ménopause

B RAPPELS N

Le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) rassemble des symptômes vus de la sphère urogénitale en relation avec la carence oestrogénique. Il concerne 25 à 70 % des femmes ménopausées, s'aggrave avec l'âge et avec le délai depuis l'installation de la ménopause. Sa prise en charge est essentielle car il entrave la qualité de vie tant sur le plan général, local que sexuel.

Diagnostic

Le SGUM associe de nombreux symptômes à des degrés divers et évolutifs avec les années :

- des symptômes vulvo-vaginaux : sécheresse vaginale, irritation vulvaire, prurit vulvaire en lien avec la diminution des sécrétions et la modification de la flore vaginale, la perte de la trophicité, l'atrophie cutanéomuqueuse ;
- des symptômes sexuels : diminution de la lubrification, dyspareunie d'initiation, et diminution de libido;
- des symptômes uralogiques : douleur mictionnelle, pollakiurie, urgence, infections urinaires & répétition.

Objectif thérapeutique

\*» Soulager les symptômes existants :

- restaurer le confort vulvo-vaginal ;
- supprimer les troubles urinaires et éviter les épisodes infectieux;
- retrouver une sexualité épanouie.

\* Éviter l'aggravation des troubles génito-urinaires en l'absence de traitement.

## I PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT IE-

\* Des conseils d'hygiène de vie sont indispensables car ils participent activement au traitement ;

- correction des facteurs de risque : tabac, alcool et autres toxiques;

- traitement de pathologies associées favorisant le SGUM : obésité, diabète;

257

@@@ 267 @@@

## Menopausa

= utilisation de savons adaptés;

- ne pas faire de toilettes ou douches vaginales qui détruisent la flore normale

\* Un examen clinique complet permet

- d'éliminer des anomalies spécifiques imposant un traitement particulier notamment en cas d'infection vaginale ou urinaire, ou de pathologies vulvaires (lichen scléreux par exemple);

- de s'assurer de l'absence de pathologies cervicales avec mise à jour au besoin du dépistage cervical selon les recommandations en vigueur.

\* S'enquérir de l'absence d'antécédent de cancer hormonodépendant, en particulier de cancer du sein qui peut modifier la prise en charge. Les traitements estrogéniques locaux ne doivent pas être utilisés en première intention et doivent faire l'objet d'une discussion avec l'oncologue.

Expliquer l'importance de la régularité et de l'assiduité dans l'application du traitement, seul garant de son efficacité.

\* La motivation des femmes est essentielle et sera d'autant plus importante que le confort obtenu sera conséquent.

## B PRESCRIPTIONS B

La prise en charge fait appel à des lubrifiants, des hydratants, des estrogènes locaux. Les estrogènes locaux représentent le traitement le plus efficace 4 fois sur la sphère gynécologique que dans le domaine urinaire, en l'absence de traitement hormonal de ménopause. Leur association avec des lactobacilles permet une action synergique. Les lubrifiants n'apportent qu'un confort lors des rapports sexuels sans action sur la

trophicité vaginale. Les hydratants traitent [a sécheresse et la trophicité vaginales & mais n'ont pas d'action sur le domaine urinaire,

Des traitements physiques, récemment développés, sont encore en cours d'étude. Il s'agit principalement du laser, de la radiofréquence, d'injection locale d'acide hyaluronique. Ces techniques en particulier le laser n'ont pas prouvé leur efficacité comme le rapporte une étude très récente. o

258

@@@ 268 @@@

Syndrome génito-urinaire de la ménopause

Ordonnance

Les traitements peuvent être associés. Il conviendra toujours de débiter par des hydratants pour éviter l'application d'estrogènes locaux sur une muqueuse atrophique. Le risque de passage systémique et d'effets indésirables étant alors fréquents.

Traitements locaux non hormonaux

# Lubrifiants sous forme de gel 3 utiliser lors des rapports sexuels, 3 base de gel polycarbophile = 1 application/jour intravaginale 20 jours puis 13 2 fois/semaine.

» Hydratants, à base d'acide hyaluronique, en ovules ou crème vaginale ou vulvaire, 20 jours puis 1 & 2 fois/semaine.

Traitements estrogéniques locaux

\* Estrogènes locaux seuls :

- setriol crème (1 g = 50 g d'estriol) : 1 application de crème vaginale/jour ou ovule 3 0,5 mg oucp 3 1 mg 1 application/jour intravaginale 20 jours puis 1 & 2 fois/semaine;

ou

- promestriène, crème vaginale (tube de 300 mg), capsule dosée A 10 mg : 1 application/jour intravaginale 20 jours puis 1 à 2 fois/semaine ;

ou

- estradiol 2 mg anneau vaginal trimestriel;

ou

» Estrogènes associés & des lactobacilles : bacilles de Doderlein + estriol à 0.2 mg, 1 application/jour intravaginale 20 jours puis 1 à 2 fois/semaine,

| SURVEILLANCE |

\* Les traitements imposent une certaine régularité pour être efficaces et



nécessitant une mativation des femmes. Laur efficacité dépend, en effet, de l'assiduité et elle disparaît rapidement lorsqu'ils sont interrompus.

\* Tolérance dinigue du traitement

- absence d'effet indésirable a type d'iritation locale;

- absence de syrmptdmes estrogénicues : saignements, douleurs pelviennes ol Mammaires.

259

@@@ 269 @@@

Meénopause

» Efficacité du traitement :

-sur le confort sexuel;

= sur la trophicité vulvo-vaginale;

- 5ur les paramatres urinaires.

IS NOTES PERSONNELLES

@@@ 270 @@@

THM et situations spécifiques

Traitement hormonal  
de la ménopause et diabète

[ RAPPELS B ]

Le diabète est une épidémie mondiale en rapport avec l'évolution de la nutrition dans les pays dits industrialisés et de ses consdquences en tarmes

pondéraux. Les dernieres estimations semblent indiquer que 105 20% des fammes ménopausées sont diabétiques. Il s'agit bien plus souvent d'un diabète de type 2, volontiers associé 3 d'autres facteurs de risque vasculaire

comme le surpoids/obésité, les anomalies lipidiques et les troubles tension-

nels. Le traitement hormonal de la ménopause (THM) permet de compenser la carence estrogénique de la ménopause chez les femmes symptomatiques et ses conséquences néfastes a plus long terme. Cependant, chez ces fermmes dizbétiques, le risque vasculaire est important et doit être évalué

avant la mise en route d'un THM de façon extrêmement rigoureuse. Le choix thérapeutique se porte alors vers des molécules et des voies d'administration neutres au plan cardiovasculaire.

Particularités des femmes diabétiques à la ménopause

\* L'âge de survenue de la ménopause est :

- identique chez les diabétiques de type 2;

- partiellement avancé chez les diabétiques de type 1 : le rôle de la microangiopathie est évoqué pour expliquer cette possible différence,

\* » Le rôle de la ménopause dans la survenue ou l'équilibre d'un diabète de type 2 :

- la carence œstrogénique est responsable d'un défaut de sécrétion et d'une altération de la sensibilité à l'insuline ;

- un déséquilibre glycémique, justifiant des adaptations thérapeutiques et

un meilleur contrôle de l'hygiène de vie, est fréquent à l'entrée dans la ménopause;

- les modifications de la composition corporelle et de la répartition des graisses survenant à la ménopause sont susceptibles d'engendrer des troubles

261

@@@ 271 @@@

Menopause

métaboliques, en particulier glucidiques et de survenue de diabète de type 2

chez des femmes non diabétiques;

- il reste très difficile de distinguer ce qui revient à la carence œstrogénique

ou au vieillissement

- Les symptômes de la ménopause sont

- aussi fréquents et sans particularité chez les femmes diabétiques;

- parfois difficiles à distinguer cependant de ceux des hypoglycémies en particulier lors de traitements par insuline ou sulfamides hypoglycémisants.,

\* Les conséquences à moyen et long termes sont plus importantes :

= le risque artériel accru

=il n'est pas rare de découvrir des lésions artérielles en particulier si le diabète est ancien ou si l'association d'autres facteurs vasculaires personnels (HTA, hyperlipidémie, IMC élevé, tabagisme, etc) ou familiaux (antécédent d'un âge précoce : < 55 ans pour un apparenté de sexe masculin et < 63 ans pour un apparenté de sexe féminin),

- \* l'aval du cardiologue est recommandé avant mise en route d'un THM,
- + la coronaropathie peut être silencieuse chez les diabétiques,
- » un THM devrait être initié dans les premières années qui suivent l'installation de la ménopause plus particulièrement encore chez ces patientes;
- le risque d'ostéoporose dépend du type de diabète -
- « un diabète de type 1 peut prédisposer à une minéralisation plus basse surtout s'il est apparu dans l'enfance et/ou s'il est associé à un IMC bas,
- = un diabète de type 2, à l'inverse, est volontiers associé à une bonne ostéodensitométrie au rapport avec un IMC souvent élevé. Cependant certains traitements pourraient altérer la masse ou l'architecture osseuse,
- = un risque de chute accru du fait d'une neuropathie périphérique, de problèmes visuels ou d'hypoglycémies et à prendre en compte puisqu'il favorise les fractures.
- \* Des pathologies gynécologiques plus fréquentes : augmentation du risque de cancer de l'endomètre.

#### Objectif thérapeutique

- \* Soulager les symptômes du syndrome climatérique, principalement bouffées vasomotrices diurnes et nocturnes.

- » Eviter la perte osseuse accélérée de la ménopause lorsqu'il existe des symptômes climatériques gênants.

- \* Favoriser une bonne trophicité cutanéomuqueuse et une sexualité épanouie.

- \* Ne pas aggraver le risque artériel de ces femmes à risque.

262

@@@ 272 @@@

#### Traitement hormonal de la ménopause et diabète

- » Choisir des molécules et des voies d'administration qui ne modifient pas l'équilibre glycémique.

- \* Amélioration de la qualité de vie.

#### B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

- » Eliminer toute contre-indication d'ordre gynécologique :

- rechercher à l'interrogatoire des pathologies hormonodépendantes : cancer du sein ou de l'endomètre, etc. ;

- examen pelvien : contrôle de l'utérus et des ovaires cliniquement complété

par une échographie au moindre doute, mise à jour du dépistage du cancer du col utérin selon les recommandations;

- examen mammaire : clinique avec mise 4 jour de la mammographie +/- échographie selon les recommandations.
- # Evaluer le risque artériel et veineux :
  - rechercher les antécédents personnels de pathologies artérielles ou veineuses ; infarctus du myocarde, coronaropathie, AV, phlébite profonde ou embolie pulmonaire (discussion du THM souvent en RCP spécialisée);
  - rechercher les antécédents familiaux de pathologies vasculaires, en particulier leur survenue à un âge précoce;
  - quantifier un éventuel tabagisme;
  - évaluer les facteurs de risque vasculaire
- « clinique : mesure de l'IMC, poids, PA,
- + biologique : bon équilibre glycémique (glycémie à jeun et hémoglobine glyquée).
- » Evaluer le risque osseux, notamment en cas de facteurs de risque cliniques ou familiaux.

## I NOTES PERSONNELLES

263

@@@ 273 @@@

## Menopausa

### I PRESCRIPTIONS

L'utilisation des estrogènes par voie orale n'est habituellement pas recommandée compte tenu du risque vasculaire.

### Ordonnance

Patiente hystérectomisée

Estrogénothérapie seule; s'il existe un ou des facteurs de risque vasculaire.

\* Estradiol gel percutané :

- une dose de 0,5 à 0,73 mg/j;

- en continu ou du 1<sup>er</sup> au 23 jour du mois;

- augmenter en fonction de la persistance des symptômes.

\* Patch de 17-B-estradiol délivrant 25, 37,5, 50, ou 75 microg/j d'estradiol :

- coller un patch sur une surface sèche lisse et plane & changer une ou deux fois par semaine selon le type de patch;

- débuter avec la posologie la plus faible - 25 microg/j;

- en continu ou du 1<sup>er</sup> au 23<sup>e</sup> jour du mois;
  - augmenter le dosage du patch en cas de persistance de symptômes.
- Patiente non hystérectomisée
- Ajout obligatoire d'une molécule progestative (# posologie et durée suffisantes) : association d'une molécule progestative & un estrogène ci-dessus.
- \* Progesterone naturelle micronisée 200 mg :
    - 1 gélule/jour oral ou vaginal;
    - & soir au coucher;
    - en association tous les jours & l'estrogène ou en séquence d'au moins 12 jours du 1<sup>er</sup> au 23<sup>e</sup> jour du mois si désir de règles.
  - \* Dydrogestérone 10 mg :
    - en association tous les jours & l'estrogène ou en séquence d'au moins 12 jours du 1<sup>er</sup> au 25<sup>e</sup> jour du mois. o

@@@ 274 @@@

Traitement hormonal de la ménopause et diabète

Elles sont fondamentales dans ce contexte.

- \* Augmentation de "activité physique fortement recommandée, elle permet d'améliorer l'équilibre glycémique.

- o Meilleur contrôle de l'alimentation notamment si surpoids ou obésité.

- \* Orientation vers une consultation d'addictologie si tabac.

## I SURVEILLANCE

- \* Première consultation après 3 mois de THM permet :

- de s'assurer de la bonne utilisation du traitement;
- de vérifier l'équilibre glycémique : glycémie à jeun et hémoglobine glyquée;

- de la bonne tolérance : poids, pression artérielle, signes de sur ou de sous-dosage thérapeutique (cf. Annexes);
- d'ajuster le traitement selon la symptomatologie;
- vérifier l'absence de nouveau facteur de risque vasculaire.

- \* Surveillance semestrielle par la suite permet :

- de s'assurer de la poursuite de la bonne conduite du THM et de la motivation de la femme & le poursuivre;
- de la bonne tolérance : poids, pression artérielle, signes de sur ou de sous-dosage thérapeutique;
- d'ajuster le traitement selon la symptomatologie (voir plus haut);

- = d'évaluer l'équilibre glycémique et la maîtrise d'éventuels autres

FDR

vasculaires;

- de dépister l'apparition d'un effet indésirable ou d'une contre-indication
- & la poursuite du THM;
- de réévaluer la balance bénéfices-risques à chaque consultation;
- d'insister sur l'importance de "l'association à une hygiène de vie associant diététique appropriée et activité physique;
- de réaliser un bilan annuel du diabète avec dépistage de microangiopathie et macroangiopathie (consultation cardiologique annuelle) ;
- d'interrompre le THM :
  - « & tout moment si la patiente le souhaite ou si apparaît une contre-indication ou si la balance bénéfices-risques n'est plus favorable,
  - « 3 discuter avec la femme après 5 4 10 ans de traitement.

265

@@@ 275 @@@

Ménopausa

I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 276 @@@

Traitement hormonal  
de la ménopause et endométriose

B RAPPELS N

L'endométriose est une pathologie fréquente de la femme en période d'activité génitale. Il existe quelques rares cas d'endométriose post-ménopausique rapportés dans la littérature. Une hypothèse avancée pour expliquer ces cas serait l'existence d'une endométriose totalement asymptomatique avant la ménopause se révélant après la ménopause en raison de la production d'estrogènes par le tissu adipeux, ou lors d'un traitement hormonal de Ménopause.

L'endométriose se manifeste chez les femmes ménopausées par les mêmes symptômes qu'avant la ménopause, dépendant de sa localisation.

Diagnostic

\* Il est porté le plus souvent en post-ménopause par la découverte histologique dans le cadre d'exploration d'une masse suspecte.

\* Mais aussi et très rarement par:

- l'interrogatoire recherchant des douleurs péniennes et souvent résistantes aux antalgiques de palier I, dyspareunie profonde, des douleurs urinaires, des dyschésies associées ou non & des diarrhées et des rectorragies;
- l'examen clinique douloureux qui retrouve parfois des nodules des culs-de-sac vaginaux et une douleur au niveau du cul-de-sac postérieur;
- l'échographie pelvienne et/ou l'AM pévienne qui permet de caractériser les lésions,

#### Objectif thérapeutique

- \* Soulager un syndrome dimatériel invalidant.
- \*» Ajuster le THM selon les symptômes :
  - = diminution voire disparition des douleurs si existante;
  - stabilisation des lésions si non opérées;
  - minimiser le risque de récurrence des lésions : indication 3 utiliser un traitement de ménopause combinés même en cas d'hystérectomie',

1. Recommandations GENMVI-CMGOF, 2021, 267

@@@ 277 @@@

#### Menopausa

##### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

- # Evaluer de la sévérité des symptômes du climatère.
- # Rechercher une pathologie endométriale associée.
- » Evaluer la balance bénéfice-risque d'un THM.
- # Réaliser un bilan sénologique avant tout traitement hormonal,
- = Vérifier l'ensemble des facteurs de risque vasculaire.

##### I PRESCRIPTIONS

##### Ordonnances

- \* En l'absence de douleur et de bouffées vasomotrices : abstention thérapeutique : surveillance de l'évolution des lésions par échographie pelvienne ou IRM pelvienne en fonction de leur meilleure caractérisation initiale.
- \* En présence d'un syndrome climatérique invalidant, patiente hystérectomisée ou non hystérectomisée :

- essai des traitements non hormonaux (cf. fiche);
- estradiol gel, 1 3 2 doses de gelfjour, ou patch d'estradiol 25 ou 30 pg/] pendant 25 jours/mois - débuter par de petites doses d'estradiol souvent suffisantes dans ce contexte ;
- toujours y associer : progestérone naturelle 200 mg, \* gélule/our, ou dydrogestérone 7 cp/j pendant 25 jours;
- la voia orale est aussi possible, en l'absence de FOR vasculaire, mais moins adaptable aux très petites doses dans ce contexte.

## B SURVEILLANCE

\* Evaluer rapidement l'efficacité des traitements sur le syndrome climaté-

rique mais surtout sur les douleurs (si existantes initialement).

\* Première consultation après 3 mois de THM permet :

- de 5'assurer de la bonne utilisation du traitamant;
- de la bonne tolérance : poids, pression artérielle, signes de sur- ou de sous-dosages thérapeutiques (cf. Annexes);

@@@ 278 @@@

## Traitement hormonal de la ménopause et endométriose

= d'ajuster le traitement selon la symptomatologie :

= augmenter les estrogènes en cas de persistance de symptômes de di-

matère ; bouffées vasomotrices principalement,

« diminuer les doses d'estrogènes en cas de signes de surdosage : douleurs pelviennes ou mammaires,

« modifier la séquence progestative en cas de saignements intempestifs [après avoir éliminé une pathologie organique).

\* Surveillance semestrielle par la suite -

- de 5'assurer de la poursuite de la bonne c-::rrrdune du THM et de la moti-

vation de la femme à le poursuivre;

- de la bonne tolérance ; poids, pression artérielle, signes de sur- ou de sous-dosages thérapeutiques (cf. Annexes);

- d'ajuster le traitement selon la symptomatologie (voir plus haut);

- de dépister l'apparition d'un effet indésirable ou d'une contre-indication

à la poursuite du THM;

- d'effectuer un examen clinique pelvien et mammaire ;

- de mettre 3 jour le dépistage du cancer du sein;

- de réévaluer la balance bénéfice-risque;

- d'insister sur l'importance de l'association à une hygiène de vie associant

diététique appropriée et activité physique;

-d'interrompre le THM :

« & tout moment si la patiente le souhaite ou 5'il apparaît une contre-indi-



cation ou = la balance bénéfices-risques n'est plus favorable,  
« & discuter avec la femme après 5 ans de traitement,

## I NOTES PERSONNELLES N

269

@@@ 279 @@@

Ménopause

@@@ 280 @@@

Traitement hormonal  
de la ménopause et maladies  
veineuses thromboemboliques

## B RAPPELS N

La question de l'utilisation d'un traitement hormonal de ménopause chez les femmes 3 risque veineux & fait l'objet de nombreuses publications. Le risque veineux comprend à la fois un antécédent de maladie veineuse thromboembolique (MVTE) et/ou l'existence d'une thrombophilie biologique héréditaire.

L'incidence des MVTE augmente avec l'âge. Les résultats des études menées par les équipes de Brast ont permis d'estimer cette incidence. Ainsi entre 40 et 50 ans, l'incidence est de 1,25/1 000 femmes/an et de 2,34/1 000 femmes/an pour les femmes âgées de 40 à 74 ans. Cette incidence est nettement plus élevée comparativement à celle des pathologies artérielles. Leur poids dans la balance bénéfice-risque vasculaire du THM est donc majeur.

L'utilisation d'estrogènes par voie orale, quel que soit le type, est associée à un risque augmenté de MVTE d'un facteur 2-2,5. À l'inverse, l'utilisation d'estradiol par voie transdermique (gel ou patch) est neutre vis-à-vis de ce risque.

Dans ce contexte veineux, il est important de prendre en compte le type de progestatif obligatoirement associé chez les femmes non hystérectomisées. Les progestatifs de type norgestrel (acétate de norgestrel) semblent augmenter de façon significative le risque de MVTE, ce qui n'est pas le cas de la progestérone naturelle ou de 17 $\beta$ -dihydrogestarone.

L'analyse de facteurs de risque spécifiques (surnutrition, obésité, thrombophilie biologique) a été effectuée dans ce contexte. Les études montrent une neutralité de la voie transdermique vis-à-vis du risque veineux alors que la voie orale semble potentialiser ce risque.

Ces résultats sont biologiquement plausibles et compatibles avec les résultats des études sur les marqueurs intermédiaires biologiques du risque de thrombose veineuse. Ainsi, la THM par voie orale est associée à une hypercoagulabilité et à une hypofibrinolyse dont la résultante aboutit à une augmentation du risque de thrombose veineuse,

2N

@@@ 281 @@@

## Menopausa

### Diagnostic

# La confirmation de la MVTE est réalisée par différents examens complémentaires en fonction de sa localisation, le plus fréquemment en cas de MVTE des membres inférieurs par un écho-Doppler veineux des membres inférieurs ou d'un angioscanner pulmonaire en cas de suspicion d'embolie pulmonaire.

# Il est indispensable de -

- connaître précisément les circonstances de survenue de la MVTE (contexte hormonal ou non hormonal) et les facteurs favorisants (FF) majeurs (chirurgie, traitement prolongé, etc.);
- les séquelles éventuelles de la MVTE (HTAP etc.);
- l'existence et la sévérité d'une éventuelle thrombophilie acquise ou congénitale (importance de l'interrogatoire sur les antécédents familiaux de MVTE);
- l'ensemble des facteurs de risque vasculaire.

### Objectif thérapeutique

- \* Soulager les patientes ayant un syndrome climatérique important,
- \* Éviter une récurrence de MVTE.

# Utiliser un traitement sans risque veineux:.

## BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT IS

Examen clinique & la recherche d'une étiologie secondaire à thrombose

récents (cancer notamment].

# Rechercher des facteurs de risque vasculaire associés veineux et artériel  
(cf. Annexes, « Facteurs de risque vasculaire »),

# Effectuer un bilan de thrombophilie biologique, si non réalisé antérieurement, afin d'évaluer le niveau de risque (important & prendre en compte en cas de syndrome biologique des antiphospholipides) :

- thrombophilies biologiques congénitales : recherche d'un déficit en anti-thrombine, protéine S ou protéine C, recherche de la mutation du facteur V et de la prothrombine ;

- thrombophilies biologiques acquises : NF5 (recherche d'un syndrome myéloprolifératif); anticoagulant circulant, anticorps anticardiolipines, anti-f-GP-1, ces trois paramètres entrant dans le cadre d'un syndrome biologique des antiphospholipides; homocystéinémie +/- dosages des vitamines B9 et B12 en cas d'augmentation de l'homocystéine.

272

@@@ 282 @@@

Traitement hormonal de la ménopause et maladies veineuses...

- \* Examen gynécologique, pelvien (8 nécessaire) et mammaire,
- » Evaluer l'importance du syndrome dimatériel.
- \* Estimation de la balance bénéfice-risque avant mise en place d'un THM.

I PRESCRIPTIONS .

Contre-indication absolue d'un THM estrogénique par voie orale ainsi qu'un progestatif.

A la phase aiguë d'une MVTE : arrêt du THM si en cours et évaluation ultérieure de la balance bénéfice-risque.

Ordonnance

A distance de la MVTE : of {5ure pour possibilité de THM.

» Pour traiter les bouffées vasomotrices : traitement hormonal de la ménopause (cf fiche « Traitement hormonal de la ménopause ») : estradiol gel, 14 2 doses de gel/jour, ou patch d'estradiol, 50 pg/1 pendant 25 jours/mois, + progestérone naturelle 200 myg, T gelule/jour, ou dydrogestérone, 2 cpd] au moins 12 jours/maois,

» Pour prévenir ou traiter le SGUM (cf. fiche « Syndrome génito-urinaire de la ménopause »),

\* Pour soulager un syndrome climatérique en cas de refus, intolérance ou contre-indication aux estrogènes (cf. fiche « Prise en charge non hormonale des BYM »).

## I SURVEILLANCE

» S'assurer de la bonne tolérance veineuse du traitement prescrit,

\* La consultation permet de vérifier :

- la bonne utilisation du traitement prescrit;

- la parfaite tolérance de la thérapeutique;

- l'apparition de nouveaux symptômes gynécologiques ou d'autres organes pouvant contre-indiquer l'utilisation d'une molécule estrogénique ou de la progestérone.

\* La consultation permet d'adapter le traitement avec le temps, de réévaluer

& chaque consultation de surveillance la balance bénéfice-risque.

273

@@@ 283 @@@

## Menopause

Figure - Proposition d'algorithme de prescription d'un THM en cas d'antécédent de MVTE ou thrombophilie biologique.

Définir le type de MVTE, facteurs favorisants, séquelles, bilan de thrombophilie

I

: TVP distale ou TVS TVP proximale, EP, TV cérébrale

¥ r' / \ \ ' \

Fas de séquelles Fas de SaFL SAFL

FF ponctuels Pas Séquelles

Hémostase sans SAPL des séquelles majeures (HTAP)

(on ) [ on

l | J i | Y

THM | By spécialise | B spécialisée Contre-percutanée indication

+ Progestérone au THM

IS NOTES PERSONNELLES

&

@@@ 284 @@@

Traitement hormonal  
de la ménopause  
et pathologies artérielles

## B RAPPELS N

La question de l'utilisation d'un traitement hormonal de ménopause (THM) chez les femmes & risque artériel a fait l'objet de nombreuses publications et de recommandations de sociétés savantes dont les dernières datent de 2021 en France.

Les maladies artérielles ischémiques sont des maladies rares chez les femmes comparativement à l'homme, mais la différence d'incidence s'amenuise avec les années, en particulier après la ménopause. Elles représentent cependant la première cause de mortalité chez la femme ménopausée en France. L'incidence de ces accidents artériels augmente avec l'âge. Le taux standardisé [sur l'âge de la population française de 2010] des AVC hospitalisés en France chez les femmes de moins de 45 ans est de 21,9/100 000 femmes et de 16,2/100 000 femmes pour les IDM hospitalisés. Ce taux est beaucoup plus élevé après 65 ans : 437,6/100 000 femmes pour les AVC et 205,5/100 000 femmes pour les IDM hospitalisés. De plus, les facteurs de risque artériel augmentent avec l'âge. Ainsi, près d'une femme sur deux est hypertendue à 45 ans, et plus de 80 % des femmes ont au moins deux facteurs de risque cardiovasculaire après 45 ans.

Si la question de la non-prescription est consensuelle pour les femmes ayant un antécédent personnel d'infarctus du myocarde (IDM) ou d'accident vasculaire cérébral ischémique (AVC), il est plus difficile de savoir si un THM est autorisé chez les femmes ayant des facteurs de risque artériels. La société française d'hypertension artérielle a réuni un groupe d'expert afin de proposer ou de contre-indiquer un THM en fonction du niveau de risque artériel. Ces propositions ont été adoptées par les recommandations du GEMVI et du CNGOF de 2021.

Diagnostic  
Nous n'exposerons pas dans cette ordonnance le diagnostic d'IDM ou d'AVC qui contre-indique la prescription d'un THM. Il est cependant important

@@@ 285 @@@

## Menopausa

tant de récupérer une preuve formelle de 'accident ischémique : compte rendu d'hospitalisation ou autre type de confirmation de ces accidents artériels. En effet, notamment dans le contexte des AVC, il est fondamental de bien les distinguer o' éventuelles migraines avec aura.

Chez toute femme, il est indispensable dans ce contexte vasculaire de rechercher les autres facteurs de risque vasculaire (cf. Annexes, fiche « Facteurs de risque vasculaire »).

### Objectif thérapeutique

» Éviter tout accident artériel en cas de facteur de risque artériel.

\* Utiliser un traitement qui n'aggraverait pas le risque vasculaire.

### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT IE-

\* Interrogatoire et examen clinique afin de stratifier le niveau de risque vasculaire (tableau ci-après).

\* Prendre en compte tous les facteurs de risque et notamment ceux émergents chez la femme (HTA gravidique, prééclampsie, antécédent de syndrome des ovaires polykystiques, etc).

» Concertation avec le cardiologue référent et après évaluation du niveau de risque cardiovasculaire avant de proposer un THM.

\* Si tabagisme, orientation de la patiente vers une consultation de sevrage tabagique.

s Contrôle de tous les FDR éventuels : diabète, dyslipidémie, HTA, etc.

# Rechercher d'éventuelles contre-indications carcinologiques au THM,

» Examen gynécologique, pelvien (si nécessaire) et mammaire.

### . PRESCRIPTIONS M

En cas d'accident artériel personnel (IDM ou AVC), contre-indication absolue au THM quelle que soit la voie d'administration, le dosage et le type de molécule estrogénique.

Les thérapeutiques non hormonales pharmacologiques ou non pharmacologiques doivent être proposées si syndrome climatérique invalidant

(ef. fiche « Prise en charge non hormonale des BYM # ).

-

276

@@@ 286 @@@

Traitement hormonal de la ménopause et pathologies artérielles

Ordonnances

En cas de facteur de risque artériel sans évènement artériel personnel

\* Seulement si THM autorisé : niveau de risque artériel faible ou modéré avec bilan cardiovasculaire normal.

