

QUAND PARLER DE SEXUALITE AVEC DES ADOLESCENTS PEUT FAIRE LA DIFFERENCE !

Dre Navarria Isabelle

Dre Yaron Michal

Dpt de Gynécologie-obstétrique et Dpt Enfant et Adolescents

HUG

Anamnèse

- **Menstruation:**
 - Âge de la ménarche
 - Durée et régularité de cycles
 - Durée et quantité de saignements (nombre et type de protections)
- **Douleurs:**
 - Localisation, irradiation, intensité (invalidante), durée
 - Chronologie d'apparition en relation avec ménarche
 - Traitement en place, réponse au traitement, absentéisme
- **Sexualité:**
 - Activité sexuelle, dyspareunie, contraception, ATCD abus sexuel
- **ATCD gynécologiques / obstétricaux:**
 - PID, chirurgie pelvienne
- **ATCD familiaux:**
 - Coagulopathie/Endometriose/Infertilité

Dysménorrhée

Dysménorrhée primaire (90%):

Douleur pendant les règles, en l'absence d'une pathologie pelvienne

La dysménorrhée primaire est classée comme syndrome de douleur pelvienne chronique (DPC).

Un symptôme associé fréquemment chez les femmes ayant un autre DPC

(IBS, symptômes de calculs urinaires, douleurs musculaires lombaires)

-
-

Dysménorrhée secondaire (10%):

Douleur pendant les règles, **associée** à une pathologie pelvienne sous-jacente.

- Endométriose!!
- Adénomyose
- Myomes utérins / polypes endométriaux
- Malformations du tractus génital
- Masse pelvienne
- PID, abcès tubo-ovarien
- Si TG positif: complication de la grossesse (FC, GEU)

Anamnèse

TABLE 2.

Useful Questions to Evaluate an Adolescent Patient with Suspicion of Pelvic Endometriosis

- Do you feel pain during your menstrual cycle? If you do, give a pain score from 0 to 10
- If you take analgesics (nonsteroidal anti-inflammatory drugs) do they give you relief from pain?
- If you have ever taken oral contraceptives, have you noticed a reduction or resolution of menstrual-related pain during the treatment course?
- Do you usually miss days from school every month during menstruation because of pain?
- Do you feel pain during ovulation? If you do, give a pain score from 0 to 10
- If you have already had sex, do you feel pain during sexual intercourse? If you do, give a pain score from 0 to 10
- Do you feel pain during defecation? Is this pain present only during menstruation or increased during menstrual cycle? If you do, give a pain score from 0 to 10
- Do you feel pain during urination? Is this pain present only during menstruation or increased during menstrual cycle? If you do, give a pain score from 0 to 10
- Do you feel that you are not urinating well, or have a sensation of bladder heaviness or incomplete bladder emptying?
- Do you have episodes of "stomachache" not related to eating? Do you have frequent sudden episodes of vomiting, nausea, constipation or diarrhea, maybe associated with stomach cramps?
- Do you have abdominal bloating?
- Do you or your relatives suffer from one of the following conditions: irritable bowel syndrome, atopy, allergic asthma, autoimmune diseases (autoimmune thyroid disease, rheumatoid arthritis, Sjogren syndrome, multiple sclerosis, inflammatory bowel diseases), headache/migraine, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, or hemorrhagic coagulopathy?

Table 2. Questions for self-report questionnaire likely to identify adolescents girls from the general population with endometriosis

(1) At what age did you have your first period? Years	Menarche < 10 ans (RR 1.3)
(2) How many days are there between the start of one period and the start of the next on average? Less than 21 days 22–24 days 25–28 days 29–32 days 33–35 days More than 36 days Too irregular to say	shorter cycle length < 26j during late adolescence
(3) In the last 3 months, have you had pelvic pain with your periods? No Occasionally (with 1 in 3 of my periods) Often (with 2 in 3 of my periods) Always (with every period)	Presence of dysmenorrhea (RR 1.7)
(4) How would you describe your pain? Throbbing Gnawing Dragging pain to legs Tender inside Dull ache Cramping Shooting rectal pain Pulling inside Insides pulled down Backache Sharp rectal pain Burning inside Dull ache after sexual intercourse Cut inside Dragging Spasm Sharp Bloating Kicked in stomach Gripping Burning with sexual intercourse Squeezing inside	

identified and selected 6 questions that have been reported to predict the presence of endometriosis in adult women and combined these questions for inclusion in a new questionnaire (table 2).

Detecting Endometriosis in Adolescents: Why Not Start from Self-Report Screening Questionnaires for Adult Women?

Brecht Geysenbergh^{a,b} Eline A.F. Dancet^a Thomas D’Hooghe^a

^aLeuven University Hospital, Leuven University Fertility Centre, Leuven, and ^bGZA Hospitals, Vrije Universiteit Brussel, Campus Sint-Augustinus, Wilrijk, Belgium

Table 2. (continued)

