

Gestion de la douleur lors de la pose du stérilet

Avril Bissonnette, Julia Lepage, Laurence Paradis-Surprenant | Projet de l'évaluation de l'acte | GMF de Gatineau, Université McGill

Introduction

Le stérilet est l'un des moyens de contraception les plus avantageux depuis plusieurs années. En plus d'être l'un des plus efficaces sur le marché, il a une durée de 3 à 5 ans, est réversible et demande peu d'observance. (SOGC, 2012) Néanmoins, le stérilet est loin d'être le moyen de contraception préféré des canadiennes. En 2009, une étude a révélé que seulement 2,6% des femmes au pays utilisaient le stérilet comme moyen de contraception. (Black, 2009) Est-ce le manque d'information, le coût ou l'insertion qui nuit à sa popularité? Une des craintes souvent véhiculées est la douleur lors de l'insertion du stérilet. Plusieurs études sur l'analgésie à l'insertion du stérilet ont été faites tout particulièrement ces dernières années pour pallier à cette crainte. (Lopez, 2015) Malgré tout, il n'y a pas de consensus clair dans la communauté médicale quant à la gestion de la douleur pendant la pose de stérilet.

OBJECTIF PRINCIPAL:

- Comparer les méthodes analgésiques utilisées au GMF de Gatineau aux recommandations de la littérature.

OBJECTIFS SECONDAIRES:

- Quantifier le soulagement que procurent les analgésiques utilisés au GMF de Gatineau
- Analyser l'effet de la parité dans notre milieu de formation
- Évaluer la satisfaction des patientes avec le stérilet

Revue de la littérature

Une revue Cochrane parue en juillet 2015 a analysé et regroupé les différentes études de réduction de la douleur pendant la pose de stérilet et plusieurs conclusions en ont été tirées.

Analgésie ayant un effet significatif sur la douleur lors de la pose du stérilet

Analgésie systémique	Analgésie locale
- Naproxen 550 mg PO	- Gel lidocaïne 4%
- Ketolorac 30 mg IM	- Spray de lidocaïne 10%
	- Crème EMLA

Méthode

Nous avons analysé toutes les poses de stérilet ayant eu lieu pendant les cliniques de gynécologie entre le 1^{er} mars 2015 et le 29 février 2016. Les femmes de tout âge et tous les types de stérilets étaient inclus dans notre revue de l'acte. Nous avons exclu les échecs de pose de stérilets. Afin d'objectiver la douleur d'une manière plus précise et d'évaluer la satisfaction des patientes face à la pose du stérilet, nous les avons contactées par téléphone.

Résultats

Caractéristiques des patientes	Nombre (%)
Participant	56
Âge moyen	29,9
Parité	
- Nullipare	18 (32,1)
- Unipare/multipare	38 (67,9)
Rejointe par téléphone	50 (89,3)
- Accord	49
- Refus	1
Non rejointe par téléphone	6 (10,7)

Résultats

Recommandations donnée pour l'analgésie PO pré-insertion	Nombre de patientes (%)
Ibuprofène	16 (32,7)
- 400 mg	9 (18,3)
- 200 mg	1 (2,0)
- Dose non spécifiée	6 (12,2)
Acétaminophène	3 (6,1)
- 1000 mg	0 (0)
- 500 mg	0 (0)
- Dose non spécifiée	3 (6,1)
Ibuprofène ou acétaminophène	5 (10,2)
Inconnue	3 (6,1)

Niveau de douleur rapporté selon l'analgésie reçue pré-insertion	Niveau de douleur moyen
PO	
- Ibuprofène	5,7
- Acétaminophène	4,8
- Médicament autre	5,5
- Médicament inconnu	5,7
- Aucune	4,3
- Statut inconnu	4,7
Locale	
- Spray benzocaïne 20%	4,6
- Gel xylocaïne 2%	7,6
- Gel xylocaïne 2% + spray benzocaïne 20%	4,7
- Topique inconnu	4,4
- Bloc cervical	6,3
- Misoprostol	2,5
- Aucune	4,6

Parité	Niveau de douleur moyen
Nullipare	8,3
Uni/multipare	5,7

Discussion

LIMITATIONS

- Manque d'information au dossier en ce qui a trait aux recommandations données et la prise d'analgésie per os pré insertion
- Biais de rappel concernant les recommandations et le niveau de douleur rapporté. Plusieurs patientes ont été rappelées plus de 3 mois après la procédure.
- Impossibilité d'analyser l'efficacité de l'analgésie per os et locale de façon isolée. La quasi-totalité des patientes ont reçue une analgésie locale et près de 40% une analgésie per os en plus.

