REVUES GÉNÉRALES
Contraception

Peut-on poser un DIU à une nullipare ?

RÉSUMÉ : Il n'y a pas d'arguments scientifiques pour refuser la pose d'un DIU/SIU chez une femme nullipare. Un dépistage des IST doit être fait chez la nullipare présentant des facteurs de risque.
Les recherches doivent se poursuivre pour faciliter la pose chez les nullipares. La forme et la taille des DIU/SIU, les mieux adaptées aux utérus de petite taille, restent à déterminer.

→ PH. FAUCHER
GCS Bluets-Trousseau, PARIS.

L'enquête menée par le groupe FECOND, publiée en 2013, sur l'utilisation du DIU en France fait apparaître que la prescription de ce moyen contraceptif est fortement corrélée à l'âge et à la parité : avant 25 ans, seulement 1 % des femmes utilisent le DIU *versus* 30 % après 30 ans, et 3 % des femmes nullipares sont porteuses d'un DIU *versus* 40 % des femmes ayant 2 enfants [1]. Cette discrimination est le fruit de réticences fortement ancrées chez les praticiens et les femmes : 41 % des gynécologues et 43 % des médecins généralistes interrogés considèrent en effet le DIU comme contre-indiqué chez la nullipare, et 56 % des femmes interrogées considèrent que la méthode n'est pas indiquée pour une femme n'ayant pas eu d'enfant.

Pourtant, si on considère les recommandations de l'OMS sur la contraception (régulièrement actualisées par un groupe d'experts), on constate que le fait pour une femme d'être nullipare la classe dans un état où les avantages du DIU l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés (classe 2), et où la méthode est utilisable d'une manière générale. En fait, une étude internationale a montré que 18 % des professionnels de santé interrogés en France ne connaissent pas les recommandations de l'OMS sur l'utilisation de la contraception (35 % au Canada, 41 % en Irlande !), et qu'ils sont 9 % à estimer que le DIU n'est pas utilisable chez la nullipare.

L'objectif de cette mise au point est d'apporter les preuves scientifiques qui permettront de vaincre les réticences et de lutter contre les fausses idées circulant sur l'utilisation du DIU chez la nullipare.

La crainte du risque infectieux

Les DIU actuels ont des fils monofilamenteux qui n'augmentent pas le risque d'infection génitale haute (IGH). Le risque d'IGH après pose d'un DIU est de 1,6 pour 1 000 femmes/année d'utilisation, soit le même que celui de la population générale. Le risque est multiplié par 6 dans les 20 jours suivant l'insertion. Le risque d'IGH semble moindre avec un LNG-SIU par rapport à un DIU au cuivre, avec de plus un effet protecteur. Par conséquent, il faut dire clairement que la pose d'un DIU n'augmente pas le risque d'IGH.

Les études montrent que les femmes porteuses d'une IST ont un risque plus

POINTS FORTS

Recommandations de la HAS 2015

- Les DIU sont proposés à toutes les femmes, quelle que soit la parité (nullipares comprises), dès lors que les contre-indications à la pose, les risques infectieux, le risque de grossesse extra-utérine et les situations à risque ont été écartés.
- L'administration d'antalgiques avant la pose peut être proposée, notamment chez une femme nullipare, dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé que chez la femme multipare.
- Les femmes doivent être informées de la pose, souvent plus douloureuse chez les nullipares.
- Avant 20 ans, l'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, tout en rappelant les risques d'expulsion chez les nullipares.
- Le RCP de Mirena précise que ce dispositif intra-utérin n'est pas une méthode contraceptive de première intention chez les jeunes femmes nullipares. La Commission de la transparence a, quant à elle, situé Mirena en deuxième intention, après les stérilets au cuivre.

élevé que les femmes sans IST de développer une IGH si un DIU est inséré, mais ce risque est faible : 0-5 % *versus* 0-2 % [2]. Il n'y a pas d'études permettant de savoir si le risque d'IGH des femmes porteuse d'une IST sans avoir de pose de DIU est du même ordre de grandeur. Alors même que l'on ignore si le fait de poser un DIU à une femme porteuse d'une IST augmente son risque de développer une IGH, la question de pratiquer un dépistage des IST se pose. En effet, il est recommandé de ne pas poser un DIU en présence d'une IST.

