

DIU chez l'adolescente

La dernière frontière ? – T. Linet – Infogyn Pau 2019

1



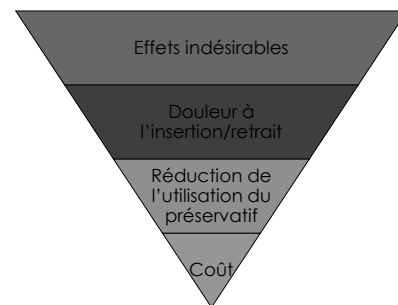
Quelles inquiétudes ?

Naissance de l'idée

2

Le DIU, l'adolescente, les inquiétudes

- Une des contraceptions les plus efficaces
 - Mais inquiétude des praticiens chez l'adolescente [1]
- DIU : Risque IGH ?
 - Adolescente : risque IST ↗ [2]
 - Inquiétude : ↗ IGH ? ↗ infertilité ?
- Adolescente : utérus plus petit ?
 - Inquiétude : ↗ perfo ? ↗ expulsion ?
- Adolescente : plus de dysménorrhée [3]
 - Inquiétude : moins bien toléré ?



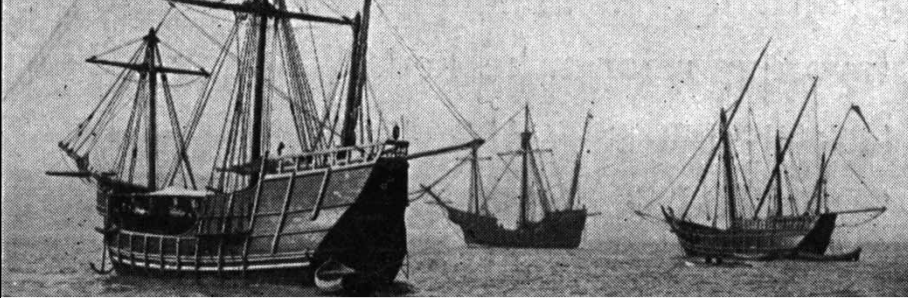
1. Kavanaugh ML. J Pediatr Adolesc Gynecol 2013 – 2. Workowski KA. MMWR 2015. – 3. Burnett M. J Obstet Gynaecol Can 2017

3

Nos questions...

- La pose est-elle plus dangereuse ?
 - Plus de complications liées au geste (perforation, expulsion) ?
- Les conséquences de la pose : est-ce bien raisonnable ?
 - Plus de grossesse ?
 - Plus d'infections ?
 - Plus d'infertilité ou de délai de conception long ?
 - Plus d'intolérance ?
 - Pourquoi MEC-2 et pas MEC-1 ?
- Y a-t-il une façon spéciale de le poser ?

4



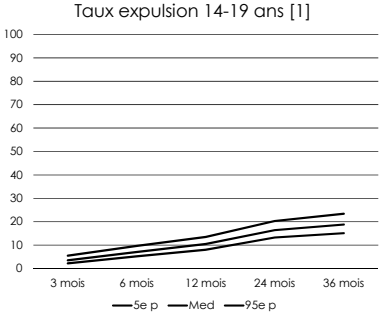
La pose est-elle plus risquée ?

Allons plus loin...

5

Plus d'expulsions, mais très minoritaire.

- Risque ↗ études prospectives sur des DIU toujours utilisés
 - Cohorte CHOICE [1] : aHR à 2,26 [1,68-3,06]
 - Cas-Témoin [2] : aHR 5,4[1,7-17,5]
- Résultats comparables études de qualité inférieure ou avec DIU non commercialisés en France [3]



Taux expulsion 14-19 ans [1]

1. Madden T. Obstet Gynecol 2014. – 2. Zhang J. Contraception 1992 – 3. Jaffaoui TC. Contraception 2017.

6

Pas plus de perforation

- Etudes de cohortes rétrospectives :
 - Pas de perforation à 6 mois sur 1365 poses [1-2]
 - Pas de perforation à 7 ans sur 233 poses [2]
- Études de données assurantielles :
 - Taux à 0,05 % [3] soit 2 / 11 722 poses
 - Pas de différence entre 13-19 et 20-24 ans, mais puissance faible [4]

1. Alton TM. J Pediatr Adolesc Gynecol 2012 – 2. Teal SB. Obstet Gynecol 2015 – 3. Berenson AB. Obstet Gynecol 2013. – 4. Aoun J Obstet Gynecol 2014.

