



Pose et retrait de l'implant contraceptif sous-cutané

Installation and removal of subcutaneous contraceptive implant

Pascal Boulet¹, David Darmon²

exercer 2016;127:233-7.

pascalboulet@gmail.com

The contraceptive implant is the method with the best theoretical and practical efficiencies (99.9% and 99.9%) to prevent unwanted pregnancies. The general practitioner, mastering this method of contraception can help his patient to determine the most suitable contraceptive method. The technique described comes with a video on the journal website (www.exercer.fr).

Visualisez le geste technique en vidéo sur le site de la revue exercer : www.exercer.fr/numero/127/page/233/

(Pour y accéder, vous devez être abonné et connecté)

1. Département de médecine générale, UFR Rouen.

2. Département de médecine générale, UFR Nice.

Introduction

La contraception par implant est la méthode qui présente la meilleure efficacité théorique et pratique (99,9 % et 99,9 %) pour prévenir la grossesse non désirée¹. La stabilité du taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) en France, qui est de 1 IVG pour 4 naissances et concerne 36 % des femmes durant leur vie, montre l'utilité de proposer l'implant aux adolescentes et aux jeunes femmes². Dans un groupe d'adolescentes venant d'accoucher, le taux de grossesse à 12 mois était 8 fois plus important dans le groupe n'ayant pas choisi l'implant³. Ce mode de contraception nécessite un temps de dialogue pour recueillir les modalités de vie de la patiente, ses motivations et ses inquiétudes et pour l'aider à choisir sa contraception. L'implant comme mode de contraception est choisi par 2,6 % des femmes de 15 à 49 ans ; bien que faible, ce taux croît de 28 % avec le dispositif intra-utérin (DIU) en 2013⁴. Ceci est dû à la baisse de la contraception estroprogestative qui est utilisée par 50 % des femmes de 15 à 49 ans en 2010 et seulement par 41 % en 2013⁵.

Si l'implant est inconnu de la moitié des femmes, seulement utilisé par 0,82 % des adolescentes⁶, il est aussi peu posé par les médecins généralistes (MG). Les raisons sont multiples : 87 % évoquent la proximité de gynécologues et 50 % le manque de formation. D'autres raisons ont été avancées : la connaissance incomplète du produit, les réticences des patientes, le temps nécessaire à la pose, la difficulté technique du retrait, la nécessité d'un équipement spécifique, la faible cotation de l'acte, les effets indésirables. Parmi

les MG qui prescrivaient l'implant, 72 % le posaient ; cet acte était plus souvent pratiqué par les MG qui réalisaient d'autres gestes gynécologiques comme la pose de DIU ou la réalisation du frottis. Un frein à la pose était l'absence de couverture par les assurances en l'absence d'attestation justifiant une formation dispensée par un gynécologue ou par le fabricant^{7,8}.

Mode d'action

L'implant contraceptif contient 68 mg d'étonogestrel, métabolite actif du désogestrel. Il bloque la production ovocytaire et modifie la glaire cervicale, freinant le passage des spermatozoïdes. Commercialisé en France sous le nom de Nexplanon[®] (figure 1), c'est une tige flexible de 4 cm de long sur 2 mm de diamètre, non biodégradable, qui contient du sulfate de baryum pour permettre sa localisation. Le dispositif de pose assure une insertion superficielle. Son action s'étale sur 3 ans, est réversible, efficace à 99,9 % ; il est remboursé à 65 % par l'Assurance maladie. La pose peut être réalisée par un(e) gynécologue, une sage-femme ou un MG^{5,9,10}.



Figure 1. Exemple de matériel de pose d'implant (applicateur Nexplanon[®]).

Mots-clés

Contraception

3-céto-désogestrel

Prévention

Key words

Contraception

Etonogestrel

Prevention



Contre-indications

L'implant est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à l'un de ses composants, de grossesse connue ou possible, de thrombose veineuse évolutive, d'hémorragies génitales non expliquées, de pathologie hépatique avec des paramètres biologiques perturbés, de tumeurs dépendantes de la progestérone.