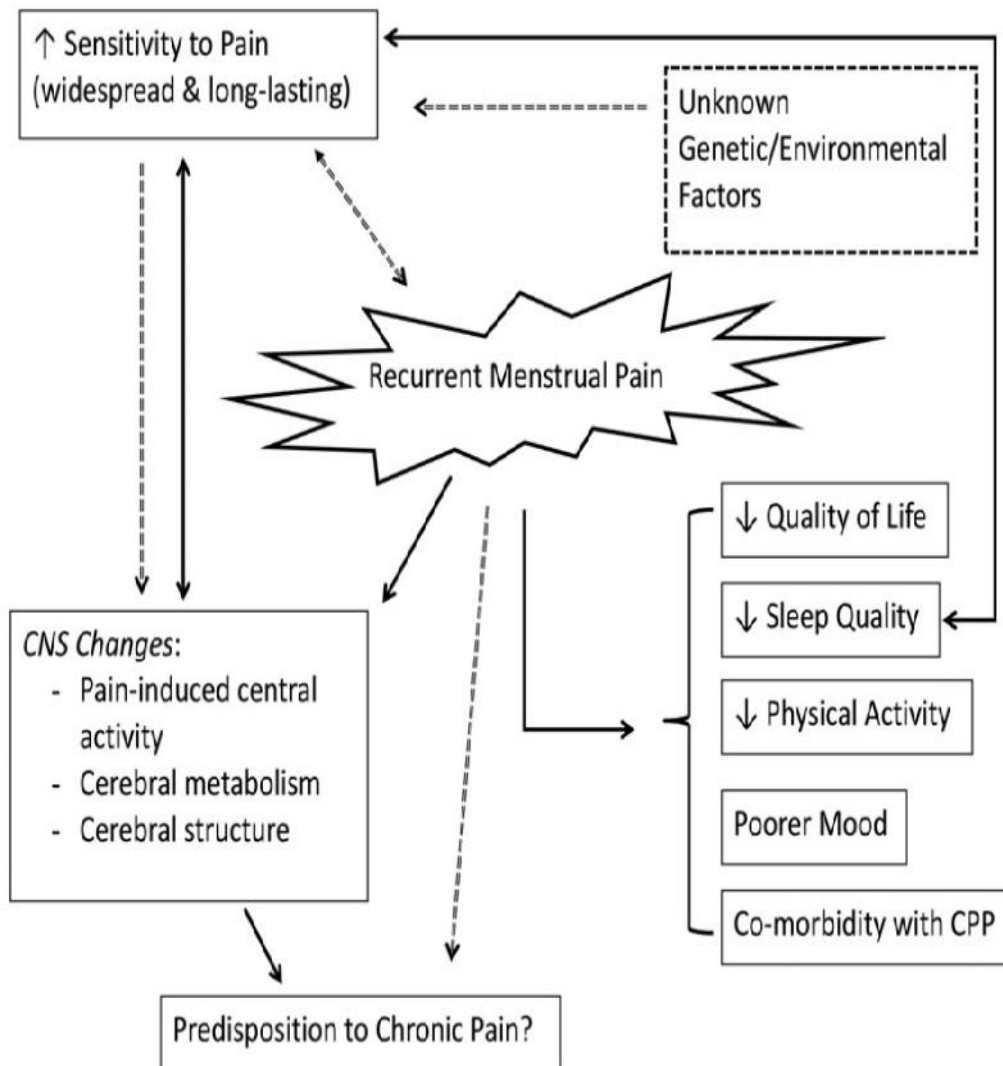
Stabbing Piercing with sexual intercourse Twisting inside Penetrative sexual intercourse						
(5) Do you have pain on opening your bowels during your periods? No Yes						Dyschezia (endometriosis stage II-IV)
(6) Answer the following questions related to urination						
Bladder endometriosis	Not at all	Less than 1 time in 5	Less than half the time	About half the time	More than half the time	Almost always
Over the past month, how often have you had a sensation of not completely emptying your bladder after you finished urinating?	0	1	2	3	4	5
Over the past month, how often have you had to urinate again <2 h after you finished urinating?	0	1	2	3	4	5
Did your pain during urination increase in the pre-menstrual period?	0	1	2	3	4	5
Over the past month, how often have you found it difficult to postpone urination?	0	1	2	3	4	5
Over the past month, how often have you had pain after you finished urinating?	0	1	2	3	4	5
Over the past month, how often have you had discomfort and pain during urination?	0	1	2	3	4	5
	None	1 time	2 times	3 times	4 times	5 or more times
How many times do you typically get up to urinate from the time you go to bed at night until the	0	1	2	3	4	5

Dysménorrhée

Malgré la forte prévalence, la dysménorrhée est souvent mal traitée et même négligée, par les professionnels de la santé, les chercheurs en douleur et les femmes elles-mêmes, qui peuvent l'accepter comme une partie normale du cycle menstruel.

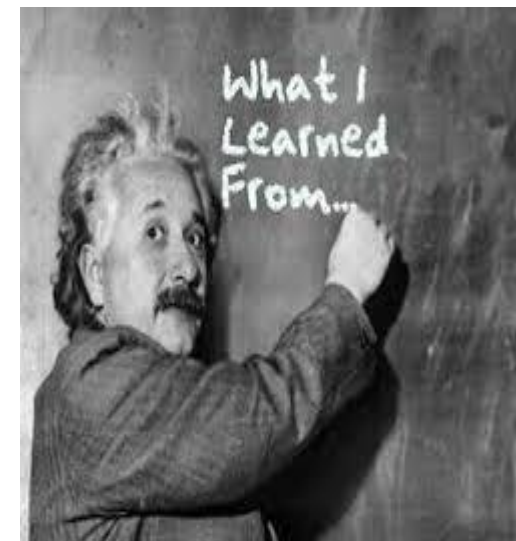
Dysménorrhée

Début à l'adolescence, la pathologie gynécologique le plus fréquente chez les adolescentes (60-70 %), dont 15% sévères, associée à une interruption des activités quotidiennes 1^{ère} cause d'absentéisme scolaire.



What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review

Human Reproduction Update, Vol.21, No.6, pp. 762–778, 2015



Throughout the menstrual cycle, women with dysmenorrhea have an increased sensitivity to painful stimuli, however, it is unknown whether the increased sensitivity to pain is the cause or effect of recurrent menstrual pain. Unknown genetic or environmental factors and underlying differences in the pain processing of the central nervous system (CNS) may also play a role in predisposing these women to greater pain sensitivity and consequently recurrent menstrual pain.

Examen physique / Imageries

Si virgo: examen **OGE + US abdominal**

Si sexuellement actif: examen gynécologique complet + **USEV**

US en systématique dès la 1^{ère} consultation, pour écarter une cause de dysménorrhée 2^o (kyste, endométriome, fibrome, etc.)

TRAITEMENT

Pharmacologique

AINS

Contraception hormonale

Non – pharmacologique

Acupuncture/Acupressure: preuves insuffisantes *Cochrane 2016*

Neurostimulation transcutanée (TENS) HF *Cochrane 2010*

Compléments alimentaires: pas de preuves, très limités

Phytothérapie: nécessite plus de recherches

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUE

AINS - 1ère ligne de traitement

- Débuter dès le première signe de règles (crampe, sang), minimum 3j de traitement
- Mécanisme: inhibiteur COX-1/COX-2 (↓ PG)
- Efficace dans 75 % cas (**même efficacité entre différents AINS** → Cochrane, 2004, 2010).
- CI : Ulcère peptique ou problème de crase: inhibiteurs spécifiques COX-2
 - Maladies hépatiques ou rénales graves

Ibuprofène	200-600mg 3x/j
Naproxen	500mg dose initiale, puis 250mg 4x/j max
Acide Méfénamique	500mg dose initiale, puis 250mg 3x/j
Célécoxib (inhibiteur COX-2)	400mg dose initiale, puis 200mg 2x/j

