LADY SMENORAY

Les règles douloureuses





HISTOIRE ET DIAGNOSTIC D'UNE DYSMÉNORRHÉE PRIMAIRE

DÉFINITION



- Dysménorrhées ou algoménorrhées
- Menstruations douloureuses avec crampes utérines
- Précède ou accompagne l'écoulement menstruel

DESCRIPTION



- La douleur
  - Récurrente
  - A type de crampe (main s'ouvre et se ferme)
  - Médiane
- Débute avec les règles
- Diminue progressivement en 12 à 72 heures
- ± Signes accompagnateurs (prostaglandines) : nausées, diarrhée, fatigue, céphalées, malaises…

TYPE

- En fonction de l'apparition
  - Primaire (toujours eu mal)
  - Secondaire (apparu après une phase normale)
- En fonction de la cause :
  - Primitive : pas de cause (/!\ Primaire pour certains auteurs [1])
  - Organique : une cause (/!\ Secondaire pour certains auteurs [1])
- En fonction du début :
  - Protoméniale : au début des menstruations
  - Téléméniale : à la fin des menstruations

1. Burnett M. J Obstet Gynaecol Can 2017.

EPIDÉMIOLOGIE

- Gros problèmes de définitions = statistiques hasardeuses mais prévalence élevée [1]
  - 1/3 à ½ des patientes ont des symptômes modérés à sévère
- Considéré comme « naturel » par les patientes
  - => pas de consultation ou de prise en charge pharmacologique [2]
- Surtout chez l'adolescente (60-93 %)
- 17 % engendrant une absence (école, travail) [1].

1. Burnet MA. J Obstet Gynaecol Can. 2017 – 2. Burnett MA. J Obstet Gynaecol Can 2005

FACTEURS DE RISQUE [1]

- Adolescence (< 20 ans)
- Nulliparité [2]
- BMI < 20
- Ménarche < 12 ans
- Dépression / anxiété
- Cycles longs
- Menstruations abondantes + caillots [3]
- Syndrome prémenstruel
- Infection génitale haute
- Ligature tubaire
- Violence sexuelle
- Tabagisme [4]
  - Même si secondaire [5]
- La longueur du col de l'utérus [6]

1. Latthe P. BMJ. 2006 – 2. Ju H. Epidemiol Rev 2014. – 3. Banikarim C. Arch Pediatr Adolesc Med 2000 – 4. NP2 - Ju H. Tob Control 2016 - 5. Chen C. Environ Health Perspect 2000– 6. NP3 - Zebitay AG. J Obstet Gynaecol 2016.

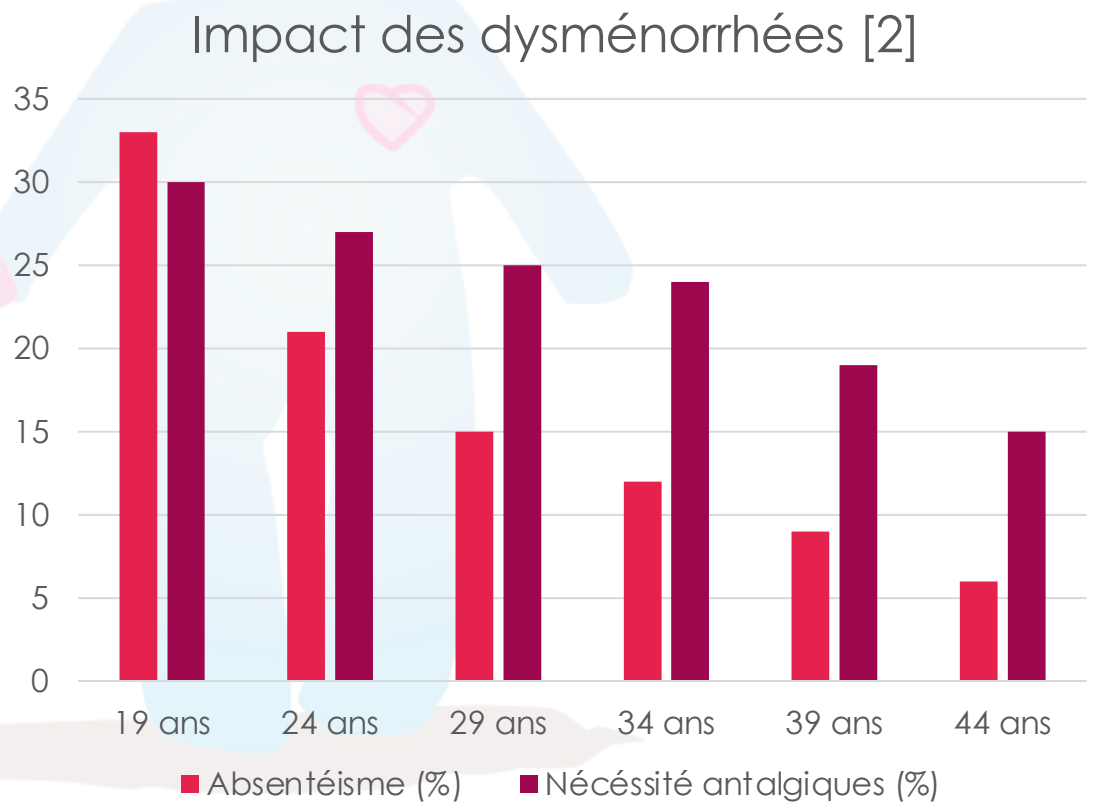
INTENSITÉ : LE SCORE VMS [1]

