

## Dispositifs intra-utérins au cuivre

### Q.1. Quand peut-on insérer un DIU (intervalle)?

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>a) Le DIU peut être inséré à tout moment du cycle menstruel, selon le souhait de l'utilisatrice, quand vous pouvez être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte (voir Annexe A).</p> <p>(Voir Q.2. pour l'insertion en post-partum et Q.3. pour l'insertion après un avortement).</p> <p>Le DIU est efficace immédiatement après insertion.</p>	<p>a) Le DIU prévient la grossesse s'il est inséré avant la nidation.</p> <p>1) Tatum HJ, Connell EB. A decade of intrauterine contraception: 1976 to 1986. <i>Fertility and Sterility</i> 1986;46(2):173-192.</p>

## Q.2. Quand un DIU peut-il être inséré au cours du post-partum?

### Recommandations

Le DIU peut être inséré:

- a) Immédiatement après l'expulsion du placenta, ou pendant ou immédiatement après une césarienne (formation spéciale nécessaire).
- b) Avant la sortie de l'hôpital (dans les 48 heures après un accouchement) (formation spéciale nécessaire).
  
- c) Dès la 4<sup>ème</sup> ou la 6<sup>ème</sup> semaine du post-partum, pour satisfaire les femmes qui se présentent au centre pour une consultation post-partum de routine et qui demandent un DIU. Les T au cuivre peuvent être insérés sans danger dans cette période-là. Pour les autres types de DIU, il peut être prudent d'attendre jusqu'à la 6<sup>ème</sup> semaine du post-partum.

### Raisons fondamentales

- a-b) En utilisant la technique appropriée, l'insertion d'un DIU immédiatement après la délivrance du placenta ou la césarienne peut être sans danger et efficace (en l'absence d'infection de l'utérus ou de conditions septiques d'accouchement ou de césarienne). Les taux d'expulsion pour une insertion en post-partum varient considérablement en fonction à la fois du type de DIU et de la technique du prestataire. Les informations récentes indiquent que ce taux d'expulsion après insertion en post-partum peut être plus élevé entre 10 minutes et 48 heures après un accouchement que pendant la première période de 10 minutes. Pour diminuer ces risques d'expulsion, seuls les prestataires formés de manière adéquate (en fonction des standards nationaux ou institutionnels) doivent insérer les DIU en post-partum. L'utilisation d'un inséreur pour la mise en place du DIU tend à diminuer les risques d'expulsion. Les clientes doivent être informées du fait que les taux d'expulsion sont supérieurs pour une insertion en post-partum que pour une insertion en dehors de l'accouchement et doivent être soigneusement entraînées pour détecter les expulsions.
  
- c) Un T au cuivre peut être inséré sans danger à partir de la 4<sup>ème</sup> semaine du post-partum. La technique d'insertion "par retrait" du T au cuivre aide vraisemblablement à diminuer les cas de perforation due à l'insertion du DIU lors de la consultation post-partum de routine qui a lieu entre la 4<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> semaine après un accouchement. D'autres DIU, qui ont une forme différente ou sont insérés à l'aide d'une technique "par poussée", peuvent avoir des taux de perforation différents.
  - 1) Chi I, Farr G. Postpartum IUD contraception – a review of an international experience. *Advances in Contraception* 1989;5:127-146.
  - 2) O'Hanley K, Huber D. Postpartum IUDs: Keys for success. *Contraception* 1992;45:351-361.
  - 3) Mishell DR, Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks postpartum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1982;143(1):29-33.

## Recommandations

d) Chez la femme qui allaite.

## Raisons fondamentales

d) Il a été démontré que le DIU peut être utilisé sans danger pendant l'allaitement.

- 1) Farr G, Rivera R. Interactions between intrauterine contraceptive devices use and breastfeeding status at time of intrauterine contraceptive device insertion: Analysis of TCu-380A acceptors in developing countries. *Advances in Contraception* 1992;167(1):144-151.

### Q.3. Peut-on insérer un DIU immédiatement après une césarienne?

#### Recommandations

a) Une cliente peut avoir un DIU inséré au fond de l'utérus pendant la césarienne avant la fermeture de l'utérus, à moins qu'il n'y ait des signes d'infection.

b) Si un DIU n'est pas inséré au moment de la césarienne, on recommande l'insertion à six semaines minimum après la césarienne.

#### Raison fondamentale

a) Les insertions immédiates pendant les césariennes par un prestataire correctement formé ont un taux d'expulsion plus faible que les insertions vaginales faites immédiatement après l'accouchement (dans les 10 minutes). Les études montrent également que les femmes avec des DIU insérés au moment de la césarienne avaient de meilleurs taux de continuation.

- 1) Zhou S, Chi I. Immediate post-partum IUD insertions in a Chinese hospital – a two year follow-up. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1991;35:157-64.
- 2) Xu J, Connell C, Chi I. Immediate postplacental insertion of the intrauterine device: a review of Chinese and the world's experiences. *Advances in Contraception* 1992;10:71-82.

b) Les insertions post-partum tardives devraient se faire au plus tôt six semaines après la césarienne à cause du risque de perforation utérine. Même à ce moment-là, les clientes ont besoin d'un bilan attentif pour éliminer la présence d'une infection avant l'insertion.

- 1) McIntosh N, Kinzie B, Blouse A, editors. IUD guidelines for family planning service programs. 2nd ed. Baltimore: JHPIEGO, 1993.