® Pour traiter les bouffées vasomotrices : traitement hormonal de la ménopause (cf. fiche « Traitement hormonal de la ménopause ») : estradiol gel, 14 2 doses de gel/jour, ou patch d'estradiol, 50 po/, pendant 25 jours! mais, + progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cpfj au moins 12 jours/mois,

\* Pour prévenir ou traiter le SGUM (cf. fiche « Syndrome génito-urinaire de la ménopause »).

\* Pour soulager un syndrome climatérique en cas de refus, intolérance ou contre-indication aux estrogènes (cf. « Prise en charge non hormonale des BVM »).

Règles hygiénodietétiques

Prendre en charge et équilibre de tous les facteurs de risque cardiovasculaire en y associant :

- une augmentation de l'activité physique suivant les recommandations du cardiologue ou du neurologue référent;
- un meilleur contrôle de l'alimentation si surpoids ou obésité;
- une orientation vers une consultation d'addictologie si tabac.

I SURVEILLANCE

- \* Surveillance à 3 mois de la tolérance de la stratégie hormonale.
- \* S'assurer de la bonne tolérance vasculaire du traitement utilisé.

» Mesure systématique de la pression artérielle et de l'IMC à chaque consultation,

\* Modification éventuelle du type de traitement en fonction des effets indésirables

sirables.

- \* Suivi régulier gynécologique pelvien et mammaire,
- \* Maintien d'une surveillance régulière par le cardiologue (ou neurclogue) référant.

27

@@@ 287 @@@

Meénopause

Tableau - Stratification du risque vasculaire (adapté de la Sociiété française d'HTA et recommandations GEMVI-CNGOF).

Elevé & tris

» Maladie coranaire cu cérébrovasculaire

- \* Artériopathie oblitérante des membres inférieurs ou anévrysme de l'zone abdominzle

- # Irsuffisance rénale modérée au sévine; ou microalburminuria (> 30 ma'g)

= Dizbête compliqué

Intermedizina

=2 FRCY

majeurs

- \* Facteurs de risques classiques

- Tabagisme actif ou amét < 3 ans

= HTA traitée non contrdkbe

- Diyslipidémie traitée ou non

- Digoéte traité non compliqué

= Antdcident farmilial de maladie cardiovasculaire au premier degré < 55 ans chez I'homme et < &5 ans chez la fernme

= Obdsité abdominale circonfénence sbdormnale = B8 om

- Dizbête sans complication

» Facteurs de risque émergents féminins

= Antécédents d'HTA de la grossesse (HTA gravidque, préeeclampsie, Hellp syndrome}



- Diabète gestationnel.
- = Syndrome des ovaires polvkystiques
- = Erdomatriose
- \* Facteurs de risque émergents autras
- Séclentarnité
- = Stress chronique
- =Wulnérabilité socisle
- Syndrome métabolique
- = Maladie systémique auto-immune ou malacse inflammataine chronique
- = Fibrillation auriculasre
- = Athdrosclérose infrachnique
- Adaptation cardiovasculaire faible 4 l'effort

Faible 3 modérs

- \* HTA traités contrdbie non compliquie et sans autre facteur de risque associé
- » 1 seul facteur de risque ci-dessus équilibré

278

@@@ 288 @@@

Traitement hormonal substitutif  
après cancer de l'ovaire

# I RAPPELS

Le cancer de l'ovaire se situe au 5° rang des cancers féminins en France.  
||  
s'agit souvent d'un cancer diagnostiqué tardivement dont le pronostic est donc souvent réservé. L'espérance de vie des femmes atteintes augmente grâce aux progrès des thérapeutiques, bien que le taux de survie ne soit que  
e 40 % à 5 ans actuellemant.

À l'âge de 74 ans, le risque cumulé de cancer de l'ovaire est de 0,90 % dans la population générale. Cependant, une diminution de son incidence est notée depuis quelques décennies probablement en relation avec l'utilisation des thérapeutiques hormonales.

Les tumeurs borderline de l'ovaire (TBO) représentent une entité à part & la limite de la malignité. L'âge est plus précoce et le pronostic meilleur que ceux des cancers invasifs.

Certaines prédispositions génétiques aux cancers, telles que les mutations des gènes BRCA1/BRCA2, augmentent le risque de survenue du cancer de l'ovaire avec un risque cumulé évalué entre 15 et 40 % selon le gène muté, incitant à proposer une chirurgie prophylactique.

L'âge de découverte est en moyenne de 58 ans (sans mutation génétique), mais il peut atteindre des femmes plus jeunes, parfois non encore ménopausées. Le traitement chirurgical radical induit alors une insuffisance ovarienne brutale source d'une importante symptomatologie. La question de l'utilisation d'un traitement hormonal substitutif (THS) se pose donc.

#### Diagnostic

Le cancer de l'ovaire est longtemps asymptomatique n'occasionnant des signes qu'à partir d'un certain volume tumoral. Le diagnostic est souvent tardif d'autant qu'il n'existe aucun dépistage systématique possible.

L'examen gynécologique, lorsqu'il peut être pratiqué, peut retrouver une masse pelvienne plus ou moins importante lorsque le cancer a déjà atteint un certain volume.

L'échographie pelvienne permet de visualiser une image de tumeur dont la taille et surtout les caractéristiques peuvent d'emblée évoquer le diagnostic.

279

@@@ 289 @@@

#### Menopausa

L'IRM pelvienne et les dosages des marqueurs tumoraux complètent le bilan. Seule l'histologie confirme le diagnostic de cancer et précise son type.

La majorité des cancers de l'ovaire sont des cancers épithéliaux : adénocarcinomes séreux, endométriaux, mucineux, à cellules claires, etc. Moins fréquemment, il s'agit de tumeurs des cellules germinales (dysgerminomes, tératomes immatures, etc.), du stroma ou des cordons sexuels (tumeurs de la granulosa, tumeurs de Sertoli-Leydig, etc.).

## Recommandations d'utilisation d'un THS après cancer

de l'ovaire'

La discussion de mise en route du THS doit se faire lors de RCP dédiées, compte tenu de l'hormono-dépendance potentielle.

Objectif thérapeutique

\* Ses indications sont restreintes à certaines formes de cancer ovarien, [1]  
concerne particulièrement les femmes symptomatiques et jeunes.

» Ses objectifs sont de :

- soulager les symptômes du syndrome dimatériel, principalement bouffées vasomotrices diurnes et nocturnes;
- éviter la perte osseuse accélérée liée à la carence estrogénique lorsque le traitement radical concerne une femme jeune;
- favoriser une bonne trophicité cutanéomuqueuse et une sexualité épanouie.

### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\* Accord de la RCP préalable,

\* Éliminer tout autre type de contre-indications habituelles d'ordre carcinologique ou vasculaire ;

- interrogatoire minutieux sur les antécédents personnels et familiaux;

- examen clinique mammaire en particulier;

- réalisation d'une mammographie avec échographie au moindre doute clinique ou à partir de l'âge de 40 ans ou avant en cas de patiente mutée selon le schéma de surveillance proposé (cf. fiche « BRCAT/Z 5)

# Évaluer les facteurs de risque cardiovasculaire : poids, PA, facteurs biologiques métaboliques si besoin.

1. Réseau national Tumeurs malignes gynécologiques (TMREG) Tumeurs malignes rares de l'ovaire (TMRO) et du groupe GINECT.

280

@@@ 290 @@@

Traitement hormonal substitutif après cancer de l'ovaire

» Evaluer le risque cardiovasculaire, notamment en cas de facteurs de risque cliniques ou familiaux.

\* Exposer les bénéfices mais aussi les risques potentiels du THS et les symptômes qui doivent faire consulter.

#### [ PRESCRIPTIONS B

##### Ordonnance

Après accord RCP

Patiente le plus souvent hystérectomisée

Estrogénothérapie seule.

= S'il existe un ou des facteurs de risque vasculaire :

- Estradiol gel percutané :

» une dose de 0, 54 0,75 mg/j;

» 3 appliquer sur une large surface de l'abdomen et/ou face interne des cuisses et/ou face interne des avant-bras (Jamais près des seins);  
se laisser sécher;

= en continu ou du 1<sup>er</sup> au 25<sup>er</sup> jour du mois;

» augmenter en fonction de la persistance des symptômes.

;:1::lh d'estradiol délivrant 25, 37.5, 50, 75 ou 100 microg/j d'estradiol  
= coller un patch sur une surface sèche lisse et plane & changer une ou deux fois par semaine selon le type de patch;

« débuter avec la posologie la plus faible : 25 microg/j;

» en continu ou du 1<sup>er</sup> au 25<sup>er</sup> jour du mois;

» augmenter le dosage du patch en cas de persistance de symptômes,

\* S'il n'y a pas de facteur de risque, le choix de la voie orale est également possible.

Estradiol 1 ou 2 mg :

- 1 cp/j;

- débuter par 1 mg;

= en continu ou du 1<sup>er</sup> au 25<sup>er</sup> jour du mois;

- augmenter à 2 mg/j en cas de persistance de symptômes vasomoteurs.,

} ¥

281

@@@ 291 @@@

## Menopause

Plus rarement patiente non hystérectomisée

Ajout obligatoire d'une molécule progestative (3 posologie et durée suffisantes). Association d'une molécule progestative 3 un estrogène ci-dessus ;

- naturelle micronisée 200 mg :

- » cp/j oral ou vaginal

- \* 12 sair au coucher;

- » en association tous les jours & l'estrogène ou en séquence d'au moins 12 jours du 12<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du mois.

- dydrogestérone 10 mg :

- 2 cpff;

- \* en association tous les jours & l'estrogène ou en séquence d'au moins 12 jours du 12 au 25<sup>e</sup> jour du mois.

Si contre-indication à un THS

- » Traitement non hormonal des BVM (cf. fiche dédiée).

- \* Prise en charge du SGUM (cf. fiche dédiée).

## I SURVEILLANCE

Première consultation après 3 mois de THM

Elle permet :

- de s'assurer de la bonne utilisation du traitement;

- de la bonne tolérance : poids, pression artérielle, signes de sur- ou de sous-dosage thérapeutique;

- = d'ajuster le traitement selon la symptomatologie :

- » augmenter les estrogènes en cas de persistance de symptômes de climactère : bouffées vasomotrices principalement,

- « diminuer les doses d'estrogènes en cas de signes de surdosage : douleurs mammaires, céphalées.

Surveillance semestrielle par la suite

Elle permet :

- de contrôler l'absence de récurrence par examen physique complet de scanner TAP & marqueurs tumoraux selon le rythme recommandé pour la patiente dépendant du type et du stade de son cancer;

- = s'assurer de la poursuite de la bonne conduite du THS et de la motivation

- de la femme & le poursuivre;

## Traitement hormonal substitutif après cancer de l'ovaire

- de la bonne tolérance : poids, pression artérielle, signes de sur ou de sous-dosage thérapeutique;
  - d'ajuster le traitement selon la symptomatologie;
  - de dépister l'apparition d'un effet indésirable ou d'une contre-indication
- à la poursuite du THS;
- de réévaluer la balance bénéfices-risques;
  - d'insister sur l'importance de l'association à une hygiène de vie associant
- diététique appropriée et activité physique;
- d'interrompre le THS ;
- à tout moment si la patiente le souhaite ou si apparaît une contre-indication ou si la balance bénéfices-risques n'est plus favorable,
- « chez les femmes jeunes, la poursuite du THS est habituellement recommandée jusqu'à l'âge de 45 ans en prévention des risques osseux et cardiovasculaires,

## 10 NOTES PERSONNELLES

283

@@@ 293 @@@

## Ménopause

T T T T TR T e T e T e e e e e T R e T T T T TR T P e T T T TR T T T TR  
TR T R TR AT TR T o]

84

@@@ 294 @@@

## Pathologies infectieuses

285

@@@ 295 @@@

## DIU et actinomycose

### I RAPPELS

La présence d'actinomyces se découvre le plus fréquemment sur un résultat de frottis systématique du col utérin, Elle concerne environ 7 à 20 % des femmes utilisant un DIU au cuivre et serait moins fréquente chez les femmes

utilisant un CIU hormonal (moins de 3 % pour certains auteurs). La bactérie

impliquée la plus fréquente est *Actinomyces israelii* mais d'autres espèces

sont possibles. Cette souche bactérienne réside probablement à l'état com-

mensal au niveau des muqueuses vaginales. L'infection pelvienne & actinomyces est rare et souvent localisée. Aucun lien entre la présence de cette

bactérie découverte sur une cytologie cervicale chez une femme asymptomatique et la survenue ultérieure d'une actinomycose pelvienne n'a été démontré. La dissémination par voie hématogène est possible mais exceptionnelle chez les femmes utilisant un DIU en dehors d'un contexte

particulier; terrain & risque d'infection,

### Diagnostic

» Le plus souvent de découverte fortuite sur un résultat de frottis cervico-vaginal chez une femme porteuse d'un DIU.

\* Plus rarement, pertes vaginales associées à des douleurs pelviennes.

\* Facteurs favorisants : port d'un DIU.

\* En cas de pertes vaginales, le diagnostic est établi par l'examen cytobac-

tériologique des prélèvements en précisant la recherche de cette bactérie anaérobie suspectée (non réalisée en pratique courante) et la mise en culture

du DIU & est retiré à cette occasion. Une imagerie doit être effectuée la recherche d'abcès pelviens.

### Objectif thérapeutique si symptômes

\* Soulager les douleurs pelviennes,

» Eliminer les pertes.

\* Rétablir la flore vaginale habituelle.

» Conseils d'hygiène appropriés.

@@@ 297 @@@

## Pathologies infectieuses

### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\* En cas de symptômes faisant suspecter une infection péhienne, toujours rechercher les autres germes potentiels.,

» Examen gynécologique à la recherche d'une autre origine organique associée,

» Evaluation de l'abondance et l'aspect des pertes.

« Evaluation des éventuels saignements associés.

s Éliminer les allergies potentielles.

### I PRESCRIPTIONS

#### Ordonnance

En cas de découverte sur un frottis cervico-vaginal chez une femme asymptomatique porteuse d'un DIU

\* Pas d'exploration complémentaire.

\* Pas de changement de DIU

\* Pas de traitement antibiotique.

\* Pas de contrôle nécessaire.

En cas de symptômes vaginaux (pertes vaginales seules)

\* Retrait du DIU

\* Traitement antibiotique : amoxicilline 1 g, 1 cp 3 fois/j pendant 7 jours  
à 14 jours (pas de recommandations consensuelles).

\* Lactobacilles en gélules vaginales ou acide lactique en gel vaginal pendant 5 à 7 jours ; & débuter après le traitement antibiotique.

1. Vidal F, Paret L, Linet T, Tanguy le Gac Y., Guero P, Contraception intra-utérine.

RPC Contraception CNGOF, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie; 46

(2018, B1&-8Z2,



@@@ 298 @@@

DIY et actinomyose

|  
En cas de symptomes avec forme d'actinomyose abdomino-  
pelvienne  
® Retrait du DI,  
# Traitement antibiotique (durée & 12 mois en fonction des diverses  
10-:alisatimmh  
G IV 10 & 20 millions d'unités internationales IV pendant

4 a 6 semaines [posologie adaptée au poids];

- relais par amoxicilline 1 g : 1 cp 2 fois/] pendant plusieurs mois;

- si allergie à la pénicilline : doxycycline, 100 mg/12h IV 4 3 &  
semaines,

relais par cp 200 mg/) pendant 4 & 12 mois.

» Drainage chirurgical : si échec des traitements antibiotiques.

Règles hygiénodietétiques

# Taillette intime externe exclusivement avec un savon neutre ou zalcain,  
» Jamais de douche intravaginale.  
\* Rapports protégés si forme symptomatique. |

L SURVEILLANCE -

\* Pas de nécessité d'un contrôle si patiente asymptomatique.

\* En cas de symptômes :

- Suivi à 1 mois évaluation de l'efficacité du traitement sur les  
symptômes  
[pertes vaginales, douleurs abdomino-pelviennes, diminution taille des  
abdomens,

Btc);

- consultation avec examen gynécologique régulier;  
- discuter d'une autre stratégie contraceptive,

I NOTES PERSONNELLES M

289

@@@ 299 @@@

Pathologies infectieuses

@@@ 300 @@@

## Gonorrhée

### I RAPPELS

La gonorrhée est une infection sexuellement transmissible (IST) due à une

bactérie, nommée *Neisseria gonorrhoeae* ou gonocoque. Cette infection est aussi nommée blennorragie. Elle peut devenir grave si elle n'est pas traitée.

Le nombre de diagnostics d'infection à gonocoque rapportée par le réseau RésIST continue à augmenter en 2017 (+ 21 %) par rapport à 2016, Cette augmentation s'observe chez les hommes homosexuels (+ 29 %), tandis qu'une faible diminution est observée chez les hétérosexuels -4 %; source : Santé publique France, décembre 2020

L'augmentation du nombre des diagnostics est plus marquée chez les personnes asymptomatiques que chez celles présentant des symptômes, ce qui est en faveur d'une augmentation du dépistage de l'infection.

Le taux national de dépistage est de 40,9 pour 1000 habitants, trois fois plus

élevé chez les femmes que chez les hommes (39,8 pour 1 000 vs 20,2 pour 1 000). L'activité de dépistage a augmenté en 2019 (+ 58 % par rapport à 2017, de façon plus marquée chez les hommes (+ 160 %) que chez les femmes (+ 41 %). Par classe d'âge, le dépistage augmente notamment chez les femmes âgées de moins de 25 ans (+ 92 %) et chez les hommes de moins

de 30 ans (+ 294 %; source : Santé publique France, décembre 2020,

### Diagnostic

\* Aucun symptôme (et plus fréquemment), découverte lors d'un bilan systématique d'IST ou pour infertilité.

\* Pertes vaginales à type de leucorrhées, cervicite, endométrite et fongique.

® L'endométrite.

» Facteurs favorisants - s'agissant d'une infection sexuellement transmissible, toutes les conduites à risque et rapports sexuels non protégés.

\* Le diagnostic est établi par la réalisation d'un prélèvement vaginal bactériologique ou urinaire (premier jet d'urines) et réalisation d'un examen direct puis culture avec antibiogramme afin d'éliminer les éventuelles résistances à certains antibiotiques.

\* 53 découverte impose [a recherche des autres 5T chez le sujet atteint  
ot  
son {58, 5e5) partenairelsh.

291

@@@ 301 @@@

## Pathologies infectieuses

### Objectif thérapeutique

# Eliminer les pertes et minimiser les conséquences 3 long terme [risque  
d'infertilité par salpingite et obturation tubairel.

» Rétablir la flore vaginale habituel la.

# Conseils d'hygiène appropriés.

= Education de prévention des IST.

### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

» Examen gynécologique a la recherche d'une autre origine organique  
associée des éventuelles leucorrhées (corps étranger, etc).

= Evaluation de l'abondance et l'aspect des pertes.

\* Evaluation des éventuels saignements associés.

» Eliminer les allergies potentielles,

\* Rechercher les autres infections sexuellement transmissibles et  
notamment  
dans le contexte de Mycoplasma genitalium, C. trachomatis et VIH.

» Information et traitement du partenaire.

### T PRESCRIPTIONS

#### Ordonnance

\* Toilette intime : savon doux au pH adapté.

» Antibiothérapie :

- ceftriaxone par voie intramusculaire 500 mg en dose unique;

ou

- adapter a l'antibiogramme si résistance.

\* Restauration de la flore vaginale :

- lactobacilles en gélules vaginales ou acide lactique &n gel vaginal  
pendant 5 & 7 jours ; & débuter après le traitement antibiotique;

- et/ou éventuellement 3 discuter en complément : probiotiques par

voie orale, 2 gélules/j pendant 7 & 15 jours puis éventuellement en

entretien 1 gélule/j pendant 14 jours. £

@@@ 302 @@@

Gonorrhée

B SURVEILLANCE

\* Pas de nécessité d'un contrôle si disparition des symptômes après traitement.

\* Consultation avec examen gynécologique et prélèvement vaginal cytotabac-  
tériologique si récidive.

\* Recherche de résistance à antibiothérapie prescrite si récidive.

IS NOTES PERSONNELLES

@@@ 303 @@@

Pathologies infectieuses

@@@ 304 @@@

Infection à Chlamydia trachomatis

I RAPPELS

Il s'agit d'une infection sexuellement transmissible (IST) due à une bactérie

Chlamydia trachomatis, particulièrement fréquente chez les hommes ou femmes jeunes (moins de 25 ans). En 2019, la prévalence était de 45,21 000 habitants de 15 ans et plus (données Santé publique France). La majorité des personnes testées en 2019 sont des femmes (75 %) avec un

taux de dépistage trois fois plus élevé (65,0 pour 1 000) que les hommes (23,4 pour 1 000). Chez les femmes âgées de moins de 25 ans, qui sont ciblées par

les recommandations de dépistage, le taux est encore plus important (1099 pour 1 000). Entre 2017 et 2019, le nombre de diagnostics d'infection à Chlamydia trachomatis a augmenté de 29 %. Cette progression est plus marquée chez les femmes de 15 à 24 ans (+41 %) et chez les hommes (+ 38 %)

Cette infection se développe fréquemment en l'absence de tout symptôme. Elle touche les hommes comme les femmes et peut entraîner de sérieuses complications, C'est l'une des premières causes de stérilité en France. Son

diagnostic est souvent tardif et survient parfois au-delà du délai d'incubation.

#### Diagnostic

- \* Aucun symptôme (présent 01 fois sur 2), découverte lors d'un bilan systématique d'IST ou pour infertilité.

- \* Partes vaginales 3 types de leucorrhées (cervicite mucopurulente), mais aussi possible cystalgies, urétrite, dyspareunie ou saignement gynécologique anormal.

- \* Maladie inflammatoire pelvienne (endométrite, salpingite, péritonite pelvienne, syndrome de Fitz-Hugh-Curtis) pouvant associer des degrés divers de fièvre, douleurs pelviennes ou abdominales et saignements gynécologiques anormaux,

- » Facteurs favorisants : s'agissant d'une infection sexuellement transmissible, toutes les conduites à risque et rapports sexuels non protégés,

- \* Prélèvement vaginal bactériologique ou urinaire (premier jet d'urines).

Techniques de biologie moléculaire avec PCR confirmer le diagnostic.

@@@ 305 @@@

#### Infection à Chlamydia trachomatis

##### B SURVEILLANCE

- \* Pas de nécessité d'un contrôle si disparition des symptômes après traitement.

- \* Consultation avec examen gynécologique et prélèvement vaginal cytotabac-  
tériologique si récurrence.

##### IS NOTES PERSONNELLES

@@@ 306 @@@

#### Pathologies infectieuses

@@@ 307 @@@

## Infection à Papillomavirus

### I RAPPELS

Plus de 80 % des femmes vont être en contact avec un papillomavirus (HPV) dès le début de leur vie sexuelle. Dans l'immense majorité des cas, le virus est éliminé par le système immunitaire et ne donnera aucune manifestation clinique ni pathologie. Cependant, le risque principal en cas de persistance du virus, en particulier s'il s'agit d'une souche oncogène, est le développement de lésions précancéreuses ou de carcinomes en l'absence de dépistage et de traitement au stade précancéreux. La présence de ce virus n'est pas associée à des signes cliniques particuliers (aucune perte anormale ou douleur pelvienne). D'autres souches de papillomavirus sont associées au développement de condylomes (vulvaires, vagin, col, anus, sphère ORL).

### Diagnostic

» Absence de symptôme dans la majorité des cas.

» Condylome d'aspect caractéristique, unique ou multiple (parfois floride en cas d'immunosuppression), très contagieux. Diagnostic via le dépistage national organisé depuis 2020 puisque les nouvelles recommandations sont de le rechercher chez les femmes de plus de 30 ans avant la réalisation d'un frottis cellulaire. Si ce dernier est négatif, cette recherche devra être renouvelée 3 ans plus tard (Figure). Avant 30 ans, la cytologie cervicale reste l'examen réalisé, et ce à partir de l'âge de 25 ans, puis à 26 ans et à 29 ans.

### Objectif thérapeutique

\* Condylome : éradication des lésions présentes.

» Prévention : vaccination empêchant l'infection par les principaux HPV oncogènes et les lésions pré-néoplasiques ou néoplasiques associées à ces HPV

### IS NOTES PERSONNELLES N

@@@ 308 @@@

## Pathologies infectieuses

### I PRESCRIPTIONS B

## Ordonnance

### Condylome

\* Imiquimod crème 5 % : 1 application 3 fois/semaine jusqu'à disparition du ou des condylomes.

\* Laser, électrocoagulation ou chirurgie - 2<sup>n</sup> fonction de la localisation ou de l'importance et du nombre des lésions (avis chirurgical, nécessite le plus souvent une anesthésie générale).

### Vaccination

Vaccin nonavalent (contre les types 1, 11, 14, 18, 31, 33, 45, 52, 58 :

- chez toutes les filles et tous les garçons de 11 à 14 ans révolus (schéma

2 doses : 2 doses espacées de 6 à 13 mois);

- un rattrapage possible pour tous les adolescents et jeunes adultes (hommes et femmes) de 15 à 19 ans révolus (schéma 3 doses : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois);

- chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes [H5H] jusqu'à l'âge de 26 ans (schéma 3 doses; 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois).

@@@ 309 @@@

### Infection à Papillomavirus

Figure - Algorithme de dépistage du cancer du col utérin par test HPV initial entre 30 et 45 ans (Recommandations INCA),

#### Résultat positif

1<sup>er</sup> temps Y -  
Examen cytologique réflexe

2<sup>ème</sup> temps Y .

Test HPV-HR 3 à 1 an

Résultat négatif

|

Test HPV-HR 4 à 5 ans Test HPV-HR 5 à 5 ans

\* Résultat négatif pour une lésion intra-épithéliale ou maligne.

IS MOTES PERSONNELLES I

@@@ 310 @@@

## Pathologies infectieuses

@@@ 311 @@@

### Infection génitale à mycoplasmes

#### I RAPPELS

Dans le contexte des infections génitales, il existe plusieurs types de mycoplasmes. La pathogénie de certains mycoplasmes est très débattue, citons le *Mycoplasma genitalium*, le *Mycoplasma hominis* et *Ureaplasma urealyticum*. Si *Mycoplasma genitalium* est clairement pathogène et entre dans le cadre des IST, la pathogénicité des deux autres mycoplasmes est controversée. Ils sont en effet commensaux du tractus uro-génital bas et sont présents respectivement chez environ 10 % et 30 % des femmes. La présence de mycoplasmes est retrouvée chez environ 13,3 % de la population française et est associée chez 3,4 % des patients dépistés pour *Chlamydia trachomatis*.

Cette infection se développe fréquemment en l'absence de tout symptôme. Elle touche les hommes comme les femmes et peut entraîner des complications notamment de type d'infertilité.

#### Diagnostic

- \* Aucun symptôme (le plus fréquemment), découverte lors d'un bilan systématique d'IST ou pour infertilité,

- \* Pertes vaginales dans le contexte d'une vaginose souvent associée à d'autres bactéries (*Gardnerella vaginalis*),

- » Cervicite avec pertes vaginales à type de leucorrhées, endométrite et/ou salpingite.

- \* L'écoulement,

- \* Facteurs favorisants : s'agissant d'une infection sexuellement transmissible, toutes les conduites sexuelles à risque et rapports sexuels non protégés,

- \* Le diagnostic est établi par la réalisation d'un prélèvement vaginal bactériologique ou urinaire (premier jet d'urines) et réalisation d'un examen direct puis culture.

- \* Le diagnostic de *Mycoplasma genitalium* est, par contre, établi le plus souvent par PCR,



@@@ 312 @@@

## Pathologies infectieuses

### Objectif thérapeutique

» Eliminer les pertes et minimiser les conséquences à long terme [risque d'infertilité par obturation tubaire).

» Rétablir la flore vaginale habituelle.

\* Conseils d'hygiène appropriés.

### B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\* Examen gynécologique.

# Evaluation de l'abondance et l'aspect des pertes.

« Evaluation des éventuels saignements associés.

\* Eliminer les allergies potentielles.

» Rechercher les autres infections sexuellement transmissibles et notamment

dans le contexte de *Mycoplasma genitalium*, *C. trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* mais aussi les sérologies VIH, hépatites et syphilis.

# Information et traitement du partenaire en cas de présence de *Mycoplasma genitalium*,

### B PRESCRIPTIONS B ]

#### Ordonnance

\* Toilette intime : savon doux au pH adapté.

\* Pas de traitement des formes asymptomatiques de *Mycoplasma hominis* ou *Ureaplasma urealyticum*.

\* En cas de symptômes ou présence de *Mycoplasma genitalium* – Anti-

– azithromycine 500 mg puis 250 mg pendant 4 jours (traitement de 5 jours);

ou

– doxycycline 100 mg, 1 cp 2 fois/j pendant 7 jours;

– Si résistance aux antibiotiques précédents | moxifloxacin 400 mg, 1 cp/j pendant 7 à 10 jours.

b

@@@ 313 @@@

## Infection génitale à mycoplasmes

## I SURVEILLANCE

» Pas de nécessité d'un contrôle si disparition des symptômes après traitement.

» Consultation avec examen gynécologique et prélèvement vaginal cytotabac-  
tériologique si récidive.

\* Recherche de résistance & l'antibiothérapie prescrite si récidive.

## I NOTES PERSONNELLES M

@@@ 314 @@@

## Pathologies infectieuses

@@@ 315 @@@

## Mycose vulvo-vaginale ou candidose

### B RAPPELS

Les mycoses vaginales sont dues à la présence de levures au niveau vaginal dont la plus fréquente est *Candida albicans* (70 à 90 % des cas). Son expression clinique correspond à un déséquilibre de la flore vaginale entraînant une prolifération des levures saprophytes. Il existe d'autres souches de levures mais qui sont nettement moins fréquentes. La mycose vaginale est une infection bénigne, fréquente, qui se traite facilement. Elle peut cependant survenir à répétition chez certaines femmes ou dans un contexte oncologique particulier notamment chez les femmes immunodéprimées. Dans 5 à 10 % des cas, les femmes auront plus d'un épisode.

### Diagnostic

» Pertes vaginales blanchâtres le plus souvent.

# Prurit vulvaire parfois invalidant.

\* Inflammation vaginale, vulvaire et/ou périnéale typiquement « en carte de géographie ».

\* Facteurs favorisants : traitement antibiotique dans les jours précédents, diabète, terrain immunodéprimé, baignade en piscine ou en mer, soins d'hygiène avec produits inadéquats.