Grade	Traduction	Travail	Signes généraux	Antalgiques
0	Non douloureuses, pas d'interaction vie quotidienne	Normal	Aucun	Non nécessaire
1	Douloureuses mais peu d'impact vie quotidienne.	Rarement affecté	Aucun	Rarement nécessaire
2	Impact vie quotidienne. Analgésique => peu ou pas d'absentéisme	Modérément affecté	Peu	Nécessaires
3	Impact important vie quotidienne. Action faible analgésiques. Symptômes végétatifs (céphalées, nausées…)	Nettement affecté	Présents	Peu d'effet

1. Andersch B. Am J Obstet Gynecol 1982.

INTENSITÉ

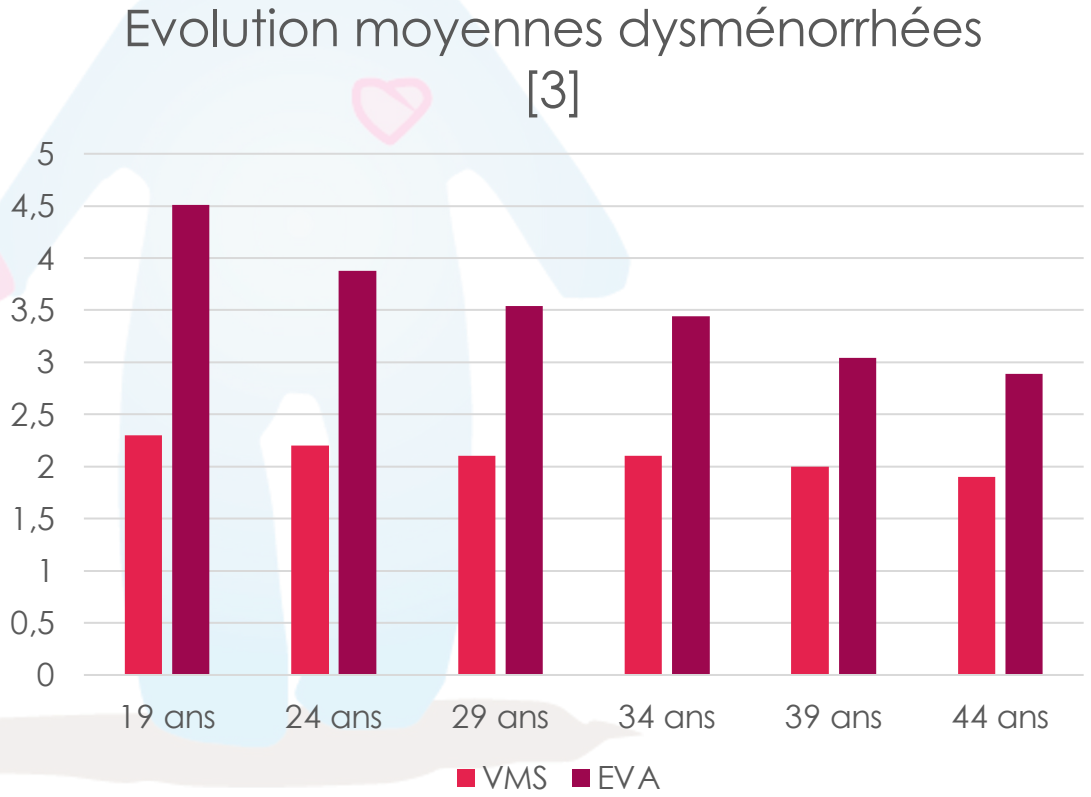
- Dysménorrhée primaire : douleur comparable à celle d'une colique néphrétique [1].



