

Contraception

DIU chez la nullipare

RÉSUMÉ : Même si les patientes jeunes et les praticiens émettent encore parfois certaines craintes à poser un DIU, celui-ci est un moyen de contraception de longue durée d'action à privilégier chez nos patientes nullipares. En effet, il présente des taux de continuation et de satisfaction bien meilleurs que les contraceptions orales avec une efficacité indépendante de l'observance.

Les risques de complications ne sont pas augmentés chez la nullipare si nous respectons les contre-indications et dépistons les infections sexuellement transmissibles en cas de facteur(s) de risque.



M. LAMBERT

Service de Gynécologie, Centre Aliénor d'Aquitaine, Centre Hospitalier Universitaire de BORDEAUX.

L'utilisation du dispositif intra-utérin (DIU) chez la nullipare est victime de nombreuses idées reçues. En effet, selon l'étude française FECOND menée en 2010, 57 % des femmes considéraient que le DIU n'était pas un moyen de contraception recommandé chez les nullipares, ainsi que 68 % des gynécologues et 85 % des médecins généralistes, évoquant principalement un risque d'infection et d'infertilité [1]. Cela expliquait que le DIU concernait seulement 3 % des nullipares et restait un moyen de contraception de la patiente de plus de 30 ans, âge moyen de la première naissance en France. Cependant, "choisir sa contraception" est le slogan des dernières campagnes contraceptives et un nombre croissant de patientes nullipares souhaitent un DIU.

Les avantages évoqués pour ce type de contraception sont une facilité d'observance, un coût réduit, une efficacité indépendante de l'observance et une utilisation possible en cas de contre-indication ou de crainte de la contraception estroprogestative. De plus, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) mises à jour en 2016, le DIU au cuivre est à proposer en première intention quelle que soit la parité en l'absence de contre-indication [2].

Les contre-indications à la pose d'un DIU sont les mêmes chez une patiente

nullipare et ayant déjà accouché. Il nous suffira d'utiliser un DIU de taille adaptée à la nullipare (modèle *short*) et de délivrer une information claire à la patiente sur les effets indésirables et les risques potentiels. Cet article présente les différents freins professionnels et sociétaux au choix du DIU.

Le risque de maladie inflammatoire pelvienne

Ce risque est évalué à 1,6 pour 1 000 femmes par an et prédomine dans les 20 jours après l'insertion (9,7 contre 1,4/1 000 femmes ensuite) [3]. Le risque d'infection génitale haute (IGH) puis de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) reste très faible chez les patientes porteuses d'un DIU et serait majoré en cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae* lors de la pose (0-5 % versus 0-2 %) [4]. Le risque infectieux n'est pas augmenté chez les patientes nullipares. Il s'agit de l'exposition aux infections sexuellement transmissibles (IST) et non du DIU lui-même qui est responsable d'IGH ou de MIP après le premier mois d'utilisation. Il est donc nécessaire de dépister les IST avant la pose d'un DIU avec un prélèvement vaginal ou de l'endocol à la recherche de *Chlamydia trachomatis*. Selon l'étude de Grentzer *et al.*, si nous retenons comme facteurs de risque l'âge inférieur ou égal

à 25 ans, la notion de partenaires sexuels multiples, l'utilisation non systématique des préservatifs et/ou l'antécédent personnel d'IST, la sensibilité de retrouver une IST sur le prélèvement bactériologique est de 99,3 %.

Par ailleurs, nous pouvons noter que le Collège américain des gynécologues et obstétriciens ne recommande pas d'attendre le résultat du prélèvement vaginal lors de la pose si la patiente est asymptomatique ni d'instaurer d'antibioprophylaxie particulière, les études ne montrant pas plus de cas d'IGH dans ces situations. Le plus souvent, en cas de prélèvement positif, la patiente était traitée rapidement sans retrait du DIU. Pour la HAS et le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), l'antibioprophylaxie n'est pas recommandée le jour de la pose du DIU devant l'absence de diminution du nombre d'IGH (risque faible) et d'efficacité des thérapeutiques testées. Le DIU ne sera pas posé si le prélèvement bactériologique est positif et la patiente symptomatique. Dans ce cas, un contrôle après traitement sera effectué avant d'envisager la pose du DIU.

■ Le risque d'infertilité tubaire

L'utilisation antérieure d'un DIU chez les patientes nullipares n'augmente pas le risque de pathologie tubaire [5]. En revanche, la présence d'une sérologie *Chlamydia trachomatis* positive est pourvoyeuse d'infertilité tubaire avec un risque multiplié par 2 [6]. Cela confirme que le risque d'infection et d'infertilité est lié au comportement sexuel des patientes et non au DIU.

■ Le risque de grossesse extra-utérine

Le taux de grossesse sous DIU est faible (< 1 %/an), y compris le taux de grossesse extra-utérine (GEU). En effet, le risque de GEU sous DIU est inférieur d'un facteur 10 à celui des femmes sans

contraception. Bien entendu, en cas de grossesse, il faudra en premier lieu éliminer une GEU (5-10 %). Ce risque est indépendant de la parité. Selon la HAS et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'antécédent de GEU n'est pas une contre-indication à la pose d'un DIU [2].

