



## **Stérilet au cuivre chez la nullipare et risque d'infertilité d'origine tubaire.**

Le risque d'infertilité secondaire à son usage est une cause de réticence à l'usage du dispositif intra utérin (DIU), principalement chez la nullipare. Ce risque, dont l'origine semble inflammatoire ou infectieuse, peut-il vraiment être rattaché à l'usage du DIU ? Que nous apportent les études ?

**Des études de cohorte:** l'étude britannique d'Oxford<sup>1</sup> sur 17000 femmes non nullipares ne montrait pas de diminution de la fertilité après retrait du DIU, que ce soit en vue d'une grossesse ou pour raison médicale. Deux autres études, (Néo-Zélandaise et Norvégienne)<sup>2</sup> confirment l'absence de différence à 4 ans, avec même au contraire une augmentation du nombre d'avortements provoqués, reflet du retour d'une fertilité non désirée.

Dans une nouvelle étude d'Oxford<sup>2,3</sup> (1071 nullipares suivies 13 ans), après arrêt de la contraception, une naissance voulue était obtenue à 1 an dans 54% des cas après préservatif, 39% après DIU, 32% après contraception orale. Ce retard s'accroissait avec l'ancienneté d'insertion du DIU.

**Des études cas-contrôle:** Les études avec les anciens DIU montraient une augmentation du risque d'inferti-

lité tubaire. Une étude mexicaine récente, avec les stérilets au cuivre, est plus rassurante<sup>4</sup>. Elle compare 1311 femmes de 18 ans ou plus, infertiles, ayant eu une hystérosalpingographie (358 avaient une occlusion tubaire, 953 témoins en étaient indemnes) et un groupe témoin de 584 primipares. Toutes les participantes avaient une sérologie à Chlamydia Trachomatis (CT) et étaient interrogées sur leurs antécédents contraceptifs, infectieux gynécologiques, leurs relations sexuelles, le nombre de partenaires, le niveau social et culturel.

Le risque d'occlusion tubaire était le même chez les utilisatrices de DIU (quelque soit la durée d'utilisation et le motif de son retrait) et chez les non utilisatrices.

La séropositivité à CT était plus fréquente chez les femmes infertiles, avec ou sans occlusion tubaire, que chez les primipares témoins (odds ratio: 2,4).

### **Comment expliquer les discordances entre les études ?**

- Des biais de sélection dans les études de cohorte: les femmes ayant choisi le DIU diffèrent des utilisatrices de contraception orale: âge, moindre désir d'enfant, plus d'antécédents de fausses couches précoces ou d'avortements provoqués, de grossesses ectopiques; fertilité du partenaire non explorée.
- Une non prise en compte des effets propres des MST, notamment à Chlamydia Trachomatis (CT). L'exposition à CT a été citée comme une cause importante d'infertilité, par occlusion tubaire ou non (adhérences...). Et de fait le taux de séropositivité à CT était plus important chez les femmes infertiles, utilisatrices ou non de DIU, que chez les primipares enceintes.
- Enfin les études étaient influencées par un raisonnement physiopathologique selon lequel l'inflammation due au stérilet était cause d'un risque d'infertilité durable. Or dans les faits l'inflammation liée au geste de l'insertion est transitoire. Celle associée à l'infection n'est, ni liée au DIU, ni majorée par sa présence.

### **Quels enseignements retirer de ces données, malgré leur faible niveau de preuve ?**

- Le risque infectieux, et notamment à CT, est déterminant dans la genèse de l'infertilité. Il justifie une recherche attentive des facteurs de risque de MST, un dépistage large et les conseils de prévention.
- Globalement, le DIU au cuivre ne semble pas augmenter le risque d'infertilité ultérieure, même chez la nullipare. C'est la conclusion de l'OMS: "le bénéfice du DIU chez la primipare surpasse les risques théoriques ou prouvés". Pour Grimes, une seule étude récente ne permet pas de modifier ces conclusions<sup>2</sup>
- Restent les problèmes de tolérance. Les DIU actuels, plus fins, permettent une insertion plus facile et sont mieux tolérés, avec une efficacité réelle.

**A quelle nullipare proposer ce mode de contraception ?** Sans doute en seconde intention, en cas de contre indication à une contraception hormonale. En contraception d'urgence, jusqu'au 5e jour après un rapport à risque, quand le délai pour la "pilule du lendemain" est dépassé. D'autres études seront nécessaires avant de le proposer de la même façon que la contraception estro-progestative.

1- Grimes DA Intrauterine device and upper-genital-tract infection Lancet 2000 ; 356 : 1013-19.

2- Grimes DA Intrauterine devices and infertility : sifting through evidence Lancet 2001 : 358 ; 6-7.

3- Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous after discontinuation of the IUD: comparisons with women discontinuing other methods of contraception. BJOG. 2001; 108: 304-14 (abstracts Medline)

4- Hubacher D. et al Use of copper intrauterine devices and the risks of tubalinfertility among nulligravid women N Engl J Med 2001;345 561-7.

5- Collectif. Le stérilet expose-t-il à un risque infectieux? Bibliomed 2001; 238

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

*Numéro 239 du 18 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>