7



Plus de grossesses ?

Cela en vaut-il la peine ?

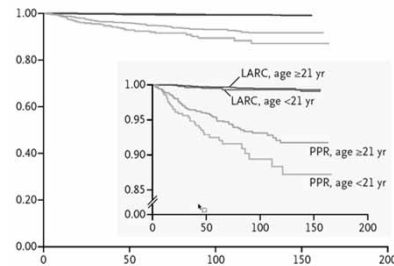
8

Le même risque que chez les femmes ayant la même fertilité.

Rassurante pour les IARCS

- Preuves directes uniquement comparaisons SIU-LNG [1].
 - Pas de ≠ grossesse
 - Pas de ≠ GEU
- « normale » risque grossesse avec l'âge (et la fertilité) [1]
 - Pas de ≠ FCS, GEU, Grossesse normale ou anormale 15-19 vs 20-24 ans [2]
- Donc même bénéfice attendu LARC vs SARC.

Tiès différent pour les SARC [3]



1. Jatlaoui TC. Contraception 2017. – 2. Berenson AB. Obstet Gynecol 2013. – 3. Winner B. N Engl J Med 2012



Plus d'effets indésirables ?

Levons les derniers freins...

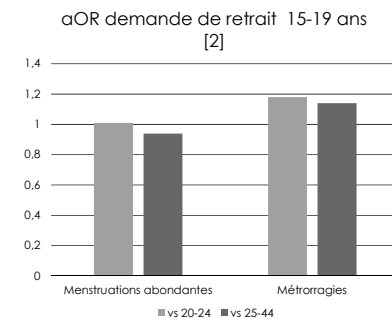
Des données rassurantes sur le risque infectieux

- Comparaison directe IGH : pas de ≠
 - 1 étude randomisée et 1 étude historique de cohorte de grande taille [1]
 - SIU-LNG vs Implant (2388 vs 2014 femmes)
 - Risque « normal » de 0,2 % [2]
- Différences entre groupe d'âges DIU Cuivre
 - IGH à un an
 - Prospective pas de ≠ 13-19 vs 20-30 ans [3]
 - Assurantielles pas de ≠ 15-19 vs 25-44 [4]
 - Retrait équivalent pour infection à 3 ans [1]
- Pas d'effet attendu sur la fertilité [1]

1. Jatlaoui TC. Contraception 2017. – 2. Berenson AB. Obstet Gynecol 2015. – 3. Rasheed SM. Gynaecol Obstet 2011 – 4. Berenson AB. Obstet Gynecol 2013.

Saignement abondant ou retrait pour saignement

- Pas de ≠ de retrait pour cause de saignement pour l'essentiel des études [1]
 - 10 articles issus de 8 études
- Mais données mélangeant SIU et DIU...
 - Données moins robustes.
 - Mais évènements pouvant être accompagnés.



