



CONTRACEPTION ET OBÉSITÉ

Dr Anne Dubreuil
Dr Caroline Sylvestre

Jeudi 14 mars 2024

Présentation de l'équipe et des missions du service d'orthogénie de Tours

Bat. Olympe de Gouges au CHU Bretonneau, RDC à droite : **Centre de santé sexuelle + Centre d'IVG**

Horaires 8h-17h30, sans interruption du lundi au vendredi. Tel : 0247474743

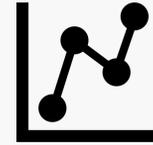
Équipe pluridisciplinaire : secrétaires, infirmières, aides-soignantes, ASH, conseillères conjugales et familiales (CCF), psychologue, assistantes sociales, 7 médecins de formation médecine générale (4 femmes/3 hommes), une sage femme, un interne de médecine générale, un interne de gynécologie médicale et une chef de clinique de gynécologie médicale

Mission :

- Sur RDV : cs médicales (suivi gynéco, suivi de grossesse, sexo, prescription et délivrance de contraception, PEC des retraits d'implant profond), entretiens AS, CCF et psychologue.
- Sans RDV : test de grossesse, contraception d'urgence, sérologie IST. Urgence terme
- Mission d'information auprès des établissements scolaires, parascolaires, et de formation des professionnels de santé
- Prise en charge des demandes d'IVG



Epidémiologie



- 49% des adultes ont IMC > 25 dont 44% de femmes et 54% des hommes
- 17,4% des femmes sont obèses

- Depuis 1997, augmentation de l'obésité :
 - X 4 chez 18-24 ans
 - X 3 chez 25-34 ans

- 55% des femmes pratiquant une IVG ont entre 20-29 ans

Caractéristiques de la population



- Augmentation des troubles du cycles
- Augmentation du délai à concevoir même si patiente jeune
- Augmentation des complications de la grossesse
- Augmentation discutée du risque de grossesse non désirée ou d'IVG
- Moins de contraception efficace
- Moins de choix de contraception car possibles contre-indications
- Moins de recours à la consultation de gynécologie

La consultation gynécologique

Point de vue de la patiente : les freins ?



- Souffrance silencieuse / tabou
- Peur du jugement
- Accès à l'intime
- Discours moralisateur
- Se pensent infertiles / idées reçues

La consultation gynécologique

Point de vue du professionnel de santé



- Sujet du poids difficile à aborder : peur de juger/perdre la confiance
- Ne pas s'empêcher de poser des questions ni de peser les patientes
- Respecter la pudeur ++ : examiner en 2 temps, surblouse, couverture...
- Matériel adapté : table d'examen gynécologique, brassard tensionnel, balance, mobilier, spéculum long parfois (pas le cas à l'hôpital)
- Anticiper la consultation : demander de l'aide si besoin pour installation et l'examen.
- Toujours voir la femme seule à un moment si accompagnée (pour le poids et toutes les questions intimes)
- Connaître son réseau

La consultation gynécologique



- **Objectifs** de la consultation **habituelle**:
 - Accompagnement à la sexualité épanouissante
 - Accompagnement à tous les moments de la vie d'une femme (adolescence, grossesse, IVG, péri-ménopause...)
 - Prévention : contraception, dépistage des IST, frottis/test HPV, bilan pré-conceptionnel, vaccination, dépistage violence/addiction...
- **Objectifs** complémentaires **spécifiques** :
 - Aborder le poids, l'IMC
 - Le rapport à l'alimentation
 - Augmentation du risque cardiovasculaire, des maladies chroniques et des cancers
- Rechercher les **FDR** à **chaque** consultation

Pour prendre en charge cette demande de contraception ... il faudrait :

- Connaître les différents moyens de contraception
- Combattre les idées reçues
- Savoir informer, prescrire et accompagner
- Être capable de s'adapter à la demande de la femme et du couple (donc être capable d'alléger son pouvoir médical)
- Rappel : 80% des IVG concernent des femmes dont la contra est médicalement délivrée)

