

Les dispositifs intra-utérins

ce qu'il faut savoir...

Types de stérilets

Trois types de stérilets avec lévonorgestrel et onze types de stérilets au cuivre sont actuellement disponibles sur le marché canadien (voir le tableau de la page 4).

Les stérilets avec lévonorgestrel contiennent différentes quantités d'hormones soit : Mirena® 52 mg, Kyleena® 19,5 mg et Jaydess® 13,5 mg. Le Kyleena® possède la même armature que le Jaydess®, soit plus court et moins large que le Mirena®, donc plus facile à insérer que ce dernier et possiblement moins de douleur lors de la pause. Mais comme il a plus d'hormone que le Jaydess®, il peut être laissé en place 5 ans au lieu de 3 ans.

Efficacité

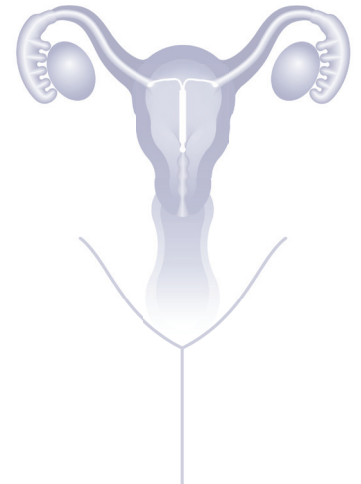
Cette méthode contraceptive est très efficace (0,6% d'échec avec le stérilet au cuivre et 0,2% avec le Mirena®). L'efficacité du Kyleena® et du Jaydess® se situe entre les deux.

La durée de l'efficacité des stérilets est plus longue que celle suggérée par Santé Canada selon plusieurs auteurs. Des données probantes semblent en effet indiquer que les stérilets TCu380A (soit ceux avec astérisque au tableau de la page 4) pourraient être utilisés pendant 12 ans et être laissés en place jusqu'à la ménopause chez les femmes âgées d'au moins 35 ans au moment de l'insertion.

Quant au Mirena®, il y a suffisamment de données probantes pour le laisser en place 7 ans s'il est inséré chez une femme de 45 ans et plus compte tenu de la faible probabilité de grossesse. Cette recommandation est soutenue par le consensus canadien sur la contraception 2016. Toutefois, les femmes qui voient réapparaître leurs menstruations ou des saignements abondants après un certain nombre d'années d'oligoménorrhée ou d'aménorrhée peuvent bénéficier d'un changement de stérilet plus précoce.

Clientèle

Toutes les femmes qui veulent utiliser une méthode contraceptive efficace devrait se voir offrir un stérilet (au cuivre ou avec lévonorgestrel) au même titre que les autres contraceptifs incluant les femmes nullipares et les adolescentes. Selon l'organisation mondiale de la santé, l'âge seul ne constitue pas une raison médicale de refuser aux adolescentes l'accès à quelque mode de contraception que ce soit. Il s'agit d'une recommandation de catégorie 2 du Centers for Disease Control and Prevention et du Consensus canadien sur la contraception 2016.



Les stérilets TCu380A (voir le tableau de la page 4) pourraient être utilisés pendant 12 ans et être laissés en place jusqu'à la ménopause chez les femmes âgées d'au moins 35 ans au moment de l'insertion. Le Mirena® peut être laissé en place 7 ans si inséré chez une femme de 45 ans et plus.

Mécanismes d'action

Stérilet au cuivre

La présence d'un corps étranger dans l'utérus amène une modification de l'endomètre qui le rend inapte à l'implantation à laquelle s'ajoute **l'effet toxique du cuivre sur les spermatozoïdes les rendant incapables de féconder un ovule.**

Stérilet avec lévonorgestrel

Le principal mécanisme d'action est lié à **l'augmentation de la viscosité de la glaire cervicale créant ainsi une barrière à la pénétration des spermatozoïdes.** L'endomètre devient également inapte à une implantation. L'anoovulation ne constitue pas un des mécanismes d'action puisque la majorité des femmes continue d'ovuler surtout après les premiers mois d'utilisation.

Selon l'organisation mondiale de la santé, l'âge seul ne constitue pas une raison médicale de refuser aux adolescentes l'accès à quelque mode de contraception que ce soit.

Contre-indications

Il y a **très peu de contre-indications** à l'utilisation des stérilets au cuivre ou avec lévonorgestrel. **Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser un stérilet** et peu de conditions médicales en limite son utilisation. Pour plus d'information consulter les recommandations du CDC :

www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/usmec.htm

Avantages

C'est une méthode contraceptive **très efficace, réversible et facile à utiliser chez pratiquement toutes les femmes**, notamment celles qui ont plus de difficultés avec la prise quotidienne. Les stérilets avec lévonorgestrel peuvent aider à contrôler les saignements irréguliers ou abondants et protègent aussi contre le cancer de l'endomètre et de l'ovaire. Les stérilets au cuivre protègent contre le cancer de l'endomètre et du col.