\* Le diagnostic est établi par un examen clinique et la visualisation des symptômes précédents et/ou la réalisation d'un prélèvement vaginal bactériologique et réalisation d'un examen direct.

#### Objectif thérapeutique

- \* Soulager l'inflammation et le prurit vulvo-vaginal.
- » Eliminer les pertes.
- \* Rétablir la flore vaginale habituelle.
- » Congaillissements appropriés.

#### I PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

\* Examen gynécologique & la recherche d'une autre origine organique associée (gonorrhée, etc)

o7

@@@ 316 @@@

#### Pathologies infectieuses

- = Evaluation de l'abondance et l'aspect des pertes.
- » Evaluation des éventuels saignements associés.
- » Eliminer les allergies potentielles.
- » Détecter les facteurs favorisants pour les supprimer,

#### I PRESCRIPTIONS -

##### Ordonnance

- = Topilette intime @ savon doux au pH adapté.
- » Ovules de la classe des imidazoles :
- éconazole : 1 ovule & renouveler 3 jours plus tard;
- ou
- fenticonazole : 1 ovule & renouveler 3 jours plus tard;

ou

-sertaconazole : 1 ovule à renouveler 7 jours plus tard;

PLUS

- éconazole ou fenticonazole ou sertaconazole, crème : 1 application/j pendant 7 à 10 jours.
- \* Restauration de la flore vaginale :
- lactobacilles en gélules vaginales ou acide lactique en gel vaginal pendant 5 à 7 jours : 3 débuter après le traitement antimycosique;
- éventuellement & discuter en complément - probiotiques par

voie orale, 2 gélules/j pendant 7 à 15 jours puis éventuellement en  
administration 1 gélule/j pendant 14 jours.

\* En cas de mycoses & répétition

= vérifier l'absence de résistance à l'imidazole prescrit;

- vérifier l'absence d'autres pathologies (psoriasis, lichen vulvaire,  
etc);

- recherche d'un diabète et d'une immunodépression

- fluconazole, 1 cp de 150 mg/semaine pendant 6 mois.

-

1, En cas d'utilisation de préservatif en latex ou de diaphragme, risque  
de rupture ou

d'altération de ces deux types de contraceptions; En cas d'utilisation de  
spermicides

risque d'inactivation de la contraception locale.

2. A ne pas utiliser chez les femmes utilisant un traitement

antivitamine K en raison

du risque de surdosage et d'augmentation de l'IMR avec risque d'hémorragie.

aos

@@@ 317 @@@

Mycose vulvo-vaginale ou candidose

I SURVEILLANCE

» Pas de nécessité d'un contrôle si disparition des symptômes après  
traitement.

» Consultation avec examen gynécologique et prélèvement vaginal cyto-  
bactériologique si récurrence (recherche des résistances).

I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 318 @@@

Pathologies infectieuses

@@@ 319 @@@

Syphilis

## B RAPPELS

La syphilis est une infection sexuellement transmissible (IST) due à une bactérie *Treponema pallidum*. Si elle n'est pas traitée, elle peut toucher de nombreux organes dans sa phase tardive (cerveau, nerfs, cœur, vaisseaux artériels, yeux) et peut se transmettre au nouveau-né si la mère est infectée.

Grâce au réseau IST (RésIST) et à la déclaration obligatoire de cette pathologie, l'évaluation de la prévalence de cette infection est très surveillée.

Si le taux de dépistage de la syphilis a augmenté entre 2017 et 2019, notamment chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans, le nombre de diagnostics de syphilis est en légère diminution en 2019. Le taux de dépistage en 2017 est de 47,2 pour 1 000 habitants âgés d'au moins 15 ans, plus élevé chez les femmes que chez les hommes (60,7 pour 1000 vs 324 pour 1 000 respectivement). Par ailleurs, 1/3 environ des personnes diagnostiquées pour une syphilis sont co-infectées par le VIH [Réseau RésIST; données Santé publique France].

### Diagnostic

» Transmission : la bactérie ne survivant pas à l'air libre, la transmission se fait par contact direct.

\* Les symptômes de la syphilis apparaissent selon 3 phases :

- syphilis primaire caractérisée par une ulcération indolore & fond induré d'un diamètre de 5 à 15 mm de la peau des muqueuses. Ce chancre apparaît environ 3 semaines après le contact, il passe souvent inaperçu et disparaît spontanément;

- syphilis secondaire se manifeste par des éruptions cutanéo-muqueuses, la classique roséole syphilitique (éruption maculeuse rose pâle du tronc disparaissant en 1 à 2 mois) ou plus tardivement par des atteintes cutanées à types de papules et des atteintes de différents organes (iléite, rétinite, polyadénopathie, articulation, foie, etc.);

- syphilis tertiaire est exceptionnelle. Elle touche différents organes et notamment le cerveau (neurosyphilis) et les artères (aortite),

\* Le diagnostic de syphilis nécessite un examen médical et une confirmation par une prise de sang. La sérologie est indispensable au diagnostic : test tréponémique quantitatif TPHA (ELISA ELISA) confirmé par un test non tréponémique (VDRL/RPR).

mn

@@@ 320 @@@

## Pathologies infectieuses

» Facteurs favorisants : s'agissant d'une infection sexuellement transmissible,  
toutes les conduites à risque et rapports sexuels non protégés.

### Objectif thérapeutique

# Traiter le plus rapidement possible pour éviter l'apparition d'une syphilis  
secondaire ou tertiaire.

\* Conseils concernant les conduites sexuelles à risque.

## B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

# Examen gynécologique systématique.

» Éliminer les allergies potentielles.

» Rechercher les autres infections sexuellement transmissibles.

\* Information et traitement du partenaire.

## I PRESCRIPTIONS - T

### Ordonnance

Maous ne traiterons dans ce chapitre que le traitement de la première phase de la maladie.

\* Antibiothérapie : pénicilline G retard.

Benzathine-benzylpénicilline, 1 injection intramusculaire de 2,4 millions d'unités ou 2 injections dans chaque fesse de 1,2 million d'unités.

\* Antibiothérapie, si allergie pénicilline :

- dextrochloramphénicol 200 mg/j pendant 14 jours;

- essayer désensibilisation à la pénicilline si possible (avis spécialisé).

\* Abstinence ou rapports protégés jusqu'à guérison,

### Règles hygiéno-diététiques

\* Traitement du partenaire indispensable, pour éviter les transmissions.

\* Utilisation du préservatif indispensable.

N2

@@@ 321 @@@

## Syphilis

### I SURVEILLANCE

- \* Surveillance biologique ; décroissance du VDRL.
- # S réascension : recharcha une nouvelle contamination.

### I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 322 @@@

## Pathologies infectieuses

@@@ 323 @@@

## Vaginose

### BT RAPPELS

La vaginose est un déséquilibre de la flore microbienne du vagin. Elle se caractérise par la disparition de la flore habituelle (essentiellement lactobacilles) permettant le développement de germes en plus grand nombre essentiellement anaérobies et le plus souvent le *Gardnerella vaginalis*.

5a  
prévalence augmente chez les fumeuses.

### Diagnostic

\* Partes vaginales d'abondance variable malodorantes (s hêtre » « poisson #), inconfortables associés ou non à un prurit vaginal. Plus rarement douleurs vaginales ou érythème vulvaire.

\* Facteurs favorisants ; douches vaginales ou utilisation de savons ou gels  
douche non adaptés,

\* Le prélèvement bactériologique est dans la plupart des cas inutile sauf en cas de vaginose à répétition afin de rechercher une co-infection et chez la femme enceinte où il peut favoriser des complications obstétricales.

### Objectif thérapeutique

» Eliminer les pertes et les mauvaises odeurs et rétablir la flore vaginale

habituelle.

» Conseils d'hygiène appropriée.

#### B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

\* Examen gynécologique la recherche d'une origine organique (corps étranger, etc.). Évaluation de l'abondance et l'aspect des pertes.

Recherche

de l'absence de saignement associé.

\* Éliminer les allergies potentielles.

#### I NOTES PERSONNELLES N

35

@@@ 324 @@@

Pathologies infectieuses

#### B PRESCRIPTIONS -

Ordonnance

\* Toilette intime : savon doux au pH adapté.

\* Traitement de la vaginose

- soigner par ovules : métronidazole ovules, 1 ovule/j pendant 7 à 10 jours;

- 500 mg par comprimé :

» tinidazole, métronidazole comprimés : 4 cp en 1 prise unique ou 1 g pendant 7 jours;

= secnidazole : 1 sachet-dose en 1 prise unique.

\* Restauration de la flore vaginale :

- lactobacilles en gélules vaginales ou acide lactique en gel vaginal pendant 5 à 7 jours - & débuter après le traitement d'ovules de métronidazole;

= association à une œstrogénothérapie locale si nécessaire (ovules ou gel vaginal [contexte de ménopause par exemple]).

Règles hygiéno-diététiques

\* Toilette intime à l'eau savonneuse avec un savon adapté.

» Traitement du partenaire habituellement non nécessaire.

#### I SURVEILLANCE B

® Pas de nécessité d'un contrôle si disparition des symptômes après traitement.

» Consultation avec examen gynécologique et prélèvement vaginal cytotactériologique si récurrence.

#### I NOTES PERSONNELLES M



@@@ 325 @@@

Vulvites de la petite fille non pubère

## B RAPPELS

Les vulvites et les vulvo-vaginites sont les motifs les plus fréquents de consultation en gynécologie pédiatrique. Il s'agit d'une pathologie bénigne favorisée par les particularités anatomiques de la petite fille dues le plus souvent à des germes anaérobies (germes avoisinants). Les mycoses à *Candida albicans* ne concernent pas la fillette non pubère (en dehors de cas particuliers tels que le diabète ou une immunodépression), car l'hypoestrogénie favorise le développement de la flore anaérobie inhibant son développement.

## Diagnostic

- \* Brûlures, douleurs vulvaires, dysurie sans pollakiurie.
- \* Pertes blanches, jaunâtres, brunes ou vertes non malodorantes.  
» Absence de sang.
- \* Lésions érythémateuses des grandes lèvres, du périnée pouvant aller jusqu'à la marge anale.
- \* Facteurs favorisants : particularité anatomique physiologique de la petite fille (pas de petites lèvres ni de pilosité), fragilité de la muqueuse vulvaire sans imprégnation estrogénique, manque d'hygiène à l'âge d'apprentissage de la propreté autonome (pic de fréquence entre 3 et 5 ans).
- \* Le diagnostic est établi par simple inspection de la région périnéale et ne nécessite que très rarement des examens complémentaires comme un prélèvement bactériologique. Toutefois la suspicion d'un corps étranger intra-vaginal peut nécessiter un examen plus poussé,

## Objectif thérapeutique

- » Soulager l'inflammation et le prurit vulvo-vaginal,
- » Conseils d'hygiène appropriés (éviter toilette à la lingette, au gant, & l'eau sans savon, bains moussants).

## I PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT —

¢ Eliminer la présence d'un corps étranger intravaginal (pertes vaginales abondantes souvent siriées de sang, malodorantes).

nr

@@@ 326 @@@

## Pathologies infectieuses

= Eliminer le principal diagnostic différentiel : lichen scléreux vulvaire,  
\* Recherche d'une cytose, association très fréquente.

## I PRESCRIPTIONS

### Ordonnance

\* Toilettage vulvaire correct : & main nue, avec savon neutre, rinçage abondant et séchage minutieux.

\* Si irritation importante, crème antibiotique après la toilette ; fusidate de sodium 2 %, 1 application 2 fois/j jusqu'à guérison.

\* Si pertes importantes @ néomycine sulfate 35 000 UI 4+ nystatine 100 000 UI + polymyxine B sulfate 35 000 U, capsules molles vaginales : une capsule le soir au coucher 6 jours (forme adaptée aux petites filles).

\* Traitement antiparasitaire systématique lors du premier épisode : flubendazole 100 mg, 1 cuillère mesure ou 1 cp en prise unique à renouveler 15 jours après pour éviter une ré-infestation par les œufs qui ne sont pas détruits par le médicament.

## I SURVEILLANCE

\* Pas de nécessité d'un contrôle si disparition des symptômes après traitement.

» Récidive fréquente du fait des particularités anatomiques de la petite fille non pubère.

» Amélioration spontanée vers l'âge de 10 ans en raison de l'apparition des premiers signes pubertaires.

## I NOTES PERSONNELLES

@@@ 327 @@@

Pelvis

Ny

@@@ 328 @@@

@@@ 329 @@@

Adénomyose

#### I RAPPELS

L'adénomyose correspond à l'invasion du myomètre par des cellules endométriales. Sa fréquence est difficile à estimer pour plusieurs raisons. En effet, en fonction de la population étudiée il existe une grande variation; Ainsi chez les femmes hystérectomisées la prévalence est estimée entre 20 et 30% alors que pour d'autres études et d'autres populations cette estimation peut atteindre 70 %. Les progrès de l'imagerie, à la fois échographique et IRM, et les variations des définitions de l'adénomyose pour ces deux examens, pourraient contribuer à expliquer ces différences.

Plusieurs phénotypes d'adénomyose ont été décrits. Il faut ainsi distinguer :

- l'adénomyose diffuse (myomètre interne) avec une zone de jonction > 12 mm et un rapport zone de jonction-myomètre > 0%

- l'adénomyose focale (myomètre externe) correspondant à un nodule ou masse sous-séreuse développée au dépend du myomètre et séparée de la zone jonctionnelle par une zone de myomètre sain.

La physiopathologie de l'adénomyose fait l'objet de différentes hypothèses non consensuelles à ce jour. L'adénomyose est fréquemment associée à l'endométriose,

L'adénomyose se manifeste par deux principaux symptômes ; les douleurs et les saignements. Elle peut être découverte fortuite dans un contexte d'infertilité.

## Diagnostic

Il est porté par :

- l'interrogatoire recherchant une dysménorrhée sévère et souvent résistante aux antalgiques de palier I, souvent associée à des saignements abondants (adénomyose diffuse). Les douleurs deviennent au fil du temps chroniques. Le diagnostic peut être porté dans un contexte d'infertilité (adénomyose focalisée). Dans environ 30 % des cas, l'adénomyose est asymptomatique;
- l'examen clinique peut être strictement normal. On retrouve parfois un nodule perceptible au niveau d'un cul-de-sac vaginal;
- l'échographie pelvienne et fou l'EM pelvienne vont permettre de caractériser les lésions,

N

@@@ 330 @@@

## Pehis

Objectif thérapeutique

\* Dépend des symptômes.

# Diminution, voire disparition, des douleurs.

\* Diminution des saignements douloureux avec parfois nécessité d'une aménorrhée thérapeutique dans les formes très sévères,

® Prise en charge de l'infertilité.

## B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT E-

\* Évaluer la sévérité des symptômes.

» Rechercher une anémie si ménorragies importantes,

» Rechercher une endométriose associée qui permettra d'orienter la stratégie thérapeutique.

\* En fonction des stratégies thérapeutiques proposées, éliminer les contre-indications vasculaires (COP), gastriques (et IM5).

## EE— PRESCRIPTIONS B

\* Si adénomyose asymptomatique, aucun traitement n'est nécessaire, aucune étude ayant évalué l'impact d'une thérapie hormonale sur l'évolution de l'adénomyose. La surveillance ne sera que clinique, rarement par échographie pelvienne.

\* Si la découverte de l'adénomyose a lieu dans un contexte d'infertilité, la chirurgie peut être discutée en fonction des lésions et notamment d'une adénomyose localisée (adénomyome utérin) pouvant gêner les

mécanismes d'implantation de l'embryon,

Ordonnance

Traitement antalgique si douleur

\* Flurbiprofène 100 mg : 1 cp 3 fois);

ou

\*» Acide méfénamique 250 mg : 7 gélules 3 fois/j;

ou

\* Naproxène 550 mg : 1 cp 2 fois).

322

@@@ 331 @@@

Adénomyose

Traitement des saignements

» La première stratégie chez les femmes n'ayant pas de désir de grossesse est le DIU au lévonorgestrel & poser au moment des règles :

- 52 mg chez les femmes ayant déjà eu des enfants (durée 5 ans);
- 19,5 mg ou 13,5 mg chez les femmes ayant un plus petit utérus (en particulier les nullipares); durée efficace 5 ans et 3 ans respectivement.

» COP quel que soit le type : supériorité très probable de l'utilisation en

continu par rapport à une prise cyclique (cf. fiche « Contraception œstro-progestative »)

ou

# Microprogestatif : préférer désogestrel ou drospirénone en éliminant les comprimés placebo (cf. fiche « Contraception progestative »)

ou

» Acétate de chlormadinone 10 mg. 1 cp/j (évaluation de la balance

bénéfice-risque) AMM confirmée en évaluant la balance bénéfice-risque compte tenu du risque de méningiome augmentant avec l'âge.

À discuter

Traitement des conséquences des ménorragies :

- bilan biologique ; NFS, Ferritinémie;
- substitution en fer si anémie : fer 50 mg ou 80 mg, 1 cp/j;
- si intolérance, modifier le type de fer ; fumarate ferreux cp 200 mg, 1 cp/j;
- la durée dépend de la profondeur de l'anémie et de la réserve en fer,

EE- SURVEILLANCE S —

» Évaluer rapidement l'efficacité des traitements sur les douleurs.

\* Evaluer l'efficacité des traitements sur l'abondance des saignements et la recharge en fer : disparition de l'anémie ferriprive.

\* Surveillance de la tolérance digestive si prescription AINS.

» Consultation à 3 mois ; évaluer la disparition des symptômes, la stabilisation des lésions (examen pelvien si lésion palpable), la meilleure qualité de vie.

33

@@@ 332 @@@

Pahyis

» Si échec, modification des stratégies thérapeutiques proposées : discuter avec la patiente des alternatives à la chirurgie (hystérectomie) en fonction de son âge, de son désir de grossesse.

® Suivi régulier de la tolérance et gynécologique si prescription d'un traitement hormonal au long cours.

IS NOTES PERSONNELLES I

@@@ 333 @@@

Endométriose

B RAPPELS

L'endométriose est une pathologie dont la fréquence est estimée à 3-10 %. Ainsi, 1 femme sur 10 souffrirait d'endométriose (symptomatique ou asymptomatique).

L'endométriose correspond à la présence de tissu endométrial associant cellules endométriales et stromales en dehors de la cavité utérine,

Le plus fréquemment, ce tissu ectopique est situé au niveau du péritoine pelvien, des ovaires et de la cloison rectovaginale, mais d'autres localisations

sont possibles; digestives (rectum, sigmoïde, colon), ombilicales, inguinales,

musculaires et thoraciques (diaphragme, plèvre, poumon), responsables de pneumothorax cataméniaux le plus souvent à droite.

Plusieurs hypothèses physiopathologiques ont été avancées pour expliquer et comprendre cette pathologie. La plus consensuelle correspond au reflux des cellules endométriales lors des règles via les trompes vers les organes

de voisinage et les organes à distance. Trois grands types de phénotypes d'endométriose, pouvant coexister, sont classiquement décrits.

\* L'endométriose superficielle comportant des implants péritoneaux pelviens,

\* L'endométriose profonde infiltrant la musculature des organes pelviens, initialement le torus utérin, les ligaments utérosacrés, les culs-de-sac vagi-

naux (en particulier le cul-de-sac postérieur), et les organes de voisinage

(rectum, urètres, vessie).

\* L'endométriose correspondante à la localisation ovarienne.

L'endométriose se manifeste par des symptômes variables, dépendant de sa localisation. Le retard au diagnostic est estimé à plus de 7 ans. En effet,

la dysménorrhée, symptôme principal initial, est souvent considérée comme physiologique et banale, notamment chez les jeunes femmes.

Diagnostic

Il est porté par :

- l'interrogatoire recherchant dysménorrhée sévère et souvent résistante aux

antalgiques de palier I, dyspareunie profonde, des douleurs urinaires, des

dyschésies associées ou non à des diarrhées cataméniales et des rectorragies. Les douleurs deviennent au fil du temps chroniques. La symptomatologie douloureuse n'est pas corrélée à la taille et au nombre des lésions. La

325

@@@ 334 @@@

Pelvis

recherche de douleur scapulaire droite cataméniale est aussi utile à la recherche d'une localisation diaphragmatique ou pulmonaire;

- I bilan réalisé dans un contexte d'infertilité;

- L'examen clinique, souvent douloureux, retrouve parfois des nodules des culs-de-sac vaginaux et une douleur au niveau du cul-de-sac postérieur;

+ l'échographie pelvienne et/ou l'IRM pelvienne permettant de caractériser les lésions,

Objectif thérapeutique

Dépend des symptômes :

- diminution voire disparition des douleurs;
- stabilisation des Msiens;
- prise en charge de l'infertilité avec proposition de préservation de la ferti-  
lité.

#### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

& Evaluer la sévénté des symptômes.

» Rechercher une pathologie endométriale associée (adénomyose) qui per-  
metira d'orienter la stratégie thérapeutique.

\* En fonction des stratégies thérapeutiques proposées, &liminer les  
contre-  
indications vasculaires [COF) et gastriques [(AINS).

#### BT PRESCRIPTIONS

@@@ 335 @@@

#### Endométriosa

##### Ordonnances

Douleur sans nécessité de contraception

» Paracétamol 1 g : 1 cp 3 fois/j (cependant rarement efficace dans ce  
contexte clinique).

ET/OU

\* Flurbiprofène 100 mg : 1 cp 3 foisf);

ou

\* Acide méfénamique 250 mg : 2 gélules 3 fois/],

ou

» Naproxène 550 mg : 1cp 2 fois/].

ET/OU

\* Traiterment hormonal visant 3 substituer la phase lutéale :

- progestérone 200 mg : 1 gélule/) du 16° au 25° jour du cycle;

fl"\_ dydrogestérone 10 mg : 2 cp/| du 18° au 25° jour du cycle.

Douleurs persistantes et/ou désir de contraception

» COP quel que soit |2 type : supériorita très probable de Nutilisation  
en

conting par rapport & une prise cyclique (cf. fiche « Contraception  
cestro-

progestative ).

» Microprogestatif : quelle que soit la voie d'administration (cf. fiche  
¢ Contraception progestative ).

;Diiivngut 1 epdj tous les jours; pas d'étude calculant un indice de  
earl.

\* DIU au lévonorgestrel a insérer pendant la période des règles (surtout



en cas d'adénomyose associée [cf. fiche]).

\* OU si intolérance ou contre-indication aux thérapeutiques précédentes  
acétate de chlormadinone 10 mg, 1 co/j (évaluation de la balance  
bénéfice-risque), AMM confirmée en évaluant la balance bénéfice-risque

compte tenu du risque de méningiome augmentant avec l'âge. %

i

@@@ 336 @@@

Pelvis

Dans les cas plus résistants ou en cas d'échec des stratégies  
thérapeutiques précédentes

\* Triptoréline 3 mg ou leuproréline 3,75 mg : 1 injection  
intramusculaire  
4 faire en deuxième partie de cycle (pour éviter l'effet flaire initial)  
et &  
renouveler tous les 28 jours pour une durée & déterminer en fonction de  
la situation clinique.

» Triptoréline 11,25 mg ou leuproréline 11,25 mg : 1 injection intramus-  
culaire & faire en deuxième partie de cycle [pour éviter l'effet flaire initial)  
durée 3 mois & renouveler éventuellement en fonction de la situation  
clinique.

Habituellement utiliser sur de courtes périodes pour éviter les risques  
de  
l'hypostrogénie profonde puis relais par une autre stratégie.

BT SURVEILLANCE

= Evaluer rapidement l'efficacité des traitements sur les douleurs.

» Surveillance de la tolérance digestive si prescription AINS,

\* Consultation 3 3 mois : évaluer la disparition des symptômes, la  
stabilisa-  
tion des lésions (examen pelvien), la meilleure qualité de vie,

# Si échec, modification des stratégies thérapeutiques proposées :  
discuter  
avec la patiente des alternatives & la chirurgie en fonction de son âge,  
de  
son désir de grossesse.

# Informer sur la nécessité d'une éventuelle préservation de la fertilité,

® Suivi régulier de la tolérance et gynécologique si prescription d'un  
traite-

ment hormonal au long cours.

## I NOTES PERSONNELLES M

@@@ 337 @@@

Endométriose : cas particulier  
de l'endométriose thoracique

## B RAPPELS N

L'endométriose thoracique constitue une petite fraction de l'ensemble des localisations de l'endométriose mais, de par sa particularité, son diagnostic est important à poser rapidement et sa prise en charge doit être connue des médecins.

Le tissu ectopique se localisant au niveau du diaphragme, de la plèvre ou du tissu pulmonaire, les conséquences cliniques peuvent être majeures. La localisation pulmonaire droite préférentielle est facilement expliquée par la théorie du reflux menstruel à travers les trompes puis dans le péritoine avec ascension vers la coupole diaphragmatique droite; cependant des localisations gauches existent mais sont moins fréquentes pouvant être expliquées par d'autres hypothèses physiopathologiques et en particulier le passage veineux ou lymphatique de cellules endométriales infiltrant secondairement d'autres organes.

## Diagnostic

Il est porté par les mêmes critères que pour le diagnostic d'endométriose pelvienne (toujours à rechercher dans ce contexte), mais en citant plus particulièrement :

- = la recherche de douleur scapulaire droite cataméniale
- l'existence de pneumothorax antérieurs et en particulier cataméniaux;
- la survenue d'hémoptysie cataméniale
- l'imagerie à la recherche d'implants endométriaux au niveau du diaphragme par IRM thoracique centrée sur les coupoles constitue l'examen de référence.

## Objectif thérapeutique

Dépend des symptômes ;

- diminution des douleurs scapulaires;

- éviter la survenue et/ou récurrence de pneumothorax si existence antérieure;  
= stabilisation des lésions si peu importantes.

@@@ 338 @@@

FPelvis

BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

# Evaluer la sévérité des symptômes.  
# Rechercher une pathologie endométriale associée (endométriose et/ou adénomyose)

\* En fonction des stratégies thérapeutiques proposées, éliminer les contre-indications vasculaires et/ou pathologies hormonodépendantes.,

BT PRESCRIPTIONS

La question d'un traitement spécifique de l'endométriose thoracique se pose. La patiente est prise en charge en chirurgie thoracique soit par drainage d'un pneumothorax, soit essentiellement par une chirurgie de résection suivie d'un talcage de la plèvre permettant une symphyse pleurale minimisant ainsi le risque de récurrence de pneumothorax. Dans ce contexte, un traitement antigonadotrope puissant est nécessaire pendant une période d'environ 3 mois afin d'éviter tout risque de saignement et ainsi permettre une bonne cicatrisation des lésions opérées.

Ordonnances

Traitement hormonal antigonadotrope (en postopératoire immédiat; les

COP étant contre-indiquées en raison de risque vasculaire après une

chirurgie) :

- acétate de chlormadinone 10 mg, 1 cp/] [évaluation de la balance bénéfice-risque, AMM confirmée en évaluant la balance bénéfice-risque compte tenu du risque de méningiome augmentant avec l'âge;  
- triptoréline 11,25 mg ou leuproréline 11,25 mg, 1 injection intramusculaire 3 fois en deuxième partie de cycle (pour éviter l'effet flare up initial) indication en cas d'échec de la stratégie thérapeutique précédente.

La durée du traitement est en général de 3 à 4 mois puis il est relayé par le traitement plus classique de l'endométriose (cf. fiche « Endométriose »),

@@@ 339 @@@

Endométriose : cas particulier de l'endométriose thoracique

## I SURVEILLANCE

\* Evaluer rapidement l'efficacité des traitements sur l'absence de saignement et de douleurs.

\* Consultation & 1 puis 3 mois en alternance avec le chirurgien thoracique  
pour ;

- 5'assurer de l'absence de récurrence pulmonaire;

- évaluer la disparition des symptômes;

- confirmer la stabilisation des lésions si endométriose pelvienne associée;

- si prolongation du traitement progestatif proposé en première intention;

vérifier à chaque consultation les signes éventuels de méningiome essentiellement troubles visuels et céphalées inhabituelles ;

- 5 traitement par agoniste du GnRH, identifier et traiter si possible par des

méthodes non hormonales les symptômes du syndrome climatérique (bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, asthénie, etc);

- En cas de sécheresse vaginale, traitement local hydratant et oestrogénique possible.

\* Suivi régulier de la tolérance et gynécologique si prescription d'un traitement hormonal au long cours.

## I NOTES PERSONNELLES N

aan

@@@ 340 @@@

Pelvis

@@@ 341 @@@

Fibromes utérins

## I RAPPELS

Les fibromes utérins sont des pathologies bénignes très fréquentes, de découverte le plus souvent fortuite car asymptomatiques (50 à 80 % des cas).

Ils sont constitués de cellules myométriales et de fibroblastes. Leur physiopathologie est mal connue mais un terrain d'hyperestrogénie, systémique ou locale, est fréquemment évoqué pour expliquer leur survenue. Il existe différents types de fibromes classés selon leur localisation (Tableau).

Cette classification est importante à connaître car elle contribue à expliquer les différents symptômes cliniques qui peuvent survenir. Il peut, exceptionnellement, exister d'autres localisations extra-utérines (ovaire, col utérin, poumon).

Cette classification est importante à connaître car elle contribue à expliquer les différents symptômes cliniques qui peuvent survenir. Il peut, exceptionnellement, exister d'autres localisations extra-utérines (ovaire, col utérin, poumon).

Cette classification est importante à connaître car elle contribue à expliquer les différents symptômes cliniques qui peuvent survenir. Il peut, exceptionnellement, exister d'autres localisations extra-utérines (ovaire, col utérin, poumon).

Cette classification est importante à connaître car elle contribue à expliquer les différents symptômes cliniques qui peuvent survenir. Il peut, exceptionnellement, exister d'autres localisations extra-utérines (ovaire, col utérin, poumon).

Tableau - Classification FIGO des fibromes.

