

DYSMENORRHEES DE L'ADOLESCENTE



Dr VEJUX N.

Introduction

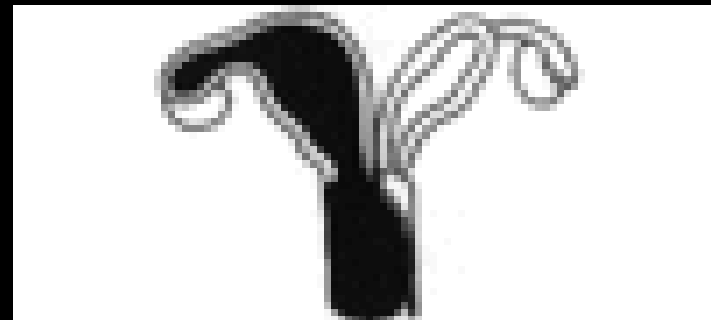


- Motif fréquent de consultation
- Après une période indolore de règles: 6 mois à 3 ans après la ménarche
- ≠ syndrome prémenstruel
- Banalisée comme « mal nécessaire »
- Principale cause d'absentéisme scolaire
- Automédication +++

⇒ Impact socio-économique et psychologique

Étiologies

- Oligoménorrhée primaire essentielle
- = syndrome douloureux précédent ou accompagnant les règles
- ≠ D secondaire organique:
 - anomalies anatomiques: hémi-utérus avec hémi-vagin borgne, aplasie vaginale partielle
 - endométriose, infection (adulte)

