

# Comment préserver la fertilité au cours des consultations de contraception ?

D. SERFATY \*  
(Paris)

## *Résumé*

*Les consultations de contraception sont des circonstances privilégiées de protection de la fertilité en particulier lorsqu'elle est menacée comme dans les cas suivants qui imposent des mesures spécifiques dans ce but : adolescence, femmes de plus de 35 ans, infections génitales hautes (IGH) et leur prévention, conduite à tenir en cas de frottis cervicaux de dépistage positifs pour actinomyces, endométriose, grossesse extra-utérine antérieure, syndrome des ovaires polymicrokystiques (SOPMK), insuffisance ovarienne prématurée.*

*Mots clés : consultation de contraception, protection de la fertilité*

\* Président de la Société française de gynécologie - 9 rue de Villersexel - 75007 Paris

Correspondance : drserfatyfnctgm@aol.com

### **Déclaration publique d'intérêt**

Je soussigné, David Serfaty, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

La contraception a d'abord pour but de prévenir les grossesses non désirées. Elle ne devrait en aucun cas altérer la fertilité ultérieure des utilisatrices. De plus les méthodes contraceptives, hormonales ou non hormonales, du fait de leurs mécanismes d'action peuvent être utilisées pour prévenir et éventuellement traiter un grand nombre de pathologies gynécologiques pouvant interférer avec la fertilité.

Les consultations de contraception sont des circonstances privilégiées de protection de la fertilité en particulier lorsqu'elle est menacée comme dans les cas ci-après.

## **I. ADOLESCENCE, CONTRACEPTION ET PROTECTION DE LA FERTILITÉ**

Les adolescentes et les adultes jeunes sont à haut risque d'IST (infections sexuellement transmissibles).

D'après l'OMS (Organisation mondiale de la santé), les taux les plus élevés d'IST sont souvent observés chez les 20-24 ans suivis par les 15-19 ans. Les IST les plus fréquentes chez les jeunes sont : *chlamydia trachomatis* (qui serait responsable de la majorité des grossesses extra-utérines dans les pays développés et qui serait une cause essentielle d'infertilité tubaire) et le HPV.

Pour les adolescentes et les jeunes adultes sexuellement actives, une contraception les protégeant le plus efficacement possible contre les IST est très souhaitable.

D'après le NHS (Royaume-Uni), le taux de positivité pour *chlamydia trachomatis* est d'un cas sur dix chez les  $\leq 25$  ans.

Dépister systématiquement et annuellement (et traiter en cas de positivité) *chlamydia trachomatis* chez les adolescentes et les adultes jeunes, par exemple à l'occasion des consultations pour contraception, les protégerait contre une cause majeure d'infertilité féminine.

Conseiller de plus systématiquement une **double protection** (OMS, 2009) [1] (habituellement préservatif masculin ou féminin en plus de la méthode de contraception choisie par l'adolescente) fait partie de la prophylaxie des IST (VIH inclus), en particulier chez les jeunes.

En dehors de *chlamydia trachomatis* il est nécessaire de dépister d'autres IST telles que le gonocoque pouvant occasionner des lésions tubaires. Il existe des tests dépistant concomitamment *chlamydia trachomatis* (CT) et gonocoque (en attendant le triple test dépistant en même temps CT + gonocoque + mycoplasma genitalium (Judlin)).

Mais l'IST la plus fréquente chez les jeunes femmes sexuellement actives est l'infection HPV avec une prévalence de 30 à 50 % (Laurence [2]). Protéger la fertilité de ces femmes HPV+ c'est éviter tout traitement intempestif des lésions cervicales pouvant entraîner des stérilités cervicales ou des complications obstétricales (Kyrgiou [3]). Il faut rappeler en effet que l'infection HPV est plus volontiers transitoire chez les femmes jeunes que chez les femmes plus âgées. L'American Society of Colposcopy and Cervical Pathology [4] décourage tout traitement cervical des CIN1 avec une cytologie de bas grade chez les adolescentes et ne recommande qu'un suivi cytologique dans ces cas.