Efficacité

La comparaison sur 3 ans avec le DIU au lévonorgestrel (LNG) montrait une sécurité identique entre le LNG et l'implant, avec un taux de grossesse de 0,04 pour 100 années-femmes. Les causes de grossesses étaient fréquemment dues à l'existence de rapports non protégés durant la semaine qui suivait la pose de l'implant¹¹, voire les 14 jours suivant la pose¹³. Les autres causes étaient l'inefficacité (6,1 %) avec un dosage d'étonogestrel négatif, l'absence d'implant (5,5 %), les interactions médicamenteuses (1,6 %) avec les antiépileptiques, les antirétroviraux, les antituberculeux, les antibiotiques (griséofulvine) et le millepertuis¹⁰.

Effets indésirables

Des cas rares de complications au site de l'implant ont été décrits (0,23/1 000 implants) : cellulite ou fasciite nécrosante par défaut d'asepsie, thrombose veineuse superficielle, hématome ou hémorragie. Les lésions nerveuses sont devenues exceptionnelles avec la nouvelle méthode d'insertion qui évite la pose de l'implant en région profonde.

Le recensement des événements indésirables rapportait des cas peu fréquents de faiblesses musculaires, d'hypoesthésies et de névralgies, voire d'algodystrophies, mais également des manifestations cardiovasculaires graves (0,16/1 000) : infarctus du myocarde, accident ischémique transitoire, accident vasculaire cérébral hémorragique, embolie pulmonaire. Des troubles de l'humeur (0,04/1000) : dépression, agressivité, irritabilité et baisse de la libido étaient rapportées¹⁰.

Comparativement aux patientes portant un DIU, chez les patientes porteuses d'un implant, l'acné était significativement plus fréquente et les métrorragies survenaient plus souvent que chez celles portant un DIU au LNG (16,7 vs 12,5 % ; $p = 0,019$), alors que les règles abondantes et les douleurs pelviennes étaient significativement plus fréquentes chez les patientes porteuses d'un DIU au cuivre. La conséquence de ces désagréments était une différence de la poursuite d'utilisation à 3 ans significativement plus faible de 12 % pour l'implant par rapport au DIU-LNG¹⁴.

Chez des patientes nullipares, le taux de métrorragies était de 48 % sans lien démontré avec le poids. Le

taux de poursuite de l'implant dans cette population était de 78,5 %, 50 % et 40 % respectivement à 12, 24 et 32 mois. Dans ce groupe de patientes, 39 % étaient enceintes en moyenne 9 mois après l'ablation de l'implant. La satisfaction positive était rapportée par 60 à 70 % des patientes adolescentes¹².

Dans une population générale d'âge moyen de 27 ans avec un IMC moyen de 23, le taux de retrait la première année était de 35 % dont 11 % dus aux métrorragies¹⁴. Dans une étude portant sur 372 femmes dont 42,7 % étaient nullipares, deux tiers avaient conservé l'implant durant les 3 ans et 40 % se faisaient poser un second implant¹⁵. Le taux de retrait pour saignements était de 2,6 fois moins important chez les patientes en obésité¹⁶.

Périodes de pose

La pose de l'implant s'effectue, s'il s'agit d'un relais d'une contraception estroprogestative, dans les 5 premiers jours suivant l'arrêt du contraceptif et à tout moment dans le cas d'une contraception progestative. La pose est immédiate dans les suites d'un avortement du premier trimestre ou d'une IVG et entre la troisième et la quatrième semaine qui suit l'accouchement¹⁷. Concernant la pose de l'implant dans les suites immédiates ou à distance d'une IVG ou d'un accouchement, les taux de métrorragies étaient similaires¹⁸ ainsi que le taux d'utilisation à 3 ans de l'implant¹⁹. Une pose précoce permet d'éviter le risque de récurrence de grossesse non désirée. Il convient de s'assurer de l'absence de grossesse avant la pose.

