Pourquoi choisir la contraception intra-utérine?

La rubrique *Les soins au féminin* est coordonnée par le Dr Pierre Fugère, professeur titulaire, Université de Montréal, et obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

Louise Lapensée, MD, FRCSC

Le stérilet est une méthode de contraception choisie par seulement 1 % des Canadiennes (tableau 1). Pourtant, la contraception intra-utérine (CIU), la stérilisation et les contraceptifs injectables présentent les taux d'échec les plus bas. Dans le passé, les stérilets ont eu une mauvaise presse, mais l'arrivée de nouvelles technologies en CIU est en voie d'améliorer leur popularité.

La CIU comporte plusieurs avantages. Elle est sans danger, avec un risque de mortalité inférieur à 1 sur 500 000. Elle est très efficace dès son installation, en post-avortement, en post-partum et même comme contraception d'urgence, à l'exception de Mirena® [figure 1]). Le stérilet est commode sexuellement (pratique lors de relations sexuelles), son observance thérapeutique et son taux de persévérance sont excellents et son utilisation peut être prolongée jusqu'à cinq ans.

Deux stérilets en cuivre sont offerts sur le marché canadien. Le Nova-T et le Flexi-T (figures 1 et 2) contiennent respectivement 200 mm^2 et 300 mm^2 de cuivre. Les stérilets en cuivre sont habituellement bien tolérés, mais peuvent parfois être associés à une augmentation des douleurs et du flot menstruel. Ils ont souvent été associés à une augmentation du risque de salpingite, mais une étude récente a démontré que l'utilisation antérieure du stérilet en cuivre n'est pas associée à un risque accru d'infertilité.[1]

Depuis plus de quatre ans, un système intra-utérin contenant du lévonorgestrel (SIU-LNG), appelé Mirena, est disponible au Canada. Le

Le cas de Geneviève

Geneviève, une professionnelle âgée de 26 ans, vient vous consulter pour changer de méthode contraceptive. Elle ne prévoit pas avoir d'enfants d'ici trois ou quatre ans, donc elle souhaite trouver une méthode de contraception fiable. Elle utlise présentement une méthode contraceptive hormonale intramusculaire, mais elle vous avoue avoir plusieurs effets indésirables à cause de celle-ci. De plus, elle avait de la difficulté à ne pas oublier de prendre ses contraceptifs oraux auparavant.

Que lui suggérez-vous?

réservoir d'hormones libère le progestatif à un taux initial de 20 µg par jour. Le retour à la fertilité s'effectue rapidement dès le premier mois suivant le retrait du stérilet. La majorité des femmes portant un SIU-LNG auront des cycles menstruels réguliers et ovulatoires.

L'efficacité contraceptive de ce stérilet est excellente, avec un indice de Pearl de 0,1 à 0,3/100 femmes-années et avec environ 1 % de grossesses après une période de 7 ans. Les échecs rapportés sont surtout secondaires à des problèmes d'insertion ou d'expulsion.[2]

La libération du lévonorgestrel confère des avantages uniques à ce stérilet. Son efficacité contraceptive a été comparée au stérilet Nova-T 200 mm^2 et a démontré une diminution significative des grossesses intra-utérines et ectopiques, mais une augmentation du taux de discontinuation due à des effets indésirables hormonaux ou à une aménorrhée. Les femmes ayant un SIU-LNG présentent des taux d'aménorrhée et d'expulsion significativement plus élevés que les femmes ayant un stérilet en cuivre de plus de 250 mm^2. Lorsqu'il y a échec du stérilet en cuivre ou du SIU-LNG, environ 20 % des grossesses sont ectopiques. Les taux de grossesses ectopiques sont de 0,25/100 femmes-années avec le Nova-T 200 mm^2 et de 0,02/100 femmes-années avec le SIU-LNG.

