

Les dispositifs intra-utérins ce qu'il faut savoir ...

Types de stérilets

Deux types de stérilets avec lévonorgestrel et plusieurs types de stérilets au cuivre sont actuellement disponibles sur le marché canadien (voir le tableau à la fin du texte).

Les stérilets avec lévonorgestrel contiennent différentes quantités d'hormones soit : Mirena® 52 mg et Kyleena® 19,5 mg. Le Kyleena® possède une armature plus courte et moins large que le Mirena®, donc plus facile à insérer que ce dernier et possiblement moins de douleur lors de la pause. Il peut être laissé en place 5 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® 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 à la fin du texte) 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. Selon la société canadienne de pédiatrie (mai 2018), ils représentent un choix contraceptif de première intention chez les adolescentes.

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 qui s'ajoute à **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'anovulation ne constitue pas un des mécanismes d'action puisque la majorité des femmes continue d'ovuler surtout après les premiers mois d'utilisation notamment avec le Kyleena.

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® et environ 12 % avec Kyleena®). 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 dire aux femmes qu'elles n'auront plus de menstruations car plusieurs pourraient être déçues. Les stérilets au LNG diminuent aussi significativement la dysménorrhée, notamment le Mirena®. L'acné, les troubles de l'humeur et de la mastalgie peuvent apparaître chez certaines femmes.

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 dès 4 semaines après l'accouchement (voie vaginale ou césarienne) et en post-abortum, il est recommandé d'insérer le stérilet immédiatement après l'intervention.

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 souvent liées 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 de l'enlever, 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 utilisé un stérilet est le même que chez celles qui n'en ont jamais porté peu importe le type.

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.

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

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 compte tenu de l'importance des effets secondaires digestifs.

Suivi

Une visite de suivi est suggérée de 4 à 12 semaines après l'insertion d'un stérilet mais non obligatoire. Cette visite, le cas échéant, devrait être planifiée avant 6 semaines si un stérilet au lévonorgestrel

(Mirena®, Kyleena®) a été inséré car la compagnie Bayer le remplace s'il y a eu expulsion à l'intérieur de cette période.

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.

Si la visite de suivi n'est pas jugée nécessaire, les conseils sur les signes de danger et les situations nécessitant une consultation devraient être promulgués avant le départ.

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 et durée d'utilisation

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 (retiré du marché)
Nova-T- 200 (retiré du marché)	3 ans (retiré du marché)
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 les stérilets avec astérisque pourraient être laissés en place jusqu'à 12 ans.**

Auteurs :

Dr Jocelyn Bérubé, Md, MSc, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent : établissement Rimouski.

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

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.
- 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.
- Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK et coll. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraception Use, 2016. MMWR recombRep 2016; 65(4):1-66.
- Di Meglio G et coll. La contraception chez les adolescents canadiens : Documents de principes. La société canadienne de pédiatrie. 31 mai 2018.
- 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.
- Jensen JT. Still Highly Effective: LNG IUS 52 mg at 7 years. OB/GYN ClinicalAlert July 2016; vol 33 (3):20-1.
- Teenpregnancy-Time to talk about long-acting reversible contraception. Contraceptive technology Update juin 2013; vol 34, (6):62-4
- Sufrin CB, Postlethwaite D, Amstrong et coll. Neisseriagonorrhoea and Chlamydia trachomatis Screening at Intrauterine Device Insertion and Pelvic Inflammatory Disease. Obstetrics & Gynecology Décembre 2012; Vol 120 (6):1314-21.
- Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. Contraception 2014; 89: 495-503.