1. Ayan M et col. Arch Gynecol Obstet 2012 – 2. Lindh I. Hum Reprod 2013

HISTOIRE D'UNE DYSMÉNORRHÉE

- Début typique à l'adolescence avant les cycles ovulatoires...
  - 18 - 45 % des adolescentes sont ovulatoires à 2 ans post-ménarches [1]
- 12,4 % des 16-20 ans rapportent une dysménorrhée sévère [2].
  - ↑ symptômes dépressifs (OR 1,73 [1,38-2,15])
  - ↑ insatisfaction apparence corporelle (OR 1,5 [1,02-2,22])



1. Hickey M. Hum Reprod 2011. – 2. Ambresin AE. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2012. – 3. Lindh I. Hum Reprod 2013.

PHYSIOPATHOLOGIE

- Hyperactivité utérine : tonus de base supérieur, contractions plus fortes, plus fréquentes et mal cordonnées (irrégulières)
- Hypoxie utérine («angor d'utérus»)
- Action directe des prostaglandines (phénomène inflammatoire) : PGE2, PGF2
  - Action «de bord» intestinale (spasmes) et vasculaire (HTA)
- Hypersensibilité à la douleur [1]

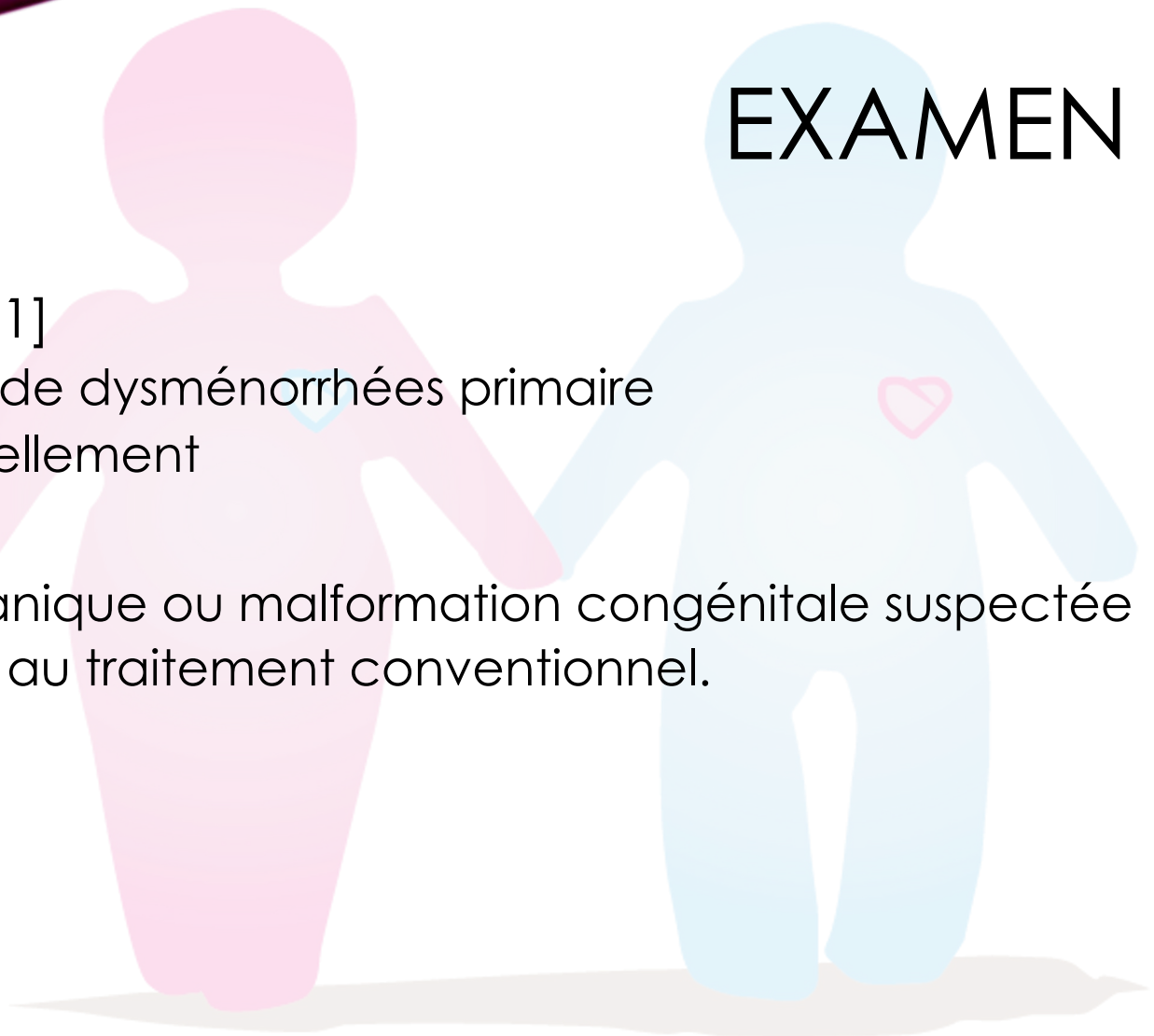
1. Iacovides S. J Pain 2013

