



Un nouveau regard sur la contraception des adolescentes : pourquoi prescrire un dispositif intra-utérin en première intention ?

Rev Med Suisse 2015; 11 : 78-81

I. Navarra
O. Julen
F. Narring
M. Yaron

A new perspective in adolescent contraception – why prescribe an IUD first?

Adolescent girls are very fertile and therefore need a reliable contraceptive strategy in order to prevent unwanted pregnancies. Although highly recommended by international gynecological and adolescent societies and in spite of its high efficiency, good tolerance and ease of use, only minority of adolescents use IUD as a contraceptive method.

This article will focus on available IUDs suitable for adolescents and will address misconceptions and barriers to use of IUDs in this age group.

We believe this information will encourage physicians in recommending IUD use to adolescents during their most vulnerable years.

L'adolescence est associée à un grand potentiel reproducteur et il est donc important de disposer de contraceptifs efficaces afin de prévenir les grossesses non désirées. Bien que recommandé comme contraception de première intention par les sociétés internationales de gynécologie et de médecine des adolescents, le dispositif intra-utérin (DIU) reste une contraception très peu utilisée par les adolescentes en dépit de sa grande efficacité, de sa bonne tolérance et de sa facilité d'utilisation.

Cet article se focalise sur les DIU disponibles pour les jeunes. Il analyse les a priori et les barrières qui persistent quant à la contraception par DIU chez ces femmes.

Nous sommes persuadés que cette information va encourager les praticiens à recommander à leurs patientes une contraception efficace par DIU au moment où elles en ont le plus besoin.

INTRODUCTION

Bien que les adolescentes aient toujours fait partie d'un groupe considéré comme à haut risque de grossesses non désirées, elles semblent cependant peu recourir à des méthodes de contraception réversibles de longue durée d'action (LARC)

comme le dispositif intra-utérin (DIU) et l'implant sous-cutané. Une étude récente réalisée en France chez les jeunes femmes de 15 à 29 ans montre que seulement une minorité de cette population utilise des LARC mais il existe toutefois une légère augmentation entre 2000 et 2010, de 4,6 à 6,4%.¹ Cette augmentation est expliquée uniquement par l'introduction de l'implant sous-cutané en 2001. On constate, durant la même période, une augmentation du nombre d'articles publiés rapportant l'efficacité des LARC chez les jeunes femmes. Une étude publiée en 2012 dans le *New England Journal of Medicine* rapporte un taux d'échecs de contraception vingt fois plus élevé chez les femmes utilisant une contraception orale, un patch ou un anneau en comparaison avec celles utilisant une LARC. En outre, parmi les participantes de moins de 21 ans utilisant la pilule, le patch ou l'anneau, les auteurs relèvent un risque d'échec deux fois plus élevé que chez les participantes plus âgées alors que pour les LARC le risque d'échec ne varie pas selon l'âge.²

Malgré les différents moyens de contraception à disposition, on constate toujours un taux de naissances très élevé chez les adolescentes, particulièrement aux Etats-Unis, avec 34,3 pour 1000 femmes entre 15 et 19 ans, dont 82% sont non désirées.³ En Suisse, le taux de naissances est de 2,1 pour 1000 femmes âgées de moins de vingt ans, le taux d'avortements est quant à lui de 4 pour 1000 femmes de la même tranche d'âge.⁴ Ces taux élevés (hormis en Suisse et aux Pays-Bas) de grossesses chez les adolescentes et les répercussions sociales, sanitaires et financières liées à ces dernières, ont conduit plusieurs Etats ainsi que l'Organisation mondiale de la santé à mandater des experts chargés de publier de nouvelles recommandations concernant l'utilisation en première intention des LARC et notamment du DIU auprès des jeunes femmes indépendamment de leur parité.⁵⁻⁸

