

LA CONTRACEPTION ET LA MENOPAUSE

(principes, méthodes et indications)

La contraception est l'ensemble des méthodes destinées à empêcher la grossesse, elle impose que les procédés soient temporaires et réversibles

Principes

1 - Absence de fécondation : On empêche la rencontre des gamètes mâles et de l'ovocyte par :

- Blocage de la production des gamètes : chez la femme blocage de l'ovulation par freinage de l'axe hypothalamo-hypophysaire ; chez l'homme, inhibition de la spermatogénèse.
- Destruction des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines par spermicides,
- obstacle mécanique à la rencontre des gamètes : préservatif masculin, diaphragme féminin, action des progestatifs sur la glaire.

2 - Absence de la nidation de l'œuf fécondé par inflammation de l'endomètre provoqué par un dispositif intra-utérin ou la pilule du lendemain.

3 - La contraception peut s'appliquer à chaque rapport sexuel de façon permanente : la contraception moderne qui permet une sexualité harmonieuse.

4 - Les critères : efficacité (indice de Pearl), innocuité (pas de complications, les effets secondaires doivent être tolérables, la méthode sans inconvénient sur la fécondité ultérieure), acceptabilité (en fonction du niveau socioculturel, des croyances et de la facilité d'emploi) et d'un faible coût espérant que la pilule sera toujours remboursée par la sécurité sociale (*en 1997 ! elle est de moins en moins remboursée*) ou mise à disposition presque gratuite aux jeunes en particuliers.

Méthodes

1 - La contraception masculine

Le coït interrompu est psychologiquement et sexuellement contraignant (17% A.F. d'échec). Il faut savoir que les spermatozoïdes sont présents dans le liquide pré-éjaculatoire et qu'il peut persister des spermatozoïdes dans l'urètre en cas de rapports sexuels fréquents.

Le préservatif est un moyen de contraception, sexuellement assez tolérable, mais à utiliser surtout dans la lutte contre le SIDA. L'information devrait être mieux faite en vue d'une prévention et d'une lutte correcte contre le SIDA. Le préservatif protège aussi contre les autres MST. Il doit être mis sur une verge en érection et enlever tout de suite après l'éjaculation sur une verge encore en érection.

La contraception hormonale est très peu utilisée.

2 - La contraception mixte

La contraception mixte utilise la méthode Ogino-Knaus qui propose d'éviter les coïts du 12ème au 16ème jour du cycle et la méthode de la température (Billings). La contraception mixte (Taux d'échec 38% A.F.) devrait être reléguée au musée des antiquités.

3 - La contraception féminine

a - La douche vaginale devrait être proscrite.

b - Les spermicides sont placés en face du col (Taux d'échec de 2 à 45% A.F.), vous les trouvez en gel, mousse, ovules et capes (Alpagel, Pharmatex unidoses, Pharmatex ovules, TA-RO-CAP)

c - Les préservatifs féminins : diaphragmes et capes, ils doivent être associés aux spermicides et retirés 8 heures après le coït (Taux d'échec 2 à 15% A.F.)

d - La contraception orale : doit toujours être prescrite par un spécialiste. Les oestro-progestatifs combinés ont beaucoup d'avantages et sont surtout efficaces de 0 à 1% A.F. Il y a aussi les méthodes séquentielles (risque d'hyperplasie de l'endomètre) et la méthode progestative pure.

Si la femme peut être fécondée, en cas d'incertitude avec risque de grossesse, la pilule du lendemain est très efficace (très dosée en oestrogène).

e - Les D.I.U : les stérilets contiennent du cuivre et parfois de la progestérone qui entraînent un effet spermicide, des troubles de la contractilité tubaire et utérine et des anomalies endométriales empêchant la nidation. L'efficacité est bonne (2 à 4% A.F.). Les risques encourus sont : les incidents lors de la mise en place (choc vagal, douleur, perforation, hémorragies) et secondairement les risques infectieux et d'expulsion. Le stérilet ne prévient pas de la grossesse extra-utérine.

Indications et contre-indications

Indications

La contraception, et surtout la pilule, permet d'accéder à une sexualité libre et harmonieuse sans la peur de la grossesse, à une régulation adéquate des naissances. La contraception permet de faire de la maternité un acte volontaire, désiré, conscient et responsable. La contre-indication médicale à la grossesse impose le recours à des méthodes plus définitives (ligatures des trompes).