Effets suite à la pose et au retrait

La pose ou le retrait peuvent occasionner une infection, un hématome en regard de la zone incisée. La patiente doit être avertie de ces éventualités et consulter sans attendre. Des difficultés peuvent survenir lors du retrait si l'implant est en position profonde ou s'il a migré, nécessitant parfois son retrait en milieu chirurgical. L'implant peut être cassé en plusieurs parties ; il doit être retiré même avant la date prévue avec l'obligation de multiplier les incisions.

Matériel nécessaire

Pour la pose :

- implant ;
- patch Emla[®], à faire disposer sur la zone d'insertion de l'implant ;
- anesthésique local (xylocaïne) au cas où l'anesthésie par patch ne serait pas efficace ;
- désinfectant cutané ;
- une paire de gants non stériles suffit si le trocart d'insertion n'est pas touché ;



- Steri-Strip[®] pour refermer la zone d'insertion ;
- bande auto-adhésive.

Pour le retrait, en plus du précédent :

- paire de gants stériles en cas d'implant difficile à extraire ;
- bistouri et lame de bistouri Swann Morton n° 11 ;
- set de suture avec pince métallique et champ opératoire à disposer sous le bras ;
- éventuellement pince Extrimplant[®] (figure 2) spécialement créée pour faciliter l'ablation de l'implant (<http://extrimplant.com/>) ;
- aiguille intramusculaire : à passer transversalement sous l'extrémité basse de l'implant dans le but d'immobiliser l'implant en position haute et pouvoir inciser facilement en regard.



Figure 2. Pince Extrimplant[®].

Procédures

Installation

La patiente est en position allongée sur le dos, le bras non dominant en abduction, fléchi et en rotation externe afin de bien exposer la face interne.

Anesthésie

- Ablation du patch anesthésique apposé 60 à 90 minutes plus tôt.
- Test de l'hyposensibilité en regard du point de ponction. Au besoin, compléter par une injection sous-cutanée de xylocaïne uniquement en regard du point de ponction. L'anesthésie sous-cutanée le long du trajet emprunté par le trocart n'apporte pas de confort supplémentaire : la sensibilité sous-dermique est faible, et l'aiguille utilisée pour l'anesthésie n'est pas toujours suffisamment longue pour couvrir la longueur du trocart. Sans anesthésie, une douleur modérée peut être ressentie lorsqu'on arrive à la fin de l'insertion du trocart surtout si l'insertion est très lente. Pour le retrait, la lidocaïne doit être déposée si possible sous l'implant, car son positionnement au-dessus de l'implant le masquerait et rendrait plus difficile sa localisation et son extraction. Volume injecté : 2-4 mL.

Antiseptie

- Désinfection locale à la Bétadine dermique[®].
- Disposer, éventuellement, un champ stérile sous le bras de la patiente. Cette disposition est utile si les instruments et l'applicateur d'insertion doivent être posés alors que l'étui de protection est retiré.
- Mettre des gants stériles si l'on doit toucher fréquemment la zone ponctionnée.

Pose de l'implant

- L'implant doit être posé dans la gouttière entre biceps et triceps. Le point de ponction pour introduire le trocart d'insertion doit être bas situé à 5 cm au-dessus de l'épicondyle médial (8 cm d'après la notice du fabricant), car l'implant sera positionné environ 2 cm au-dessus du point de ponction. Ne pas piquer sur une région présentant une lésion vasculaire, tumorale, inflammatoire, fibrosante ou infectée. On peut s'aider d'une marque dans la gouttière bicipitale qui permettra de conserver la bonne orientation durant la pose.
- Ôter la protection du trocart, ne pas orienter le trocart vers le bas afin de ne pas risquer de faire tomber l'implant. Sans protection, ne pas poser le trocart sur une surface non stérile. Ne pas tirer la manette disposée sur l'applicateur : cela aurait pour effet de provoquer le retrait irréversible du trocart et la libération de l'implant.
- Incliner de 30° l'applicateur par rapport au plan du bras, piquer la peau avec le trocart. Dès la ponction effectuée, horizontaliser l'applicateur. Pendant l'insertion, garder l'applicateur horizontal en position haute afin de bien cheminer en sous-cutané en prenant bien soin de suivre la gouttière entre biceps et triceps. Poursuivre l'insertion tant que le trocart n'est pas complètement introduit.
- Rétracter la manette située sur le dos de l'applicateur, ce qui provoque la rétraction du trocart. L'applicateur n'est plus tenu au bras et peut être enlevé.
- Vérifier que l'implant est bien positionné sous la peau. Une fois le pansement effectué, il peut être utile que la patiente se rende bien compte de la position de l'implant.
- Temps : 10 minutes.

