

UNIVERSITE ABOU-BAKR BELKAID
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE

LA PROGESTERONE ET LA GROSSESSE

LA PROGESTERONE ET LA GROSSESSE

PREPARE PAR :

-DR.HAMDANI.DJ
-DR.DOUCHE.F
-DR.BOUAKKA.A
-DR.BENALI.F
-DR.TABET DERREZ.I
-DR.BOUARICHA.N

ENCADRE PAR :

PR.BENHABIB
CHEF DE SERVICE
DE GYNECO-OBSTETRIQUE
E.H.S TLEMCEN

ANNEE UNIVERSITAIRE
2009-2010

Boit : 014 7018.2.101/01

L'EFFET DE LA PROGESTERONE SUR LA
DUREE DE GROSSESSE ET LE DEROULEMENT
DE L'ACCOUCHEMENT

LE PLAN :

- INTRODUCTION
- DES RAPPELS
- MATERIES ET METHODES
- RESULTATS
- COMMENTAIRE ET DISCUSSION
- CONCLUSION
- REMERCIEMENT
- BIBLIOGRAPHIE

I.INTRODUCTION :

Les indications des progestatifs au cours de la grossesse Peuvent se situer chronologiquement au début de la grossesse Pour prévenir ou traiter une menace d'avortement spontané soit au cours du dernier trimestre dans le cadre de la prévention et traitement des menaces d'accouchement prématuré.

Dans toutes ces situations, le traitement progestatif a pour finalité soit le désir de pallier à une Insuffisance hormonale, soit l'espoir d'obtenir un effet pharmacologique particulier ; tel la myorelaxation utérine.

L'objectif : A ce titre on a essayé d'étudier les effets de la progestérone sur la durée de la grossesse et sur le déroulement de l'accouchement.

Notre étude a été effectuée sur une population de 64 accouchées prenant la progestérone durant leurs grossesse ; au niveau de la maternité de L'EHS Tlemcen

II.DES RAPPELS :

- **La progestérone, qu'est-ce que c'est ?**

-c'est une hormone qui joue un rôle important dans le cycle menstruel et la grossesse.

-La progestérone est créée à partir du cholestérol sous l'action de l'hormone lutéinisante (LH) et de FSH

Le taux de progestérone varie au cours du cycle, elle est produite en plus grande quantité par le corps jaune après l'ovulation. Au cours de la grossesse, la progestérone est ensuite produite par le placenta.

• L'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la femme a atteint le terme théorique de 6 mois de grossesse [soit 28 semaines d'aménorrhée (SA)]

Les progrès de la médecine font que la réanimation néonatale peut parfois prendre en charge des enfants prématurés avant 28 SA. Sur un plan législatif, la déclaration de naissance d'un enfant est obligatoire à partir de 22 SA.

L'accouchement qui se produit entre le début de la 38e SA et la fin de la 42e SA est dit à terme. On parle d'accouchement prématuré s'il a lieu avant 37 SA et d'accouchement post-terme s'il a lieu après 42 SA.

Parturiente : femme sur le point d'accoucher.

L'accouchement est spontané lorsqu'il se déclenche de lui-même,

il est provoqué s'il est induit par une intervention extérieure : on parle alors de déclenchement.

Un accouchement est eutocique si son déroulement physiologique est normal. Dans le cas contraire, s'il intervient une difficulté, l'accouchement devient dystocique.

- **La menace d'accouchement prématuré :**

La menace d'accouchement prématuré (MAP) survient entre 22 et 36 SA révolues et se caractérise par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines (CU) régulières et douloureuses qui conduiront à l'accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale.

L'accouchement prématuré peut être soit spontané (dans près de deux tiers des cas), soit provoqué à la suite d'une décision médicale. L'accouchement prématuré spontané est fréquemment précédé d'une MAP.

La MAP est quantitativement la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse. Le risque réel d'accouchement prématuré est très variable selon les études (15 à 50 %). Ceci est probablement la marque de l'imprécision des critères diagnostiques actuels.

Les étiologies du travail prématuré « spontané » sont nombreuses, souvent associées entre elles (infection ovulaire, anomalies

placentaires, grossesses multiples, incompetence cervico-isthmique...). Les facteurs socio-économiques, psychologiques, environnementaux sont souvent corrélés à l'accouchement prématuré. Cependant, ils ne sont pas retrouvés comme étiologie unique ce qui n'exclut pas leur rôle comme facteur indirect.

- **L'avortement :**

Définition (OMS de 1976) : expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il soit viable, c'est-à-dire pesant moins de 500 grammes et/ou de moins de 20 semaine de gestation (ou 22 semaines d'aménorrhée, c'est à dire 22 semaines à partir du premier jour des dernières règles).

Définition d'avant 1976 : l'avortement spontané est l'expulsion non provoqué du produit de conception avant le terme de 28 semaines d'aménorrhée (moins de 6 mois après la fécondation ou moins de 180 jours de grossesse).

Dans : [POPIN Dictionnaire](#) (Dictionnaire Démographique et de la Santé de la Reproduction - Organisation des Nations Unies).

Définition : Expulsion prématurée et naturelle des produits de la conception dans l'utérus, à savoir l'embryon ou le fœtus non viable.

- **La césarienne :**

Intervention qui réalise un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus.

S'exécute le plus souvent par voie abdominale, sous anesthésie générale ou locorégionale.

L'incision cutanée se fait soit en sus pubien en transversal, soit en médiane sous ombilicale.

L'incision utérine est en général de façon transversal au niveau du segment inf. L'extraction doit survenir dans les 5 min qui suivent l'incision.

Le placenta est un organe hautement vascularisé qui se développe au cours des premières semaines de la grossesse afin de fournir au fœtus de l'oxygène, des nutriments et d'autres substances.

- **Modifications hormonales de la grossesse :**

Le placenta produit également des hormones importantes pour le maintien de la grossesse. Les quatre hormones principales produites par le placenta sont l'HCG, la progestérone, les oestrogènes et l'hormone lactogène placentaire (HLP).

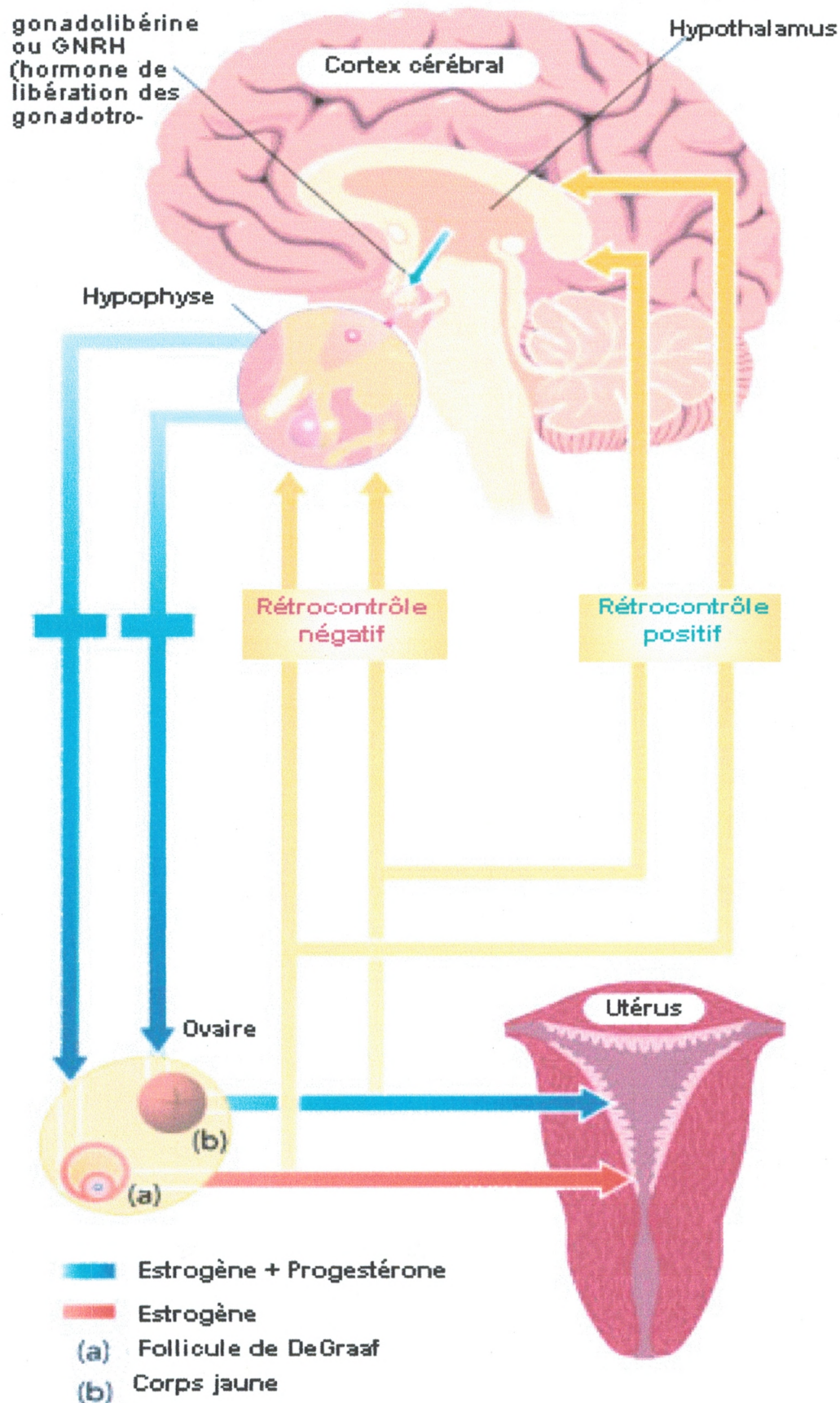
Gonadotrophine chorionique humaine (HCG)

L'HCG est importante au stade précoce de la grossesse. Elle sert à maintenir le corps jaune jusqu'à ce que le placenta soit capable d'assurer entièrement la sécrétion de la progestérone et les œstrogènes.

Progestérone ;

La progestérone aide à l'implantation de l'embryon, soutient et épaissit l'endomètre. En outre, la progestérone stimule le développement des glandes mammaires impliquées dans la production du lait. La progestérone semble également jouer un rôle dans la suppression de la réponse immunologique de la mère aux antigènes du fœtus. La progestérone est produite par le corps jaune au stade précoce de la grossesse. Vers la septième semaine de grossesse, la progestérone est produite à la fois par le corps jaune et le placenta. Vers la douzième semaine, la sécrétion de la progestérone est entièrement prise en charge par le placenta. A la fin de la grossesse, la progestérone semble jouer un rôle dans l'accouchement, le processus de la naissance.