Contre-indications

- Pour le coït interrompu : l'éjaculation précoce
- Pour l'abstinence périodique : cycles irréguliers
- Pour le diaphragme : réticences psychologiques, trouble de la statique utérine
- Pour les stérilets : Infections génitales, cavité utérine de grande taille, la nulliparité, les antécédents de grossesse extra-utérine, les polypes et les fibrômes, les contre-indications absolues : la grossesse en cours, les infections en cours, suspicion de cancer génital, maladies hémorragiques et traitements anti-coagulants. Il faut être vigilant lors de la mise en place de traitement antibiotiques et anti-inflammatoires qui diminuent l'efficacité du stérilet.
- Pour la pilule oestroprogestative : antécédents thrombo-emboliques et cardiovasculaires, H.T.A., anomalies métaboliques (dyslipidémies, diabète), cancer hormono-dépendants, fibrômes, tabagisme important après 35 ans, comitialité, antécédents hépatiques et attention aux interactions médicamenteuses (les médicaments ayant une activité d'induction hépatique qui réduit l'activité des oestroprogestatifs et les barbituriques, certains anti-convulsivants et certains antibiotiques comme la Rifampicine).

Prescription

Un bilan régulier est nécessaire et obligatoire. Apprenez à rechercher les motivations, à connaître le comportement psychologique et sexuel. Un examen clinique complet et des examens biologiques doivent être pratiqués, profitez-en pour faire les frottis. Le bilan et la prescription sont à confier à un spécialiste. Profitez de ce type de consultation pour faire de l'information sexuelle et de la prévention dans le domaine de la lutte contre les cancers génitaux et des seins, et contre le SIDA et les MST.

Le préservatif :

Le Docteur Jacques Waynberg a réalisé une vidéo pour une information à usage privé ou institutionnel (pour se la procurer : écrire à Institut de Sexologie, 57 rue Charlot, Paris 3).

Les conseils du Dr Waynberg :

- 1) Essayer de rester en érection ;
- 2) avoir plus d'un préservatif sur soi et en permanence ;
- 3) Ne l'ouvrir que juste avant le rapport ;
- 4) Vérifier le sens de déroulement entre le pouce et l'index ;
- 5) Ecraser l'air qui se trouve dans le petit réservoir ;
- 6) Dérouler avec les deux mains ;
- 7) Lubrifier obligatoirement le préservatif et le sexe ou l'anus du ou de la partenaire ;
- 8) Vérifier que vous n'êtes pas en train de perdre votre préservatif ;
- 9) L'enlever immédiatement après le rapport et se laver ;
- 10) Ne pas le jeter n'importe où.

La ménopause est la disparition définitive du saignement menstruel. C'est un phénomène progressif qui correspond à l'arrêt du fonctionnement ovarien et qui comporte deux phase :

- La préménopause qui peut durer 10 ans,
- La ménopause, arrêt définitif des règles depuis plus d'un an,
- La post-ménopause correspond aux phénomènes survenant après un an d'aménorrhée.

Physiopathologie

a - La préménopause

Phénomène transitoire, qui commence entre 40 et 50 ans et a pour origine la raréfaction des follicules ovariens avec dysovulations et anovulations.

La formation du corps jaune est irrégulière d'où un déficit en progestérone dans la seconde moitié du cycle alors que la sécrétion d'oestrogène persiste. Le vieillissement ovarien entraîne une augmentation de FSH, l'élévation de LH est moins marquée.

D'où un utérus hyperplasique voir glandulokystique, mastodynies et kystes mammaires.

b - La ménopause

C'est l'arrêt définitif des règles, entre 48 et 52 ans, elle est héréditaire. Elle est due à l'épuisement définitif des follicules ovariens d'où effondrement de la sécrétion de progestérone et d'oestrogène donc rétrocontrôle et augmentation de la FSH (x10) et de la LH (x4), persistance de la sécrétion d'androgènes.

Donc : aménorrhée, perturbations vaso-motrice, atrophie tissulaire, ostéoporose, troubles métaboliques et cardiovasculaire, ces derniers souvent liés à l'athéromatose.

Diagnostic

a - la préménopause

Perturbation des règles (ménorragies, hyperménorrhée, polyménorrhée, spanioménorrhée, aménorrhée)

Irritabilité, agressivité, trouble du sommeil, prise de poids, céphalées, aplatissement de la courbe thermique.

