

Contraception d'urgence

Avis: La présente directive clinique est publiée officiellement dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. Par conséquent, la date de parution pourrait ne pas correspondre à la date de publication originale. Aucune modification n'a été apportée au contenu.

La présente directive clinique a été rédigée par le comité sur les questions sociales et sexuelles, analysée par le comité de pratique clinique - gynécologie et le comité consultatif sur la pratique familiale, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURES PRINCIPALES

Sheila Dunn, MD, Toronto (Ont.)

Édith Guilbert, MD, Québec (Québec)

COMITÉ SUR LES QUESTIONS SOCIALES ET SEXUELLES

Margaret Burnett, MD (présidente), Winnipeg (Man.)

Anjali Aggarwal, MD, Toronto (Ont.)

Jeanne Bernardin, MD, Moncton (N.-B.)

Virginia Clark, MD, Golden (C.-B.)

Victoria Davis, MD, Scarborough (Ont.)

Jeffrey Dempster, MD, Halifax (N.-É.)

William Fisher, PhD, London (Ont.)

Karen MacKinnon, inf. aut., PhD, Victoria (C.-B.)

Rosana Pellizzari, MD, Peterborough (Ont.)

Viola Polomeno, inf. aut., PhD, Ottawa (Ont.)

Maegan Rutherford, MD, Halifax (N.-É.)

Jeanelle Sabourin, MD, Edmonton (Alb.)

Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

Marie-Soleil Wagner, MD, Montréal (Québec)

Tous les membres de comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurés par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Résumé

Objectif : Analyser les connaissances actuelles au sujet de la contraception d'urgence (CU), y compris les options disponibles, leurs modes d'action, leur efficacité, leur innocuité et l'offre efficace d'une CU en milieu de pratique.

Options : Le schéma posologique combiné estradiol-lévonorgestrel (schéma posologique Yuzpe) et le schéma posologique ne faisant appel qu'au lévonorgestrel, ainsi que l'utilisation postcoïtale de dispositifs intra-utérins de cuivre, font l'objet de notre analyse.

Issues : L'efficacité pour ce qui est de la réduction du risque de grossesse, l'innocuité et les effets indésirables des modes de CU et l'effet des moyens d'obtenir accès à la CU sur son utilisation appropriée et l'utilisation d'une contraception systématique.

Résultats : Les études publiées en anglais entre janvier 1998 et mars 2010 ont été récupérées par l'intermédiaire de recherches menées dans Medline et la base de données Cochrane, au moyen de mots clés appropriés («*emergency contraception*», «*post-coital contraception*», «*emergency contraceptive pills*», «*post-coital copper IUD*»). Les directives cliniques et les déclarations de principe élaborées par des organisations de santé ou de planification familiale ont également été analysées.

Mots clés : Emergency contraception, post-coital contraception, emergency contraceptive pills, post-coital copper intrauterine device, IUD

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.025>

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S143–S152

Copyright © 2016 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de l'éditeur.

Tableau 1. Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁷³.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif⁷³.

Valeurs : Les études analysées ont été classées en fonction des critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et les recommandations visant la pratique ont été évaluées en fonction de cette classification (Tableau 1).

Avantages, désavantages et coûts : La présente directive clinique a pour objectif de contribuer à réduire le nombre de grossesses non souhaitées en accroissant la sensibilisation envers la CU et son utilisation appropriée.

Commanditaire : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Déclarations sommaires

1. La contraception d'urgence hormonale peut être efficace lorsqu'elle est utilisée jusqu'à cinq jours à la suite de relations sexuelles non protégées. (II-2)
2. Plus la contraception d'urgence hormonale est utilisée tôt, plus elle est efficace. (II-2)
3. Un DIU de cuivre peut constituer un moyen de contraception d'urgence efficace, lorsqu'il est utilisé dans les sept jours suivant les relations sexuelles. (II-2)
4. Les schémas posologiques de contraception d'urgence faisant appel au lévonorgestrel sont plus efficaces et occasionnent moins d'effets indésirables que le schéma posologique Yuzpe. (I)
5. Le schéma posologique de contraception d'urgence faisant appel à une seule dose de lévonorgestrel (1,5 mg) et celui qui fait appel à deux doses de ce dernier (0,75 mg, à 12 heures d'intervalle) comptent une efficacité semblable et ne présentent aucune différence en matière d'effets indésirables. (I)

6. Parmi les schémas posologiques de contraception hormonale d'urgence disponibles au Canada, ceux qui ne font appel qu'au lévonorgestrel sont à privilégier. (I)
7. Les grossesses qui résultent de l'échec de la contraception d'urgence n'ont pas à faire l'objet d'une interruption. (I)

Recommandations

1. La contraception d'urgence devrait être utilisée dès que possible à la suite des relations sexuelles non protégées. (II-2A)
2. La contraception d'urgence devrait être offerte aux femmes lorsque les relations sexuelles non protégées ont eu lieu dans les limites de temps requises pour assurer l'efficacité de l'intervention (cinq jours pour les méthodes hormonales et jusqu'à sept jours pour le DIU de cuivre). (II-2B)
3. Une évaluation visant à déterminer la présence d'une grossesse devrait être menée en l'absence de règles dans les 21 jours suivant le traitement de contraception d'urgence. (III-A)
4. Au moment de l'examen de santé périodique ou dans le cadre de consultations portant sur des questions de santé génésique, toute femme en âge de procréer n'ayant pas été stérilisée pourrait bénéficier, de façon anticipée, de services de counseling au sujet de la contraception d'urgence et se voir remettre des renseignements détaillés sur la façon et le moment de l'utiliser. (III-C)

ABRÉVIATIONS

CU	Contraception d'urgence
EE	Éthinylestradiol
LNG	Lévonorgestrel

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696022>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696022>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)