Effets secondaires

Les stérilets au cuivre **peuvent augmenter la quantité et la durée des menstruations de même que la dysménorrhée surtout dans les 3 à 6 premiers mois**. Ces symptômes tendent à diminuer avec le temps.

Les stérilets avec lévonorgestrel **peuvent induire des saignements irréguliers dans les premiers mois d'utilisation**. Après un an, un certain pourcentage de femmes sera aménorrhéique, ce qui signifie une absence complète de saignement (jusqu'à 20% avec Mirena®, environ 12% avec Kyleena® et 6% avec Jaydess®). Ce pourcentage augmente avec le temps. Les autres femmes verront le volume et la durée de leur menstruation diminuer de façon significative. Il ne faut donc pas leur dire qu'elles n'auront plus de menstruations car plusieurs pourraient être déçues. Les stérilets diminuent aussi significativement les taux de la dysménorrhée, notamment le Mirena®. L'acné, les troubles de l'humeur et de la mastalgie peuvent apparaître chez certaines femmes.

L'infection pelvienne

Les risques d'infection pelvienne après la pose d'un stérilet sont faibles (< 1%) et présents surtout au cours des premiers 20 jours. Ils sont associés au processus d'insertion. Par la suite, le risque revient à son niveau de base. Les infections subséquentes sont liées majoritairement à une ITS et non à la présence du stérilet dans l'utérus. En cas d'infection pelvienne, il n'est pas nécessaire d'enlever le stérilet avant de traiter. On réévaluera de 48 à 72 h après le début de l'antibiothérapie. S'il n'y a pas d'amélioration, il pourra être décidé d'enlever le stérilet, mais il ne semble pas que cette pratique modifie l'évolution de la maladie.

Les stérilets n'augmentent pas le risque d'infertilité. Le taux de grossesse chez les femmes qui ont utilisées un stérilet est le même que chez celles qui n'en ont jamais utilisées peu importe le type.

Chez la femme qui présente une infection pelvienne, il n'est pas nécessaire d'enlever le stérilet avant de traiter.

Moment de l'insertion

Le stérilet peut être inséré à un moment où l'on est raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Il n'est pas utile d'attendre la menstruation pour insérer un stérilet car cette pratique en limite l'accès. Il se peut qu'il n'y ait pas de rendez-vous disponible au moment de la menstruation ou la femme ne peut se libérer à cette période. Le moment de l'insertion n'a pas d'impact sur la douleur lors de la pose, les saignements ou l'expulsion à court terme.

Le stérilet au cuivre sera efficace immédiatement peu importe le moment de l'insertion, il n'est donc pas nécessaire d'utiliser une méthode de contraception supplémentaire après la pose. Par contre, pour le stérilet avec lévonorgestrel, s'il n'est pas inséré dans les 7 premiers jours du cycle, on doit recommander l'utilisation d'une méthode supplémentaire pour 7 jours.

En post-partum, on peut insérer un stérilet après 4 semaines et, en post-abortum, il est recommandé d'insérer le stérilet immédiatement après l'intervention.

Dépistage d'ITS

Le dépistage d'ITS peut être fait au moment de l'insertion. Dans les études où l'on a comparé le risque d'infection pelvienne chez des femmes ayant eu un dépistage avant l'insertion et traitées lors d'un résultat positif et celles qui avaient été dépistées au moment de la pose et traitées dans les jours qui suivent avec le traitement habituel si résultats positifs, le risque était comparable. Il n'y a pas de données suffisantes pour supporter le dépistage d'une vaginose bactérienne avant l'insertion d'un stérilet.

Grossesses ectopiques

L'utilisation d'un stérilet n'augmente pas le risque de grossesse ectopique. Les stérilets agissent en prévenant les grossesses intra et extra-utérines. Toutefois, si une femme devient enceinte avec un stérilet, il faut éliminer une grossesse ectopique.

Si la femme veut poursuivre sa grossesse et que les cordes sont visibles, le stérilet devrait être enlevé aussitôt que possible car il y a un risque d'avortement spontané, d'avortement septique et d'accouchement prématuré s'il est laissé en place. Si les cordes sont invisibles, il faudra vérifier sa position et la possibilité que la femme l'ait expulsé. S'il est dans l'utérus, la femme devra être référée pour un suivi de grossesse à risque si elle désire poursuivre sa grossesse.