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUE

Contraception hormonale

- **Indication:**
 - 1^{ère} ligne de traitement (si la femme souhaite une contraception)
 - ou 2^{ème} ligne de traitement (si échec après 3 mois d'AINS)

Infections sexuellement transmissibles à *Chlamydia trachomatis*

Commission fédérale pour la santé sexuelle, Société suisse d'infectiologie

Dr méd. Julia Notter ^a, Dr méd. Brigitte Frey Tirri ^b, Dr méd. Frank Bally ^c, Dr méd. Karoline Aebi Popp ^d,
Dr méd. Michal Yaron ^e, Prof. Dr méd. David Nadal ^f, PD Dr méd. Matthias Cavassini ^g, Dr méd. Christoph
Hauser ^d, Prof. Dr méd. Pietro Vernazza ^h, Dr méd. Axel Jeremias Schmidt ^h, Prof. Dr méd. Peter Itin ⁱ,
PD Dr méd. Jan Fehr ^l, Prof. Dr méd. Alexandra Calmy ^k, Prof. Dr méd. Nicola Low ^l, Prof. Dr méd. Philip Tarr ^a

En Suisse, il n'existe actuellement ni campagne officielle de dépistage des Infections à *Chlamydia*, ni recommandation relative à l'utilisation de ces tests. **MAIS**, l'«International Union against sexually Transmitted Infections» (IUSTI) et les CDC Américains **recommandent le dépistage des *Chlamydia Trachomatis* et Gonorrhée chez les femmes présentant les facteurs de risque suivants:**

- **Moins de 25 ans**
- **Nouveau partenaire sexuel**
- **Plus d'un partenaire sexuel durant l'année écoulée.**

Infections sexuellement transmissibles à *Chlamydia trachomatis*

Commission fédérale pour la santé sexuelle, Société suisse d'infectiologie

Dr méd. Julia Notter ^a, Dr méd. Brigitte Frey Tirri ^b, Dr méd. Frank Bally ^c, Dr méd. Karoline Aebi Popp ^d, Dr méd. Michal Yaron ^e, Prof. Dr méd. David Nadal ^f, PD Dr méd. Matthias Cavassini ^g, Dr méd. Christoph Hauser ^d, Prof. Dr méd. Pietro Vernazza ^h, Dr méd. Axel Jeremias Schmidt ^h, Prof. Dr méd. Peter Itin ⁱ, PD Dr méd. Jan Fehr ⁱ, Prof. Dr méd. Alexandra Calmy ^k, Prof. Dr méd. Nicola Low ^l, Prof. Dr méd. Philip Tarr ^a

Tableau 1: Démarche diagnostique optimale pour les infections à *Chlamydia*.

Frottis vaginal/cervical	<p>Les deux sites de prélèvement ont pratiquement la même sensibilité</p> <p>Frottis vaginal: racler la paroi vaginale, avec trois rotations de l'écouvillon</p> <p>Frottis cervical: à faire avant le test de Papanicolaou; enlever les sécrétions cervicales avec un coton, introduire l'écouvillon au minimum 1 à 2 cm à l'intérieur du col et racler la paroi (deux rotations au moins)</p>
Frottis du méat/frottis urétral	Chez l'homme, le frottis urétral et le frottis du méat semblent être aussi sensibles que le premier jet d'urine.
Prélèvement d'urine	<p>Premier jet, au maximum 20 ml</p> <p>Prélever au moins 1 h après la dernière miction</p> <p>Chez la femme, moins sensible que le frottis vaginal ou cervical</p>
Frottis anal	<p>Pas de lubrifiant ni d'anesthésie locale</p> <p>Avec un léger mouvement de rotation, introduire l'écouvillon assez profondément (3 à 5 cm; la partie ouatée ne doit plus être visible)</p> <p>Avec un mouvement prudent de rotation et une légère pression pendant 30 secondes, racler la paroi anale afin d'accroître l'absorption des <i>Chlamydia</i> et des gonocoques par le coton</p>
Frottis pharyngé	Racler soigneusement la paroi postérieure du pharynx, amygdales comprises
Avant d'expédier le frottis	Frotter pendant 15 secondes le coton sur la paroi du tube pour en extraire les agents pathogènes et les faire passer dans le liquide

Forum Med Suisse 2014;14(20):407–409

Gonorrhée: nouvelles recommandations en matière de diagnostic et de traitement

Laurence Toutous-Trellu, Daniel Oertle, Peter Itin, Hansjakob Furrer, Claude Scheidegger, Marcel Stoeckle, Patrick Schmid, Enos Bernasconi, Matthias Cavassini, Emmanuelle Boffi El Amari, Christian Kahlert, Pietro Vernazza, Jan Fehr, Alexandra Calmy, Nicola Low, Gladys Martinetti Lucchini, Philip Tarr¹

Tableau 1

Mesures à prendre pour un prélèvement d'échantillon optimal en vue de l'établissement du diagnostic de gonorrhée.

Echantillon d'urine	Attention: le diagnostic par amplification génique sur la base d'un échantillon d'urine est moins sensible chez la femme qu'un frottis cervico-vaginal ou vaginal Prélèvement d'échantillon au moins une heure après la dernière miction Prélever le premier jet d'urine (contrairement au test de diagnostic de l'infection des voies urinaires, pour lequel les urines de milieu de jet sont plus indiquées). Concrètement: le patient doit recueillir les premières gouttes d'urine et remplir le récipient jusqu'à 20 ml au maximum
Frottis cervical	De préférence, effectuer le frottis avant un éventuel test de papanicolaou («frottis de dépistage du cancer»). Avant le prélèvement, retirer les éventuelles sécrétions cervicales à l'aide d'un grand écouvillon, insérer suffisamment (1–2 cm) l'écouvillon dans le col et frotter la paroi cervicale dans un mouvement rotatif (au moins 2 rotations). Éviter tout contact avec la paroi vaginale lors du retrait de l'écouvillon
Frottis du pharynx	Exercer une pression suffisante lors du prélèvement Prélever minutieusement: ne pas frotter uniquement la paroi postérieure du pharynx mais aussi les deux amygdales
Frottis anal	Ne pas utiliser de lubrifiant ou d'anesthésique local. Insérer suffisamment l'écouvillon dans un mouvement rotatif (3–5 cm – l'extrémité couverte de coton ne doit plus être visible), dans un mouvement rotatif délicat et en appuyant légèrement, frotter durant 30 secondes la paroi anale pour favoriser l'absorption des gonocoques par l'écouvillon

Toujours réaliser une mise en culture avant le traitement antibiotique

Chez les femmes, on effectue un frottis vaginal ou cervical:
 la recherche dans les urines est moins sensible (surtout pour la gonorrhée) réservée aux cas où un frottis cervical ou vaginal ne peut être obtenu.