LE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN CHEZ LA JEUNE FEMME NULLIPARE: UN DÉFI AUX A PRIORI

En effet, malgré les recommandations faites par les Etats et les différentes sociétés de gynécologie-obstétrique (notamment américaine et anglaise), la contraception par DIU chez les jeunes femmes (<25 ans) reste très peu utilisée (<1-1,7%).^{9,10} Il persiste donc plusieurs barrières à sa mise en place chez la jeune femme et essentiellement chez la nullipare. Lors d'une étude publiée récemment, on constate que 57% des femmes interrogées considèrent que l'utilisation d'un DIU comme contraceptif n'est pas recommandé chez les nullipares. Ce taux est encore plus élevé chez les professionnels de la santé: 68% des gynécologues et 85% des médecins généralistes ne recommandent pas l'utilisation d'un DIU chez les nullipares.⁹ En raison de ces réticences, l'information n'est pas transmise aux jeunes femmes. Selon une étude américaine, 55% des jeunes femmes (14-27 ans) interrogées n'ont jamais entendu parler du DIU. Cette étude montre aussi que les participantes, qui avaient déjà entendu parler du DIU par un professionnel de la santé, étaient trois fois plus intéressées à utiliser cette méthode de contraception.¹¹

Examinons ici les principales critiques à l'encontre de l'utilisation du DIU chez la jeune femme nullipare.

L'utilisation d'un dispositif intra-utérin augmente le taux d'infections pelviennes: FAUX

Le DIU n'est pas associé avec un risque significative-ment augmenté d'infection pelvienne chez la femme et chez l'adolescente en particulier. En effet, une revue de littérature, publiée déjà en 1992 dans le *Lancet*, regroupant les données de douze études randomisées de l'OMS sur le DIU (plus de 20 000 femmes parmi lesquelles plus de 5000 femmes entre 15-24 ans), montrait un taux d'infections pelviennes de 1,6 cas pour 1000 femmes/année d'utilisation. L'analyse plus approfondie de cette étude indique que le risque d'infections pelviennes était en fait augmenté uniquement dans les vingt jours suivant la pose (6 fois le risque de base).¹² Le risque de développer une infection pelvienne, chez des femmes ayant une infection sexuellement transmissible (IST) connue lors de l'insertion d'un DIU, reste faible (0-5%) en comparaison, avec un risque de 0-2% chez les femmes n'ayant pas d'IST au moment de la pose.¹³ Certains Etats et différentes sociétés de gynécologie-obstétrique recommandent toutefois d'effectuer un dépistage des IST (*Chlamydia* et gonorrhée) chez les jeunes femmes de moins de 25 ans avant ou au moment de la pose.⁵⁻⁷

Par ailleurs, les DIU contenant de la progestérone sembleraient avoir un effet protecteur par rapport à la transmission d'infection sexuellement transmissible par le biais de l'épaississement du mucus cervical.¹⁴

En conclusion, c'est le contact sexuel avec une personne porteuse d'une IST qui est responsable de l'infection, que la femme soit sous contraception par DIU ou un autre type de contraception.

L'utilisation d'un dispositif intra-utérin peut conduire à des problèmes de fertilité: FAUX

Les résultats d'une étude cas-témoin montrent que l'utilisation d'un DIU au cuivre chez la nullipare n'est pas asso-

ciée à l'augmentation des problèmes d'infertilité tubaire contrairement à la présence d'anticorps contre chlamydia.¹⁵ Un essai clinique randomisé norvégien montre également que le retour à la fécondité est relativement rapide et n'est pas modifié après l'utilisation d'un DIU au cuivre indépendamment des raisons du retrait.¹⁶

Les jeunes femmes gardent moins longtemps le dispositif intra-utérin que les femmes plus âgées: VRAI

Une grande étude rétrospective menée sur plus de 90 000 femmes montre que le taux d'abandons précoces d'une contraception par DIU ne différait pas entre les adolescentes et les femmes âgées de 25 à 44 ans (13% vs 11%).¹⁷ Cependant, sur le plus long terme, il semblerait, selon une autre étude rétrospective, que les femmes de moins de vingt ans poursuivent moins longtemps leur contraception par DIU que celles plus âgées (49% d'abandons dans le groupe 13-19 ans vs 37% chez les 25-35 ans pour un suivi de 37 ± 11 mois).¹⁸ Les facteurs motivant l'arrêt d'une contraception par DIU sont essentiellement les douleurs et les saignements anormaux. Par contre, tous âges confondus, on note davantage d'abandons de la méthode contraceptive s'il s'agit d'un DIU contenant du cuivre par rapport à un DIU hormonal.^{17,18} La tendance semble encore plus marquée pour les adolescentes.