Les ménorragies

L'attrait principal du SIU-LNG pour les femmes est sa grande efficacité contraceptive et une diminution des saignements de l'ordre de 90 %. Vingt pour cent des femmes seront aménorrhéiques après la première année d'utilisation. La dysménorrhée est également réduite chez la plupart des femmes qui utilisent un stérilet. Plusieurs études ont évalué l'utilisation du SIU-LNG chez les femmes avec ménorragies.[3-8] Le SIU-LNG s'est avéré plus efficace que la noréthistérone pour diminuer les saignements. Quatre-vingt deux pour cent des femmes en attente d'une hystérectomie pour des ménorragies ont annulé leur opération chirurgicale à la suite de la mise en place d'un SIU-LNG. Il est également comparable à l'ablation de l'endomètre pour la diminution des saignements et la satisfaction de la femme.

Tableau 1
Utilisation des divers types de contraception au Canada

• Contraceptifs oraux	30 %
• Condoms	25 %
• Stérilisation	25 %
• Aucune méthode	15 %
• Coït interrompu	5 %
• Hystérectomie, ménopause	3 %
• Crème, mousse ou gel spermicides	3 %
• Méthode symptothermique	3 %
• Stérilet	1 %
• Diaphragme	1 %

Les fibromes

La présence de fibromes n'est pas une contre-indication à l'utilisation du SIU-LNG. Les saignements et la dysménorrhée sont réduits, de même que le volume total des fibromes, dès 6 mois après l'insertion du stérilet. Il est prudent de sélectionner les femmes avec un utérus de moins de 12 cm et

La **Dre Lapensée** est gynécologue-obstétricienne au CHUM, Hôpital Saint-Luc, et à la clinique de fertilité OVO.

une cavité utérine peu ou non déformée pour la pose du stérilet.

L'endométriose

Des données préliminaires suggèrent une diminution de la douleur et de la dyspareunie chez les femmes avec endométriose modérée à grave à la suite de l'insertion d'un SIU-LNG.[9,10]

Les nullipares

Le SIU-LNG n'est pas contre-indiqué chez les nullipares à faible risque de maladies transmissibles sexuellement (MTS). Ce stérilet réduit le risque de salpingites environ au même degré que les contraceptifs oraux. Cette diminution de risque est attribuable à l'épaississement de la glaire cervicale, à la réduction de la durée des menstruations et du flot menstruel et à l'atrophie de l'endomètre. Les nullipares sont légèrement plus à risque d'expulsion ou de retrait pour douleurs et/ou saignements. L'augmentation du risque d'infection avec un stérilet en cuivre ou hormonal est limitée aux 20 premiers jours qui suivent l'insertion. Par la suite, le taux d'infection pelvienne est de 3,4 /100 femmes-années avec le stérilet en cuivre de 200 mm^2, par rapport à 0,4/100 femmes-années avec le SIU-LNG.

Le post-avortement

Le stérilet peut être inséré immédiatement après un avortement. Les taux d'expulsion sont plus élevés après un avortement du deuxième trimestre. Au premier trimestre, les taux d'expulsion sont de 3,2 % pour une insertion immédiate et de 2,3 % pour une insertion deux semaines post-avortement. Une étude à répartition aléatoire a comparé l'insertion d'un SIU-LNG et d'un Nova-T immédiatement après l'avortement jusqu'à 12 semaines de grossesse. Les taux de grossesse après une période de 5 ans étaient de 0,8 % pour le SIU-LNG et de 9,5 % pour le Nova-T, une différence statistiquementsignificative. Les taux d'expulsion après 5 ans étaient de 10,5 % pour le SIU-LNG et de 15,4 % pour le Nova-T.

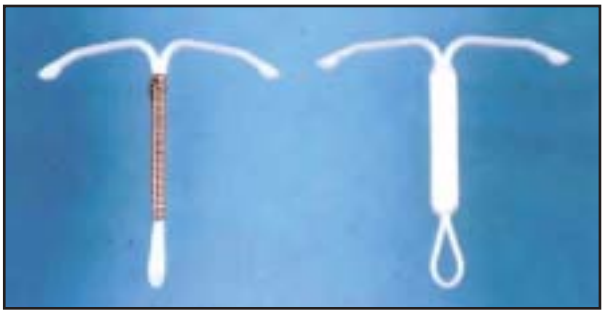

Figure 1. De gauche à droite, le stérilet Nova-T et le stérilet Mirena®.

