

**Objectifs**

*Permettre à toute femme exposée à la grossesse, à la suite d'un rapport sexuel mal protégé, d'en diminuer le risque.*

**Quelles situations exposent au risque de grossesse ?**

- Tout rapport sexuel (RS) non ou mal protégé, quel que soit le jour du cycle, y compris les « rapports incomplets » avec éjaculation à la vulve
- Tout oubli de contraception œstro-progestative (COP) ou microprogestative (Cérazette®) supérieur à 12 h (si RS dans les 7 jours qui précèdent) ou microprogestatif dans les 3 h
- Vomissement de CO ou forte diarrhée : si RS dans les 7 jours précédents

Trois contraceptions d'urgence (CU) sont à notre disposition en 2011 : deux hormonales, une mécanique : Norlévo®, EllaOne®, stérilet

**Norlevo®**

- 1,5 mg de lévonorgestrel, progestatif de référence de 2<sup>e</sup> génération
- Excellente tolérance
- Aucune contre-indication : en vente libre en officine (6,18 euros, remboursé sur ordonnance, gratuit pour les mineures)
- Prise unique facile
- Efficacité : d'autant plus grande qu'elle est prise tôt : l'idéal étant dans les 24 premières heures après le RS et jusqu'à 3 jours
- En cas de doute sur l'utilité de prendre une CU : mieux vaut la prendre pour rien que de prendre un risque de grossesse non désirée... pouvant aboutir à l'IVG

**Messages importants**

- Aucun risque à prendre plusieurs comprimés de Norlévo® sur le même cycle
- Pointer l'importance d'un test de grossesse (urinaire) à partir de J15 au moindre doute :
  - Retard de règles
  - Règles d'aspect, durée ou quantité inhabituels
  - Signes sympathiques de grossesse
  - Besoin de réassurance
- Renouveler le test de grossesse si négatif et persistance du doute, ou passer à un test sanguin de  $\beta$ -HCG
- Expliquer l'importance d'un recours à la CU mais l'utilité aussi d'en profiter pour prendre une contraception limitant la prise de risque (COP, patch, anneau, implant, DIU)

**Cas particulier des « récidivistes »**

- Récidivistes : terme extrêmement péjoratif, dans le jugement. Ces femmes, qui ont recours à plusieurs reprises à la CU sont d'autant plus exposées au risque de grossesse

- Se poser la question de la qualité du dialogue précédent pour que la situation ne se représente pas
- Reprendre les explications, sensibiliser de nouveau au risque de grossesse, mais toujours redire que, en cas de nouveau besoin, il ne faut pas hésiter à revenir

## EllaOne®

---

- 30 mg d'ulipristal
- L'ulipristal est un agoniste-antagoniste du récepteur de la progestérone
- AMM à J5 en contraception post-coïtale
- Dossier d'évaluation clinique complexe : augmentation de l'efficacité non démontrée (revue *Prescrire* n° 314, décembre 2009), donc : à approfondir
- ASMR 4
- Sur ordonnance uniquement, remboursée depuis septembre 2010, prix public conseillé 24,15 euros, RSS 65 %

### Quelle CU privilégier entre Norlevo® et EllaOne®>?

- Âge, prescription et habitudes contraceptives à prendre en compte
- Ne pas perdre de vue qu'avec EllaOne® :
  - Pas plus d'1 comprimé par cycle (pour Norlevo®, pas de limite)
  - Rapports protégés jusqu'aux règles suivantes (pour Norlevo®, règle des 7 jours)
  - Pas d'utilisation simultanée d'EllaOne® et de Norlevo®
  - Ordonnance obligatoire
  - Mineures : pas de délivrance gratuite et anonyme
  - [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/synthese\\_davis\\_ellaone\\_-\\_ct-7137.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/synthese_davis_ellaone_-_ct-7137.pdf)

## Stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU)

---

- Ne peut être délivré que sur prescription médicale
- Indication : quand le RS à risque de grossesse est supérieur à 3 jours
- Peut compléter une prise de CU au-delà de 3 jours
- Peut être posé jusqu'à 5 jours après l'ovulation théorique
- N'est pas contre indiqué chez la nulligeste
- Peut faire « d'une pierre deux coups » : contraception post-coïtale et contraception au long cours
- Efficace à 99 %

## Critères d'hospitalisation

- Terme > 24 SA et < 34 SA.
- Contractions utérines régulières avec modification du col à l'examen clinique.
- Échographie du col montrant un col ayant un accolement des berges internes < à 26 mm (voire test à la fibronectine positif)
- Ou, en l'absence de contractions utérines, échographie du col montrant un accolement des berges internes < à 20 mm.