De manière générale, la compliance des jeunes femmes reste meilleure pour les LARC comme le DIU que pour les autres contraceptifs. Une étude finlandaise, conduite auprès de jeunes femmes nullipares (18-25 ans), le confirme, avec un taux de poursuite d'une contraception par DIU contenant du lévonorgestrel de 80% à un an comparé à 73% pour celles qui étaient sous contraception orale par pilule œstroprogestative.¹⁹ Dans cette étude, la raison la plus fréquente invoquée pour le retrait du DIU était la douleur.

Il existe une augmentation du risque d'expulsion: CONTROVERSÉ

Les taux d'expulsions de DIU (tous types) rapportés chez les adolescentes sont très divergents (5-22%) mais semblent plus élevés que ceux des femmes tous âges confondus (3-5%).⁶ Toutefois, la majorité des articles parus sur le sujet datent des années 70 et 80. Les DIU utilisés à cette époque étaient des prototypes ou des DIU qui ne sont actuellement plus sur le marché. Les auteurs d'une étude rétrospective, publiée cette année, ont retrouvé un taux global d'expulsions de 6% identique, quels que soient la parité et l'âge des femmes.¹⁸

L'utilisation d'un DIU de taille adaptée est cependant préconisée chez la nullipare. Il existe sur le marché des DIU au cuivre ou au lévonorgestrel de taille réduite en longueur et en largeur, mieux adaptés à un utérus dont l'hystérométrie est inférieure à 6 cm.

Il est plus difficile et douloureux de poser un dispositif intra-utérin chez une nullipare: CONTROVERSÉ

Dans un essai incluant 2000 femmes, les auteurs signalent que la douleur est plus importante au moment de la

pose chez les nullipares que chez les multipares, il n'existe cependant pas de diminution de la douleur dans les deux groupes après administration d'ibuprofène.²⁰

Toutefois, comme observé dans une étude de phase II comparant des DIU expérimentaux de petite taille contenant du lévonorgestrel vs le Mirena, la pose de DIU plus petits semble plus facile et moins douloureuse.²¹

Le choix d'une méthode de contraception requiert l'accord des parents: FAUX

Le choix de la méthode contraceptive appartient à la femme, légalement majeure ou non, pour autant qu'elle ait sa capacité de discernement, en fonction de ses besoins, de ses représentations et de ses moyens.

QUELS SONT LES DIFFÉRENTS TYPES DE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN DISPONIBLES?

Dispositif intra-utérin diffuseur de gestagène au lévonorgestrel (LNG)

Il est indiqué pour toute femme souhaitant une contraception hormonale réversible, de longue durée, utilisatrice indépendante et sans œstrogènes. La résorption quotidienne de gestagène permet d'obtenir une concentration plasmatique nettement inférieure à celle observée pour les autres voies d'administration (tableau 1).

L'effet contraceptif repose sur l'action intra-utérine locale du LNG, réalisant une atrophie endométriale improprie à la nidification et une augmentation de la viscosité des sécrétions cervicales. Une anovulation ou une inhibition de la maturation folliculaire peuvent être observées.

Dispositif intra-utérin contenant du cuivre

L'effet contraceptif principal du DIU au cuivre repose sur un effet cytotoxique des sels de cuivre sur les gamètes, à l'origine d'une altération des spermatozoïdes entraînant ainsi une inhibition de la fécondation. Le DIU génère aussi une inflammation locale stérile sur l'endomètre le rendant improprie à la nidation. Le DIU au cuivre représente aussi la méthode de contraception d'urgence la plus efficace >99%, comparée aux méthodes hormonales.²² Il a en plus l'avantage d'offrir immédiatement une contraception sûre pour les rapports sexuels à venir.