Les médecins feront un examen gynécologique (dépistage des cancers génitaux et des seins), des examens complémentaires (bilan biologique et hormonaux, frottis, biopsies et mammographie, si nécessaire).

b- La ménopause

- Aménorrhée
- Bouffées de chaleur (75%, gênante dans 40% des cas), frissons et rougeur du tronc, du visage, surviennent surtout la nuit avec sommeil agité ; le jour elles sont favorisées par les émotions et la digestion. Elles s'accompagnent de paresthésies, crampes, vertiges, lipothymies et éblouissements.
- Perturbations psychologiques : Troubles du caractère, asthénie, anxiété, tendances dépressives, dysfonctions sexuelles
- Troubles neuro-végétatifs devant faire éliminer des problèmes hépato-vésiculaires, cardio-vasculaires et gynécologiques.

- Atrophie vulvovaginale avec diminution de la pigmentation de la vulve, sécheresse des muqueuses, atrophie du col.

Toujours rechercher une contre-indication à l'oestrogénothérapie.

- Complications
- Les hémorragies (cancer génital, atrophie des muqueuses, oestrogénothérapie),
- Atrophie vulvovaginale et génitale avec problèmes infectieux et dystrophiques,
- -L'ostéoporose et les manifestations cardio-vasculaire, *l'oestrogénothérapie protège aussi des risques cardiaques.*

Traitement

a - La préménopause

Progestatif en deuxième partie du cycle (Lutomédriol, Orgamétil) du 10ème au 25ème jour du cycle.

b - La ménopause

- Neurosédatifs contre les bouffées de chaleur et les manifestations neuro-végétatives donc neurosédatifs : béta alanine (Abufène), proxibarbal 5 centragol) ; véralipride (Agréal).
- L'hormonothérapie permet d'éviter les dysfonctions sexuelles liées au signes de la ménopause mais surtout a une action préventive sur l'ostéoporose et les complications cardio-vasculaires. Evitez les oestrogènes de synthèse (diabète et hyperlipidémie), la voie orale (pour éviter le contact hépatique) et l'hyperoestrogénie qui expose aux lésions dystrophiques endométriales et mammaires.
- On doit toujours utiliser les doses minimum d'oestrogènes nécessaires pour faire disparaître les troubles fonctionnels.
- Pour l'atrophie vulvovaginale, oestrogénothérapie locale (colpotrophine) ou les dérivés de l'estriol qui n'ont pas d'effet sur l'endomètre (Ovestin, Synapause).

En cas de syndrome dépressif, associer à faible dose androgènes et oestrogènes.

- Contre-indication de l'oestrogénothérapie : Cancer du sein, de l'endomètre, fibrôme et endométriose, troubles hépato-vésiculaire, maladies thrombo-emboliques, diabète, HTA, dyslipidémie.

Le traitement doit être confié à un spécialiste que vous connaissez et qui n'est pas contre le traitement par hormonothérapie substitutive. Comme nous l'avons souvent répété, certains médecins, dont

l'idéologie puritaine ou répressive prend le pas sur le bon sens, traitent plus les patientes en fonction de ce qu'isl pensent plutôt qu'en fonction de ce qui est nécessaire.

La protection du sein et de l'endomètre est mieux assurée par une cure hormonosubstitutive discontinue (20 jours/Mois) et par l'association dans les derniers jours à un progestatif : norstéroïdes ou progestérone micronisée (Utrogestan). Si la femme a eu une hystérectomie il faut éviter les implants sous cutanés.

Traitement hormonal substitutif :

Danger

Depuis la parution, en août 2002, des résultats de la WHI, une étude clinique réalisée aux États-Unis sur plus de 16 000 femmes, les articles de presse sur le traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause se multiplient. Ce traitement, longtemps présenté comme une véritable pilule de jeunesse permettant à la femme ménopausée d'échapper à toutes les maladies du grand âge (ostéoporose, problèmes cardiovasculaires, voire maladie d'Alzheimer) y est gravement remis en cause. Son risque concernant le cancer du sein est prouvé et les illusions sur la protection cardiovasculaire, envolées. Il faut dire que non seulement le THS ne protège pas des problèmes cardiovasculaires mais il semblerait même qu'il les aggrave. Par ailleurs, une autre étude La Million Women Study qui a porté en Angleterre sur 1 million de femmes, a confirmé la légère élévation de risque de cancer du sein avec des produits très proches de ceux qui sont utilisés en France. À l'annonce de ces résultats, les femmes sous traitement (on estime à 30 % la proportion de femmes de plus de 50 ans traitées en France) prennent peur et se demandent comment les médecins ont pu prescrire des produits dont ils ne connaissaient pas les véritables dangers.