Hormones féminines au cours de l'ovulation



Oestrogènes

Les oestrogènes stimulent la croissance utérine au cours de la grossesse afin de soutenir le fœtus en développement. Les oestrogènes servent également à stimuler la croissance mammaire. Au cours de la grossesse, les taux d'œstrone et d'œstradiol augmentent d'environ 100 fois par rapport aux taux normaux, et le taux d'oestriol de 1 000 fois, comme la montre la figure ci-après.

Hormone Lactogène Placentaire (HLP)

L'HLP est une hormone servant à stimuler la croissance et le développement du tissu mammaire en préparation de l'allaitement. Elle joue également un rôle dans le métabolisme au cours de la grossesse.

- **Pourquoi peut-on avoir trop ou pas assez de progestérone ?**

La progestérone peut être augmentée dans certaines tumeurs sécrétantes ovariennes ou surrénaliennes.

La progestérone est diminuée en cas de :

1. insuffisance lutéale dans la phase de pré ménopause ;
2. insuffisance de l'hypophyse ou de l'hypothalamus ;

3. insuffisance des glandes surrénales ;
4. ablation des deux ovaires ;
5. hyper androgénie (hormones mâles en excès) ;
6. contraception orale (pas d'ovulation) ;
7. hyperprolactinémie
8. (sécrétion de prolactine, une hormone intervenant dans la lactation mais aussi dans la sécrétion de la progestérone)

- **Quels sont les taux normaux au cours du cycle ?**

- première partie du cycle : 0,1 à 1,5 mg/l ou 1,6 à 9,5 $\mu\text{mol/l}$
- ovulation : entre 0,70 et 4,20 mg
- seconde partie du cycle (phase lutéale) : entre 2,5 à 30 mg/l ou 8-95 $\mu\text{mol/l}$
- 5 SA : entre 13 et 42 mg s'il y a grossesse
- Ménopause : entre 0,1 à 0,4 mg/l ou 0,3-1,3 $\mu\text{mol/l}$

- **Comment savoir si j'ai un déficit en progestérone ?**

1. la courbe de température pour repérer s'il y a une phase lutéale.
2. la prise de sang, méthode la plus fiable mais il vous faut impérativement une ordonnance : vous n'avez pas besoin d'être à

jeun, on vous demandera en revanche la date de vos dernières règles ou celle du début de grossesse ;

3. une analyse d'urines sur 24h pour étudier le métabolisme de la progestérone ;
4. un cycle court avec des règles abondantes (moins de 28 jours)

- **Comment « repérer » la progestérone sur ma courbe de température ?**

Quand le taux de progestérone augmente en seconde partie de cycle, elle provoque l'augmentation de la température corporelle. C'est ce signe qui vous indiquera que vous commencez votre phase lutéale. La chute de température correspond à la rechute du taux de progestérone, signe annonciateur des règles.

- **Comment palier à un déficit en progestérone?**

Stimulation du corps jaune par des médicaments, type Clomid, HCG ou HMG dès un rapport supposé fécondant en fonction de la courbe de température ;

Régulateur de la phase lutéale par des médicaments, type Duphaston, du 16ème au 25ème jour du cycle. **Le traitement adéquat sera choisi par votre gynécologue en fonction des analyses**

• Progestérone et Progestatifs

A côté de la progestérone, progestatif endogène physiologique, il existe plusieurs progestatifs de synthèse dont les propriétés ne se superposent pas complètement à celles de la progestérone et qui sont utilisés, surtout en association avec l'éthinylestradiol, comme contraceptifs hormonaux.

❖ Progestérone :

La progestérone a une activité progestative, c'est-à-dire qu'elle est capable :

1. de provoquer la formation de la dentelle utérine par un endomètre préalablement soumis à l'influence des estrogènes
2. de maintenir la gestation chez une femelle gravide castrée.

La progestérone remplit physiologiquement ces deux conditions, mais tous les progestatifs de synthèse ne le font pas. De plus, certains ont une autre activité hormonale, androgène par exemple, risquant de provoquer une masculinisation du fœtus femelle s'ils étaient administrés à la femme enceinte.

1.Métabolisme :

-Biosynthèse :

La progestérone est synthétisée essentiellement par l'ovaire et, à un moindre degré, par le testicule, les glandes surrénales et le placenta au cours de la deuxième partie de la grossesse. De plus, une synthèse non endocrine de progestérone, au niveau des neurones notamment, est possible.

-La synthèse se fait à partir du cholestérol : sous l'influence d'une desmolase, le cholestérol est transformé en prégnénolone qui, sous l'influence d'une déshydrogénase et d'une isomérase, donne la progestérone.

-La sécrétion de progestérone n'est pas constante au cours du cycle menstruel : déclenchée par la LH, elle apparaît juste avant l'ovulation et se poursuit au cours de la deuxième partie du cycle. Sa chute à la fin du cycle participe au déclenchement de la menstruation.

-S'il y a fécondation, le trophoblaste sécrète l'hormone chorionique qui maintient en fonction le corps jaune sécrétant la progestérone. A partir du troisième mois de la grossesse, le placenta sécrète les estrogènes et la progestérone.

-Distribution :

-Dans le plasma, la progestérone se trouve sous forme libre ainsi que sous forme liée à l'albumine, à une glycoprotéine et également à la transcortine. Sa demi-vie est d'environ 30 minutes. Chez la femme sa concentration pendant la phase folliculaire est faible, du même ordre de grandeur que celle que l'on trouve chez l'homme, mais elle s'élève considérablement pendant la phase lutéale.

-Dans les tissus, la progestérone, molécule lipophile, se fixe dans les graisses d'où une libération progressive peut se faire.

-Catabolisme :

Le catabolisme de la progestérone s'effectue essentiellement dans le foie où, sous l'influence de plusieurs enzymes, elle est transformée successivement en prégnanedione, prégnanolone et enfin prégnanediol.

-La progestérone est elle-même un intermédiaire métabolique pouvant conduire à la testostérone, l'aldostérone, le cortisol.

2.Effets :

La progestérone agit sur des récepteurs nucléaires et modifie la transcription des gènes cibles.

a. Action progestative :

La fonction essentielle de la progestérone est de préparer l'utérus à la nidation puis au maintien de la gestation.

- Au niveau de l'endomètre, elle entraîne un arrêt des mitoses provoquées par les estrogènes et l'apparition d'un aspect sécrétoire, dit « de dentelle utérine », avec vacuoles remplies de glycogène. L'endomètre est de loin le tissu le plus riche en récepteurs à la progestérone.
- Au niveau du myomètre, elle a une action antagoniste vis-à-vis des estrogènes se traduisant par une diminution de la contractilité utérine.
- Au niveau du col utérin, elle supprime la glaire cervicale induite par les estrogènes.
- Au niveau des trompes, elle pourrait ralentir le transit de l'oeuf.
- Au niveau des seins, elle agit en synergie avec les estrogènes et les hormones hypophysaires pour induire le développement des acini et inhiber, après une stimulation transitoire, les mitoses épithéliales provoquées par les estrogènes.

b. Régulation de la sécrétion hypophysaire

La progestérone inhibe la sécrétion des gonadostimulines hypophysaires, mais les progestatifs de synthèse sont beaucoup plus efficaces qu'elle. Ils réduisent en réalité la fréquence des pics de la sécrétion et augmentent leur amplitude.

c. Action androgène et anti-androgène :

La progestérone a une très faible activité androgène et anti-androgène qui peut être mise en évidence à doses très élevées. Administrée à forte dose chez le rat mâle castré, elle peut augmenter le poids de la prostate, action androgène, mais, administrée en même temps que la testostérone, elle réduit l'effet de cette dernière.

d. Action anti-estrogène :

La progestérone agit par induction de la 17 α -hydroxydéhydrogénase qui accélère le catabolisme de l'estradiol en estrone et d'autre part par induction de l'estrogène sulfotransférase.

e. Implantation du blastocyte :

Il semble que l'expression de LIF (leukemia inhibitory factor), cytokine pléiotropique, par l'endomètre soit sous la dépendance de la progestérone. Or, LIF paraît jouer un rôle essentiel dans la

différenciation et l'implantation du blastocyste (l'oeuf fécondé se divise et forme une couronne de cellules entourant une cavité centrale, c'est le blastocyste). Sa déficience pourrait être à l'origine de certaines stérilités.

f. Autres effets :

- Un effet hyperthermisant responsable de l'augmentation de la température d'environ $0,5^{\circ}$ au cours de la deuxième partie du cycle menstruel.
- Une action anti-minéralocorticoïde en inhibant les récepteurs à l'aldostérone, ce qui entraîne une diminution du sodium plasmatique par augmentation de son élimination urinaire.
- Une action sédative en potentialisant l'effet du GABA sur le canal GABAA.
- Probablement une action stimulante de la synthèse de myéline.

-Quel est son rôle dans la fertilité ?

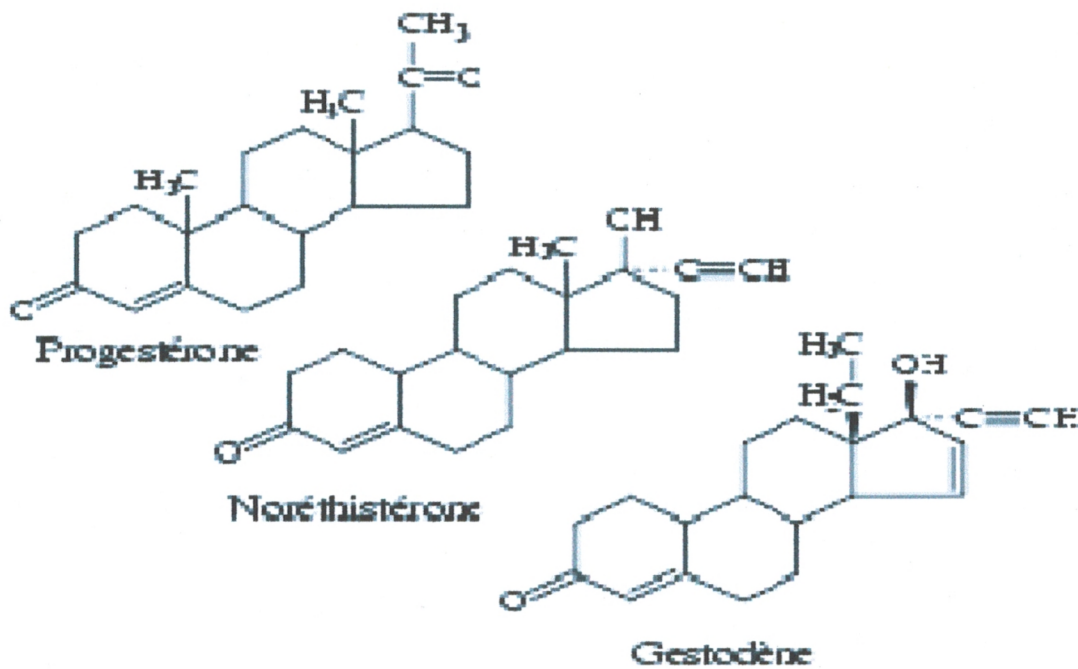
C'est la progestérone qui permet le maintien et la densification de la muqueuse utérine jusqu'à implantation de l'œuf dans l'utérus.