Retrait de l'implant

- Disposer le champ stérile.
- Procéder au test de sensibilité et, au besoin, administrer une anesthésie à la lidocaïne.
- Repérage de l'implant : vérifier que l'implant est entier, pousser l'implant par son extrémité proximale afin de faire saillir l'extrémité basse. Repérer alors sa position distale sans mobiliser l'implant.
- Désinfection.



- L'incision longitudinale dans l'axe de l'implant débute au-dessus de l'implant sur quelques millimètres et se termine en avant de son extrémité distale. L'incision peut être également transversale au ras de l'implant. L'implant est poussé. Une fois extériorisé, l'implant est saisi avec une petite pince (pince à usage unique provenant d'un set de suture). Il est parfois nécessaire d'inciser la gaine fibreuse qui entoure l'implant et empêche son extraction.
- Arriver à extérioriser l'implant est parfois compliqué selon le taux d'adiposité au bras et la profondeur de l'implant. Il est possible d'utiliser soit la pince spécifique Extrimplant[®], soit une aiguille intramusculaire (IM) positionnée transversalement sous l'extrémité distale de l'implant pour le maintenir en position haute avant d'inciser à son extrémité. La suite de la procédure est identique une fois l'implant extériorisé.

Remplacement d'un implant par un nouvel implant

- Lors de la pose d'un implant, l'extrémité distale de l'implant est de 1 à 2 cm au-dessus du point de ponction. Pour éviter que le nouvel implant soit positionné encore plus haut, il est intéressant de bloquer l'implant à ôter le plus bas possible, mais cela peut rendre plus difficile l'extraction. L'utilisation de l'aiguille IM peut être utile.
- Une fois l'implant ôté, l'implant suivant est introduit par l'orifice d'extraction.
- Le temps est nécessairement un peu plus long.

Remerciements : les auteurs tiennent à remercier Audrey Barbé et Julien Sanavi (Bonsecours, 76) pour leur aide dans la réalisation de la vidéo.

Résumé

La contraception par implant est la méthode qui présente la meilleure efficacité théorique et pratique (99,9 % et 99,9 %) pour prévenir les grossesses non désirées. Le médecin généraliste, en maîtrisant ce mode de contraception, peut aider sa patiente à déterminer le moyen contraceptif le plus adapté à sa situation. La technique décrite dans cet article est assortie d'une vidéo visualisable sur le site de la revue exercer (www.exercer.fr).

Références

1. ChoisirSaContraception (consulté le 25 juillet 2016). Disponible sur : <http://www.choisirsacontraception.fr/trouver-la-bonne-contraception/quelle-est-la-meilleure-contraception/quelques-reperes.htm> [consulté le 28 août 2016].
2. Centre régional d'information et de prévention du sida Provence-Alpes-Côte d'Azur. Données sur la contraception, la contraception d'urgence et l'IVG en France. Marseille : Crips PACA, 2014. Disponible sur : <http://paca.lecrips.net/spip.php?article249#part3> [consulté le 25 juillet 2016].
3. Tocce KM, Sheeder JL, Teal SB. Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:481-7.
4. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Mise en œuvre de la politique sur la contraception. Saint-Maurice : Inpes, 2013. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp130515.pdf> [consulté le 11 juillet 2016].
5. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés* 2012;492:1-4.
6. Bernard P, Lartigue S. L'adolescente, sa contraception et son médecin généraliste. *exercer* 2009;86:41-4.
7. Attal E. L'implant contraceptif sous-cutané : perception du médecin généraliste. Thèse de médecine : Université de Nantes, 2012.

