

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Docteur B. Maria*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXIII
publié le 6.12.1999**



*VINGT-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 1999*

La contraception d'urgence

E. AUBÉNY*
(Paris)

La contraception d'urgence (dénomination reconnue par l'OMS), ou post-coïtale, ou du lendemain, est une méthode contraceptive à utiliser après un rapport non protégé ou mal protégé. C'est une méthode de contraception d'exception, de rattrapage.

La contraception d'urgence, dont les premiers essais remontent au début des années soixante, a toujours eu des indications car les méthodes contraceptives, même celles dites modernes, ne sont pas infaillibles et l'ambivalence des femmes vis-à-vis d'une grossesse a toujours existé.

En outre, à l'heure du Sida et de l'utilisation souhaitée des préservatifs, elle trouve un regain d'actualité. En effet, l'usage du préservatif a fait abandonner à un certain nombre de femmes les autres formes de contraception. Or l'efficacité des préservatifs n'est pas parfaite en raison des accidents lors de leur utilisation.

Les patientes se rendent très souvent compte des accidents de préservatifs ou de leurs erreurs de contraception. Dans tous ces cas, la contraception d'urgence peut éviter des grossesses non désirées qui souvent se terminent par des IVG.

* Présidente de l'ADMU – AFC
Centre d'Orthogénie – Hôpital Broussais
96 rue Didot – 75014 PARIS

L'EFFICACITÉ

L'efficacité de la contraception d'urgence est difficile à évaluer car il n'existe pas avant l'implantation de marqueurs biologiques de la grossesse.

L'évaluation peut être faite :

- soit en considérant le pourcentage de grossesses évolutives sur 100 femmes qui ont pris la contraception d'urgence après un rapport non protégé; cette méthode est approximative car le nombre de femmes réellement devenues enceintes n'est pas connu;

- soit en comparant le nombre de grossesses attendues d'après le moment du rapport dans le cycle (table de Dixon ou de Wilcox) (4), et le nombre de grossesses survenues après la prise de la contraception d'urgence; cette méthode, actuellement la plus utilisée, est celle qui donne le mieux l'efficacité d'une méthode.

LES INDICATIONS

Les indications sont tout rapport non protégé ou mal protégé, quel que soit le moment du cycle (la date de l'ovulation pouvant varier d'un cycle à l'autre).

La contraception d'urgence est indiquée en particulier :

— en cas d'accident lors de l'utilisation du préservatif;

— en cas d'oubli de pilules estroprogestatives (9),

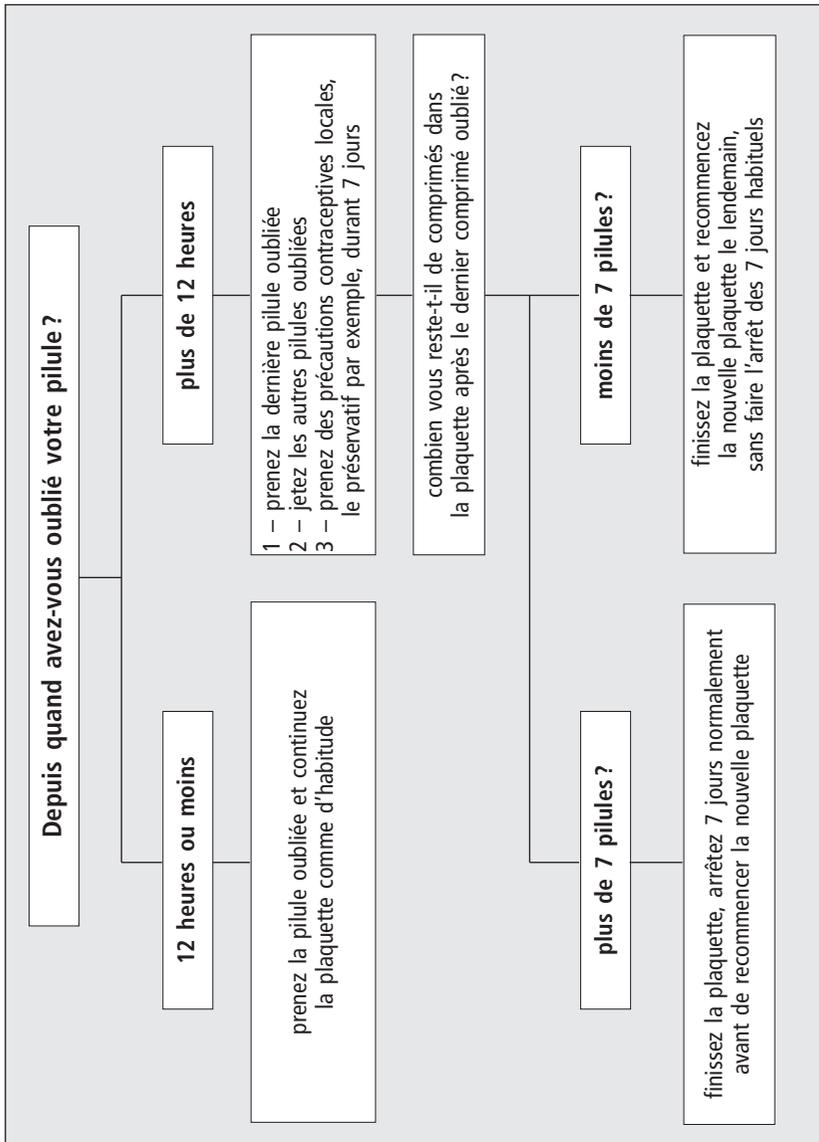
- la contraception d'urgence est indiquée uniquement pour les oublis de plus d'une pilule dans la première semaine de la plaquette et s'il y a eu des rapports dans les 7 jours précédents; il faudra ensuite prendre les précautions habituelles en cas d'oubli de pilules estroprogestatives, (figure 1), la contraception d'urgence protégeant du rapport qui a eu lieu mais pas des suivants;