RECOMMANDATIONS D'ANALGÉSIE APPLIQUÉES AU GMF DE GATINEAU:

- 55 % des patientes s'étaient fait conseiller de prendre une analgésie per os au préalable.
- Aucune patiente ne s'est fait suggérer de prendre du naproxen ou de recevoir du ketorolac IM.
- 32,8 % des patientes ont eu comme conseil de prendre de l'ibuprofène alors qu'il n'a pas été démontré qu'il apportait un soulagement significatif.
- 6,1 % des patientes ont eu le conseil de prendre de l'acétaminophène.
- 10,2 % de l'ibuprofène ou de l'acétaminophène.

Discussion

- Cela nous indique qu'il faudrait rappeler aux professionnels de la santé de notre GMF que les AINS ne doivent pas seulement être favorisés pour leur effets analgésiques systémiques mais pour leurs propriétés inhibitrices de la contraction utérine.
- Peu importe l'analgésie recommandée, plusieurs patientes ne se souvenaient pas avoir reçu d'instructions précises quant à la dose conseillée.
- Aucune des préparations ayant démontré un taux d'efficacité supérieur dans la littérature, soit le gel de lidocaïne 4%, le spray de lidocaïne 10% ainsi que la crème de type EMLA, n'est utilisée à notre GMF.

SOULAGEMENT PROCURÉ PAR LES ANALGÉSQUES UTILISÉS AU GMF DE GATINEAU:

- Toutes les méthodes d'analgésie per os utilisées étaient comparables.
- L'ibuprofène n'a su se montrer supérieur à l'acétaminophène.
- Les patientes n'ayant reçu aucune analgésie per os ont rapporté le plus bas niveau de douleur moyen. Il y a lieu de se demander si nos résultats ne reflètent pas plutôt l'effet de l'analgésie locale sous-jacente.
- Le spray et la combinaison de gel et spray donnaient un contrôle des symptômes sensiblement égal. Le gel seul était moins efficace.
- Les patientes ayant reçu du misoprostol avaient un niveau de douleur plus faible par rapport aux autres analgésiques. Ceci est contradictoire à la littérature et pourrait être l'effet d'un petit échantillonnage puisque seulement deux patientes en ont reçu.
- Le bloc cervical, surtout utilisé lors de techniques difficiles (sténose du col par exemple), a assuré un contrôle raisonnable de la douleur.

Tel que démontré dans la littérature, les multipares ont rapportés un niveau de douleur inférieur aux nullipares. Il y aurait probablement lieu d'ajuster nos protocoles de contrôle de la douleur en fonction de la parité des patientes.

Conclusion

Nous en sommes venus à la conclusion que nos recommandations ne sont pas concordantes avec la littérature autant pour ce qui est de l'analgésie per os que de l'analgésie locale. Nous proposons de prescrire systématiquement du naproxen en même temps que le stérilet si cela n'est pas contrindiqué. Nous proposons aussi de substituer le gel de lidocaïne pour une concentration de 4% ou d'utiliser une crème de type EMLA. Nous devrions d'ailleurs continuer d'utiliser le spray de lidocaïne. Comme déjà pratiqué, nous devrions réserver le bloc cervical et le misoprostol pour les difficultés techniques.

Par ailleurs, il sera intéressant de constater avec plus d'études si une forme d'analgésie topique s'avère supérieure aux autres, si des alternatives aux AINS seront démontrées efficaces et s'il y aura lieu d'adapter l'analgésie selon la parité des patientes.

Pour terminer, nous désirions souligner que malgré la douleur décrite et analysée dans cette revue de l'acte, nous avons été heureusement surprises de constater qu'une grande majorité des patientes (85%) se disent satisfaites de leur stérilet. Nous osons espérer que cette satisfaction augmentera d'avantage avec une meilleure analgésie et qu'un plus grand nombre de femmes optera pour ce moyen de contraception durable, sécuritaire et efficace

Références

- 1. Black A, Yang Q, Wu Wen S, Lalonde AB, Guilbert E, Fisher W. Contraceptive use among Canadian women of reproductive age : results of a national Survey. J Obstet Gynaecol Can. 2009 Jul.
- 2. Lopez LM, Bernholz A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O'Brien PA, Hubacher D. Interventions for pain with intrauterine device insertion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7.
- 3. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Contraceptive Methods. Sexualityandu.ca. 2012. <http://www.sexualityandu.ca/health-care-professionals/contraceptive-methods/intrauterine-system-ius>.
- Remerciements : Nous remercions le personnel du GMF de Gatineau, tout particulièrement à Dre Cynthia Lauriault-Dubois et Dre Magali Bigras, pour leur soutien.