Chez les hommes, le frottis urétral a la même sensibilité que sur les urines du premier jet

PCR CHLAMYDIA	Col	Urine
Sensibilité	86%	83%
Spécificité	99.6%	99.5%

PCR GONORRHEE	Col	Urine
Sensibilité	94.2%	55.6%
Spécificité	99.2%	98.7%

TRAITEMENT CHLAMYDIA

Tableau 2: Recommandations pour les infections à *Chlamydia trachomatis* et les syndromes / agents pathogènes associés.

Clinique, agent pathogène	Traitement de première intention	Alternative	Commentaire
Infection à <i>Chlamydia</i> génitale, pharyngée ou rectale non compliquée	<ul style="list-style-type: none"> - Doxycycline 100 mg PO 2 x/jour pendant 7 jours* - Azithromycine 1 g PO, dose unique 	<ul style="list-style-type: none"> - Erythromycine 500 mg 2 x/jour pendant 7 jours - Lévofoxacine 500 mg 1 x/jour pendant 7 jours* - Ofloxacine 200 mg 2 x/jour pendant 7 jours * 	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement des partenaires - Pas de rapports sexuels pendant sept jours après le début du traitement, traitement des partenaires et disparition des symptômes (sauf si traitement simultané des partenaires) - En cas d'infection rectale, privilégier la doxycycline* - Contrôle thérapeutique par PCR au plus tôt quatre semaines après la fin du traitement, si azithromycine pour infection rectale, traitement de seconde intention, grossesse ou complication (MIP)
Lymphogranulome vénérien	<ul style="list-style-type: none"> - Doxycycline 100 mg 2 x/jour pendant 3 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Azithromycine 1 g 1 x/semaine pendant 3 semaines - Erythromycine 500 mg 4 x/jour pendant 3 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - À l'heure actuelle presque uniquement clinique ano-rectale, surtout chez les HSH VIH-positifs - Demander l'avis d'un spécialiste
Maladie inflammatoire pelvienne	<ul style="list-style-type: none"> - Demander l'avis d'un gynécologue ou d'un infectiologue 		

* Contre-indication: grossesse

HSH = hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

TRAITEMENT GONORRHEE

Tableau 2

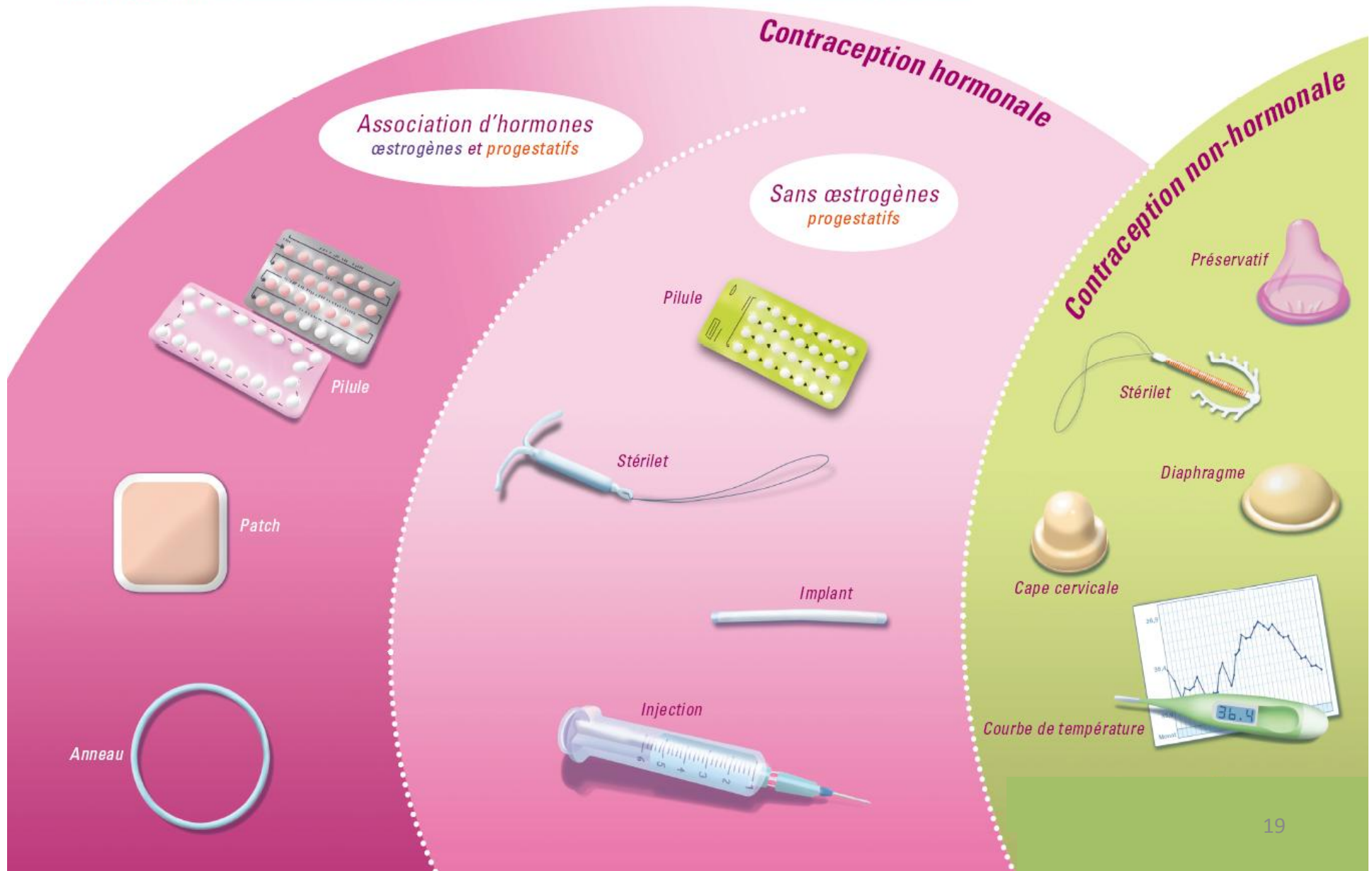
Traitement de la gonorrhée non compliquée en Suisse, 2014.