Chez la femme nullipare, le risque infectieux n'est pas supérieur à celui de la femme multipare après pose d'un DIU. La nulliparité n'étant pas un facteur de risque d'IST, il n'y a donc pas lieu de prescrire un dépistage systématique des IST. Un interrogatoire sur la sexualité doit, dans tous les cas, être fait pour identifier les femmes à haut risque d'IST (âge < 25 ans et sexuellement active, nouveau partenaire sexuel dans les 3 derniers mois, plus d'un partenaire sexuel dans l'année, avoir un partenaire sexuel qui a d'autres partenaires, avoir des antécédents d'IST, être en contact avec une personne atteinte d'IST, prise d'alcool ou de drogue).

Un dépistage des IST (*Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhœæ*) doit être proposé à toutes les femmes identifiées comme étant à haut risque d'IST. En revanche, il n'y a pas lieu de rechercher d'autres infections génitales basses chez une femme asymptomatique. Si possible, le résultat du dépistage doit être connu et le traitement éventuel débuté avant ou au moment de la pose du DIU. Si le résultat du dépistage n'est pas connu, le DIU peut être inséré sans antibioprophylaxie si la femme est asymptomatique et peut être recontactée et traitée rapidement dès le résultat connu.

La crainte de la GEU

Quand une femme porteuse d'un DIU est enceinte, le pourcentage de GEU est plus élevé (10 %) que parmi les femmes enceintes sans contraception (2 %), mais le nombre de GEU est beaucoup plus faible parmi les utilisatrices de DIU que parmi les femmes sans contraception Ainsi, une femme susceptible de souffrir d'une GEU court huit fois moins de risque en se faisant poser un DIU qu'en n'ayant pas de contraception. Par ailleurs, un antécédent de GEU n'est pas une contre-indication à la pose d'un DIU.

La crainte de l'infertilité

Les études sur la fertilité après utilisation d'un DIU sont peu nombreuses car difficiles à mener. Un étude publiée en 2001 retrouve la même proportion d'utilisation passée d'un DIU, dans une cohorte de femmes présentant une infertilité primaire avec occlusion tubaire comparée à une cohorte de femmes enceintes primipares [3]. Une étude prospective en Norvège n'a pas retrouvé de différence dans les taux de grossesse entre un groupe de femmes ayant fait retirer leur DIU pour être enceinte et un groupe de femmes ayant eu un retrait pour des complications [4]. Il est admis que l'utilisation passée d'un DIU n'est pas une cause d'infertilité, raison pour laquelle le terme de "stérilet" doit être banni car il entretient une inquiétude illégitime chez les utilisatrices, particulièrement les nullipares.

La crainte des difficultés techniques de pose et du risque d'expulsion

1. Douleur lors de la pose

Plusieurs études récentes mettent en évidence, à l'aide d'une échelle visuelle analogique, un score de douleur plus élevé lors de la pose d'un DIU chez les femmes nullipares. L'administration prophylactique d'AINS, de misopros-

tol ou l'injection intracervicale de lidocaïne n'ont pas fait la preuve de leur efficacité pour réduire l'intensité de la douleur lors de la pose d'un DIU chez une femme nullipare [5].

2. Perforation utérine

Le risque de perforation utérine lors de la pose d'un DIU est inférieur à 2 pour 1 000. Le risque est multiplié par 6 chez les femmes qui allaitent. La nulliparité n'augmente pas le risque de perforation utérine

3. Échec de la pose

Une étude menée aux États-Unis sur une cohorte de 1 177 adolescentes et jeunes femmes n'a pas montré de différence, selon la parité, sur le taux de succès lors de la première tentative de pose du DIU (succès chez 95,8 % des nullipares *versus* 96,7 % des femmes ayant accouché au moins une fois ; p = 0,45) [6]. De la même façon, une étude sur la pose d'un DIU dans le cadre de la contraception d'urgence a montré une différence non significative sur le taux d'échec en fonction de la parité (19,6 % d'échec de pose chez les nullipares *versus* 13,6 % chez les femmes ayant accouché au moins une fois) [7]. L'administration préalable de misoprostol dans le but de faciliter la pose d'un DIU a été étudiée chez les femmes nullipares dans plusieurs études. La majorité des résultats ne montrent pas d'influence significative de l'administration de misoprostol, qu'il s'agisse de faciliter la pose du DIU ou de diminuer la douleur ressentie par la patiente.