- pour tous les autres oublis de pilule, il n'y a pas lieu de prescrire une contraception d'urgence; en effet il n'y a risque d'ovulation après la prise de 7 jours consécutifs de pilule que si l'arrêt de la prise de pilule dépasse 9 jours;

CONTRACEPTION D'URGENCE

Figure 1. D'après Guillebaud J.

When do you need to give emergency contraception for missed pills?
Fertility Control Reviews, 1995. Vol 4, N°2 : 18-19



- en cas d'oubli de pilules microprogestatives ;
 - la contraception n'est plus assurée après un oubli de plus de 4 h, elle est de nouveau efficace 48 h après la reprise de la micropilule ; s'il y a eu des rapports dans cet intervalle, la contraception d'urgence est indiquée.

LES MÉTHODES

- Il existe :
- des méthodes hormonales ;
 - une méthode mécanique.

Les méthodes hormonales

— *Une méthode hormonale abandonnée : les estrogènes de synthèse*

C'est la méthode hormonale qui fut utilisée la première dès 1967. Elle consiste en la prise soit de Distilbène[®], soit d'éthinylestradiol, soit de Prémairin[®]. Ces produits sont à prendre dans les 72 h après le rapport supposé fécondant.

Leur efficacité est excellente, de 0,6 à 1,5 % d'échecs (5), mais ils sont très mal tolérés, aussi ils sont abandonnés.

— *Les méthodes hormonales actuelles*

Deux types d'hormones sont actuellement utilisés dans cette indication.

1. *L'association estrogène et progestatif dite « méthode de Yuzpe »* (du nom du médecin canadien qui le premier préconisa cette association).

Elle consiste :

en l'association de 0,1 mg d'éthinylestradiol à 1 mg de norgestrel pris deux fois à 12 h d'intervalle. Cette association doit être prise dans les 72 h suivant le rapport non protégé (23).

Cette méthode a reçu une AMM (fin décembre 1998) et est commercialisée par le laboratoire Berliphar sous le nom de Tétragynon[®].

On peut aussi utiliser 2 comprimés de Stédiril® pris ensemble deux fois à 12 h d'intervalle, dans les 72 h suivant un rapport non protégé, ou sachant que 0,25 mg de lévonorgestrel équivalent à 0,50 mg de norgestrel, 4 comprimés d'Adépal® (comprimés blancs ou roses) ou 4 comprimés de Minidril® ou de Trinordiol® (comprimés jaunes ou blancs).

Les autres pilules estroprogestatives qui ne contiennent ni lévonorgestrel ni norgestrel n'ont jamais été évaluées dans la contraception d'urgence.