Pansement

- Ôter la Bétadine avec de l'alcool.
- Utiliser du Steri-Strip[®] pour la pose comme pour le retrait.
- Apposer une compresse non stérile 5 x 5 cm. La compresse peut aussi être remplacée par un pansement adhésif transparent étanche, ce qui permet de surveiller l'état de la zone d'insertion ou de retrait.
- Faire un pansement légèrement compressif avec une bande auto-adhésive.
- Maintien du pansement pendant 5 jours sans le mouiller.

Suivi

- Pour la pose comme pour le retrait, consulter en cas de douleur, gonflement, rougeur, suintement purulent, éruption irradiant vers l'aisselle, fièvre ou saignement persistant.
- Les métrorragies peuvent survenir ou non durant les premiers mois suivant la pose. Si les saignements deviennent difficilement supportables pour la patiente, le délai pour envisager le retrait est variable selon le ressenti de la patiente.

Tarifcation

La pose est cotée 17,99 € (code QZLA004) ; le retrait 41,8 € (code QZGA002). Aucun de ces actes n'est cumulable avec le C/CS.



8. Dessenne C. Approche de l'utilisation de l'implant contraceptif par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Thèse de médecine : Université de Lille-2, 2013.
9. Base de données publique des médicaments. Nexplanon 68 mg, implant pour usage sous-cutané. Disponible sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=66845924> [consulté le 25 juillet 2016].
10. Simon C, Agier MS, Béné J, et al. Profil des effets indésirables de l'implant d'étonogestrel (Nexplanon®, Implanon®) déclarés en France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2016; doi: 10.1016/j.jgyn.2016.03.013 [Epub ahead of print].
11. Mornar S, Chan L-N, Mistretta S, et al. Pharmacokinetics of the etonogestrel contraceptive implant in obese women. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:111-6.
12. Obijuru L, Bumpus R, Auinger P, et al. Etonogestrel Implants in Adolescents: Experience, Satisfaction and Continuation. *J Adolesc Health* 2016;58:284-9.
13. Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro LS, Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertil Steril* 2009;91:1646-53.
14. Bahamondes L, Brache V, Meirik O, Ali M, Habib N, Landoulsi S. A 3-year multicentre randomized controlled trial of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. *Hum Repr* 2015;30:252738.
15. Arribas-Mir L, Rueda-Lozano D, Agrela-Cardona M, et al. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. *Contraception* 2009;80:457-62.
16. Casey PM, Long ME, Marnach ML, Fleming-Harvey J, Drozdowicz LB, Weaver AL. Association of body mass index with removal of etonogestrel subdermal implant. *Contraception* 2013;87:370-4.
17. CHU Hôpitaux de Rouen. L'implant contraceptif. Disponible sur : <http://www3.chu-rouen.fr/Internet/votresante/planification/conseils/implant/#4> [consulté le 25 juillet 2016].
18. Ireland LD, Goyal V, Raker CA, Murray A, Allen RH. The effect of immediate postpartum compared to delayed postpartum and interval etonogestrel contraceptive implant insertion on removal rates for bleeding. *Contraception* 2014;90:253-8.
19. Madden T, Eisenberg DL, Zhao Q, et al. Continuation of the etonogestrel implant in women undergoing immediate post-abortion placement. *Obstet Gynecol* 2012;120:1053-9.
20. Haute autorité de santé. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_607182/fr/hygiene-et-prevention-du-risque-infectieux-en-cabinet-medical-ou-paramedical [consulté le 25 juillet 2016].
21. Peran A. État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux concernant l'implant contraceptif : enquête en Haute-Normandie. Thèse de médecine : Université de Rouen, 2015.