**Q.4. Le DIU peut-il être inséré sans danger après une césarienne par une infirmière ou une sage-femme ayant reçu une formation adéquate?**

<b>Recommandations</b>	<b>Raison fondamentale</b>
Oui. Les DIU peuvent être insérés sans danger après une césarienne par une infirmière ou une sage-femme qui a reçu une formation appropriée conformément aux normes nationales ou institutionnelles.	<p>Les faits montrent qu'en comparaison avec les médecins, les infirmières ou les sages-femmes ont une compétence égale ou supérieure pour l'insertion de DIU.</p> <p>1) Eren V, Ramos R, Gray RH. Physicians vs. auxiliary nurse- midwives as providers of IUD services: a study in Turkey and the Philippines. <i>Studies in Family Planning</i> 1983;14:43-7.</p> <p>La formation portant sur l'insertion correcte est le principal facteur de la diminution du risque de perforation utérine, quels que soient les prestataires. Une insertion correcte peut également réduire le risque d'expulsion.</p>

## Q.5. Peut-on insérer un DIU immédiatement après un avortement?

### Recommandations

- a) Oui, le DIU peut être inséré immédiatement après un avortement (spontané ou provoqué) **en l'absence d'infection de l'utérus**, et il doit être inséré pendant les 7 premiers jours après un avortement, (ou à tout moment, quand vous pouvez être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte – voir Annexe A).
- b) Le DIU ne doit **pas** être inséré dans les cas suivants:
- ! Diagnostic confirmé ou présumé d'infection (signes d'avortement induit dangereux ou septique, signes d'état septique ou d'infection, ou incapacité à déterminer l'absence d'infection). Ne pas insérer de DIU jusqu'à ce que le risque d'infection soit écarté ou que l'infection ait complètement disparu (environ 3 mois).
  - ! Traumatisme grave du tractus génital (perforation utérine, traumatisme cervical ou vaginal grave, inflammations chimiques). Ne pas insérer de DIU avant la cicatrisation.

### Raisons fondamentales

- a) En utilisant la technique appropriée, le DIU peut sans danger être inséré après un avortement (spontané ou provoqué). Les taux d'expulsion varient considérablement en fonction à la fois du type de DIU et du prestataire. Pour diminuer ces risques d'expulsion, seuls les prestataires ayant la formation (en fonction des standards de référence nationaux ou institutionnels) et l'expérience adéquates doivent insérer les DIU. Les clientes doivent être soigneusement entraînées pour détecter les expulsions.
- Le retour de la fécondité survient presque immédiatement après un avortement (spontané ou provoqué): dans les 2 semaines pour un avortement au cours du premier trimestre et dans les 4 semaines pour un avortement au cours du second trimestre. Dans les 6 semaines qui suivent un avortement, une ovulation est survenue chez 75% des femmes.
- 1) Lähteenmaki P, Ylöstalo P, Sipinen S, Toivonen J, Ruusuvaara L, Pikkola P, Nilsson CG, Luukkainen T. Return of ovulation after abortion and after discontinuation of oral contraceptives. *Fertility and Sterility* 1980;34(3):246-249.
- b) Après 16 semaines de gestation, la cavité utérine sera trop agrandie pour que la mise en place d'un DIU après avortement soit pratiquée en utilisant les techniques d'insertion de routine. Seuls les prestataires formés pour réaliser des insertions de DIU en post-partum peuvent pratiquer ces insertions de DIU après avortement chez des clientes ayant avorté après 16 semaines de gestation.
- 1) Maternal adaptation to pregnancy, in Pritchard JA, Macdonald PC (eds). *Williams Obstetrics*, 16th edition. New York, Appleton-Century-Crofts, 1980, p 223.
  - 2) Leonard AH, Ladipo OA. Postabortion family planning: Factors in individual choice of contraceptive methods. *Advances in Abortion Care*. 1994;4(2):1-4.

## **Recommandations**

## **Raisons fondamentales**

- ! Hémorragie et anémie grave. Les DIU (inertes ou au cuivre) ne sont pas conseillés avant que l'hémorragie ou l'anémie grave soient terminées. Cependant, les DIU libérant des progestatifs peuvent être utilisés avec une anémie grave (ils diminuent le flux menstruel).
- ! L'insertion d'un DIU après avortement à la suite d'une gestation de 16 semaines demande une formation spéciale du prestataire pour un positionnement correct du DIU dans le fundus. Si cela n'est pas possible, retarder l'insertion de six semaines.

## Q.6. Quel est le calendrier approprié pour les consultations de suivi après l'insertion d'un DIU?

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>a) Il doit y avoir une consultation de suivi <b>environ</b> un mois après l'insertion; il n'est ensuite pas nécessaire de suivre un calendrier de contrôle fixe.</p> <p>b) La cliente doit être vivement encouragée à revenir au centre chaque fois qu'un problème ou une question se présente à elle.</p> <p>En particulier, en cas de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>! retard de règles (grossesse possible),</li><li>! spotting ou saignement anormalement excessif ou prolongé,</li><li>! douleur abdominale, douleurs pendant les rapports sexuels,</li><li>! exposition aux infections (telle que la gonorrhée), pertes vaginales anormales ou douleur pelvienne, accompagnée en particulier de fièvre, ou</li><li>! fil du DIU absent ou semblant plus court ou plus long.</li></ul> <p>c) Les consultations sont à encourager pour d'autres soins préventifs en matière de reproduction, y compris l'approvisionnement en condoms, quand approprié.</p>	<p>a-c) Il est prudent de programmer une consultation de suivi entre la 3<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> semaine puisque le pic de l'incidence des MIP qui suivent l'insertion du DIU est à un mois. Il n'est ensuite pas nécessaire de suivre un calendrier de contrôle fixe. La meilleure qualité des soins sera assurée en centralisant les ressources et l'attention sur les femmes qui reviennent au centre en raison de plaintes ou de problèmes.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. <i>The Lancet</i> 1992;339:785-788.</li><li>2) Janowitz B, Dighe NM, Hubacher D, Petrick T. Assessing the impact of IUD revisits. Family Health International. Presented at a meeting of the American Public Health Association in San Francisco, California, October 1992.</li></ol>

## Q.7. Un examen préliminaire de routine (une consultation indépendante) est-il nécessaire avant l'insertion d'un DIU?

Recommandations	Raisons fondamentales
a) Non. Si possible, assurer entièrement le counseling et le dépistage le jour de l'insertion.	a) Un examen préliminaire (consultation indépendante) n'est médicalement pas nécessaire; il peut être difficile pour une femme de se rendre à deux consultations, et elle peut être exposée au risque d'une grossesse dans cet intervalle.