AIDE MÉMOIRE POUR L'ANAMNÈSE DE LA DYSMÉNORRHÉE

1. Antécédents menstruels
2. Temps écoulé entre les premières règles et l'apparition de la dysménorrhée
3. Moment où apparait la douleur par rapport au début des règles et au flux menstruel
4. Description, gravité, chronologie et degré d'invalidité
5. Antécédents sexuels, y compris la violence sexuelle
6. Questions sur les syndromes de douleur chronique et sur les affections médicales
7. Évaluation de la présence de symptômes de dépression ou d'anxiété, ou d'autres troubles psychiatriques
8. Traitements antérieurs (dose, durée, effets secondaires et réponse

1. Burnett M. J Obstet Gynaecol Can 2017.

EXAMEN OU NON



- Pas nécessaire si [1]
  - histoire typique de dysménorrhées primaire
  - Pas active sexuellement
- A envisager si
  - Pathologie organique ou malformation congénitale suspectée
  - Pas de réponse au traitement conventionnel.

1. Burnett M. J Obstet Gynaecol Can 2017.

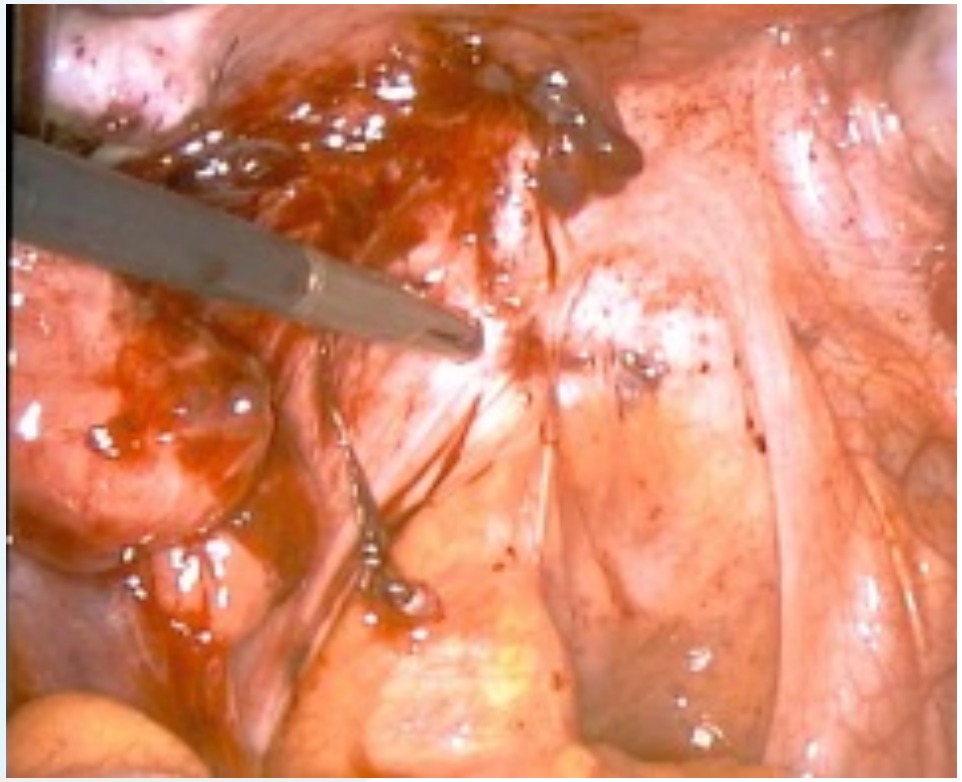
QUAND FAIRE LE DIAGNOSTIC ?