Recommandation	Antibiotiques, doses
Premier choix (également en cas de grossesse ou allaitement)	Ceftriaxone 500 mg en i.m. + azithromycine 1 g, dose unique par voie orale
Alternative (en cas d'allergie ou de résistance, selon l'antibiogramme)	Après consultation d'un infectiologue ou dermatologue/vénérologue

Quelle est la bonne méthode de contraception pour moi?

Nom

Notes / Questions





PRIMUM NON NOCERE

- Risque thrombotique des COC modulés par la dose d'oestrogène, le type de progestatif et les caractéristiques de la patiente.
- Utilisation de pilules neutres sur le plan thrombotique (progestatifs seuls) ou DIU chez toutes les patientes considérées à risque ou avec des CI (PDF a disposition).



Anamnèse
facteur de
risque
personnel et
familiaux



Recommandations pour le début de la prise COP et le changement de méthode contraceptive

Quick Start: Le jour de la prescription après exclusion raisonnable d'un risque de grossesse

Règles J1-J5 - sans protection supplémentaire

Règles \geq J6 - avec préservatif 7j

Quick Switch: Changement de pilule combinée

Sans/avec pause + préservatif 7 jours

Après PS, retrait de l'Implant, DIU Mirena et arrêt DMPA:
nouvelle contraception le jour même ou le lendemain avec protection supplémentaire x 7j

PRESCRIPTION DES COP

CHECK-LIST CHC pour la prescription initiale ou le renouvellement (mise à jour 6/2013)

	Oui	Non	Commentaire
A) CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES			
Anamnèse/Statut post-TEV/EP			
Thrombophilie (connue ou suspectée)			
Immobilisation prolongée			
Maladie cardiovasculaire / Infarctus du myocarde			
Accident vasculaire cérébral			
Migraine avec aura			
Hypertension artérielle: non traitée / mal contrôlée			
Hypercholestérolémie/Hyper-TG, sévère			
Diabète avec angiopathie			
Lupus érythémateux avec atteinte vasculaire			
Syndrome hémolyt. et urémique / Purpura thrombotique thrombocytopénique			
Alté alté de la fonction hépatique, sévère, syndrome de Dubin-Johnson; tumeurs hépatiques			
Porphyrie aigüe			
Cancer du sein / Carcinomes hormonodépendants			
Saignements vaginaux, d'origine indéterminée			
Présence simultanée de plusieurs facteurs de risques particuliers conformément à B)			
B) Frudence accrue lors des risques suivants (discuter des alternatives aux CHC):			
Anamnèse familiale de TEV/EP/thrombophilie* *cf. Mandat			
Âge > 35 ans			
Tabagisme			
Obésité IMC > 30 kg/m ²			
Traumatisme / Intervention chirurgicale			
Hypertension, bien contrôlée			
Dyslipidémie, modérée			
Diabète sucré sans angiopathie			
Lupus érythémateux sans atteinte vasculaire			
Affection valvulaire en général; fibrillation auriculaire			
Cholestase pendant la grossesse			
Insuffisance rénale, sévère / Dialyse			
Migraine sans aura			
Epilepsie			
C) Patiente < 18 ans: dotée d'une capacité de discernement			

Discussion des risques de TVP, information sur les symptômes de TVP/EP et remise de la fiche destinée aux patientes le: / /

Entretien ultérieur en cas de questions de la patiente le: / /

Date / Signature du médecin:

Auteurs : G.S. Merki-Feld, J. Elter, J. Seydoux, M. Birkhäuser

Universitäts-Frauenklinik
Mattenstrasse 102

Inselspital
CH-3000 Bern
E-mail: gsk-1000@insel.ch

Téléfon: +41 / 31 / 632 11 03
Téléfax: +41 / 31 / 632 11 05

Information SG60 concernant le risque thromboembolique sous contraceptifs hormonaux (destinée à être remise aux patientes)

1. Introduction d'une contraception à l'aide de préparations hormonales combinées
Avant que vous commenciez à prendre une pilule contraceptive pour prévenir une grossesse, votre médecin effectuera une anamnèse personnelle et familiale soignée (recherche de maladies que vous auriez eues par le passé et de maladies dans votre famille) et un examen clinique général et habituellement gynécologique détaillé (exclusion, jeunes femmes prenant la pilule pour la première fois). Une grossesse doit être préalablement évitée. La consommation de tabac au moins significativement les risques liés à la pilule. Lors d'une contraception hormonale, des contre-indications absolues, votre médecin en cas de facteurs de risque, sont indiqués.

2. Effets indésirables des contraceptifs hormonaux combinés, en particulier sur la coagulation sanguine et sur le profil de risque cardiovasculaire
Chez les femmes utilisant des contraceptifs hormonaux combinés (pilule classique, patch, anneau vaginal), autrement dit un produit contenant à la fois un œstrogène et un progestatif, le risque de caillots veineux et artériels (maladies thromboemboliques veineuses et artérielles) est également accru et particulièrement dangereux. Le risque de thrombose (caillot) est plus élevé au cours de la première année de traitement. Les caillots veineux peuvent induire des thromboses des veines profondes et des embolies pulmonaires, tandis que les caillots artériels peuvent entraîner des accidents vasculaires cérébraux (attaques cérébrales) ou des infarctus au niveau cardiaque. Le risque de thrombose ou d'embolie existe avec toutes les formes de contraceptifs hormonaux combinés (comprimés, patches, anneaux vaginaux), mais il est inférieur au risque existant durant la grossesse.

Des cas isolés de thromboses au niveau des yeux (thromboses rétinariennes) et dans d'autres organes ont été signalés. Le rapport avec le prise de contraceptifs hormonaux n'est cependant pas prouvé.