→ **Connaissance théorique**

→ **Écoute**

→ **Expérience de terrain et/ou constitution d'un réseau**

Les contraceptions



- Augmentation du risque cardiovasculaire des patientes obèses sous contraception oestro-progestative
 - TVP x3 obèse **VS** poids normal
 - TVP x 23,7 obèse + COP **VS** poids normal + COP
- Pas d'argument pour une baisse de l'efficacité mais quasi absence de données pour $IMC > 35$
- Respecter les contre-indications :
 - obésité = contre-indication relative pour les contraceptions oestro-progestatives

Les contraceptions oestro-progestatives

Pilule avec ou sans placebo



Patch



Anneau vaginal



Contraception oestro-progestative



Contre-indications à rechercher à chaque consultation

Absolues :

- Âge > 40 ans
- ATCD personnel de thrombose artérielle ou veineuse / thrombose en cours
- Atcd familial au 1^{er} degré de MTEV < 50 ans ou de thrombose artérielle (AVC ischémique/IDM/AOMI)
- Thrombophilie (avec ou sans thrombose)
- Migraines avec aura
- HTA même si équilibrée sous traitement
- ATCD personnel de k du sein, k endomètre, méningiome (RP+), lupus évolutif
- Hépatopathie sévère
- Allaitement, post-partum < 21 jours

Relatives :

- Âge > 35 ans
- Tabagisme actif > 15 cig/j
- **Obésité**
- Migraines sans aura
- Diabète sans complication

Même CI pour la COP orale, l'anneau et le patch

1 CONTRE-INDICATION ABSOLUE OU \geq 2 CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

➔ **ŒSTRO-PROGESTATIFS CONTRE-INDIQUÉS**

Autres contraceptions hormonales

Contraceptions progestatives

Pas de surrisque vasculaire
avec progestatifs seuls
SAUF Depo-provera

Pilule continue
(Désogestrel,
Drospirénone)



Implant sous-cutané
Nexplanon ®



DIU hormonal
(Jaydess ®, Kyleena ®,
Mirena ®)

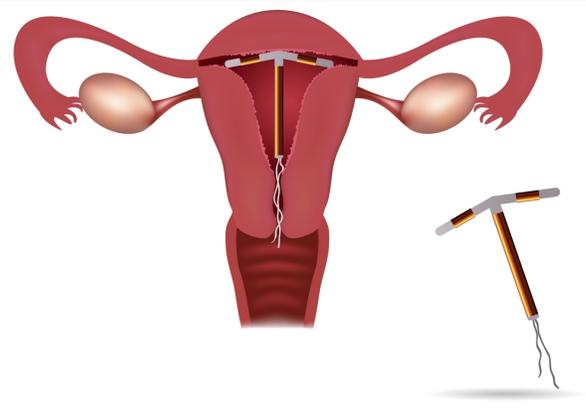


Injection intra-musculaire
Depo-provera ®



Contraceptions non hormonales

DIU au cuivre



Préservatifs
(masculin ou féminin)



Retrait, méthode
thermique...

Capot cervicale



Diaphragme



Indice de Pearl

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl ou efficacité théorique	Efficacité pratique
Pilule estroprogestative	0,3	8
Pilule progestative	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
Ligature des trompes	0,5	0,5