En cours de grossesse, elle prépare la glande mammaire à la lactation et joue le rôle de relaxant naturel pour éviter les contractions utérines.

S'il n'y a pas fécondation, le taux de progestérone revient à la normale.

L'insuffisance en progestérone (dite « insuffisance lutéale ») peut être responsable de fausses couches successives, de fibromes sur l'utérus et peut-être du syndrome prémenstruel.

Des taux très largement au dessus des moyennes peuvent être le signe de maladies héréditaires rares.



❖ Progestatifs de synthèse

Plusieurs modifications chimiques. On distingue les dérivés de la 17-a-hydroxyprogestérone, de la 19-norprogestérone et de Les progestatifs de synthèse se différencient de la progestérone par 19-nortestostérone. Le terme « nor » est utilisé lorsqu'il n'y a pas de substituant méthyl, dans le cas présent en position 19.

Les principaux produits utilisés en thérapeutique sont la médrogestone, la chlormadinone, la médroxyprogestérone, la cyprotérone, le nomégestrol, la démégestone, la promégestone, la noréthistérone, le lynestrénol, l'éthinodiol, la norgestriénone, le lévonorgestrel.

Ils ont des effets progestatifs ou lutéomimétiques, se traduisant au niveau de l'endomètre par l'apparition d'un aspect sécrétoire en « dentelle utérine », et sont généralement susceptibles de maintenir la gestation. Pourtant ils ne doivent pas être prescrits comme progestatifs car ils n'ont pas les mêmes propriétés progestatives que la progestérone et peuvent avoir, en outre, des effets androgènes ou anti-androgènes et certains, des effets anti-estrogènes.

Les progestatifs de synthèse n'ayant pas de propriétés androgènes sont le désogestrel, le gestodène et le norgestimate.

Ils inhibent l'ovulation, essentiellement par action antigonadotrope. Ils diminuent la migration des spermatozoïdes dans la glaire cervicale. Ils sont utilisés comme contraceptifs.

❖ Utilisation de la progestérone et des progestatifs :

1. Progestérone :

L'indication de la progestérone elle-même est l'insuffisance de sa sécrétion, y compris au cours de la grossesse.

En période d'activité génitale, cette insuffisance, réelle ou relative par rapport à la sécrétion œstrogénique, n'entraîne pas de symptômes cliniques spécifiques mais des saignements utérins, des dysménorrhées, et doit donc être confirmée par des dosages hormonaux.

Une déficience en progestérone est rarement à l'origine des avortements spontanés qui ont de très nombreuses causes. Si, après un bilan hormonal, on décide un traitement substitutif au cours des trois premiers mois de la grossesse, c'est la progestérone elle-même, ou éventuellement son métabolite la 17-a-hydroxyproque qui sont utilisés.

Après la ménopause, la progestérone elle-même est souvent utilisée en traitement substitutif.

**Progesté-
ro
n
e**

**UTROGESTAN*
Capsules
PROGESTOG
EL* Gel (sein)**

**Hydroxy-
progest
é-
rone**

**PROGESTÉRO
NE-RETARD
Pharlon* Inj**

La dydrogestérone se différencie chimiquement de la progestérone par l'existence d'une double liaison supplémentaire. Ses propriétés sont proches de celles de la progestérone mais il semble préférable d'utiliser chez la femme enceinte la progestérone elle-même, si nécessaire.

Dydrogestérone

DUPHASTON* Cp

2. Progestatifs de synthèse :

Les progestatifs de synthèse ont trois indications principales : le traitement de l'insuffisance lutéale, la contraception où ils sont prescrits seuls ou le plus souvent associés à l'éthinylestradiol et le traitement de certaines tumeurs.

➤ Insuffisance lutéale :

Les progestatifs de synthèse sont utilisés dans le traitement de l'insuffisance lutéale en absence de grossesse. Notamment celle de la pré ménopause, et dans le traitement de l'endométriose et de certaines hémorragies fonctionnelles.

Médrogestone	COLPRONE* Cp
Chlormadinone	LUTÉRAN*
Nomégestrol	LUTÉNYL*
Promégestone	SURGESTONE*
Noréthistérone	PRIMOLUT-NOR*
Lynestrénol	ORGAMÉTRIL*

➤ Contraception :

Dans certaines conditions, la prise d'un progestatif seul sans éthinylestradiol peut avoir un effet contraceptif. Les progestatifs utilisés comme contraceptifs sont la noréthistérone, le lynestrénol, la norgestrienone, le lévonorgestrel, la médroxyprogestérone.

Selon les modalités d'administration on distingue :

1. La contraception continue par voie orale, à faible dose, où l'ovulation n'est pas toujours supprimée, mais où l'imprégnation permanente par le progestatif rend le mucus cervical peu propice au transport des spermatozoïdes et l'endomètre impropre à la nidation. Le traitement nécessite la prise d'un comprimé par jour sans interruption, même pendant les règles. La prise concomitante d'un médicament à effet inducteur enzymatique peut rendre ce mode de contraception inefficace en accélérant l'inactivation du progestatif. Si une grossesse survient, elle comporte un risque majoré d'être extra-utérine. Les produits utilisés sont la noréthistéron, le lévonorgestrel, le désogestrel et le lynestrénol.

Noréthistérone

MILLIGYNON*

**0,6 mg prise
continue**

Désogestrel

CERAZETTE Cp

**0,075 mg prise
continue**

Lévonorgestrel

**MICROVAL* 0,03 mg
prise continue**

2. La contraception discontinuée par voie orale où le progestatif est pris à posologie beaucoup plus élevée que précédemment, mais seulement du cinquième au vingt-cinquième jour. A cette posologie, outre les modifications endométriales, les progestatifs ont un effet antigonadotrope et inhibent l'ovulation. Les produits utilisés sont le lynestrénol.

Lynestrénol

**ORGAMÉTRIL* 5mg
prise discontinuée**

3. La contraception par voie injectable où le progestatif est administré sous forme de préparation à libération prolongée pendant trois mois. Cette méthode entraîne une imprégnation permanente par le progestatif à concentration élevée. La première injection doit être

effectuée entre le premier et le cinquième jour du cycle. Ce mode de contraception est réservé aux femmes incapables de prendre en charge elles-mêmes leur traitement contraceptif. Les produits utilisés sont la noréthistérone et la médroxyprogestérone

4.La contraception par implant sous dermique qui permet une contraception de longue durée. Les produits utilisés sont le lévonorgestrel, le 3-kétodésogestrel appelé aussi étonogestrel , métabolite actif du désogestrel. La préparation d'étonogestrel appelée Implanon

* assurant une contraception pendant environ trois ans.

Etonogestrel

**IMPLANON*,
bâtonnet
implantable**

5.La contraception par voie locale où le progestatif est associé à un dispositif intra-utérin comme moyen contraceptif.

Lévonorgestrel

**MIRENA* Dispositif
intra-utérin**

Le dispositif intra-utérin contient du baryum pour le rendre visible à l'examen radiologique. Ce mode de contraception intra-utérin n'inhibe pas l'ovulation et une grossesse extra-utérine peut s'observer. Le progestatif est le lévonorgestrel. Il existe par ailleurs des dispositifs intra-utérins à base de cuivre ([Voir "Cuivre"](#)).

6.contraception d'urgence

Le lévonorgestrel seul, à posologie élevée, s'est montré efficace en contraception d'urgence dite post-coïtale c'est-à-dire après un rapport supposé fécondant, lorsqu'il est pris dans les 24 ou 48 heures suivantes (pilule du lendemain), 2 prises à 12 heures d'intervalle. Le lévonorgestrel seul et à posologie plus élevée que lorsqu'il est associé à l'éthinylestradiol entraîne moins d'effets indésirables (nausées, vomissements, sensations vertigineuses) qu'en association.

Lévonorgestrel

NORLÉVO*

2 Cp à 0,75 mg, 1Cp à
1,5 mg

➤ Traitement antitumoral :

La médroxyprogestérone outre son utilisation chez la femme comme contraceptif, est utilisée à posologie très élevée, pour son effet anti-estrogène, dans le traitement de certains cancers du sein et de l'endomètre (200 à 500 mg par jour).

**Médroxy-
progestérone**

**FARLUTAL* Cp 500 mg Inj 500
mg
DÉPO-PRODASONE* Inj 500 mg**

Le mégestrol, progestatif de synthèse dont la structure chimique est proche de celle de la médroxyprogestérone, est aussi utilisé à forte dose dans le traitement palliatif du cancer du sein. Il a donné, par ailleurs, des résultats intéressants dans le traitement du cancer de la prostate, en raison peut-être de son effet antigonadotrope, réduisant la sécrétion de FSH et LH.

Mégestrol.

**MEGACE* Cp
160 mg**

3. Progestatifs particuliers :

La cyprotérone occupe une place à part parmi les progestatifs : outre son action progestative, elle a un effet anti-androgène et antigonadotrope.

Cyprotérone

ANDROCUR*
Cp

La drospirénone est un nouveau progestatif de synthèse dont la structure dérive de celle de la spironolactone, qui, outre son effet progestatif a un effet antiminéralocorticoïde de type spironolactone et un effet anti-androgène comme la cyprotérone : Elle est associée à l'ethinylestradiol, comme contraceptif.

La tibolone est souvent classée parmi les progestatifs. Mais, par elle-même et par ses métabolites, elle a des effets multiples : œstrogène, progestagène et faiblement androgène. Le fait qu'en utilisation prolongée elle augmente le risque de cancer de l'endomètre laisse supposer un effet œstrogène prédominant, non compensé par son effet progestatif.

Tibolone

LIVIAL* Cp

4.Effets indésirables des progestatifs :

ne doivent pas être utilisés pendant la grossesse car, outre leurs Les progestatifs de synthèse propriétés lutéomimétiques, plusieurs d'entre eux ont des effets de type androgène et certains d'entre eux de type œstrogène (cyprotérone), pouvant perturber le développement sexuel de l'enfant.

Ils peuvent entraîner des irrégularités du cycle menstruel, des saignements intermenstruels, et ceux qui ont des propriétés androgènes, de l'acné et une augmentation de la pilosité.

5. Antagoniste de la progestérone :

La mifépristone ou RU 486 est un analogue structural de la progestérone qui s'oppose aux effets de celle-ci. Elle exerce une action compétitive au niveau des récepteurs de la progestérone dont elle inhibe les effets. Elle a, de plus, une action anti-glucocorticoïde et s'oppose ainsi aux effets du cortisol.

Mifépristone MIFÉGYNE* Cp

La progestérone est indispensable au maintien de la grossesse, sa sécrétion ovarienne est augmentée dès la fécondation.