Son efficacité

Elle varie suivant les essais.

Elle est d'après J. Trussel qui a *poolé* 10 études, de 74 % (19); pour M. Creinin qui a *poolé* 7 études, de 75 % environ (3). L'OMS (16) dans une seule étude publiée récemment trouve un taux de 56 %.

Ses contre-indications

Les contre-indications sont rares. Il s'agit essentiellement des antécédents personnels de thrombose veineuse, d'embolie.

Elles diffèrent de celles des pilules estroprogestatives prises en contraception habituelle car la dose d'estrogènes est importante (0,2 mg) mais la durée du traitement est réduite. Il semble, étant donné nos connaissances actuelles sur le rôle favorisant de certains déficits immunitaires, prudent de ne pas prescrire la méthode de Yuzpe aux femmes ayant des antécédents personnels ou même familiaux directs d'accidents thrombo-emboliques.

Sa prescription

La méthode, qui a peu de contre-indications, ne nécessite pas d'examen gynécologique, un interrogatoire bien conduit sur des antécédents personnels thrombo-emboliques et la date des dernières règles est suffisant.

Ses effets secondaires

Sur le plan gynécologique :

— Les règles, après ce traitement, surviennent dans 50 % des cas à la date prévue, dans 35 % des cas en avance et dans 13,2 % des cas avec un retard maximum de 5 jours. Au-delà de ce laps de temps, il faut suspecter une grossesse évolutive et demander un dosage d'hCG.

— Il n'y a pas d'augmentation du nombre de grossesses extra-utérines (1 cas dans toute la littérature, contrairement à ce qu'il se passait avec les estrogènes seuls).

— Il n'y a pas d'effet tératogène connu actuellement si la grossesse se poursuit.

En principe, cette éventualité semblait peu probable. En effet, Austin (1) a montré que l'embryon avant son implantation, du fait de la totipotence de ses cellules, peut se régénérer très facilement. Aussi, ou bien l'agent tératogène détruit complètement l'embryon, ou bien celui-ci partiellement atteint, remplace les cellules détruites sans qu'il y ait d'anomalie congénitale.

L'étude actuellement menée par C. G. Cardy (2) sur cet éventuel risque malformatif, permet à son auteur de conclure « qu'il ne semble pas que la contraception d'urgence augmente le risque de malformation congénitale ».

La méthode de Yuzpe, en cas d'échec, n'est donc pas une indication à un avortement thérapeutique.

Sur le plan tolérance générale :

— Il existe des nausées dans 50 % des cas, des vomissements dans 25 % des cas. La prise d'aliment au moment de la prise du traitement peut améliorer la tolérance digestive. Des antiémétiques peuvent aussi être prescrits systématiquement, la patiente s'en servant en cas de besoin.

— Des céphalées et des mastodynies peuvent survenir parfois.

2. Un progestatif : le lévonorgestrel

Le lévonorgestrel est utilisé dans la contraception d'urgence à la dose de 0,75 mg prise deux fois à 12 heures d'intervalle, dans les 72 heures suivant un rapport non protégé.

Depuis le début des années 80 il est largement prescrit dans cette indication dans les pays de l'Europe de l'Est, en particulier en Hongrie où le médicament est vendu sous le nom de Postinor® (Laboratoire Gédéon Richter).

Des essais menés par l'OMS ont confirmé l'intérêt de ce produit dans la contraception d'urgence.

Le premier essai (8), comparatif avec la méthode de Yuzpe, a été fait en 1993. 410 femmes reçurent 0,75 mg de lévonorgestrel pris deux fois à 12 heures d'intervalle dans les 48 heures suivant un rapport non protégé. Le taux d'efficacité fut de 75 %, le pourcentage de nausées de 16,1 %, de vomissements de 2,7 %. 14,9 % des patientes eurent un retard de règles > à 3 jours ; 85 % eurent leurs règles à la date prévue.

Une large étude multicentrique portant sur plus de 2000 femmes a repris ce protocole en 1995, en portant le délai d'utilisation à 72 heures (16). Le taux de succès fut de 85 %, le pourcentage de nausées de 23 %, de vomissements de 5,6 %. 13 %

des patientes eurent un retard de règles de plus de 7 jours, 15 % de 3 à 7 jours, 57 % eurent leurs règles à la date prévue, 15 % en avance.