■ Les difficultés à l'insertion

La majorité des études n'observent pas d'augmentation du risque d'échec de pose chez les nullipares (4,2 % versus 3,3 % chez les patientes ayant déjà accouché, $p = 0,45$ pour l'équipe de Teal *et al.*) [7]. En ce qui concerne le DIU au lévonorogestrel de 13,5 mg, une étude récente a rapporté une insertion réussie dans 99,7 % des cas et facile dans 94,4 % des cas [8].

Les douleurs lors de la pose sont plus intenses chez la nullipare mais restent acceptables pour la majorité des patientes. Un point important sera de les en informer lors de la discussion du choix de la méthode contraceptive et de prescrire un antispasmodique avant la pose (recommandation de la HAS [2]). Une revue de la littérature de 2016 ne montrait pas d'amélioration de l'insertion avec le misoprostol, les anti-inflammatoires, l'anesthésie locale à la lidocaïne ou encore le monoxyde d'azote inhalé [9]. Les praticiens se doivent donc d'être formés à la pose du DIU chez les nullipares afin de limiter les échecs et les douleurs.

■ Le risque de perforation

Il est rare (< 2/1 000 insertions) et n'est pas augmenté chez la patiente nullipare [7].

■ Le risque d'expulsion

Il n'est pas augmenté chez les nullipares (3,2 % versus 2,7 % chez les multipares, $p = 0,65$ pour Teal *et al.* [7] et 8,4 %

chez les nullipares versus 11,4 % chez les multipares, $p < 0,001$ pour Madden *et al.* [10]).

La pose d'un DIU est possible au cours d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) par méthode chirurgicale selon la HAS, même si le risque d'expulsion augmente d'un facteur 2,5 environ [10]. Cela permet néanmoins une diminution du coût et du risque de grossesse non désirée, d'IVG répétées par rapport aux autres moyens de contraception [11].

L'utilisation de la coupe menstruelle, de plus en plus pratiquée chez nos jeunes patientes, est possible avec un DIU. Il nous faudra cependant en avoir discuté et rester vigilants en coupant les fils très courts. De même, il nous faudra apprendre aux patientes à retirer correctement leur coupe avec un mouvement de bascule afin de limiter l'effet ventouse et le risque d'expulsion ou de déplacement du DIU.

■ La tolérance du DIU chez la nullipare

La revue de la littérature d'Usinger *et al.* a montré un taux de continuation à 12 mois du DIU chez les patientes de moins de 25 ans bien meilleur que celui des autres moyens de contraception ($p = 0,004$), en particulier par rapport à la contraception orale estroprogestative ($p < 0,001$) (fig. 1) [12].

En ce qui concerne le DIU au cuivre, une étude française récente a observé un taux de continuation à 1 an de 90 % chez la nullipare avec un taux de satisfaction de 93 %. Certes, les patientes ont signalé une augmentation de l'abondance des règles (84 %) et des dysménorrhées (80 %), mais elles ne s'en disaient que peu ou pas gênées dans respectivement 74 % et 58 % des cas [13]. Cela démontre l'importance de l'information de la patiente quant aux symptômes liés au DIU au cuivre.

Contraception

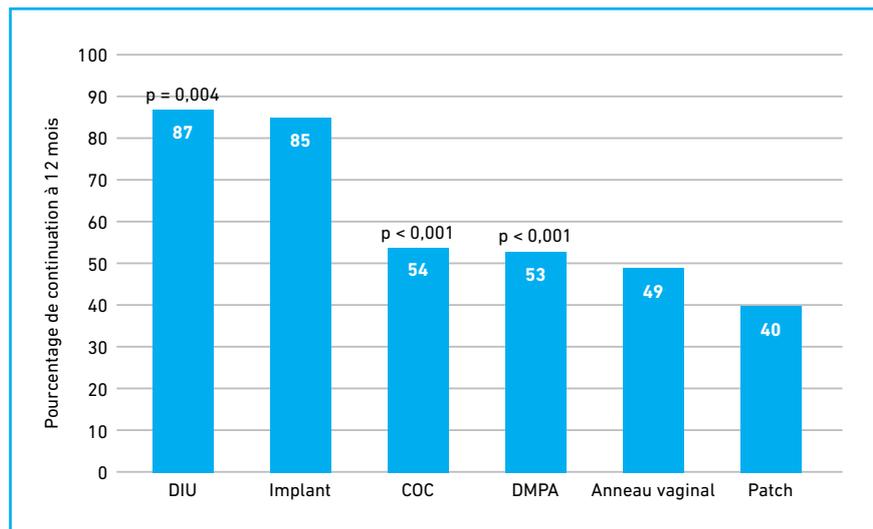


Fig. 1 : Continuation à 12 mois des différents moyens de contraception chez des patientes ≤ 25 ans d'après des études menées entre 2004 et 2015 [12]. DIU : dispositif intra-utérin ; COC : contraception orale combinée ; DMPA : dépôt d'acétate de médorogestérone.