0 | Intracavitaire pédiculé

= 5% à 10% sous-muqueux

2 50 % 3 sous-muqueux

Interstitiel avec contact de l'endomètre

Interstitiel pur

et gl P --

Sous-séreux < 50% intramural

Sous-séreux > 50 % intramural

Sous-séreux pédiculé

et o

8 Autres localisations ; cervical par exemple

Plusieurs symptômes peuvent faire évoquer le diagnostic :

- les ménorragies ou métrorragies lorsque le fibrome affleure la cavité

utérine (fibrome 0 & 2-3). Une anémie ferriprive est souvent associée;

- une pesanteur pelvienne en rapport avec la taille augmentée de l'utérus, avec la visualisation d'une masse pelvienne;

- des troubles urinaires à type de pollakiurie ou digestifs (constipation), très

rarement un événement thromboembolique veineux, du fait des compressions des organes de voisinage (vessie, tube digestif, vaisseaux iliaques);

## Pelvis

- des douleurs aiguës, d'apparition brutale évocant :
  - = soit une torsion d'un fibrome séreux pédiculé (fibrome 7),
  - » soit une nécrobiose aseptique du fibrome : tableau souvent marqué par une discrète fébricule associée.

## Diagnostic

Il est porté par

- l'examen clinique retrouvant un utérus augmenté globalement de volume, bosselé dans certains cas et/ou la palpation d'une masse d'un cul-de-sac vaginal au toucher vaginal;
- l'échographie pelvienne permettant de caractériser les lésions (nombre, taille, localisation);
- l'IRM pelvienne en 2° intention et en fonction des symptômes souvent réalisée en préopératoire.

## Objectif thérapeutique

Dépend des symptômes :

- saignements : traitement médical pour diminuer l'abondance des saignements et gérer l'éventuelle anémie ferriprive;
- stabilisation des fibromes;
- prise en charge des douleurs en fonction du diagnostic établi (torsion, nécrobiose).

## B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

« Evaluer de la sévérité des saignements.

» Rechercher une pathologie endométriale associée (hypertrophie de l'endomètre).

\* En fonction des stratégies thérapeutiques proposées, éliminer les contre-indications vasculaires (antifibrinolytique) et gastriques (AINS).

## I NOTES PERSONNELLES

@@@ 343 @@@

## Fibromes utérins

### I PRESCRIPTIONS

Si fibrome asymptomatique, abstention thérapeutique : surveillance de

L'évaluation des fibromes (taille) par échographie pelvienne.

## Ordonnance

### Saignements

» Acide tranexamique cp 500 mg : # cp 2 & 3 fois/ ) pendant 3 & 5 jours durant la période du saignement (règles).

= DIV au lévonorgestrel 3 insérer pendant la période des règles (si l'état de la cavité le permet).

» Triptoréline 11,25 mg ou leuproréline 11,25 mg : 1 injection intramusculaire 3 faire en deuxième partie de cycle (pour éviter l'effet flaire up initial)

indication en préopératoire.

ou

\* Acétate de chlormadinone 10 mg : 1 cp/j (évaluation de la balance bénéfice-risque) AMM en préopératoire pour une courte période.

Pesanteur ou compression des organes de voisinage :

» Discuter les alternatives la chirurgie en fonction de l'âge de la patiente

et du désir de grossesse : alternative possible | embolisation.

» Indication & une chirurgie.

\* Triptoréline 11,25 mg ou leuproréline 11,25 mg, 1 injection intramusculaire A faire en deuxième partie de cycle (pour éviter l'effet flaire up initial)

indication en préopératoire.

Torsion d'un fibrome sous-séreux pédiculé | 7 ou

fibrome pédiculé intracavitaire (type 0) ou volumineux

fibrome sous-muqueux (types 1-2)

Indication & une chirurgie rapide.

Mécanobiose utérine

» Nécessite souvent une hospitalisation en raison de la douleur.

5. Antalgiques - paracétamol 1 g, 3 fois/ ), si insuffisant antalgiques de

palier.

»

@@@ 344 @@@

## Pelvis

### I SURVEILLANCE

\* Evaluer rapidement l'efficacité du traitement si saignement; vérifier la normalisation du taux d'hémoglobine.

\* Surveillance de la tolérance digestive aux AINS,

o Consultation 3 3 mois : évaluer la disparition des symptômes, la stabilisa-

tion des lésions (examen pelvien), la meilleure qualité de vie,

# Si échec, modification des stratégies thérapeutiques proposées :  
discuter  
avec la patiente des alternatives 3 la chirurgie et notamment  
l'embolisation  
en fonction de l'âge, du désir de grossesse.

\* Suivi régulier de la tolérance et gynécologique si prescription d'un  
traitement hormonal au long cours,

I MOTES PERSONNELLES N

@@@ 345 @@@

Kyste fonctionnel ovarien

B RAPPELS

Les kystes fonctionnels ovariens sont des pathologies bénignes fréquentes  
chez les femmes en période d'activité génitale. Le principal problème est  
de  
les distinguer des kystes organiques et du redoutable cancer de l'ovaire  
qui  
méritent un traitement spécifique et ne seront pas traités ici. Les  
arguments  
cliniques et les examens complémentaires permettent le plus souvent d'en  
établir le diagnostic. Ils peuvent récidiver, être de taille importante  
occasion-  
nant des douleurs. De façon plus exceptionnelle, ils peuvent se rompre ou  
se tordre entraînant un tableau aigu de douleurs pelviennes majeures 3  
prendre en charge rapidement chirurgicalement.

Certains traitements hormonaux, et notamment contraceptifs, augmentent  
le risque de kyste fonctionnel imposant leur modification,

Un traitement antigonadotrope adapté est utile en cas de kystes  
fonctionnels  
récidivants.

La fréquence des kystes fonctionnels est difficile à estimer compte tenu  
de  
leur caractère le plus souvent asymptomatique. En France, la chirurgie  
pour  
kystes ovariens de toute nature a estimé leur fréquence à 25 %. Plus  
précisément et à partir d'examen systématique chez des femmes en bonne  
santé,  
cette incidence serait estimée à 7 %,

Diagnostic

\* La définition repose sur des critères principalement échographiques



- masse ovarienne liquidienne pure de taille > 30 mm de diamètre et < 6 cm dans la plupart des cas;

- des images de plus petite taille, purement liquidiennes sont de simples follicules ovariens ne nécessitant ni contrôle ni prise en charge spécifique;

- Sans végétation intrakystique ni composante solide ou paroi épaisse;

- uniloculaire

- de disparition spontanée en moins de 3 mois.

» Il est important d'effectuer un interrogatoire minutieux et un examen clinique

à la recherche d'arguments orientant vers le caractère fonctionnel du kyste.

\* Interrogatoire :

- âge de la patiente;

- existence d'un traitement hormonal (COP, microprogestatif, DIU cuivre ou lévonorgestrel, macroprogestatif, etc.);

iz

@@@ 346 @@@

FPelvis

- rechercher les signes cliniques associés pouvant faire évoquer une origine

non fonctionnelle ;

= asthénie,

+ douleurs abdominales et pesanteur pelviennes,

= Signes associés d'hypersécrétion estrogéniques (mastodynies) ou androgéniques (hirsutisme acné par exemple).

\* Examen clinique ;

- examen pelvien : normal en cas de kyste fonctionnel;

- examen mammaire (recherche de tension mammaire),

Objectif thérapeutique

= Disparition du kyste fonctionnel ou des kystes fonctionnels.

\* Adapter la contraception si cette dernière est à risque de kyste fonctionnel ;

- en recherchant un meilleur équilibre hormonal permettant une action antgonadotrope plus puissante ;

- en particulier chez les jeunes femmes adolescentes où l'axe gonadotrope

n'est pas encore totalement mature.

\* Prise en charge souvent chirurgicale uniquement si contexte de rupture, torsion ou douleur majeure.

## I PRESCRIPTIONS

### Ordonnance

\* Il est possible de s'abstenir de traitement hormonal ou antidouleur si la kyste fonctionnel est asymptomatique de découverte fortuite et de taille modérée. Mais il est fondamental de s'assurer de la disparition du kyste - échographie pelvienne à réaliser 3 mois plus tard.

\* En cas de kyste douloureux, s'assurer de la non-rupture ou torsion.

- En l'absence de traitement hormonal, proposer une COP ou un traitement ponctuel progestatif antigonadotrope

» COP contenant 30 µg + lévonorgestrel 150 µg : 1 cp/j pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp placebo; remboursé par l'Assurance maladie; ;Hihhldhndimm'lf'lg: 1 cpf) &n continu pendant mois.

>

@@@ 347 @@@

### Kyste fonctionnel ovarien

- En cas de traitement hormonal en cours

« modification du type de COP en particulier chez la jeune femme,

permettant un meilleur blocage de l'axe gonadotrope - switch

d'une COP contenant EE 20 µg + lévonorgestrel 100 µg pour une

COP contenant 30 µg + lévonorgestrel 150 µg, 1 cp/j pendant

21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 cp

placebo; remboursé par l'Assurance maladie;

» Si échec, proposer un autre type de COP ; EE 35 µg + norgestrel

250 µg [plaquette monophasique), 1 cp/j pendant 21 jours sur

28; non remboursés par l'Assurance maladie, prise en charge par

certaines mutuelles:

+ Si CP, proposer la contraception microprogestative la plus antigonadotrope - drospirénone 4 mg, 1 cp/j en continu (ne pas prendre

les comprimés placebo si nécessaire);

o5 contre-indication absolue auw COP, proposer ponctuellement :

acétate de chlormadinone 10 mg, 1 cp/| &n continu pendant 3 mois.  
» Proposer ponctuellement un traitement antalgique : paracétamol, 2 cp  
de 500 mg 3 fois/j pendant 3 4 5 jours.

#### I SURVEILLANCE

\* Consultation de suivi & 3 mois du changement ;

- s'assurer de la disparition du kyste fonctionnel : réaliser une  
échographie  
pelvienne 3 3 mois;

- g'assurer de la disparition des éventuelles douleurs associées;

- 5'assurer de |la bonne tolérance du traitement hormanal proposé;

- virifier la parfaite tolérance clinique si changement de COR

\* Puis consultations ulterieures 1 fois/an : même contrile et suivi que  
pour

I"'erdonnance COP ou d'un autre traitemant hormonal si proposé.

#### I NOTES PERSONNELLES W

@@@ 348 @@@

Pelvis

@@@ 349 @@@

Situations cliniques particulières

m

@@@ 350 @@@

@@@ 351 @@@

## Interruption volontaire de grossesse

### I RAPPELS

Malgré une couverture contraceptive importante en France, le nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) demeure élevé,

Le choix du type d'IVG (médicamenteuse ou chirurgicale) et du lieu de réalisation [Établissement de santé ou en cabinet de ville [médecin ou sage-femme] - centre de santé et/ou de planification), dépend du contexte clinique de la femme et du terme de la grossesse.

Il faut noter la disparition du délai de réflexion avant réalisation de l'IVG (loi du 26 janvier 2014), Les femmes mineures souhaitant garder le secret sur l'ensemble du parcours doivent se faire accompagner dans cette démarche par une personne majeure de leur choix

Deux consultations médicales sont obligatoires avant la réalisation d'une IVG -

- lors de la 1<sup>ère</sup> consultation, la demande d'IVG est faite, des informations orales et un guide sur l'IVG sont remis à la femme. Un entretien psychosocial est proposé, celui-ci est obligatoire si la jeune femme est mineure. Cette consultation donne lieu à la délivrance d'une attestation de consultation médicale;

- lors de la 2<sup>ème</sup> consultation, une autre attestation de consultation médicale est remise et la femme doit confirmer sa demande d'IVG par écrit au professionnel de santé.

La prise en charge est de 100 %,

Une consultation de contrôle est réalisée 14 à 21 jours après l'IVG afin de s'assurer de sa réussite, de sa tolérance et de l'absence de complication, Une consultation psychosociale est à nouveau proposée.

### I NOTES PERSONNELLES

33

@@@ 352 @@@

Situations cliniques particulières

Figure - Algorithme'.

Demande d'interruption de grossesse

[

. | e -

Médicamentuseuse | Chirurgicale

4-54 54 4-14 54

|

| |

4-7 54 4.9 54 Prise en charge

Cabinet de ville Hopital-Etablissement en milieu hospitalier

ou centre de santé - de santé hôpital ou clinique

planification

| = Mifépristone 400 mg | | Mifépristone 200 mg

1. 1 prise et une prise 1e

=

\* Mifépristone 200 mg

1e

| 24 5 48 heures plus tard 24 4 48 heures plus tard

Misoprostol 400 mg Misoprostal 800 mg

1e an une seule prise

voie orale [voie orale]

ou sublinguale ou sublinguale

[hors AMMI] [hors AMM])

1. Selon les recommandations HAS, mise à jour mars 2021, et la loi du 3 mars 2022,

44

@@@ 353 @@@

Méningiome et traitements

hormonaux

B RAPPELS N

L'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM) française a récemment alerté sur le risque de méningiome associé à l'utilisation prolongée de

certaines traitements progestatifs. Ainsi, trois molécules ont fait

l'objet d'ana-

lyse des données de l'Assurance maladie. Il s'agit de l'acétate de

cyproté-

none, de l'acétate de chlormadinone et de l'acétate de norgestrel. Cepen-

dant, un recours à ces molécules est parfois nécessaire pour certaines pathologies gynécologiques.

Le méningiome est la tumeur non gliale du système nerveux central la plus

fréquente. Son pic d'incidence se situe entre 30 et 40 ans. C'est une

tumeur

qui contient des récepteurs de la progestérone, bénigne dans plus de 90 %

des cas, plus fréquente chez la femme (sexe-ratio 211).

Compte tenu des risques potentiels [ias certaines localisations, notamment pres des structures ophtalmiques, il est important de détecter les signes cliniques devant faire évoquer ce diagnostic, notamment chez les femmes utilisant des molécules progestatives 3 fortes doses.

#### BN PRECAUTIONS AVANT TRAITEMENT I

Il est impératif de rechercher à chaque consultation de suivi les signes cliniques pouvant faire évoquer le diagnostic de méningiome. Ainsi l'interrogatoire doit renseigner l'existence de :

- troubles visuels;
- Céphalées;
- exophtalmie;
- Crises épileptiques;
- vertiges;
- acouphènes;
- ou tout symptôme inhabituel d'apparition récente.

345

@@@ 354 @@@

#### Situations cliniques particulières

##### I PRESCRIPTIONS

##### Ordonnance

Selon les recommandations de l'ANSM.

Si prescription d'acétate de cyprotérone

\* IRM cérébrale avant toute prescription.

\* Signature d'un consentement par le médecin et la patiente informant du risque de méningiome [disponible sur le site de l'ANSM), procédure renouvelable tous les ans, exigé pour toute délivrance chez le pharmacien.

\* [IRM cérébrale & répéter & 5 ans puis tous les 2 ans si poursuite du traitement en l'absence de nouveaux symptômes.

Si prescription d'acétate de chlormadinone ou nomégestrol

\* IRM cérébrale après un an de traitement s poursuite du traitement  
Brvisagae.

\* Signature d'un consentement par le médecin et la patiente infor-  
mant du risque de méningiome (disponible sur le site de PANSM) après  
1 an de traitement puis tous les ans, exigé pour toute délivrance chez le  
pharmacien.

\* IRM cérébrale & répéter & 5 ans puis tous les 2 ans si poursuite du  
trai-  
tement, en 'absence de nouveaux symptames.

#### B SURVEILLANCE

\* Une surveillance clinique régulière permet de s'assurer :

- de l'absence d'apparition de symptdmes évocateurs de mééningiome, qui  
impose la réalisation d'une IRM rapidement;
- de 'absence d'effets indésirables liés aux traitemants;
- d'évaluer la balance bénéfice-risque du traitement proposé;
- d'emvisager une modification du traitement si stabilisation da la  
pathalogie  
pour laquelle la prescription a été faite.

346

@@@ 355 @@@

Thyroïde

EL R

@@@ 356 @@@

@@@ 357 @@@

Hyperthyroïdie en dehors  
de la grossesse

## B RAPPELS

Le gynécologue peut parfois être à l'origine de la découverte d'une hyperthyroïdie. Pathologie plus fréquente chez les femmes avec un sexe-ratio de 7/1, l'hyperthyroïdie peut induire des troubles du cycle mais la fertilité reste le plus souvent préservée. Par ailleurs, une symptomatologie souvent riche peut orienter le diagnostic.

### Diagnostic

\* Chez la femme, le diagnostic est évoqué devant :

- des symptômes typiques, bien que non pathognomoniques, tels que troubles de l'humeur, insomnie, thermophobie, perte de poids sans perte de l'appétit, diarrhée, polydipsie, asthénie, etc.;
- des signes cliniques de thyrotoxicose à l'examen : tachycardie, mains chaudes et moites, tremblements fins des extrémités réflexes vifs, etc.;
- des signes plus spécifiques de la maladie de Basedow : goitre vasculaire, rétraction de la paupière supérieure associée à une asynergie oculomotrice;  
= plus rarement, des troubles des règles (aménorrhée, hyperménorrhée, cycles courts, etc.);
- des antécédents familiaux de dysthyroïdies;
- survenant souvent après un événement de stress déclencheur;
- plus rarement de découverte fortuite dans un bilan biologique.

\* Le diagnostic repose sur le dosage de la TSH

- taux sérique de la TSH effondré;
- associé à des chiffres élevés des hormones thyroïdiennes libres (T4 libre et/ou T3 libre).

### Diagnostic étiologique

- \* L'étiologie la plus fréquente, chez la femme jeune, est la maladie de Basedow, maladie auto-immune évoluant par poussées. Son diagnostic repose sur:
  - l'existence d'un goitre diffus dont les caractéristiques homogènes et vasculaires sont confirmées à l'échographie;
  - une ophtalmopathie plus ou moins marquée, imposant souvent un avis spécialisé;



@@@ 358 @@@

Thygreide

- le dosage des anticorps stimulant le récepteur de la TSH (TRAK);
- la scintigraphie, si elle est réalisée, montre une hyperfixation diffuse de l'isotope.

® Les autres étiologies sont plus rares ; poussée d'hyperthyroïdie d'une thyroïdite de Hashimoto, thyroïdite du post-partum, thyroïdite subaiguë de

De Quervain, goitre multinodulaire toxique, adénome toxique, etc.

» L'échographie cervicale, éventuellement complétée d'une scintigraphie thyroïdienne, permet habituellement de déterminer l'origine d'une thyrotoxicose.

Objectif thérapeutique

\* Rétablir un équilibre thyroïdien afin d'obtenir des résultats cliniques :

- g traiter les symptômes décrits et retrouver une meilleure qualité de vie;
- éviter le passage à des formes graves : formes cardiaques, crise aiguë thyrotoxique, etc.

\* Objectif variable selon le contexte :

- normalisation des chiffres hormonaux;
- repos, anxiolytiques, bêtabloquant en fonction de la symptomatologie;
- traitement spécifique de l'étiologie : médical, chirurgical ou isotopique;
- traitement des conséquences particulières liées à l'étiologie (ophtalmopathie, etc.);
- tenter un traitement suffisamment long pour espérer éviter les récurrences (maladie de Basedow).

B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT Imm-

= Vérifier la numération globulaire et les paramètres hépatiques, objets de surveillance lors des traitements par antithyroïdiens de synthèse.

» Mise en route d'une contraception efficace puisqu'il est préférable d'éviter une grossesse durant le traitement et le gynécologue trouve ici toute sa

place pour poursuivre, instaurer et surveiller la contraception.

® En cas de grossesse, nécessité de prise en charge multidisciplinaire en centre spécialisé du fait du risque d'hyperthyroïdie foetale mais aussi d'hy-  
pothyroïdie foetale en cas de traitement surdosé.

@@@ 359 @@@

## Hyperthyroïdie en dehors de la grossesse

### I PRESCRIPTIONS

Le gynécologue est rarement l'acteur principal dans le traitement d'une hyperthyroïdie qui impose le recours à un avis endocrinologique spécialisé.

Les prescriptions détaillées ci-dessous ne concernent que le traitement médical de la maladie de Basedow.

#### Ordonnance

Traitement de l'hyperthyroïdie  
Antithyroïdiens de synthèse (ATS) à dose d'attaque variable selon la symptomatologie, l'âge et l'importance de la thyrotoxicose avec une posologie progressivement réduite selon l'évaluation :

- carbimazole : comprimés dosés 3 5 et 20 mg;
- méthimazole : comprimés dosés 4 5, 10 et 20 mg;
- propylthiouracil. comprimés dosés à 50 mg;
- e : comprimés dosés 3 25 mg.

#### Prescriptions associées

= Propranolol 1/2 & 1 cp/ ] : en cas de manifestations cardiaques à type de tachycardie ou tremblements (dose moyenne & adapter en fonction de l'importance des symptômes, durée 3 réévaluer régulièrement).

» Contraception efficace associée afin d'éviter la survenue d'une grossesse : toutes les contraceptions sont possibles en cas d'hyperthyroïdie selon les recommandations et bonnes pratiques usuelles (cf. fiche « Contraception œstroprogestative »).

» Pour tout projet de grossesse, attendre si possible la fin du traitement de l'hyperthyroïdie.

» En cas de désir de grossesse ; voir fiche dédiée.

### I SURVEILLANCE

» \Erification de la tolérance clinique (tachycardie, nervosité, insomnie, diarrhée, ate.) et de Famélioration da la symptomatologse initiale.

» Contrile biologique de la TSH et des hormones T4 libre et T3 libre 34 3 b semaines après début du traierment et adaptation thérapeutique.

s

@@@ 360 @@@

Thygreide

» Après normalisation des hormonaes périphériques, contrdle tous les mois uniquemnent en raison de la grande inertie de la TSH 3 se normaliser.

= Vérification de la tolérance biclogique : risque d"agranuloeytose et d'ana-malies hépatiques.

\* En cas de maladie de Basedow, [a surveillance du taux des TRAK, véritable indicateur de la persistance de la maladie, n'est habituellement pas néces-saire avant plusieurs mois de traitement.

\* L@ traitement médical & doses efficaces dure 18 & 24 mois pour espéner réduire le rsque de nouvelle poussée astime entre 40 % et 80 %, principalement dans la première année qui suit la fin du traitement. La durée peut être plus courte afin de normalser les taux avant chirurgie.

\* La survenue d'une récidence modifie la stratégie thérapeutique qui se porte alors vers une solution radicale, chirurgie cu traierment par iode radicacti.

IS NOTES PERSONNMNELLES N

@@@ 361 @@@

Hyperthyroidie et grossesse

BT RAPPELS

Une hyperthyroidie peut se révéler lors d'une grossesse imposant un diagnostic stiologique préds. La découverte o une maladie de Basedow impose um suivi et un traitement spécifiques. LUne grossesse peut aussi survenir chez

une femme traitée pour une hyperthyroidie dont le traierment devia être

adapté. Les conséquences maternelles et fœtales de l'hyperthyroïdie peuvent être jugulées grâce à un traitement adapté et l'obtention d'une euthyroïdie durant toute la grossesse. La prise en charge en centre expert, où collaborent obstétriciens, endocrinologues et échographistes spécialisés, est fortement recommandée.

#### Diagnostic

- \* Plusieurs cas peuvent se présenter :
  - hyperthyroïdie connue et traitée avant le projet de grossesse;
  - chez une femme enceinte découverte d'une hyperthyroïdie à partir de :
    - » symptômes typiques d'hyperthyroïdie en début de grossesse,
    - » Vomissements marqués et invalidants,
    - » signes plus spécifiques de la maladie de Basedow : goitre vasculaire, rétraction de la paupière supérieure associée à une asynergie oculopalébrale;
  - plus rarement de découverte fortuite au cours d'un bilan biologique réalisé en raison d'un antécédent de dysthyroïdie.

- \* Le diagnostic repose sur le dosage de la TSH
  - taux sérique de la TSH effondré;
  - associé à des chiffres élevés des hormones thyroïdiennes libres (T4 et T3),

#### Diagnostic étiologique

En début de grossesse, la thyrotoxicose gestationnelle transitoire est fréquente, parfois à l'origine de vomissements invalidants. Elle doit être différenciée d'une poussée de maladie de Basedow évoquée devant :

- la notion d'une maladie de Basedow antérieure;
- l'existence d'une ophtalmopathie, d'un goitre diffus vasculaire cliniquement et à l'échographie si elle est pratiquée;
- le dosage des anticorps stimulant le récepteur de la TSH (TRAK) qui confirme le diagnostic

353

@@@ 362 @@@

#### Thyroïde

#### Objectif thérapeutique

# La prise en charge de l'hyperthyroïdie durant la grossesse dépend de sa

cause. Une thyrotoxicose gestationnelle transitoire n'impose habituellement pas d'avoir recours à des antithyroïdiens de synthèse (ATS). Une poussée de maladie de Basedow doit en revanche être traitée par une thérapeutique spécifique.

\* Les objectifs du traitement de l'hyperthyroïdie sont -

- de soulager les symptômes;
- d'éviter les pathologies maternelles - prééclampsie en particulier;
- d'éviter les répercussions fœtales en retrouvant une euthyroïdie maternelle et minimiser les risques d'hypo- ou hyperthyroïdie fœtale,

#### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT IS

Vérifier la numération globulaire et les paramètres hépatiques qui doivent, par la suite, faire l'objet d'une surveillance lors des traitements par antithyroïdiens de synthèse.

#### [ PRESCRIPTIONS B

##### Ordonnance

\* Traitement symptomatique :

- antinauséeux si besoin ; & base de gingembre voire utilisation en cas de vomissements de la grossesse résistants l'association de doxylamine + pyridoxine : 2 3 4 gélules/|;
- bitabloguants si besoin : propancibel, 4 1 cpj.

\* Traitement par antithyroïdiens de synthèse (ATS) :

- à dose minimale efficace;
- en évitant les imidazolés (carbimazole, thiamazole) au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse en raison du risque de malformations;
- chez une femme utilisant déjà un ATS, changer de molécule si besoin voire arrêter du traitement envisageable dans certains cas (plus d'un an de traitement et TRAK négatifs);

2

@@@ 363 @@@

#### Hyperthyroïdie et grossesse

- préférer au 1<sup>er</sup> trimestre les dérivés du thio-uracile : le propylthiouracile 50 mg; la posologie dépend de l'importance de l'hyperthyroïdie;
- un changement pour un imidazolé peut être proposé à partir du 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse en raison de l'hépatotoxicité des dérivés

du thio-uracile;

- surveillance pluridisciplinaire en milieu spécialisé.

## I SURVEILLANCE .

» Vérification de la tolérance clinique et de l'amélioration de la symptomatologie initiale (tachycardie, nervosité, insomnie, diarrhée, etc).

» Contrôle biologique de la TSH et des hormones T4 et T3 toutes les 2 à 3 semaines après début du traitement et adaptation thérapeutique.

\* Autoriser une très légère hyperthyroïdie biologique aux moindres conséquences fœtales qu'une hypothyroïdie.

\* Vérification de la tolérance biologique - risque d'agranulocytose (NFS hebdomadaire pendant 1 mois puis mensuelle) et d'anomalies hépatiques [bilan hépatique mensuel).

\* En cas de maladie de Basedow, la surveillance du taux des TRAK, véritable indicateur de la persistance de la maladie, vers 18-22 semaines d'aménorrhée puis entre 30 et 34 SA.

\* En cas de grossesse, les ATS et les TRAK passent la barrière placentaire d'où :

- l'utilisation des plus petites posologies d'ATS pour éviter l'hypothyroïdie fœtale, intérêt de la surveillance échographique du fœtus avec en particulier surveillance de la thyroïde fœtale;

- la surveillance biologique mensuelle avec pour objectif l'euthyroïdie, en acceptant un petit degré hyperthyroïdie maternelle si elle est bien tolérée;

- contrôle régulier des TRAK qui peuvent stimuler la thyroïde fœtale et induire une véritable hyperthyroïdie in utero | intérêt de la surveillance échographique du fœtus, en particulier sa thyroïde;

- la surveillance échographique fœtale 1 fois/mois dès 20-22 SA est essentielle pour dépister une hypo- ou hyperthyroïdie fœtale, surtout si traitement par ATS et/ou TRAK +.

\* Dans le post-partum :

- rebond fréquent & dépister;

- autorisation d'allaitement en cours de traitement par dérivés thio-uracile à petites doses.

Thyroïde

I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 365 @@@

Hypothyroïdie en dehors  
de la grossesse

B RAPPELS N

Pathologie fréquente, en particulier chez les femmes, hypothyroïdie est responsable chez certaines patientes de troubles du cycle, d'infertilité, de fausses couches 3 répétition ou plus simplement de symptômes évocateurs, le dosage de TSH étant facilement réalisé lors d'un bilan systématique, le praticien est souvent confronté à ce diagnostic dans un contexte d'absence de symptôme.

Diagnostic

\* Chez la femme, le diagnostic est évoqué devant :

- des symptômes typiques, bien que non pathognomoniques, tels que l'asthénie, frilosité, prise de poids, constipation, paresthésies, crampes, troubles de la concentration ou du sommeil, etc.;
- des signes cliniques 4 "examen : bradycardie, pâleur cutanée, peau sèche et parfois dépigmentée, réflexes lents, etc.;
- plus rarement, troubles de l'ovulation, des anomalies des règles voire aménorrhée ;
- dans le cadre d'un bilan d'infertilité ou de fausses couches à répétition;
- des antécédents familiaux de dysthyroïdies, surtout dans un contexte de désir de grossesse;
- souvent de découverte fortuite dans un bilan biologique.

\* Le diagnostic repose sur le dosage de la TSH :

- taux sérique supérieur à la norme du laboratoire (habituellement 0.4 à 3 mUI/LY;
- associé à des chiffres bas des hormones thyroïdiennes libres - T4l (hypo-

thyroïdie patente);

- on parle d'hypothyroïdie frustre lorsque les hormones périphériques sont normales;

= plus rarement, la T3H et les hormones périphériques sont simultanément basses témoignant d'une origine haute (3 % des hypothyroïdies).

a5

@@@ 366 @@@

Thyroïde

Diagnostic étiologique

\* | & dosage des anticorps anti-thyroperoxydase (et anti-thyroglobuline) daont

la positivité permet le diagnostic d'une thyroïdite de Hashimoto.

\* Une échographie thyroïdienne peut retrouver

- un goitre avec images évocatrices d'infiltration lymphocytaire typique dans

le cadre de cette thyroïdite auto-immune;

- une atrophie thyroïdienne;

- l'association & des nodules thyroïdiens imposant une surveillance ou une prise en charge spécifique.