- Si échec du traitement empirique ou signe évocateur (leucorrhées anormales, douleurs pelviennes spontanées, examen clinique évocateur)
  - Echographie pelvienne : Kystes ovariens, endométriomes
  - IRM
  - Coelioscopie si doute endométriose, IGH ou adhérence
  - Dépistage Chlamydia Trachomatis
    - Population à risque (< 25 ans ++)
    - Possibilité diagnostique

1. Burnett M. J Obstet Gynaecol Can 2017.

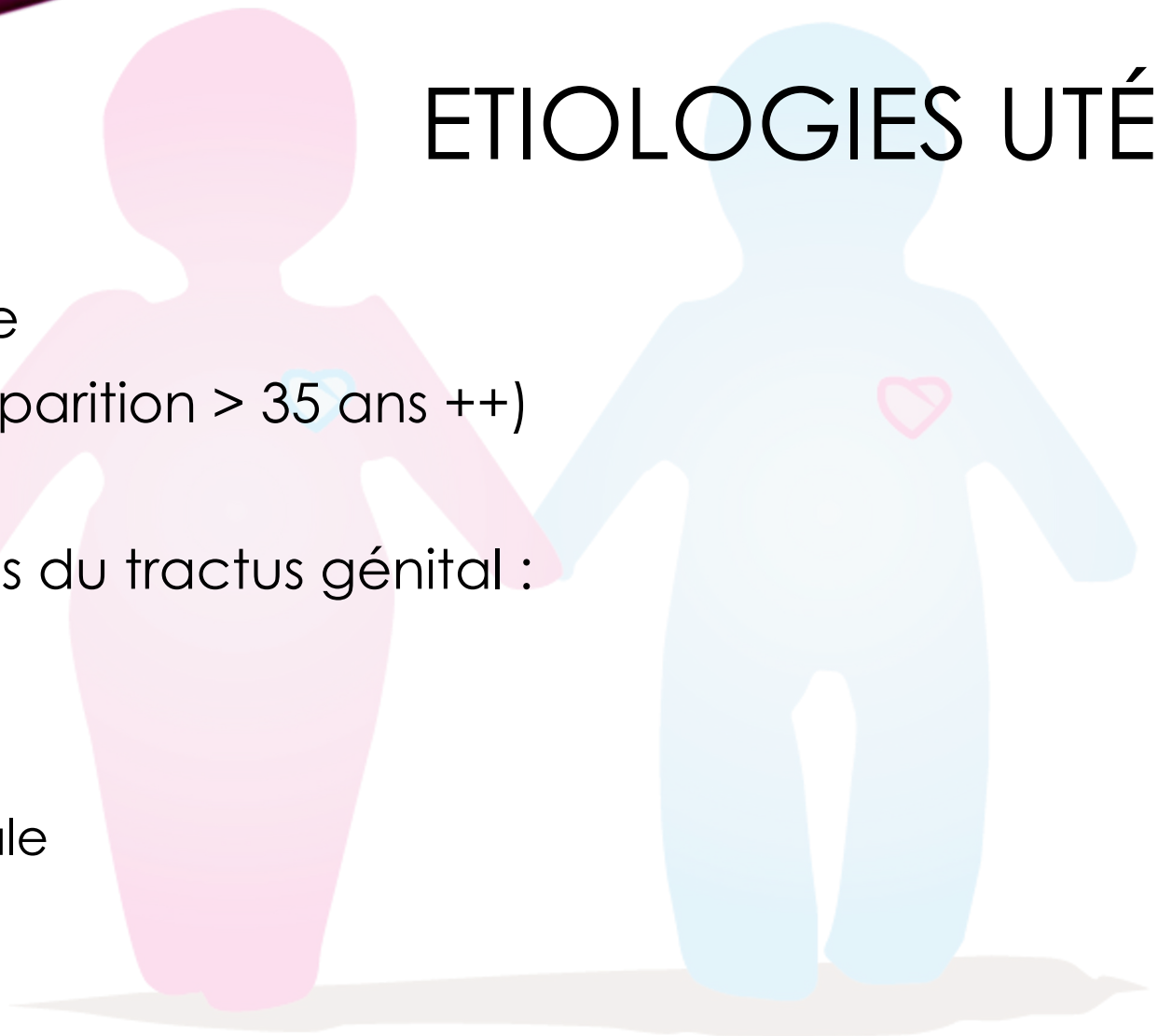
ETIOLOGIES PÉRITONÉALES

- Endométriose
  - Présence en dehors de la cavité utérine d 'un tissu histologiquement et fonctionnellement proche de l 'endomètre
  - Douleur différente :
    - Dysménorrhée peu sensible aux AINS
    - Dyspareunie profonde
    - Douleurs chroniques parfois très intenses(formes nodulaires, cloison recto-vaginale, formes scléreuses)