Le risque de thromboses veineuses et artérielles ou d'autres effets indésirables est accru avec:

- le vieillissement
- la consommation de tabac: le risque de troubles circulatoires cardiaques ou cérébraux (infarctus/attaque cérébrale) est accru chez les gros fumeurs en plus de l'influence du vieillissement. La consommation de tabac est donc déconseillée tout particulièrement si vous avez plus de 35 ans. Il est très important que vous informiez votre médecin de vos habitudes en matière de consommation de tabac
- les antécédents de thromboses veineuses, d'embolie pulmonaire, d'infarctus du myocarde ou d'attaque cérébrale chez un proche parent (frère, sœur ou parents)
- les troubles de la coagulation sanguine (coagulation du sang)
- l'incapacité d'obtenir votre médecin une information plus détaillée à ce sujet)
- les troubles du métabolisme des graisses (lipides)
- le diabète
- l'hypertension artérielle (surtout en cas d'hypertension d'origine à contrôler)
- la migraine
- certaines maladies cardiaques (maladies cardiaques valvulaires, fibrillation auriculaire)
- l'abandon ou l'arrêt subit d'un traitement de longue durée, d'un accident ou d'une opération
- des fractures ou des interventions chirurgicales au niveau d'une jambe
- les longs voyages en avion ou en bus
- les maladies du foie et de la vésicule biliaire

3. Veuillez arrêter le traitement et informer votre médecin sans délai si vous observez des signes suggérant une thrombose ou l'apparition de l'un des signes suivants:

- migraine (survient avec ou sans) ou mal de tête inhabituellement intenses, que vous n'avez pas eu précédemment ou pas aussi souvent/régulièrement;
- survenue soudaine de troubles visuels, auditifs, de la parole ou autres troubles sensoriels
- douleurs musculaires au niveau des jambes, surtout si un seul côté est touché, avec ou sans œdèmes (enflures);
- troubles respiratoires soudains ou apparition brusque d'une toux sans cause évidente
- douleur thoracique intense et soudaine avec ou sans irradiation dans le bras gauche
- apparition soudaine de vertiges, d'une sensation de faiblesse, de troubles sensoriels ou de troubles de la coordination
- perte de connaissance avec ou sans écoulements (crampes)

Commission pour l'assurance qualité (Président: Prof. Dr. Daniel Surbek)

Groupe de travail d'endocrinologie gynécologique et de médecine de la reproduction de la SS60 (AGE/IGTER)
(G. R. Merki-Feld, J. Elter, J. Seydoux, M. Birkhäuser)

Date: 7 juin 2013

LA CONTRACEPTION D'URGENCE



A qui faut-il proposer une CU?

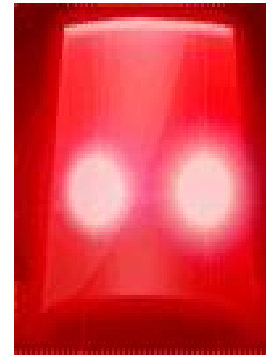
MAX 120 h (5 jours) après:

- Rapport sexuel (RS) sans protection
- Préservatif déchiré/glissement
- Contact entre sperme et vulve/vagin
- RS avec retrait
- Agression sexuelle
- « Echech » d'une méthode contraceptive
- ????

« Echech » d'une méthode CC

- Oubli de pilule oestro-progestative >24h 1^{ère} sem.
- Oubli de pilule progestative >12h
- Vomissements/diarrées ≥ 48h si prise de pilule (1^{ère} sem. pour CHC)
- NuvaRing® resté >3h hors du vagin 1^{ère} semaine ou en place depuis >4sem.
- Evra patch® décollé de >30 % de la surface/tombé > 24h 1^{ère} semaine ou oubli de changement de >48h
- Retrait d'un dispositif intra-utérin (DIU) <7 jours

Le clin d'œil de **Kroll**



**IL FAUT CONSIDERER
QUE LE RISQUE DE
GROSSESSE NE PEUT
PAS ETRE DETERMINE
EN FONCTION DU
CYCLE MENSTRUEL!!!**

CU disponible en CH





DIU cuivre



- Le plus efficace ! > 99% succès
- Peut servir de contraception de longue durée par la suite.
- Peut également être posé chez les femmes nullipares et chez les jeunes filles.



UPA- L'Acétate d'Ulipristal

- Modulateur sélectif des récepteurs à la Progestérone
>> 98% succès
- Retarde l'ovulation jusqu'à 5 jours (= durée de vie max. d'un spermatozoïde)

Efficacité maintenue dans phase folliculaire tardive et début pic LH



NorLevo®

- 1.5 mg de Lévonorgestrel = Progestatif de 2ème G
- Retarde l'ovulation (sécrétion anormale LH)
- Contre-indications: AUCUNE
- Efficacité: 98% premières 24h puis 85% (24-48h)
et baisse < 60% plus tard

N'est plus efficace en phase folliculaire tardive/début pic LH

AGRESSION SEXUELLE

Les symptômes - possibles indicateurs somatiques d'une agression sexuelle

En premier lieu : IST

Saignement/ pertes vaginales

Irritation/ prurit vulvaire

Douleurs abdominales

Dysurie, énurésie

Troubles du comportement alimentaire

C.A.S URGENT

La question d'un constat éventuellement **urgent** va se poser dans les situations où l'auteur de l'agression sexuelle a eu **un contact physique** avec sa victime (viol vaginal, oral, anal par un sexe ou un objet, attouchements appuyés, éjaculation sur le corps ou les vêtements de la victime...).

URGENCE ET PRIORITES

Date ou époque de l'agression sexuelle	Degré d'urgence	
< 72 heures	Urgence 2 (Délai d'installation 20 min)	Pour les prélèvements
	Urgence 3 (Délai d'installation 2 h)	Pour examens médico-légaux et gynécologiques
72h à une semaine	Urgence 3 (Délai d'installation 2 h)	
>7j	Pas de CAS Sauf s'il existe une indication spécifique posée par le gynécologue lors de l'anamnèse.	Nous n'avons plus le matériel médico-légal valable , ce qui nécessite la présence obligatoire de la médecine légale.

PEP (Post Exposure Prophylaxis)

Evaluation de la situation

Voir si on peut retrouver la source (test rapide HIV)

Proposition après discussion:

- Prélèvement pour chlamydia et gonorrhée
- ED à la recherche Trichomonas
- Sérologies HIV/HBV et syphilis (à 3 mois)

TTT:

Azithromycine 1g d.u.

+/- Ceftriaxone 500mg i.m.

+/- Metronidazole 2 g d.u.

Ne pas oublier de proposer une CU si nécessaire!!