Protéger le col utérin contre l'HPV consiste à recommander ici aussi la double protection (préservatif + la contraception choisie par les jeunes) [5] et à proposer une vaccination anti-HPV selon les recommandations officielles rappelées en [6], par exemple à l'occasion des consultations de contraception en particulier de la primo-prescription d'une contraception.

*Les différentes méthodes de contraception, hormonales et non hormonales, protègent-elles ou non contre les IST et leurs conséquences, en particulier l'infection tubaire ?*

Le risque d'IGH (infection génitale haute) et donc de stérilité tubaire semble diminué chez les utilisatrices de pilules estroprogestatives du fait de l'effet de cette contraception sur le mucus cervical (et sur l'endomètre). Ce même mécanisme d'action pourrait expliquer également l'effet protecteur de la contraception progestative. Les méthodes barrières de contraception, essentiellement les préservatifs protègent contre les IST et leurs conséquences, mais leur efficacité est insuffisante en particulier chez les adolescentes et les adultes jeunes généralement très fertiles et ayant un comportement à risque.

*Qu'en est-il des dispositifs intra-utérins (DIU), qu'ils soient au cuivre ou au lévonorgestrel chez les adolescentes et chez les nullipares jeunes ?*

Les récentes recommandations (décembre 2009) de la Society of Family Planning (États-Unis) pourraient aider à répondre à cette question (Tableau 1 [7]). De ces recommandations il faut essentiellement retenir que les DIUs n'augmentent pas les risques d'IGH et d'infertilité tubaire, que le système intra-utérin au lévonorgestrel Miréna® semble protéger contre les IGH et que les adolescentes sont à considérer comme des candidates potentielles à cette contraception intra-utérine. L'OMS, dans la 4<sup>e</sup> édition (2009) des Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (WHO MEC) [1] ne contre-indique pas non plus les DIUs chez les nullipares jeunes.

*Tableau 1 - Utilisation des DIUs chez les nullipares. Recommandations de la Société de planning familial (États-Unis) (2010) [7]*

- Le Diu-LNG Miréna® et le Diu-CuT380A® sont des dispositifs contraceptifs efficaces et sûrs pour les femmes nullipares (niveau A).
- Comparativement aux autres méthodes de contraception, les DIUs ont un taux de continuation comparable ou plus élevé chez les nullipares (niveau A).
- Les DIUs n'augmentent pas le risque d'infection pelvienne ou d'infertilité. Le Diu-LNG réduit le risque d'infection pelvienne (niveau A).
- Miréna® peut-être mieux toléré que le Diu-CuT380A® chez les nullipares quant au taux d'expulsion et au contrôle du cycle (niveau B).
- L'insertion d'un DIU peut être difficile chez les nullipares. Cependant, étant donné les bénéfices de cette méthode contraceptive, les cliniciens ne doivent pas se décourager pour la proposer comme méthode de première intention à ce groupe d'utilisatrices (niveau B).
- Il n'y a pas actuellement d'évidence crédible pour affirmer que les modèles de DIU conçus spécialement pour les nullipares soient meilleurs que les DIU Mirena® ou le TCu380A® classiques dans cette population (niveau B).
- Les adolescentes devraient être considérées comme des candidates à l'utilisation d'un DIU (niveau C).

La prudence doit cependant être la règle et s'il faut effectivement cesser de contre-indiquer systématiquement les DIUs chez les nullipares en particulier jeunes, il faut s'entourer de toutes les précautions : dépistage systématique des IST et notamment de *chlamydia trachomatis* préalablement à la pose des DIUs, éventuellement antibioprophyllaxie, surveillance minutieuse de ces jeunes utilisatrices de DIUs, double protection systématique (préservatif + DIU) si elles sont à risque.