Une autre étude n'a pas retrouvé de différence sur le taux de continuation à 6 mois en fonction de la parité (90,4 % chez les nullipares *versus* 88 % chez les multipares) [14].

La satisfaction des adolescentes utilisant un DIU au lévonorgestrel 13,5 mg est, elle aussi, excellente (83,4 %) avec peu de retraits prématurés (16,8 % à 12 mois)

et sans augmentation des complications [8]. Par rapport au DIU au cuivre, il est observé moins de complications et de retraits précoces avec le DIU au lévonorgestrel devant des dysménorrhées moindres quel que soit l'âge et moins de grossesses [15]. Ce type de DIU reste toujours indiqué en deuxième intention en France. Le retrait à 12 mois est significativement plus fréquent avec l'implant

progestatif (26,8 % *versus* 19,6 % avec le DIU au lévonorgestrel 13,5 mg) en raison d'un pourcentage plus important de ménométrorragies sous implant (11,3 % *versus* 3,2 %) [16].

Conclusion

Le DIU est à privilégier chez les patientes jeunes et nullipares qui souhaitent utiliser ce moyen de contraception de longue durée d'action. Le taux de continuation et la tolérance sont élevés, avec une efficacité excellente. Les IST devront être dépistées chez les femmes présentant des facteurs de risque. Il n'est pas retrouvé dans la littérature d'augmentation des risques (en particulier d'infection et d'infertilité) chez les nullipares.

Le praticien devra choisir un DIU de taille adaptée à la nullipare et être formé à sa pose. Le principal élément du succès de ce moyen de contraception sera l'information de la patiente (à propos de l'insertion et des éventuels effets secondaires) et son éducation thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- MOREAU C, BOHET A, HASSOUN D *et al.* IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*, 2014;89:9-16.
- HAS : Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013, Mise à jour septembre 2016.
- FARLEY TM, ROSENBERG MJ, ROWE PJ *et al.* Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet*, 1992;339:785-788.
- 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.
- STODDARD AM, XU H, MADDEN T *et al.* Fertility after intrauterine device removal: a pilot study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2015;20:223-230.
- HUBACHER D, LARA-RICALDE R, TAYLOR DJ *et al.* Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among

POINTS FORTS

- Le choix de la patiente est à respecter en l'absence de contre-indication et le DIU au cuivre peut être proposé en première intention quelle que soit la parité selon la HAS 2016.
- Un dépistage des IST avant la pose devra être réalisé en présence de facteur(s) de risque.
- La taille du DIU sera adaptée à la nullipare et la prescription d'antalgiques systématique avant la pose.
- La littérature ne retrouve pas d'augmentation des complications chez la patiente nullipare.
- L'information de la patiente et son éducation thérapeutique seront indispensables en lui exposant le déroulement de la pose et les signes cliniques devant l'amener à consulter ensuite.

- nulligravid women. *N Engl J Med*, 2001;345:561-567.
7. TEAL SB, ROMER SE, GOLDTHWAITE LM *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-e5.
 8. GEMZELL-DANIELSSON K, BUHLING KJ, DERMOUT SM *et al*. A Phase III, single-arm study of LNG-IUS 8, a low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system (total content 13.5mg) in postmenarcheal adolescents. *Contraception*, 2016;93:507-512.
 9. ZAPATA LB, JATLAOUI TC, MARCHBANKS PA *et al*. Medications to ease intrauterine device insertion: a systematic review. *Contraception*, 2016;94:739-759.
 10. MADDEN T, McNICHOLAS C, ZHAO Q *et al*. Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstet Gynecol*, 2014;124:718-726.
 11. GOODMAN S, HENDLISH SK, REEVES MF *et al*. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 2008;78:143-148.
 12. USINGER KM, GOLA SB, WEIS M *et al*. Intrauterine contraception continuation in adolescents and young women: a systematic review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2016;29:659-667.
 13. GUICHETEAU C, BOYER L, SOMÉ DA *et al*. Tolerance of copper intrauterine device in nulliparous patients: a single-center prospective study. *Gynecol Obstet Fertil*, 2015;43:144-150.
 14. GARBERS S, HAINES-STEPHAN J, LIPTON Y *et al*. Continuation of copper-containing intrauterine devices at 6 months. *Contraception*, 2013;87:101-106.
 15. BERENSON AB, TAN A, HIRTH JM *et al*. Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. *Obstet Gynecol*, 2013;121:951-958.
 16. APTER D, BRIGGS P, TUPPURAINEN M *et al*. A 12-month multicenter, randomized study comparing the levonorgestrel intrauterine system with the etonogestrel subdermal implant. *Fertil Steril*, 2016;106:151-157.e5.

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