Les deux types de DIU existent sous différentes formes et différentes tailles, dont certaines plus adaptées aux jeunes femmes nullipares. Le DIU est inséré dans l'utérus lors d'une consultation ne nécessitant aucune anesthésie. Il peut être inséré à tout moment du cycle menstruel, après avoir écarté toute possibilité de grossesse et d'infection. Il assure une contraception durant 3-5 ans (figure 1). Un con-

trôle est recommandé 1-3 mois après la pose en raison du faible risque d'expulsion.

CONCLUSION

Nous souhaitons rappeler que la contraception reste un choix à faire par la femme qui doit être régulièrement repensé au fur à mesure de son parcours de vie. A l'adolescence, le médecin de famille joue un rôle crucial puisqu'il voit les jeunes filles à l'occasion de bilan de santé, de demande de test de grossesse, de pilule du lendemain ou par exemple de tests de dépistage des IST. Ce sont des opportunités à ne pas manquer pour informer sur les choix contraceptifs ou corriger les informations erronées d'origines diverses (internet, copines ou rumeurs).

Il semble donc évident à ce jour que le DIU doit faire partie de la liste des contraceptifs à proposer à toutes les

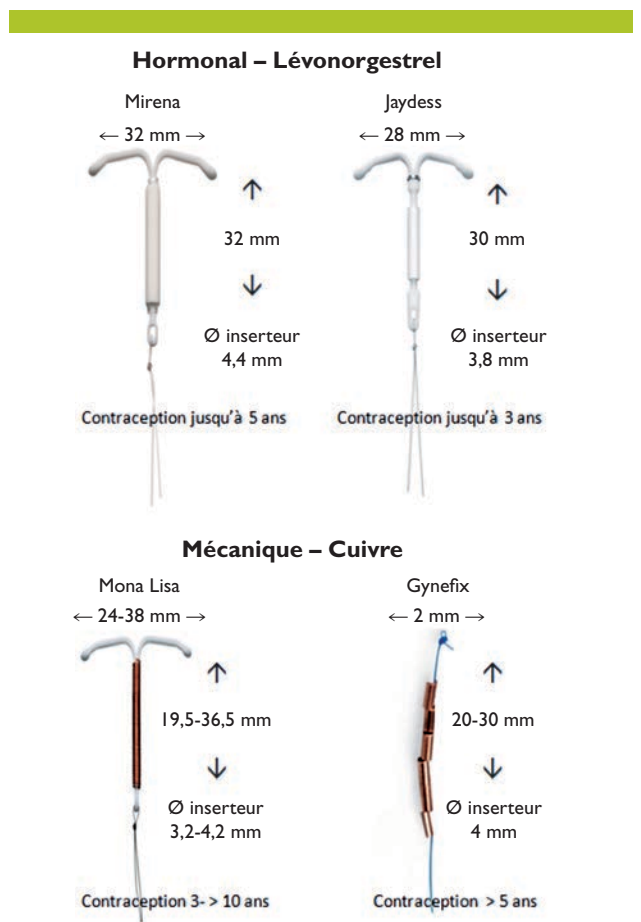


Figure 1. Caractéristiques des dispositifs intra-utérins

Tableau 1. Comparatif des contraceptifs progestatifs

Contraceptifs progestatifs	Progestatifs	Dose quotidienne (µg)	Durée	Coût moyen CHF par mois
Minipilule (Cerazette)	Désogestrel	75	24 h	12-19
Implant (Implanon Nxt)	Etonogestrel	40	3 ans	11-14
DIU (Mirena)	Lévonorgestrel	20	5 ans	6-10
DIU (Jaydess)	Lévonorgestrel	14	3 ans	11-16



femmes indépendamment de la parité ou de l'âge. Il a bien été démontré qu'une fois informées, un grand nombre de femmes souhaiteraient utiliser un DIU comme contraceptif, essentiellement pour son efficacité indépendante de l'observance, sa discrétion, son mécanisme d'action ou la possibilité de l'utiliser en cas de contre-indication aux pilules œstroprogestatives. ■