L'utilisation de modèles de DIU au cuivre ou au lévonorgestrel théoriquement plus appropriés à cette catégorie d'utilisatrices (tels que les « Miréna successors » en particulier, le LCS diffusant 12 à 16 µg de

lévonorgestrel par jour pendant 3 ans [8]) pourrait faciliter l'accessibilité de cette contraception très efficace et ne posant pas de problèmes d'observance aux jeunes.

## II. FEMMES DE PLUS DE 35 ANS, CONTRACEPTION ET PROTECTION DE LA FERTILITÉ

Les femmes de plus de 35 ans constituent plus de 20 % des utilisatrices de contraceptifs (IPPF (International Planned Parenthood Federation), cité en [6]).

Protéger leur fertilité à l'occasion des consultations de contraception consiste d'abord, comme pour les adolescentes (et toutes les femmes quel que soit leur âge) à conseiller les précautions suivantes : prophylaxie des IST, double protection, dépistage (et traitement éventuel) des IST chez celles qui sont à risque (nouveau partenaire, antécédents d'IST chargés, plusieurs partenaires...).

La protection de la fertilité dans ce groupe d'âge est naturellement d'autant plus impérieuse qu'il s'agit de nullipares.

Mais ce qui est spécifique chez les femmes de cet âge c'est que la fertilité chute significativement à partir de 35 ans. Il faut les en informer avec insistance mais dans le respect de leur liberté.

Cette information sur la diminution de la fertilité avec l'âge devrait être systématique pour toutes les femmes en particulier à l'occasion des consultations de contraceptions. Citons Plachot citée in [6] : « *Sur 100 femmes cherchant à concevoir à partir de 30 ans, 91 auront un enfant sur les 4 ans sans recourir à l'AMP (assistance médicale à la procréation), 3 y parviendront ensuite grâce à l'AMP et les 6 autres resteront sans enfant. Sur 100 femmes cherchant à concevoir à partir de 35 ans, 82 auront un enfant dans les 3 ans, 4 grâce à l'AMP et 14 resteront sans enfant. En cas de début de recherche à partir de 40 ans, 57 réussiront dans les 2 ans, 7 en recourant à l'AMP et 36 resteront sans enfant* ».

La diminution de la fertilité avec l'âge est admise par tous. Dans cette baisse de la fécondabilité (qui se définit par le taux de conception par cycle) avec l'âge interviennent plusieurs facteurs gynécologiques :

- endométriose : pic de fréquence = 35 à 45 ans ;
- adénomyose : 51 % de 40 à 50 ans ;
- fibromyomatose : 20 % à 30 ans, 40 % à 50 ans ;
- altération de la muqueuse tubaire (déciliation) ;
- anovulation ;

- phase lutéale écourtée ou inadéquate ;
- vieillissement des gamètes...

« ... *Le recul de l'âge de la maternité est devenu un réel problème de société pour de multiples raisons (meilleure maîtrise de la contraception, carrière féminine, secondes unions...). Toutes les femmes ne sont pas égales devant la chute de la fertilité liée à l'âge... On ne peut que conseiller aux femmes à risque de vieillissement ovarien prématuré (tabagiques, famille de ménopause précoce, antécédents de radiothérapie, de chimiothérapie, d'infections pelviennes, d'endométriose sévère) d'essayer plus vite d'être mère... » (Belaisch-Allart [9]).*

### Information des femmes sur la chute de la fertilité avec l'âge

À l'issue de leur journée commune organisée le 4 décembre 2008, lors des journées du CNGOF, consacrée aux réponses médicales au désir d'enfants, le CNGOF, la FNCGM et la SFG rappellent à tous les médecins de France la chute de la fertilité avec l'âge de la femme. Ils souhaitent que les professionnels en informent les femmes.

Ils rappellent que la majorité des grossesses surviennent dans les 6 premiers mois et qu'il est donc souhaitable de consulter après 1 an de rapports réguliers en l'absence de grossesse (avant un an en cas de troubles patents).

