



DIU

DIU : sûrs, efficaces et sous-utilisés

- Les DIU offrent plusieurs avantages comme leur innocuité, leur efficacité et leur coût modéré. Ils ont une durée d'action de 10ans et provoquent peu d'effets secondaires. En règle générale, le risque de MIP lié à leur usage demeure très faible.
- Si le coût initial du DIU est relativement élevé, car sa pose requiert l'intervention d'un prestataire qualifié, il se révèle économique à long terme.
- Pour réduire les risques de MIP et d'expulsion du dispositif, il faut que le protocole de pose soit scrupuleusement respecté.
- Il est déconseillé de poser un DIU si, au cours des 3 derniers mois, la femme a contracté une IST. La pose du dispositif chez un sujet infecté peut en effet conduire à une MIP.
- Au sein des populations affichant une forte prévalence d'IST, il est possible qu'une antibiothérapie puisse limiter le risque de survenue d'une MIP.

Résumé : les dispositifs intra-utérins (DIU) sont les contraceptifs à effet réversible les plus répandus dans le monde. Ils sont aussi très efficaces, sans danger et les femmes peuvent les utiliser pendant de longues années. Ils comptent parmi les méthodes contraceptives à effet réversible offrant le meilleur rapport coût-efficacité. Les DIU n'augmentent pas le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP), qui peut conduire à une infertilité ; ce risque est en fait lié aux infections sexuellement transmissibles (IST) préexistantes. Il est possible de former des prestataires autres que des médecins à la sélection des sujets susceptibles de recevoir un DIU ainsi qu'à la pose du dispositif. Afin de limiter au maximum les risques d'infection et d'expulsion précoces, il faut respecter les règles de la technique de pose ainsi que les créneaux les plus favorables pour la pratiquer.

Généralités : les dispositifs intra-utérins (DIU), qui comptent parmi les contraceptifs les plus fiables, sont aussi d'un excellent rapport coût-efficacité. Bien que peu répandus aux Etats-Unis, ils représentent la première méthode contraceptive à effet réversible dans le monde. Tous pays confondus, quelque 12 % des femmes mariées en âge de procréer utilisent un DIU. Seule la stérilisation chirurgicale, dont l'effet est permanent, la dépasse en termes de popularité (19 %). Dans la majorité des pays, le DIU le plus employé est le TCu-380A, un modèle au cuivre en forme de T. Ce dispositif est approuvé pour une durée d'utilisation de 10 ans, mais il est possible qu'il soit efficace jusqu'à 12 ans. Les DIU diffuseurs d'hormones, appelés des systèmes intra-utérins ou SIU, représentent un autre type de dispositif. Celui au lévonorgestrel, le SIU-LNg, est le plus courant. L'efficacité de ces deux dispositifs est comparable à celle de la stérilisation chirurgicale et probablement supérieure à celle du Norplant.

Si le coût initial du DIU est relativement élevé, il s'avère très économique quand la femme le garde entre 7 et 10 ans, d'où son excellent rapport coût-efficacité. Une fois le DIU en place, les frais ultérieurs sont en général minimes.

La pose d'un DIU requiert l'intervention d'un prestataire qualifié dans un cadre clinique et une visite de suivi un mois plus tard. Certains protocoles imposent trois autres visites la première année. Une récente étude conduite au Mexique (Hubacher, et al., 1999) a cependant révélé qu'il n'existait aucun écart significatif entre les taux de MIP constatés chez les femmes ayant deux visites (la première à 1 mois, la seconde à 12 mois) et chez celles ayant quatre visites dans l'année.

Toutes les femmes en âge de procréer, même celles n'ayant jamais eu d'enfant (nullipares), peuvent utiliser le DIU. Le risque d'expulsion du dispositif est plus élevé chez les

sujets nullipares ou de moins de 20 ans. On peut poser un DIU à toute phase du cycle menstruel, sous réserve que le prestataire s'assure que la femme n'est pas enceinte. Les contre-indications à l'emploi du DIU sont peu nombreuses et concernent surtout les sujets atteints d'une infection urogénitale. Il est ainsi déconseillé de le poser chez les femmes présentant une telle infection en post-partum ou en post-abortum, comme chez celles ayant actuellement une IST ou une MIP ou l'ayant eu au cours des trois derniers mois. En revanche, nombre des contre-indications relatives à d'autres méthodes de planification familiale ne s'appliquent pas aux DIU. Par exemple, les femmes qui fument, qui allaitent au sein (délai de 6 semaines pour le SIU-LNg) ou qui prennent des antibiotiques peuvent utiliser un DIU.

En général, les utilisatrices du DIU signalent moins d'effets secondaires que celles optant pour les contraceptifs oraux, injectables ou implantables. Cependant, les femmes se plaignent souvent de saignements intermenstruels et de crampes, surtout durant le premier mois, et, pour ces raisons, demandent parfois son retrait.

Au cours des premiers cycles suivant la pose, le Tcu-380A peut provoquer des règles abondantes et prolongées, une dysménorrhée et une microrragie (spotting) intermenstruelle ainsi que des crampes. Même s'ils s'atténuent en général avec le temps et s'ils sont moins fréquents chez les femmes plus âgées ou ayant eu au moins un enfant, ces effets secondaires sont la principale raison de l'abandon de la méthode. A l'inverse, chez les femmes utilisant le SIU-LNg, la principale cause de discontinuation est la disparition des règles ou leur irrégularité.

Les DIU n'augmentent pas le risque de grossesse extra-utérine (ectopique). Mais jusqu'à la moitié des rares grossesses qui surviennent chez les utilisatrices du DIU sont de cette nature.