RISQUE DE TRANSMISSION:
Probabilité que la source soit infectée
x
risque exposition

Estimated Per-Act Probability of Acquiring HIV from an Infected Source, by Exposure Act*

Type of Exposure	Risk per 10,000 Exposures
Parenteral³	
Blood Transfusion	9,250
Needle-sharing during injection drug use	63
Percutaneous (needle-stick)	23
Sexual³	
Receptive anal intercourse	138
Insertive anal intercourse	11
Receptive penile-vaginal intercourse	8
Insertive penile-vaginal intercourse	4
Receptive oral intercourse	low
Insertive oral intercourse	low
Other[^]	
Biting	negligible ⁴
Spitting	negligible
Throwing body fluids (including semen or saliva)	negligible
Sharing sex toys	negligible

* Factors that may increase the risk of HIV transmission include sexually transmitted diseases, acute and late-stage HIV infection, and high viral load. Factors that may decrease the risk include condom use, male circumcision, antiretroviral treatment, and pre-exposure prophylaxis. None of these factors are accounted for in the estimates presented in the table. CDC.gov

Regional HIV and AIDS statistics and features | 2014

	Adults and children living with HIV	Adults and children newly infected with HIV	Adult prevalence (15-49) [%]	Adult & child deaths due to AIDS
Sub-Saharan Africa	25.8 million <small>[24.0 million – 28.7 million]</small>	1.4 million <small>[1.2 million – 1.5 million]</small>	4.8% <small>[4.5% – 5.1%]</small>	790 000 <small>[670 000 – 990 000]</small>
Middle East and North Africa	240 000 <small>[150 000 – 320 000]</small>	22 000 <small>[13 000 – 33 000]</small>	0.1% <small>[<0.1% – 0.1%]</small>	12 000 <small>[5000 – 24 000]</small>
Asia and the Pacific	5.0 million <small>[4.5 million – 5.6 million]</small>	340 000 <small>[240 000 – 480 000]</small>	0.2% <small>[0.2% – 0.2%]</small>	240 000 <small>[140 000 – 570 000]</small>
Latin America	1.7 million <small>[1.4 million – 2.0 million]</small>	87 000 <small>[70 000 – 100 000]</small>	0.4% <small>[0.4% – 0.5%]</small>	41 000 <small>[30 000 – 62 000]</small>
Caribbean	280 000 <small>[210 000 – 340 000]</small>	13 000 <small>[9600 – 17 000]</small>	1.1% <small>[0.9% – 1.3%]</small>	8300 <small>[5700 – 13 000]</small>
Eastern Europe and Central Asia	1.5 million <small>[1.3 million – 1.8 million]</small>	140 000 <small>[110 000 – 160 000]</small>	0.9% <small>[0.7% – 1.0%]</small>	62 000 <small>[34 000 – 140 000]</small>
Western and Central Europe and North America	2.4 million <small>[1.5 million – 3.5 million]</small>	85 000 <small>[48 000 – 130 000]</small>	0.3% <small>[0.2% – 0.5%]</small>	26 000 <small>[11 000 – 66 000]</small>
TOTAL	36.9 million <small>[34.3 million – 41.4 million]</small>	2.0 million <small>[1.3 million – 2.2 million]</small>	0.8% <small>[0.7% – 0.9%]</small>	1.2 million <small>[930 000 – 1.6 million]</small>

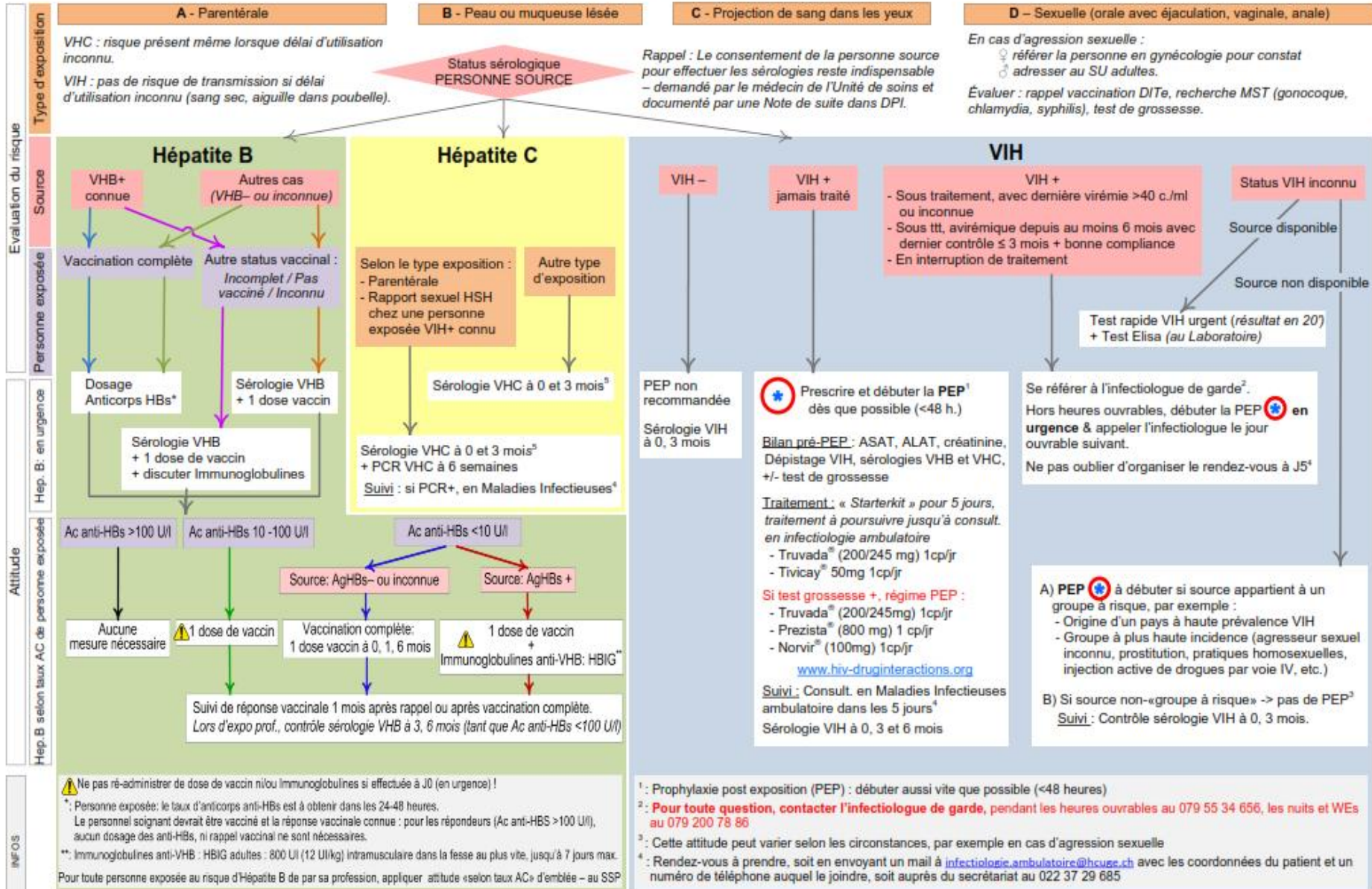
The ranges around the estimates in this table define the boundaries within which the actual numbers lie, based on the best available information.