Si la femme a plus de 35 ans, une prise en charge plus rapide est nécessaire et il est conseillé de consulter dès 6 mois.

Les trois sociétés attirent l'attention des médecins et des femmes sur les risques des grossesses tardives au premier rang desquels vient celui de ne jamais obtenir la grossesse désirée.

Un communiqué sur la chute de la fertilité avec l'âge émanant des trois principales structures gynécologiques françaises figure dans l'encadré ci-dessous.

Le slogan du MFPF (Mouvement français pour le planning familial) « *Un enfant si je veux... Quand je veux* » reste toujours d'actualité mais pensant en particulier aux femmes de plus de 35 ans, il faudrait le reformuler ainsi « *Un enfant si je veux, quand je veux, tant que je le peux* ».

En résumé, protéger la fertilité des femmes de plus de 35 ans consultant pour contraception, c'est leur conseiller, si elles ont un projet d'enfant d'essayer d'être mère le plus vite possible et de les aider à lutter dans la mesure du possible contre les facteurs de vieillissement ovarien rappelés plus haut.

### III. INFECTIONS GÉNITALES HAUTES (IGH), CONTRACEPTION ET PROTECTION DE LA FERTILITÉ

Les IGH comprennent essentiellement les infections utérines (endométrites) et annexielles (salpingites). L'obstacle tubaire est une cause majeure d'infertilité féminine. Il peut être secondaire à une IGH, à une endométriose ou à un traumatisme chirurgical.

Le risque infectieux génital est à rechercher à chaque consultation pour contraception.

#### Prévention des IGH

Citons Judlin [10] :

« ... *Le suivi gynécologique pour contraception constitue une excellente opportunité de dépister les infections génitales et de prévenir - ou traiter - les IGH.*

*La **prévention primaire**, destinée à prévenir l'apparition d'une IGH comprend plusieurs mesures. Le dépistage des IST est primordial. À défaut de dépistage organisé, il convient de profiter de la consultation pour contraception pour réaliser - outre une information sur les IST - un dépistage systématique de chlamydia trachomatis (CT) chez les patientes de moins de 25 ans ou celles à risques particuliers (non-utilisation de préservatifs et changement récent de partenaire, partenaire traité pour IST). Ce dépistage est réalisé par technique d'amplification à partir d'un prélèvement cervical. Il existe des tests combinés CT et gonocoque. La mise en évidence d'une chlamydie basse conduit à prescrire un traitement monodose par azithromycine (Zithromax Monodose) à la patiente et son partenaire. Une gonococcie sera traitée par ceftriaxone.*

*Outre le dépistage des IST, l'examen recherchera également des anomalies de la flore vaginale comme une VB. La contraception orale, de par l'hypo-estrogénie qu'elle est susceptible d'induire peut entraîner un déséquilibre de l'écosystème génital. De la même façon, une cervicite doit faire l'objet de prélèvements microbiologiques et d'un traitement (par voie orale) adapté. L'examen clinique lors de la prescription d'un DIU doit aussi attentivement chercher tout signe d'infection génitale qu'il faut impérativement traiter avant la pose.*

*Le **dépistage secondaire**, quant à lui, vise la détection précoce des IGH...*

*...Les IGH sont des infections profondes de diagnostic difficile car elles peuvent être asymptomatiques ou se traduire par des signes cliniques discrets peu spécifiques (vagues douleurs pelviennes, douleurs à la mobilisation utérine, cervicite...). Secondaires à une infestation par voie ascendante, elles sont fréquemment multimicrobiennes et peuvent se compliquer d'un abcès pelvien ou*

*d'une péritonite et sont susceptibles d'entraîner des séquelles tubaires irréversibles. La prise en charge consiste essentiellement en une antibiothérapie probabiliste à large spectre.*

*La consultation pour contraception constitue une très bonne opportunité pour dépister et traiter les infections génitales, mais aussi pour faire une information sur les IST et leur prévention... » [10].*

#### IV. ACTINOMYCES, CONTRACEPTION ET PROTECTION DE LA FERTILITÉ

*Actinomyces* est un germe anaérobie gram-positif commensal de la flore vaginale et oropharyngée normale.