1. Jatlaoui TC. Contraception 2017. – 2. Berenson AB. Obstet Gynecol 2015.

OMS / CDC / HAS : Bénéfice > Risque

	DIU	SIU
< 18 ans	2	2
18-20 ans	2	2
20 - 40 ans	1	1
40 - 45 ans	1	1
> 45 ans	1	1

13



14

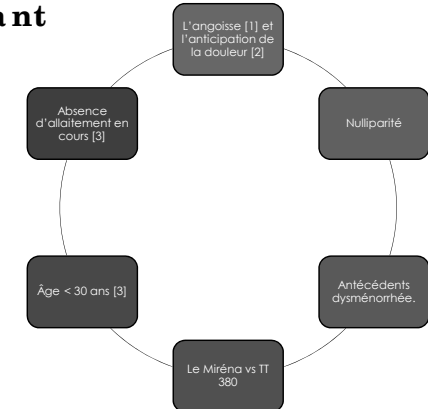
Counseling plus spécifique chez l'ado [1]

- Cela dure moins de 10 minutes
- Refaire le point sur l'anatomie
- Positiver l'examen comme un moyen « d'empouvoirement » [2]
 - Peut venir avec une robe/jupe/paréo (ou jupe « papier »)
 - Peut s'entraîner à s'examiner avant la pose, toucher son col de l'utérus.
 - Pose du speculum lorsqu'elle sera prête .
 - Peut commencer à le poser si elle veut le jour J (peu usité)
- Utilisation possibles des AINS type naproxène 550
 - Améliore le confort APRES insertion [3]

1. Hillard PJA. J Pediatr Adolesc Gynecol 2019 – 2. Wijma B. Acta Obstet Scand 2004 – 3. Ngo LL. Obstet Gynecol 2016.

15

Ce qui fait mal... avant

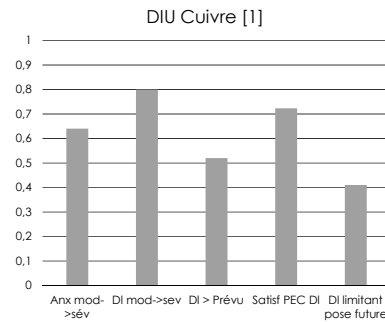


1. Gemzell-Danielsson K. Hum Reprod Update 2013. - 2. NP2 - Dina B. Am J Obstet Gynecol 2017. - 3.. NP1 Hubacher D. Am J Obstet Gynecol 2006

16

Atténuer la douleur anticipative et la douleur réelle

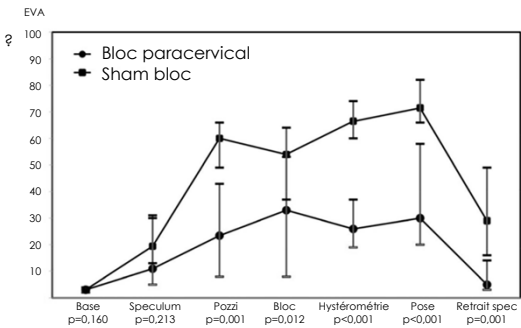
- Anxiété pré-pose majoritaire
- Perception douloureuse < si [2]
 - Praticien entraîné
 - Durée faible du geste
- Mesure « classiques » pas ou peu efficaces PENDANT le geste [3]
 - Antalgiques
 - AINS
 - Anesthésie locale
- Place à l'Emla ? [3]
- Mais en vaut la peine pour la majorité des ado [1]



1. Callahan DG J Pediatr Adolesc Gynecol 2019 – 2. Ireland LD. Obstet Gynecol Surv 2016. – 3. Samy A. Fertili Steril 2019

Le cas du bloc paracervical

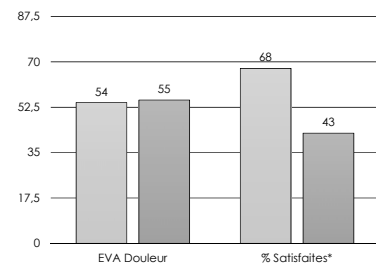
Faut-il faire mal pour faire moins mal ? [1]
 Au final, pas plus efficace que le placebo [2]



1. Akers. Obstet Gynecol 2017. – 2. . Samy A. Fertili Steril 2019

Doleur n'est pas satisfaction [1]

