



Réduire le flux II : recours aux dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel pour les saignements menstruels abondants

QUESTION CLINIQUE

En présence d'un saignement menstruel abondant avant la ménopause en raison d'une étiologie bénigne, les dispositifs intra-utérins (DIU) au lévonorgestrel améliorent-ils les résultats pour les patientes?

CONCLUSION

Par comparaison avec d'autres traitements (p. ex. les contraceptifs oraux), la perte sanguine occasionnée par un DIU est réduite d'environ 80 % contre 25 %, plus d'utilisatrices d'un DIU sont satisfaites (75 % contre 60 %) et davantage poursuivent le traitement à 2 ans (64 % contre 38 %).

DONNÉES PROBANTES

- Accent sur la revue systématique la plus exhaustive¹ : 9 essais contrôlés randomisés (ECR) comparant un dispositif intra-utérin (DIU) contenant 52 mg de lévonorgestrel avec d'autres traitements médicaux. Les résultats sont statistiquement différents, à moins d'indication contraire.
 - Proportion de la réduction de la perte sanguine : ~82 % contre 26 % dans le groupe témoin (contraceptifs oraux/acétate de médroxyprogestérone).

- Satisfaction des patientes à 1 an : 75 % contre 60 % dans le groupe témoin (contraceptifs oraux, noréthistérone, acide tranéxamique/noréthistérone).
- Réussite du traitement : 82 % contre 43 % (groupe témoin).
- Qualité de vie : aucune différence, habituellement.
- Dysménorrhée : aucun cas signalé.
- Sensibilité des seins : 19 % contre 6 % (groupe témoin).
- Kystes de l'ovaire : 4,4 % contre 1,3 % (groupe témoin).
- Abandon à cause d'effets secondaires : aucune différence.
- 1 ECR réalisé auprès de femmes sous anticoagulants : diminution des scores de saignement (255 contre 156; plus le score est faible, plus la situation est meilleure), réduction du nombre de jours de saignement par cycle (2 contre 7) et amélioration du taux d'hémoglobine (120 g/l contre 100 g/l) par comparaison avec l'absence de traitement à 6 mois².
- ECR pragmatique³ : 571 femmes, comparaison du SIU avec les choix suivants : acide tranéxamique, AINS, contraceptif oral ou pilule à progestérone seule. À 2 ans :
 - Échelle de qualité de vie liée aux ménorragies (0-100, plus le score est faible, plus la situation est pire, score de référence ~40) : 81 contre 67 (groupe témoin).
 - Encore sous le traitement attribué : 64 % contre 38 % (groupe témoin).
 - À 5 ans :
 - Proportion poursuivant le traitement attribué : 47 % contre 15 % (groupe témoin).
 - Aucune différence au niveau des scores de qualité de vie liés à la ménorragie (supérieur à 80 dans les deux cas)³ ou des taux d'intervention chirurgicale (~20 %)⁴.
- D'autres revues systématiques ont fait les mêmes constatations⁵⁻⁸.
- Limites :
 - Aucune étude n'a examiné d'autres doses de lévonorgestrel.
 - La plupart des ECR ont exclu les fibromes utérins.
 - La certitude des données probantes est habituellement considérée comme étant faible à modérée (très faible pour ce qui est de la satisfaction).

CONTEXTE

- Le recours à un DIU est probablement aussi bon que celui à l'ablation en ce qui concerne le saignement, la satisfaction des patientes et la qualité de vie¹.
- Les comparaisons indirectes donnent une idée de la proportion de sujets répondants (femmes connaissant une perte de sang menstruel inférieure à 80 ml après 3 mois) : DIU : 88 %, pilules à progestérone seule : 64 %, contraceptifs oraux : 63 %, acide tranéxamique : 48 %, placebo : 18 %⁵.
- Il n'y a pas de corrélation entre le volume de la perte sanguine et l'expérience de la patiente⁹.

RÉFÉRENCES

1. Bofill Rodriguez M, Lethaby A, Jordan V. Cochrane Database Syst Rev. 2020; 6:CD002126.
2. Kilic S, Yuksel B, Doganay M *et al.* Contraception. 2009;80:152-7.
3. Gupta JK, Daniels JP, Middleton L *et al.* Health Technol Assess. 2015; 19(88):i-xxv, 1-118.

AUTRICES

Jen Potter, MD, CCMF,
Adrienne J Lindblad, B. Sc.
 Pharm, ACPR, Pharm. D.

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

4. Kai J, Middleton L, Daniels J *et al.* Br J Gen Pract. 2016; 66(653):e861-70.
5. Hoaglin DC, Filonenko A, Glickman ME *et al.* Eur J Med Research. 2013; 18:17.
6. Matteson KA, Rahn DD, Wheeler TL *et al.* Obstet Gynecol. 2013;121(3):632-643.
7. Qiu J, Cheng J, Wang Q *et al.* Med Sci Monitor. 2014;20:1700-1713.
8. Lethaby A, Wise MR, Weterings MAJ *et al.* Cochrane Database System Rev. 2019; 2:CD000154.
9. Warner PE, Critchley HO, Lumsden MA *et al.* Am J Obstet Gynecol. 2004;190:1224-1229.

**OUTILS DE LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils de la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.