DIU : sûrs, efficaces et sous-utilisés

Les taux de continuité d'emploi du TCu-380A ou du SIU-LNg sont comparables. Dans leur compte-rendu de l'examen de plusieurs études, J. A. Fortney et ses collaborateurs (1999) citent plusieurs articles sur ce sujet. Si les taux varient selon les sources, ils se situent le plus souvent autour de 80 % à 1 an et entre 38 et 50 % à 5 ans. Dans le cadre d'une enquête non clinique, le taux de continuité à 5 ans était même de 68 %.

Pose du DIU : sous condition d'être formés à la technique, d'autres prestataires que les médecins peuvent eux aussi poser un DIU. Afin de limiter les risques d'expulsion et d'infection, il faut que le protocole soit scrupuleusement respecté. Quand la pose s'effectue dans des conditions d'asepsie requises, le risque infectieux est nettement moindre.

Au cours de la première année, une expulsion du DIU se produit spontanément chez 2 à 10 % des utilisatrices. Les taux d'expulsion sont plus élevés durant les trois mois suivant la pose et chez les femmes âgées de moins de 20 ans. En cas d'expulsion, le risque de répétition de l'incident est de 30 %.

Risque d'infertilité : jusqu'à récemment, on considérait que les MIP, qui peuvent entraîner une infertilité, étaient la principale complication due aux DIU. De récents travaux ont pourtant remis en question cette supposée relation de cause à effet. Une étude menée auprès de 1.895 femmes (Hubacher, et al., 2001) n'a pas révélé d'association entre infertilité tubaire et usage antérieur du DIU, et ce quelle que soit la durée d'utilisation du dispositif. De plus, les chercheurs n'ont relevé aucun lien entre ce type d'infertilité et le retrait du DIU ou encore la présence ou l'absence de problèmes gynécologiques. Par contre, ils ont trouvé une nette association entre antécédents de chlamydie et infertilité.

IST et MIP : la survenue d'une MIP chez les utilisatrices d'un DIU s'explique par une mauvaise technique d'insertion et par la présence d'une IST au moment de la pose. Une MIP résulte le plus souvent de la remontée d'un agent pathogène du vagin ou du col utérin vers le tractus génital supérieur (utérus, trompes, ovaires). Cette propagation est facilitée par l'insertion du DIU dans la cavité utérine. Le risque de MIP est surtout marqué durant le mois suivant la pose, mais, après le premier trimestre, il est comparable à celui observé chez les femmes n'utilisant pas de DIU.

Une autre étude récente (Shelton, 2001) a permis de calculer les risques théoriques de MIP survenant dans les premiers mois après la pose d'un DIU chez les femmes atteintes d'une gonorrhée cervicale (GC) ou d'une chlamydie cervicale (CC). Selon le modèle utilisé par l'auteur, le taux de MIP symptomatiques attribuables au DIU demeure faible, même au sein des populations affichant une forte prévalence d'IST. Selon l'étude, le risque théorique de MIP consécutive à la pose d'un DIU n'est que

de 0,15 %, — soit moins d'une femme sur 600. Quand la prévalence globale des GC et des CC passe à 30 %, le risque n'est toujours que de 0,3 %.

Prophylaxie antibiotique : l'administration d'antibiotiques avant la pose d'un DIU peut réduire le nombre des consultations ultérieures sans rendez-vous. On ignore l'effet précis de cette prophylaxie, mais il est possible qu'elle limite le nombre des endométrites subcliniques, qui peuvent s'accompagner de douleurs et de saignements. Par contre, les antibiotiques semblent avoir peu d'effet sur les risques de MIP ou sur les taux d'abandon prématuré du DIU.

Une étude portant sur l'administration d'antibiotiques avant la pose du DIU (Grimes et Schulz, 1999) a en effet montré une nette réduction du nombre de visites au centre de soins, mais l'effet de cette thérapie sur les MIP ou sur les taux d'abandon n'était pas significatif au plan statistique. Cependant, au sein des populations très touchées par les IST, une prophylaxie antibiotique a des effets bénéfiques. Dans les endroits où la prévalence des gonorrhées et des chlamydioses est élevée, elle peut faire chuter d'un tiers non seulement le nombre des visites sans rendez-vous, mais aussi l'incidence des MIP. Les centres de santé situés dans des régions à forte prévalence d'IST pourraient donc vouloir envisager une telle couverture antibiotique.

Références bibliographiques :

- Family Health International. *Network* 2000;20(1):1-20.
- Fortney JA, Feldblum PJ, Raymond EG. Intrauterine devices – the optimal long-term contraceptive method? *J Reprod Med* 1999;44(3):269-74.
- Grimes D, Schulz K. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a meta-analysis of the randomized controlled trials. *Contraception* 1999;60(2):57-63.
- Stewart GK. Intrauterine devices (IUDs). In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al., eds. *Contraceptive Technology, 17th ed.* New York: Ardent Media, Inc; 1998.
- Hubacher D, Fortney J. Follow-up visits after IUD insertion – are more better? *J Reprod Med*. 1999;44(9):801-06.
- Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England J Med* 2001;345(8):561-67.
- Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Miller WC, et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception* 1999;59(2):97-106.
- Rivera R, Chen-Mok M, McMullen S. Analysis of client characteristics that may affect early discontinuation of the TCu-380A IUD. Document non publié. Family Health International, 1999.

La réalisation de ce document a bénéficié du soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Son contenu ne reflète pas nécessairement les positions ou la politique de l'USAID. © Family Health International, 2003.

Pour en savoir plus, contactez le projet *Research to Practice* (De la recherche à la pratique) de FHI : rtp@fhi.org.

PB-02-03F



PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 USA
1.919.544.7040
Fax: 1.919.544.7261
www.fhi.org

Research to Practice