Relais contraceptifs

Contraception d'avant	Pilule	Patch	Anneau	Micro-progestatifs	Depo-Provera	Implant	SIU	DIU
Pilule normo ou minidosée 	0 jour Prendre le 1er comprimé de la nouvelle plaquette le lendemain du dernier comprimé de l'ancienne plaquette	1 jour avant Commencer le patch 1 jour avant l'arrêt de la pilule.	0 jour Commencer l'anneau le lendemain du dernier comprimé de l'ancienne plaquette	7 jours avant Prendre le 1er comprimé 7 jours avant l'arrêt de la pilule.	7 jours avant Première injection 7 jours avant l'arrêt de la pilule	4 jours avant Poser l'implant 4 jours avant l'arrêt de la pilule.	7 jours avant Poser le SIU 7 jours avant l'arrêt de la pilule.	5 jours après Le DIU peut être posé jusqu'à 5 jours après l'arrêt de la pilule.
Patch 	1 jour avant Commencer la pilule 1 jour avant d'arrêter le patch		0 jour Commencer l'anneau le jour du retrait du patch	7 jours avant Prendre le 1er comprimé 7 jours avant l'arrêt du patch.	7 jours avant Première injection 7 jours avant l'arrêt du patch	4 jours avant Poser l'implant 4 jours avant l'arrêt du patch.	7 jours avant Poser le SIU 7 jours avant l'arrêt du patch.	5 jours après Le DIU peut être posé jusqu'à 5 jours après l'arrêt du patch.
Anneau 	1 jour avant Commencer la pilule 1 jour avant d'arrêter l'anneau.	2 jours avant Commencer le patch 2 jours avant de retirer l'anneau.		7 jours avant Prendre le 1er comprimé 7 jours avant l'arrêt de l'anneau.	7 jours avant Première injection 7 jours avant le retrait de l'anneau.	4 jours avant Poser l'implant 4 jours avant l'arrêt de l'anneau.	7 jours avant Poser le SIU 7 jours avant l'arrêt de l'anneau.	5 jours après Le DIU peut être posé jusqu'à 5 jours après le retrait de l'anneau.
Microprogestatifs 	7 jours avant Prendre le 1er comprimé 7 jours avant l'arrêt du microprogestatif.	7 jours avant Commencer le patch 7 jours avant l'arrêt du microprogestatif	7 jours avant Commencer l'anneau 7 jours avant l'arrêt du microprogestatif		7 jours avant Première injection 7 jours avant l'arrêt du microprogestatif	4 jours avant Poser l'implant 4 jours avant l'arrêt du microprogestatif.	7 jours avant Poser le SIU 7 jours avant l'arrêt du microprogestatif.	5 jours après Le DIU peut être posé jusqu'à 5 jours après l'arrêt du microprogestatif.
Depo-Provera 	15 sem après Le 1er comprimé peut être pris jusqu'à 15 semaines après la dernière injection	15 sem après Le patch peut être commencé jusqu'à 15 semaines après la dernière injection	15 sem après L'anneau peut être commencé jusqu'à 15 semaines après la dernière injection	15 sem après le 1er comprimé peut être pris jusqu'à 15 semaines après la dernière injection		15 sem après L'implant peut être posé jusqu'à 15 semaines après la dernière injection	15 sem après Le SIU peut être posé jusqu'à 15 semaines après la dernière injection	16 sem après Le DIU peut être posé jusqu'à 16 semaines après la dernière injection
Implant 	7 jours avant Prendre le 1er comprimé 7 jours avant le retrait l'implant.	7 jours avant Commencer le patch 7 jours avant le retrait l'implant.	7 jours avant Commencer l'anneau 7 jours avant le retrait l'implant.	7 jours avant Prendre le 1er comprimé 7 jours avant le retrait de l'implant.	7 jours avant Première injection 7 jours avant le retrait de l'implant.		7 jours avant Poser le SIU 7 jours avant le retrait de l'implant.	5 jours après Le DIU peut être posé jusqu'à 5 jours après le retrait de l'implant.
SIU (Mirena°...) 	7 jours avant Prendre le 1er comprimé 7 jours avant le retrait du SIU.	7 jours avant Commencer le patch 7 jours avant le retrait du SIU.	7 jours avant Commencer l'anneau 7 jours avant le retrait du SIU.	7 jours avant Prendre le 1er comprimé 7 jours avant le retrait du SIU.	7 jours avant Première injection 7 jours avant le retrait du SIU.	4 jours avant Poser l'implant 4 jours avant le retrait du SIU.		0 jour Le DIU peut être posé juste après le retrait du SIU.
DIU (Cuivre) 	7 jours avant Prendre le 1er comprimé 7 jours avant le retrait du DIU.	7 jours avant Commencer le patch 7 jours avant le retrait du DIU.	7 jours avant Commencer l'anneau 7 jours avant le retrait du DIU.	7 jours avant Prendre le 1er comprimé 7 jours avant le retrait du DIU.	7 jours avant Première injection 7 jours avant le retrait du DIU.	4 jours avant Poser l'implant 4 jours avant le retrait du DIU.	Protection 7 jours Poser le SIU juste après le retrait du DIU. Utiliser une méthode complémentaire pendant 7 jours.	

