

Faut-il faire une antibioprofylaxie lors de la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) ?

Une des craintes liées au DIU est le risque infectieux. Bien que moins important que cela a pu être dit, ce risque est indéniable, surtout dans le 1^o mois suivant la pose: le risque d'infection pelvienne est alors quadruplé; au delà du 4^o mois le risque d'infection génitale redevient égal à ce qu'il est en l'absence de stérilet¹. D'autres facteurs de risque ont été identifiés: les MST, la multiplicité des partenaires, l'âge de moins de 25 ans, la nulliparité. Malgré ces données, l'utilité d'une antibiothérapie de "couverture" n'est pas démontrée, et si la plupart n'en font pas, certains utilisent cette antibioprofylaxie de façon systématique. Une étude américaine vient de paraître à ce sujet².

Il s'est agi d'une étude randomisée en triple aveugle (cliniciens, patientes, évaluateurs) comparant une antibioprofylaxie systématique au placebo chez 1867 femmes devant recevoir un DIU. Le critère d'évaluation était la nécessité de l'ablation du DIU dans les 90 jours de sa pose, pour des raisons autres que l'expulsion partielle spontanée. Les critères secondaires étaient le nombre de consultations pour des plaintes d'ordre gynécologique, les taux d'expulsion spontanée et de traitement pour infection pelvienne dans les 90 jours. L'étude a été réalisée dans 11 cliniques du Sud Californien, avec 300 médecins provenant de centres universitaires, de centres de planning ou d'exercice privé. Les femmes n'étaient pas sélectionnées. Après une étude préliminaire sur 447 femmes, ayant montré l'inefficacité de la doxycycline dans cette indication, l'antibiotique choisi a été l'azythromycine, en raison de sa longue demi-vie. Les 933 patientes du groupe traitement

recevaient 2 capsules de 250mg une heure avant la pose, les 934 du groupe placebo 2 capsules placebo d'apparence identique. Les deux groupes étaient comparables au niveau de leurs données de base.

Le nombre d'ablation du DIU a été identique dans les deux groupes: 35 (3,8%) dans le groupe antibiotique, 31 (3,4%) dans le groupe placebo; les raisons étaient identiques dans les deux groupes (essentiellement saignements et douleurs pelviennes). Le nombre d'expulsions spontanées était également identique (32 vs 31). Ainsi 92,7% des femmes du groupe antibiotique et 93,2% du groupe placebo avaient un DIU en place à 90 jours. Il y a eu 2 salpingites identifiées dans les 90 jours, une dans chaque groupe. Le nombre de consultations pour motif gynécologique a été identique dans les deux groupes (38%); au cours de celles-ci des anomalies significatives étaient trouvées dans de proportions sensiblement identiques (47 vs 42%).

Cette étude ne montre donc pas d'utilité de l'antibioprofylaxie lors de la pose d'un DIU (ni dans l'étude préliminaire avec doxycycline, ni dans l'étude avec azythromycine). L'étude est de bonne qualité et ne présente pas de biais et facteurs de confusion. Elle est réalisée en milieu hospitalier. Ses conclusions sont-elles applicables au cabinet médical ? Si les conditions d'asepsie sont plus faciles à mettre en oeuvre à l'hôpital, les infections nosocomiales y sont aussi plus fréquentes, avec des germes plus résistants. Il y a eu quelques études en médecine de ville sur la pose du DIU. Une étude française³ concernait 300 femmes, avec seulement 21 antibiothérapies; au 3^o mois on note sur les 300, 9 ablations pour effets secondaires, donc un taux voisin de l'étude présentée.

L'antibiotique utilisé était-il le plus adéquat ? L'antibioprofylaxie répond à des règles⁴, dominées par la hantise de créer des souches résistantes. Mais en fait peu de données et de protocoles ont été évalués dans ces domaines. Par contre elle ne doit pas faire oublier les règles d'asepsie.

Restent donc les conditions de pose: désinfection de la région ano-vulvaire, désinfection des parois vaginales et du col avec une solution antiseptique, mais surtout précautions lors des manipulations du DIU qui ne doit pas toucher les parois de la vulve et du vagin lors de la pose. Toutes ces conditions sont techniquement faciles à mettre en oeuvre en médecine générale; si cela ne s'improvise pas, l'apprentissage est aisé, le plus important restant une bonne connaissance des indications et une pratique gynécologique régulière. Ces recommandations de JP Noiry en 1989 restent parfaitement d'actualité¹.

1 - Noiry JP. Guide 1989 des stérilets. Rev. Prescrire. 1989, 9, 87, 300-306 et 88, 348-354

2 - Walsh T et al. Randomised controlled trial of prophylactic antibiotics before insertion of intrauterine devices. Lancet, 1998, 351, 1005-1008

3 - Le Goaziou MF, Moreau A. Evaluation de la pose et de la surveillance d'un dispositif intra-utérin en médecine générale. Rev. Prat. Med. Gen.; 1995, 9, 305, 32-37

4 - ANDEM. L'antibioprofylaxie en chirurgie. Recommandations et références médicales 1996. Conc. Med. 1996, 118, 41 (suppl), 29-44

Mots-clé: antibioprofylaxie, stérilet

Numéro 101 du 23 avril 1997

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)