

1970
Toulouse

2

Q 1726

La Contraception intra-utérine une expérience de 5 ans

par le Docteur R. MALGOUYAT
(Bordeaux)

La contraception intra-utérine paraît représenter, après les œstroprogestatifs, la méthode la plus sûre et aussi la plus pratique de stérilisation momentanée et réversible de la femme. C'est une des raisons pour lesquelles elle rencontre, chez les intéressées et auprès du Corps médical, une faveur en progression constante. En dehors des motifs légaux qui, en interdisant l'introduction de certains modèles étrangers en France limitèrent l'utilisation de cette méthode, il serait vain de nier que sa diffusion a été freinée par un certain nombre d'accidents qui rendaient très circonspect quant à son innocuité.

Si les accidents se sont considérablement raréfiés (sans doute par une meilleure connaissance de la part des Médecins appelés à insérer des D. I. U.) un certain nombre d'incidents encore trop fréquents (expulsions en particulier) nous avaient amené à proposer, il y a déjà bientôt trois ans, un modèle nouveau, l'OM-GA, dont la caractéristique essentielle, en dehors d'une forme rationnelle tendant à épouser les contours de la cavité utérine, reposait sur la qualité du matériau utilisé, sa souplesse contrastant nettement avec la rigidité du polyéthylène jusque-là utilisé (cf : Comptes rendus Sté Fse de Gynécologie n° 4, avril 1968, MARCEL J. E. — Propos sur le stérilet et plus particulièrement sur un modèle français — Gyn. Prat. T. XIX-1968-253). Si la tolérance s'améliora, si les taux d'échecs diminuèrent (cf : Table ronde sur la Contraception intra-utérine, Toulouse, avril 1969) certains incidents n'en persistèrent pas moins, nécessitant quelquefois et trop souvent encore à notre gré, l'extraction du dispositif. Aussi nous avons pensé que, seule, la dimension du D. I. U. pouvait être en cause, en dehors des cas où une anomalie intra-utérine non décelable sans hystérogographie était responsable d'une expulsion ou d'un retrait, sinon d'un échec. **Nous sommes arrivés à conclure que la taille des D. I. U. n'était qu'un élément mineur dans la qualité de la protection et que c'est sa présence seule qui en assurait l'efficacité.** Les travaux de Ch. THIBAUT et M. C. LEVASSEUR (cf : Fertilité-Orthogénie

n° 2 ,avril 1970) sont venus confirmer, biologiquement, ce que nous pensions. En effet, les actions lutéolytiques et antidéciduales, les altérations de la biochimie du fluide utérin dues à une nécrose cellulaire au contact du D. I. U. ne sont que la conséquence de la présence du D. I. U. sans rapports avec la façon dont il occupe la cavité utérine. **Seule sa forme doit être étudiée, qui devra limiter le nombre des expulsions en tendant à s'y opposer spontanément.**

Ainsi, depuis les derniers mois de 1968, nous avons utilisé comme modèle courant l'OM-GA n° 0 (25 mm) au lieu des n°s 1 ou 2 (35 mm) et nous nous réjouissons de voir confirmée dans les faits, l'hypothèse que nous avions prudemment envisagée. Et si, auparavant, sur 100 femmes nous insérions environ 70 % de n° 1, les 30 % restant se partageant, en pourcentage décroissant, entre les n°s 2, 0 et les dispositifs dits spéciaux, les pourcentages se sont totalement inversés pour arriver à 75 % de n° 0, le reste étant constitué par les n°s 1, 2, les spéciaux et depuis quelques mois, les n°s 00, nouveau modèle dont il sera question dans la suite.

Les résultats ont dépassé nos espoirs, jusqu'au taux de grossesses qui s'est nettement abaissé.

Nombre d'OM-GA n° 0 insérés	295	représentant 4 502 cycles jusqu'au 31 décembre 1970.
Très bien tolérés d'emblée	235	
Bien tolérés malgré incidents mineurs	37	
Expulsions	6	
Extractions	pour intolérance	17 suivies de 12 réinsertions de 00 très bien acceptées
	en vue d'une grossesse désirée	5
Grossesses	4	soit 1,06 pour 100 années-femme.