## Q.8. Existe-t-il un âge minimal ou maximal pour la mise en place d'un DIU?

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>a) Il n'y a pas d'âge minimal ou maximal pour le DIU qui peut être utilisé tant que la femme est exposée à la grossesse.</p> <p>b) Pour toutes les femmes, et particulièrement les femmes jeunes recevant un DIU, le risque de MST doit être faible et le counseling offert doit sérieusement expliquer les risques potentiels de MIP et d'infécondité (pouvant résulter d'une infection pendant l'insertion du DIU et/ou de l'absence de protection contre l'infection pelvienne en cas d'exposition aux MST).</p>	<p>a-b) Le risque de MIP est statistiquement plus élevé pour les femmes jeunes. En comparaison des autres méthodes modernes de contraception, le DIU augmente les risques de MIP quand la femme est atteinte d'une MST. En outre, une procédure faiblement aseptique lors de l'insertion du DIU peut introduire des bactéries dans le tractus génital supérieur, ce qui peut entraîner une MIP. Les clientes doivent être informées de ces réalités avant de choisir le DIU.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. <i>The Lancet</i> 1992;339:785-788.</li> <li>2) Lee NC, Rubin GL, Ory HW, Burkman RT. Type of intrauterine device and the risk of pelvic inflammatory disease. <i>Obstetrics and Gynecology</i> 1983;62:1-6.</li> <li>3) Lee NC, Rubin GL, Borucki R. The intrauterine device and pelvic inflammatory disease revisited: New results from the women's health study. <i>Obstetrics and Gynecology</i> 1988;72(1):1-6.</li> <li>4) Cramer DW, Schiff I, Schoenbaum SC, et al. Tubal infertility and intrauterine device. <i>The New England Journal of Medicine</i> 1985;15:941-6.</li> <li>5) Darling JR, Weiss NS, Voigt LF, McKnight B, Moore DE. The intrauterine device and primary tubal infertility. Letter to <i>The New England Journal of Medicine</i> 1992;326(3):203-4.</li> <li>6) Darling JR, Weiss NS, Metch BJ, Chow wh, Soderstrom RM, Moore DE, Spadoni LR, Stadel BV. Primary tubal infertility in relation to use of an intrauterine device. <i>The New England Journal of Medicine</i> 1985;312(15):937-41.</li> <li>7) Task Force on Intrauterine Devices, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization. PID associated with fertility regulating agents. <i>Contraception</i> 1984;30(1):1-21.</li> </ol>

## Q.9. Les femmes nullipares peuvent-elles utiliser un DIU?

### Recommandations

a) Oui. Cependant, le DIU ne doit pas être la méthode de contraception de premier choix chez les femmes nullipares. Pour toutes les femmes, et particulièrement les femmes jeunes recevant un DIU, le risque de MST doit être faible. Le counseling devrait se concentrer sur le risque accru de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) et de la possibilité d'infertilité chez les utilisatrices de DIU qui ont ou qui adoptent un comportement sexuel qui augmente leur risque de contracter des MST. Il est approprié de prévenir la femme de l'augmentation par l'utilisation du DIU des risques de MST associés à un risque de MIP et d'infécondité.

b) Le DIU peut être inséré chez de jeunes femmes nullipares mais uniquement après avoir envisagé la question de manière approfondie et attentive. On ne recommande le DIU chez de jeunes femmes nullipares que si elles vivent une relation stable de fidélité mutuelle.

### Raisons fondamentales

a-b) Statistiquement, les jeunes femmes courent un risque plus élevé de MIP. En comparaison avec toutes les autres méthodes contraceptives modernes, le DIU accroît le risque de contracter une MIP lorsqu'une femme est infectée par une MST. La MIP est un important facteur de risque pour l'infertilité tubaire et la grossesse extra-utérine. Vu que les jeunes femmes peuvent avoir des modes de vie sexuelle pouvant conduire à un risque de MST, le risque relatif de MIP chez les jeunes utilisatrices du DIU pourrait être élevé. En outre, les femmes nullipares recevant un DIU courent un risque plus élevé d'expulsion.

L'importance qu'une cliente accorde à sa fécondité future est un facteur important dans le choix d'une méthode contraceptive. Les études ont montré que le risque de contracter une MIP et l'infertilité tubaire qui peut en résulter, est directement proportionnel au risque d'exposition aux MST. Les DIU ne protègent pas les femmes contre les MIP ou autres MST.

Néanmoins, les femmes devraient avoir l'opportunité de faire leur propre choix.

- 1) World Health Organization Task Force of Intrauterine Devices, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. PID associated with fertility regulating agents. *Contraception* 1984;30(1):1-21.
- 2) Petersen KR, Brooks L, Jacobsen B, Skouky SO. Intrauterine devices in nulliparous women. *Advances in Contraception* 1991;7(4):333-8.
- 3) Angle MA, Brown LA, Buekens P. IUD protocols for international training. *Studies in Family Planning* 1993;24(2):125-31.
- 4) Luukkainen T, Nielson NC, Nygren KG, Pyorala T. Nulliparous women, IUD and pelvic infection. *Annals of Clinical Research* 1979;11:121-4.

