

## Déclaration de la SOGC sur les stérilets, les conseils et le traitement de la douleur

**Date de version : 15 décembre 2022**

Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont très efficaces et constituent la méthode contraceptive de première ligne recommandée, mais ils sont pourtant sous-utilisés. Les personnes peuvent avoir du mal à s'y retrouver dans l'étendue des informations disponibles - vraies, fausses et incomplètes - pour faire le meilleur choix en fonction de leurs besoins. Les patientes qui pourraient bénéficier de manière significative de l'utilisation d'un DIU, tant pour ses avantages contraceptifs que non contraceptifs, n'en reçoivent peut-être pas en raison de la difficulté d'accès ou de la disponibilité limitée, ou parce que les informations dont disposent les patientes et/ou les prestataires de soins de santé ne sont peut-être pas suffisantes quant aux complications ou aux avantages des DIU.

La pose d'un DIU peut être douloureuse pour certaines patientes. Il est important que les prestataires de soins de santé conseillent les patientes afin qu'elles sachent à quoi s'attendre pendant la pose du DIU, y compris les options de contrôle de la douleur. Les prestataires de soins doivent s'assurer que la patiente dispose de suffisamment de temps pour examiner les informations, poser des questions et donner son consentement.

Certaines patientes peuvent ressentir plus de douleur ou d'inconfort que d'autres lors de la pose d'un DIU, notamment celles qui ont des antécédents de traumatisme, de douleurs pelviennes chroniques, de douleurs sexuelles ou de règles douloureuses, ainsi que celles qui sont en post-partum, qui ont des difficultés à subir ou n'ont jamais subi d'examen au spéculum, et celles qui sont anxieuses à l'idée de l'intervention. Même si certains patients présentent un risque plus élevé de douleur, *cela ne signifie pas qu'ils ne sont pas de bons candidats pour un DIU.*

L'anxiété, ainsi que la douleur anticipée et réelle liée à l'intervention, sont des obstacles importants à l'utilisation des DIU. Il est essentiel que les prestataires de soins de santé collaborent avec les patientes pour garantir un environnement favorable et rassurant dans lequel la patiente comprend qu'elle a le contrôle et qu'elle peut demander que l'intervention soit interrompue ou arrêtée à tout moment. Le prestataire de soins et le patient doivent travailler ensemble pour élaborer un plan de gestion de la douleur approprié au moment opportun.

La plupart des patients trouvent que les médicaments oraux répondent à leurs besoins en matière de gestion de la douleur, mais les options ci-dessous se sont avérées efficaces et doivent être discutées avec les patients, le cas échéant.

### Analgésiques oraux

Médicament	Dose	Voie d'administration	Patiente	Moment	Références
Kétoprofène	150 mg	Orale	Primipare	1 heure avant l'intervention	Abbas et coll. <sup>1</sup>
Kétorolac	20 mg	Orale	Nullipare ou primipare	40-60 minutes avant l'intervention	Crawford et coll. <sup>2</sup> ; Samy et coll. <sup>3</sup>
Naproxène	550 mg	Orale	Nullipare ou multipare	1 heure avant l'intervention	Karabayirli et coll. <sup>4</sup> ; Ngo et coll. <sup>5</sup>
Tramadol	50 mg	Orale	Multipare	1 heure avant l'intervention	Karabayirli et coll. <sup>4</sup>

## Anesthésique local

Médicament	Dose	Voie d'administration	Patiente	Moment	Références
Lidocaïne à 10 %	4 vaporisations (40 mg; 10 mg/mL/vaporisation)	Vaporisez sur la surface du col de l'utérus, dont l'orifice externe	Primipare	3 minutes avant l'intervention	Aksoy et coll. <sup>6</sup> ; Karasu et coll. <sup>7</sup> ; Panichyawat et coll. <sup>8</sup>
Lidocaïne à 1 %	20 mL	Bloc paracervical	Nullipare	Avant l'intervention	Mody et coll. <sup>9</sup>
Lidocaïne à 1 %	10 ml	Bloc paracervical	Adolescente ou jeune femme (14-22 ans)	3 minutes avant l'intervention	Akers et coll. <sup>10</sup>
Lidocaïne à 2 %	12 ml (20 mg/mL)	Bloc paracervical	Multipare	Avant l'intervention	Karasu et coll. <sup>7</sup>
Lidocaïne à 2 %	3,6 mL (72 mg)	Bloc intracervical	Nullipare	Avant l'intervention	De Nadai et coll. <sup>11</sup>
Li-docaïne/prilocaine à 5 %	4 mL	Crème appliquée sur la lèvre antérieure du col et dans le canal cervical	Primipare	7 minutes avant l'intervention	Abbas et coll. <sup>12</sup> ; Samy et coll. <sup>3</sup> ; Tavakolian et coll. <sup>13</sup>

Bien qu'il n'existe pas de données spécifiques sur l'efficacité du soulagement de la douleur pendant la pose d'un DIU, d'autres analgésiques peuvent convenir, notamment le méthoxyflurane à faible dose<sup>14</sup>.