» O'autres types de thyroïdites plus rares : thyroïdite subaiguë de De Quervain ou thyroïdite iatrogènes, etc. sont moins fréquentes,

\* Plus rarement, il s'agit d'une insuffisance thyroïdienne imposant la réalisation d'un bilan hormonal des autres axes endocriniens et d'une imagerie hypophysaire en milieu spécialisé.

Objectif thérapeutique

» Rétablir un équilibre thyroïdien afin d'obtenir des résultats cliniques :

- de traiter les symptômes décrits & retrouver une meilleure qualité de vie;

- rétablir des cycles normaux lorsqu'ils sont altérés;

- favoriser la survenue d'une grossesse lorsqu'elle est souhaitée.

# Objectif variable selon le contexte -



- normalisation simple de la TSH dans le cadre d'un suivi classique;
- attention d'une TSH us < 2 mUI/L en cas de projet de grossesse ou de fausses couches à répétition (of. fiche dédiée), ou en cas de thyroïdite de Hashimoto confirmée.

#### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT

» S'assurer de l'absence d'anémie, car le traitement est responsable d'une accélération du rythme cardiaque qui pourrait être délétère, en particulier chez les femmes âgées.

\* Nécessité d'un contrôle cardiaque chez les femmes âgées devant faire l'objet d'une prise en charge en milieu spécialisé,

@@@ 367 @@@

Hypothyroïdie en dehors de la grossesse

N PRESCRIPTION MNS B |

Ordonnance

Traitement de l'hypothyroïdie

\* Lévothyroxine 25 µg : 1 cp/j tous les matins & jeun idéalement  
A minutes avant le petit-déjeuner i adapter toutes les 4 à 6 semaines en fonction des résultats cliniques, biologiques et des objectifs thérapeutiques.

\* Lévothyroxine 50 µg : 1 cp/j (cette posologie supérieure est envisageable directement chez les femmes jeunes),

» Lévothyroxine en gouttes (2 utiliser chez la femme âgée et/ou en fonction des comorbidités notamment cardiaques) @ 1 goutte dosée @ 5 µg puis adaptation de la posologie.

Prescriptions associées selon le projet de la femme

» Contraception associée en l'absence de désir de grossesse : toutes les contraceptions sont possibles en cas d'hypothyroïdie selon les recommandations et bonnes pratiques usuelles (f. fiche « Contraception œstroprogestative »),

\* En cas de projet de grossesse (of. fiche dédiée).

#### I SURVEILLANCE

\* Vérification de la tolérance clinique (tachycardie, nervosité, insomnie, diarrhée, etc.) et de amélioration de la symptomatologie initiale.

\* Contrôle biologique de la TSH 4 à 6 semaines après début du traitement et augmentation par paliers de 25 µg jusqu'à obtention de l'objectif thérapeutique.

\* En l'absence de grossesse, et d'apparition de nouveaux symptômes, un contrôle de la TSH est recommandé 1 à 7 fois/an.

\* La surveillance des hormones périphériques est rarement utile.

\* La surveillance des taux d'anticorps est habituellement inutile,

@@@ 368 @@@

Thyroïde

I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 369 @@@

Hypothyroïdie et grossesse

B RAPPELS

À cours de la grossesse, les besoins en iode augmentant et la thyroïde doit fournir plus d'hormones en raison des modifications métaboliques liées à la grossesse. En cas de désir de grossesse, l'hypothyroïdie peut être l'origine d'une infertilité et de fausses couches à répétition. En cours de grossesse, un déséquilibre thyroïdien peut être responsable de pathologies materno-fœtales voire, plus rarement, d'anomalies du développement chez l'enfant. L'implication du gynécologue, notamment au cas de désir ou en début de grossesse dans sa détection d'une hypothyroïdie ou dans l'équilibre thérapeutique d'une hypothyroïdie traitée est donc essentielle,

Diagnostic

\* Plusieurs cas peuvent se présenter

- hypothyroïdie connue et traitée avant le projet de grossesse;

- découverte fortuite d'une hypothyroïdie asymptomatique dans un bilan d'infertilité ou de fausses couches à répétition ;

- dépistage systématique d'une hypothyroïdie en début de grossesse dans certains cas : antécédent personnel de dysthyroïdie, goitre, symptômes évocateurs d'hypothyroïdie, antécédents familiaux de pathologies thyroï-

diens, pathologies auto-immunes, atc,

\* Le diagnostic repose sur le dosage de la TSH

- taux sérique supérieur aux normes du 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse [0,4-4 mUI/L)

et supérieur aux normes des personnes non enceintes aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres;

- associé à des chiffres bas des hormones thyroïdiennes libres en particulier

de la T4 libre (hypothyroïdie patente);

- souvent simple hypothyroïdie frustre (ou infraclinique) lorsque les hormones périphériques (T4 et T3) sont normales.

Diagnostic étiologique

\* Les anticorps anti-thyroïdiens (anti-peroxydase et anti-thyroglobuline), s'ils

sont positifs, établissent le diagnostic de thyroïdite de Hashimoto et guident

l'objectif thérapeutique.

\* Une échographie thyroïdienne peut être justifiée en cas d'anomalie à la palpation cervicale.

31

@@@ 370 @@@

Thyroïde

\* En cas d'hypothyroïdie post-chirurgicale, s'assurer que la thyroïdectomie

n'a pas été pratiquée comme traitement d'une hyperthyroïdie : dosage des TRAK pour éliminer dans ce cas la survenue asymptomatique d'une nouvelle poussée de Basedow.

Objectif thérapeutique

» Rétablir un équilibre thyroïdien afin ;

- de traiter les symptômes s'ils existaient ;

- rétablir des cycles normaux le cas échéant;

- favoriser la survenue d'une grossesse spontanée ou lors d'une PMA;

= Éviter les récurrences de fausses couches spontanées;

- diminuer les pathologies materno-fœtales ou infantiles associées à l'hypothyroïdie,

» Oibjectif variable selon le contexte :

- abtention d'une TSH < 2,5 mULL en cas de projet de grossesse, en particulier lors d'une prise en charge en PMA ou en cas de thyroidite de Hashimoto;

= T5H plus élevée acceptée si hormanes périphériques normales dans les autres cas chez les farnmes asymptomatiques avec anticorps négatifs.

BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

» 5'assurer de [l'absence d'anémie majeure qui imposerait une augmentatian des posologies plus progressive.

\* Maintenir des apports iodés suffisants, en particulier dans les régions carencées (230 pg/j).

I MOTES PERSONNELLES M

@@@ 371 @@@

Hypothyreidie et grossesse

I PRESCRIPTIONS

Ordonnance

En cas d'hypothyroidie connue et traitée

» Ne surtout pas arrêter le traitement.

» Ajuster le raitement en augmentant la lévothyroxine de 20 4 30 % de la pesologie pré-partum - on propose souvent d' augmenter de 25 pg/| par rapport a la posologie habituelle dès le début de grossesse.

« En fonction de |3 nouvelle posologie : prendre le traitement tous les mating 3 jeun idéalement 20 minutes avant le petit-déjeuner.

» A adapter 1 fois/mais en fonction des résultats cliniques, biclogiques [TSH) et de l'objectif thérapeutique : TSH < 2,5 mU/L au 17 trimestre de la grossesse et < 3 mU/L aux 2° et 3° timestres.

En cas de découverte de |'hypothyroidie

» Débuter |a lvothyroxine de 25 pg/j ou 50 pg/j en fonction du taux de TSH initial.

= A adapter toutes les 4 semaines en fonction des résultats cliniques, bislogiques et da 'abjectif thérapeutque.

Prescriptions assocides selon la situation de la femme

® En cas de projet de grossesse -

- attendre que l'objectif thérapeutique (TSH < 2.5) soit atteint pour intermampre |a contraception ou amisager la PhA;

- associer un complément vitaminique (cf. fiche « Consultation précon-

ceptionnelle => pour avoir de plus un apport d'iode suffisant dans ce contexte,

® En cas de grossesse : rassurer la femme sur l'évolution de sa grossesse et la santé de son enfant si l'équilibre thyroïdien est maintenu jusqu'au terme.

## B SURVEILLANCE

= Vérification de la tolérance clinique : éviter le surdosage thérapeutique.

\* Vérification de l'amélioration de la symptomatologie clinique initiale si elle existait

@@@ 372 @@@

## Thyroïde

\* Une surveillance clinique et biologique (TSH) mensuelle s'impose pour anticiper ou dépister l'augmentation des besoins en lévothyroxine. La surveillance des hormones périphériques est utile dans certains cas. La surveillance des taux d'anticorps antithyroïdiens est inutile.

® Durant le post-partum

- en cas d'hypothyroïdie connue avant la grossesse : revenir à la posologie antérieure à la grossesse avec un contrôle biologique à 3 semaines après;  
- si le traitement a été initié pour le projet de grossesse ou durant la grossesse, il peut le plus souvent être interrompu à l'accouchement; un contrôle ultérieur, clinique et biologique (TSH), permettra de s'assurer de l'euthyroïdie;

- l'allaitement est autorisé lors d'un traitement par l'éuthyroxine.

## I NOTES PERSONNELLES M

@@@ 373 @@@

## Troubles de la puberté

@@@ 374 @@@

@@@ 375 @@@

## Puberté précoce

### B RAPPELS S

Chez la fille, la puberté précoce se définit par 'apparition de signes de puberté avant l'âge de 8 ans : c'est en particulier le développement mammaire (52 selon Tanner; Tableau) qui constitue habituellement le principal signal. Les causes en sont très variées, ce qui impose un bilan étiologique complet et rigoureux. On distingue globalement les pubertés précoces d'origine centrale ou d'origine périphérique. Il faut noter qu'il existe une avance séculaire de l'âge de la puberté dans le monde avec surtout un développement mammaire et une ménarche plus précoce faisant évoquer une origine environnementale. Le diagnostic de puberté précoce repose aussi sur la rapidité d'évolution du développement pubertaire.

### Diagnostic

Le développement mammaire, associé à une augmentation rapide de la taille (qui peut atteindre 8 cm/an), est le premier signe du déclenchement de la puberté. L'âge osseux, déterminé à partir d'une radiographie de la main et du poignet gauches, est avancé de 13 à 2 ans par rapport à l'âge chronologique. L'échographie pelvienne permet d'apprécier le degré de maturation ostrogénique de l'utérus et le volume et l'aspect folliculaire des ovaires [cependant parfois difficile de visualisation par une échographie sus-pubienne]

Les dosages hormonaux (de base et après surtout lors du test au LH-RH) et une imagerie de la région hypothalamo-hypophysaire permettent d'aboutir au diagnostic étiologique.

# Les causes centrales sont liées à une activation prématurée de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien. De nombreuses pathologies cérébrales (tumorales ou pas) peuvent être à l'origine d'une puberté précoce, mais le plus souvent il s'agit de cause idiopathique (plus de 50 %), même si un facteur familial est souvent retrouvé.

\* Les causes périphériques sont plus rares avec une sécrétion gonadique de stéroïdes sexuels s'élevée contrastant avec un taux indétectable des

gonadotrophines, L'échographie pelvienne est un élément essentiel permettant d'évaluer le degré d'imprégnation estrogénique mais aussi de rechercher une tumeur ovarienne sécrétante. Dans le cas d'une puberté précoce avec apparition initiale d'une hyperpilosité pubienne sans oéveloppement

347

@@@ 376 @@@

## Troubles de la puberté

mammaire, le diagnostic d'hyperplasie congénitale des surminales doit être éliminé tout comme celui de tumeurs androgéno-sécrétantes.

## Objectif thérapeutique

Le traitement de l'étiologie (si dépistée) est une priorité et ne sera pas traité  
i, La mise en route d'un traitement frénateur n'est pas systématique et dépend de l'âge de la petite fille, de la rapidité d'installation des signes de puberté et de son pronostic statural. Une estimation de l'âge osseux permet de déterminer l'avance de maturation osseuse par rapport à l'âge chronologique de l'enfant. Le traitement interrompt le fonctionnement hormonal jusqu'à l'âge souhaité correspondant à l'âge physiologique de la puberté. Le traitement frénateur permet d'éviter les répercussions psychologiques mais aussi physiques d'une puberté trop avancée. La croissance est en effet stoppée sous l'influence des estrogènes qui soudent les cartilages avec le risque d'une petite taille définitive. Une estimation de taille adulte inférieure à 150 cm est un élément important de la prise de décision thérapeutique.

## B A SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION I

Il est essentiel de chercher une étiologie spécifique lorsqu'une petite fille débute une puberté précoce afin de procéder le plus vite possible à son traitement spécifique. En effet, un retard au diagnostic étiaologique peut avoir des répercussions non négligeables en termes de taille définitive,

Le traitement utilise des analogues du GnRkH qui vont bloquer la puberté. Elle redémarrera lorsque la thérapeutique sera interrompue.

## I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 377 @@@

Puberté précoce

## I PRESCRIPTIONS

### Ordonnance

Les ordonnances ne concernent pas le traitement de l'endocrinologie. Ils sont pris en charge dans les services d'endocrinologie ou de gynécologie pédiatriques.

Pour bloquer la puberté précoce centrale

Injection intramusculaire d'un analogue du GnRH :

- triptoréline 3 mg/4 semaines ou 11,25 mg/3 mois ou 22,5 mg/6 mois;
- leuproréline 3,75 mg/4 semaines ou 11,25 mg/3 mois.

Pour bloquer une puberté précoce périphérique

La thérapeutique fait appel à des protocoles spécialisés.

### Information des parents des patientes

Un traitement n'est pas toujours entrepris : en effet, lorsque la petite fille

est proche de 8 ans, que le processus est lent et que le pronostic de taille

est satisfaisant, une simple surveillance clinique est proposée.

Lorsqu'un traitement est proposé, les bénéfices attendus sont exposés aux parents. Il s'agit surtout d'éviter à l'enfant de se sentir différentes de

ses camarades mais aussi de gagner en termes de pronostic de taille à l'âge adulte.

## I SURVEILLANCE

La surveillance est clinique : évolution des caractères secondaires et croissance.

La décision d'arrêter le traitement se fait habituellement autour de l'âge de 11 ans si l'objectif en termes de taille définitive est atteint.

## I NOTES PERSONNELLES

@@@ 378 @@@

### Troubles de la puberté

Tableau - Stades du développement pubertaire de Tanner (adapté de Carel et al., NEJM 2008).

51 Absanca F1 Absence



de développement de pilosité  
FRFTMaIe

1 "

52 Petit bourgeon P2 Quelques poils  
FAMMMJIng i langs sur be pubis  
élargissement  
de l'ardole

53 La glande F3 Piloité pubienne  
mammaire dépasse gu-dessus de  
Ly surface l2 symphyse  
de l'aréole

54 Développment P4 Piloité pubienne  
maximal du sein fourna  
Saillie de l'aréole  
&) chu mamelon  
sur la glande

55 Apparition du sillon P3 La pilosité s'étend  
SOUS MAMMAINE à la racine  
et disparition de la cuisse  
La saillie de l'aréole

IS NOTES PERSONNELLES N

@@@ 379 @@@

Retard pubertaire

B RAPPELS

Chez la fille, le retard pubertaire se définit par l'absence de tout développement mammaire & l'âge de 13 ans ou l'absence de règles & l'âge de 15 ans, Il peut aussi s'agir d'une interruption du développement pubertaire de plus de deux ans, dans un contexte de puberté non achevée. Les causes en sont extrêmement diverses, ce qui impose un bilan étiologique complet et rigoureux. Le retard pubertaire simple est une puberté normale mais décalée dans le temps. Bien qu'il s'agisse de l'étiologie la plus fréquente (30%), il ne peut s'agir que d'un diagnostic d'élimination.

Diagnostic

Le développement mammaire, associé à une poussée de croissance staturale, est le premier signe du déclenchement de la puberté. En son absence, la recherche étiologique est fondamentale pour déterminer l'attitude thérapeutique.

peutique mais aussi le pronostic à plus long terme. Les étiologies se réparent globalement entre une origine centrale (hypothalamo-hypophysaire ou supra-hypothalamique) ou périphérique (ovarienne). De nombreux éléments de l'interrogatoire et de l'examen physique orientent habituellement d'emblée le diagnostic. L'évaluation de la courbe de croissance est un élément important tout comme l'étude de l'âge osseux par radiographie du poignet et de la main gauche.

Le dosage de gonadotrophines (FSH et LH) associé à celui de l'estradiol permet de faire la distinction entre un hypogonadisme hypogonadotrope (ou central) et un hypogonadisme hypergonadotrope (ou périphérique).

Hypogonadisme hypogonadotrope (ou central)

» Avec estradiol, FSH et LH bas.

» Un dosage de prolactine et une IRM centrée sur la région hypothalamo-hypophysaire complètent alors l'enquête étiologique distinguant :

- les causes tumorales hypophysaires ou cérébrales;
- les hypogonadismes hypogonadotropes congénitaux sans ou avec anasmie (syndrome de Kallmann-de Marsier);
- les hypogonadismes dits fonctionnels en rapport avec un surpoids, une activité sportive excessive, une maladie chronique ou une période de stress.

\* Enfin, le diagnostic de retard pubertaire simple sera posé après élimination de toutes les autres étiologies.

n

@@@ 380 @@@

Troubles de la puberté

Hypogonadisme hypergonadotrope (ou périphérique)

# Avec estradiol bas, mais FSH et LH hautes à plusieurs reprises.

» L'étiologie peut être évidente : traitements antérieurs gonadotoxiques dans l'enfance ; chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie ovarienne, etc.

» Dans les autres cas, la réalisation d'un bilan spécialisé permet de distinguer des causes génétiques (Turner et prémutations du gène FMR1) d'autres étiologies auto-immunes ou virales par exemple.

\* Cependant, il n'est pas rare qu'aucune étiologie ne soit retrouvée.

#### Objectif thérapeutique

L'objectif thérapeutique est de déclencher une puberté pour éviter les conséquences physiques et psychologiques du retard pubertaire. Le traitement de la cause est, bien sûr, la priorité puisqu'il permettra dans la plupart des cas d'enclencher une puberté spontanée dès lors que l'anomalie responsable est frénée.

Cependant, il reste souvent nécessaire de proposer un traitement de [hypogonadisme] qui sera, selon les cas, temporaire ou définitif (hypogonadisme hypogonadotrope congénital, hypogonadismes hypergonadotropes). Nous n'aborderons ici que le traitement hormonal de l'hypogonadisme.

Il convient d'initier la puberté dès le diagnostic de retard pubertaire avant d'envisager de déclencher des menstruations. Ainsi, un traitement à doses progressivement croissantes permet de mimer le développement pubertaire normal. Il est habituel d'attendre un délai de 2 ans avant d'y associer un progestatif qui permettra de déclencher des règles.

#### À SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION

Il convient de bien informer la jeune fille et ses parents de l'importance du traitement proposé. Le plus souvent, l'implication de la jeune fille dépend de son vécu, de ne pas être « comme les autres »,

Le traitement va mimer la puberté physiologique avec développement des caractères sexuels dits secondaires puis déclenchement des règles, seulement 2 ans après le début des traitements.

Les traitements substitutifs ne sont pas contraceptifs et, en cas d'activité sexuelle, un changement vers une contraception œstroprogestative peut être recommandé, en l'absence des contre-indications habituelles, dans les étiologies où la survenue d'une grossesse spontanée n'est pas impossible.

3

@@@ 381 @@@

Retard pubertaire

#### 1 PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Pour initier la puberté

De petites doses d'estrogènes permettent de déclencher un développement mammaire

» 17- $\beta$ -estradiol per os à la dose de 5  $\mu$ g/kg] augmentée de 5  $\mu$ g/kg] tous les 3 à 12 mois pour atteindre progressivement la posologie de 1 à 3

2mg/j;

- 1/8\* de patch dosé à 25  $\mu$ g augmenté progressivement de 1/8 de patch tous les 3 à 12 mois jusqu'à la posologie de 50 à 100  $\mu$ g/j;

- la prescription de gel à base d'estradiol est plus compliquée en pratique pour l'initiation mais reste une bonne option une fois la posologie adulte atteinte (relais possible avec 14 à 2 doses de gel).

Pour déclencher des règles, une fois le développement

mammaire achevé

® L'association à l'estrogénothérapie d'une progestérone naturelle 200 mg, 1 cp/j, ou dydrogestérone, 5 cp/j au moins 10 à 12 jours/mois permet d'induire des règles.

\* Lin relais par un traitement hormonal substitutif « prêt à l'emploi », voire

une contraception mstroprogestative, peut ultérieurement être proposée si cas par cas.

En cas d'hypogonadisme définitif (hypogonadismes hypergonadotropes ou hypogonadotropes congénitaux)

Un traitement hormonal substitutif est nécessaire sur du long terme,

# En l'absence de contre-indications aux contraceptions cestroprogestatives, il sera plus simple et mieux vécu par la jeune fille d'utiliser une

« pilule » eestroprogestative plutôt qu'un traitement hormonal appelé « ménopause » dans la notice (voir ordonnance dédiée).

1. La dose initiale dépend du poids : 5  $\mu$ g de patch si poids < 40 kg; 10  $\mu$ g de patch si

poids 40-55 kg; 20  $\mu$ g de patch si poids > 55 kg,

2 La progestérone naturelle est à prendre le soir au coucher en raison de la survenue

potentiels de vertige et/ou somnolence. Si persistance au il switcher pour la

dydrogestérone.

K

@@@ 382 @@@

## Troubles de la puberté

= L'utilisation de ces associations cestroprogestatives permet d'assurer la contraception dans les cas rares où une grossesse n'est pas totalement impossible.

\* S'il existe une contre-indication à la pilule, la mise en place d'un traitement

hormonal substitutif est plus adaptée. Il associe :

- de l'estradiol, 25 jours/mois, par voie orale à la dose de 1 à 2 mg/j, ou par voie cutanée à la dose de 1 à 2 doses de gélifjour ou 30 µg/j sous forme de patch;

- une progestérone naturelle (200 µg/j) ou dydrogestérone (20 mg/j) au moins 12 à 14 jours/mois.

En cas de retard pubertaire en relation avec un hypogonadisme fonctionnel

\* Un traitement hormonal substitutif non antigonadotrope est préféré, en l'absence de besoin contraceptif, permettant une réactivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien de la jeune fille : même protocole thérapeutique que plus haut.

\* Il pourra être régulièrement interrompu pour démasquer une reprise de l'axe gonadotrope ;

- l'estrogène sera interrompu sur 2 à 3 mois;

- tout en gardant 10 à 12 jours/mois d'une progestérone naturelle (200 µg/j) ou dydrogestérone (20 mg/j);

- les règles ne surviennent alors qu'en cas d'imprégnation estrogénique endogène signalant la reprise de l'axe gonadotrope.

## Information des patientes

Il est utile d'informer les femmes sur

- l'importance du suivi médical régulier en cas de traitement médicamenteux;

- le sujet de la fertilité est rarement abordé d'emblée mais devra l'être plus tard pour informer la jeune fille et ses parents. Selon les étologies,

une grossesse spontanée peut survenir (retard pubertaire simple, hypogonadisme fonctionnel) ou non (hypogonadisme définitif). Parfois, seul un recours à une assistance à la procréation peut permettre une grossesse, en particulier dans les hypogonadismes hypergonadotropes avec don d'ovocytes le plus souvent.

1. La progestérone naturelle est à prendre le soir au coucher en raison de la survenue potentielle de vertige et/ou somnolence, si persistance au réveil switcher pour la dydrogestérone.

Retard pubertaire

## I SURVEILLANCE

\* La surveillance est rapprochée initialement afin d'affiner le traitement. |1

paut être plus espacé en cas de traitement substitutif bien équilibré.

\* La consultation permet de vérifier -

- la bonne utilisation du traitement prescrit;

- l'efficacité thérapeutique escomptée avec reprise de la croissance, développement des caractères sexuels, et ;

- la parfaite tolérance de la thérapeutique.

\* La consultation permet d'adapter le traitement :

- le passage d'un traitement estrogénique & un traitement gestagatif

lorsque le développement pubertaire est achevé;

- le passage ultérieur d'un traitement substitutif à une contraception

gestative plus adaptée & une jeune fille ou lorsqu'une vie sexuelle est

o

## IS NOTES PERSONNELLES

3'5

@@@ 384 @@@

Troubles de la puberté

@@@ 385 @@@

Troubles du cycle

an

@@@ 386 @@@

@@@ 387 @@@

Aménorrhées

Aménorrhée primaire  
sans impubérisme

I RAPPELS - —

L'aménorrhée primaire est définie par l'absence de ménarche après l'âge de 16 ans. Les causes en sont extrêmement diverses, ce qui impose un bilan étiologique complet et rigoureux.

Diagnostic

La présence de signes pubertaires est essentielle à déterminer. La prise en charge se justifie dès l'âge de 16 ans si un développement pubertaire a débuté.

La démarche étiologique est guidée par les dosages de gonadotrophines (FSH et LH) et d'œstrogènes.

\* En cas d'hypogonadisme hypogonadotrope et en cas d'hypogonadisme périphérique, le bilan étiologique est le même qu'en cas d'impubérisme.

\* La notion de douleurs pelviennes cycliques évoque d'emblée une cause obstructive avec défaut d'évacuation des règles (imperforation hyménale).

\* Lorsqu'il n'existe pas d'hypogonadisme, une échographie pelvienne et des dosages hormonaux (androgènes, 17-hydroxy-progestérone) orientent le diagnostic étiologique -

- L'échographie et/ou les dosages hormonaux peuvent orienter vers un SOPK;

- L'échographie peut montrer une agénésie utérine (syndrome de Rokitansky-Küster-Hauser);

- les dosages des androgènes très faibles peuvent témoigner d'un syndrome d'insensibilité aux androgènes confirmé par un caryotype XY;

- un taux élevé de 17-hydroxy-progestérone permet le diagnostic d'hyperplasie congénitale des surrénales à révélation tardive;

- des endocrinopathies thyroïdiennes ou surrénales évoquées d'emblée cliniquement;

e

@@@ 388 @@@

## Troubles du cycle

- enfin, un simple retard pubertaire représente un cas très fréquent mais impose o' éliminer les autres pathologies.

## Objectif thérapeutique

La démarche thérapeutique s'inscrit dans un cadre étiologique puisque certaines pathologies requièrent un traitement médical ou chirurgical spécifique. Nous n'aborderons ici que le traitement hormonal de l'hypogonadisme consistant en une substitution œstrogénique ou combinée afin d'éviter les conséquences à long terme d'une carence prolongée en œstrogènes.

Il est donc fondamental de savoir s'il existe une imprégnation œstrogénique endogène (qui peut être fluctuante) avant d'envisager un traitement substitutif. Un traitement séquentiel par progestérone permettra de déclencher d'éventuelles menstruations. En leur absence après quelques mois un traitement substitutif doit être rapidement envisagée.

## À SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION

\* Prévenir la patiente de la survenue éventuelle de règle après administration de progestérone.

\* Informer sur le caractère non contraceptif des traitements substitutifs.

# En cas d'activité sexuelle, un changement vers une pilule œstroprogestative est recommandé, en absence de désir de grossesse et de contre-indications à son utilisation.

## NOTES PERSONNELLES

@@@ 389 @@@

## Aménorrhées primaires sans hypogonadisme

## PRESCRIPTIONS

### Ordonnance



Vérification de l'imprégnation estrogénique endogène  
Progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone,  
2 cp/j, pendant 10 jours 3 mois consécutifs permet d'induire des règles  
[en cas de règles reprendre le traitement le 167 jour du cycle pendant  
10 jours).

Traitement substitutif & initial en l'absence de règles induites  
= Estradiol naturel, par voie orale & la dose de 1 à 2 mg/j, + progesté-  
rone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cp/j, pen-  
dant 25 jours/mois, ou préparation combinant les deux molécules.  
o

» Estradiol gel, 1 & 2 doses de gélule/jour, ou patch d'estradiol 50 µg/j  
+ progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone,  
2 cp/j, pendant 25 jours/mois.

ou

» Contraception œstroprogestative à besoin contraceptif (cf. fiche  
« Contraception œstroprogestative »),

#### Information des patientes

Il est utile d'informer les femmes sur :

= l'importance du suivi médical régulier en cas de traitement médica-  
menteux;

- les symptômes de sur- et de sous-dosage thérapeutique doivent être  
enseignés permettant d'adapter le traitement substitutif;

- le sujet de la fertilité est rarement abordé d'emblée mais devra l'être  
pour informer la jeune fille. Selon les étiologies, une grossesse sponta-  
née peut survenir (retard pubertaire simple, hypogonadisme fonction-  
nel, etc) ou non (hypogonadisme définitif). Parfois, seul un recours à  
une assistance à la procréation peut permettre une grossesse, en par-  
ticulier dans les hypogonadismes hypergonadotropes avec des oocy-  
tes coligatoires.

g

@@@ 390 @@@

#### Troubles du cycle

##### B SURVEILLANCE

\* La surveillance est rapprochée initialement afin d'affiner le  
traitement, Il  
peut être plus espacé en cas de traitement substitutif bien équilibré.

\* La consultation permet de vérifier :

- la bonne utilisation du traitement prescrit;

- la parfaite tolérance de la thérapeutique;

-1 passage d'un traitement substitutif & une pilule cestroprogestative plus adaptée & une jeuns fille ou lorsqu'une vie sexuelle est envisagée.

## I NOTES PERSONNELLES

@@@ 391 @@@

Aménorrhée primaire  
avec impubérisme

## I RAPPELS N

L'aménorrhée primaire est définie par l'absence de ménarche après l'âge de 16 ans sans développement pubertaire. Les causes en sont extrêmement diverses, ce qui impose un bilan étiologique complet et rigoureux

### Diagnostic

L'absence d'impubérisme guide la recherche étiologique. Ce point est essentiel car il détermine l'âge auquel les explorations vont débuter et les décisions thérapeutiques. En cas d'impubérisme, la prise en charge se justifie dès l'âge de 13 ans.