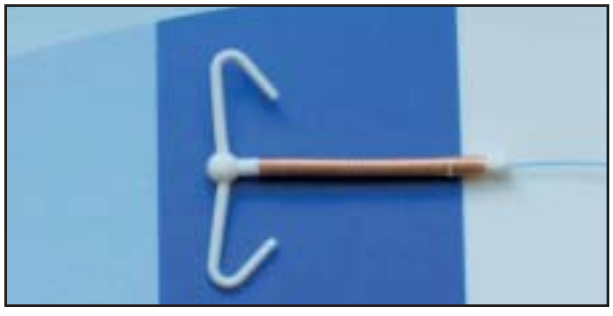

Figure 2. Le stérilet Flexi-T.

Nous aidons à couvrir vos patients.

Tableau 2

Qui est la candidate idéale pour le SIU-LNG?

- Femme désirant une excellente contraception pour plusieurs années.
- Jeune femme désirant une ligature des trompes et à risque de regrets post-opératoires.
- Femme ayant des difficultés d'observance avec les contraceptifs oraux.
- Femme ayant des effets indésirables avec la contraception hormonale intramusculaire ou orale.
- Femme ayant des contre-indications aux œstrogènes.
- Femme ayant des problèmes de ménorragie et/ou de dysménorrhée.
- Femme voulant diminuer la quantité de saignement tout en gardant des cycles réguliers.
- Femme ayant des saignements utérins dysfonctionnels périménopausiques.
- Femme ayant une hormonothérapie de remplacement pour une protection endométriale.

Le post-partum

Le SIU-LNG peut être inséré facilement lors de la visite à six semaines post-partum. Les femmes qui allaitent et utilisent une contraception avec progestatif seul présentent moins de saignements irréguliers que les femmes qui n'allaitent pas.

Le SIU-LNG plutôt qu'une ligature des trompes?

L'étude CREST (*U.S. Collaborative Review of Sterilisation*), publiée en 1996, a démontré que la probabilité cumulative de grossesse après 10 ans chez plus de 10 000 femmes ayant été ligaturées et suivies pendant 8 à 14 ans est de 1,8 %.[11] Ce taux d'échec est 10 fois plus élevé que le taux anticipé. Compte tenu de l'efficacité contraceptive du SIU-LNG, de ses bénéfices non contraceptifs et de sa réversibilité, ce stérilet devrait être offert à toute femme désirant une ligature tubaire, particulièrement si elle présente des facteurs de risque de regrets post-opératoires.

La ménopause

Le SIU-LNG peut être utilisé en préménopause et en ménopause. Les femmes préménopausées présentent fréquemment des saignements utérins dysfonctionnels souvent associés à l'anovulation. Une cause organique comme les myomes sous-muqueux ou les polypes endométriaux, de même que l'hyperplasie ou la néoplasie de l'endomètre, doivent être éliminés. Si un saignement utérin dysfonctionnel est diagnostiqué, le SIU-LNG peut améliorer la qualité de vie de ces femmes de façon significative.

En ménopause, si une femme présente des symptômes vasomoteurs ou tout autre symptôme justifiant une hormonothérapie de remplacement, le SIU-LNG peut être associé à un œstrogène par voie orale ou transdermique avec une excellente protection endométriale et une diminution des saignements utérins supérieure aux progestatifs oraux.

La continuation

Lorsqu'il est utilisé pour la contraception, le taux de continuation du SIU-LNG est de 93 % après 1 an et de 65 % après 5 ans. Les raisons principales de retrait sont les métrorragies, la douleur, l'infection pelvienne et les effets hormonaux indésirables comme l'acné, les céphalées, la variation de poids, la mastalgie et la dépression. Les effets hormonaux indésirables diminuent avec le temps et seulement 5 % des femmes qui en sont incommodées exigeront le retrait du stérilet. Le taux de

continuation est élevé chez les femmes aménorrhéiques, chez celles qui présentent peu de saignements et chez les femmes âgées de 39 à 48 ans.