**Q.10. a) Existe-t-il une "période de repos" à recommander après l'utilisation d'un DIU pendant une durée déterminée? b) Existe-t-il des raisons médicales justifiant le retrait d'un DIU?**

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>a) Si la femme désire qu'un nouveau DIU soit inséré dès que l'ancien est périmé, aucune période de repos n'est nécessaire.</p> <p>b) Le retrait du DIU est indiqué si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! la femme le demande,</li> <li>! des précautions/contre-indications surviennent, ou</li> <li>! la péremption en terme d'efficacité est atteinte (par ex., la durée totale d'efficacité du Cu T 380A est actuellement de 10 ans).</li> </ul>	<p>a-b) Le retrait et la réinsertion du DIU expose la femme à un faible risque d'introduction de microorganismes du vagin ou du canal endocervical dans la partie supérieure du tractus génital. Pour cette raison, les DIU à longue durée d'action sont préférables. Il a été montré que le Cu T 380A est efficace pendant au moins 10 ans.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. <i>The Lancet</i> 1992;339:785-788.</li> <li>2) Kjael A, Laursen K, Thormann L, Barggaard O, Lebech P. Copper release from copper intrauterine devices removed after up to 8 years of use. <i>Contraception</i> 1993;47(4):349-350.</li> <li>3) Copper T 380A intrauterine device is effective for 10 years. News Release, The Population Council, New York, NY, September 27, 1994.</li> </ol>

**Q.11. A la suite du retrait d'un DIU (en raison d'une expulsion partielle sans infection, ou de la péremption du DIU), doit-on attendre pour en insérer un autre?**

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>a) Si la cliente désire continuer à utiliser cette méthode, ne pas attendre pour réinsérer un nouveau DIU après le retrait de l'ancien, à condition que la possibilité d'une grossesse ait été écartée et qu'aucune nouvelle précaution/contre-indication ne soit survenue (voir Q.1.).</p> <p>b) S'assurer que le retrait du DIU en place est indiqué (par ex., en raison d'une expulsion partielle sans infection ou de la péremption du DIU).</p>	<p>a-b) Même avec la technique appropriée, le retrait et la réinsertion d'un DIU expose la femme au risque d'introduction de microorganismes du vagin ou du canal endocervical dans la partie supérieure du tractus génital. Cependant, le retrait et l'insertion au même moment évitent deux expositions distinctes.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. <i>The Lancet</i> 1992;339.</li> </ol> <p>Dans l'intervalle entre le retrait et la réinsertion, la femme ne sera pas protégée contre la grossesse par la méthode de son choix.</p>

**Q.12. Si, d'après l'anamnèse, une femme est faiblement exposée aux risques de MST, le DIU peut-il être inséré sans aucun test biologique s'il n'y a pas de pertes endocervicales mucopurulentes ou de MIP ou de cervicite cliniquement évidente?**

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>a) Oui, si la femme n'est pas actuellement exposée à un risque de MST (déterminé par l'anamnèse ou l'examen physique) et qu'elle ne présente aucun signe ou symptôme évident d'infection (y compris à l'examen bimanuel).</p> <p>b) En présence d'une MIP, de pertes endocervicales mucopurulentes, de cervicite ou de vaginite évidente due aux MST, <b>ne pas</b> insérer de DIU, mais traiter l'infection. Envisager les autres méthodes de contraception, si une MST* est suspectée.</p> <p>* <b>NOTE:</b> Toutes les infections vaginales cliniquement évidentes ne sont pas dues aux MST.</p>	<p>a-b) Les tests biologiques actuellement disponibles sont souvent très coûteux (même dans les pays industrialisés). Ils sont aussi souvent peu appropriés pour écarter la possibilité d'une contamination de l'endocol par des agents infectieux capables de remonter le tractus génital et d'entraîner une MIP. La plupart des tests de dépistage des chlamydiae sont sensibles seulement à 80-90%, les tests pour les mycoplasmes et les ureaplasmes ne sont couramment disponibles, et la coloration de Gram des germes du col de l'utérus est moins sensible pour la gonorrhée. Cependant, quand la mise en culture d'une gonorrhée et les tests de dépistage des chlamydiae sont abordables, des résultats négatifs aux tests viennent étayer l'anamnèse.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kramer D, Brown S. Sexually transmitted diseases and infertility. <i>International Journal of Gynaecology and Obstetrics</i> 1984;22:19-27.</li> <li>2) Bell TA, Grayston JT. Centers for Disease Control guidelines for prevention and control of Chlamydia trachomatis infections. <i>Annals of Internal Medicine</i> 1986;104:524-526.</li> <li>3) Nasello M, Callihan D, Menpus M, Steighigel R. A solid-phase enzyme immunoassay (gonozyme®) test for direct detection of Neisseria gonorrhoeae antigen in urogenital specimens from patients at a sexually transmitted disease clinic. <i>Sexually Transmitted Diseases</i> 1985;(October-December):198-202.</li> </ol>