La démarche étiologique est guidée par les dosages de gonadotrophines (FSH et LH) et d'estradiol révélant soit :

- un hypogonadisme hypogonadotrope (central avec estradiol, FSH et LH bas;

- un hypogonadisme hypergonadotrope (ou périphérique) avec estradiol bas mais FSH et LH élevés,

\* En cas d'hypogonadisme hypergonadotrope, le dosage de prolactine associé d'une IRM cérébrale permet d'orienter le diagnostic étiologique :

- causes tumorales hypophysaires ou cérébrales;

- hypogonadisme hypogonadotrope congénital, sans ou avec anosmie (syndrome de Kallmann-Morsier);

- hypogonadisme hypogonadotrope dit fonctionnel en relation avec un trouble du comportement alimentaire avec IMC < 21 kg/m<sup>2</sup>, une activité sportive intensive, une maladie chronique ou une période de stress;

- un retard pubertaire simple restant un diagnostic d'élimination parfois conforté par un décalage entre l'âge osseux et l'âge chronologique.

» En cas d'hypogonadisme hypergonadotrope : un contrôle biologique est nécessaire 3 quelques semaines d'arrêt pour confirmation de l'insuffi-

sance ovarienne primaire (cf fiche dédide).

#### Objectif thérapeutique

La démarche thérapeutique s'inscrit dans un cadre étiologique puisque certaines pathologies requièrent un traitement médical ou chirurgical spécifique.

383

@@@ 392 @@@

#### Troubles du cycle

clinique. Nous n'aborderons ici que le traitement hormonal de l'hypogonadisme.

Il convient d'initier la puberté avant d'induire le déclenchement des menstruations. Ainsi, un traitement oestrogénique à doses progressivement croissantes permet de mimer le développement pubertaire naturel, ce qui est habituellement un délai de 2 ans avant d'y associer un progestatif qui déclenchera des règles.

# En cas d'hypogonadisme définitif, qu'il soit d'origine centrale ou périphérique, un traitement hormonal substitutif associant oestrogène et une molécule progestative est nécessaire jusqu'à l'âge physiologique de la ménopause (moyenne 51 ans en France).

\* En cas d'hypogonadisme fonctionnel d'origine supra-hypothalamique, la possibilité de récupération du fonctionnement de l'axe gonadotrope existe. Une prise de poids, la diminution d'une activité sportive trop intensive, le traitement d'une maladie chronique, etc., peuvent favoriser une réactivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien. Dans ce cadre, il est souhaitable d'éviter les contraceptions œstroprogestatives pour privilégier un traitement substitutif naturel sans activité antigonadotrope.

#### À SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION

Il convient de bien informer la jeune fille et ses parents de l'importance du traitement proposé.

La thérapie va mimer la puberté physiologique et les règles surviendront seulement 2 ans après le début de l'introduction de la progestérone associée à l'oestrogénothérapie.

Les traitements substitutifs ne sont pas contraceptifs et en cas d'activité sexuelle, un changement vers une pilule œstroprogestative peut être recommandé, en l'absence de contre-indications.

## I MOTES PERSONNELLES

@@@ 393 @@@

Aménorrhées primaires avec impuberté

## I PRESCRIPTIONS

Ordonnance

Induction de la puberté

\* De petites doses d'œstrogènes permettent de provoquer un développement mammaire ;  
- 17-œstradiol per os à la dose de 5 µg/j augmenté de 5 µg.n'kg.n'j tous les 6 à 12 mois pour atteindre progressivement la posologie de 1 à 2 mg/j ;  
OU (en cas de contre-indication à la voie orale)  
- 1/8\* de patch dosé à 25 µg augmenté progressivement de 1/8 de patch tous les 6 à 12 mois jusqu'à la posologie de 50 à 100 µg/j.  
# La prescription de gel à base d'œstradiol est plus compliquée en pratique pour l'initiation, mais reste une bonne option une fois la posologie adulte atteinte (ralais possible avec 1 à 2 doses de gel).  
\* Une fois le développement mammaire achevé, habituellement après 2 ans, introduction de progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 7 cp/j, au moins 10 à 12 jours/mois permet d'induire des règles.

Traitement post-induction de la puberté

Un relais par traitement hormonal substitutif ou une contraception œstroprogestative peut par la suite être proposé au cas par cas :

- œstradiol naturel, par voie orale à la dose de 12 à 20 µg/j, + progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cp/, pendant 23 jours/mois ;

ou

- œstradiol gel, 1 à 3 doses de gélule/jour, ou patch d'œstradiol 50 µg/j

+ progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cp/j ; pendant 25 jours/mois.

1. La dose initiale dépend du poids - W\* de patch 5 µg si poids < 40 kg ; W\* de patch si poids 40-55 kg ; 1/8 de patch si poids > 55 kg.

@@@ 394 @@@

Troubles du cycle

#### I SURVEILLANCE

La surveillance est rapprochée initialement afin de modifier régulièrement le traitement dans la phase d'induction de la puberté. Il sera plus espacé en cas de traitement substitutif bien équilibré,

La consultation permet :

- vérifier :
- + la bonne utilisation du traitement prescrit,
- = la parfaite tolérance de la thérapeutique;
- d'adapter le traitement :
- » le passage d'un traitement estrogénique à un traitement œstrogénoprogestatif en cas d'impuberté associée à l'aménorrhée primaire ;
- » le passage d'un traitement substitutif à une pilule œstrogénoprogestative plus adaptée à une jeune fille ou lorsqu'une vie sexuelle est envisagée.

IS NOTES PERSONNELLES M

@@@ 395 @@@

Aménorrhée secondaire  
sans signes d'hyperandrogénie

#### I RAPPELS N

L'aménorrhée secondaire est définie par l'interruption des menstruations de plus de 3 mois chez une jeune fille, ou une femme, antérieurement réglée. Il existe des causes physiologiques évidentes que sont la grossesse, la lactation et la ménopause. En dehors de ces situations, une enquête étiologique s'impose afin de déterminer le processus physiopathologique en cause et adapter le traitement.

Diagnostic

La réalisation d'un test aux progestatifs [voir ordonnance plus bas] permet d'évaluer la profondeur de la carence estrogénique. Des règles survenant pendant le traitement ou dans les 10 jours suivant son arrêt traduisent la persistance d'une sécrétion estrogénique endogène. La poursuite de l'aménorrhée correspond à une hypoestrogénie profonde sans préjuger de la

cause. La recherche étiologique est guidée par l'interrogatoire et l'examen

physique puis complétée par des dosages hormonaux. Dans tous les cas, une grossesse doit être formellement éliminée avant de poursuivre les examens.

Des dosages hormonaux de base (FSH, LH, estradiol, prolactine) permettent d'orienter le diagnostic étiologique. L'existence de bouffées vasomotrices

évoque dès l'interrogatoire un hypogonadisme hypergonadotrope.

\* En cas d'hypogonadisme hypogonadotrope

FSH, LH et estradiol bas; il s'agit d'une cause centrale (absence de bouffées

vasomotrices) :

= l'existence d'une hyperprolactinémie évoque en premier lieu une cause médicamenteuse ou une pathologie hypothalamo-hypophysaire visible sur un IRM : adénome hypophysaire ou pathologie, tumorale ou non, atteignant la tige pituitaire;

= en l'absence d'hyperprolactinémie, une IRM cérébrale permet de distinguer des causes tumorales hypophysaires ou cérébrales d'autres étiologies:

« un hypogonadisme hypogonadotrope congénital, sans ou avec anosmie (syndrome de Kallmann-de Marsier),

» hypogonadisme hypogonadotrope dit fonctionnel en relation avec un trouble du comportement alimentaire avec IMC < 21 kg/m<sup>2</sup>, une activité sportive intensive, une maladie chronique ou une période de stress,

causes

@@@ 396 @@@

## Troubles du cycle

» En cas d'hypogonadisme hypergonadotrope

FSH et LH hautes et estradiol bas; il s'agit d'une cause périphérique (ovaire

polycystique; présence de bouffées vasomotrices) : un contrôle biologique est nécessaire à quelques semaines d'écart pour confirmer l'insuffisance ovarienne : avant l'âge de 40 ans, on parle alors d'insuffisance ovarienne prémenopausale (IOP; cf fiche dédiée).

» Plus rarement, tous les dosages hormonaux sont normaux ; il peut s'agir d'une cause mécanique utérine mais, dans ce cas, l'anamnèse permet facilement d'évoquer ce mécanisme : curetage, VG, etc. et douleurs pelviennes cycliques.

## Objectif thérapeutique

La démarche thérapeutique s'inscrit dans un cadre étiologique puisque certaines pathologies requièrent un traitement médical ou chirurgical spécifique.

cifique. L'objectif thérapeutique dépend, de plus, du souhait de la patiente. Elle peut avoir un projet de grossesse, le besoin d'une contraception efficace ou simplement le désir de retrouver un cycle menstruel régulier et des règles.

En cas d'hypogonadisme hypogonadotrope

» En cas d'hyperprolactinémie :

- un traitement spécifique par un agoniste dopaminergique permet de traiter l'hyperprolactinémie entraînant une correction de l'hypogonadisme et récupération d'un cycle menstruel régulier et ovulatoire;

- en cas de projet de grossesse, sa programmation comprend les tests sanguins et la supplémentation nutritionnelle (acide folique) habituels;

- en l'absence de projet de grossesse une contraception efficace y sera systématiquement adjointe;

- seuls les macroadénomes & prolactinomes peuvent contre-indiquer les contraceptions estroprogestatives ;

- les autres causes d'hyperprolactinémie peuvent bénéficier de tous les types de contraceptions dans le respect des règles de bonne pratique et d'une surveillance biologique du taux de prolactine.

\* En l'absence d'hyperprolactinémie :

= la cause d'un hypogonadisme fonctionnel sera traitée si possible | reprise du poids en particulier au cas d'IMC bas;

- un traitement progestatif 10 jours/mois permet de rétablir des règles dès que l'hypogonadisme est moins profond;

- le plus souvent un traitement substitutif associant œstrogène et progestérone (ou progestatif) est nécessaire;

388

@@@ 397 @@@

Amenorrhée secondaire sans signes d'hyperandrogénie

- en cas de désir de grossesse, ce traitement permettant rarement le retour

de cycles ovulatoires, le recours à une pompe à LH-RH est souvent requis;

- En cas de besoin contraceptif, un switch vers une contraception oestroprogestative peut être nécessaire bien qu'elle pérennise & bloque l'axe

gonadotrop.

En cas d'hypogonadisme hypergonadotrope

L'hypogonadisme périphérique est le plus souvent définitif, bien que des fluctuations puissent exister les premières années. Il devra être substitué en fonction de l'âge de la patiente, des symptômes associés (syndrome climactérique) en respectant les contre-indications. Ce traitement évitera les effets néfastes de la carence estrogénique sur les moyen et long termes. En cas d'IDF récente, une reprise temporaire d'activité ovarienne ne peut être exclue et une contraception œstroprogestative peut remplacer, en l'absence de contre-indications, le traitement hormonal substitutif.

BEA SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION I

\* Il est fondamental de déterminer la cause de l'aménorrhée secondaire avant d'initier un traitement. Il peut même être dangereux de proposer d'emblée une pilule pour réenclancher des règles, ce qui masquerait voire aggraverait la pathologie responsable.

\* Le diagnostic de grossesse doit être éliminé avant toute recherche étiologique.

\* La démarche diagnostique se fait pas à pas et de façon raisonnée.

IS NOTES PERSONNELLES I

BOURABALA M,

@@@ 398 @@@

Troubles du cycle

I PRESCRIPTIONS

Ordonnance

En cas d'hypogonadisme hypogonadotrope fonctionnel

\* Pour retrouver des règles et mimer un cycle lorsqu'une sécrétion estrogénique endogène persiste (test aux progestatifs) : progestérone 200 mg, 1 cp), ou dydrogestérone, 2 cp/j pendant 10 jours.

\* En cas d'hypogonadisme plus profond, utilisation d'un traitement hormonal substitutif mimant un cycle menstruel -

- estradiol naturel, par voie orale à la dose de 1 à 2 mg/j, + progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cp/j, pendant 23 jours/mois, ou préparation orale combinant les deux molécules;

ou

- estradiol gel, 1 à 7 doses de gel/jour, ou patch d'estradiol 50 µg)



+ progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cpf); pendant 25 jours/mois ;

ou

- Contraception cestroprogestative si besoin contraceptif [cf. fiche « Contraception cestroprogestative »],

\* En cas d'hypogonadisme fonctionnel, le traitement hormonal pourra être interrompu pour démasquer une reprise de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien :

- L'estrogène sera interrompu sur 2 à 3 mois;

- tout en gardant 10 à 12 jours/mois d'une progestérone naturelle [200 mg/j] ou dydrogestérone (20 mg);

- les règles ne surviennent alors qu'en cas d'imprégnation estrogénique endogène; dans ce cas, la prise de contraception cestroprogestative est moins adaptée car elle pérennise le blocage de l'axe gonadotrope.

>

1. La progestérone naturelle est prise le soir au coucher en raison de la survenue

potentielle de vertige et/ou somnolence, si persistance au réveil switcher pour la dydrogestérone.

370

@@@ 399 @@@

Amenorrhée secondaire sans signes d'hyperandrogénie

Un traitement hormonal substitutif est recommandé jusqu'à l'âge physiologique de la ménopause

- estradiol naturel, par voie orale à la dose de 1 à 2 mg/j, + progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cpf, pendant 25 jours/mois, ou préparation orale combinant les deux

ou

- estradiol gel, 1 à 2 mg de gélule/jour, ou patch d'estradiol, 50 µg, + progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cpf]; pendant 25 jours/mois;

ou

- Contraception estroprogestative si besoin contraceptif (cf. fiche « Contraception cestroprogestative »). Il sera plus simple et mieux vécu, surtout s'il s'agit d'une jeune fille, d'utiliser une « pilule » plutôt qu'un

traitement hormonal appelé « de ménopause » dans la notice.

Information des patientes

Il est utile d'informer les femmes sur :

- les sujets de fertilité ou/et du besoin contraceptif : ils doivent être

abordés d'emblée car ils dictent l'attitude thérapeutique ;

- l'importance du suivi médical régulier en cas de traitement médicamenteux et/ou hormonal ;
- les symptômes de sur- et de sous-dosages thérapeutiques - ils doivent être enseignés permettant d'adapter le traitement substitutif,

## B SURVEILLANCE

\* La surveillance est rapprochée initialement afin d'adapter le traitement. i  
pout être plus espacé en cas de traitement substitutif bien équilibré

\* La consultation permet de vérifier

- la bonne utilisation du traitement prescrit;

- la parfaite tolérance de la thérapeutique.

\* La consultation permet d'adapter le traitement ;

- le passage d'un traitement substitutif à un traitement séquentiel  
progestatif lorsque une reprise de l'activité ovarienne spontanée peut être  
attendue

i

@@@ 400 @@@

## Troubles du cycle

- le passage d'un traitement substitutif à une pilule œstroprogestative plus adaptée à une jeune fille ou lorsqu'une contraception est désirée;
- En cas de souhait d'une grossesse, la prise en charge adaptée à sa patho-

logie.

I NOTES PERSONNELLES I

@@@ 401 @@@

Aménorrhée secondaire  
avec signes d'hyperandrogénie

## I RAPPELS N

L'aménorrhée secondaire est définie par l'interruption des menstruations de plus de 3 mois chez une jeune fille, ou une femme, antérieurement réglée, Dans un contexte évident de signes d'hyperandrogénie (hirsutisme, acné,

etc], les étiologies sont rapidement évoquées, la plus fréquente étant le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).

## Diagnostic

La réalisation d'un test aux progestatifs (voir ordonnance) permet d'évaluer la profondeur de la carence oestrogénique. Des règles survenant en cours de traitement ou dans les 10 jours suivant son arrêt traduisent la présence d'une sécrétion oestrogénique endogène. La persistance de l'aménorrhée correspond à une hypoestrogénie profonde sans préjuger de la cause. La recherche étiologique est guidée par l'interrogatoire [symptômes d'hyperandrogénie] et l'examen physique (recherche des signes de virilisation) puis complétée par des dosages hormonaux.

Dans tous les cas, une grossesse doit être formellement éliminée avant de poursuivre les examens. Des dosages hormonaux de base (FSH, LH, estradiol, prolactine et testostérone totale, SHBG et delta 4 androsténone) permettent d'orienter le diagnostic étiologique.

L'origine de l'hyperandrogénie peut être ovarienne ou plus rarement surrénalienne :

- une échographie ovarienne évocatrice et un taux élevé de delta 4 androsténone évoquent le fréquent SOPK;

- un taux de 17-hydroxy-progesterone élevé de base, ou lors d'un test au Synacthène en cas de doute, permet le diagnostic de bloc en 21-hydroxylase à révélation tardive;

- plus rarement, une tumeur virilisante ovarienne ou surrénalienne ou un syndrome de Cushing peuvent être découverts à l'occasion d'une amélanie secondaire avec hyperandrogénie.

3%

@@@ 402 @@@

## Troubles du cycle

Objectif thérapeutique

- \* Restaurer les cycles,

- # Traiter les signes d'hyperandrogénie permettant une amélioration de la qualité de vie.

« Evaluer le besoin d'une contraception efficace ou le désir de grossesse.

#### I A SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION ES-

# Il est fondamental de déterminer la cause de l'aménorrhée secondaire avant d'initier un traitement. Il peut même être dangereux de proposer d'emblée une pilule pour réenclencher des règles, le risque étant de masquer une pathologie susceptible de s'aggraver.

\* Le diagnostic de grossesse doit être éliminé avant toute recherche étiologique.

\* La démarche diagnostique se fait pas à pas et de façon raisonnée.

#### I PRESCRIPTIONS

##### Ordonnance

Dans tous les cas, un traitement cosmétique ou dermatologique associé aux traitements hormonaux et adapté permet de réduire les signes d'hyperandrogénie.

En cas de SOPK avec aménorrhée et hyperandrogénie clinique mineure

\* Pour retrouver des règles et mimer un cycle lorsqu'une sécrétion estrogénique endogène persiste (test aux progestatifs) - progestérons' 200 mg, 1 cp/j, ou dydrogestérone, 2 cp/j, pendant 10 jours. o

1. La progestérone naturelle est à prendre le soir au coucher en raison de la somnolence potentielle de vertige et de somnolence, si persistance au réveil switcher pour la dydrogestérone.

394

@@@ 403 @@@

Aménorrhée secondaire avec signes d'hyperandrogénie

\* En cas d'hypogonadisme plus profond, utilisation d'un traitement hormonal substitutif :

- estradiol naturel, par voie orale à la dose de 12 à 20 mg/j, + progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cp/j, pendant 25 jours/mois, ou préparation orale combinant les deux molécules

ou

- estradiol gel, 1 à 2 doses de 1 mg/jour ou patch d'estradiol, 50 µg/j, + progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone,

Z cpd], pendant 25 jours/mois;

ou

- contraception cestroprogestative i besoin contraceptif (ef. fiche « Caontraception cestroprogestative s).

En cas de SOPK avec aménorrhée et signes

d'hyperandrogénie invalidants

Blocage ovarien visant à diminuer la production ovarienne d'androgènes :  
- contraception cestroprogestative (cf fiche « Contraception aestroprogestative »);

ou

- acétate de cyprotérone 50 mg, 1 cp/), + estradiol gel, 1 & 7 doses de gelfjour, ou patch d'estradiol, 50 pg/), ou estradiol, 142 mg, 1 cpi] {règles très strictes de prescription of fiche « Hirsutisme »).

En cas de tumeur androgéno-sécrétante ovarienne

ou surrénalienne

L'exérèse chirurgicale de la tumeur permet habituellement un retour à des cycles menstruels spontanés.

En cas de bloc en 21-hydroxylase & révélation tardive

» Hydrocortisone 10 mg. 2 oo/ en 2 prises le matin et midi permet de freiner la production d'androgènes surrénaliens et de retrouver un cycle menstruel et diminuer les signes d'hyperandrogénie.

» En cas de persistance de l'aménorrhée | même schéma thérapeutique qu'en cas de SOPK avec aménorrhée et hyperandrogénie clinique Mireurs,

\* En cas de persistance de signes d'androgénie : même schéma thérapeutique qu'en cas de SOPK avec aménorrhée et signes d'hyperandro-

nie invalidants.

Qé >

395

@@@ 404 @@@

Troubles du cycle

I SURVEILLANCE T

# la surveillance est rapprochée initialement afin d'ajuster le traitement.

\* la consultation permet de vérifier :

- la bonne utilisation du traitement prescrit et de l'adapter régulièrement;
- la parfaite tolérance de la thérapeutique;
- la vérification de l'absence de contre-indication récente aux COF;
- d'associer des traitements cosmétiques locaux par le dermatologue, épilation laser ou électrique par exemple.

I NOTES PERSONNELLES M

@@@ 405 @@@

Spanioménorrhée

Adénome hypophysaire

I RAPPELS B

Un adénome hypophysaire est une tumeur bénigne développée au sein de l'hypophyse. Cette glande, située à la base du crâne dans la selle turcique, sécrète de nombreuses hormones qui elles-mêmes régulent le fonctionnement d'autres glandes endocrines (thyroïde, surrénales, ovaires, testicules, etc). Selon la taille et le caractère sécrétant ou non de l'adénome, il peut se révéler par un syndrome tumoral et/ou par des signes d'hypersécrétion hormonale et/ou des symptômes d'insuffisance antéhypophysaire.

Diagnostic

\* Le diagnostic est parfois évoqué devant un syndrome tumoral, principalement en cas de macroadénome (= 10 mm) pouvant associer :

- des céphalées habituellement localisées dans la zone rétro-orbitaire;
- des troubles visuels en relation avec la compression des voies optiques allant de la simple gêne visuelle à l'hémianopsie bitemporale authentifiée par l'étude du champ visuel à l'appareil de Goldman;
- plus exceptionnellement association de céphalées brutales et violentes, de troubles visuels et de signes d'insuffisance hypophysaire aiguë liés à une apoplexie hypophysaire peut révéler un adénome hypophysaire méconnu hémorragique ou en voie de nécrose,

» Le diagnostic peut être fait en cas d'hypersécrétion d'une des hormones antéhypophysaires :

- prolactine : une hyperprolactinémie avec troubles du cycle pouvant aller jusqu'à l'aménorrhée associée typiquement à une galactorrhée spontanée OU provoquée;

= hormone de croissance : une acromégalie avec le syndrome dysmorphique caractéristique, des céphalées, sueurs, HTA, etc ;

- ACTH : une maladie de Cushing associant une obésité facio-tronculaire, une hyperandrogénie clinique avec troubles du cycle, une HTA, et

397

@@@ 406 @@@

## Troubles du cycle

# Enfin, le diagnostic peut être porté devant un tableau d'insuffisance hypophysaire associant & des degrés variables :

- une insuffisance gonadotrope avec, chez la femme, troubles du cycle pouvant confiner à l'aménorrhée;

- une insuffisance corticotrope avec asthénie, hypotension, amaigrissement, etc.;

- une insuffisance thyroïdienne avec asthénie, pileux cutanéomuqueux, chute de cheveux, troubles de l'attention et de la mémoire, etc.;

- une insuffisance somatotrope entraînant peu de symptômes chez l'adulte.

\* L'IRM hypophysaire est l'examen clé du diagnostic. || permet de distinguer les microadénomes (< 10 mm) des macroadénomes (≥ 10 mm). Les dosages hormonaux indiquent par la suite s'il s'agit d'un adénome sécrétant ou non et l'origine d'insuffisance antéhypophysaire partielle ou complète.

## Objectif thérapeutique

\* Diminuer le volume tumoral ; la chirurgie peut être indiquée quand il n'existe pas de traitement médical, si un traitement médical échoue ou s'il est & l'origine d'intolérance, mais aussi lorsqu'il est urgent d'intervenir pour réduire ou supprimer l'adénome compressif.

\* Réduire l'hypersecretion hormonale : notamment en cas d'hyperprolactinémie, d'acromégalie ou de maladie de Cushing, etc.

= Restaurer la qualité de vie en rétablissant les déficits antéhypophysaires

sait par la réduction du volume tumoral, soit par traitements substitutifs adaptés au cas par cas :

- traitement hormonal estroprogestatif en cas d'insuffisance gonadotrope;  
= hydrocortisone en cas d'insuffisance corticotrope
- thyroxine en cas d'insuffisance thyroïdienne;
- = plus rarement chez l'adulte hormone de croissance en cas d'insuffisance somatotrope.

#### B A SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION I

Le gynécologue est rarement concerné par le traitement d'un adénome hypophysaire bien qu'il soit souvent à l'origine du diagnostic chez la femme.

Le relais est passé habituellement rapidement à un endocrinologue.

Le prolactinome fait cependant parfois exception à cette règle. Une fiche dédiée à l'hyperprolactinémie expose les modalités de sa prise en charge.

398

@@@ 407 @@@

Adénome hypophysaire

#### I PRESCRIPTIONS B

Ordonnance

En cas d'hyperprolactinémie  
Voir ordonnance spécifique.

En cas d'insuffisance gonadotrope

\* Le traitement de l'adénome ou de son hypersecretion peut suffire à rétablir la fonction gonadotrope mais parfois le recours à un traitement

associant œstrogènes et progestérone ou progestatif est nécessaire.

» L'idéal est de proposer un traitement substitutif qui laisse la possibilité

à l'axe gonadotrope de redémarrer son fonctionnement naturel lorsque

l'adénome est traité :

- l'association d'un œstrogène naturel du 1<sup>er</sup> au 25<sup>e</sup> jour du mois et de progestérone (ou rétroprogestérone) au moins les 12 derniers jours (est le plus souvent recommandé) - estradiol gel (1 3 2 doses/j), patch (50 µg) ou voie orale (si pas de CV vasculaire, 1 8 2 mg/j) du 17 au



25° jour du mois + progestérone naturelle 200 mg du 12 au 25 jour du mois;

- cependant, il peut être proposé une contraception estroprogestative en cas de rapports sexuels et en l'absence des contre-indications classiques et notamment cardiovasculaires sans son utilisation. Cette solution, du fait de son impact sur la fonction gonadotrope, retarde la récupération de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien : pilule contenant du lévonorgestrel (à génération – 20 ou 30 pg d'EE + 0,100 ou 0,150 mg de lévonorgestrel) ou contenant du norgestimate [35 pg

d'EE + 250 pg de norgestimate [monophasique] ou 180-215-150 pg de norgestimate [triphasique]], 1 cp pendant 21 jours, arrêt 7 jours.

En cas d'hypothyroïdie

» Le traitement par L-thyroxine est débuté à faible dose (25 microgrammes/j) et augmenté progressivement jusqu'à atteindre une euthyroïdie clinique et biologique.

# | augmentation se fait par paliers de 25 microgrammes.

» Un dosage de TSH régulièrement toutes les 4 à 6 semaines permet de contrôler et d'ajuster la posologie, o

e

@@@ 408 @@@

Troubles du cycle

En cas d'insuffisance corticotrope

\* Le traitement fait appel à l'hydrocortisone à la dose de 20 à 30 mg/j.

\* La posologie sera répartie de façon inégale dans le nycthémère : 2/3 de la dose le matin au réveil et 1/3 à midi ; hydrocortisone 10 mg, 2 cp le matin et 1 cp le midi.

\* Il n'est pas conseillé de prendre de l'hydrocortisone l'après-midi ou le soir en raison des risques d'insomnie.

\* l'adaptation de la dose se fait en fonction des symptômes et de la prise de tension artérielle (couché et debout).

\* En cas d'insuffisance corticotrope, il n'est pas nécessaire d'y associer de la fludrocortisone car la sécrétion d'aldostérone n'est pas atteinte.

En cas d'insuffisance somatotrope

» Chez l'adulte, le traitement se discute parfois ; il existe peu de retentissement clinique du déficit en GH.

\* En cas d'asthénie persistante, de perte de masse musculaire et de diminution de la qualité de vie, un test dynamique permet d'authentifier le déficit,

\* Une faible posologie est alors recommandée en début de traitement (0,15 & 0,30 mgj en injection sous-cutanée).

\* L'adaptation thérapeutique est progressivement adaptée à la clinique mais surtout aux taux sériques d'IGF-1 qui doit rester dans les normes.

#### Information des patientes

\* Il est utile d'informer les femmes sur ;

- L'importance du suivi médical régulier en cas de traitement médicamenteux;

- les symptômes de sur- et de sous-dosages thérapeutiques doivent être enseignés permettant une adaptation des posologies rapidement ;  
- le risque de certains médicaments en cas de survenue d'une grossesse doit être indiqué d'où la nécessité de mise en place d'une contraception si une grossesse doit être évitée ou n'est pas souhaitée;  
- tout projet de grossesse doit être strictement encadré et programmé par le médecin qui ajustera au mieux les molécules et les posologies utilisées.

>

400

@@@ 409 @@@

#### Adénome hypophysaire

|  
» [l'éducation thérapeutique de la patiente doit être présente en cas d'insuffisance corticotrope

- augmentation des besoins en hydrocortisone en cas de fièvre, stress, grosses chaleurs, etc. : il convient de doubler la posologie;

- reconnaître les symptômes faisant craindre un sous-dosage : asthénie, pâleur cutanée, anorexie, nausées, etc. ;

- le régime alimentaire doit être normalement salé;

- la patiente doit toujours avoir sur elle une carte d'insuffisance surrénalienne. |

## I SURVEILLANCE

\* La surveillance porte 4 la fois sur l'évolution tumorale, la maîtrise de l'hypersécrétion hormonale et l'équilibre des déficits antéhypophysaires.

\* La consultation permet de vérifier -

- de la diminution de la symptomatologie en rapport avec la masse tumorale;

- de la parfaite observance aux différents traitements;

- de leur bonne tolérance des médicaments prescrits;

- de la diminution des signes liés à l'hypersécrétion tumorale ou aux divers déficits antéhypophysaires;

- si une contraception estroprogestative est prescrite, toujours vérifier les facteurs de risque cardiovasculaires à chaque consultation,

\* La surveillance biologique permet :

- de vérifier la suppression de l'hypersécrétion hormonale;

- d'ajuster les traitements des divers déficits substitués en évitant les sous- et les surdosages.

\* La réalisation régulière de l'IRM hypophysaire permet :

- de suivre l'évolution du volume tumoral et de s'assurer ainsi de l'efficacité du traitement médicamenteux choisi;

- de proposer une chirurgie en cas d'échec ou de mauvaise tolérance du traitement médical ;

- le rythme de surveillance radiologique dépend du volume tumoral, de la symptomatologie clinique et de la tolérance médicamenteuse.