- Randomisation protoxyde d'azote (n=40) vs oxygène (n=40)
- 95 % souhaitent le refaire sous proto.
- 63 % sont prêtes à dépenser 20 à 50 \$ pour le protoxyde d'azote



[1] Thaxton L. ACOG Annual Clinical Meeting 2015

Et après ? [1]

- « Empouvoirement »
 - La patiente prend le temps qui lui semble adapté pour se lever...
- « Conseils d'usage »
 - Rappel modification profil saignement.
 - Rappel mesures protection IST
- Retour à 6-8 semaines
 - Tolérance, expulsion, douleurs...
 - Surtout si anxiété et à adapter au contexte [2]
 - Téléphonique ou par consultation [3]

1. Hillard P.J.A. J Pediatr Adolesc Gynecol 2019 – 2. Steenland MW. Contraception 2013 - 3. Hameed W. PLoS ONE 2016



Le futur?

Imaginer la frontière d'après...

21

DIU chez la femme vierge [1]

- Expérience récente chez 82 femmes
 - Pose possible chez 90,2 % sur la 1^{re} tentative
 - 98,7 % sur la 2^e tentative
- Bonne tolérance chez 81,7 % des adolescentes

1. Kebodeaux CA. Am J Obstet Gynecol 2018

22

Avant de décoller...

Les données rassurantes

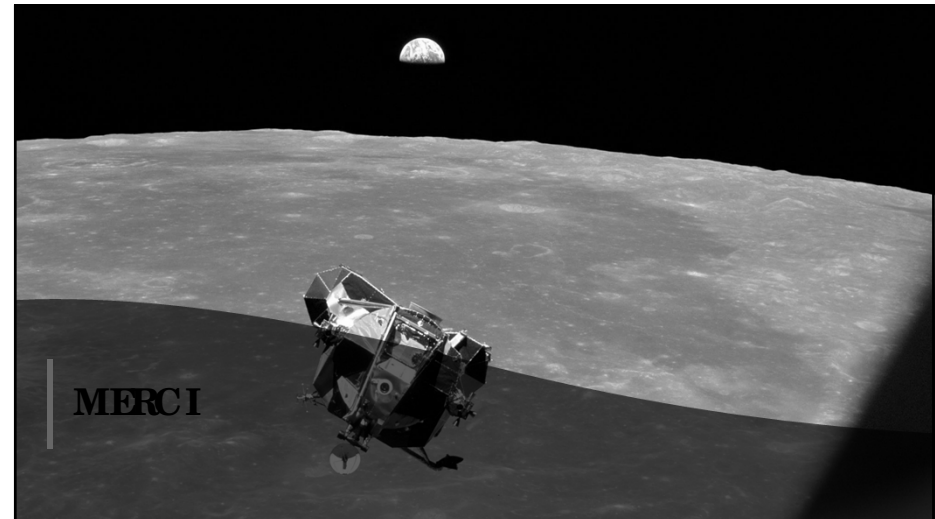
- Pas plus de risque de perforation.
- Taux de grossesse aux femmes de même fertilité sous LARC.
 - Même bénéfice attendu
- Taux d'IGH comparable
 - C'est le chlamydia qui rend stérile pas le DIU [1].
- Effets indésirables comparables sur les saignements
 - Demande de retrait > effet indésirable équivalent [2,3]

Quelques précautions

- Dépistage du Chlamydia selon recommandations
- Risque d'expulsion plus important.
 - Mais très minoritaire
- Améliorer le confort :
 - « Empouvoirement » de l'examen
 - Avoir une conduite rassurante et un geste doux mais court.
 - Emla avant pose ?
 - Naproxène pour les douleurs post-pose ?
 - Vocabulaire « hypnotique »
 - Protoxyde d'azote ?
- Retour à discuter au cas par cas.

1. Hubacher D. N. Engl J Med 2001 – 2. Aoun J. Obstet Gynecol 2014 – 3. Grunloh DS. Obstet Gynecol 2013.

23



MERCI

24