## Q.13. Doit-on retirer un DIU si le partenaire se plaint du fil de DIU?

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>Pas nécessairement.</p> <p>a) Conseiller - expliquer à la femme et/ou à son partenaire ce qu'il ressent et leur recommander d'essayer à nouveau.</p> <p>b) Décrire à la cliente les autres possibilités (et leurs inconvénients):</p> <p>! Le fil peut être coupé très court afin qu'il ne sorte pas de l'orifice cervical; informer la femme qu'elle ne sera plus capable de toucher le fil et, qu'au moment du retrait du DIU, des pinces étroites seront nécessaires pour retirer le DIU (ce qui entraînera un petit risque d'infection supplémentaire). Si le fil est coupé au ras du col, l'inscrire sur le dossier et indiquer à la femme, pour le retrait futur, que le fil est situé à l'ouverture de l'orifice cervical.</p> <p>OU</p> <p>! Proposer de retirer le DIU, si les autres possibilités ne sont pas acceptables.</p> <p>c) Si les plaintes du partenaire sont fréquentes, la technique du prestataire de services doit être révisée. Le fil doit être coupé environ 3 cm avant l'orifice externe.</p>	<p>a-c) Pour les services concernant le DIU, les préférences de la femme vont vers l'objectif visé par le prestataire de services.</p>

## Q.14. Si le col de l'utérus est rouge en raison de l'éversion de la jonction squamo-cylindrique (ectopie/ ectropion), le DIU peut-il être inséré sans aucun autre examen?

### Recommandations

- a) Oui, le DIU peut être inséré chez une cliente ayant une ectopie (ectropion) cervicale, en l'absence de risques de MST et si l'examen du pelvis est normal (absence de cervicite).

### Raisons fondamentales

- a) L'ectropion cervical (la présence sur l'exocol de cellules épithéliales cylindriques de l'endocol) est un état normal chez les adolescentes et pendant la grossesse; il est différent d'une infection cervicale.
- 1) Paavonen J, Koutsky LA, Kiviat N. Cervical neoplasia and other STD-related genital and anal neoplasias in Holmes KK, Mårdh P, Sparling PF, Wiesner PJ, Cates W, Lemon SM, Stamm W (eds). *Sexually Transmitted Diseases*. New York, McGraw-Hill Book Co., 1984, pp 561-592.
- L'insertion des DIU et leur utilisation continue n'ont pas de relation avec le risque de carcinome du col.
- 1) Lassigne DL, Savitz DA, Hamman RF, Baron AE, Brinton LA, Levines RS. Invasive cervical cancer and intrauterine device use. *International Journal of Epidemiology* 1991;20(4):865-870.
- Les chlamydiae étant des parasites des cellules épithéliales cylindriques, les tests de dépistage des chlamydiae seront plus probablement positifs chez les femmes présentant un ectropion.
- 1) Harrison HR, Costin M, Meder JB, Bowds LM, Sim DA, Lewis M, Alexander ER. Cervical chlamydia trachomatis infection in university women: Relationship to history, contraception, ectopy and cervicitis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* October 1, 1985;153(3):244-51.

## Q.15. Si une femme se plaint de menstruations plus abondantes ou de saignements intermenstruels, est-ce une justification médicale pour le retrait du DIU?

### Recommandations

Pas nécessairement.

- a) Comme pour le counseling précédant le choix d'une méthode, la femme doit être informée que ses règles seront normalement plus abondantes avec le DIU et que des saignements intermenstruels peuvent survenir, en particulier pendant les quelques premiers mois. Les DIU inertes ne doivent pas faire l'objet d'un premier choix pour cette raison.

Donner des conseils en nutrition sur le besoin d'accroître l'apport d'aliments contenant du fer.

- b) Pour une hémorragie et une douleur légères à modérées pendant le premier mois qui suit l'insertion, avec **aucune** preuve clinique d'une infection pelvienne évidente, et si le fait de rassurer la cliente n'est pas suffisant mais qu'elle désire garder son DIU, un traitement de courte durée avec un anti-inflammatoire non-stéroïdien (par ex., l'ibuprofène) peut être administré.

### Raisons fondamentales

- a) Généralement, les DIU (surtout les DIU inertes) augmentent l'abondance du flux menstruel, qui est fonction du type de DIU, particulièrement pendant les premiers mois qui suivent l'insertion.

1) Cohen B, Gibor Y. Anemia and menstrual blood loss. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1980;35(10):597-618.

Les DIU au cuivre peuvent augmenter de 50% la perte sanguine menstruelle normale, ce qui peut avoir une importance clinique pour les femmes qui sont déjà anémiées. (Les DIU qui libèrent des progestatifs diminuent le flux menstruel; plus un DIU libère de progestatif, plus il diminue le flux menstruel).

1) Andrade A, Pizarro E. Quantitative studies on menstrual blood loss in IUD users. *Contraception* 1987;36(1):129-144.

- b) Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (par ex., l'ibuprofène\*) diminuent les saignements menstruels et les douleurs utérines.

1) Drug facts and comparisons. St. Louis, MO, *Facts and Comparisons* 1993, p 251.

- \* **NOTE:** Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (par ex., l'ibuprofène) doivent être utilisés à la place de l'aspirine, en raison des effets inhibiteurs plus puissants et plus prolongés de l'aspirine sur l'aggrégation des plaquettes (l'aspirine favorise les saignements).

1) *American Hospital Formulary Service Drug Information*. Bethesda, MD, American Society of Hospital Pharmacists, 1994, p 1208.

2) Field CS. Dysfunctional uterine bleeding. *Primary Care* 1988;15(3):561-574.