Ainsi ces essais montrent une bonne efficacité et tolérance du lévonorgestrel, l'efficacité est au moins équivalente à celle de la méthode de Yuzpe, la tolérance est meilleure. Ce traitement perturbe peu la survenue des règles.

Une AMM pour le lévonorgestrel en contraception d'urgence a été obtenue (Laboratoire HRAPharma) en mars 1999. Ce produit commercialisé sous le nom de NorLévo®, distribué par le Laboratoire Besin, est vendu sans prescription médicale dans les pharmacies depuis juin 1999.

Il s'agit de deux comprimés de lévonorgestrel à 0,75 mg pris deux fois à 12 heures d'intervalle dans les 72 heures suivant le rapport non protégé.

En France, le lévonorgestrel est aussi disponible sous forme de comprimés à 0,03 mg (Microval®). Il faut prendre, en cas d'utilisation de celui-ci comme pilule d'urgence, 25 comprimés de Microval® 2 fois à 12 h d'intervalle dans les 72 h suivant le rapport non protégé; toutefois le Microval® n'a pas d'AMM pour la contraception d'urgence

Son efficacité

Elle varie de 75 à 85 % suivant les essais.

Ses effets secondaires

Sur le plan gynécologique :

— Les règles, après ce traitement comme avec la méthode de Yuzpe, surviennent dans 50 % des cas à la date prévue. Au-delà d'un retard maximum de 5 jours il faut suspecter une grossesse évolutive et demander un dosage d'hCG.

— Aucune grossesse extra-utérine n'a été rapportée dans les essais cliniques.

Sur le plan général :

Les troubles digestifs sont relativement peu fréquents (nausées 23 %, vomissements 5,6 %) (16). La tolérance est meilleure que celle de la méthode de Yuzpe (diminution de moitié des effets secondaires).

Ses contre-indications

Elles sont inexistantes.

Sa prescription

Elle ne nécessite pas d'examen gynécologique. En outre ce médicament n'ayant aucune contre-indication est en vente sans prescription médicale dans les pharmacies.

— *Remarques sur ces deux méthodes hormonales*

Elles sont d'autant plus efficaces

que prises rapidement après le rapport non protégé (16). La méthode de Yuzpe prise dans les 24 h après le rapport non protégé : 77 % d'efficacité, prise dans les 48 à 72 h après : 31 %; le lévonorgestrel pris dans les 24 h après le rapport non protégé : 85 % d'efficacité, pris 48 à 72 h après : 58 %.

Elles protègent uniquement

des rapports ayant eu lieu dans les 72 h auparavant. Elles ne protègent pas des rapports antérieurs ou qui auront lieu ensuite. Pour ces derniers une contraception locale doit être préconisée.

Leur utilisation répétée

est possible sans inconvénient médical.

Toutefois dans ces cas d'utilisation répétée d'une contraception d'urgence, il est important d'informer la patiente de la moindre efficacité de ces méthodes par rapport à une contraception classique et d'essayer de comprendre pourquoi cette femme ne suit pas une contraception plus efficace.

La nécessité d'avoir recours à la contraception d'urgence peut être une occasion pour la patiente de faire le point sur la contraception habituelle qui a été défailante.

Les méthodes hormonales de contraception d'urgence n'interrompent pas une grossesse implantée même si les prises sont répétées.

La méthode mécanique : le stérilet inerte ou au cuivre

Le stérilet, comme contraception d'urgence, est une méthode peu employée.

Elle présente pourtant de nombreux avantages :

— elle est extrêmement efficace, 99 % de succès (21);

— elle peut être utilisée au-delà des 72 heures fatidiques de la contraception d'urgence hormonale; théoriquement le stérilet peut être posé jusqu'à 5 jours après le rapport supposé fécondant, en pratique il peut être posé jusqu'à 5 jours après la date supposée la plus précoce de l'ovulation, quelle que soit la date du rapport non protégé; par exemple si une patiente a un rapport

CONTRACEPTION D'URGENCE

non protégé au 10^e jour de son cycle de 28 jours, le stérilet pourra être posé jusqu'au 19^e jour du cycle (14, jour de l'ovulation, + 5 jours); il peut être laissé en place ou retiré après les règles selon le désir de la patiente; il assure en outre une protection s'il y a eu plusieurs rapports non protégés durant le cycle;