0 jours

x jours avant

x jours après

Protection 7 jours

Changez directement d'une contraception à l'autre sans délai.

Commencer la prochaine contraception avant d'arrêter la précédente. Cela laisse le temps à la future contraception d'être efficace.

Le DIU est la meilleure contraception d'urgence. La pose est possible même un peu après l'arrêt d'une autre contraception.

Vous n'êtes pas sûr de ce qu'il faut faire ? Vous pouvez utiliser cette méthode dans tous les cas. Une contraception complémentaire par préservatif ou spermicide est alors nécessaire jusqu'à 7 jours après le début de la nouvelle contraception.

Contraception d'urgence

NORLEVO®
150 mg de Lévonorgestrel

Décale le pic ovulatoire **seulement**
s'il n'a pas encore démarré

1 comprimé

MAX 3 JOURS

ELLAONE®
30 mg d'Ulipristal (UPA)

Décale le pic ovulatoire **même** s'il est
amorcé

Ne pas commencer une
contraception hormonale avant J + 5

1 comprimé

MAX 5 JOURS

DIU cuivre®

Le plus efficace

Pas de contre-indication chez la
nulligeste ou antécédent
d'infection génitale

Empêche l'implantation

MAX 5 JOURS

Information patiente :
aucune méthode n'est
efficace à 100%

⇒ **Beta-HCG de principe à
15 jours**

Pas de contre indication

Sans ordonnance
NORLEVO 8€ ; ELLAONE 25€
Gratuites pour toutes

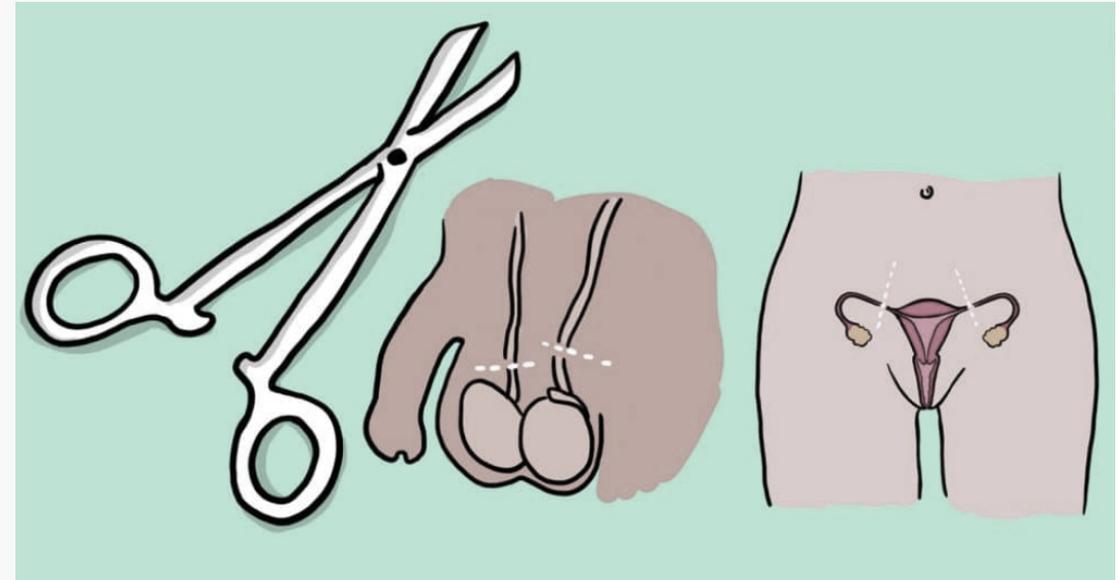
SYNTHÈSE CONTRACEPTION D'URGENCE (01 2023, Dre Nathalie Trignol-Viguiier, Centre d'orthogénie CHU Tours)