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>c) L'hémorragie diminue généralement avec le temps. Si l'hémorragie est abondante et que la femme présente une anémie, un traitement à base de fer par voie orale peut améliorer le taux d'hémoglobine.</p> <p>d) Si l'hémorragie ou la douleur est intense, ou si la cliente veut arrêter d'utiliser le DIU, le retirer.</p> <p>e) En cas de suspicion, un état anormal qui entraîne une hémorragie prolongée ou abondante doit être examiné et traité de manière appropriée.</p> <p>f) Si une infection pelvienne est diagnostiquée, retirer le DIU et traiter aux antibiotiques. (dans le cas d'une sensibilité discrète de l'utérus en l'absence d'autre preuve d'infection pelvienne, un antibiotique à spectre large ou une chimiothérapie peut résoudre le problème; décider en fonction de l'évaluation clinique s'il faut ou non retirer le DIU).</p>	

**Q.16. Le DIU peut-il être inséré sans danger par une infirmière ou une sage-femme ayant reçu une formation?**

Recommandations	Raisons fondamentales
<p>a) Oui, l'insertion d'un DIU (y compris immédiatement après un accouchement et après un avortement) peut être réalisée sans danger par une infirmière ou une sage-femme ayant reçu la formation appropriée, en fonction des standards de référence nationaux ou institutionnels.</p>	<p>a) Il a été montré qu'en comparaison avec les médecins, les infirmières ou les sage-femmes ont une compétence égale ou supérieure pour l'insertion des DIU.</p> <p>1) Eren V, Ramos R, Gray RH. Physicians vs. auxiliary nurse-midwives as providers of IUD services: A study in Turkey and the Philippines. <i>Studies in Family Planning</i> 1983;14:43-47.</p>

## Q.17. Quel est le délai qui doit s'écouler entre le traitement d'une MST et l'insertion? Qu'en est-il de l'incidence des MST antérieures?

### Recommandations

- a) Si la cliente ne sera à l'avenir **pas** exposée à un risque élevé de MST, traiter pour le moment la MST et attendre la guérison de l'infection pour insérer le DIU (pour une MIP aiguë, attendre 3 mois).

Si elle reste exposée à un risque élevé de MIP, lui déconseiller l'utilisation du DIU.

### Raisons fondamentales

- a) Il peut s'écouler plusieurs semaines avant qu'une MIP soit cliniquement guérie, et, dans le cas d'une MIP grave, le fait d'attendre plusieurs mois permet, en théorie, aux tissus sains (dépourvus de micro-abcès) de se reconstruire.

- 1) Sweet RL, Draper DL, Hadley WK. Etiology of acute salpingitis: Influence of episode number and duration of symptoms. *Obstetrics and Gynecology* 1981;58:62-68.

Une femme ayant des antécédents de MIP a un risque plus élevé de contracter à nouveau une MIP. Une femme qui a eu un épisode infectieux de la partie supérieure du tractus génital peut avoir un risque plus élevé d'épisodes à répétition de MIP non sexuellement transmissibles, indépendamment de l'utilisation du DIU. Théoriquement, un épisode antérieur d'infection de la partie supérieure du tractus génital peut résulter en une atteinte des trompes de Fallope augmentant leur sensibilité à la flore opportuniste de la partie inférieure du tractus génital.

- 1) Weström L, Mårdh P. Acute pelvic inflammatory disease (PID), in Holmes KK, Mårdh P, Sparling PF, Wiesner PJ, Cates W, Lemon SM, Stamm W. (eds). *Sexually Transmitted Diseases*, 2nd edition. New York, McGraw-Hill Information Services Company, Health Professions Division, 1990, pp 596-613.
- 2) Keith L, Berger GS. The etiology of pelvic inflammatory disease. *Research Frontiers in Fertility Regulation* 1984;3(1):1-16.

## Q.18. Peut-on fournir des DIU si des mesures de prévention des infections ne peuvent être suivies?

### Recommandations

### Raisons fondamentales

a) Non.

Tous les centres où sont pratiqués l'insertion et le retrait des DIU doivent suivre des mesures de base de prévention de l'infection, dont:

- ! des techniques strictes d'asepsie (y compris un lavage approprié des mains du prestataire et une préparation sérieuse du col de l'utérus);
- ! la stérilisation (ou la désinfection de haute qualité) des DIU et du matériel;
- ! une décontamination correcte des instruments; et
- ! un élimination sans danger des instruments jetables.

a) La possibilité d'infection chez les utilisatrices de DIU est augmentée dans les zones où les infections du tractus génital (ITG) telles que la gonorrhée ou les chlamydiae sont répandues. En suivant les processus recommandés pour la prévention des infections, les personnels de santé peuvent cependant minimiser pour les clientes le risque d'infection consécutive à l'insertion d'un DIU. Ils peuvent également réduire le danger de transmission des infections, dont l'hépatite B ou le sida, à leurs clientes, leurs collègues de travail ou eux-mêmes.

- 1) Tietjen L, Cronin W, McIntosh N. *Infection Prevention for Family Planning Service Programs: A Problem-Solving Reference Manual*, Durant, OK, Essential Medical Information Systems, Inc., 1992, p 168.

La stérilisation est la méthode la plus sûre et la plus efficace pour traiter les instruments qui ont été en contact avec le milieu sanguin, les tissus sous-cutanés ou les tissus qui sont normalement stériles. Quand le matériel de stérilisation n'est pas disponible ou pas adéquat, la désinfection de haute qualité (DHQ) est la seule alternative acceptable. La DHQ détruit tous les microorganismes, y compris les virus de l'hépatite B et du sida, mais ne tue pas de manière fiable toutes les endospores bactériennes. Par exemple, dans les installations de planification familiale, soit la stérilisation, soit la DHQ sont acceptables pour traiter les instruments et les gants utilisés pour les examens du pelvis et l'insertion ou le retrait des DIU, puisque des problèmes avec les endospores (de l'espèce *Clostridia*) n'ont pas été rapportés dans l'utilisation des DIU. Cependant, indépendamment de la méthode sélectionnée, la DHQ peut être efficace seulement si les instruments utilisés (souillés) et les gants sont d'abord décontaminés, soigneusement nettoyés et rincés avant désinfection.