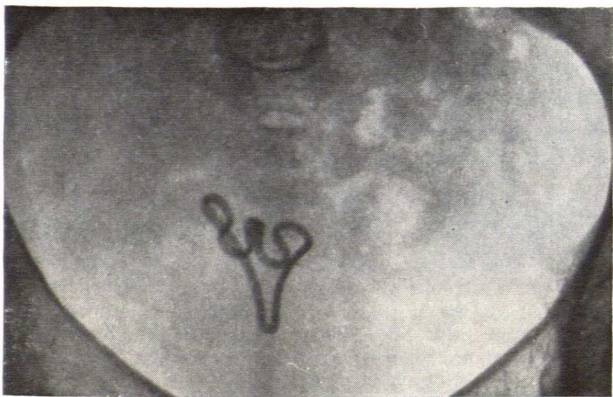
Ce sont, en somme $235 + 37 + 12 - 4 =$ soit 284 femmes sur 295 qui sont satisfaites, soit 96,2 %.

Nous pouvons ajouter que si 81 sur 415 porteuses d'un OM-GA n° 1 ont mal toléré leur dispositif (49 expulsions et 32 extractions) 45 d'entre elles ont été réappareillées avec un n° 0 qui leur donne pleine satisfaction, avec un taux d'échec nul dont nous ne tenons pas compte dans la statistique précédente.

Malgré ces résultats, et dans la même perspective, nous avons cherché à déceler les raisons de certaines intolérances aboutissant à l'expulsion ou à la nécessité

d'une extraction. Nous avons été ainsi amenés à faire les constatations suivantes :

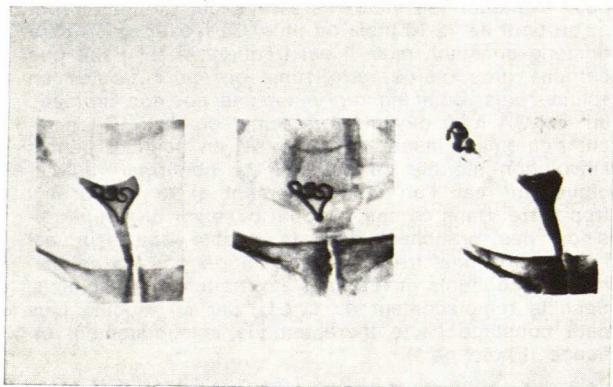
1) **Un utérus dans lequel un D.I.U. a été inséré subit à la longue une modification de volume** : il se contracte insensiblement et la cavité devient plus petite : dès lors, le D.I.U. devient trop grand et ceci peut expliquer les incidents tardifs qui n'apparaissent qu'au bout de 12-18 mois ou plus. Ce n'est pas un phénomène constant, mais il est fréquent, à tel point que certains gros utérus rétrofléchis ont pu retrouver un volume plus réduit en reprenant une position normale, un OM-GA n° 0 devant alors remplacer l'OM-GA n° 2, antérieurement inséré et qui avait, en somme, permis l'involution utérine, ce qui peut se confirmer radiologiquement car l'on voit facilement si le D.I.U. est trop serré. Dans ce cas, on peut observer une superposition des branches, dont la double épaisseur est l'élément le plus fréquent dans l'apparition de saignements, abondants et résistant aux traitements habituels. Seul, le remplacement du D.I.U. par un modèle plus petit constitue l'acte thérapeutique immédiatement efficace (Photo n° 1).



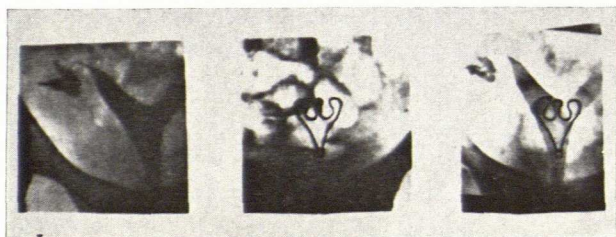
Ph. n° 1

2) Un pourcentage relativement important d'utérus n'accepte même pas le n° 0 : il ne s'agit pas toujours de nullipares, mais d'utérus dont l'hystérométrie atteint ou dépasse à peine 6 cm malgré une ou plusieurs grossesses. Nous avons été conduit à **créer le n° 00 encore plus souple et dont la largeur est, à la base, de 20 mm.**

Ce modèle convient à la quasi-totalité de ces petits utérus, mais aussi à certains utérus bicornes à corps étroit.
(Photos n° 2 et 3).