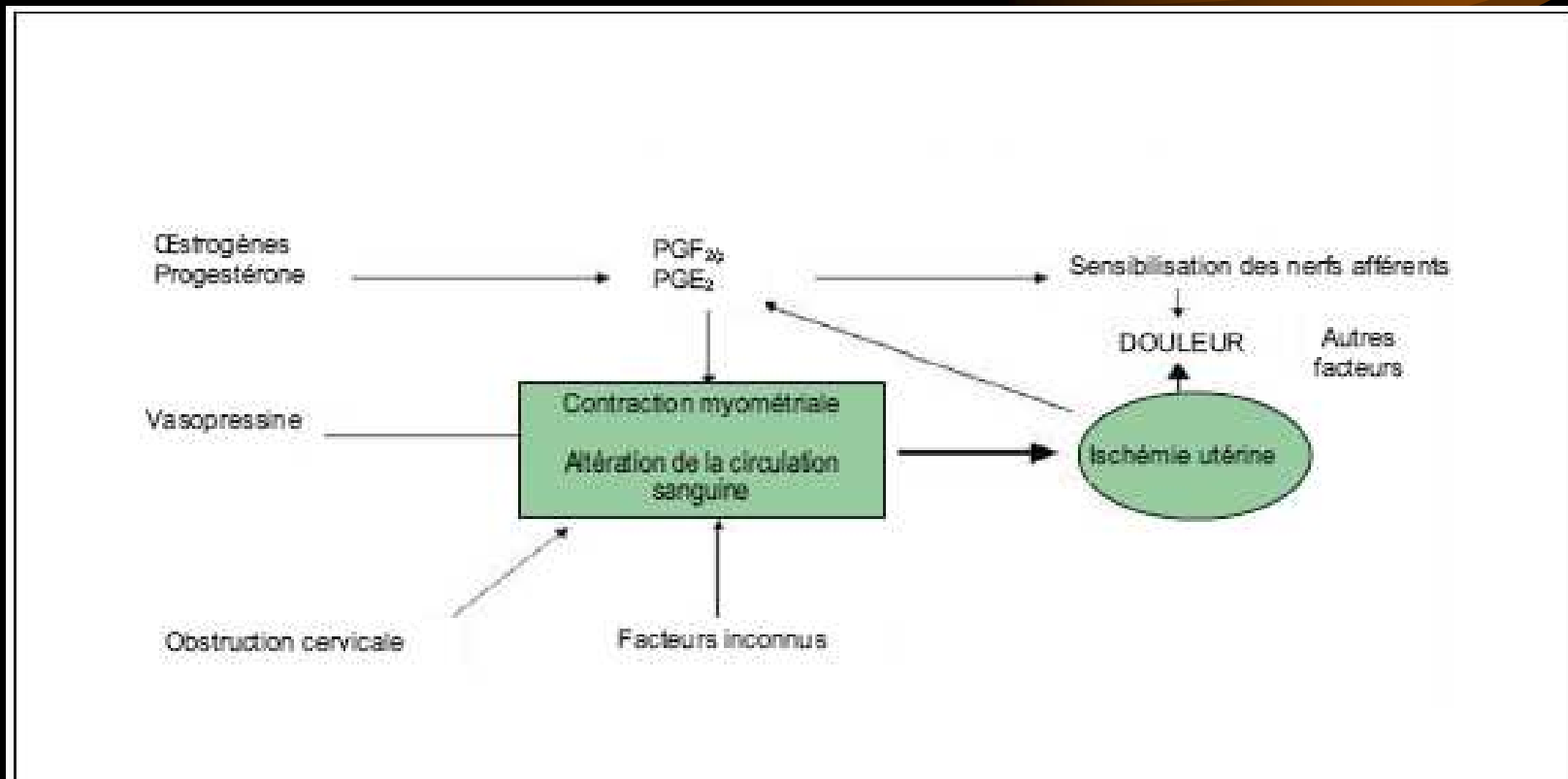


Mécanismes

- Production de prostaglandines endométriales + élevée responsable de CU
- Formes sévères: vasoconstriction des artères myométriales = \uparrow index de résistance au niveau des artères spiralées
 \Rightarrow Hypoxie tissulaire
- Rôle des leukotriènes dans les symptômes systémiques

Akerland M. « Pathophysiology of dysmenorrhea ». Acta obstet gynecol, vol 87, (suppl), 1979,p 27-32.

Pathophysiologie



SOGC dec 2005: « Directive clinique de consensus sur la dysmenorrhée primaire »

Épidémiologie en France

- Prévalence = 21%
- Régulièrement = 57%; 1 cycle / 2 = 28%
- Absentéisme scolaire = 35%
- 31% à l'installation des règles et 53% dans les 2 ans suivants la ménarche
- Traitement:
 - Antalgiques = 29%
 - AINS = 11%
 - Pilule = 4%

Sultan (1999). « Épidémiologie de la dysménorrhée de l'adolescente en France ». Annales de Pédiatrie.

FREQUENCE

AUTEUR	PAYS	ANNEE	INCIDENCE
SULTAN	FRANCE	1986	22
JOHNSON	USA	1988	72,7
PULLON	NZ	1988	28,4
WILSON	USA	1989	91
TEPERI	FINLANDE	1989	49-79
THOMAS	NIGERIA	1990	72,3
MIJANOVIC	YOUUGOSLAVIE	1990	52,9
ROBINSON	USA	1992	79,6
NAFSTAD	NORVEGE	1995	52