\* La pratique de l'examen visuel n'est nécessaire qu'en cas d'altération initiale :

- idéalement réalisée par le même praticien sur le même équipement;

- elle permet de s'assurer de la régression des anomalies détectées;

- la périodicité est variable et déterminée au cas par cas.

a0

## Troubles du cycle

### I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 411 @@@

## Anorexie mentale

### I RAPPELS

L'anorexie mentale (AM) est un trouble du comportement alimentaire d'origine multifactoriel, essentiellement féminin, prolongé, & l'origine d'un amaigrissement important. Elle a des conséquences en termes de santé globale et hormonale, Elle peut, dans les cas extrêmes, conduire au décès. Le plus souvent, le processus débute à l'adolescence, alors même que l'axe gonadotrope s'active. Selon l'âge de la jeune fille et son stade de développement pubertaire, des anomalies allant de l'impubérisme aux troubles du cycle avec aménorrhée secondaire peuvent se rencontrer. La prise en charge, souvent longue et complexe, est multidisciplinaire associant psychologues, psychiatres, pédiatres, nutritionnistes, endocrinologues, gynécologues et médecins généralistes.

### Diagnostic

\* AN se caractérise le plus souvent :

- chez une fille ; 0,5 % des jeunes filles sont concernées;

- entre 14 et 17 ans, avec un pic à 16 ans et des extrêmes depuis la petite enfance & l'âge adulte;

- après une simple période restriction alimentaire pour perdre quelques kilogrammes.

\* Le diagnostic de l'AM repose sur des critères cliniques issus de classifications internationales (DSM-5 en particulier) qui correspondent à 3

= des troubles du comportement alimentaire avec restriction ou éviction de certaines classes d'aliments (gras, sucrés), phases de boulimie associées ou vomissements ou utilisation de laxatifs;

- un IMC < 17 kg/m<sup>2</sup>;

- une dysmorphophobie.

\* Des troubles psychiatriques et somatiques sont associés régulièrement et de façon variable -

- anxiété, symptômes dépressifs parfois sévères avec idées suicidaires, troubles obsessionnels compulsifs, etc.;

- troubles de la croissance chez la très jeune fille;

- aménorrhée secondaire après la puberté en relation avec un hypogonadisme hypogonadotrope;

403

@@@ 412 @@@

#### Troubles du cycle

- hyperactivité en particulier sportive, hyperinvestissement intellectuel et perfectionnisme scolaire, etc.;

- dans les cas sévères et prolongés : troubles hématologiques (anémie, leucopénie, thrombopénie), anomalies hépatiques (cytolyse), rénales (élévation de la créatinine) et du ionogramme sanguin (hypokaliémie) avec risque cardiovasculaire, anomalies dentaires, chute des cheveux, ostéoporose sévère avec risque de fractures précoces, etc

#### Objectif thérapeutique

= Dépister rapidement l'AM, facteur déterminant du pronostic, pour éviter la chronicité et éviter ainsi les complications de morbi-mortalité.

\* Restaurer un IMC normal grâce à une alimentation progressive, régulière.

\* Fixer des objectifs régulièrement ajustés : le premier étant l'arrêt de la perte de poids.

» Prise en charge psychologique et psychiatrique de la patiente et la thérapie familiale souvent associées : piliers essentiels des soins, ils ne seront pas abordés dans cette ordonnance.

# Traitement médical des symptômes psychiatriques, en particulier en cas de dépression parfois sévère,

\* Savoir hospitaliser dans les cas graves, lorsque le traitement ambulatoire a échoué ou qu'une séparation du milieu familial semble salutaire.

\* Traiter l'hypogonadisme hypogonadotrope pour éviter les risques de la carence estrogénique.

#### B A SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION I

\* La prise en charge est habituellement longue, souvent par paliers et parfois avec des rechutes.

L'adhésion de la jeune fille, et de sa famille, au programme proposé est MACASsAINE pOUr Envisager une rémission voire une guérison de l'AM.

\* Le processus de reprise du fonctionnement de l'axe gonadotrope est souvent long et se prolonge au-delà de la récupération pondérale, incitant à la prise en charge précoce de la carence estrogénique.

404

@@@ 413 @@@

Anorexie mentale

#### I PRESCRIPTIONS

##### Ordonnance

Me sera abordé dans cette partie que le traitement de l'hypogonadisme hypogonadotrope, Le traitement hormonal substitutif est toujours préféré car il laisse la possibilité d'une reprise spontanée de fonctionnement de l'axe gonadotrope.

En cas d'impubérisme

» De petites doses d'estrogènes permettent de provoquer un développement mammaire :

- 17-P-estradiol per os & la dose de 5 µg/kgj augmenté de 5 µg/kg/]  
tous les 6 à 12 mois pour atteindre progressivement la posologie de 1 à 2 mg/j;

Or len cas de contre-indication & la voie orale)

- 1/8" de patch dosé à 25 µg augmenté progressivement de 1/8 de patch tous les 6 à 12 mois jusqu'à la posologie de 50 à 100 µg/j;

- la prescription de gel à base d'estradiol est plus compliquée en pratique pour l'indication, mais reste une bonne option une fois la posologie adulte atteinte (relais possible avec 13 à 2 doses de gel).

Une fois le développement mammaire achevé, habituellement après

2 ans, introduction de progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cp/j au moins 10 à 12 jours/mais permet d'induire des règles,

» Traitement post-induction de la puberté

Un relais par traitement hormonal substitutif ou une contraception œstro-

progestative peut par la suite être proposée au cas par cas :

- estradiol naturel, par voie orale à la dose de 13 à 2 mg/j, + progestérone naturelle 200 mg. 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cpf),

pendant 25 jours/mois;

ou

- astradiol gel, 1 4 2 doses de gel/jour, ou patch d'estradiol 50 pg/j

+ progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cpd], pendant 25 jours/maois. &

1. La dose initiale dépend du poids - W\* de patch 5 posds < 40 kg; W\* de patch si poids 40-55 kg; ¥ de patch si poids > 55 ka.

405

@@@ 414 @@@

## Troubles du cycle

En cas d'aménorrhée secondaire

\* Test aux progestatifs

- 2 cp/j de dydrogestérone pendant 10 jours.

- Me déclenche des règles que 5'il persiste un certain degré d'impré-  
gnation estrogénique.

- Renouveler sur 3 mois consécutifs,

= Souvent négatif lorsque 'AM est installée ou profonde.

\* Traitement hormonal substitutif (THS) :

- estradiol naturel, par voie orale 4 la dose de 13 2 mg/), + proges-  
térone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cp/j,  
pendant 25 jours/moids

ou

- estradiol gel, 1 3 2 doses de gel/jour, ou patch d"estradiol 50 pg)

+ progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone,  
2 cpf), pendant 25 jours/mois :

= mime e cycle naturel,

= interrompu régulidrement, lorsque l'objectif pondéral est atteint,  
pfnl.);mérifier la reprise de l'axe gonadotrape par un test aux proges-  
b

\* Contraception cestroprogestative . fiche)

~En cas de besoin contraceptif : le risque de grossesse n'est pas  
totalement nul des que l'axe gonadotrope se remet en route.

- En l'absence de contre-indication,

- Selon les bannes regles de prescription.

- EE 20 ou 30 pg + lévonorgestrel 100 ou 150 pg : 1 cp/j pendant

21 jours sur 28 ou 28 jours sur 28 si la plaquette comporte 7 op placebo.

- A débiter déss que possible en 5'assurant de l'absence de grossesse  
si rapports sexuels.

## Information des patientes

Il est utile d'informer les femmes sur :

- les conséquences de 'AM potentiellement graves;

- la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire,

406

@@@ 415 @@@

Anorexie mentale

#### I SURVEILLANCE

La surveillance est multidisciplinaire et vérifie :

- = l'arrêt de la perte de poids puis la reprise pondérale ;
- l'absence de symptômes dépressifs graves et la bonne santé mentale;
- = la parfaite utilisation du THS ou des autres traitements HORMONAUX Avec retour d'un cycle artificiel;
- la nécessité de modification pour une COP en cas de besoin contraceptif;
- l'arrêt potentiel lorsque le poids est satisfaisant pour dépister la reprise de l'axe gonadotrope en l'absence de rapport si COP utilisée.

IS NOTES PERSONNELLES I

ao7

@@@ 416 @@@

Troubles du cycle

@@@ 417 @@@

Hyperprolactinémie

#### B RAPPELS R

La prolactine (PRL), « hormone de la lactation », est une hormone peptidique sécrétée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse, soumise principalement à une régulation inhibitrice par la dopamine hypothalamique. L'hyperprolactinémie est fréquente, se situant entre 30 et 90 cas/ 100000 femmes. Elle est responsable de nombreux désordres parmi lesquels les troubles de règles pouvant aller jusqu'à Ménorrhée. Elle diminue l'expression de la



kisspeptine a l'origing d'une diminution de la pulsatilité hypothalamique de GnRH. Elle représente une des principales étiologies d'infertilité par anovulation. La recherche d'une pathologie tumorale doit être une priorité en l'absence de cause évidente (médicamenteuse par exemple).

#### Diagnostic

» Plus fréquente en période d'activité génitale, une hyperprolactinémie est à rechercher dès qu'il existe des symptômes évocateurs :

- des troubles du cycle depuis la simple aménorrhée jusqu'à l'aménorrhée;

- = une aménorrhée post-pilule;

- une galactorrhée spontanée mais plus souvent provoquée (80 %) ;

- un syndrome tumoral (cf. fiche « Adénome hypophysaire », principalement céphalées et/ou troubles visuels);

- au cours d'un bilan d'infertilité.

\* Un simple dosage de base de PRL permet d'établir le diagnostic lorsque le taux est supérieur aux normes du laboratoire, habituellement > 20 ou 25 ng/mL. En cas de taux peu élevé, un contrôle est nécessaire. En effet, le

stress peut légèrement augmenter ce taux,

\* Un bilan étiologique permet d'en découvrir l'origine, après avoir éliminé

une grossesse ;

- une pathologie tumorale (à éliminer par une IRM cérébrale avec injection

de gadolinium, centrée sur la région hypophysaire au moindre doute) :

- « hypophysaire (microadénome si < 10 mm et macroadénome si > 10 mm), évoquée d'emblée si PRL > 100 ng/ml,

- » ou supra-hypophysaire;

- une cause médicamenteuse fréquente soit par inhibition du récepteur de la dopamine, soit par action antagoniste de la sécrétion de dopamine et

à 0s

@@@ 418 @@@

#### Troubles du cycle

sérotonine, une IRM hypophysaire pourra être proposée au moindre doute, en particulier pour un taux > 100 ng/mL;

- une hypothyroïdie, insuffisance rénale ou hépatique plus rarement.

Objectif thérapeutique

» Normalisation de la prolactine qui permet de |  
- corriger les troubles du cycle;

= favoriser les ovulations, en particulier en cas de désir de grossesse.

® Traiter la pathologie tumorale (voir ordonnance adénome hypophysaire).

B PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT Imm-

# Traitement de l'hyperprolactinémie

- interrompre le médicament responsable de l'hyperprolactinémie lorsque  
cela est possible : discussion interdisciplinaire nécessaire | z plus  
souvent  
psychiatre);

= discuter la chirurgie trans-sphénoïdale en cas de prolactinome;

- substituer une hypothyroïdie.

\* En l'absence de désir de grossesse :

- proposer une contraception adaptée en raison de la reprise rapide de  
cycles ovulatoires dès normalisation de la PRL;

- les œstrogènes ont un rôle stimulant sur la sécrétion de PRL et sur la  
prolifération des cellules lactotropes justifiant une surveillance  
particulière en cas  
de décision et utilisation d'une COR.

\* En cas de projet de grossesse, en dehors des consignes habituelles  
icf. fiche « Consultation préconceptionnelle » :

- la normoprolactinémie rétablit rapidement des évaluations et suffit  
habituellement à l'obtention d'une grossesse;

- arrêter le traitement de l'hyperprolactinémie dès le diagnostic de gros-  
sesse;

- sauf cas particulier du macroprolactinome, où la poursuite du  
traitement  
peut se discuter,

IS NOTES PERSONNELLES

410

@@@ 419 @@@

Hyperprolactinémie

I PRESCRIPTIONS

## Ordonnance

Traitement médical de l'hyperprolactinémie par agonistes dopaminergiques

\* En dehors des étiologies médicamenteuses qui en contre-indiquent l'utilisation, la cabergoline, agoniste du récepteur dopaminergique D2, est la mieux tolérée et la plus efficace 3 la fois biologiquement et sur le

volume tumoral en cas d'adénome,

\* Traitement & posologies progressivement croissantes, par paliers toutes les 4 & semaines jusqu'à obtenir une normoprolactinémie.

\* Line fois la normoprolactinémie obtenue, tentative de diminution de la posologie pour déterminer la dose minimale efficace.

# Selon la molécule utilisée

- cabergoline 0,5 mg en 1<sup>re</sup> intention :

+ 1 cp/semaine | 2 sair au milieu du repas ou au coucher, à débiter 3

cette dose puis augmentation progressive jusqu'à normalisation du

taux de prolactine,

= posologie maximum : 3 mg/semaine,

» & fractionner & partir de 1 mg/semaine;

- bromocriptine 2,5 mg :

» 1/2 cp | 2 sair au milieu du repas ou au coucher,

= posologie maximum : 4 cp/j,

\* & augmenter par demi-comprimés;

» quinagolide comprimés dosés & 25, 50, 75 µg (moins fréquemment utilisés) :

= 1 boîte de démarrage contenant 3 cp dosés à 25 µg puis 3 cp dosés

à 50 µg.

» puis 1 cp/j à 75 µg,

» posologie habituelle 150 µg.

## Contraception en cas d'hyperprolactinémie

\* Le plus souvent, l'hyperprolactinémie non tumorale autorise toutes les contraceptions selon les règles habituelles de prescription avec surveillance biologique.

>

a1

## Troubles du cycle

\* En cas de prolactinomes

- contraception œstroprogestative souvent autorisée pour les microadénomes sous réserve d'une surveillance biologique & 3 mois et radiologique après 1 an;
- contraception progestative ou intra-utérine préférable en cas de macroprolactinome, contre-indication ou intolérance aux COP (cf. fiche = Contraception œstroprogestative a).

## Traitement symptomatique pour les hyperprolactinémies médicamenteuses

\* Le plus souvent, les traitements ne peuvent être interrompus (après avis du psychiatre).

\* Un traitement symptomatique des troubles du cycle ou de l'aménorrhée peut être proposé ;

- pour retrouver des règles et mimer un cycle lorsqu'une sécrétion œstrogénique endogène persiste @ progestérone 200 mg, 1 cp/j, ou dydrogestérone 2 cp/j pendant 10 jours;

- en cas d'hypogonadisme plus profond, utilisation d'un traitement hormonal substitutif :

« estradiol naturel, par voie orale 3 la dose de 1 2 2 mg/j, + progestérone naturelle 200 mg 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cp/j, pendant 25 jours/mois ou préparation orale combinant les deux molécules,

ou

= gstradiol gel, 1 5 2 doses de gelfjour, ou patch d'estradiol 50 pg/j + progestérone naturelle 200 mg. 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cp/j, pendant 25 jours/maois,

ou

» contraception œstroprogestative si besoin contraceptif ou parfois plus facile dans certains contextes psychiatriques (cf. fiche « Contraception œstroprogestative o),

## B SURVEILLANCE

\* Une information des patientes sur la fréquence des nausées (30 %), d'hypotension orthostatique (25 %) qui surdennent initialement et justifient la conduite minutieuse du traitement en débutant à très faibles posologies et en augmentant progressivement pour atteindre la dose efficace.

a2

## Hyperprolactinémie

\* Une surveillance de la pression artérielle est recommandée les premiers jours du fait du risque d'hypotension.

\* Biologiquement, le dosage de la PRL permet de s'assurer de sa normalisation avec le traitement.

\* Une imagerie hypophysaire 3 3, 12 mois puis annuelle est nécessaire en cas de macroadénome. En cas de microadénome, elle sera pratiquée à un an puis tous les 3 ans,

» Attention à la somnolence (quinagolide).

\* » Pour la cabergoline :

- risque de fibrose valvulaire cardiaque

« pol fréquent pour les doses habituellement utilisées contrairement aux cas de la maladie de Parkinson,

» échographie cardiaque avant de débuter le traitement,

» échographie cardiaque 4 5 ans du début du traitement si dose < 2 mg/semaine

» échographie cardiaque annuelle si dose = 2 mg/semaine;

~ risque de fibrose pulmonaire ; rare, & dépister en cas d'apparition de dyspnée;

- risque rare d'addiction notamment au jeu et au sexe

+ 15 patients devraient en être informés (SFE 2020),

« disparaît rapidement après arrêt du traitement.

## Tableau - Etiologies médicamenteuses.

\* Antipsychotiques ;

- typiques : halopéridol, chlorpromazine, et

- atypiques : rispéridone, quétiapine, olanzapine

\* Antidépresseurs ;

~ tricycliques - clomipramine, imipramine, etc

- ISRS - fluoxétine, paroxétine, sertraline, et

= IFEM : venlafaxine, etc

\* Antihypertenseurs -

- vérapamil, alpha-méthyl-dopa, nifédipine, et

& Antiepileptiques ;

- phénytoïne

= Antinauséux et molécules à visée digestives :

= métoclopramide, dompéridone

- cimétidine, ranitidine

= antifongiques

= gastroprotections,

- opiacés, héroïne, marijuana, etc,
- consommation excessive d'alcool, etc

ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

ISRN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine & de la noradrénaline,

413

@@@ 422 @@@

Troubles du cycle

I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 423 @@@

Hypogonadisme hypogonadotrope  
congénital ou acquis

B RAPPELS N

L'hypogonadisme hypogonadotrope (HH) correspond à une insuffisance  
hormonale estrogénique d'origine centrale. Il peut être congénital ou  
acquis  
et se révéler à différents stades de la vie. Cette affection sera plus  
axée sur  
son diagnostic et sa prise en charge après l'âge de la puberté.

Diagnostic

\* Le diagnostic d'hypogonadisme hypogonadotrope est retenu en cas d'hypo-  
gonadotrophie biologique (estradiol bas) associée des gonadotrophines  
(FSH,  
LH) non augmentées (normales ou basses), à l'inverse de l'hypogonadisme  
hypergonadotrope (insuffisance ovarienne) où le taux d'estradiol est bas  
et  
les gonadotrophines élevées.

» L'étiologie est centrale pouvant être d'origine hypophysaire,  
hypothalamo-  
hypophysaire ou supra-hypophysaire.

\* L'IRM hypothalamo-hypophysaire et des dosages hormonaux simples (pro-  
lactine) permettent d'orienter le diagnostic étiologique.

Étiologies hypophysaires avec insuffisance gonadotrope

(FSH et LH basses)

\* Adénomes hypophysaires @ prolactinome (FREL), adénome somatotrope [GH], corticotrope (ACTH), gonadotrope ou mixte (PRL + GH le plus souvent)  
ou non sécrétant (voir ordonnance adénome hypophysaire)

\* Hyperprolactinémie d'autre origine : médicamenteuse principalement [cf. fiche « Hyperprolactinémie »].

\* Hypophysite lymphocytaire ou maladies infiltratives (sarcoidose, histiocytose par exemple).

» Syndrome de Sheehan dans le post-partum ou après un traumatisme cérébral.

» Section de tige secondaire @ un traumatisme ou autres TLM ou pathologies supra-hypophysaires,

a415

@@@ 424 @@@

Troubles du cycle

Étiologies hypothalamiques avec absence ou défaut de sécrétion de GnRH

\* Pathologie tumorale ou infiltrative.

s Congénitales génétiques, rares et habituellement pris en charge en centre spécialisé :

- syndrome de Kallmann-de Marsier avec ou sans anosmie par défaut de migration des neurones à GnRH le long du tractus olfactif;

- isolé génétique : anomalie du récepteur de la GnRH, anomalie du système Kiss1/GPR 54 ou de la leptine et/ou son récepteur, idiopathique;

- s'inscrivant dans un cadre syndromique : Prader-Willy, Bardet-Bied, etc.

Étiologies supra-hypothalamiques ou fonctionnelles  
Fréquentes, mais de diagnostic d'élimination.

\* Sous-poids ; en particulier dès que IMC < 16 kg/m<sup>2</sup> ou en cas de perte de poids importante (voir ordonnance anorexie mentale).

o Activité physique intensive : sports « esthétiques », comme la danse ou la gymnastique, sports d'endurance (athlétisme, course à pieds, etc), sports & catégories de poids (judo, boxe, etc).

® Stress important.

\* En relation avec une maladie chronique habituellement connue antérieurement.

Objectif thérapeutique

\* Corriger la carence œstrogénique et ses conséquences,

\* Favoriser des cycles réguliers.

\* Traiter la cause de l'hypogonadisme hypogonadotrope si une étiologie spécifique est retrouvée.

I A SAVOIR AVANT LA PRESCRIPTION ESS-

® Toujours rechercher la cause.

\* Ne pas donner de COF qui rétablirait de façon artificielle le « cycle mens-

truel » et pourrait masquer ou aggraver une pathologie sous-jacente, sans avoir fait au préalable le diagnostic étiologique.

# Distinguer les étiologies curables de celles entraînant un hypogonadisme hypogonadotrope définitif.

416

@@@ 425 @@@

Hypogonadisme hypogonadotrope congénital ou acquis

I PRESCRIPTIONS

\* Traiter la cause lorsqu'elle est retrouvée (cf. fiches « Hyperprolactinémie » et « Adénome hypophysaire »),

» Prise en charge spécifique des hypogonadismes hypogonadotropes congénitaux ou diagnostiqués dans l'enfance en centre spécialisé.

Ordonnance

» Pour retrouver des règles et mimer un cycle lorsqu'une sécrétion œstrogénique endogène persiste encore : progestérone 200 mg, 1 cp/), ou dydrogestérone, 2 cp/j, pendant 10 jours.

\* Mais dans ce contexte clinique, l'hypogonadisme est souvent plus profond, le test à la progestérone et le plus souvent négatif nécessitant l'utilisation d'un traitement hormonal substitutif mimant un cycle menstruel ;

- estradiol naturel, par voie orale 4 à 2 mg/j, + progestérone naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou dydrogestérone, 2 cp/), pendant 25 jours/mois, ou préparation orale combinant les deux molécules;

o



H'Irl-:inl gel, 1 & 7 doses de gel/jour, ou patch d'estradiol, EU'ug.n'"  
naturelle 200 mg, 1 gélule/jour, ou  
E op/], pendant 25 jours/mais;  
ou  
- contraception estroprogestative si besoin contraceptif (of fiche  
« Contraception esstropogestative ») en 'absence de contre-indication  
et selon les bonnes règles de prescription : EE 20 ou 30 pg + lévonor-  
gestrel 100 ou 150 pg 1 co/f pendant 21 jours sur 28 ou 28 jours sur  
28 si la plaquette comporte 7 op placebo; a débuter dès que possible  
&n 5'assurant de 'absence de grossesse si rapports sexuels.

a7

@@@ 426 @@@

#### Troubles du cycle

- \* En eas d'hypogonadisme hypogonadotrope d'origine fonctionnelle -  
~ favonser la reprise de poids ou rétablir 'adéquation entre les apports  
caboriques et I'activité sportive;
- le THS pourra &tre reguligrement interrompu pour démasquer une  
reprise de I'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien -  
« 'estrogène sera interrompu sur 2 & 3 mois,  
= tout en gardant 10 & 12 jours/mois d'une progestérone naturelle  
{200 mg/f) ou dydrogestérone (20 mg/,  
« les règles ne surviennent alors ggu'en cas diimprégnation estrogé-  
nique endogène suffisante pour induire une croissance de I'endo-  
metre,  
» dans ce cas la prise de COP est moins adaptée masquant la reprise  
d'activité hypathalamo-hypophyso-ovarienne mass parfois nécessaire  
en cas d'activité sexuelle régulière.

#### Information des patientes

Il est utile d'informer les fernmes sur

- I'eticlogie de I"hypogonadisme hypogonadotrope et les moyens de  
rétablir 'équilibre hormonal ;
- les risques liés a la carence harmonale;
- l'importance du suivi prolongé et de 'adhésion aux thérapeutiques  
PropoSas.

#### [ SURVEILLANCE B

- \* La consultation permet de vérifier :
  - la bonne utilisation du traitement prescrit;
  - la parfaite tolérance de la thérapeutique.

\* La consultation permet d'adapter le traitement avec le temps, de suivre sa tolérance et de vérifier l'absence d'effets indésirables :

- le passage d'un traitement substitutif à un traitement séquentiel progestatif

lorsqu'une reprise de l'activité ovarienne spontanée peut être attendue en l'absence de nécessité de contraception;

- le passage d'un traitement substitutif à une contraception mestroprogestative

plus adaptée à une jeune fille ou lorsqu'une contraception est désindiquée;

- en cas de souhait d'une grossesse, la prise en charge adaptée à sa pathologie.

418

@@@ 427 @@@

Troubles des règles

ang

@@@ 428 @@@

@@@ 429 @@@

Dysménorrhée

I RAPPELS

La dysménorrhée est un symptôme clinique fréquent. Il s'agit de douleurs pelviennes rythmées par le cycle survenant quelques jours avant et pendant les règles. Elles sont dites primaires survenant dès les premières règles ou secondaires lorsqu'elles apparaissent après une période de cycles non douloureux. Il est essentiel d'en évaluer l'intensité et le retentissement afin de

proposer des thérapeutiques adaptées et parfois d'orienter le diagnostic  
gynécologique. Sa faible intensité est le plus souvent associée à des  
dysménor-  
rhées dites fonctionnelles. À l'inverse, une forte intensité des douleurs  
associe à d'autres symptômes, tels que l'absentéisme scolaire par exemple,  
doit  
faire évoquer une pathologie organique. Nous ne traiterons dans cette  
ordonnance que des dysménorrhées dites fonctionnelles ou essentielles,  
les  
autres étiologies étant abordées dans les ordonnances correspondantes  
[notamment l'adénomyose ou l'endométriose],

La fréquence de la dysménorrhée fonctionnelle varie en fonction de l'âge.  
Si elle est extrêmement fréquente chez l'adolescente juste après la  
puberté,  
jusqu'à 70 à 80 % des jeunes filles pour certains auteurs, sa fréquence  
tend  
habituellement à diminuer avec l'âge.

#### Diagnostic

[Il est porté par l'interrogatoire :

- date de début des douleurs, chronologie des douleurs par rapport aux règles, intensité des douleurs pouvant être évaluée sur une échelle EVA, évaluation du retentissement scolaire, social et affectif;
- histoire gynécologique : date des premières règles, régularité des cycles, abondance des règles, chronologie des douleurs par rapport aux règles, intensité des douleurs, signes associés, douleurs mammaires, traitements utilisés, dyspareunie & activité sexuelle débutée.

#### Objectif thérapeutique

- » Diminuer ou mieux supprimer les douleurs,
- \* Retrouver une vie sociale, scolaire, affective normale durant la période des

règles.

421

@@@ 430 @@@

#### Troubles des règles

##### BN PRECAUTIONS AVANT LE TRAITEMENT I

# Évaluation de la sévérité de la dysménorrhée.

# Examen clinique et gynécologique et/ou échographie pelvienne à la recherche d'une étiologie organique.

\* Examen gynécologique non réalisé, sauf cas particuliers, chez les filles vierges, une échographie par voie sus-pubienne permet de s'assurer de l'absence de pathologies organiques (malformation utérine, kyste ovarien, etc.).

« Eliminer les étiologies associées (adénomyose et/ou endométriose par exemple) par échographie pelvienne voire IRM pelvienne.

# Eliminer les éventuelles violences subies.

# En fonction des stratégies thérapeutiques proposées, limiter les contre-indications vasculaires [COF] et gastriques (AINS)

## B PRESCRIPTIONS

La stratégie thérapeutique doit être progressive en l'absence de désir de contraception. Si contraception souhaitée, cf. fiches « Contraception mstoprogestative » ou « Contraception progestative ».

Ordonnance

Première stratégie thérapeutique

Traitements antalgiques & cible gynécologique par anti-inflammatoires non stéroïdiens :

- flurbiprofène 100 mg : 1 cp 3 fois/j;

ou

- acide méfénamique 250 mg : 7 gélules 3 fois];

ou

- naproxène 550 mg : 1 cp 2 fois.

42

@@@ 431 @@@

Crysménorrhée

Deuxième stratégie thérapeutique

» Possible en association avec la première stratégie,

\* Traitements hormonaux visant à substituer la phase lutéale :

- progestérone 200 mg : 1 gélule/jour du 16° au 25° jour du cycle;

ou

- dydrogestérone 10 mg : 2 cpj du 16° au 25° jour du cycle,

Troisième stratégie thérapeutique

Traitements hormonaux & visée antigonadotrope-contraceptive :

- cf. fiches « Contraception cestroprogestative » et « Contraception progestative »;

- dans certains cas invalidants, indication & une aménorrhée thérapeutique en enchaînant la COF ou en utilisant la CP.

## I SURVEILLANCE

» Modification progressive des stratégies thérapeutiques si inefficacité.

\* Suivi régulier de la tolérance et gynécologique si prescription de contraceptif,

\* Surveillance de la tolérance digestive aux AINS.

#### I NOTES PERSONNELLES M

423

@@@ 432 @@@

Troubles des règles

@@@ 433 @@@

Hémorragie génitale  
(en dehors de la grossesse)

#### B RAPPELS N

Les hémorragies génitales représentent environ 10 % des motifs de consultation en gynécologie. Elles touchent les femmes quel que soit leur âge, des jeunes filles jusqu'aux femmes âgées, Leur prise en charge peut être complexe. L'identification de situations cliniques représentant un danger potentiellement vital doit être rapide. La distinction de celles nécessitant un avis gynécologique rapide, de celles pouvant être traitées en consultation externe doit aussi être faite. Le retentissement occasionné par ces saignements doit être d'abord pris en charge sur le plan médical.

Diagnostic - Prise en charge

\* La prise en charge initiale doit permettre une orientation étiologique. Quatre grandes causes peuvent être facilement déterminées, l'âge de la patiente étant déterminant (Figure) :

- une pathologie de l'hémostase, généralement congénitale;
- une pathologie organique de l'appareil reproductif;
- les effets indésirables des thérapeutiques notamment la visée contraceptive

(hormones stéroïdes ou dispositif intra-utérin) ou anticoagulante;

- les saignements fonctionnels utérins.