Les DIU font partie des formes de contraception les plus efficaces. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) reconnaît que les patientes et les fournisseurs de soins de santé peuvent avoir besoin de renseignements supplémentaires sur la gestion de la douleur liée à la pose d'un DIU ; dans la majorité des cas, la douleur et/ou l'inconfort sont gérables et ne devraient pas constituer un obstacle à l'utilisation d'un DIU.

La pose d'un stérilet est une intervention rapide et courante en ambulatoire, qui prend généralement entre 5 et 15 minutes, avec un temps supplémentaire possible si une prise en charge de la douleur est nécessaire. Les complications au cours du processus de pose sont rares. La pose d'un DIU nécessite l'intervention d'un fournisseur de soins de santé compétent, et la SOGC offre un programme de formation préceptorat spécifique à la pose d'un contraceptif intra-utérin, y compris le counseling. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter notre site Web : [Programme de préceptorat sur l'insertion des CIUs \(sogc.org\)](http://Programme de préceptorat sur l'insertion des CIUs (sogc.org)).

Tous les prestataires de soins de santé devraient se rappeler que chaque méthode contraceptive est un moyen d'autonomiser les patients, y compris la prise en compte spécifique des avantages non contraceptifs.

*Pour l'élaboration de la présente déclaration, la SOGC tient à remercier Nicole Todd, Véronique Raymond, David Rittenberg, Anisha Dubey, Olga Bougie, Joann James, Jocelynn Cook, Diane Francoeur, Allison Felker et Amanda Black pour leurs précieux commentaires.*

## Références

1. Abbas AM, Ali SS, Salem MN, et al. Effect of oral ketoprofen on pain perception during copper IUD insertion among parous women: A randomized double-blind controlled trial. *Middle East Fertility Society Journal*. 2018;23:491-5.
2. Crawford M, Davy S, Book N, et al. Oral Ketorolac for Pain Relief During Intrauterine Device Insertion: A Double-Blinded Randomized Controlled Trial. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39:1143-9.
3. Samy A, Abbas AM, Mahmoud M, et al. Evaluating different pain lowering medications during intrauterine device insertion: a systematic review and network meta-analysis. *Fertil Steril*. 2019;111:553-61.e4.
4. Karabayirli S, Ayrim AA, Muslu B. Comparison of the analgesic effects of oral tramadol and naproxen sodium on pain relief during IUD insertion. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012;19:581-4.
5. Ngo LL, Braaten KP, Eichen E, et al. Naproxen Sodium for Pain Control With Intrauterine Device Insertion: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2016;128:1306-13.
6. Aksoy H, Aksoy Ü, Ozyurt S, et al. Lidocaine 10% spray to the cervix reduces pain during intrauterine device insertion: a double-blind randomised controlled trial. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2016;42:83-7.
7. Karasu Y, Cömert DK, Karadağ B, et al. Lidocaine for pain control during intrauterine device insertion. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43:1061-6.
8. Panichyawat N, Mongkornthong T, Wongwananuruk T, et al. 10% lidocaine spray for pain control during intrauterine device insertion: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021;47:159-65.
9. Mody SK, Farala JP, Jimenez B, et al. Paracervical Block for Intrauterine Device Placement Among Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2018;132:575-82.
10. Akers AY, Steinway C, Sonalkar S, et al. Reducing Pain During Intrauterine Device Insertion: A Randomized Controlled Trial in Adolescents and Young Women. *Obstet Gynecol*. 2017;130:795-802.
11. De Nadai MN, Poli-Neto OB, Franceschini SA, et al. Intracervical block for levonorgestrel-releasing intrauterine system placement among nulligravid women: a randomized double-blind controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222:245.e1-.e10.
12. Abbas AM, Abdellah MS, Khalaf M, et al. Effect of cervical lidocaine-prilocaine cream on pain perception during copper T380A intrauterine device insertion among parous women: A randomized double-blind controlled trial. *Contraception*. 2017;95:251-6.
13. Tavakolian S, Doulabi MA, Baghban AA, et al. Lidocaine-Prilocaine Cream as Analgesia for IUD Insertion: A Prospective, Randomized, Controlled, Triple Blinded Study. *Glob J Health Sci*. 2015;7:399-404.
14. Borobia AM, Collado SG, Cardona CC, Pueyo RC, Alonso CF, Torres IP, González MC, Casal Codesido JR, Betegón MA, Barcela LA, Andicoechea AO, Testa AF, Colina JT, Dorribo AC, Del Arco Galán C, Martínez Ávila JC, Lugiilde ST, Carcas Sansuán AJ; InMEDIATE Investigators Group. Inhaled Methoxyflurane Provides Greater Analgesia and Faster Onset of Action Versus Standard Analgesia in Patients With Trauma Pain: InMEDIATE: A Randomized Controlled Trial in Emergency Departments. *Ann Emerg Med*. 2020 Mar;75(3):315-328. doi: 10.1016/j.annemergmed.2019.07.028. Epub 2019 Oct 14. PMID: 31623936.