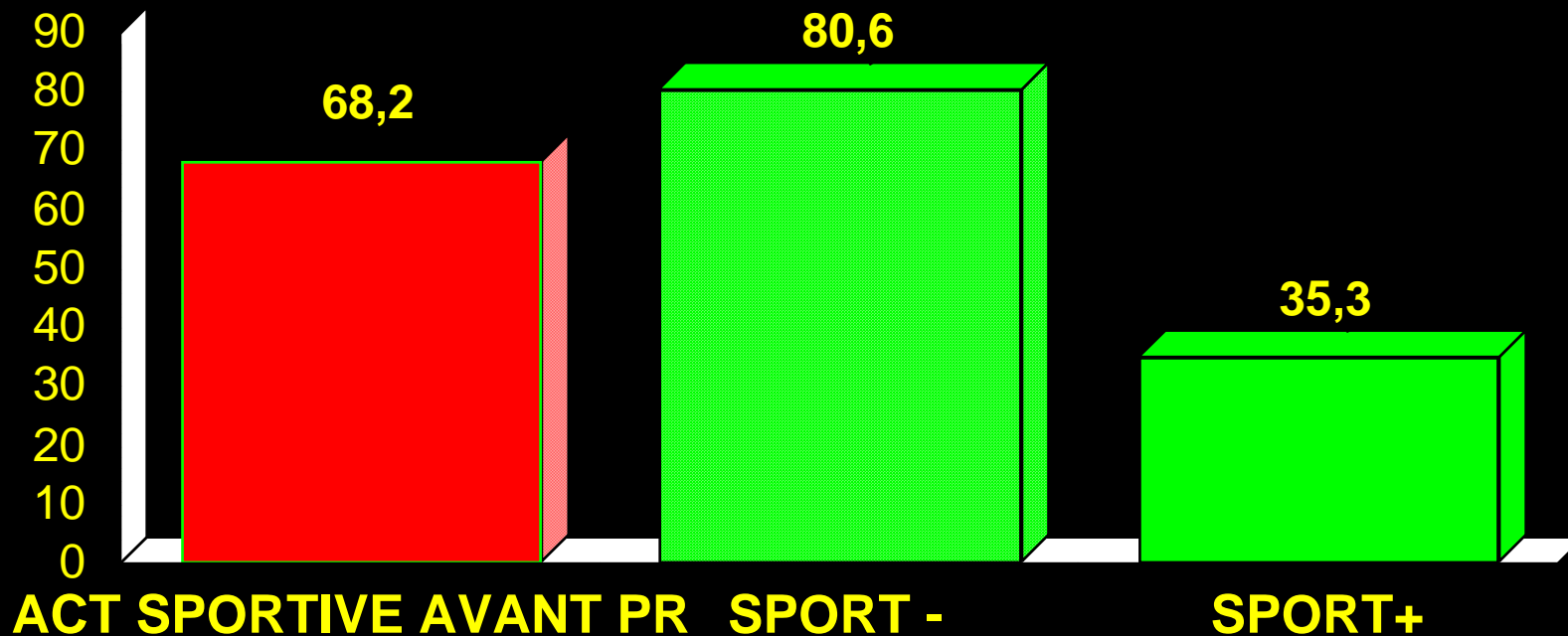
Facteurs de risque

- Précocité des règles
- Âge
- Durée et abondance du flux menstruel
- ATCD familiaux
- Tabac : RR = 1.9
- Condition socio-économique
- Profil psychologique

Harlow S. « A longitudinal study of risk for the occurrence, duration et severity of menstrual cramps in a cohort of college women. » Br J Obstet Gynaecol, 1996; 103(11): 1134-42

ACTIVITE SPORTIVE

- Réduction d'incidence
- Amélioration de symptomatologie



Izzo A; Labriola D Clin Exp Obstet Gynecol 1991;18(2):109-16

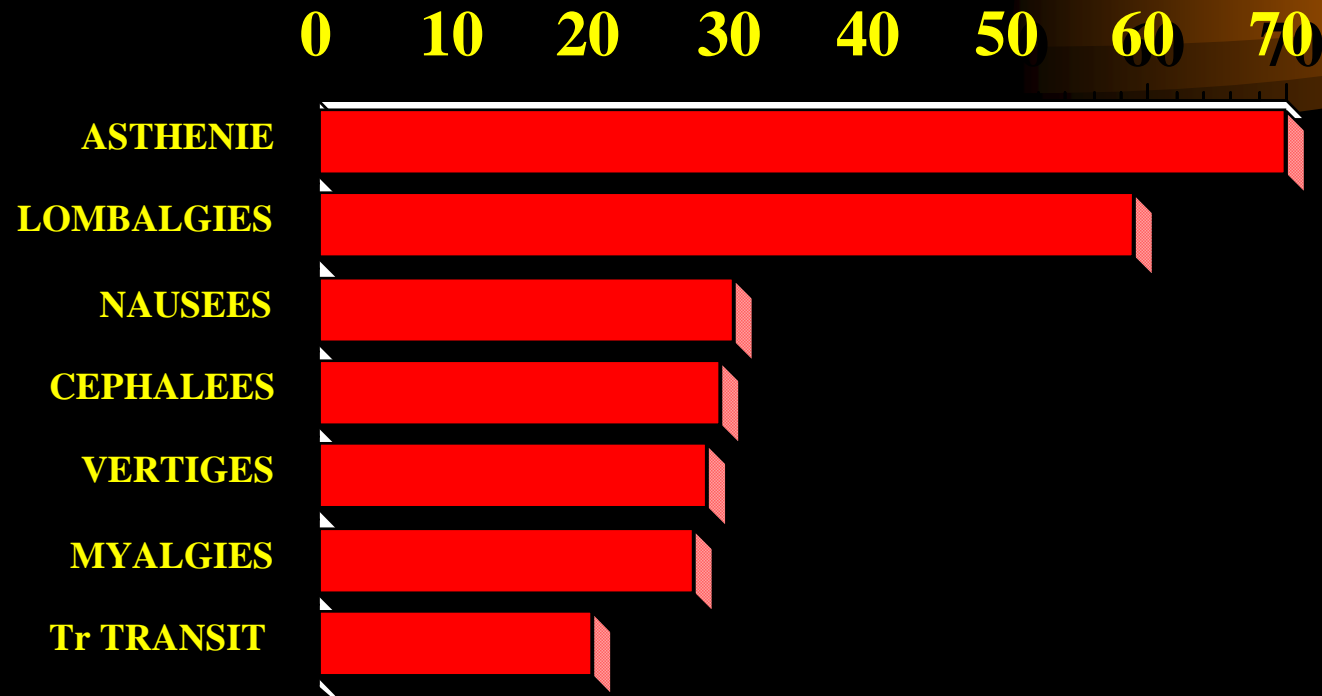
Expression clinique

- Intensité variable: simple gène → coliques intolérables
- 4 signes cardinaux:
 - Douleurs pelviennes
 - Lombalgies
 - Asthénie
 - Irritabilité
- Signes généraux:
 - Nausées, vomissements
 - Céphalées, vertiges