    - Défécations douloureuses (dyschésie)
    - Dysuries



ETIOLOGIES UTÉRINES [1]

- Isthmocèle utérine
- Adénomyose (apparition > 35 ans ++)
- Myomes utérins
- Lésion obstructives du tractus génital :
  - Synéchies
  - Polypes
  - Malformations
  - Sténose cervicale



1. Burnett M. J Obstet Gynaecol Can 2017

DIFFÉRENTIEL : AUTRES CAUSES

- Douleurs majorées pendant les menstruations :
  - Infection génitale haute
  - Adhérences pelviennes
  - Colopathie fonctionnelle
  - Maladies inflammatoires intestinales (Crohn, RCH…)
  - Syndrome de la vessie douloureuse (cystite interstitielle)
  - Troubles de l'humeur
  - Douleurs myo-fasciales

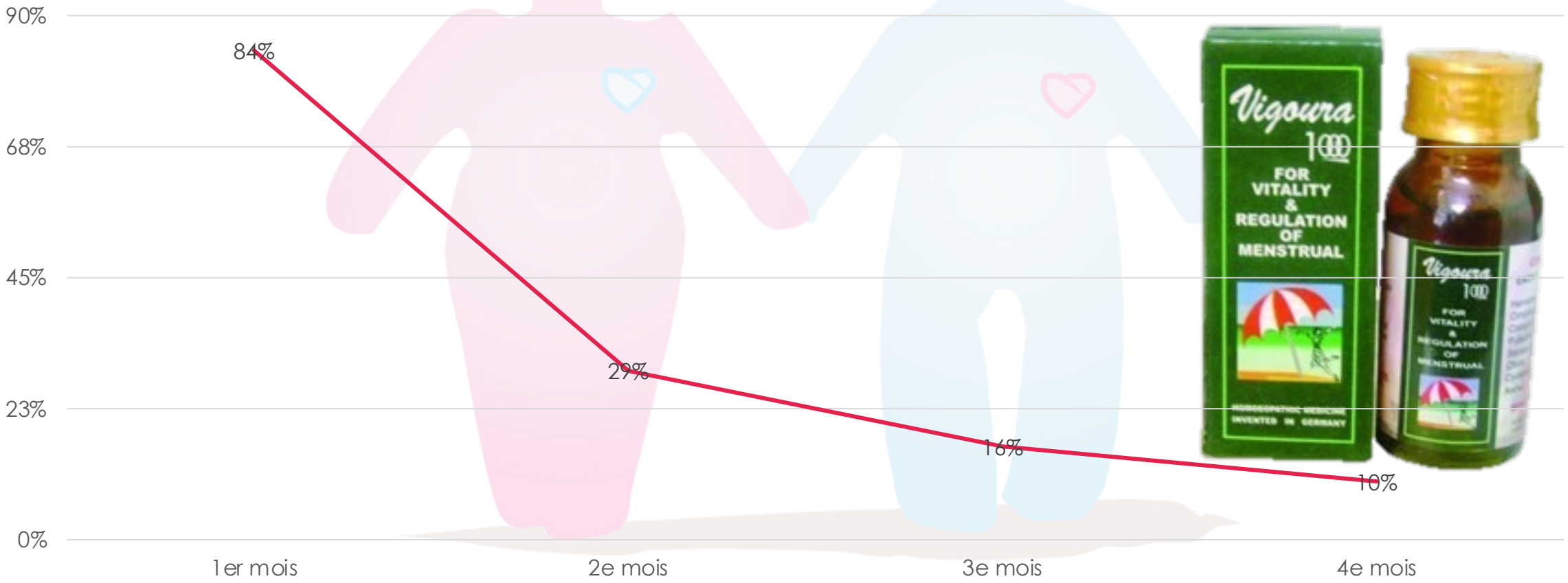
1. Burnett M. J Obstet Gynaecol Can 2017