- 1) Tietjen L, Cronin W, McIntosh N. *Infection Prevention for Family Planning Service Programs: A Problem-Solving Reference Manual*, Durant, OK, Essential Medical Information Systems, Inc., 1992, p 34.

Les déchets contaminés peuvent transporter une grande quantité de microorganismes qui sont potentiellement pathogènes pour toute

## Q.19. Est-il conseillé de donner systématiquement des antibiotiques prophylactiques lors d'insertion du DIU?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>Non, la plupart des spécialistes en la matière ne le recommandent pas systématiquement car aucun fait ne montre clairement que les antibiotiques prophylactiques préviennent effectivement les maladies inflammatoires pelviennes (MIP) chez les utilisatrices du DIU et, jusqu'à présent, les études n'ont démontré qu'un impact trivial sur les taux de MIP suite aux antibiotiques prophylactiques. Toutefois, les opinions divergent et il existe des arguments dans les camps.</p> <p>Il existe une justification théorique d'administration d'antibiotiques prophylactiques. Les taux de MIP chez les utilisatrices du DIU sont les plus élevés pendant les premières semaines et les antibiotiques pourraient diminuer cette incidence des MIP. Il n'existe pas de preuve statistiquement significative d'une réduction des taux de MIP mais une étude a montré un taux plus faible de visites de retour non planifiées liées au DIU.</p> <p>L'impact non significatif des antibiotiques sur la diminution des taux de MIP chez les utilisatrices du DIU démontré par l'études antérieures constitue un des arguments contre l'utilisation des antibiotiques prophylactiques. De même, bien que le <b>taux</b> de MIP chez les utilisatrices du DIU soit le plus élevé pendant les premières semaines après l'insertion suite à la longue durée d'utilisation du DIU, le <b>nombre</b> le plus grand de cas de MIP se présentera <b>après</b> les premières semaines suivant l'insertion. En outre, cela pourrait entraîner des problèmes de faisabilité des programmes et de coût des antibiotiques prophylactiques.</p> <p>De bonnes procédures de contrôle des infections, un bilan soigné du risque que court la cliente de contracter des maladies sexuellement transmissibles (MST) et de bonnes pratiques d'insertion sont très importants pour maintenir à un faible niveau le taux de MIP chez les clientes du DIU.</p>	<p>La littérature scientifique ne montre aucun avantage important dans la réduction des taux de MIP liés à l'administration d'antibiotiques prophylactiques lors de l'insertion du DIU. Toutefois, au cours de chacune des études, les procédures de prévention des infections étaient suivies et le taux de MIP était très faible. De plus, la taille de l'échantillon des études était petite.</p> <p>Bien qu'elles ne soient pas statistiquement significatives, trois études ont montré une certaine réduction du taux de MIP chez les femmes qui ont reçu des antibiotiques prophylactiques.</p> <p>Sinei et al. a montré que le taux de MIP pendant le premier mois après l'insertion du DIU chez les femmes qui ont reçu de la doxycycline était de 1,3%, contre à 1,9% chez les femmes qui ont reçu un placebo. Ils ont montré également que les femmes qui ont reçu un placebo revenaient moins souvent au centre pour des problèmes liés au DIU indiquant une MIP asymptomatique que les femmes traitées.</p> <p>Zorlu et al. ont relevé des taux d'infection de 2,1% et de 2,9%, respectivement, chez les femmes traitées à la doxycycline et les femmes non traitées pendant les trois premiers mois suivant l'insertion du DIU.</p> <p>Walsh et al. a montré que, pendant les trois premiers mois suivant l'insertion du DIU, 3,6% du groupe de doxycycline ont eu un retrait du DIU pour raisons médicales, comparativement à 4,5% du le groupe placebo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Walsh T, Bernstein G, Grimes D, Freziers R, Bernstein L, Coulson A, et al. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. <i>Contraception</i> 1994;50:319-27.</li> <li>2) Sinei S, Schulz K, Lamptey P, Grimes D, Mati J, Rosenthal S, et al. Preventing IUCD-related pelvic infection. <i>British Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> 1990;97:412-9.</li> <li>3) Zorlu C, Aral K, Cobanoglu O, Gurler S, Gokmen O. Pelvic inflammatory disease and intrauterine devices. <i>Advances in Contraception</i> 1993;9:299-302.</li> <li>4) Ladipo OA, Farr G, Otolorin E, Konje JC, Sturgen K, Cox P, et al. Prevention of IUD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at IUD insertion. <i>Advances in Contraception</i> 1991;7:43-54</li> <li>5) Farley T, Rosenberg M, Rowe P, Chen J, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. <i>Lancet</i> 1992;339:785-8.</li> </ol>

## Classement de certaines procédures pour l'insertion des dispositifs intra-utérins (DIU)

Procédures	Classe	Raisons fondamentales
Examen du pelvis (au spéculum et bimanuel)	A	<p>! Les examens bimanuels et au spéculum sont obligatoires avant l'utilisation du DIU, pour rechercher les contre-indications: grossesse, MIP, infection de l'endocol, et pour déterminer la position de l'utérus afin d'éviter une perforation.</p> <p>! Si la femme est enceinte, la présence du DIU entraînera un avortement spontané (fausse-couche) dans environ la moitié des cas de grossesse et il existe un risque significatif d'avortement septique<sup>1</sup>.</p> <p>! En cas de pertes endocervicales purulentes, au moment de l'insertion du DIU à travers le canal cervical, les bactéries présentes dans le canal peuvent être introduites dans la cavité utérine stérile et entraîner une MIP<sup>1</sup>. La femme et son (ses) partenaire(s) doivent être traités avant d'envisager l'insertion du DIU.</p>
Pression artérielle	C	<p>! Le DIU n'altère <b>pas</b> la pression artérielle<sup>2</sup>.</p> <p>! Le dépistage de l'hypertension artérielle fait partie de l'optimisation de la prévention sanitaire.</p>
Examen des seins	C	<p>! Pour toutes les femmes en âge de procréer ou au-delà, un examen des seins est recommandé pour une optimisation de la prévention sanitaire.</p> <p>! Le DIU ne provoque pas (ou n'augmente pas le risque) de cancer du sein.</p>
Dépistage des MST par l'anamnèse	A	<p>! L'évaluation des risques de MST par l'anamnèse personnelle ou par les facteurs de risques socio-démographiques est une méthode importante pour identifier les femmes à risques de MIP.</p> <p>! L'évaluation des risques de MST par l'anamnèse permet une thérapie empirique pour la cliente et un traitement présomptif pour son partenaire.</p>