\* La détermination d'une mauvaise tolérance du saignement est la première étape à réaliser après avoir limité une grossesse.

~ Existe-t-il un état de choc hémorragique : mesure du pouls tachycardie ou bradycardie) diminution de la pression artérielle, pâleur cutanée, dyspnée d'effort ?

- Éliminer pathologie aiguë, infectieuse en particulier : fièvre, douleur leucorrhées.

- Existe-t-il une pathologie de l'hémostase connue (personnelle ou familiale) ?

\* L'interrogatoire est une des premières étapes à réaliser si le contexte clinique le permet. Il recherchera :

= bas saignements ; volume, quantité, durée;

- les symptômes associés ; douleur pelvienne, douleur abdominale, syncope, douleur scapulaire, nausées, mastodynies, fièvre, leucorrhées;

~ L'histoire des cycles et des règles - date des dernières règles;

- le type de cycle menstruel : longueur, durée, régularité;

425

@@@ 434 @@@

Troubles des règles

- la durée et abondance des règles;

- la prise d'une contraception ou autres traitements hormonaux © type, en cours, dispositif intra-utérin [cuivre ou lévonorgastral);

- L'histoire gynécologique : chirurgie gynécologique, infection gynécologique, infertilité, traitements;

- L'histoire obstétricale : fausse couche, grossesse extra-utérine, grossesse intra-utérine ;

- les antécédents médicaux | les autres sites de saignement (nez, gencives, etc.), maladie de Willebrand, autres maladies de l'hémostase connues;

- les traitements en cours : anticoagulant, traitements hormonaux, antiagrégants plaquettaires, etc

\* La prise en charge en urgence doit comprendre ;

- la pose d'une voie veineuse (réhydratation, transfusion éventuelle), en cas de pertes sanguines très importantes;

- un bilan biologique en urgence : NFS plaquettes, bilan hémostase (TR, TCA, fibrinogène); la détermination du groupe sanguin et RAI;

= un examen clinique pelvien et abdominal mentionnant l'état du col, la taille de l'utérus, l'existence d'une masse annexielle douloureuse ou une défense abdominale;

- une imagerie pelvienne : échographie pelvienne la plus rapidement possible;

- traitement de la cause dès que possible,

Figure

|  
Hémorragie génitale (en dehors de la grossesse)  
I  
| |  
| i Femme 1  
Avant Adolescente . .  
en période Ménopause  
S . d'activité génitale  
I | ] I  
\* Traumatisme Pathologie Toutes causes \* Cancer  
= Ajustement de l'hémostase possible & rechercher  
& rechercher » Anticoagulation en 1<sup>re</sup> intention  
en 1<sup>re</sup> intention soignée de l'ecol, endomètre,

L'hémostase ovarienne (vagin)  
Boguesse \*® l'infarction  
\* Infarction \* Folypa  
= Tisriewr  
» Kyste ovarien  
\* Fibrome  
= Polyte

a26

@@@ 435 @@@

Hémorragie génitale (en dehors de la grossesse)

Objectif thérapeutique

- \* Prise en charge en urgence si état de choc.
- \* Diminuer l'abondance des saignements,

» Eviter les récurrences.

#### [ PRESCRIPTIONS B ]

Nous ne traiterons dans cette ordonnance que le cas des hémorragies liées à une anomalie de l'hémostase chez une adolescente ou jeune femme ne sachant pas porteuse d'anomalie familiale.

#### Ordonnance

##### Bilan d'hémostase initial et secondaire

» Déterminer le type d'anomalie de l'hémostase en cause,

# Bilan d'hémostase initial :

= MF5, numération des plaquettes;

- TR, TCA (si non réalisé en urgence);

- facteur Willebrand activité et antigène, facteur VIII;

- temps d'occlusion plaquettaire.

= Bilan d'hémostase secondaire (en laboratoire spécialisé) :

- facteur du TP {II, V, VI, X} en fonction du TP initial;

- facteur du TCA (VIII, I, XI, XII);

- aggrégation plaquettaire.

##### Gestion du volume des saignements

\* Rehydratation +/- transfusion,

\* Acide tranexamique 1 g per os toutes les 4 heures les 5 premiers jours des règles.

Et/ou

\* Desmopressine Intranasal, une bouffée dans chaque narine les 2 & 3 premiers jours des règles associés ou non à l'acide tranexamique.

® Agonistes de la LHRH : triptoréline étonate {Décapepyl} 3 mg, 1 injection intramusculaire tous les 28 jours 2 3 3 cycles, puis relais par

COR

\* Recharge éventuelle en fer

427

@@@ 436 @@@

#### Troubles des règles

##### I SURVEILLANCE

\* Surveillance biologique ; vérification de la normalisation du taux d'hémoglobine et du stock de fer.

# 5 prescription d'une COP ; surveillance adaptée (cf. fiche « Contraception œstroprogestative s).



» Suivi gynécologique rapproché afin de vérifier l'absence de récurrence.

IS NOTES PERSONNELLES I

@@@ 437 @@@

Annexes

a2

@@@ 438 @@@

@@@ 439 @@@

Contraceptions œstroprogestatives  
disponibles en France en 2022

Pilules contenant de l'œthinylestradiol  
Pilules contenant un progestatif de 2<sup>e</sup> génération

Plirictiil  
Ludeal  
Optidkil  
Seasnnique

Leelon  
Lowauls

Optilova  
Adepal  
Pacilia

Trinordiol  
Chaily  
Evanecia

Monophasique

Monophasique

Biphar;iqw

Triphasique

EE 30 pg + Lévonorgestrel 150 pg

Mdem avec 7 jours placebao

Prize en conting 84 cp actif + 7 cp de 10 g  
d'EE

EE 20 pg + Lévonorgestrel 100 pg

Mdem avec 7 jours placebao

-I'ée 3|]-1'|]|'.|.rg + Lhvnwgfitr.qi 15'3'-1;'3] Hg

EE 30-40 g + Lévonorgestrel 5075125 pg |

Pilules contenant du norgestimate

Triafen Triphasique EE 3% pg + Morgestemate 180-215-250 pg

Femi Monophasique EE 35 pg + Morgestemate 250 pg

Maravela

Optikinzy | Mem avec 7 jours placebo

411

@@@ 440 @@@

Annexes

Pilules contenant un progestatif de 3\* génération

Vamaoline Maonophasique EE 30 pg + Désogestrel 150 pg

Desobel

Gé 10

Vamokine | Monophasique | EE 30 pg = Désogestrel 150 ug (1 cp actifs  
continu + 7 cp placeba)

Carlin 30 Maonophasique EE 30 pg + Gestodéne 75 pg

| Mindet

Carlin 20 Monophasique | EE 20 pg + Gestodéne 75 pg

- Harmonet

Cyeleane 20 | Monophasique | EE 20 pg + Désogestrel 150 g

Marcilon

Desobe!

GeX

Melodia Maonophasique EE 15 pg + Gestodéne &0 pg

Mingsse Prise continue : 24 op actifs + 4 cp placebo

I Perlmana Triphasique EE 30-40 pg + Gestodéne 50-70-100 pg

|

Pilules contenant un progestatif d'autres générations

Belara Monophasique EE 30 pg + 4 Chiormadinone 2 pg

Belary Icdern avec T cp placebo

. Dianeg Monophasique® EE 35 pg + Acétate de cyprotérone 2 mg

Evapar

Mingra

' Jasmin Monophasique EE 30 pg + Drospirénone 3 mg

Comwuline

| Dvespibel 30 Icderns avec 7 jours placebo

@@@ 441 @@@

Contraceptions cestroprogestatives disponibles en France en 2022

Jasminelle Monophasique EE 20 pg + Drospirénone 3 mg

Belanette

Crospibel 20

Jasminelle Monophasique EE 20 pg + Drospirénone 3 mg

Conting Prise continue : 21 cp actifs + 7 cp placebo

Yaz Monophasique EE 20 pg + Drospirénone 3 mg

Espizens Prise continue : 24 cp actifs + 4 cp placebo

Phizoe

Misoifa Monophasique EE 30 pg + Dienogest 2 mg

Chadian Monophasique EE 30 pg + Dienogest 2 mg

Prise continue : 21 cp actifs + 7 cp placebo

\* AMM en contraception dans plusieurs pays européens mais pas en France,

Pilules contenant de l'estradiol

Qiaiea

Duadraphasique

Prise continue - 26 cp actifs + 2 placebo

o 2 cp 1 3 mg de valérate d'estradiol VE)

\* 5 cp 2 mg de VE + 2 mg de diénogest

\* 17 cp 2 mg de VE et 3 mg de diénogest

# 2 cp 2 mg de VE

Monophasique

Prise continue : 24 cp actifs + 4 placebo

1.5 mg estradiol + 2,5 mg acétate de

niomégestrol

Pilules contenant de l'estérol

DCrovelig

Monophasique

» Prise continue ! 24 cp actifs  
+4 cpss placebo  
\* 14,2 mg d'estémol + 3 mg  
de drospirénong

@@@ 442 @@@

Annexes

Contraceptifs par voie non orale

1 patch & changer tous les 7 jours

3 semaines/d

EE 600 pg (33,7 ug/24 h

+ Morelgestromine & mg (203 pg/24 h)

MNuvaring Anneau vaginal

1 snnaau J semaines'd

EE 27 pg {15 pg/24 b + Etonogestrel  
1,7 g (120 pg/24 hl

I NOTES PERSONNELLES

@@@ 443 @@@

Contraception cestroprogestative  
et facteurs de risque vasculaire

Tableau de synthèse

En l'absence de pathologie spécifique à risque vasculaire.

Antécédents familiaux 1° degré 108 Contre-indication

Dyslipidémie contrôlée sous  
surveillance lors de l'utilisation d'une  
COP

Diabète insulinodépendant

o AN avant 55 ans (homme) ou

45 ans [femms)

Hypertension artérielle Contre-indication  
Dyslipidémie non contrôlée 1 Contre-indication  
Migraine avec aura Contre-indication

Contre-indication relative s  
dyslipidémie survenue avec COP

Contre-indication si diabète  
= 20 ans ou complications

cardiovasculaires  
;!\ge- » 35 ans Possible en l'absence d'autre FdRW  
Surpoids – Obésité Possible en l'absence d'autre FdRY

Tabac > 15 cigarettes

Possible en l'absence d'autre Fdiy

–

– FdRW : facteur de risque vasculaire,

Migraine simple Possible en l'absence d'autre FARY  
Dyslipidémie contrôlée Possible en l'absence d'autre FARY  
Dysfonction de type 2 Possible en l'absence d'autre FARY

traitements en seconde intention (19 choix

contraception progestative ou DIU  
cuivre]

435

@@@ 444 @@@

Annexes

Antécédents familiaux au 1<sup>er</sup> degré de | Contre-indication

WWTE avant 50 ans  
Thrombophilie biologique connue' Contre-indication

Age > 35 ans Possible en l'absence d'autre FdRY  
| Surpoids – Obésité Possible en l'absence d'autre FdRY

1. Déficit en antithrombine, protéine C ou protéine S, mutation du  
facteur V,  
mutation du Facteur V |1  
2, FARY : facteur à risque vasculaire,

I NOTES PERSONNELLES M

@@@ 445 @@@

Contraceptions progestatives seules  
disponibles en France en 2022

Contraceptifs oraux microdosés  
Microval Lévonorgestrel Comprimé de 30 µg  
Cérazette Désogestrel Comprimé de 75 µg  
Antigone  
Clardal  
Optimizette  
Desopop  
Effasette  
Slinda Drospirénone Comprimé de 4 mg

{24 cpl + 4 cp placebo

Progestatifs utilisés & doses antigonadotropes

Pragnane Acétate de Lutéran ou 10 mg  
chlornadinone générique cp  
M mg

Médrogestans Colprone cp 5mg | 10mg

Acétate de Androcur op 50mg  
cyprotérone 50 mg

Mompragnane | Acétate de Luténel cp 5 mg 5 mg  
nomEgésiorol

\* Au moins 21 jours sur EB.i:-urs.

437

@@@ 446 @@@

Annexes

Contraception progestative non orale

Mexplanon Emnugaatrel Implant 3 ans & 8 mg  
Sous-culané  
Mirena Lévonorgestrel | OIU Sans 32mg  
Donasert 5 ans 52 mg  
Kyleana 5 ans 19.53mg  
Jaydess Zans 135mg  
Daipo- i oy IM profonde 3 mois 150 g  
. provera progestércneg

## I NOTES PERSONNELLES N

@@@ 447 @@@

Les traitements hormonaux  
de la ménopause

Les traitements estrogéniques disponibles

Voie extradigestive

Gal de 17-f-estradiol  
Ectrava

Crestrocose  
Delicoza

0.5 mg par pression

(0,75 rig par pression  
0.5 mg par dosete cu 1 mg par dosette

Patch 17-B-astradicd

Carmestril  
Estrapatch

Cresclim

Thais

Vivelledet

Patch 17-P-astradicl  
Dermestl septem

5 dosages déliviant par 24 b suivant les patchs en mg  
& changer tous las 3 ou 4 jours :

25 50 75; 100

4, &0, 80

23 30.5: 50

25; 50

2; 37575

4 dosages déliviant par 24 h 1 fois/semaine  
2330, 75

Femsapt 50; 75; 100

Thais sept 25: 50

Voia orale

17-f-estrachal

Estrofam 1 o & mig par comprimé  
Cramore 1 o 2 mig par comprimé  
Prowvames 1 ou 2 g par comprimé  
Estradicl valérate

Progynons 1 o 2 g par comprimé

439

@@@ 448 @@@

## Annexes

Les associations combinées disponibles

Vaie orale

. Angalig Estradiol 1 mg + Drespirdnone 2 mg  
Chmaston ® Estrackol 0,5 mg & Dydrogesténone 2.5 mg  
® Estrachiol 1 mg + Dydrogestarone 5 mg  
# Estrachiol 1 mg {14 ool puss Estradiol 1 mg + Dydrogestérone  
Seng (14 cp)  
\* Estrackal 2 mg (14 ol puss Estradiol 2 mg + Dydrogesténane  
10mg  
Chmene Estradiol 2 mg + Cyprotérone 1 mg  
Divina Estradiol 2 mg + Médroxyprogestérone 10 mg  
Duaova \* Valérate estradiol 1 mg + Médroxyprogestérone 2,5 mg  
\* Valérate estradiol 1 mg + Médroxyprogestérone 5 mg  
. \* Valdrate estradiol 2 mg + Médroxyprogastérone 5 myg  
Kliagest Estradicl 2 g + Morethstérone 1 mg (28 cp)  
Novofemme Estradiol 1 mig (146 cpd puis Estragicd 1 mg + Morathistérone  
1mg (12 cp)  
Trisequens Estradiol 2 mg (12 cpd puis estradiol 2 mg + Morethistérone  
1 mg (10 cp) puis estradiol 1 mg (4 cpl  
Vaoig transdermique  
Femseptcombn | 2 patchs délivrant 30 mog d'estrackol24 h puis 2 patchs  
délivrant 50 mg d'estradicl/#4 h + 10 mgf24 h de  
Evonorgestrel  
Femseptewo 50 mg destradiol/24 b + 10 mg/24 b de lévonaorgestrel  
T - o

@@@ 449 @@@

Tolérance du traitement hormonal



de la ménopause :  
signes d'hypo- ou d'hyperestrogénie

#### Tableau de synthèse

Symptômes vasomoteurs (T FSH) ;  
# bouffées de chaleur nocturnes  
o diurnes

#### B SYMPTÔMES NOCTURNES

Symptômes céphalo-amygdales |  
douleurs articulaires (petites  
articulations)

Symptômes mammaires ;  
douleur mammaire

Symptômes uro-génitaux -  
® sécheresse vulvovaginale  
\* dyspareunie

Symptômes neuro-psychiques  
= troubles de l'humeur

\* troubles du sommeil  
# trouble de la libido

Autres symptômes ;

# frilosité

= modification du poids  
\* asthénie

Symptômes péviens :  
\* tégnements s'accompagnent  
\* douleur ou inconfort pelvien

Symptômes neuro-psychiques

+ troubles de l'humeur, instabilité  
\* troubles du sommeil

# céphalées

Autres symptômes ;  
\* gonflement abdominal  
» modification du poids

#### I NOTES PERSONNELLES

441

@@@ 450 @@@

## Annexes

T T T T TR T e T e T e e e e T R e T T T T TR T P e T T T TR T T T TR  
TR T R TR AT TR T o]

A4z

@@@ 451 @@@

## Index

### A

Accident vasculaire cérébral  
schémique 133, 275

#### Acétate

-de chlormadinone &1, 184, 201,  
323, 330, 339, M5  
=g cyprotérone &1, 206, 207, 217,  
M5  
- cie médroxyprogestérone 17, 16  
- de nomégestrol &1, 154, 201, 271,  
M5

-d'ulipristal 35

#### Acide

~fatigue 167  
- méfénamique 322, 327  
~tranexamique 48, 51, 55 59, 335,  
427

Acrd 145 393

Acromégalie 398

Actinomyose 2687

Acupuncture 253

#### Adénome

- hépatique 171  
- hypophysaire 367, 397, 415  
Adénomyose 75 321, 41

Adénocarcinome 199

Adolescente {contraception} 45

Agonistes dopaminergiques 411

AINS B9

Adlégement 72

Amanorrhée B, 221

~ primaire avec impuberté 227,  
383

- primaire sans impuberté 379

-secondaire 227

-secondaire avec signes

d'hypertandrogénie 392

-secondaire sans signes

d'hypertandrogénie 387

Amoxicilline 289  
 Amoxicilline/sode clavulanque 296  
 Analogues dy GnRH 358  
 Anémie fertiprive 57  
 Angiome 171  
 Anngau  
  
 - gasingue 129  
  
 -vaginal &  
 Anomalie dg I'hémostase 427  
 Anorexe mentale 400  
 Anticonps  
  
 - arti-peroaydase 341  
  
 - anti-thyraglobuline 358, 341  
  
 - anti-thyroidians 341  
  
 - anti-thyropoxydase 358  
 Antifongigues 8B  
  
 -azolés g9  
 Anti-inflammatoires non stéroïdiens  
  
 422  
 Antthrombing 108  
 Antithyroidiens de synihése 357, 354  
 Antiviral B9  
 Atypies cellylaires 199  
 Azithramyding 296, 304  
  
 B  
 Besedow imaladie) 351, 353  
 Benzathine-benzylpénicilline 312  
  
 dd3  
  
  
 @@@ 452 @@@

## Index

Benzylthiouracile 351  
 Béta-alanine 248, 252  
 Bloc en 21-hydroxylase & révélation  
 tardive 205, 393  
 Bouffées 241  
 Bouffées vasomatrices 241  
 -atypiques 2353  
 - et cancer du sein 251  
 -prise en charge nan hormonale  
 247  
 BRCA1/BRCA2 153,157,279

Budd-Chiari [syndrome] 175  
By-pass 129

## C

Cancer  
= @ 'ovaing 279  
= clu s@in 149, 133  
Candidose 307  
Carbimazols 357  
Cavernome 175  
Ceftriaxone 292, %6  
Centres de planification et  
éducation familiale &8  
Cephalosporins 104, 113, 145  
Chirurgie de l'hésitation 129  
Chlamydia trachomatis 295, 303  
Citalopram 249, 252  
Citrates de clomifène 218  
Clonidine 249, 252  
Compléments alimentaires 2468  
Condylome 299  
Consultation préconceptionnelle 185  
Contraceptif  
= après 40 ans 73  
= chez l'adulte 43  
= définitifs 29  
= de longue durée 31  
~ d'urgence 33  
= mntra-utérin au cunra 25

444

-estrogénique 3  
-oublis 3%  
-pathologies artérielles 133  
= progestative intra-utérin 21  
- progestative par voie orale 9  
= progestative par voie Sous-  
cutanée 13

= redas 41

Crohn (maladie) 157

## Cushing

= maladie 393  
- syndrome 212, 393

## D

Déficit en antithrombine 272  
De Quervain (thyroïdite) 350  
Dérivation biliopancréatique 129  
Cesmpression intranasale 427  
Désogestrel 11  
Diabète ¥, 227

= e type 2 261

=&t THM 241

-gestationnal 92, %4

Ciénogest 327

Dispositif intra-utérin

=3u cuivrg 26, 35, 57

=au levonorgestral #2

Douleurs mammaïnes non cychaues

195

Dowycycline 296, 304, 312

Domyamine 354

Drozpirénone 11, 339

Dyshipicdédmiies %7

Dysménarthée B4, 321, 325, 421

- fonctionnalle 421

E

Econazole 308

Eisinger (score) 153, 157

Embalie pubmanaire 108

@@@ 453 @@@

Endocardite 25

Erndométra

= atraphie 63

- hypertrophie &4, 75

Endométriose 267, 325, 421

=thoracique 329

Epithéliose 199

Estétral 3

Estradic] 3, 381

Estrial creme 255

Ethinylestradiol 3

F

Factews de nsque cardiovasculaire

242

Facteuns) de risgue vasculaire 77,97,

104, 113, 117, 137, 243, 268, 272, 435

Factew V¥ 109, 272

Fausses couches a répétition 357

Fenticonazole 308

Fer 48, 52, 55 59  
Femiman et Gallwey (score] 205  
Fibroadénorme 199  
Fibromels) 73  
-uterins 163, 333  
FIGO 163,333  
Fitz-Hugh-Curtis [syndrome) 295  
Flubendazole 318  
Fluconazeke 308  
Fluoxéting 249, 252  
Flurbiprofène 322 327  
Fusidate de sodium 318

## G

Gabapenting 249, 252  
Galactorrhée 407

Goitre multmodulaire tovgque 350  
Gomarrhés 291

## Index

Grossesse  
- hyperthyroïdie 353  
=hypothyroïdie 3461

## H

Hashimoto [thyroïdite) 350  
Hémangiome hépatique 171  
Hamaptysie cataméniale 329  
Hémorragie génitale 425  
Hirsutisme 393  
-idicpathique 205  
Homéopathie 248, 252  
Homaocystéïnémie 272  
Hydratants 259  
Hydrocortisone 395, 400  
HyFoSy 191  
Hyperandrogénie 145, 211  
Hypercholastérolémie %7  
Hyperestrogénie 441  
Hyperplasie  
-canalaire 199  
=gongénitale des surrénales 379  
-lobulaire 199  
-nodulaire focale 171  
Hyperprolactinémies) 368, 398, 409,  
415  
=miédicamanteuses 412

Hypertension  
-artérielle 103

- portale 175  
Hyperthécose ovarienne 212  
I-E':.Ipe:rthyl"fladil.'.' 49  
Hypertriglycéridémie 57

Hypnose 250, 253  
Hypoestrogenie 441  
Hypogonadisme 221  
= chéfinitif 334  
~foncticnnel 384  
=hypergonadatropé 372, 383, 368

445

@@@ 454 @@@

## Index

-hypogonadotrope 83, 371, 379,  
383, 387  
- hypogonadotrope congénital 415  
Hypophysite 415  
Hypothyroïdie 357  
Hystarcsalpingographia 190  
Hystéroscope 191

|

Imidazedas 306  
Imiguimaod 300  
Immunodépression 299  
Imperforation hymengale 379  
Implant contraceptif 14  
Indice de masse corporelle 125, 1%  
Induction enzymatique B7  
Irfarctus  
=gy myocarde 133, 275  
- miggentérique 175  
Infection sexuellement transmissible  
29,295, 303, 3  
Infertilité 189, 357  
Insuffisance  
- corticotrope 398  
- gonadotrope 398  
- ovarienng prématurdge 221, 227,  
388  
--somatotrope 399  
=thyéotrope 395  
Insulinorésistance 179, 215  
Interactions médicamenteuses 87, 180  
Interruption volontaire de grossesse  
33  
IRSM 249, 252  
lsatritinging 147  
ISRS 24%, 252

Kallmann-de Morsier (syndrome) 371,  
7. 46

A4k

Kystals)  
- fonctionnel ovarien 337  
-ovariens 75

## L

Lamotrigine B9

LARC 13,211,255, 31. 71

Lesions sinusoidales 175  
Leuproraline 328, 330, 335 359  
Lévonorgestral 5, 10, 35  
Lévothyroxine 359, 363  
Lubrifiants 359

## M

Macroadénomes 378  
Malabsorption 131, 167, 153  
Maladies)

-de Basedow 351, 353

= e Crohn 167

=de Cushing 379

-de Wilson 25

-inflammatoire pelvienne 265

-inflammatoires chroniques de

l'intestin 167  
-veineuses thromboemboliques  
107, 21

Mammographies 242  
Mastodynies 75, 195  
IMastopathies)

-bénignes 75, 199

- fibrokystique 199

Méningiome 61, 345  
Ménopause 235

-anticipée 21%

-tardive 234

Metformine 217

Méthimazole 351

Méthode MAMA, 72

Métronidazole 296, 314

Microadénomes 398



@@@ 455 @@@

Microangiopathie 241

Migraineis)

= avac aura 117

- cataméniales 121

-simple 113

Modulateur sélectif des récepteurs

de la progestérone 35

Mutation

-de la prothrombine 109, 272

- du facteur V 109, 272

- génétique BRCA1/BRCA2 153,

157, 279

Mycoplasma

- genitalium 303

- hominis 303

Mycoplasmes 303

Mycose 307

M

Maproxène 322, 327

Meérobiose utérine 335

Meomycin sulfate 218

Morgestime &

Mestine 318

[ ]

Obésité 71,125

~ chirurgie 129

Diméte 3 248, 252

OCphtalmogathie 349

Ostéoporose 237, 242

Cybutine 249

P

Papillomatose 199

Papillomavirus 299

Paroxétine 249 252

Pathologie

-artérielles 133, 275

--mammaires bénignes 197

## Index

-tumorales hépatiques 171

-vasculaires 242

-vasculaires hépatiques 175

Fénicilline G 89

Périménopausa 235

Phytoestrogènes 251, 252

Pneumothorax 329

Prolythyrising B sulfate 318

Post-partum 71

Prégabaline 249, 252

Préservatif 177, 160

Progestérone 331

Prolactin 409

Fromestriene 259

Propanolol 351, 354

Propylthiouracil 351, 355

Protéine

=C 108, 272

=5 108 272

Prothrombine 109, 272

Fertilité

-précoce 357

=retard 371

Pyridoxine 354

## R

Rapport taille/hanche 175

Rectocolite hémorragique 167

Réflexologie 250, 253

Relaxation 250, 253

Retard pubertaire 371

Risque:

-artériel 262, 253

- cardiovasculaire 216, 237

- osseux 20d

- thromboembolique 79

-vasculaire 147

-veineux 263

Rokitansky-Kuster-Hauser (syndrome)

KT

a4

@@@ 456 @@@

## Index

5

Saignements

=&t contraception

ostropagestatve 45

=g1 contraception progestative 47,  
33

= g1 DIU au cuivre 57

=&t thérapeutiques progestatives

antgonadotropes &1

Salpingectomie 2¥

Score

-de Ferriman et Gallwey 205

-d'Eisinger 153, 157

Score de Ferriman et Gallwey 209

Secnidazole 318

Section de tige secondaire 415

Sertaconazole 08

SHBG 211

Sheehan (syndrome) 415

Sleeve gastrectomie 129

Sonchystérographie 19

Spanioménorrhée 221, 227

Spermiculture 191

Spermocytogramme 191

Spermogramme 189, 191

Spironolactone 208, 217

Sport 83

Stades da Tanmer 370

Statine 39

Susurs nocturnes 241, 247

Surpoids 125, 287

Syndrome

= biologique des

antiphospholipides 109

= climatérique 221, 237, 241, 247

=da Budd-Chian 175

=da Cushing 212, 393

~da Fitz-Hugh-Curtis 293

-de Kallmann-da Marsier 371, 3687,

416

448

-de Rokitansky-Kister-Hauser 379

-des antiphospholipides 272

-de Sheshan 415

= cles ovaires polvkystiques 146,  
208, 212, 215, 393

-cle Turner 227

= génita-urinaire 221

-genita-urinaire de la ménopause  
223, 237, 257

-métabolique 215

-myéloprolifératif 272

-pramenstrual 34

Syphilis 311

T

Tabac 137

Tanmer (stades) 370

Test

= au progestatif 235

-aux progestatifs 387

Thérapie

-antigonadotropes

macroprogestatives 184

-immunosuppressives 168

Thérapie compartimentale en plaing  
conscience 230

Thrombophilie 134

-biologique 108, 271

Thromboses

-portable 175

-veineuses cardiaques 108, 134

-veineuse superficielle 141

Thyroïdite

= auto-immune 227

~de Hashimoto 350

-du post-partum 350

-subaiguë de De Quervain 350

Thyrotoxicose 349

-gestationnelle 353

Tinidazole 314

Torsion d'un fibrome 335

@@@ 457 @@@

Traitement hormonal de la ménopause ¥

241

-molécules 439

= tolérance 441

Traitements

-antiepiléptiques &3

-antituberculeux BB

TRAK 350, 353, 355

Trgheaihine 328, 330, 325, 39, 827  
Trouble du compaortement alimentzire

403  
Turiewns)

- barderline de 'ovaire £7%

- secrétante 144  
-viriligante 205, 3¥3  
Turrer (syndrome] 237

u

Ureaplasma urealyticum 303

Vaginose 313  
Valérate d'estradiol 3  
Varices 142  
Vasectomie 29  
Venlafaxine 249, 252  
ViH 179

Witamine E 252  
Voyages 79

Vulvites 317

W  
Wilson (maladia) 25

b4  
Yoga 250, 253

Index

a4a5

@@@ 458 @@@

Cet ouvrage est tfl1\'.flgfl tflmm ufl guide de prescription pratique  
&m-té & tous les mhsfldpttwm Eflwm 'médecins g&n&mfim=  
gfnfim'mgum; H-'?EE!IFII'I-EHI mutga iea DEdB{HMMEEflEEEE&HHE 'au  
quotidien rédigées en DCL, avec les posologies, les contre-indica-  
tions et précautions fl\*arnplm

Ordonnances en mn&flwméméfim et flflfl'flhwuémrg mmfig-,u un  
guide et un aide-mémoire précieux pour la pratique quotidienne.