



Réduire la douleur associée à l'insertion d'un DIU : la lidocaïne topique peut-elle aider?

QUESTION CLINIQUE

La lidocaïne topique réduit-elle la douleur durant le placement du tenaculum et l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU)?

CONCLUSION

La crème topique de lidocaïne/prilocaine à 2,5 % réduit la douleur associée au placement du tenaculum et à l'insertion d'un DIU en cuivre ou au lévonorgestrel d'environ 2 à 3 points de plus que le placebo sur une échelle de 10 points. La lidocaïne en vaporisateur réduit la proportion de femmes éprouvant une douleur modérée/sévère à 6 % par rapport à 41 % pour le placebo, mais environ 55 % des patientes souffrent d'irritation vaginale. La lidocaïne topique à 2 % est probablement inefficace.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement différents, sauf indication contraire. Les scores sont rapportés sur une échelle de 10 points (plus le score est bas, meilleur est l'état). La plupart des femmes étaient multipares.
- Lidocaïne/prilocaine topique (exemple : 2 mL de crème EMLA^{MD} à 5 % appliqués avec un coton-tige cinq minutes avant l'intervention) par rapport au placebo :
 - Revue systématique (deux essais cliniques randomisés [ECR], 212 femmes)¹⁻² :

- Douleur (placement du tenaculum), différence moyenne : 2,3 à 2,8 points de mieux que le placebo.
 - Douleur (insertion d'un DIU en cuivre), différence moyenne : 2 à 2,8 points de mieux que le placebo.
- ECR supplémentaire, 140 femmes³ :
 - Douleur moyenne (placement du tenaculum) : 3 par rapport à 4,5 (placebo).
 - Douleur moyenne (insertion d'un DIU au lévonorgestrel) : 2,1 par rapport à 3,7 (placebo).
 - Satisfaction des patientes (échelle de 10 points; plus le score est élevé, plus la satisfaction est grande) : 8,4 par rapport à 6,5 (placebo).
 - Les résultats sur l'irritation vaginale n'ont pas été rapportés.
- Lidocaïne à 10 % en vaporisateur (exemple : quatre pulvérisations sur le col trois minutes avant l'intervention) par rapport au placebo :
 - ECR, 200 femmes⁴ :
 - Douleur médiane durant « l'intervention » (DIU en cuivre) : 1 par rapport à 3 (placebo).
 - Proportion de femmes avec un score de douleur ≥ 4 : 6 % par rapport à 41 % (placebo), nombre de sujets à traiter (NST) = 3.
 - ECR, 124 femmes⁵ :
 - Douleur moyenne (placement du tenaculum) : 0,8 par rapport à 2,4 (placebo).
 - Douleur moyenne (insertion d'un DIU en cuivre) : 3 par rapport à 5 (placebo).
 - Proportion de femmes avec un score de douleur ≥ 4 (insertion d'un DIU) : 39 % par rapport à 61 % (placebo), NST = 5.
 - Irritation vaginale : 55 % par rapport à 1,6 %.
- Lidocaïne topique à 2 % (diversité de méthodes et de sites, exemple : coton-tige, angiocathéter) par rapport au placebo :
 - Revue systématique (2-3 ECR, de 345 à 409 femmes)², ECR supplémentaires (de 59 à 220 femmes)⁶⁻⁹ : douleur associée au placement du tenaculum/à l'insertion d'un DIU : aucune différence. Exception : douleur durant le placement du tenaculum : 3,2 par rapport à 5,6 (placebo) dans un ECR (59 femmes)⁹.
 - Événements indésirables : aucune différence. Irritation vaginale : résultats non rapportés.

CONTEXTE

- AINS, misoprostol, monoxyde d'azote inhalé, nitroprussiate topique ou nitroglycérine topique : effets incohérents à nuls^{1,2}. Bloc paracervical : résultats mitigés, l'injection en soi est douloureuse⁶. Méthoxyflurane : n'a pas été étudié pour les DIU¹⁰.
- Les lignes directrices soutiennent le recours à la lidocaïne/prilocaine topique, mais ne mentionnent pas la lidocaïne en vaporisateur¹¹.
- La différence minimale cliniquement importante pour la douleur est de 1,3 à 2 (échelle de 10 points)⁸.

RÉFÉRENCES

1. Perez-Lopez FR, Martinez-Domiguez SJ, Perez-Roncero GR et al. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2018 Jun;23(3):207-217.
2. Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 29;2015(7):CD007373.
3. Hashem AT, Mahmoud M, Aly Islam B et al. Int J Gynaecol Obstet. 2024 May;165(2):634-643.
4. Aksoy H, Aksoy Ü, Ozyurt S et al. J Fam Plann Reprod Health Care. 2016 Apr;42:83-87.
5. Panichyawat N, Mongkornthong T, Wongwananuruk T et al. BMJ Sex Reprod Health. 2021 Jul;47(3):159-165.
6. Karasu Y, Cömert DK, Karadağ B et al. J Obstet Gynaecol Res. 2017 Jun;43(6):1061-1066.
7. McNicholas CP, Madden T, Zhao Q et al. Am J Obstet Gynecol. 2012 Nov;205(5): 384.e1-e6.
8. Conti JA, Lerma K, Schneyer RJ et al. Am J Obstet Gynecol. 2019 Feb;220(2):177.
9. Rapkin RB, Achilles SL, Schwarz EB et al. Obstet Gynecol. 2016 Sep;128(3):621-628.
10. Sairally BZF, De Silva PM, Smith PP, Clark TJ. BMJ Open. 2025 Feb 17;15(2):e089031.
11. Direction de la santé des femmes et de la diversité Gestion de la douleur associée à l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU). Soutien Clinique – Février 2024.
https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/documents/health/Gestion_douleur_associee_a_linsertion_%20DIU.pdf. Consulté le 10 novembre 2025.

AUTRICES

Émélie Braschi, M.D., Ph.D., CCMF
Sanja Kostov, M.D, CCMF, FCMF, **Jessica Kirkwood**, M.D., CCMF-MT

EB et JK n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer. SK a reçu des honoraires de conférencier de Bayer au cours de la dernière année.

**OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont 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 les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.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.