4. Expulsion

La meilleure étude sur le sujet est l'étude prospective américaine dit Contraceptive CHOICE Project, menée à Saint-Louis entre 2007 et 2011, ayant inclus 5 403 femmes (4 219 SIU au lévonorgestrel et 1 184 DIU au cuivre). Pendant la période d'observation de l'étude, 432 expulsions de SIU/DIU ont été rapportées, soit un taux cumulé d'expulsion à 3 ans de 10,2 %. Le risque d'expulsion est inférieur chez les femmes nullipares par rapport aux femmes ayant accouché au moins une fois (8,4 % *versus* 11,4 % ; p < 0,001). Lorsqu'on regarde les résultats chez les femmes nullipares selon le type de contraceptif intra-utérin, on constate que le risque moindre d'expulsion est observé avec SIU au lévonorgestrel, mais pas avec le DIU au cuivre [8].

La crainte d'une mauvaise tolérance

Dans l'étude de S. Garbers, portant sur 234 femmes utilisant le DIU au cuivre, il n'y a pas de différence sur le taux de continuation à 6 mois en fonction de la parité (90,4 % chez les nullipares *versus* 88 % chez les femmes ayant accouché au moins une fois [9]. De la même façon dans l'étude de J. Aoun, il n'y a pas de différence significative sur le taux de discontinuation de la méthode, après un suivi moyen de 37 mois, entre les femmes nullipares et les femmes ayant accouché au moins une fois [10]. Une nuance existe dans l'étude de M. Abraham, puisque l'analyse multivariée des facteurs de risque de discontinuation à 12 mois montre un risque plus élevé d'abandon de la méthode chez les femmes nullipares, mais uniquement pour celles porteuses d'un DIU au cuivre (pas de différence s'il s'agit d'un SIU au lévonorgestrel) [11].

Conclusion

Il n'y a pas d'arguments scientifiques pour refuser la pose d'un DIU/SIU chez une femme nullipare. Un dépistage des IST doit être fait chez la nullipare présentant des facteurs de risque. Les recherches doivent se poursuivre pour faciliter la pose chez les nullipares.

La forme et la taille des DIU/SIU les mieux adaptées aux utérus de petite taille restent à déterminer

Bibliographie

1. Moreau C, Bohet A, Hassoun D *et al.* FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*, 2014;89:9-16.
2. Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception*, 2006;73:145-153.
3. Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ *et al.* Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New Engl J Med*, 2001;345:561e7.
4. Hov GG, Skjeldestad FE, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility Follow- up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception*, 2007;75:88e92
5. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF *et al.*; Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group. Prophylactic ibuprofen does not improve pain with IUD insertion: a randomized trial. *Contraception*, 2015;91:193-197.
6. Teal SB *et al.* Insertion characteristics of intrauterine devices in adolescents and young women: success, ancillary measures, and complications. *Am J Obstet Gynecol*, 2015;213:515.e1-5.
7. Dermish AI *et al.* Failed IUD insertions in community practice: an under-recognized problem? *Contraception*, 2013;87:182-186.
8. Madden T *et al.* Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstet Gynecol*, 2014;124:718-726.
9. Garbers S *et al.* Continuation of copper-containing intrauterine devices at 6 months *Contraception*, 2013;87:101-106.
10. Aoun J *et al.* Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol*, 2014;123:585-592.
11. Abraham M *et al.* Young Age, Nulliparity, and Continuation of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. *Obstet Gynecol*, 2015;126:823-829.
12. HAS : Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles ; Mise à jour 2015.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.