Risque quasi inexistant!!!!

Prise en charge en cas d'accident exposition à du sang (AES) ou autre liquide biologique

Cet algorithme décisionnel ne se substitue pas au jugement clinique.



Employés des HUG: consulter le Service Santé du Personnel - SSP (tél: 022 372 53 70, fax: 022 372 60 46) en semaine de 07.30 à 17.00; sinon consulter en Voie Orange au SU. Votre suivi se faisant toujours au SSP.

Doit-on rechercher d'autres infections sexuellement transmissibles après une infection à Chlamydia prouvée?

- Chez les personnes avec une infection à Chlamydia documentée, on doit proposer les tests: HIV, Gonocoque et Syphilis.
- Inversement, lors d'une urétrite prouvée (par exemple à Gonocoque), on doit également rechercher le Chlamydia et les autres IST.

- En CH, les femmes < 25 ans **n'appartiennent pas au groupe de risque élevé de HIV**, une sérologie HIV dans ce groupe doit donc être considérée en fonction du **risque individuel** (i.e migrantes d'Afrique sub-saharienne, travailleuses du sexe).
- Chaque IST est une occasion importante de vérifier le statut vaccinal pour l'hépatite B.

AAP and ACOG recommend IUC for Adolescent and nulliparous Women

American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence ¹	Policy statement states: <ul style="list-style-type: none">• that despite prior concerns regarding IUC use in young women, evidence supports their use in nulliparous women, including those immediately post-partum
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Women's Health Care Physicians ²	Committee Opinion states: <ul style="list-style-type: none">• IUC is safe to use in adolescents• IUC may be inserted without technical difficulty in most adolescents and nulliparous women, including immediately post-partum

1. AAP Committee on Adolescence. Contraception for adolescents: policy statement. *Pediatrics* 2014;134:e1244.

2. ACOG Women's Health Care Physicians. Committee Opinion No. 539. *Obstet Gynecol* 2012;12(4):983-988.

3. McNicholas C, et al. The Contraceptive CHOICE Project Round Up: What we did and what we learned.

Clin Obstet Gynecol 2014 Oct 3. Epub ahead of print

DIU et ado



- Chez les nullipares, officiellement admis depuis les recommandations de la HAS en 2004 et de l'OMS en 2005.

- Le DIU a un faible taux d'abandon et une bonne tolérance en comparaison avec les CHC. (~78% vs. 41%)

O'Neil-Callahan et al, 24 months continuation rate of reversible contraception, Obstet Gynecol 2013;122(5):1083-91.

- Le risque PID est lié à la pose et essentiellement limité aux 3 semaines qui suivent l'insertion. Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares.

*ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme
Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2004.*

Despite high-quality evidence, the inaccurate perception of risk of PID with IUC continues to act as a deterrent to its use, particularly in younger and nulliparous women^{1,2}

PID is Caused by Sexually Transmitted Infections (STIs), not the presence of an IUD¹⁻³

Myth	Reality
IUC causes PID	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modern IUDs with monofilament strings do not increase a user's risk of PID beyond the risk associated with placement¹⁻³ ▪ Pre-placement screening for STIs is not necessary for women at low risk^{4,5} ▪ Adolescents have the highest reported incidence of chlamydia, and co-infection with gonorrhoea can occur. Hence, all adolescents should be screened for STIs before or at the time of IUC placement⁶ ▪ There is no evidence that nulliparous IUC users are at any greater risk of PID than parous users⁷ ▪ There is some evidence that the LNG-IUS may protect against PID⁸

1. Farley TM. *Lancet* 1992;339:785-788.

2. Ebi KL. *Contraception* 1996;53:25-32.

3. Lee NC. *Obstet Gynecol* 1983;62:1-6.

4. Allen RH. *Am J Obstet Gynecol*

2009;201:456.e1-5.

5. ACOG. *Obstet Gynecol* 2011;118:184-95.

6. ACOG. *Obstet Gynecol* 2007;110:1493-5.

7. Prager S. *Contraception* 2007;75:S12-15.

7. Lyus R. *Contraception* 2009;81:367-71.

8. Toivonen J. *Obstet Gynecol*

1991;77:261-264.

Use of IUC does not cause infertility¹

Myth	Reality
IUC may impair future fertility	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="674 676 1921 820">▪ The theoretical mechanism by which IUC may increase the risk of infertility is through the development of PID, leading to occlusion of the fallopian tubes;² however, use of IUC does NOT cause PID<li data-bbox="674 868 1951 1011">▪ No difference in previous IUC use between infertile women with tubal occlusion, infertile women without tubal occlusion, and pregnant controls¹<li data-bbox="674 1059 1883 1155">▪ Infertility is associated with previous chlamydia infection, <u>NOT</u> previous IUC use¹

1. Hubacher D et al. *N Engl J Med* 2001;345:561–7;

2. Soper DE et al. *Obstet Gynecol* 2010;116:419–28.

TAKE HOME MESSAGE

- L'anamnèse gynécologique et sexuelle est primordiale dans une PEC de jeunes femmes.
- Dysménorrhée - plainte gynécologique n°1 chez l'adolescente, le traitement est important pour la prévention des douleurs chroniques futures et le maintien d'une qualité de vie.
- Dépistage pour la chlamydia et la gonorrhée sont recommandés chez la jeune femme.
- Un stérilet peut être posé chez la jeune femme nullipare.
- Pensez à la contraception d'urgence ou à la contraception à chaque visite.

