

TP 04. Influencer le hasard...

Partie 1: contraceptions/ contraception/ 15mn max... En échange oral !

1- Contraceptions :

A- Contraception régulières hormonales :

Revenir sur les EM TP 19 et 20 : Résumer les modes de contraception moléculaire masculine (TP 19) et féminine (T20).

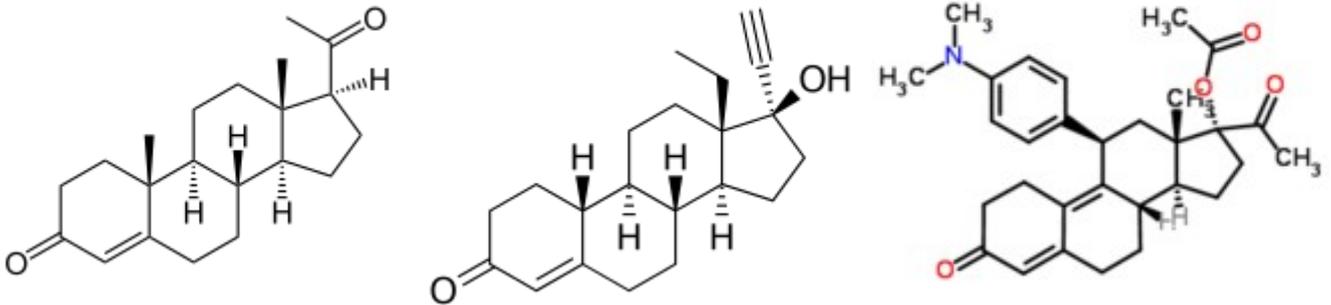
B-Contraception d'urgence :

Évoquer l'existence de pilules du lendemain :

Document : De quoi se compose la pilule du lendemain ?

Elles sont constituées d'une seule molécule, soit le **lévonorgestrel (Norlevo®)**, Levonorgestrel Biogaran®) utilisé depuis 1999, soit l'**ulipristal (EllaOne®)**, plus efficace commercialisé depuis 2015, qui se fixe sur les récepteurs de la progestérone et modifie ainsi l'activité hormonale.

Progestérone, lévonorgestrel et ulipristal :



Comment fonctionne la pilule du lendemain ?

Elle a deux modes de fonctionnement qui se conjuguent selon le moment auquel elle est prise :

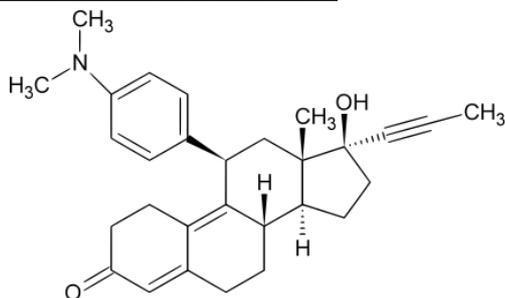
- 1- Bloquer l'ovulation : si le rapport a eu lieu avant l'ovulation, la **pilule du lendemain** empêche que l'œuf quitte l'ovaire. Il n'y aura donc pas fécondation.
- 2- Stopper la nidification : si le rapport a eu lieu après l'ovulation, la **pilule du lendemain** empêche que l'œuf aille se nicher dans la paroi de l'utérus et se développe.

C- UN préservatif, DES préservatifs....

Rappeler les avantages de ce type de contraception.



2- Les molécules abortives....



La **mifépristone** (ci-contre) ou RU 486 est un stéroïde synthétique qui agit comme antagoniste des récepteurs à la progestérone. Elle est utilisée chez la femme comme abortif, pour l'avortement chimique du début de la grossesse (nom commercial courant : *Mifégyne*).