L'administration de mifépristone en début de grossesse entraîne l'avortement. Elle est efficace comme contraceptif post-coïtal et est utilisée dans l'interruption volontaire de grossesse. Pour renforcer son action abortive en cas d'interruption volontaire de grossesse qui doit être faite avant le 50ème jour d'aménorrhée, elle est associée à des prostaglandines comme le géméprost ou CERVAGÈME* et le sulprostone ou NALADOR 500* qui favorisent les contractions utérines. En cas d'échec de l'interruption de la grossesse, celle-ci peut se poursuivre mais le risque de malformation du fœtus sera augmenté.

La mifépristone pourrait être utilisée, en cas de dépassement du terme, pour déclencher le travail.

III. MATERIELS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude prospective analytique effectuée sur 64 accouchées hospitalisées dans le service de gyneco-obstetrique de l'établissement hospitalier spécialisé de Tlemcen(EHST) ; polyclinique de chetouane et de abou-tachfine sur une période d'un mois du 1^{er} mai au 1^{er} juin 2009.

On a utilisé comme moyen : Le questionnaire type, Logiciel EPI info, les dossiers médicaux en cas de DDR imprecise , la reglette afin de déterminer le terme gestationnel.

Nous avons étudié dans ce travail les paramètres suivants:

L'age

La parité

La quantité de progestérone prise

La durée de la prise de la progestérone

IV.RESULTATS :

A. Etude de la prise de progestérone :

1. Age :

La prise de progestérone est plus importante dans la tranche d'âge 20 – 30 ans.

Les âges extrêmes étant de 18 et 39 ans.

2. Parité :

55% des parturientes sont des primipares.

3. Type de progestérone prise :

Plus de 80% des parturientes ont pris de la progestérone retard.

B. Etude du terme de grossesse :

Plus de la moitié des parturientes ont accouché a terme.

Les grossesses de plus de 41 SA ne représentent pas plus de 20%.

C. Etude de la durée de travail :

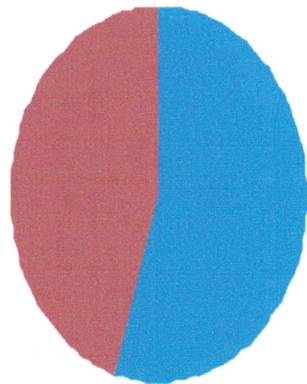
Un pic de fréquence se situe dans l'intervalle de 0-9 h.

La durée de travail la plus importantes entant de 24h.

D. Etude de la modalité d'accouchement :

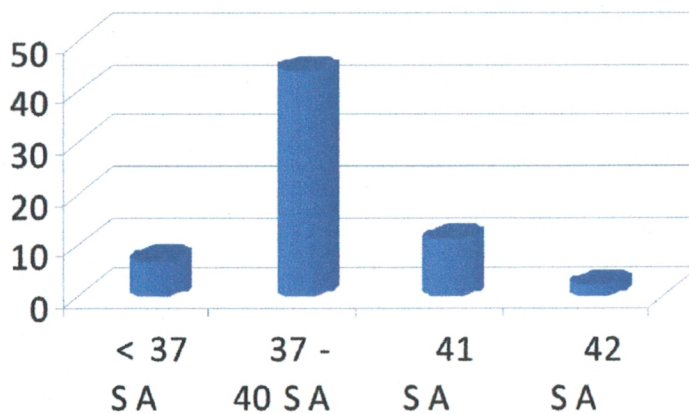
La quasi-totalité des parturientes soit 78,1% ont eu un accouchement normal.

Prise de progesterone/pariété



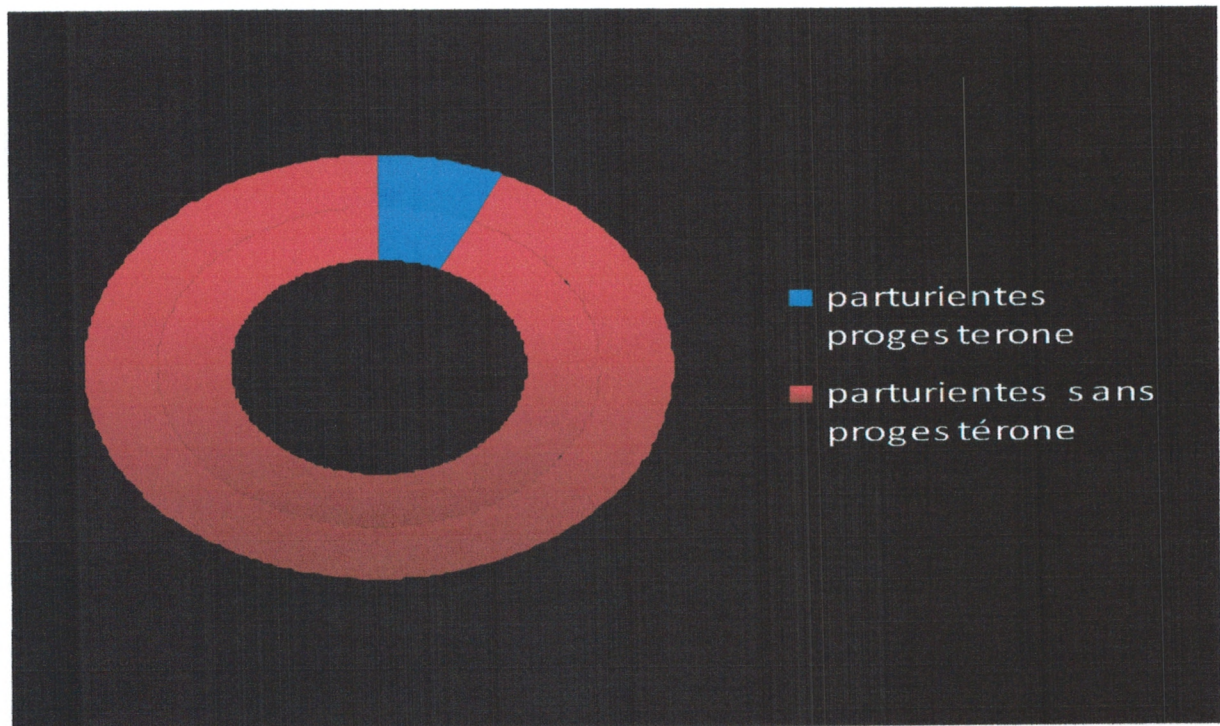
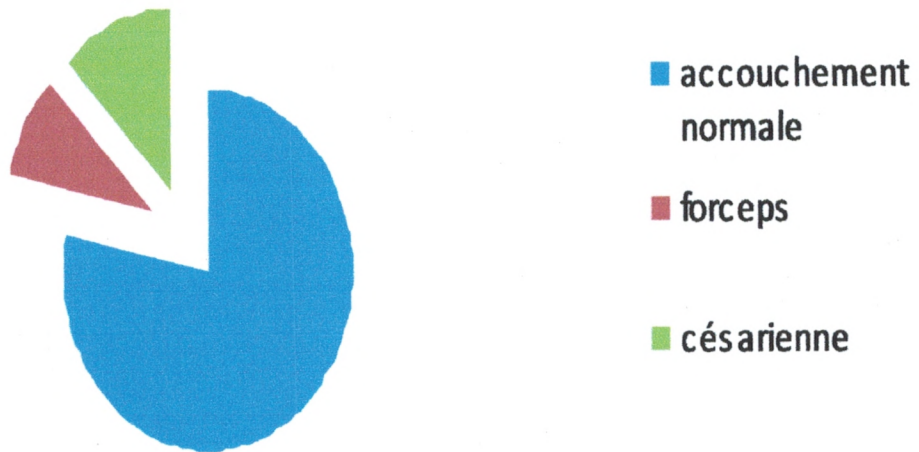
■ primipare
■ multipare

Prise de progesterone / terme de grossesse

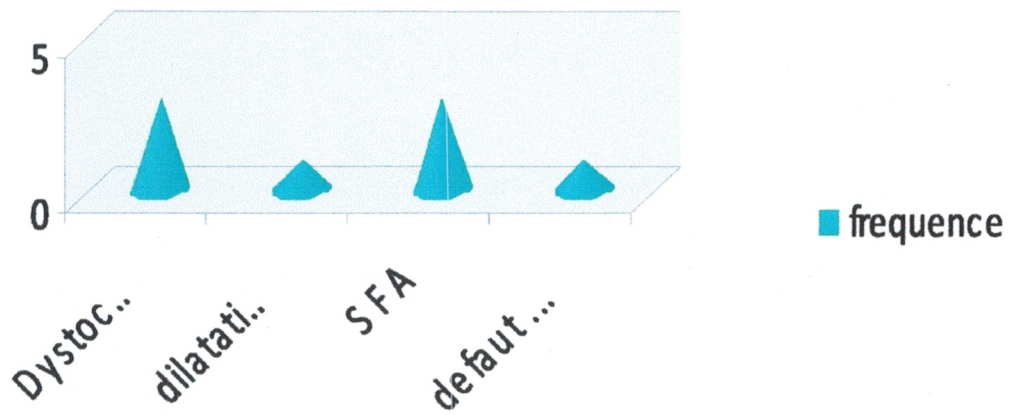


■ frequence

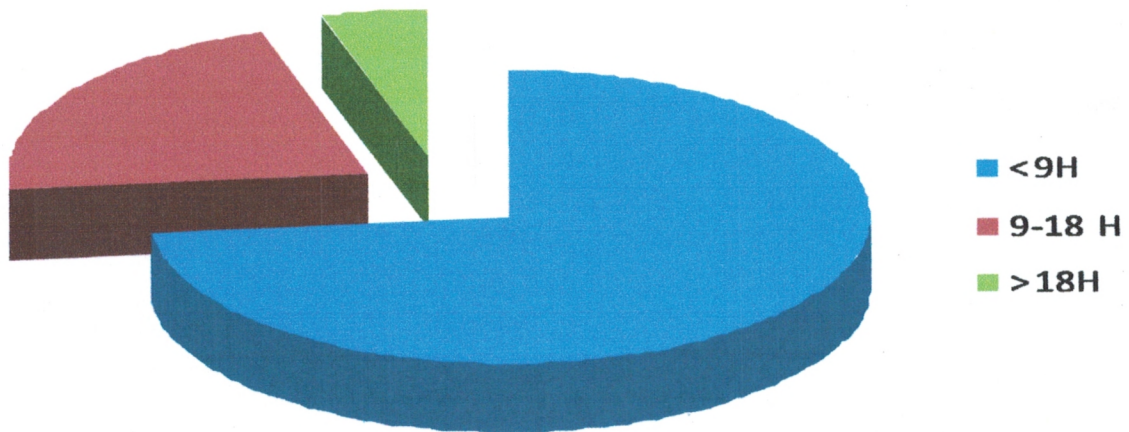
prise de progesterone/ modalité d'accouchement