La présence d'*actinomyces* dans un frottis cervical (chez une femme porteuse de DIU par exemple) ne signifie pas qu'il existe une infection.

La conduite à tenir en cas de présence d'organismes *Actinomyces-like* dans les frottis cervicaux de dépistage chez une femme porteuse de DIU pourrait être la suivante :

- **s'il n'y a pas de symptômes associés**, si l'examen clinique est normal, si l'échographie pelvienne (systématique pour moi dans ce contexte) à la recherche en particulier d'un abcès ovarien infraclinique est normale (Judlin recommande de plus un examen microbiologique génital dans ces cas), il n'y a pas de raison de retirer le DIU. Il faut néanmoins bien informer la patiente des signes d'alerte infectieuse ;
- **en cas de symptômes associés**, le retrait du DIU et le traitement antibiotique doivent être systématiques.

Chez les patientes totalement asymptomatiques, on peut donc laisser le dispositif en place sous surveillance. La décision dépend également de l'âge de la femme, de sa parité et de son désir d'enfants. Il faut en tous cas protéger la fertilité ultérieure de ces femmes et conseiller une double protection (DIU + préservatif) si par ailleurs elles sont à risque d'IST, et peut-être éviter les rapports oro-génitaux dans ce contexte.

Cette conduite à tenir est similaire à celle préconisée par la FSRH (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) [11]. Cependant de nombreux gynécologues tenant compte de la gravité des infections génitales hautes à *actinomyces* continuent de préconiser le retrait systématique du DIU dans ce contexte, même chez les femmes totalement asymptomatiques.



## V. ENDOMÉTRIOSE, CONTRACEPTION ET PROTECTION DE LA FERTILITÉ

L'endométriose est une cause fréquente d'infertilité. Sa prévalence chez les femmes infertiles a été estimée à 12 à 43 %, et à 2 à 7 % chez les femmes fertiles avec une prévalence moyenne de 10 % chez les femmes d'âge reproductif (Coutinho, 2007) [12].

Les femmes à haut risque d'endométriose sont celles ayant des antécédents familiaux d'endométriose, une puberté précoce ou celles se plaignant d'hyperménorrhée ou de ménorragies.

Chez une femme consultant pour contraception, le diagnostic d'endométriose est évoqué devant l'existence de dysménorrhée (en particulier persistant sous pilule), de dyspareunie, de douleurs pelviennes ou de saignements irréguliers. Le diagnostic est confirmé non pas tant par l'examen clinique que, lorsque cela est nécessaire, par IRM voire par cœlioscopie (qui aura le mérite en outre d'en préciser le stade, d'en découvrir les sites lésionnels et éventuellement de la traiter).

Induire une aménorrhée continue a été proposé comme mesure préventive chez les femmes à risque d'endométriose [12].

Protéger la fertilité des femmes consultant pour contraception et ayant une endométriose revient :

1. à éviter *a priori* chez elles les DIU-Cu qui ont tendance à augmenter l'abondance et la durée des règles et qui pourraient, selon les auteurs, soit augmenter le risque d'endométriose, soit ne pas avoir d'influence sur son évolution ;
2. à préférer chez elles :
  - soit une contraception hormonale **estroprogestative** (EP). Les COCs (contraceptifs oraux combinés) réduiraient les douleurs endométriosiques chez environ 3 femmes sur 4. Les femmes se plaignant de dysménorrhée persistante sous EP cycliques bénéficieraient de régimes EP avec extension, ou mieux, continus. Pour le RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) cité par Haider, 2009 [13], les contraceptifs EP sont à considérer comme un traitement de choix pour traiter les symptômes de l'endométriose et constituent une alternative sûre et économique à la chirurgie. Cependant pour Vessey cité par Serfaty [14], la pilule EP semble seulement masquer temporairement l'endométriose et ses manifestations ;