Procédures	Classe	Raisons fondamentales
Dépistage biologique des MST (en l'absence de symptômes)	B	<p>! L'évaluation des risques de MST par l'anamnèse personnelle et par les facteurs de risques socio-démographiques peut être la méthode la plus pratique pour identifier les femmes à risques de MST. Certaines MST peuvent également être dépistées par l'examen au spéculum et l'examen pelvien bimanuel. Bien que les tests de dépistage ne soient pas toujours disponibles ou réalisables dans de nombreux endroits, il est parfois nécessaire, dans certains cas, de compléter l'interrogatoire et l'examen physique par certains examens de laboratoire, particulièrement s'il existe des raisons qui poussent le prestataire (ou la cliente) à penser que la cliente est à risque de MST. (Les clientes présentant des signes ou symptômes de MST ne doivent pas recevoir de DIU). Quand les tests sont possibles, des résultats négatifs de ces tests rassurent sur les antécédents de la femme. Il est alors important de ne pas imposer des visites supplémentaires au vu de tels tests.</p> <p>! Parmi les clientes ayant des antécédents personnels ou pour lesquelles les facteurs de risques socio-démographiques suggèrent un risque élevé, celles qui persistent à faire le choix informé du DIU doivent comprendre qu'elles peuvent être atteintes d'une MST sans aucun signe ou symptôme.</p>
Dépistage du cancer du col de l'utérus	C	<p>! Le dépistage du cancer du col de l'utérus est indiqué pour les femmes à risque de carcinome du col, et est recommandé pour une optimisation des soins préventifs pour les femmes en âge de procréer ou au-delà (en particulier les femmes à risques de MST).</p> <p><b>NOTE:</b> Le dépistage du cancer du col est conseillé pour une optimisation de la prévention pour toutes les femmes à risques (par ex., pour les femmes qui fument, celles dont les partenaires ont plusieurs partenaires, celles ayant eu jeunes leurs premiers rapports sexuels, etc.). Toutes les femmes à risques devraient idéalement avoir accès à une méthode pratique de dépistage, de traitement et de suivi du cancer du col de l'utérus.</p> <p>! L'insertion et l'utilisation continue du DIU n'ont aucun lien connu avec le risque d'atteinte par le carcinome du col<sup>3</sup>.</p>
Tests biologiques obligatoires de routine (par ex., cholestérol, glucose, tests de la fonction hépatique)	D	Sans rapport avec l'utilisation du DIU comme méthode de contraception.



Procédures	Classe	Raisons fondamentales
<p>! Counseling concernant l'utilisation des condoms, pour les femmes qui, dans certaines circonstances, pourraient être exposées à un risque élevé de MST.</p> <p><b>NOTE:</b> Les femmes qui sont actuellement exposées à un risque élevé de MST ne doivent généralement pas recevoir de DIU.</p>		<p>! Quand les condoms sont utilisés comme méthode "supplémentaire", un counseling doit être fourni pour favoriser leur acceptation et leur utilisation correcte.</p> <p>! Les condoms procurent la meilleure sécurité pour prévenir la propagation des MST dans la population sexuellement active.</p> <p>! Des sessions de counseling portant sur la formation des compétences augmentent le taux d'utilisation des condoms.</p>

**Citations:**

1. Mishell DR, Jr. Contraception, sterilization, and pregnancy termination, in Herbst AL, Mishell DR Jr., Stenchever MA, Droegmueller W (eds). *Comprehensive Gynecology*, 2nd edition. St. Louis, Mosby Year Book, 1992, pp 295-362.
2. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. The WHO multicentre trial of the vasopressor effects of combined oral contraceptives: 1. Comparisons with IUD. *Contraception* 1989;40(2):129-145.
3. Lassise DL, Savitz DA, Hamman RF, Bar—n AE, Brinton LA, Levines RS. Invasive cervical cancer and intrauterine device use. *International Journal of Epidemiology* 1991;20(4):865-870.
4. Cotten N, Standback J, Maidouka H, Taylor-Thomas JT, Turk T. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and The Gambia. *International Family Planning Perspectives* 1992;18(4):145-149.
5. Andrade A, Pizarro E. Quantitative studies on menstrual blood loss in IUD users. *Contraception* 1987;36(1):129-144.

**CLASSES:**

- Classe A** = essentiel et obligatoire ou important en toutes circonstances pour une utilisation efficace et sans danger de la méthode de contraception.
- Classe B** = raisonnable sur le plan médical/épidémiologique dans certaines circonstances pour améliorer la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception mais ne peut pas être approprié pour tous les clients dans tous les cas.
- Classe C** = peut être approprié pour une bonne prévention sanitaire mais non justifié matériellement pour la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception.
- Classe D** = non justifié matériellement, que ce soit pour de bons soins préventifs de routine ou la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception.