

ENDOMÉTRIOSE ET STÉRILET AU LÉVONORGESTREL

Docteur Charles BRAMI Hôpital Américain de Paris - Neuilly-sur-Seine

Carlos A. Pesta *et al.* (Université de São-Paulo, Brésil) ont comparé l'efficacité d'un dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (DIU-LNG) et des analogues au LH-RH sur les symptômes douloureux liés à l'endométriose.

L'endométriose s'accompagne dans une majorité des cas, de douleurs pelviennes chroniques, de dysménorrhée ou de dyspareunies ; le pourcentage de patientes ayant de tels symptômes dus à l'endométriose est estimé, selon les études, entre 70 et 90 % des cas.

De nombreux traitements conservateurs non chirurgicaux ont été à ce jour utilisés ; anti-inflammatoires non stéroïdiens, analogues de la LH-RH, dérivés androgéniques, contraceptifs oraux ou progestatifs.

Entre autres nouvelles approches thérapeutiques Fedele et Beranda (2004) avaient déjà étudié les effets du DIU-LNG : ce stérilet « re-largue » dans la cavité utérine un taux relativement constant de 20 µg/j de lévonorgestrel dérivé de la 19-nortestérone.

Des études non randomisées de Vercellini et Lockhat, en 2002 et 2004, en avaient déjà montré l'efficacité sur l'endométriose et l'adénomyose.

Dans l'étude multicentrique menée par Petta *et al.*, 82 patientes entre 18 et 40 ans ont été incluses après qu'un diagnostic d'endométriose a été porté par coelioscopie ; 39 patientes ont été traitées par le DIU-LNG (Mirena, Schering), 43 par analogues de la LH-RH (Lupron 3,15 mg, TAP) à raison d'une injection par mois pendant 6 mois.

Les stades d'endométriose étaient équivalents dans les 2 groupes ; on notera pour plus de 50 % des cas, des endométrioses de grades III et IV selon la classification de l'AFS.

Les résultats ont été évalués selon 3 critères :

- le *Visual analogue score* (VAS) établi quotidiennement pour les douleurs chroniques pelviennes ;
- le *Bleeding score* ;
- la qualité de vie selon le *Psychological general well-being index questionnaire*.

Les auteurs rapportent des résultats notables sur l'efficacité du stérilet au lévonorgestrel :

- en ce qui concerne les symptômes douloureux, ils décroissent de façon significative depuis le 1er jusqu'au 6e mois dans les 2 types de traitement et ce, sans différence significative entre les 2 groupes ; dans les 2 groupes de patientes présentant une endométriose sévère de grades III et IV, le score VAS de douleur s'améliore plus rapidement que chez les patientes présentant un stade I et II d'endométriose ;
- en termes de métrorragie, une aménorrhée est notée chez 34 % des patientes traitées par le DIU-LNG après le 1er mois et 71 % des patientes après le 6e mois ; chez les femmes traitées par analogues de la LH-RH, l'aménorrhée s'installe chez 70 % des patientes ;
- au 1er mois et 98 % des patientes au 6e mois ;

- en termes de qualité de vie, aucune différence significative n'est retrouvée dans les 2 groupes. Les auteurs concluent en l'efficacité du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel sur la symptomatologie douloureuse liée à l'endométriose.

Ils rappellent :

- la limitation dans la durée d'utilisation des analogues de la LH-RH en raison des effets secondaires (hypo-estrogénie et risque de déminéralisation osseuse) ;
- le moindre coût du dispositif intra-utérin par rapport aux analogues de la LU-RH ;
- bien que l'étude ait été menée sur 6 mois, le bénéfice thérapeutique potentiel du DIU-LNG est probablement plus long par rapport à l'utilisation d'analogues de la LH-RH, le « re-largage » du lévonorgestrel étant stable à 20 µg/j pendant la 1^{ère} année pour se réduire progressivement à 11 µg/j à 5 ans.

EN PRATIQUE : le mécanisme d'action locale du lévonorgestrel sur l'endométriose reste méconnu, le lévonorgestrel n'entraîne ni inhibition de l'ovulation ni hypo-estrogénie. Sa durée d'action, ses effets secondaires, peu marqués, font du stérilet au lévonorgestrel un traitement de choix dans les endométrioses symptomatiques.

Petta CA, Ferriani RA, Abrao MS. Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. Hum Reprod 2005;20(7):1993-8.