- soit une contraception hormonale **progestative** :
  - **DIU-LNG** (Mirena®) qui diminue les douleurs endométriosiques ainsi que l'abondance des règles qu'il supprime même fréquemment,
  - **DMPA** (Dépo-Provera®) ou le DMPA-SC bientôt disponible et qui est considéré comme une nouvelle option en contraception et en thérapeutique en cas de douleurs endométriosiques,
  - **macroprogestatifs** discontinus ou parfois continus [15],
  - **micropilules progestatives** que certains déconseillent cependant d'utiliser en cas de kystes ovariens endométriosiques (visibles en échographie et pour lesquels se discute une chirurgie si leur taille est > 5 cm),
  - **voire implants progestatifs contraceptifs** (Nexplanon®).

En termes de fertilité cependant, il n'est pas démontré que ces traitements « médico-contraceptifs » soient bénéfiques chez les femmes endométriosiques subfertiles et qui désirent par la suite concevoir (Cameron, 2009) [16].

En résumé, les femmes endométriosiques sous contraception relèvent d'une surveillance régulière clinique et paraclinique, l'endométriose pouvant continuer d'évoluer sous contraception nécessitant une prise en charge elle aussi évolutive n'excluant pas une chirurgie. Conseiller à ces patientes de ne pas trop tarder à essayer d'être mère est une autre mesure de protection de leur fertilité.

## VI. ANTÉCÉDENT DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE (GEU), CONTRACEPTION ET PROTECTION DE LA FERTILITÉ

L'OMS, dans la dernière édition (2009) de ses « Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use » (WHO MEC) n'interdit aucune méthode hormonale ou intra-utérine de contraception en cas de GEU antérieure. En particulier le DIU-Cu et les DIU-LNG peuvent être utilisés sans restriction selon les WHO MEC (2009) [1] ainsi que les « UK MEC » (2005-2006) [17] et les « US MEC » (2010) [18] en cas d'antécédent de GEU. Les arguments de l'OMS sont les suivants :

- le DIU protège non seulement de la grossesse intra-utérine mais également de la GEU (les indices de Pearl GEU des DIU au cuivre (0,06-0,25) ou au lévonorgestrel (0,02 à 0,045) sont significativement inférieurs à ceux observés chez les femmes sans contraception (0,1 à 0,4) ;

– le DIU est une contraception très efficace et ces femmes ayant déjà eu une GEU ont besoin d'une contraception très efficace.

La prudence doit cependant être la règle.

Protéger la fertilité ultérieure de ces patientes ayant déjà eu une GEU et chez lesquelles un DIU a été posé ensuite, c'est les informer qu'une récurrence de GEU est possible, en particulier si elles sont à risque de GEU (endométriose, antécédent de plastie tubaire ou d'IGH...), c'est recommander systématiquement une prévention des IST (double protection = DIU + préservatif) si elles sont à risque d'IST.

Je ne repose pas, quant à moi, de DIU chez une utilisatrice ayant déjà eu antérieurement une GEU sous DIU.

## VII. SYNDROME DES OVAIRES POLYMICROKYSTIQUES (SOPMK), CONTRACEPTION ET PROTECTION DE LA FERTILITÉ

Le SOPMK est la cause la plus fréquente d'anovulation et d'hyperandrogénie chez la femme : 5 à 10 % des femmes en âge de procréer en sont affectées (Catteau-Jonard [19]). Le diagnostic de SOPMK repose sur les critères suivants :

- oligo-ovulation et/ou anovulation,
- hyperandrogénie clinique et/ou biologique,
- aspect échographique d'ovaires polymicrokystiques.