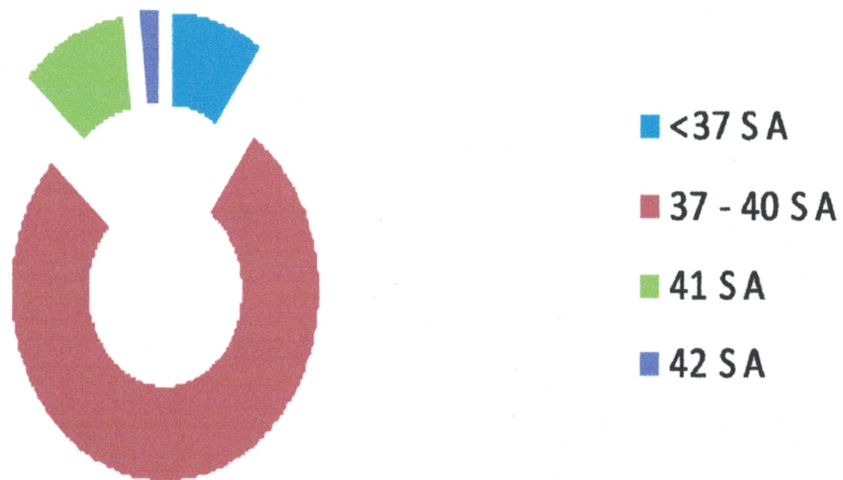
CAUSE DE CESARIENNE



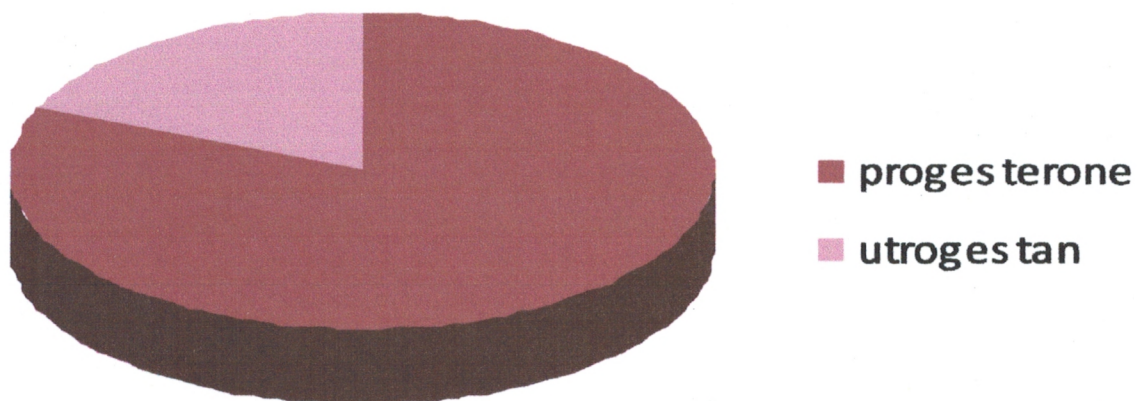
prise de prog/durée de travail



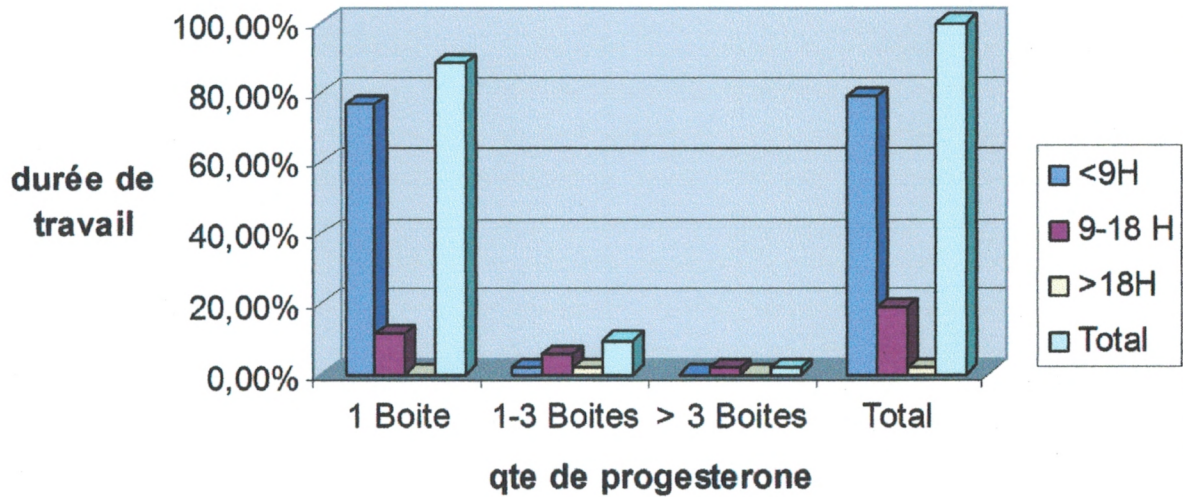
progesterone /terme de grossesse



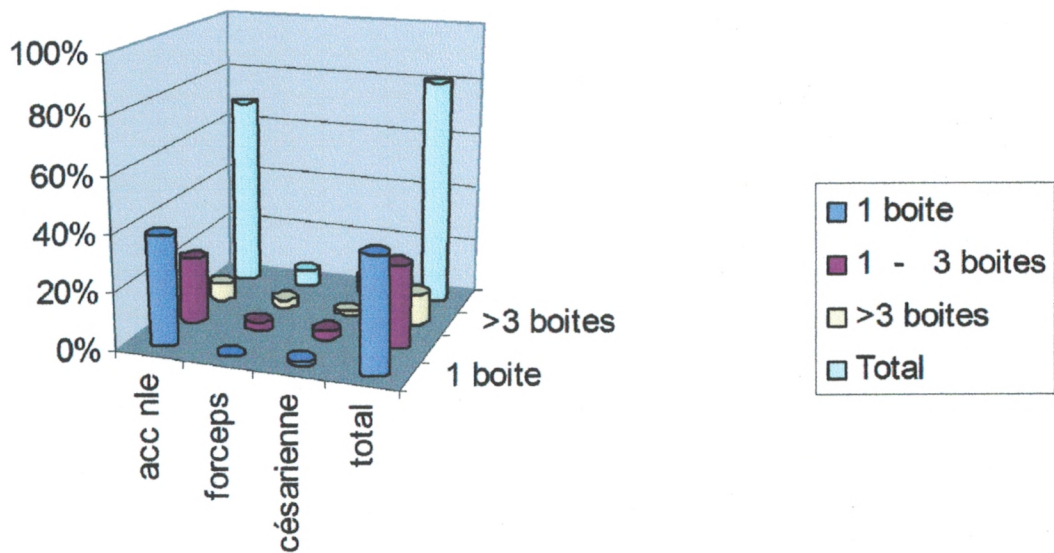
progesterone / utrogestan



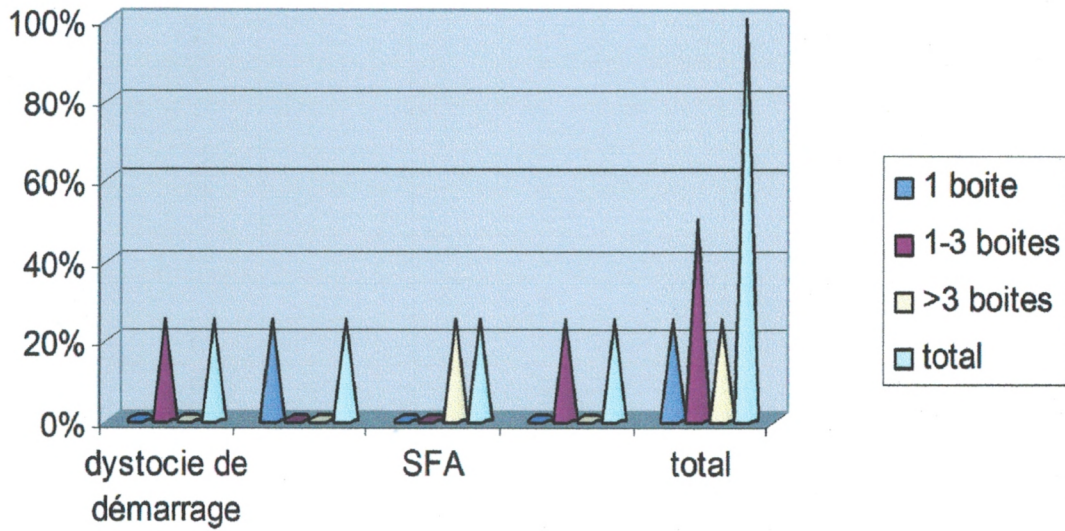
La durée de travail en fonction de la quantité de la progesterone prise



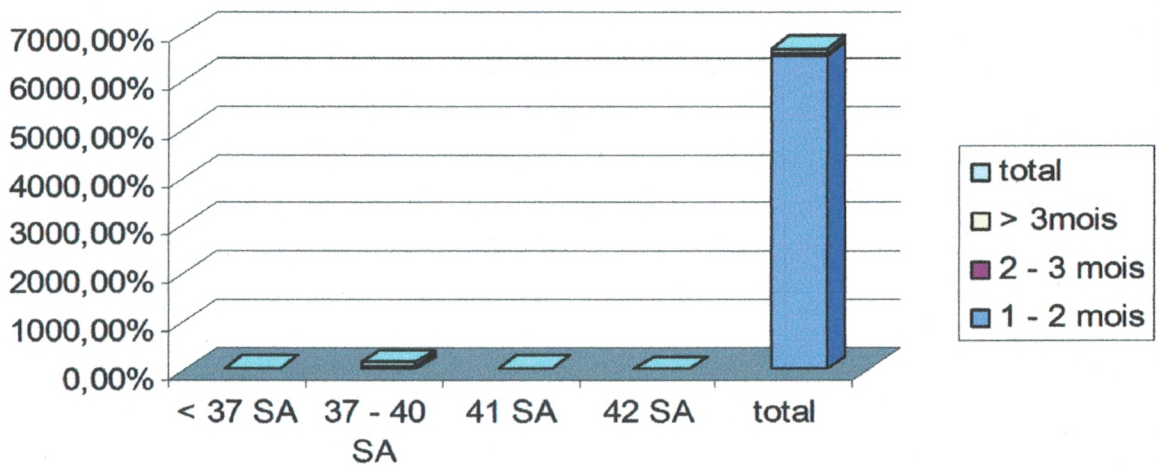
la modalite d'acct en fct de qte de prgesterone