— elle peut être très utile pour des femmes qui désirent adopter ultérieurement ce moyen de contraception : multipares, et même nullipares qui, ayant des relations stables, ont peu de risques infectieux;

— elle peut être utilisée pour quelques jours, jusqu'aux règles suivantes, chez des jeunes filles vues tardivement après un rapport non protégé, qui veulent absolument prévenir une grossesse;

— mais elle présente des inconvénients :

- la pose du stérilet chez de jeunes nullipares qui sont les candidates les plus nombreuses à la contraception d'urgence, est douloureuse;

- le stérilet peut favoriser une éventuelle infection pelvienne, aussi s'il y a un doute, un prélèvement vaginal s'impose au moment de la mise en place du stérilet, ainsi que la mise de la patiente aux antibiotiques en attendant son résultat.

Le stérilet, plus utilisé, devrait pouvoir rendre de grands services dans la contraception d'urgence

LES RECHERCHES

Elles portent sur le mode d'action des méthodes hormonales

Il est mal connu. Deux hypothèses sont surtout retenues.

Les hormones pourraient agir en modifiant l'endomètre le rendant impropre à la nidation (10, 11, 12, 23), hypothèse la plus fréquemment évoquée jusqu'ici mais qui est de plus en plus battue en brèche car d'autres études ne retrouvent aucune modification de l'endomètre (15, 18).

Les hormones pourraient agir plutôt en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire. Des études (11, 13, 14, 15) faites en particulier par l'école suédoise sur des volontaires avec l'association estrogènes-lévonorgestrel, semblent renforcer cette hypothèse.

De nombreuses études sont en cours actuellement pour essayer de tenter d'élucider le problème, portant en particulier sur la fécondabilité de l'ovule après un traitement par contraception d'urgence, la mobilité et le pouvoir fécondant du sperme après cette même contraception.

Elles portent sur une administration différente des molécules existantes

Prise unique du médicament dans la méthode de Yuzpe et avec le lévonorgestrel.

Elles portent sur la recherche de nouvelles molécules

Actuellement des essais sont faits avec des progestatifs autres que le lévonorgestrel et avec l'antiprogestérone mifépristone (RU 486).

Les progestatifs

Le noréthindrone pourrait remplacer le lévonorgestrel dans la méthode de Yuzpe, un *patch* à la nestérorone est également en développement par le Population Council.

L'antiprogestérone mifépristone (RU 486)

La mifépristone, utilisée pour l'avortement jusqu'à 49 jours d'aménorrhée, a donné lieu à d'importantes recherches dans le domaine de la contraception d'urgence.

Il faut bien souligner qu'il s'agit uniquement d'essais cliniques qui semblent très prometteurs mais qu'il n'y a pas d'autorisation de mise sur le marché pour la mifépristone dans cette indication.

Trois essais récents ont été menés sur la contraception d'urgence par la mifépristone.

— *La première étude est celle de A. Glasier en 1992 (6).*

Dans cet essai, l'efficacité de la mifépristone en contraception post-coïtale et de la méthode de Yuzpe a été comparée sur 800 femmes ayant des cycles réguliers et vues dans les 72 heures après un seul rapport non protégé.

402 femmes reçurent 600 mg de mifépristone et 398 la méthode de Yuzpe.

Les résultats

Parmi les femmes traitées par la mifépristone il n'y eut aucune grossesse, par la méthode de Yuzpe une grossesse, alors que statistiquement 23 grossesses auraient dû survenir dans chaque groupe.

Les effets secondaires

Le retard de règles :

Seul inconvénient du traitement par la mifépristone, la survenue des règles fut souvent retardée de 4 à 63 jours, pour 1/3 des patientes, alors qu'avec la méthode de Yuzpe la grande majorité des femmes avaient leurs règles à temps ou en avance.

Les troubles digestifs

Ils furent moindres avec la mifépristone qu'avec la méthode de Yuzpe (nausées le premier jour du traitement 40 % contre 60).