Il est nécessaire de rechercher dans tous ces cas un syndrome métabolique qui se constitue bien souvent dès l'adolescence, traduisant un hyperinsulinisme : obésité de type androïde (adiposité abdominale avec tour de taille > 80 cm) et plus rarement *acanthosis nigricans*, signe d'insulino-résistance sévère. Il faut rechercher une HTA, une anomalie lipidique (HDL < 0,5 g/l ; TG > 1,5 gl), une intolérance au glucose voire un diabète de type 2.

Le but est de déceler le plus précocement possible l'insulino-résistance et l'obésité naissante afin d'en prévenir les complications sur la fécondité et les risques métaboliques et cardiovasculaires.

Une contraception antigonadotrope est idéale, freinant la LH hypophysaire donc la synthèse d'androgènes ovariens et corrigeant ainsi les symptômes d'hyperandrogénie.

Les pilules estroprogestatives (EP), particulièrement celles à base de progestatifs antiandrogéniques, sont à prescrire en première intention en l'absence de contre-indications chez les patientes présentant un

SOPMK avec hyperandrogénie modérée et troubles du cycle. En cas de contre-indications aux EP, un DIU au lévonorgestrel corrigera l'hyperplasie endométriale souvent associée, à condition qu'il n'entraîne pas d'exacerbation des symptômes d'hyperandrogénie. En cas d'hyperandrogénie clinique majeure, l'acétate de cyprotérone (50 mg/j) associé à du 17 $\beta$  estradiol sera privilégié [19]. Associer les EP à des mesures hygiéno-diététiques pourrait éviter de faire appel à la metformine dont l'utilisation dans les SOPMK ressort d'une approche pluridisciplinaire.

Il faut en tous les cas profiter de la période contraceptive et de la prise en charge de l'hyperandrogénie pour dépister l'insulino-résistance et prévenir ses complications ultérieures, notamment l'infécondité.

## VIII. INSUFFISANCE OVARIENNE PRÉMATURÉE, CONTRACEPTION ET PROTECTION DE LA FERTILITÉ

L'insuffisance ovarienne prématurée (IOP) (premature ovarian failure) se définit par l'arrêt de la fonction ovarienne avant l'âge de 40 ans. L'IOP survient chez une femme sur 10 000 chez les < 20 ans, une femme sur 1 000 chez les < 30 ans et une femme sur 100 chez les < 40 ans.

L'IOP se caractérise par une aménorrhée primaire ou secondaire (pendant au moins 4 mois), une FSH élevée (à 2 reprises à quelques semaines d'intervalle) et une diminution des stéroïdes sexuels. Le dosage de l'hormone antimüllérienne (AMH) et le compte de follicules antraux à l'échographie ovarienne peuvent aider au diagnostic. Les étiologies classiques de l'IOP sont essentiellement le syndrome de Turner, la chirurgie pelvienne, la RTH et la chimiothérapie.

Le risque de grossesse spontanée est faible. Il se situe entre 1 et 5 % des cas selon les études (Christin-Maitre [20]). Des cas de grossesse ont été rapportés sous traitement hormonal substitutif ou dans le cycle suivant l'arrêt du traitement.

*« ... En l'absence de désir de grossesse, il est souhaitable de prescrire une contraception estroprogestative et non progestative pure en raison de l'hypoestrogénie de ces femmes. Il semble raisonnable de proposer ce traitement jusqu'à l'âge physiologique de la ménopause... » [20].*

En cas de désir de grossesse, il faut orienter sans tarder ces femmes vers un centre de PMA (où sera généralement proposé un don d'ovocytes). Le seul traitement envisageable qui pourrait être essayé sur une

courte durée (groupe d'étude du don d'ovocytes) est un traitement hormonal substitutif permettant de rares reprises spontanées de l'ovulation avec grossesse.

En résumé, protéger la fertilité de ces femmes c'est ici aussi leur dire d'essayer d'être mère le plus vite possible et les orienter sans tarder vers un centre de PMA tout en luttant contre les facteurs de risque de vieillissement ovarien : effet de l'âge, tabac, infections...