Risque d'expulsion

Lorsqu'il y a expulsion, elle survient surtout dans les 3 premiers mois suivant l'insertion peu importe le type de stérilets (2 à 5% selon les études). Les facteurs de risques sont : les saignements menstruels abondants, les crampes menstruelles, les myomes utérins et l'inexpérience du professionnel qui a fait l'insertion.

La douleur

L'insertion est habituellement peu douloureuse mais beaucoup anticipée par les femmes. On peut **suggérer l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens pris de 30 à 60 minutes avant l'insertion**, mais on n'a pas démontré que cette pratique diminuait la douleur liée à l'insertion. Par contre, cette médication peut être efficace pour contrer la douleur après la pose. L'utilisation d'un bloc paracervical peut réduire la douleur au moment de l'insertion, notamment chez les nullipares.

Pour diminuer la douleur au moment de l'insertion, il est aussi suggéré de prendre son temps, de montrer le stérilet, d'expliquer la technique et d'interagir avec la femme lors de la pose. Cette approche peut contribuer à diminuer l'anxiété et potentiellement influencer la perception de la douleur. L'utilisation de misoprostol n'est pas recommandée.

Si une femme devient enceinte avec un stérilet, il faut éliminer une grossesse ectopique car de 15 à 50% de ces grossesses seront ectopiques.

Suivi

Une visite de suivi est suggérée de 4 à 12 semaines après l'insertion d'un stérilet. Cette visite devrait être planifiée avant 6 semaines si un stérilet au lévonorgestrel (Mirena®, Kyleena®, Jaydess®) a été inséré car la compagnie Bayer le remplace s'il y a eu expulsion dans cette limite.

Cette consultation permet de s'assurer de l'absence de signes d'infection ou d'expulsion, de rassurer sur le profil des saignements (*spotting* avec stérilet avec lévonorgestrel, ménorragie avec le stérilet au cuivre), de discuter du niveau de satisfaction et de répondre à toute autre inquiétude en lien avec la méthode.

Stérilet d'urgence

Le stérilet au cuivre est le seul qui peut être utilisé comme contraceptif d'urgence. Il peut être inséré jusqu'à 7 jours après une relation sexuelle non protégée s'il n'y a pas de contre-indication et si vous êtes raisonnablement certain que la femme n'est pas enceinte. Il s'agit de la méthode de contraception d'urgence la plus efficace (taux de grossesse de 0,09%).

Le stérilet peut par la suite être laissé en place chez la femme qui désire l'utiliser comme méthode de contraception régulière. Sinon, il pourra être enlevé à la prochaine menstruation et un autre moyen contraceptif sera prescrit.



Types de stérilets	Durée d'utilisation homologuée
Mirena (SIU-LNG 52 mg)	5 ans
Kyleena (SIU-LNG 19,5 mg)	5 ans
Jaydess (SIU-LNG 13,5 mg)	3 ans
Nova-T- 200 (retiré du marché)	3 ans
Flexi-T 300 court	5 ans
Flexi-t 300 + standard	5 ans
Flexi-T + 380 *	5 ans
Liberte UT 380 court	5 ans
Liberte UT 380 standard	5 ans
Liberte TT 380 court	5 ans
Liberte TT 380 standard *	10 ans
Mona Lisa 10 *	10 ans
Mona Lisa 5 standard	5 ans
Mona Lisa N	5 ans
Mona Lisa 5 Mini	5 ans



* Les données probantes issues des essais cliniques semblent indiquer que ces stérilets pourraient être laissés en place jusqu'à 12 ans.

Auteurs :

Dr Joceylyn Bérubé, Md, MSc, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Marie-Christine Gagnon, infirmière bachelière, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Références :

- Black A, Guilbert E, Costescu D et coll. Consensus canadien sur la contraception. 1^{ère} partie de 4, chapitre 1. JOGC; Octobre 2015:S1-S4.
- Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK et coll. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraception Use, 2016. MMWR recomb Rep 2016; 65(4):1-66.
- Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception. JOGC 2016; Feb;38(2) : 182-222.
- Teen pregnancy-Time to talk about long-acting reversible contraception. Contraceptive technology Update juin 2013; vol 34, (6):62-4
- Sufrin CB, Postlethwaite D, Armstrong et coll. Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis Screening at Intrauterine Device Insertion and Pelvic Inflammatory Disease. Obstetrics & Gynecology Décembre 2012; Vol 120 (6):1314-21.
- Caddy S, Yudin MH, Hakim J et Coll. Pratiques optimales en vue de minimiser le risque d'infection au moment de l'insertion d'un dispositif intra-utérin. JOJC Mars 2014; 305:S1-S11.
- Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. Contraception 2014; 89: 495-503.
- Jensen JT. Still Highly Effective: LNG IUS 52 mg at 7 years. OB/GYN Clinical Alert July 2016; vol 33 (3):20-1.