— *La deuxième étude sur la mifépristone utilisée en contraception post-coïtale dans les 72 heures près un rapport non protégé a été menée par A. Webb (22).*

L'efficacité en contraception d'urgence de 600 mg de mifépristone en une seule fois, de la méthode de Yuzpe et de 600 mg de danazol répété deux fois a été comparée sur 579 femmes. Le traitement a été le suivant : 195 patientes ont reçu 600 mg de mifépristone, 191 la méthode de Yuzpe et de 193 le danazol.

L'efficacité de la mifépristone fut là aussi de 100 %.

Les effets secondaires

Les retards de règles :

Le seul inconvénient de la mifépristone fut comme dans l'essai précédent de retarder la date d'apparition des règles. 39 % des femmes eurent un retard de règles d'une semaine en général, mais pouvant aller jusqu'à 2 semaines parfois, alors que les retards furent de 6 % avec la méthode de Yuzpe, de 9 % avec le Danatrol® et n'excédèrent pas 5 jours.

Les troubles digestifs :

Ils ont été bien moindres avec la mifépristone, en particulier les nausées. 2 % des femmes se sont plaintes de celles-ci alors qu'elles sont 70 % avec la méthode de Yuzpe et 37 % avec le Danatrol®.

— *Le troisième essai, multicentrique, a été mené par l'OMS sur 1717 femmes (17), avec des doses de 10, 50 ou 600 mg de mifépristone.*

Le taux de succès a été, quelle que soit la dose utilisée, de 85 %. Mais une analyse plus détaillée des résultats montre que si l'on considère uniquement le rapport sexuel pour lequel la mifépristone a été prescrite, le taux de succès est de 99 % avec toutes les doses.

La tolérance digestive de la mifépristone pour toutes les doses est bonne : nausées 17,4 %, vomissements 1,7 %. Sur le plan gynécologique, les retards de règles furent fréquents. Leur importance était en rapport avec les doses de mifépristone. Le pourcentage de retards de plus de 7 jours fut de 36 % après 600 mg, de 23 % après 50 mg, de 18 % après 10 mg.

En effet la mifépristone, donnée avant l'ovulation, entraîne un blocage de celle-ci d'où des retards de règles pouvant aller jusqu'à 6 semaines pendant lesquelles les patientes croient être en sécurité et ne prennent pas de précaution. Des doses moindres que celles utilisées dans cet essai pourraient peut-être éviter cet inconvénient.

Des essais complémentaires sont menés par l'OMS actuellement pour évaluer plus complètement la mifépristone dans la contraception d'urgence.

LA DIFFUSION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Sa connaissance

La contraception d'urgence est maintenant connue des médecins et des femmes. Une enquête menée au Centre d'Orthogénie de l'Hôpital Broussais à Paris en janvier 1999 (T. Husson, non publiée) a montré que sur 100 femmes qui demandaient une IVG, 93,3 % d'entre elles connaissaient l'existence de la contraception d'urgence.

Mais 40 % ne l'avaient pas prise car elles ne pensaient pas pouvoir être enceintes à l'époque où elles avaient eu un rapport non protégé, et 20 % avaient des notions floues sur la contraception d'urgence qui les avaient empêchées de s'en servir.

Aussi un important effort d'information précise, en particulier sur la mobilité de l'ovulation, doit continuer à être fait dans ce domaine.

Sa prescription

C'est une véritable urgence car pour les deux méthodes hormonales l'efficacité est beaucoup plus grande si elle est prise dans les 24 h après le rapport non protégé que prise dans les 72 h.

Il faut donc que les patientes puissent se la procurer rapidement et facilement.

La mise à la disposition des patientes de cette contraception doit être facilitée si l'on veut qu'elle soit utilisée :

— prescription préventive par les médecins en particulier chez les patientes utilisant des préservatifs ;

— prescription lors de consultation en urgence chez les médecins, dans les services d'urgence des hôpitaux ;

— prescription sous délégation médicale par les infirmières des centres de contraception, les infirmières scolaires aussi puisque les méthodes hormonales de contraception d'urgence ont peu de contre-indications et ne nécessitent pas d'examen gynécologique ;

— mais surtout vente sans prescription médicale dans les pharmacies pour le lévonorgestrel (NorLévo®) qui n'a pas de contre-indications médicales.