Ce que l'on savait déjà :

- Les adolescentes sont dans une période d'apprentissage concernant la contraception
- Elles utilisent peu les méthodes de contraception réversibles de longue durée d'action
- Les taux d'échecs de la contraception orale, du patch ou de l'anneau sont plus élevés chez les moins de vingt ans que chez les adultes

Ce que cela apporte de nouveau :

- Le dispositif intra-utérin (DIU) n'augmente pas le risque d'infection pelvienne et n'est pas responsable de risque d'infertilité chez les adolescentes en particulier
- Le DIU doit être proposé dans la liste des contraceptifs adaptés aux adolescentes et aux jeunes adultes, y compris si elles sont nullipares
- Les professionnels de la santé, en particulier les médecins de famille et les professionnels de premier recours, devraient informer les jeunes des nouvelles recommandations concernant le DIU

Conflit d'intérêts

La docteure Michal Yaron est consultante pour Bayer et MSD Suisse. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Stratégie de recherche et critères de sélection

Les données utilisées pour cette revue ont été identifiées par une recherche Medline des articles publiés en anglais ou en français depuis 1990 dans le domaine de la gynécologie et de la médecine des adolescents. Les mots-clés principaux utilisés pour la recherche étaient «intra-utérine device», «adolescents», «young women» et «long acting reversible contraception». Un sous-ensemble de critères a été additionné aux précédents en fonction des différents chapitres traités: «pelvic infection», «fertility», «pain», «beliefs», «complications» et «discontinuation».

Adresse

Drs Isabelle Navarria, Olivier Julien, Françoise Narring et Michal Yaron
Unité santé jeunes
Département de l'enfant et de l'adolescent
Service de gynécologie (IN, OJ, MY)
Département de gynécologie-obstétrique
HUG, 1211 Genève 14
isabelle.navarria@hcuge.ch
olivier.julien@hcuge.ch
francoise.narring@hcuge.ch
michal.yaron@hcuge.ch

Bibliographie

- Moreau C, Bohet A, Hassoun D, et al. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: Results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril* 2013;100:451-8.
- Winner B, Peipert JF, Zhao Q, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012; 366:1998-2007.
- Martinez G, Copen CE, Abma JC. Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006-2010 national survey of family growth. *Vital Health Stat* 2011;23:1-35.
- www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/01.html
- www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf
- Committee on adolescent health care long-acting reversible contraception working group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539. Adolescents and long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2012;120:983-8.
- National collaborating centre for women's and children's health (UK). Long-acting reversible contraception. The effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. NICE Clinical Guidelines, No. 30. London: RCOG Press, 2005.
- http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf
- ** Moreau C, Bohet A, Hassoun D, et al. IUD use in France: Women's and physician's perspectives. *Contraception* 2014;89:9-16.
- Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, et al. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception* 2008;78:211-7.
- Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception* 2010;82:178-82.
- * Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. *Lancet* 1992;339:785-8.
- Mohlajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception* 2006;73:145-53.
- Toivonen J, Luukkainen T, Allonen H. Protective effect of intrauterine release of levonorgestrel on pelvic infection: Three years' comparative experience of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 1991;77:261-4.
- Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 2001; 345:561-7.
- Hov GG, Skjeldestad FE, Hilstad T. Use of IUD and subsequent fertility – follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception* 2007;75:88-92.
- Berenson AB, Tan A, Hirth JM, et al. Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. *Obstet Gynecol* 2013;121: 951-8.
- Aoun J, Dines VA, Stovall DW, et al. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2014; 123:585-92.
- Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, et al. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: A comparative study. *Contraception* 2004;69:407-12.
- Hubacher D, Reyes V, Lillo S, et al. Pain from copper intrauterine device insertion: Randomized trial of prophylactic ibuprofen. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195: 1272-7.
- Gemzell-Danielsson K, Schell Schmidt I, Apter D. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertil Steril* 2012;97:616-22.
- WHO Fact sheet N° 244, July 2012.

* à lire

** à lire absolument