## IX. RETOUR DE LA FERTILITÉ APRÈS CONTRACEPTION

En dehors de la stérilisation (terme auquel il faudrait substituer celui de « contraception permanente », moins péjoratif), le retour à la fertilité est généralement rapide après arrêt de toutes les méthodes contraceptives, DMPA (Dépo-Provera®) excepté où le délai moyen de retour à la fertilité a été estimé à 10 mois (OMS 2005).

Le taux de conception à 12 mois après arrêt des différentes méthodes de contraception varie de 72 à 94 % pour les pilules EP, de 75 à 79 % pour le DIU-LNG, de 71 à 92 % pour les DIU-Cu (Lucereau-Barbier, 2011 [21]).

## CONCLUSION

Une femme d'âge reproductif consulte en moyenne une fois par an pour sa contraception. Le suivi gynécologique pour contraception constitue une excellente opportunité pour prendre des mesures de protection de la fertilité ultérieure des femmes et des couples.

*« L'absence de contraception entraîne davantage de risques pour la fertilité ultérieure qu'une contraception bien adaptée » (Jean Cohen, 2007).*

## Bibliographie

- [1] WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4<sup>th</sup> edition, 2009.
- [2] Laurence V. La lettre du Gynécologue 2006;313.
- [3] Kyrgiou M. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2006;367:489-498.
- [4] Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ *et al.* American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference: 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma *in situ*. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Am J Obst Gynecol* 2007;197(4):340-345.
- [5] Winer RL *et al.* Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 2006; 354:2645-54.
- [6] Serfaty D. Contraception, 4<sup>e</sup> édition 2011, Masson, Paris.
- [7] Society of Family Planning. Clinical Guidelines. Use of the Mirena<sup>®</sup> LNG-IUS and Paragard<sup>®</sup>CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception* 2010;81:367-371.
- [8] Gemzell-Danielsson K, Schellschmidt I, Apter D. Efficacy and safety of two low-dose intrauterine contraceptive systems. 9<sup>th</sup> Congress of the European Society of Gynecology, Copenhagen, Denmark, 8-11 September 2011, Abstract FC05.1.
- [9] Belaisch-Allart J *et al.* La lettre du Gynécologue 2004;291:21-2.
- [10] Judlin P. Infections génitales hautes et contraception : prévention, diagnostic et traitement. In « Contraception » 4<sup>e</sup> édition Masson 2011:330-337.
- [11] FSRH (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare). Clinical Guidance. Intrauterine Contraception. Clinical Effectiveness Unit. November 2007.
- [12] Coutinho EM. To bleed or not to bleed, that is the question. *Contraception* 2007;76:263-266.
- [13] Haider Z, D'Souza R. Non-contraceptive benefits and risks of contraception. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2009;23:249-262.
- [14] Serfaty D. Endométriose et contraception. XI<sup>es</sup> Journées de techniques avancées en gynécologie-obstétrique. AGPA 1996.
- [15] Serfaty D. Endométriose et contraception. In « Contraception », 4<sup>e</sup> édition, Masson 2011:412-419.
- [16] Cameron S. Contraception and gynecological Care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2009;23:211-220.
- [17] UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2005/2006. Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care.
- [18] Curtis KM, Jamieson DJ, Peterson HB, Marchbanks PA. Adaptation of the world health organization's medical eligibility criteria for contraceptive use for use in the United States. *Contraception* 2010;82:3-9.
- [19] Catteau-Jonard S, Dewailly D. Contraception et syndrome des ovaires polymicrokystiques. In « Contraception », 4<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 2011:419-424.
- [20] Christin-Maitre S *et al.* Mécanismes généraux de l'insuffisance ovarienne prématurée et bilan clinique. *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité* 2008;36:857-861.
- [21] Lucereau-Barbier M, Graesslin O. Contraception et fertilité ultérieure. In « Contraception », 4<sup>e</sup> édition Masson 2011:466-476.