Les contre-indications

Il est important de se rappeler que le SIU-LNG n'est pas contre-indiqué chez les nullipares, chez les femmes avec des antécédents de grossesse ectopique, de thrombo-embolie veineuse antérieure et de maladie hépatique ou vasculaire.

Le SIU-LNG est contre-indiqué en cas d'allergie à un de ses constituants, de grossesse ou de saignement utérin non diagnostiqué. Ce stérilet ne doit pas être utilisé pour la contraception d'urgence post-coïtale, ni lorsque la cavité utérine est trop petite. Une MTS active, même asymptomatique, ou une salpingite aiguë, documentée ou soupçonnée, un antécédent d'endocardite ou une prothèse valvulaire cardiaque représentent également des contre-indications à la pose d'un stérilet.

Que peut-on en conclure?

L'éducation de la patiente au sujet de ce type de contraception est d'une importance capitale. Il est important d'informer la patiente de toutes les options contraceptives disponibles. Si la femme choisit un SIU-LNG, elle doit être bien consciente de ses effets hormonaux indésirables, habituellement légers, et des métrorragies qui surviennent surtout lors des trois premiers mois. Chez la majorité des femmes, les effets indésirables diminuent progressivement après quelques mois mois et disparaissent souvent après la première année. La patiente doit également être rassurée au sujet de l'aménorrhée qui est présente chez 20 % des femmes après 1 an suivant l'insertion et qui augmente avec les années. Cet effet du SIU-LNG devrait être perçu comme un avantage. La plupart des femmes désirant une contraception réversible de longue durée, avec ou sans ménorragies, auront un taux de satisfaction élevé avec l'utilisation du SIU-LNG. *Clin*

Références

1. Darney, PD : Time to pardon the IUD? N Engl J Med 23:345(8), 2001.
2. Thonneau, P, Goulard, H, Goyaux, N : Risk factors for intrauterine device failure: A review. Contraception 64(1):33, 2001.
3. Irvine, GA, Campbell-Brown, MB, Lumsden, MA, et coll. : Randomised comparative trial of the levonorgestrel intrauterine system and norethisterone for treatment of idiopathic menorrhagia. Br J Obstet Gynaecol 105(6):592, 1998.
4. Barrington, JW, Bowen-Simpkins, P : The levonorgestrel intrauterine system in the management of menorrhagia. Br J Obstet Gynaecol 104(5):614, 1997.
5. Crosignani, PG, Vercellini, P, Mosconi, P, et coll. : Levonorgestrel-releasing intrauterine device versus hysteroscopic endometrial resection in the treatment of dysfunctional uterine bleeding. Obstet Gynecol 90(2):257, 1997.
6. Istre, O, Trolle, B : Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. Fertil Steril 76(2):304, 2001.
7. Xiao, B, Wu, SC, Chong, J, et coll. : Therapeutic effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the treatment of idiopathic menorrhagia. Fertil Steril 79(4):963, 2003.
8. Barrington, JW, Arunkalaivanan, AS, Abdel-Fattah, M : Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 108(1):72, 2003.
9. Vercillini, P, Aimi, G, Panazza, S, et coll. : A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: A pilot study. Fertil Steril 72(3):505, 1999.
10. Fedele, L, Bianchi, S, Zanconato, G, et coll. : Use of levonorgestrel intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. Fertil Steril 75(3):485, 2001.
11. Peterson, HB, Xia, Z, Hugues, JM, et coll. : The risk of pregnancy after tubal sterilization: Findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. Am J Obstet Gynecol 174(4):1161, 1996.

www.stacommunications.com

Cet article est disponible en ligne. Visitez *Le Clinicien*.