Un concept fabriqué par les labos

Le traitement hormonal existe en France depuis près de cinquante ans. Sa prescription repose sur un concept totalement fabriqué par l'industrie pharmaceutique : la carence hormonale. Après la ménopause, la femme cesse de produire les hormones sexuelles, la progestérone et les œstrogènes. Partant du fait réel que certains organes sont dépendants de cette production hormonale (partiellement et non totalement) comme l'os et la muqueuse vaginale par exemple, les médecins ont extrapolé cette carence au corps tout entier, y compris au cerveau... Résultat,la " femme sans hormones " serait menacée par l'ostéoporose, la sécheresse vaginale, les problèmes cardiovasculaires, la baisse de la libido, la dépression, la maladie d'Alzheimer, etc.

Un naufrage en quelque sorte. Ce que le corps n'apporte plus, un médicament le fera. Le THS était né. Certains médecins proches des laboratoires ont ensuite habilement promotionné ce produit qui permettait d'échapper à une vision très négative de la ménopause partagée par tous, hommes et femmes. Dès lors, le THS a été réclamé par des femmes en bonne santé, mais fragilisées

psychologiquement par l'avancée en âge et le poids de la dictature des apparences. Il a été prescrit par des médecins tout heureux que leurs patientes aillent mieux car pour les femmes ayant des bouffées de chaleur (un tiers), le THS améliore effectivement la qualité de vie.

Une innocuité non établie !

Il y avait juste un petit problème. À savoir que l'innocuité du THS n'était pas établie. Il faut reconnaître que des études comparables à celles qui sont réalisées aux États-Unis coûtent plusieurs centaines de millions d'euros. Or, jusqu'à aujourd'hui, en France, personne n'a accepté de les financer, ni l'État avec ses organismes de recherche publique, malgré les demandes des chercheurs, ni les divers laboratoires pharmaceutiques plus préoccupés de rivaliser avec le produit du voisin que de se préoccuper de santé publique. On disposait uniquement d'études d'observation qui, à la différence des études méthodiques comme la WHI, orientent et suggèrent mais n'apportent pas de preuve formelle des effets d'un médicament. D'où des erreurs d'interprétation, reconnues aujourd'hui par la communauté scientifique. Par exemple, celle qui a donné à penser que le THS réduisait le risque cardiovasculaire alors que c'étaient les particularités des femmes (plus mince, moins sédentaire, etc.) qui prenaient le THS qui expliquaient certainement cet effet positif. Ces études d'observation et la pratique clinique (consultation) ont malgré tout permis une évolution des molécules et des posologies (on en est aujourd'hui à des prescriptions de doses infimes par rapport à celles du début).

En France pourtant, la prescription des produits existants à l'heure actuelle sur le marché n'est toujours pas garantie sans risque. Elle repose sur des " croyances " du corps médical et non sur des faits scientifiques. " Nos produits sont différents de ceux des Américains, en particulier nos progestatifs. De plus nous utilisons des patchs et non des comprimés ". Il suffit d'y croire !

Selon le code de déontologie, le médecin doit à sa patiente : " Une information loyale, claire et appropriée sur les soins qu'il propose et le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas (article 36). " Le moins que l'on puisse dire est que le THS n'a pas bénéficié et ne bénéficie toujours pas de ce précepte. Plus inquiétant, certains médecins français font de la résistance et refusent de reconnaître les risques désormais sérieusement étayés du traitement et donc d'en informer leurs patientes. Ils défendent bec et ongle leur " progestérone naturelle et leur patch transdermique " et vont même jusqu'à s'insurger contre les récentes recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) qui limite à cinq ans la prescription du THS. Au niveau européen par contre l'agence du médicament s'apprête à limiter de manière très stricte les indications du THS.

Martine Laganier dans la revue Alternative Santé