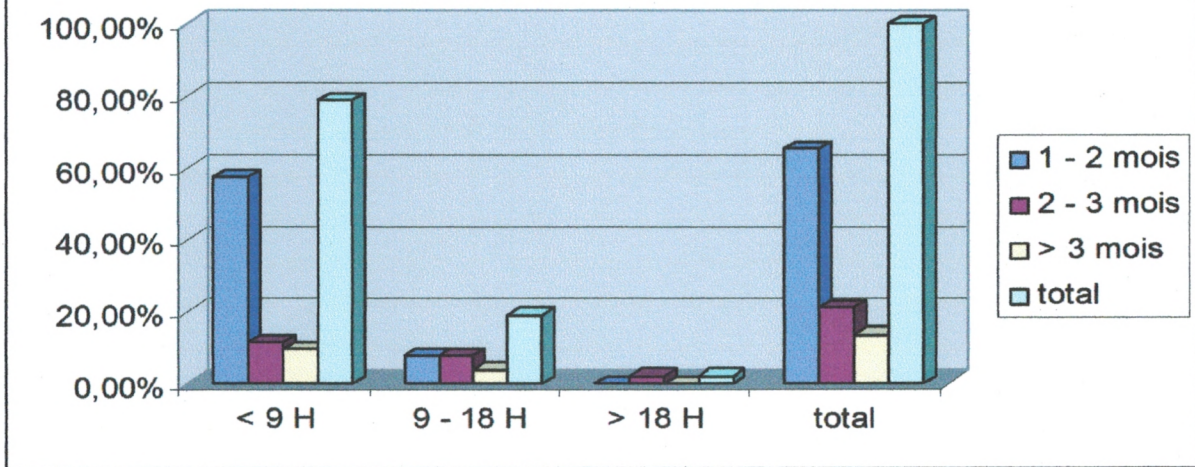
les causes de la césarienne en fct de la qte de progesterone



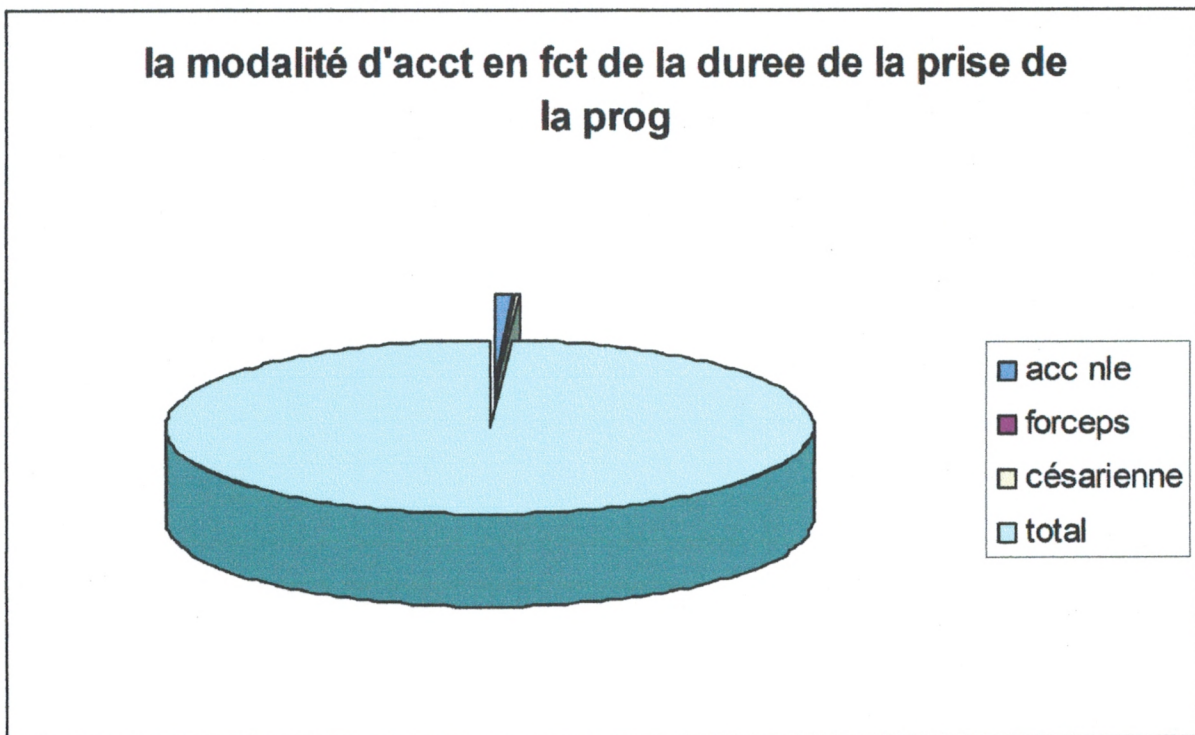
le terme gestationnel en fct de la durée de prise de prog



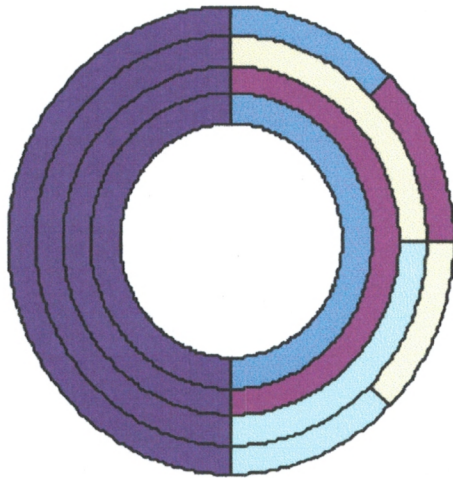
la duree de travail en fct de la duree de prise de la prog



la modalité d'acct en fct de la duree de la prise de la prog

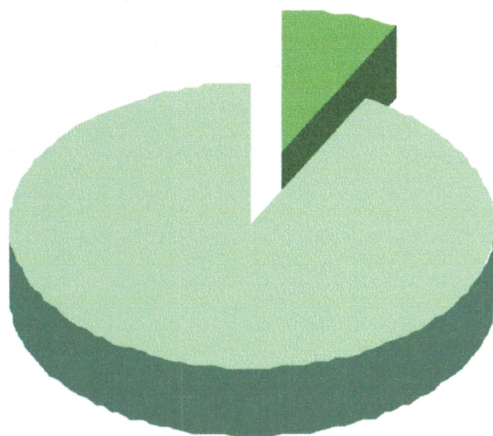


les causes de cesarienne en fct de la duree de la prise de la prog



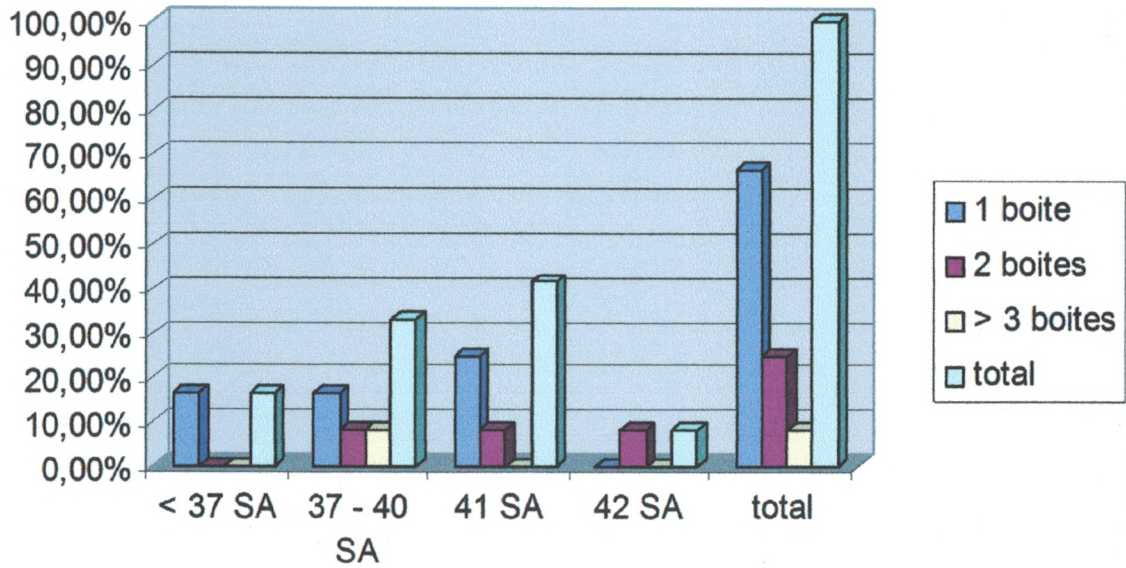
- dystocie de démarrage
- dilatation stationnaire
- SFA
- défaut d'engagement
- total

progesterone / declenchement

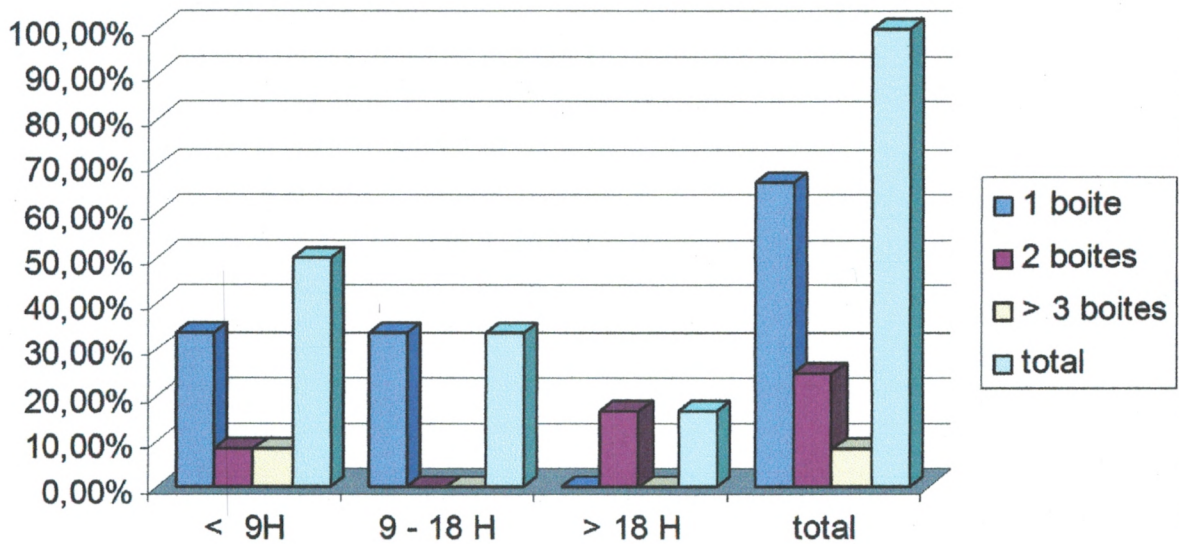


- (+)
- (-)

