

Pratiques optimales en vue de minimiser le risque d'infection au moment de l'insertion d'un dispositif intra-utérin

Avis: La présente directive clinique est publiée officiellement dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. Par conséquent, la date de parution pourrait ne pas correspondre à la date de publication originale. Aucune modification n'a été apportée au contenu.

La présente opinion de comité a été rédigée par le comité sur les maladies infectieuses, analysée par le comité consultatif de pratique familiale, le comité consultatif des infirmières autorisées, l'initiative en matière de santé des Autochtones et le comité canadien d'obstétrique-gynécologie pédiatrique et de l'adolescence, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Sheila Caddy, MD, Edmonton (Alb.)
Mark H. Yudin, MD, Toronto (Ont.)
Julie Hakim, MD, Ottawa (Ont.)
Deborah M. Money, MD, Vancouver (C.-B.)

COMITÉ SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Mark H. Yudin, MD (président), Toronto (Ont.)
Victoria M. Allen, MD, Halifax (N.-É.)
Céline Bouchard, MD, Québec (Québec)
Marc Boucher, MD, Montréal (Québec)
Sheila Caddy, MD, Edmonton (Alb.)

Mots clés: Intrauterine device, pelvic inflammatory disease, insertion, STD screening, antibiotics

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.050>

Eliana Castillo, MD, Calgary (Alb.)
Deborah M. Money, MD, Vancouver (C.-B.)
Kellie E. Murphy, MD, Toronto (Ont.)
Gina Ogilvie, MD, Vancouver (C.-B.)
Caroline Paquet, s.-f. aut., Trois-Rivières (Québec)
Julie Van Schalkwyk, MD, Vancouver (C.-B.)

COLLABORATRICE SPÉCIALE

Wendy V. Norman, MD, Vancouver (C.-B.)

Tous les collaborateurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurés par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Résumé

Contexte : Les dispositifs intra-utérins constituent un moyen de contraception à long terme extrêmement efficace qui compte l'avantage d'être réversible. Historiquement, l'utilisation de certains dispositifs intra-utérins a été associée à une hausse du risque de syndrome inflammatoire pelvien. Des données plus récentes laissent entendre que cette association ne s'applique pas aux nouveaux dispositifs; toutefois, certains facteurs de risque peuvent accroître la possibilité d'infection.

Objectifs : Analyser le risque d'infection associé à l'insertion de dispositifs intra-utérins et recommander des stratégies visant la prévention de l'infection.

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S407–S417

Copyright © 2016 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de l'éditeur.

Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.⁶⁶

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.⁶⁶

Issues : Les issues prises en considération ont été le risque de syndrome inflammatoire pelvien, les effets du dépistage de la vaginose bactérienne et des infections transmissibles sexuellement (dont la chlamydie et la gonorrhée), et le rôle de l'antibioprophylaxie.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées, le 21 juillet 2011, dans PubMed, Embase et *The Cochrane Library* au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « *intrauterine devices* », « *pelvic inflammatory disease* ») et de mots clés (p. ex. « *adnexitis* », « *endometritis* », « *IUD* ») appropriés. Un filtre étiologique a été appliqué dans PubMed. Les recherches ont été limitées à la période débutant en l'an 2000. Aucune restriction n'a été appliquée en matière de langue. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : La qualité des résultats est évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau).

Recommandations

1. Toutes les femmes demandant l'insertion d'un dispositif intra-utérin devraient être avisées de la légère hausse du risque de syndrome

inflammatoire pelvien qui est constatée au cours des 20 premiers jours suivant l'insertion. (II-2A)

2. Toutes les femmes demandant l'insertion d'un dispositif intra-utérin devraient faire l'objet d'une évaluation (au moyen d'une anamnèse et d'un examen physique) visant à établir leur risque de présenter une infection transmissible sexuellement. Les femmes exposées à un risque accru devraient faire l'objet d'un dépistage avant l'insertion ou au moment de celle-ci; cependant, il n'est pas nécessaire de reporter l'insertion jusqu'à l'obtention des résultats. (II-2B)

3. Nous ne disposons pas actuellement d'assez de données pour soutenir la tenue systématique, chez les femmes asymptomatiques, d'un dépistage de la vaginose bactérienne au moment de l'insertion d'un dispositif intra-utérin. (II-2C)

4. L'utilisation systématique d'une antibioprophylaxie n'est pas recommandée avant l'insertion d'un dispositif intra-utérin; toutefois, l'utilisation d'une telle mesure pourrait être envisagée dans certaines situations comptant des risques élevés. (I-C)

5. Les pratiques standard englobent le nettoyage du col et la stérilisation de tous les instruments qui seront utilisés avant et pendant l'insertion d'un dispositif intra-utérin. (III-C)

6. Dans le cadre de la prise en charge d'un syndrome inflammatoire pelvien allant de bénin à modéré, il n'est pas nécessaire de retirer le dispositif intra-utérin pendant le traitement, sauf lorsque la patiente en fait la demande ou en l'absence d'amélioration clinique après 72 heures de traitement approprié au moyen d'antibiotiques. En présence d'un syndrome inflammatoire pelvien grave, le retrait du dispositif intra-utérin à la suite de la mise en œuvre d'un schéma posologique approprié d'antibiotiques peut être pris en considération. (I-B)

7. L'utilisation d'un dispositif intra-utérin constitue une option sûre et efficace en matière de contraception pour ce qui est des femmes séropositives pour le VIH. (I-B)

8. Les dispositifs intra-utérins peuvent être considérés comme étant des modes de contraception de première intention pour ce qui est des adolescentes. (I-A)

ABRÉVIATIONS

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
DIU	Dispositif intra-utérin
IPPA	<i>International Planned Parenthood Association</i>
ITS	Infection transmissible sexuellement
OMS	Organisation mondiale de la santé
RCOG	<i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists</i>
SIP	Syndrome inflammatoire pelvien
SIU-LNG	Système intra-utérin à libération de lévonorgestrel
VB	Vaginose bactérienne

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696042>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696042>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)