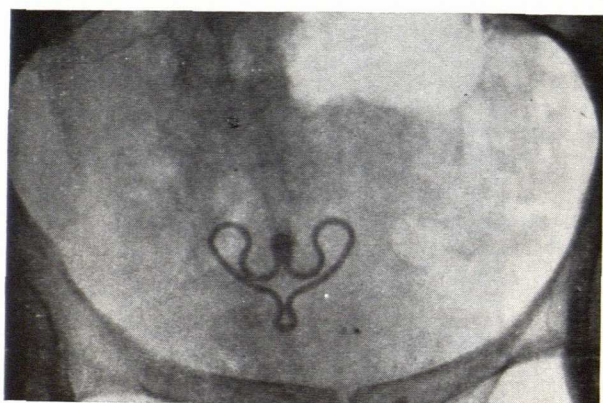


Ph. n° 2

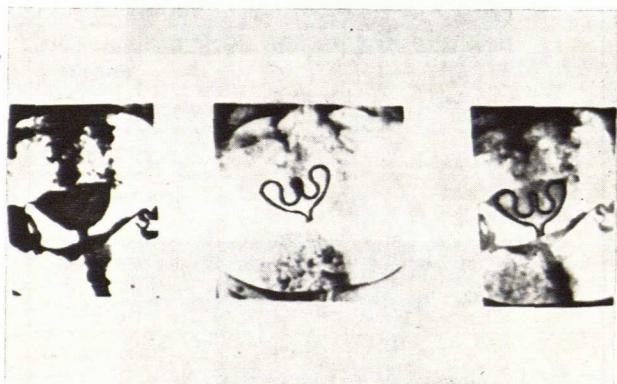


Ph. n° 3

3) D'autres utérus sont larges, mais courts, c'est-à-dire que le fond utérin accepte un D.I.U. de 35 mm mais la pointe (n° 1) ou la boucle (n° 2) reste dans la portion isthmique, provoquant ainsi des contractions douloureuses et plus souvent de sérieuses hémorragies. Pour pouvoir faire bénéficier ces femmes de la contraception intra-utérine, nous avons créé le modèle OM-GA n° 2 C qui correspond exactement à un OM-GA n° 2, dont on a supprimé la boucle inférieure. La tolérance est parfaite et l'efficacité satisfaisante puisque nous n'avons enregistré, à ce jour, aucun échec (Photos n° 4 et 5).



Ph. n° 4



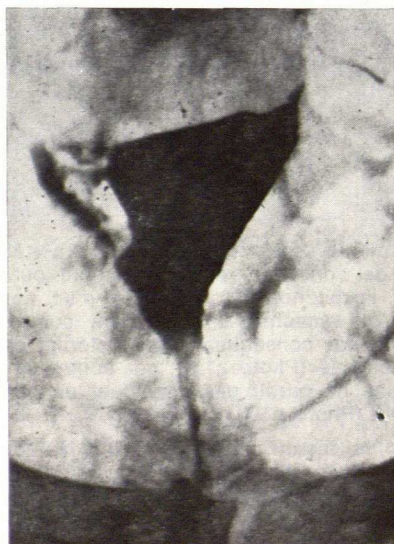
Ph. n° 5

4) La pratique de la contraception intra-utérine nous a permis de constater, succédant à un ou plusieurs curetages, l'existence insoupçonnée d'un nombre assez élevé de **synechies** trop souvent centro-utérines, n'admettant, par conséquent aucun stérilet sans intervention préalable (Photo n° 6); par contre, la synechie latéro-utérine ne paraît pas constituer un obstacle insurmontable (Photo n° 7).

5) Enfin, la **façon d'insérer le D.I.U.** nous paraît **primordiale**, en particulier s'il s'agit d'un modèle OM-GA, le butoir fixe de l'applicateur de la boucle de Lippes rendant tout réglage impossible. En effet, il faut que le D.I.U. **atteigne d'emblée le fond utérin** pour éviter les expulsions précoces sans risquer cependant de blesser l'endomètre, **ou même de perforer par maladresse le fond utérin avec l'applicateur** (insertion directement intra-pelvienne). Pour ce faire il faut **pratiquer une hystérométrie précise** puis retrancher de la



Ph. nº 6



Ph. nº 7

hauteur utérine la longueur du D.I.U. : on obtient, ainsi, la distance exacte à laquelle doit être placé le butoir mobile de l'introducteur. A titre d'exemple, pour un utérus de 7 cm et si l'on place un OM-GA n° 0, il faudra régler le butoir à $7 - 2,5 = 4,5$ cm. De la même façon, pour un utérus de 9 cm et un OM-GA n° 1 le réglage se fera à $9 - 3,5 = 5,5$ cm.