En effet la prescription médicale freine l'utilisation de la contraception d'urgence. Les femmes, devant la difficulté à se faire prescrire rapidement cette contraception sans avoir à bousculer tout leur emploi du temps souvent surchargé, renoncent à utiliser celle-ci d'autant qu'il ne s'agit que d'un risque hypothétique de grossesse. La vente du lévonorgestrel sans prescription médicale dans les pharmacies, qui sont présentes en France dans de très nombreuses localités et qui sont ouvertes jour et nuit, devrait faciliter l'utilisation de la contraception d'urgence.

Cette mise à disposition plus facile auprès des femmes de la contraception d'urgence fait craindre à certains que celles-ci abandonnent leur contraception habituelle.

Un essai anglais montre qu'il n'en est rien (7). La comparaison de l'utilisation de la contraception d'urgence a été faite chez 549 femmes (groupe traité) qui avaient reçu celle-ci en préventif, et de 522 femmes (groupe témoin) qui devaient venir chercher une prescription pour la contraception d'urgence si elles en avaient besoin. Les femmes à qui on avait donné la contraception d'urgence en préventif n'en usèrent pas plus que celles du groupe témoin et la contraception habituelle ne fut pas différente dans les deux

groupes, mais il y eut légèrement moins de grossesses indésirées dans le groupe traité que dans le groupe témoin : 18 contre 25.

Il semble donc bien qu'une mise à disposition facile de la contraception d'urgence ne fait pas abandonner aux femmes leur contraception habituelle, mais peut réduire le taux de grossesses indésirées.

ÉCONOMIES DE SANTÉ

Cette contraception, peu coûteuse, est facile à mettre en œuvre. Elle revient donc beaucoup moins cher qu'une IVG à laquelle les femmes ont souvent recours en cas de grossesse non désirée. L'économie qui pourrait être réalisée si cette contraception était largement diffusée serait importante (20).

EN CONCLUSION

La contraception d'urgence est maintenant bien codifiée. Son efficacité est quasiment parfaite pour le stérilet, elle ne l'est pas pour les méthodes hormonales (75 à 85 %) actuellement disponibles. Elle mérite cependant d'être largement connue et utilisée. Elle peut éviter nombre d'avortements toujours douloureusement vécus par les femmes. Mais elle ne remplace en rien la contraception habituelle, elle doit rester exceptionnelle.

Résumé

La contraception d'urgence (dénomination reconnue par l'OMS) ou post-coïtale, ou du lendemain, est une méthode contraceptive à utiliser après tout rapport non protégé ou mal protégé. C'est une méthode de contraception d'exception, de rattrapage.

Deux méthodes hormonales sont actuellement utilisées

— un estroprogestatif ou « méthode de Yuzpe » ; elle consiste à prendre deux fois 2 comprimés d'une association de 50 mg d'éthinyles-

CONTRACEPTION D'URGENCE

tradiol et de 0,50 mg de norgestrel, à 12 h d'intervalle; elle est commercialisée sous le nom de Tétragynon®;

— un progestatif, le lévonorgestrel; elle consiste à prendre deux fois 1 comprimé à 0,75 mg de lévonorgestrel à 12 heures d'intervalle; elle est commercialisée sous le nom de NorLevo®.

Ces médicaments doivent être pris le plus rapidement possible dans les 72 heures après un rapport non protégé, leur efficacité diminuant avec le temps.

Leur efficacité varie de 75 à 85 % suivant les essais.

Leurs effets secondaires sont

— des troubles digestifs; le pourcentage pour la méthode de Yuzpe est : nausées 50 %, vomissements 25 %, pour le lévonorgestrel : nausées 23 %, vomissements : 5,6 %; la tolérance digestive est meilleure pour le lévonorgestrel que pour la méthode de Yuzpe;

— les retards de règles sont rares, celles-ci surviennent en général à la date prévue; tout retard de plus de 5 jours doit faire suspecter une grossesse évolutive et demander un hCG.

Ces deux méthodes hormonales

— n'arrêtent pas une grossesse déjà implantée;

— doivent être prises quel que soit le moment du cycle où ait eu lieu le rapport non protégé, l'ovulation pouvant se déplacer;

— ne protègent pas des rapports suivants, des précautions locales doivent être prises jusqu'aux règles suivantes;

— ne remplacent pas une contraception habituelle.

Une méthode mécanique, le stérilet inerte ou au cuivre

Il peut être posé jusqu'à 5 jours après le rapport non protégé.

