

ANTIBIOTHERAPIE PROPHYLACTIQUE INUTILE LORS DE LA MISE EN PLACE D'UN STÉRILET

Les facteurs de risque de développer une infection du petit bassin («*Pelvic inflammatory disease*») sont d'une part l'existence de plusieurs partenaires sexuels, d'autre part un âge de moins de 25 ans. Les infections du petit bassin sont également plus fréquemment rapportées chez les femmes porteuses d'un stérilet.

Deux études rétrospectives publiées dans les années '80 ont montré que les femmes porteuses d'un stérilet ont un risque deux fois plus élevé de développer une infection du petit bassin par rapport à celles qui utilisent un autre moyen de contraception; par la suite, ces études ont été critiquées en raison de problèmes méthodologiques.

Dans une étude prospective, non contrôlée, réalisée sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé (publiée en 1992), l'incidence d'infections du petit bassin chez les femmes porteuses d'un stérilet était de 6,3 cas pour 1.000 femmes par an; d'après cette étude, ce risque d'infection est le plus élevé pendant les 20 premiers jours qui suivent la mise en place du stérilet. Dans une autre étude, il a été observé qu'environ 5 femmes par 1.000 femmes-années faisaient retirer leur stérilet en raison d'une infection.

Les auteurs d'articles publiés plus récemment dans le *Lancet* insistent en tout cas sur le fait que le risque d'infection du petit bassin suite à la mise en place d'un stérilet est faible.

L'administration de doxycycline (200 mg per os une heure avant l'intervention) ou d'azithromycine (500 mg per os une heure avant l'intervention) en prévention d'une infection lors de la mise en place d'un stérilet ont fait l'objet de 4 études randomisées, contrôlées en double aveugle versus placebo. Aucune de ces études n'a montré de différence entre le groupe traité et le groupe placebo en ce qui concerne l'incidence des infections du petit bassin, ou l'enlèvement du stérilet dans les mois qui suivent sa mise en place.

Conclusion

Le risque d'infection du petit bassin suite à la présence d'un stérilet est faible (5 à 6 cas pour 1.000 femmes par an). Aucune étude n'a montré un intérêt à administrer systématiquement une antibiothérapie prophylactique lors de la mise en place d'un stérilet. Une sélection adéquate des patientes en fonction de facteurs de risque éventuels, ainsi qu'une technique correcte de mise en place du stérilet sont essentielles pour prévenir les infections du petit bassin.

D'après Pose d'un stérilet: antibioprofylaxie inutile. *La Revue Prescrire* **21**, 216-217 (2001)

Shelton JD: Risk of clinical pelvic inflammatory disease attributable to an intrauterine device. *Lancet* **357**, 443 (2001)

Grimes DA: Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* **356**, 1013-1019 (2000)