

Les dispositifs intra-utérins

La gestion des effets secondaires

Les effets secondaires liés à l'utilisation des stérilets au lévonorgestrel (LNG) ou au cuivre ne sont pas très fréquents, mais lorsqu'ils se produisent, ils peuvent être assez inconfortables et mener à l'abandon prématuré de la méthode. Le taux de retrait de stérilet lié à des effets secondaires est plus élevé avec les stérilets au LNG notamment à cause des effets hormonaux.

Ce document vous propose des pistes de solutions pour gérer les effets secondaires les plus fréquents.

Saignements

Les saignements sont des effets secondaires fréquents chez les utilisatrices de stérilet.

Avec un stérilet au LNG

Les stérilets au LNG peuvent induire des saignements irréguliers et habituellement peu abondants durant les premiers mois d'utilisation. Cet effet secondaire sera en général bien toléré si un *conselling* adéquat a été fait avant l'insertion. Rassurer les femmes est habituellement une intervention efficace. Les utilisatrices de stérilets au LNG connaissent une diminution importante du volume de perte de sang même avec les stérilets plus faiblement dosés en lévonorgestrel. Après un an, un certain pourcentage de femmes sera aménorrhéique et ce pourcentage augmente avec le temps. Le taux d'aménorrhée est plus important avec les stérilets plus fortement dosés en LNG.

Si les saignements persistent ou réapparaissent après plusieurs mois d'aménorrhée. Il faudra :

- éliminer une grossesse,
- éliminer une ITS,
- s'assurer que le stérilet est bien positionné,
- éliminer une infection pelvienne si douleur associée ou dyspareunie profonde.

Si tout est négatif, des alternatives de traitement sont proposées et peuvent diminuer significativement les saignements, bien que peu de données probantes les supportent.

Traitement des saignements irréguliers qui persistent

- Des anti-inflammatoires non-stéroïdiens peuvent être utilisés pendant 5 à 7 jours (ex.: Naproxen® 500 BID, ibuprofène 800 mg BID, célécoxib (Celebrex®) 200 mg ID, etc).
- L'ajout d'oestrogènes exogènes, en l'absence de contre-indication, peut également être proposé (ex.: oestrogènes conjugués équins (prémarine) 0,625 - 1,25 mg po ID x 28 jours, 17 β-estradiol (Estrace®) 1 - 2 mg po ID x 28 jours).
- L'ajout d'un COC pendant 1 à 3 mois, en l'absence de contre-indication.

Avec un stérilet au cuivre

Les femmes qui utilisent un stérilet au cuivre ont habituellement des menstruations plus longues et plus abondantes que sans stérilet, notamment durant les 3 à 6 premiers mois. La dysménorrhée pourrait également être exacerbée. Par la suite, ces symptômes tendent à se normaliser.

L'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens aide à diminuer le flux menstruel et à contrôler la dysménorrhée. Ils seront plus efficaces (notamment en présence de dysménorrhée) si débutés 12 à 24 heures avant le début de la menstruation et continués pour 3 à 4 jours.

Si cette médication n'a pas l'efficacité escomptée, on pourra prescrire de l'acide tranexamique (Cyklokapron®) dosé à 500 mg, 2 co TID à QID ou 4 g unidose quotidienne, pour 4 à 5 jours, si absence de contre-indications. Ce médicament diminue de façon significative la quantité de saignement, mais agit peu sur leur durée et n'est pas efficace pour contrôler la dysménorrhée.

Acné

De l'acné et certains autres symptômes androgéniques peuvent apparaître à la suite de l'insertion d'un stérilet au LNG. Même si une très petite quantité de lévonorgestrel passe dans le sang, l'effet du progestatif peut se faire sentir chez les femmes plus sensibles aux androgènes.

Il faudra être attentif à ces symptômes surtout pour les femmes qui ont déjà fait de l'acné, notamment celles qui ont déjà utilisées de l'Accutane®, de même que chez celles qui présentent déjà de l'acné léger. La femme pourra être référée à la pharmacie pour utiliser des traitements disponibles en vente libre sur recommandation du pharmacien. Les traitements topiques peuvent aussi être prescrits.

Si ces alternatives ne donnent pas l'effet escompté, des traitements systémiques seront prescrits même si peu de données probantes supportent leur utilisation lors de l'utilisation du stérilet au LNG

Traitement systémique de l'acné

- Spironolactone (Aldactone®) 50 à 100 mg ID. Il faudra alors surveiller la kaliémie (3 mois après l'initiation du traitement puis à chaque année).
- Acétate de cyprotérone (Androcur®) dosé à 12,5 mg ID (1/4 de comprimé de 50 mg). Ce dosage pourra être augmenté à 25 ou 50 mg ID s'il n'y a pas de résultats satisfaisants après 3 mois. Les comprimés étant très petits, il faut demander aux pharmaciens(nes) de couper les comprimés le cas échéant. On peut l'utiliser pour une longue période (> 1 an) si nécessaire. Bien que parfois associé à une diminution de la libido et à des troubles de l'humeur, ce traitement est habituellement bien toléré.
- Isotrétinoïne (Accutane®) peut être utilisé, mais comme dans cette situation, il ne constitue pas un traitement de l'acné, mais plutôt un traitement d'entretien, on devra le prescrire pour une longue période et à plus petite dose (ex.: 10 à 20 mg/jour). Le dosage peut être augmenté si pas efficace.