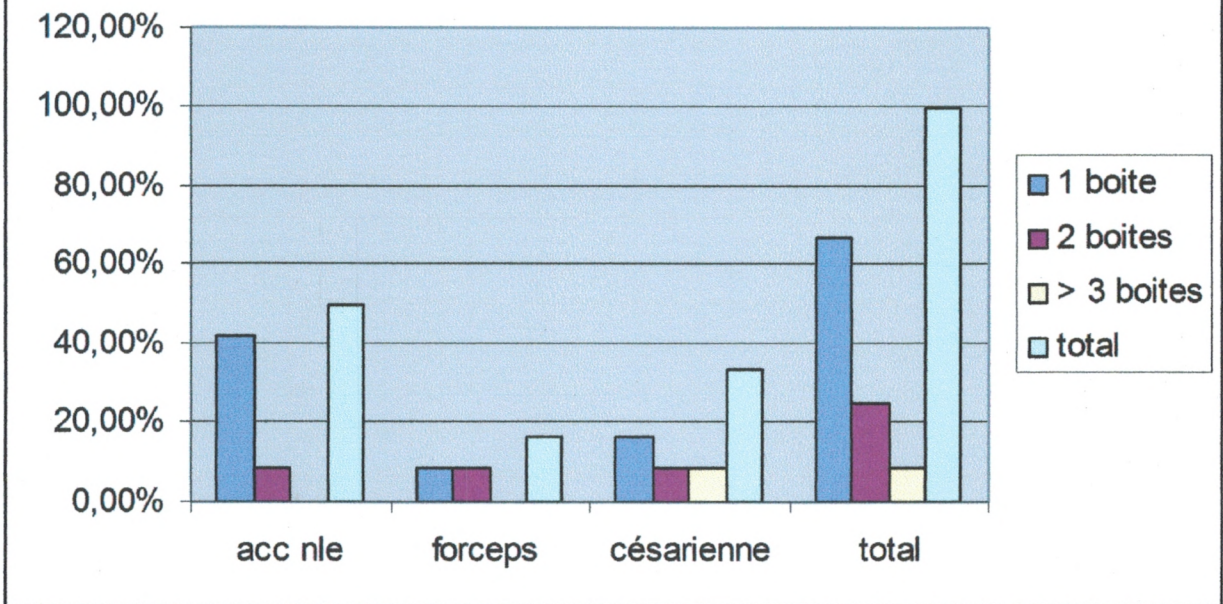
le terme gestationnel/qte d'utrogestan



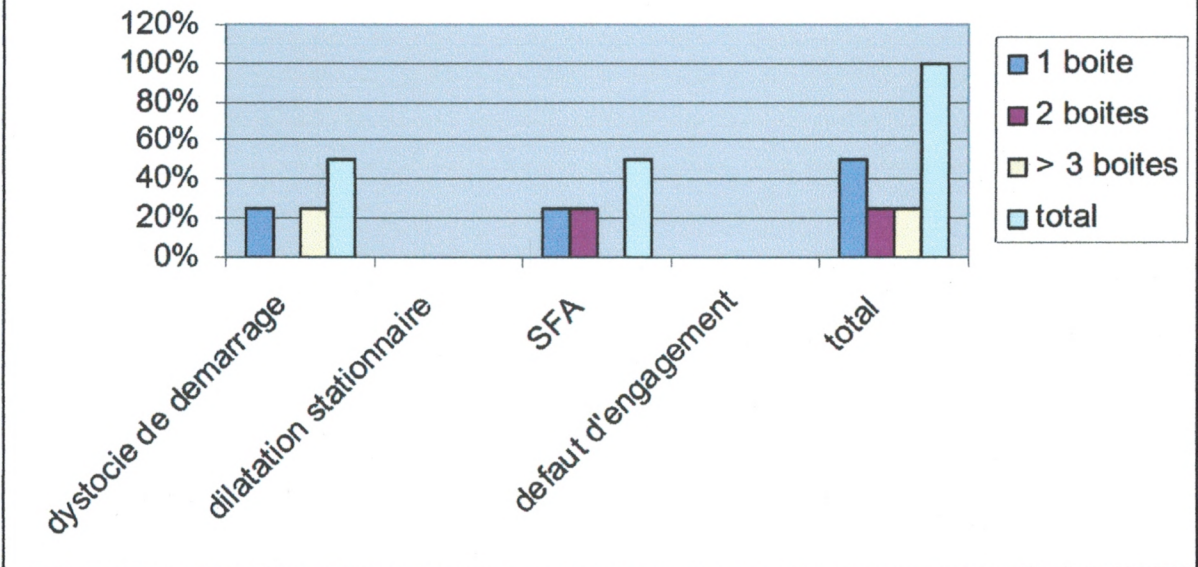
la duree de travail/qte d'utrog



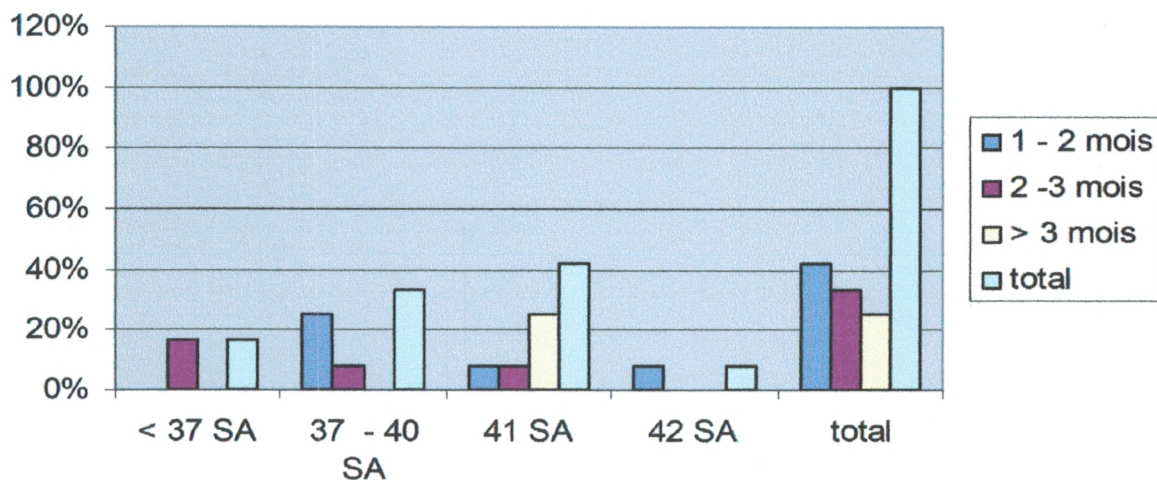
modalité d'acq/qte d'utrog



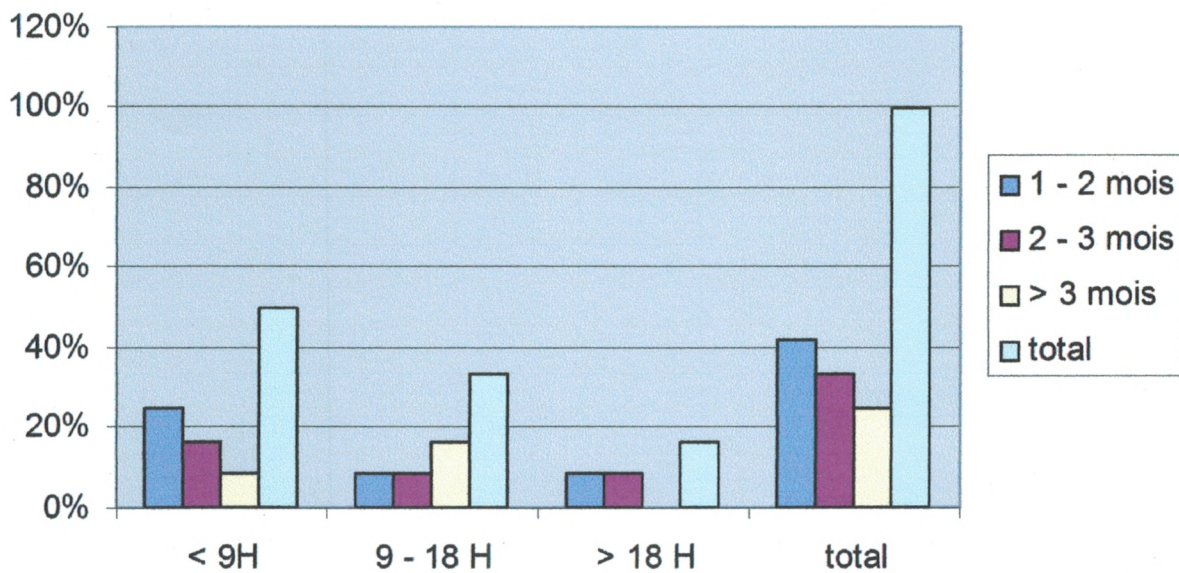
les causes de cesarienne /qte d'utrog



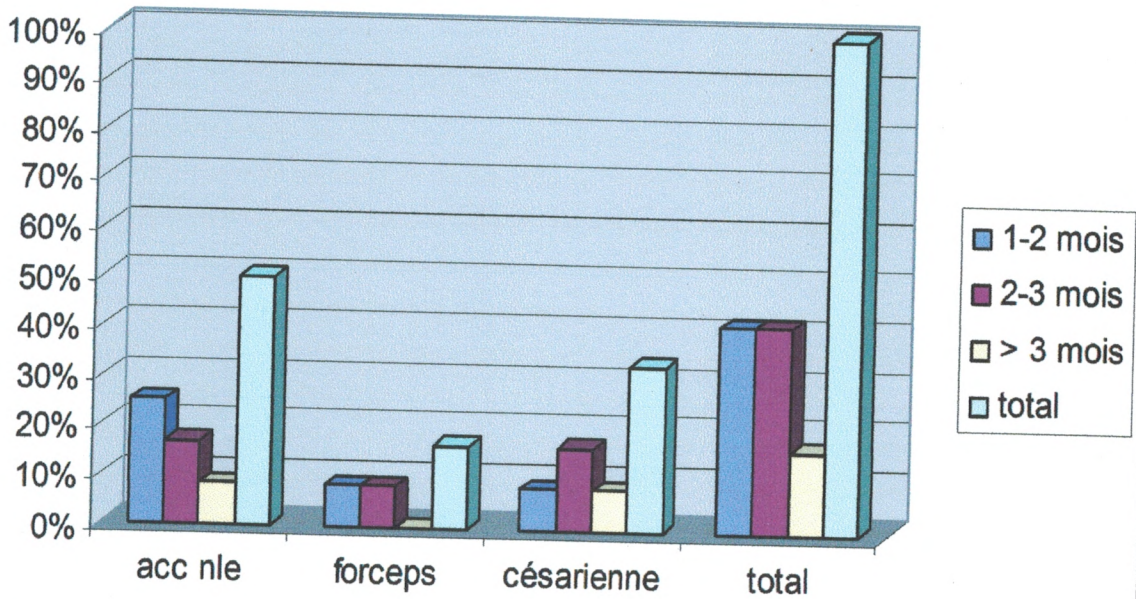
terme gestationnel/ duree d'utro



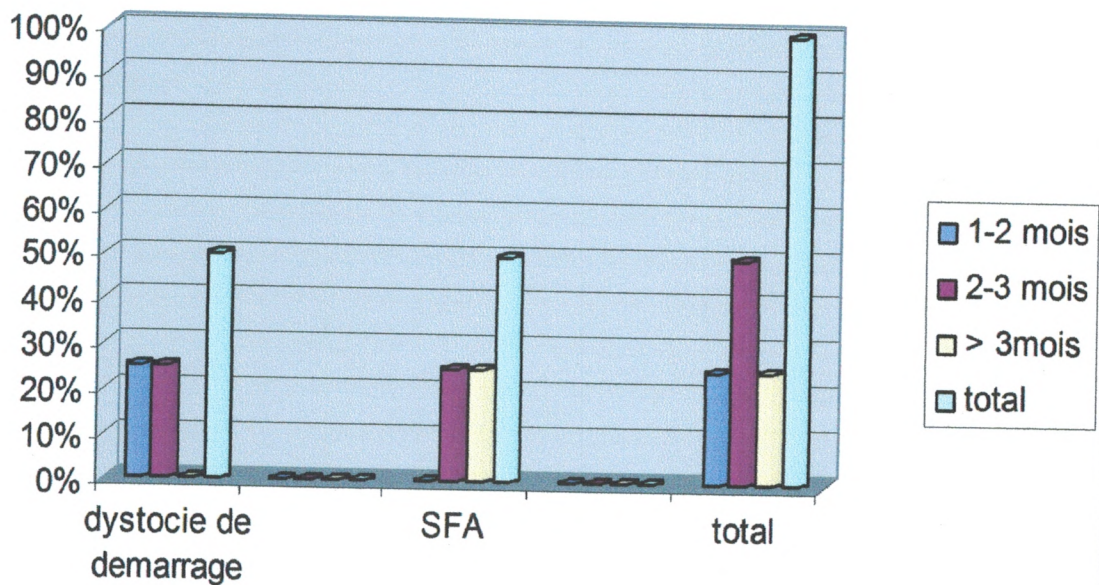
duree de travail/duree d'utrog



modalite d'acct/duree d'utrog



les causes de cesarienne/duree d'utro



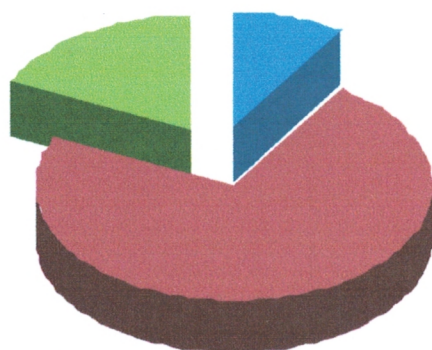
utrogestan+pr ogesterone/



■ acc nle

■ frrnc

utrogestan + progesterone/terme de grossesse



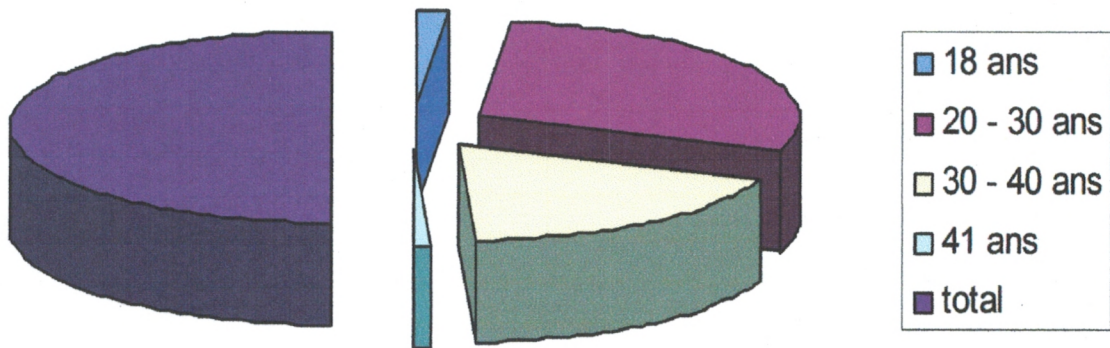
■ < 37 SA

■ 37-40 SA

■ 41 SA

■ 42 SA

age/prise de progesterone



V.COMMENTAIRE ET DISCUSSION :

1.Concernant la prise de progesterone :

- La prévalence périodique des femmes ayant pris la progesterone étant de 64/911 soit 7,02%.
- La tranche d'âge 20-30 ans a un léger avantage par rapport a la tranche d'âge 30-40 ans.
- Les primipares sont les plus concernées avec un pourcentage de 55%.

2.Concernant le type de progesterone pris :

La progesterone retard est la plus utilisée avec un effectif de 52/64 soit 81,3%.

3. Concernant le terme de grossesse :

● **Progestérone retard :**

Sur les 52 femmes l'ayant pris :

- ✓ 76,9% (62,5% de l'ensemble des parturientes) ont accouché a terme c'est-à-dire dans un intervalle de 37 – 40 SA.
- ✓ 11,5% (9,4% de l'ensemble des parturientes) ont présenté de terme contre seulement 1,9% (1,6% de l'ensemble des parturientes) de grossesse prolongée.
- ✓ Sur les 6 parturientes concernées par le dépassement de terme :
 - ✚ 5 n'ont pris qu'une boîte (soit 7,8% de l'ensemble des parturientes).
 - ✚ 3 l'ont pris pendant moins de 2 mois (soit 4,7%)
 - ✚ Pour l'unique cas de grossesse prolongée, la quantité prise a dépassée les 3 boîtes sur une durée de plus de 3 mois.

● **Utrogestan :**

5 parturientes sur les 12 prenants l'utrogestan (soit 7,8% de l'ensemble des parturientes) ont eu un dépassement de terme alors qu'un seul cas de grossesse prolongée a été décelé.

Sur les 5 femmes concernées par le dépassement de terme :

- ❖ 3 (4,7%) ont pris l'utrogestan sur plus de 3 mois.
- ❖ 4 (6,25%) n'ont pris qu'une seule boîte.

En ce qui concerne la grossesse prolongée, l'étude n'a révélée qu'un seul cas, la parturiente en question a pris 2 boîtes sur moins de 2 mois.

4. Concernant la durée de travail :

- **Progestérone retard :**

41 parturientes sur les 52 (soit 76% des parturientes traitées par la progestérone retard et 64% de l'ensemble des parturientes) ont eu une durée de travail de moins de 9h.

Une seule parturiente (1,6%) a eu un travail long de plus de 18h avec une prise de progestérone retard de moins de 3 boîtes sur une période de 2 mois.

- **Utrogestan :**

Seulement 2 parturientes (3,2%) ont eu un travail long de plus de 18 h, ces deux dernières ont consommé 2 boîtes d'utrogestan pendant moins de 3 mois.

5. Concernant les modalités d'accouchement :

- **Progestérone retard :**

4 femmes sur les 52 (soit 6,25%) ont eu a accouché par forceps, 2 d'entre elles (soit 3,2%) ont pris plus de 3 boites sur une durée de 2 a 3 mois.