Hormone stéroïde anti-progestative dérivée de la noréthindrone, elle se fixe spécifiquement sur le récepteur de

la progestérone et inhibe son action, notamment sur l'utérus. La progestérone (du latin « *pro* » : favorisant et « *gestare* » : grossesse) est l'hormone assurant le maintien de la grossesse pour ses différentes actions sur les structures utérines. La mifépristone va bloquer l'action progestative sur ses récepteurs muqueux et ainsi entraver le développement embryonnaire et entraîner le détachement puis l'élimination de la muqueuse utérine (dans un processus similaire à ce qui se passe pendant les règles). Il est fort probable que la mifépristone, grâce à son cycle aromatique extrêmement activé, soit capable de capturer les agents oxydants (peroxynitrites) permettant l'affaiblissement nécessaire du système immunitaire, affaiblissement qui permet normalement d'éviter le rejet de l'embryon. L'action de la mifépristone nécessite de prendre dans un deuxième temps (en général deux jours après la prise initiale de l'anti-progestatif) une prostaglandine (misoprostol en général) qui va provoquer des contractions utérines et favoriser l'élimination de la muqueuse et de l'embryon. L'expulsion se produit alors en général dans la demi-journée suivant la prise de prostaglandine. La méthode est efficace dans 95 % des cas lorsque les prises médicamenteuses sont bien suivies.

Partie 2: La procréation médicalement assistée/ 1,05h

L'humain est une espèce possédant un très mauvais taux de fécondation par accouplement.

Lors d'une relation conjugale sans contraception avec rapports fréquents, on observe les résultats suivants dans la population générale :

À 30 ans, 75 % des femmes tombent enceinte en moins d'un an, cependant les chances de grossesse diminuent avec l'âge maternel. La fertilité diminue lentement entre 20 et 35 ans, où elle connaît alors une diminution très marquée au delà de 35 ans. Si l'âge est un facteur incorrigible, le tabac très consommé chez les hommes comme les femmes en âge de procréer est connu pour diminuer les chances de grossesse.

→ Entre 27 et 29 ans, 30 % des femmes démarrent une grossesse au bout d'un cycle. Cette proportion est de 15 % entre 35 et 39 ans

Si au bout de deux ans de tentatives répétées de reproduction sans grossesse menée à terme (tentatives réalisées pendant les périodes de fécondité de la femme du couple), on considère que le couple est victime d'infertilité.

Sans contraception, la proportion de femmes infertiles évolue rapidement avec l'âge:

- à 30 ans, 8 % des femmes sont infertiles
- à 35 ans, 15 % des femmes sont infertiles
- à 40 ans : 36 % des femmes sont infertiles

Si la fécondation naturelle n'est plus possible (infertilité constatée) , on peut avoir recours à l'assistance médicale à la procréation et plus particulièrement la fécondation in vitro. Cependant la fertilité de la femme influence grandement les résultats. C'est pourquoi la fécondation assistée doit être débutée précocement pour augmenter les chances de réussite.

Taux moyen d'enfant obtenu par tentative de fécondation in vitro : 20 % avant 40 ans (proche réussite sans assistance), 10 % à 40 ans, 5 % à 42 ans, nul à 45 ans.

L'infertilité diffère de la stérilité par la possibilité de réaliser une fécondation avec les gamètes du couple pour obtenir un embryon viable et une grossesse parvenant au terme. Dans le cas de la stérilité du couple, au moins un des deux conjoints possède une anomalie ne permettant pas de l'obtenir.

Lavez vous les mains, enfilez votre blouse blanche : vous êtes médecin spécialiste de la PMA, super héros à l'aide des couples infertiles.

Utiliser le flash « PMA » Pour diagnostiquer l'origine de l'infertilité de chaque couple et proposer un/ des traitement(s) adapté(s)

→ alternative : <http://blog.ac-versailles.fr/labiodecamille/public/PMA/Index.html>

Il y a 4 cas d'école à travailler (3 sur l'alternative), les 20 dernières minutes de la séances serviront à « jouer » l'entrevue devant les spectateurs.