



Gestion de la douleur associée à l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU)

Gestion de la douleur associée à l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU)

Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen sécuritaire et efficace afin d'assurer la contraception et de supprimer les menstruations. Pour la majorité des gens la procédure sera inconfortable mais tolérable. Cependant, certaines personnes ressentiront des niveaux de douleur plus élevés lors de l'insertion. Il existe plusieurs options que les fournisseurs de soins peuvent offrir pour aider à réduire la douleur associée à l'insertion d'un DIU; ces options sont décrites ci-dessous.

Interventions appuyées par la littérature scientifique

Counseling – Une approche non pharmacologique de la gestion de la douleur comprend une discussion détaillée sur les étapes reliées à l'insertion, ainsi qu'un soutien émotionnel pendant la procédure. La douleur peut être sous-estimée par les cliniciens. Il est important de reconnaître la peur ou l'anticipation de la douleur et de discuter des différents moyens d'atténuer les événements indésirables, comme manger ou de boire avant l'intervention. On peut aussi demander s'il y a des antécédents d'événements indésirables en lien avec diverses interventions, comme de la douleur à l'examen au spéculum ou une vulvodynie. La peur de l'intervention ou l'anticipation d'une douleur lors de l'insertion peut accroître la perception de la douleur et peut être un obstacle au choix d'un DIU comme moyen de contraception ou de suppression des menstruations (1,2).

Crème de lidocaïne-prilocaine – La crème de lidocaïne-prilocaine (2,5 % de lidocaïne et 2,5 % de prilocaine ou crème EMLA^{MD}) réduit la douleur lors de la mise en place d'un tenaculum et de l'insertion d'un DIU (3).

Utilisation: Placer la personne en position de lithotomie, rincer le vagin et le col de l'utérus avec une solution antiseptique (p.ex. chlorhexidine ou iode), puis appliquer environ 5g de crème au niveau du col de l'utérus. Attendre 5 à 7 minutes pour que l'effet analgésique s'installe.

Interventions pour lesquelles la littérature scientifique est contradictoire

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) – On trouve des données contradictoires dans la littérature concernant l'efficacité des AINS pour réduire la douleur associée à l'insertion d'un DIU. Certaines études laissent entendre que les AINS n'auraient qu'un effet placebo. Malgré ces données contradictoires, on offre souvent des AINS (800 mg d'ibuprofène ou 500 mg de naproxène) par voie orale, avant ou après l'insertion d'un DIU (4).

Bloc paracervical/intracervical – La littérature existante est contradictoire concernant les bénéfices des blocs paracervicaux ou intracervicaux pour gérer la douleur lors de l'insertion du DIU. De plus, cela ne semble pas être une option populaire (4-6). Il n'est pas recommandé d'effectuer un bloc paracervical/intracervical sans avoir d'abord suivi une formation spécialisée. Si cette option est préférée, une consultation en gynécologie est recommandée.

Utilisation: Bloc intracervical: Injecter 1 à 2 ml de lidocaïne à 2 % dans le col de l'utérus au niveau de la partie antérieure du col pour soulager la douleur associée au placement du tenaculum.



Gestion de la douleur associée à l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU)

Interventions non étayées par la littérature scientifique

Planification de l'insertion du DIU selon le cycle menstruel – Il y a peu de données probantes indiquant que le moment de l'insertion du DIU, par exemple pendant les menstruations, réduit la douleur ou améliore les résultats pour la patiente. Le DIU peut être inséré à tout moment pendant le cycle menstruel, si une grossesse peut être raisonnablement exclue (5).

Misoprostol – Malgré un large éventail d'études, les données semblent indiquer qu'un prétraitement au misoprostol ne réduit pas la douleur et ne facilite pas l'insertion d'un DIU. L'administration de cette substance n'est pas recommandée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (6). Toutefois, de nombreux cliniciens déclarent l'utiliser au besoin ou après un premier essai infructueux.

Utilisation: Deux comprimés de 200 mcg (400 mcg) insérés dans le vagin 4 heures avant l'intervention ou la nuit précédente.

Autres médicaments – À l'heure actuelle, il n'y a aucun article scientifique portant sur l'efficacité des anxiolytiques pour la gestion de la douleur. Toutefois, chez certaines personnes, la prise orale d'un anxiolytique avant l'intervention peut aider à réduire l'anxiété liée à l'insertion du DIU.

Autres éléments à prendre en considération

Counseling et dépistage en lien avec les infections transmissibles sexuellement (ITS) – Les dépistages de la gonorrhée et de la chlamydia sont recommandés pour toutes les personnes qui se font poser un DIU, quel que soient les facteurs de risque. S'il n'y a aucun signe d'infection pelvienne aiguë, le dépistage des ITS ne devrait pas retarder l'insertion du DIU (1). Si une personne obtient un résultat positif, elle doit être traitée et le DIU peut demeurer en place (6).

Antibiotiques – La prophylaxie antibiotique n'est pas recommandée pour l'insertion d'un DIU, même chez les personnes présentant une cardiopathie valvulaire (1).

Vaginose bactérienne (VB) – Le dépistage systématique ou la prophylaxie antibiotique de routine ne sont pas recommandés en cas de VB. Un dépistage peut être envisagé chez les patientes symptomatiques ou chez les personnes ayant des antécédents de VB récurrente. La présence de VB au moment de l'insertion n'augmente pas le risque de complication clinique (6).

Consultation spécialisée – S'il y a des antécédents de traumatismes ou si l'examen au spéculum ne peut être toléré, il est raisonnable d'envisager de les adresser en gynécologie pour d'autres méthodes d'insertion, par exemple sous sédation.

Déploiements – On recommande que le DIU soit inséré au moins six semaines avant un exercice d'entraînement, une opération ou un déploiement, afin de permettre la vérification de la ficelle et de s'assurer qu'il n'y a pas de complications.

1. Hardeman et al, Intrauterine Devices: An update, American Family Physician Vol 89, Number 6, March 15, 2014

2. Statement on Intrauterine Devices, Counselling and Pain Management, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, December 15, 2022

3. Whitworth et al, Effective analgesic options for intrauterine device placement pain, Canadian Family Physician, Vol 66, August, 2020

4. Bartz et al, Up to Date: Intrauterine contraception: Insertion and removal, accessed May 12, 2023

5. Whiteman et al, When can a woman have an intrauterine device inserted? A systematic review, Contraception. 2013 May;87(5):666-73. Epub 2012 Sep 17

6. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7 e Intrauterine Contraception, JCOG Feb 2016