4 parturientes (6,25%) ont subit une césarienne, 2 d'entre elles (soit 3,2%) ont consommé 3 boites en moins de 3 mois.

- **Utrogestan :**

2 femmes sur 12 ont accouché par forceps, elles ont consommé 2boites en moins de 3 mois.

4 parturientes ont subit une césarienne (6,25%), 2 d'entre elles ont consommé moins de 2 boites en moins de 3 mois

6. Concernant la césarienne :

• Progestérone retard :

les parturientes ont été césarisées pour :

- ✚ Dystocie de démarrage 1,6% avec une consommation d'une boîte en moins de 2 mois.
- ✚ Dilatation stationnaire 1,6% avec une consommation d'une boîte en moins de 3 mois.
- ✚ Souffrance fœtale aigüe 1,6% avec une consommation de plus de 3 boîtes sur plus de 3 mois.
- ✚ Défaut d'engagement 1,6% avec une consommation de moins de 3 boîtes sur plus de 3 mois.

• Utrogestan :

Deux situations ont imposé la césarienne a savoir :

- ✚ Dystocie de démarrage 6,25% avec une consommation allant d'une boîte a plus de 3 boîtes sur une durée de 1 a 3 mois.
- ✚ Souffrance fœtale aigüe 6,25% avec une consommation maximale de 2 boîtes sur une durée de 2 a plus de 3 mois.

7. Concernant le déclenchement :

5 femmes seulement ont fait l'expérience du déclenchement soit 7,81% dont le type de progestérone pris, la quantité et la durée de la prise n'ont pas pu être déterminé.

VI.CONCLUSION :

Les progestatifs au cours de la grossesse restent largement indiqués pour prévenir ou traiter une menace d'avortement spontané soit la prévention et traitement des menaces d'accouchement prématuré.

D'après les résultats de notre travail, on a constaté que les effets de la progesterone sont minimes sur la durée de grossesse et la modalité d'accouchement.

La prescription de progesterone dans un but thérapeutique durant la grossesse garde sa place en montrant son efficacité malgré ses effets indésirables discutés.

VII.REMERCIEMENT :

Que toutes les personnes nous ayant permis de mener a bien ce travail de these soient assurees de notre gratitude

On tiens a remercier Pr BENHABIB chef service de gyneco-obstetrique EHS Tlemcen responsable de cette etude, pour avoir accepte de nous encadrer, pour le choix du theme et de nous avoir accueilli et d'avoir mis a notre disposition tout le materiel necessaire.

On tiens a exprimer nos sincereres remerciements au Dr MALTI, maitre assistant à l'EHS de TLEMEN pour avoir participé activement a la correction de ce manuscrit afin de realiser cette etude. Ses competences techniques et son efficacite ont fortement contribue a la realisation de cette these.

Nos sincereres remerciements iront egalement aux autres assistants ; résidents ; paramédicaux et administratifs du service.

Nos profondes reconnaissances a l'ensemble des enseignants du departement de medecine, Universite de Tlemcen pour nous avoir appris l'autonomie, la debrouille et l' auto-critique.

Un grand merci a toutes les personnes qui nous ont soutenu de pres ou de loin au cours de la realisation de ce modeste travail.

VIII.BIBLIOGRAPHIE :

1. www.google.com

2. www.yahoo.com

3. www.doctissimo.com

4. www.laconferencehippocrat.com

5. Impact d'internat de gyneco-obstetrique :

-Grossesse et accouchement

-Accouchement prématuré

-Avortement

-La ménopause

-Neoplasie du sein

-Les fibromes

-les contraceptions

6. Atlas de physiologie.