Son efficacité est excellente, 99 %.

Il peut être laissé en place ou retiré après les règles suivant le désir de la patiente.

La contraception d'urgence doit être facile à se procurer si l'on veut que cette méthode soit utilisée, d'où l'importance d'une prescription préventive et de la vente sans prescription médicale du lévonorgestrel dans les pharmacies.

La contraception d'urgence peut éviter nombre de grossesses indésirées qui dans la moitié des cas, se terminent par une IVG.

Bibliographie

1. Austin CR. Embryo transfer and sensitivity to teratogenesis. *Nature* 1973; 244: 333-4.
2. Cardy GC. Outcome of pregnancies after failed hormonal postcoital contraception – an interim report. *The British Journal of Family Planning*. 1995; 112-5.
3. Creinin M. A reassessment of efficacy of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Hum. Reprod*. 1997; 12: 436-498.
4. Dixon GW, Schlesselman JJ, Ory HW, Bleye RP. Ethinyl-estradiol and conjugated estrogens as post-coital contraceptives. *JAMA* 1980; 244: 1336-9.
5. Haspel AA. Interception: post-coital contraception in 3 016 women. *Contraception*, 1976; 14: 375.
6. Ho PC, KWan MSW. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum. Reprod*. 1993; 8: 389-92.
7. Glasier A, Thong KJ, Deward M, Makied M, Baird D. Mifepristone (RU 486) compared with high dose oestrogen and progesteron for emergency post-coital contraception. *New Engl. J. Med*. 1992; 327: 1041-4.
8. Glasier A, Baird D. The effect of self administering emergency contraception. *New Engl. J. Med*. 1998; 329: 1-4.
9. Guillebaud J. When do you need to give emergency contraception for missed pills? *Fertility Control Rewiews*, 1995. Vol 4, No2: 18-19.
10. Kubba AA, White JO, Guillebaud J, Elder mg. The biochemistry of human endometrium after two regimens of post-coital contraception: a dl-norgestrel/ethinylestradiol combination or danazol. *Fertil Steril* 1986; 45: 512 – 516.
11. Ling WY, Robichaud A, Zayid I, Wrixon W, Macleod SC. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in post-coital contraception. *Fertil. Steri*. 1979; 32: 297 – 302.
12. Ling WY, Wrixon W, Zayid I, Acorn T, Popat R, Wilson E. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. ||. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. *Fertil. Steri*. 1983; 39: 292 – 297.
13. Ling WY, Wrixon W, Acorn T, Popat R, Wilson E. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in post-coital contraception. |||. Effect of preovulatory administration following the luteinizing hormone surge on ovarian steroidogenesis. *Ferti. Steril*. 1983; 40: 631-636.
14. Rowlands S, Kubba AA, Guillebaud J, Bounds W. A possible mechanism of action of danazol and an ethinylestradiol/norgestrel combination used postcoital contraceptive agents. *Contraception* 1986; 33: 539-545.
15. Swahn ML, Wseltund P, Johannisson E, Bygdeman M. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet. Gyne. Scand*. 1996: 75: 738-744.
16. Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-38.
17. Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomized trial. *Lancet* 1999; 697-702
18. Taskin O, Brown RW, Young DC, Poindexter AN, Wiehle RD. High doses of oral contraceptives do not alter endometrial a1 and ab3integrins in the late implantation window. *Fertil. Steril*. 1994; 61: 850 – 855.
19. Trussel J, Ellerson C, Steward F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam.*

CONTRACEPTION D'URGENCE

plan. perspect. 1996; 28: 58-64, 87.

20. Trussel J, Koenig J, Ellerson C, Steward F. Preventing unintended pregnancy: the cost effectiveness of three methods of emergency contraception. *J. Public. Health* 1997; 87: 932-37.

21. Van Santen MR, Haspel A. Interception by post-coital IUD insertion, a review. *Contraception Deliv, Syst.* 1981;

2: 189 -200.

22. Webb A, Russel J, Elstein M. Comparison of Yuzpe regimen, danazol, and mifepristone (RU 486) in oral post-coital contraception. *BMJ* 1992; 305: 927 -31.

23. Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyson JI. Post-coital contraceptive. A pilot study. *J. Reprod. Med*; 13: 53-58.