



## Le stérilet expose-t-il à un risque infectieux ?

Cent millions de femmes ont recours à la contraception par dispositif intra utérin (DIU), surtout en Asie. Dans les pays occidentaux le taux d'utilisation est variable, de 18% en scandinavie à 1% aux USA, en raison de la crainte d'un risque infectieux, et d'une infertilité secondaire<sup>1</sup>. Qu'en est-il de ce risque infectieux ? Une revue systématique fait le point<sup>2</sup>. Nous analyserons dans un prochain Bibliomed le risque d'infertilité.

A partir des bases Medline et Cochrane, l'auteur<sup>2</sup> a analysé 150 études pertinentes sur l'association infection pelvienne (IP) et DIU; il a pu en tirer une série de conclusions.

### **Les IP sont elles globalement plus fréquentes chez les utilisatrices de DIU ?**

Les premières études observationnelles avaient conclu à une augmentation du risque. Mais trois biais ont été identifiés: groupes témoins inappropriés, avec des utilisatrices de contraception de type barrière protectrices contre les MST; surestimation des IP chez les porteuses de DIU; non prise en compte des comportements sexuels, notamment de la multiplicité des partenaires. Après prise en compte du seul premier biais, dans la grande étude d'Oxford de 1981, le risque relatif (RR) d'IP passait de 10 à 3,3 avec les anciens DIU et à 1,8 avec les DIU au cuivre. Depuis, plusieurs grands essais contrôlés ont montré un taux bas d'IP chez les utilisatrices de DIU, même dans les populations avec taux de MST élevé.

### **Le DIU est-il en lui-même une cause d'IP, au delà de la période d'insertion ?**

Un raisonnement théorique, l'assimilant à un corps étranger, l'avait fait redouter. En fait les études montrent que le risque est limité aux 4 premiers mois après l'insertion; et chez les femmes mariées avec un seul partenaire, l'augmentation n'est pas significative. Depuis les études de l'OMS, des grandes études de cohorte, des études cas-témoins, des essais randomisés montrent que le risque après 1 mois est faible (gr A). La présence du fil de retrait n'augmente pas nettement le risque d'infection. (gr A)

### **L'insertion du DIU en cas de MST asymptomatique augmente-t-elle le risque d'IP ?**

La question se pose par assimilation avec le risque d'IP augmenté dans ces cas lors des IVG.

Les auteurs des études se sont demandé si les IP lors de

l'insertion étaient plus fréquentes chez les femmes infectées avec neisseria gonorrhoeae (NG) ou chlamydia trachomatis (CT) que chez les femmes non infectées. Dans deux études kényanes, les femmes infectées lors de l'insertion ont un risque augmenté d'IP. Ce risque est significatif pour NG, mais très limité pour CT.

Mais on ne sait pas si parmi les femmes infectées, le risque d'IP est plus grand chez celles à qui on insère un DIU que chez les autres. Des données indirectes, basées sur la prévalence des IP chez les femmes infectées sans DIU semblent montrer que le risque est identique.

De plus les études sur l'antibioprophylaxie systématique ont montré son inutilité<sup>3</sup>.

### **DIU à la progestérone et IP.**

Un essai randomisé européen a comparé un DIU au lévonorgestrel et un DIU au cuivre: à 36 et 60 mois, les taux d'IP étaient plus bas avec le premier: 0,5 et 0,8% vs 2 et 2,2%. Dans une autre grande étude, les taux étaient bas et similaires dans les deux groupes. On ne peut donc affirmer que les DIU à la progestérone ont un effet protecteur.

### **DIU et VIH.**

Le DIU est déconseillé chez les femmes VIH+ en raison de risques théoriques: augmentation d'IP du à l'immuno-déficience et du risque de transmission sexuelles par augmentation de l'excrétion virale dans les pertes menstruelles. Deux études de cohorte ne semblent pas montrer d'augmentation des IP vs femmes VIH-. Ces données ne remplacent pas l'utilisation impérative du préservatif.

### **Traitement des IP avec DIU.**

La sévérité des IP ne semble pas influencée par la présence d'un DIU. Une petite étude randomisée ne trouve pas de différence dans l'efficacité du traitement selon que le DIU est laissé en place ou retiré. Vu sa faible puissance d'autres études sont nécessaires.

Un des intérêts de cette analyse est de montrer le type et l'importance des biais possibles dans des études comparatives: biais de recrutement, de comparaison... **En pratique**, l'auteur montre bien que le risque d'IP avec le DIU relevé dans les études anciennes était lié à des biais. Les études récentes montrent que le risque d'IP après le premier mois est faible. Le DIU, comme le dit l'OMS, est un moyen de contraception très efficace et sûr. Mais à l'inverse des contraceptions mécaniques, le DIU ne protège pas des MST. Chez les femmes à risque de MST, le préservatif est de rigueur, avec ou sans DIU.

<sup>1</sup>- Darnay PD. Time to pardon to IUD ? N Engl J Med. 2001; 345 (8): 608-610

<sup>2</sup>- Grimes DA Intrauterine device and upper-genital-tract infection Lancet 2000 ; 356 :1013-19.

<sup>3</sup>- Collectif. Faut-il faire une antibioprophylaxie lors de la pose d'un dispositif intra-utérin ? Bibliomed 1997;101

**Mots-clé:** stérilet, infection génitale,

*Numéro 238 du 11 octobre 2001*

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)  
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>