Il est bien évident que la solution idéale, mais difficile à réaliser, **serait de pratiquer l'hystérogaphie systématique** : on réduirait encore un peu plus le pourcentage d'incidents sans oublier, toutefois, de prendre la précaution indispensable de connaître le rapport d'agrandissement de la photo.

Nous ne saurions clore cette série de réflexions sans y ajouter les résultats globaux de notre expérience personnelle, résumés dans le tableau suivant :

Modèles	OM-GA	Lippes	SAF. T. COIL
Nombre de D.I.U. insérés	799	155	10
Mois d'exposition ..	18 224	7 489	385
Expulsions	64	24	2
Extractions	69	21	3
Réinsertions acceptées avec même n° ou numéro différent	75	17	1
Grossesses	29	13	3
Taux d'échec % A.F.	1,9	2,8	9
Perforations	0	0	2

La sécheresse des chiffres nécessiterait certains commentaires, mais ceux-ci ont été donnés au cours du Colloque sur la Contraception intra-utérine, qui vient de se tenir à Toulouse (22 novembre 1970) et les développer serait abuser de la place qui a été accordée dans cette Revue, car tel n'était pas là notre principal objet.

Peu de statistiques ont été publiées en France, mais ces résultats montrent, à l'évidence, que le D.I.U. OM-GA supporte facilement la comparaison avec d'autres modèles bien antérieurement commercialisés, donc, beaucoup plus largement diffusés, non en France, mais dans les pays ayant adopté des programmes de contrôle des naissances conformes aux vœux de l'O.M.S. ou possédant un organisme opérant sous l'égide de l'I. P. P. F.

Enfin, il est couramment prétendu que les grossesses surviennent, pour la plupart, dans les premiers mois suivant l'insertion. Nous avons essayé de contrôler cette affirmation à la lumière de notre expérience personnelle. Sans donner ici le détail complet de cette statistique (modèle par modèle et numéro par numéro), **il apparaît qu'environ 60 % du début des grossesses se situent dans le courant des douze premiers mois**, sans prédilection véritable et cela quel que soit le modèle inséré. Par contre, le taux diminue très sensiblement pour les douze mois suivants (15 à 30 %). Au-delà de deux ans, nous avons enregistré une chute pour l'OM-GA (3 %) et une remontée pour la boucle de Lippes (30 %) et le SAF-T-COIL (33 %). Ces chiffres n'ont évidemment aucune prétention; l'on ne peut en tirer aucune indication et leur seul intérêt serait d'être confrontés avec des statistiques correspondantes.

En mettant, ainsi, à la disposition des Médecins, 8 modèles de D. I. U., nous recouvrons à peu près la totalité des cas pour une meilleure satisfaction de la femme et la tranquillité accrue de son Médecin.

(Adr. de l'Auteur :
277, rue Turenne, 33-Bordeaux 3^e)

SUMMARY

Intra-utérine contraception. A five year experience

Author, who 4 years ago, advanced the use of a new device in three models of different size limits himself to the problem of expulsions. His studies have allowed him to conclude that the number of the same may be reduced, not only by performing a strict insertion, but before all by the shape of the sterilite. Thanks to two new devices, that have a reduced width of the base that lies against the fundus uteri, he has succeeded in reducing the number of these expulsions and of the occurring pregnancies.

RESUMEN

La contracepción intra-uterina. Una experiencia de 5 años

El autor que, hace ya cuatro años, ha propuesto el empleo de un nuevo dispositivo intra-uterino con 3 modelos de tamaño diferente limitase aquí al problema de las expulsiones. Le permitieron sus estudios concluir que el numero de estas últimas puede ser reducido, no solo merced á una estricta inserción, sino tambien en modificando la forma del esterilet. Merced á 2 dispositivos nuevos, con disminución de la anchura de la basis que recosta sobre el fondo útero, le fué posible tograr una disminución del número de las expulsiones y de las gravideces.

Imprimerie Castera - Bordeaux.