Contraceptions d'urgence	 Lévonorgestrel 1,5mg NORLEVO® et génériques	 Ulipristal Acétate 30 mg ELLA ONE® et génériques	 DIU cuivre
Composition	<u>Levonorgestrel</u> (LNG) 1.5 mg (progestatif)	<u>Ulipristal</u> acétate 30 mg (modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone)	375 à 380 mm de cuivre
Délai d'action	Jusqu' à 72h	Jusqu'à 120h	Jusqu'à 5j après le RS ou l'ovulation théorique
Tolérance	Très bonne	Très bonne	Risque de malaise vagal et de douleurs à la pose.
Contre-indications	Grossesse	Grossesse, Insuffisance hépatique, Asthme sévère déséquilibré	Grossesse, Infection pelvienne en cours, allergie au cuivre, malformations utérines
Allaitement	Vidal : tirer et jeter le lait à H8 Lecrat.org : pas de précaution, passage minime (4%)	Vidal : tirer et jeter le lait 8 jours ! lecrat.org : pas nécessaire de suspendre l'allaitement, passage <4%	Aucun risque
Mode d'action	Décalage pic ovulatoire mais si le LNG est pris après le début du pic de LH, soit lorsque le diamètre folliculaire dépasse 14 mm (24 à 48 heures avant l'ovulation), il a été montré qu'il n'est plus efficace	Décalage du pic ovulatoire : efficace, qu'il soit pris avant ou au début du pic de LH, ce qui correspond à un follicule dominant de 18 mm et moins de diamètre. Aucune protection n'est assurée s'il est pris le jour de l'ovulation.	Spermicide + <u>antiniidatoire</u>
Précautions d'emploi	Si IMC>30 : même <u>poso</u> Plusieurs prises par cycle possibles Si inducteurs enzymatiques pris ou arrêtés il y a moins de 28 j : doubler la dose ou utiliser une CU non hormonale (DIU)	Si IMC>30 : même <u>poso</u> Pas + d'1 <u>cp</u> par cycle, ni associé au LNG. Action diminuée par les OP et P : arrêt pilule 5 jours. A la fois inducteur et inhibiteur enzymatique. Ne pas utiliser en association à une contraception hormonale	<u>Tx</u> perforation 1/1000 Difficultés d'insertion 1.5% Antibioprophylaxie : non recommandée Dépistage CT reco sans attendre les résultats
Mode de dispensation, coût	Vente libre en officine : 2,48 à 3,26 € Gratuite en Centre de Santé, infirmerie scolaire, SSU, <u>CeGIDD</u> , officine pour TOUTES, sans limite d'âge	Vente libre en officine (04/15) : 7,05 à 13,23€ Gratuite en Centre de Santé, infirmerie scolaire, SSU, <u>CeGIDD</u> , officine pour TOUTES, sans limite d'âge	Sur prescription médecin ou SF : 28,37 € Gratuit sur prescription si < 26 ans <u>Rbst</u> 65% sur prescription Pose 38.40€ / gratuite si < 26 ans
Efficacité	10 à 80%. L'efficacité moyenne correspond à une division par 2 du risque de grossesse, environ 3% au lieu de 6% de grossesses. D'autant plus efficace qu'elle est prise tôt.	3 fois plus efficace que le LNG en termes de réduction du risque de grossesse en cas de prise dans les 1 ^{ères} 24h, soit plus de 90% des prises de CU. Plus efficace que le LNG, y compris dans les 3 jours après le rapport potentiellement fécondant.	Réduction de 99% du risque de grossesse
Indications	Tout RS non ou mal protégé Pas de CI sous pilule mais efficacité non prouvée	Tout RS non ou mal protégé Précautions d'emploi sous pilule et efficacité non prouvée	Tout RS non ou mal protégé Pas d'interférence avec une autre contraception