## Prise en charge

### Hospitalisation

#### 1. Surveillance

- MAF, contractions utérines, pertes vaginales, perte de liquide amniotique, métrorragies
- T°, pouls, TA, HU

#### 2. Explorations

- PV recherche de vaginose, BU, ECBU, à renouveler 1/semaine
- NFS, CRP, à renouveler 1/semaine
- Prom test si suspicion de perte de liquide amniotique
- Sérologies à vérifier, 2 cartes de groupe dans le dossier
- Bilan préopératoire avec consultation d'anesthésie
- ERCF 1 à 2 ×/semaine
- Échographie du col
- Échographie par voie abdominale (présentation, biométrie, vitalité, liquide amniotique, placenta)
- Dépister les facteurs de risque : sociaux, professionnels, médicaux (infections urinaires, dentaires, vaginoses...)

#### 3. Schéma thérapeutique

- Repos
- Tocolyse 48 h ± envisager T. I. U. :
  - Protocole Adalate® (nifedipine) selon protocole régionaux
  - Ou Tractocile® (atosiban IVSE) en 1<sup>re</sup> intention (seul avec AMM)
- Maturation pulmonaire : Célestène® chrono-dose (bétaméthasone) :
  - 12 mg soit 2 amp en IM ou IV à renouveler une fois à 24 h d'intervalle
  - À partir de 24 SA (au cas par cas) jusqu'à 34 SA si MAP avérée
  - 2 cures maximum (faire 2<sup>e</sup> cure si récurrence de la MAP à distance de la 1<sup>re</sup> cure [1 mois] mais à proximité de l'accouchement)
- Si patiente Rhésus négatif, prophylaxie (après RAI) par Rophylac® 300 µg à 28 SA; si faite pas de 2<sup>e</sup> injection
- Pas d'antibiothérapie en systématique : à adapter secondairement aux prélèvements bactériologiques

- Bas de contention
- Uvedose® (cholécalférol) : 1 amp si pas de supplémentation en vit. D après 24 SA
- Information des patientes sur les risques de la prématurité (pédiatre de garde)

**NB** : En cas d'accouchement prématuré, prévoir :

- Une recherche d'une béance cervicale 3 à 6 mois après l'accouchement par hystérogaphie ou hystéroscopie
- Un prélèvement vaginal à la recherche d'une vaginose bactérienne au début d'une grossesse ultérieure

## Rappel sur les tocolytiques

---

### Protocole Adalate® (nifedipine)

- 1 gélule (10 mg) *per os* renouvelable toutes les 20 min jusqu'à 4 si inefficace
- puis relais par Chronoadalate LP® (30 mg) 2/jour

### Protocole Tractocile® (atosiban) IVSE

- Bolus IVD 6,75 mg de Tractocile® (0,9 mL), puis 300 µg/min pendant 3 h, puis 100 µg/min pendant 15 à 45 h
- Pas de traitement d'entretien
- Possibilité de nouvelles cures si récurrence des contractions utérines

### Important

- Contre-indications générales à la tocolyse : chorioamniotite, SFA
- Pas d'association de tocolytiques
- Si inefficacité, possibilité de changer de classe thérapeutique
- Si tocolyse efficace, pas d'argument pour prolonger le traitement IV plus de 48 h (ne retarde pas l'accouchement)

**NB** : Traitement d'entretien (après 48 h) non systématique : il n'a pas d'intérêt pour la prolongation de la grossesse ou l'état néonatal. Il pourrait réduire les réhospitalisations et la nécessité de retraitements tocolytiques par voie IV.