Anamnèse ++

- ATCD menstruels:
 - PR
 - Durée et régularité des cycles
 - Durée et quantité des saignements
 - Primaire ou secondaire
- Caractéristiques de la douleur:
 - Type, localisation, irradiation
 - Chronologie p/r règles, syndrome prémenstruel
 - Gravité, durée, degré d'invalidité
- Activité sexuelle, dyspareunie, contraception
- Traitements antérieurs: posologie adéquate, prise prophylactique, durée prise pilule

Signes d'accompagnement



Sultan C. Rev Fr Gyn Obstét 1986 , 81, 5, 253-256

Examen clinique

- Précaution et douceur
- Examen général
- Inspection des organes génitaux externes chez jeunes adolescentes
- Si anamnèse ou résistance aux TRT conventionnels: examen pelvien complet pour éliminer une cause organique
- Échographie pas indispensable mais complémentaire: kyste ovarien, dystrophie ovarienne

Options thérapeutiques (I)

- 1° intention: AINS par inhibition de la cyclo-oxygénase
 - ⇒ ↓ concentration endométriale en prostaglandines
 - ⇒ inhibition de l'activité contractile de l'utérus
- Oestro-progestatifs: inhibition de l'ovulation et de la croissance endométriale
 - ⇒ ↓ P prostaglandines et du volume des menstruations
 - ⇒ ↓ pression intra-utérine et intensité des crampes utérines

Options thérapeutiques (2)

- Progestatifs: Lutényl®, Surgestone®, Duphaston® du 15^o au 25^o j en l'absence d'activité sexuelle et présence de cycles irréguliers
- Non médicamenteux:
 - Acupuncture, acupression, moxibustion
 - Thiamine, magnésium
 - Stimulation nerveuse électrique transcutanée

AINS



- 73 études incluses
- Amélioration de la douleur: OR = 4.14 95% CI [3.52 – 4.86]
- Mais effets secondaires: OR = 1.37 95% CI [1.12 – 1.66]
- Pas de supériorité d'un AINS

Marjoribanks J, Proctor ML, Farquhar C, Derk RS. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 janv 20; (1):CD001751.

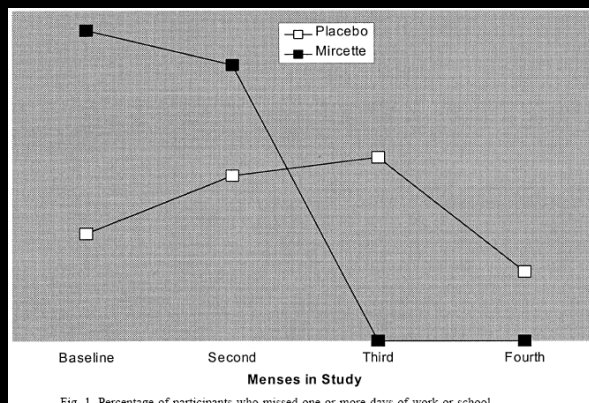
- Traitement ponctuel de courte durée

Oestro-progestatifs (1)

- 4 études randomisées(1968 – 1972) : OP (50 mg EE). Douleur: OR = 2.01 95% CI [1.22 – 3.23]

Proctor ML. « Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. » Cochrane Database Syst Review 2001 (4)

- Etude randomisée double aveugle: 20 µg EE + desogestrel (38/35 patientes). Absentéisme: OR = 0.18 95% CI [0.01 – 3.92]



Hendrix SL. « Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. » Contraception 2002 dec; 66(6): 393-9.

Oestro-progestatifs (2)

- Etude randomisée double aveugle avec 20 μg EE + 100 mg levonorgestrel (15/10 patientes)
- Score de douleur: 3.2 vs 4.5 $p=0.004$ 95% CI [0.88 – 4.53]
- Antalgiques: OR = 0.33 95% CI [0.13 – 0.35]
- Effets secondaires: pas de différence significative

Davis AR. « Oral contraceptives for dysmenorrhea in adolescent girls: a randomized trial. » *Obstet Gynecol* 2005 jul; 106(1): 97-104.

Choix du traitement



- Intensité de la dysménorrhée
- Résultats des traitements antérieurs
- Existence d'anomalies du cycle menstruel
- Besoin d'une contraception