Au moindre doute : test de grossesse (avant si estimation d'une prise de risque antérieure) et entre J15 et J21 si règles inhabituelles ou décalées ou signes de grossesse ou besoin de réassurance.

Contraception définitive

- Femme ou homme majeure
- Délai légal de réflexion de 4 mois
- Femme :
 - Coelioscopie / Lors d'une césarienne / Voie vaginale
 - Anesthésie générale ou loco-régionale
 - Efficacité immédiate
- Homme :
 - Occlusion des canaux déférents
 - Anesthésie locale en consultation
 - Efficacité après 8-16 semaines
 - Préservation de la fertilité possible



Et l'homme ...?

- **Les préservatifs :**
 - Initialement à base de lin
 - Création de l'entreprise DUREX en 1932
 - Remboursés sur ordonnance □ (Eden, Eden XL, Sortez couverts)
- **Les contraceptions hormonales: avis spécialisé**
 - Testostérone : 1 injection / semaine (hors AMM).
 - Inhibition de la spermatogenèse mais réversibilité.
 - Indice de Pearl théorique à 0,8
 - Efficacité au bout de 3 mois, utilisation pendant 18 mois, réversibilité en 3 à 6 mois)
 - Prescription initiale limite aux endocrinologues, urologues et gynécologues.
- **Les contraceptions testiculaires thermiques : avis spécialisé**
 - Maintien des testicules en position suprascrotale pendant 15 h/jour : inhibition de la spermatogenèse)
 - Indice de Pearl théorique <1
 - Phase d'inhibition 3 mois, utilisation 4 ans, réversibilité en 3 à 6 mois
 - Différents modes :
 - « Remonte-couilles toulousain » ou « boulocho » □
 - Andro-switch □
 - Jock-strap □
- La contraception **définitive**: la vasectomie



La chirurgie bariatrique



- 2% de la population
- 500000 personnes opérées, 1/4 sont des femmes
- Grossesse déconseillée pendant les 12 mois en post-opératoire : nécessité d'une contraception efficace
- Pas de contraception oestro-progestative en péri-opératoire
- 2 types de chirurgie
 - Sans malabsorption (anneau ajustable, sleeve) : pas de restriction
 - Avec malabsorption
 - By Pass en oméga/DBP/SADI : CI **absolue** pour les contraceptions orales
 - By Pass en Y : CI **relative** pour les contraceptions orales

Cas clinique

- Mme X, 38 ans
 - Obésité de grade III avec IMC à 62,2 kg/m³ (170kg)
 - Lymphœdème primitif bilatéral stade IV des membres inférieurs
 - Vit seule, se déplace en fauteuil roulant uniquement
 - 1^{ère} consultation : 1h de retard en consultation car ambulance n'avait pas le matériel adapté
 - 2^{ème} consultation : amenée 1h en avance et laissée dans le couloir d'accueil avec blouse de l'hôpital
 - Installation pour examen gynécologique en « salle blanche » avec aides prévues de 5 personnes (2 IDE, 1 AS, 1 interne)
- CI définitive aux contraceptions oestro-progestatives / acétate de médroxyprogestérone
- Installation en position gynécologique difficile et examen au spéculum douloureux pour pose du DIU / non souhaité par la patiente
- Implant non souhaité par la patiente
- Instauration d'une contraception par microprogestatif.

Merci pour votre attention

Avez-vous des questions ?