Troubles de l'humeur

Tel que mentionné précédemment, une très faible quantité de lévonorgestrel libérée par le stérilet au LNG est présente dans le sang et elle exerce un effet systémique. Pour une même quantité de progestatif, la réponse individuelle pourra être très différente. Les études ont démontré que les femmes en général ne se plaignaient pas de modifications de l'humeur lorsqu'elles utilisaient un stérilet au LNG. Par contre, pour une femme qui a déjà présenté un épisode de dépression, qui est prédisposée aux troubles de l'humeur, ou qui présente des symptômes prémenstruels d'intensité modérée à sévère, le stérilet au LNG n'est peut-être pas le premier choix contraceptif. Nous ne possédons pour l'instant aucune donnée probante nous laissant croire qu'un stérilet au LNG plus faiblement dosé exercerait un effet différent. Ces femmes ont une sensibilité particulière à la progestérone. Toutefois, si ce moyen contraceptif est choisi, un suivi plus étroit est recommandé.

Il est donc important de s'enquérir des antécédents personnels de troubles de l'humeur, de dépression, de prise d'antidépresseurs actuelle ou antérieure lors de l'anamnèse afin de faire un *conselling* adéquat pour le meilleur choix contraceptif chez cette femme.

Si les troubles de l'humeur apparaissent après la pose du stérilet, et que votre questionnaire ne décèle aucun autre facteur déclenchant, il faudra considérer d'enlever le stérilet. Un stérilet au cuivre pourra être proposé ou un contraceptif oral combiné, s'il n'y a pas de contre-indication.

Infection

Les risques d'infection pelvienne après la pose d'un stérilet sont faibles (< 1%) et présents surtout au cours des 20 premiers 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, on ne devrait pas 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 alors être décidé de l'enlever, mais il ne semble pas que cette pratique influence l'évolution de la maladie. Pour le traitement de l'infection pelvienne, suivre les recommandations émises par l'INESSS

Recommandation de l'INESSS en cas d'infection

- Ceftriaxone 250 mg IM en dose unique,
- + doxycycline 100 mg po BID X 14 jours,
- + métronidazole 500 mg BID pour 10 à 14 jours.

Selon plusieurs experts, l'utilisation du métronidazole pourrait être réservée aux infections plus sévères avec fièvre, suspicion d'abcès tubo-ovariens, etc., en raison de ses effets secondaires digestifs. Ce sera le premier médicament à cesser en cas d'intolérance digestive.

Kystes ovariens fonctionnels

Les kystes ovariens fonctionnels peuvent apparaître chez les femmes porteuses d'un stérilet au LNG. Ils sont plus fréquents dans la première année d'utilisation (surtout les 6 premiers mois). Ces kystes sont habituellement asymptomatiques et se résorbent spontanément. Ils peuvent aussi provoquer une douleur parfois intense, à début brusque, mais **ne nécessitent aucune intervention autre que la rassurance et l'utilisation d'analgésiques**. Ils sont moins fréquents avec les stérilets au LNG plus faiblement dosés en lévonorgestrel (environ 22 à 30 % des femmes avec un Mirena® et environ 10 à 12 % avec le Kyleena®).

Gain de poids

Bien que cet effet secondaire ait été signalé, un important essai randomisé mené sur une période de 5 ans n'a pas démontré de différence significative entre les utilisatrices de Mirena® et les utilisatrices de stérilets au cuivre. Toutefois, chez les femmes qui signalent cet effet secondaire et qui n'ont pas changé d'habitudes de vie, il faudra être réceptif à leurs plaintes et discuter de la possibilité d'utiliser un autre moyen contraceptif.

Mastalgie/ballonnement

Ces effets secondaires surviennent occasionnellement dans les premiers mois après la pose mais ils se résorbent habituellement rapidement. Il suffit de rassurer la femme en lui disant que cet effet indésirable est transitoire.

Recommandations de consulter

Il est recommandé de consulter après la pose d'un stérilet si :

- Longueur des fils a changé ou ils ne sont plus accessibles.
- Signes et symptômes de grossesse.
- Possible expulsion ou déplacement.
- Crampes ou saignements plus importants.
- Douleurs nouvelles lors des relations sexuelles.
- Saignement après les relations sexuelles.
- Pertes vaginales anormales.
- Toute autre inquiétude.

Auteur :

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

Collaboration à cet article :

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

Geneviève Morissette, infirmière bachelière, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-

Laurent : établissement Rimouski.

Références :

- Black A, Guilbert E, et Costescu D et coll. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception. JOGC 2016; Feb; 38(2) : 182-222.
- Cowett,A. Contraceptive options for your obese patients. Contemporary OB/GYN; mars 2007.
- Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK et coll. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraception Use, 2016. MMWR RecommRep 2016; 65(4):1-66.
- Hatcher RA et al. Contraceptive Technology 21th ed. Ardent Média Inc 2018.
- INESSS: Traitement pharmacologique; ITSS-APPROCHE SYNDROMIQUE, mise à jour avril 2018.
- Lignes directrices de la SOGC: No 292-Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018
- Merki-Feld GS, Apter D, Bartfai G et coll. ESC expert statement on the effects on mood of the natural cycle and progestin-only contraceptives. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2017; vol. 22, no 4, 247-49.

Revisé: juillet 2019