LE TRAITEMENT

MME MADY SMAY-NORET

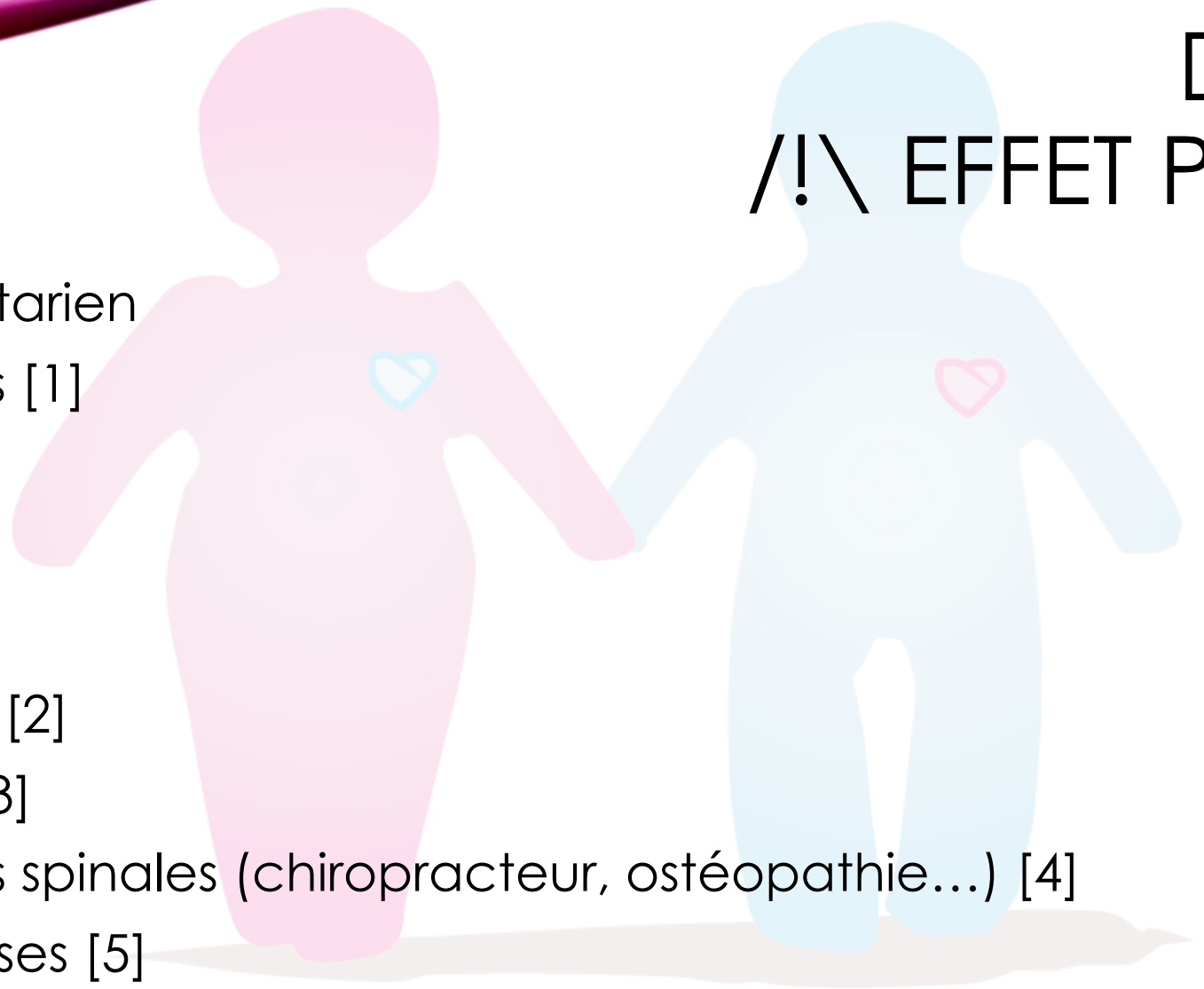
19 ans. Dysménorrhées primaires depuis l'âge de 14 ans

LE TRAITEMENT : /!\ EFFET PLACEBO COURT



NP1 - Fedele L. Pain 1989.

DISCUTÉS /!\ EFFET PLACEBO



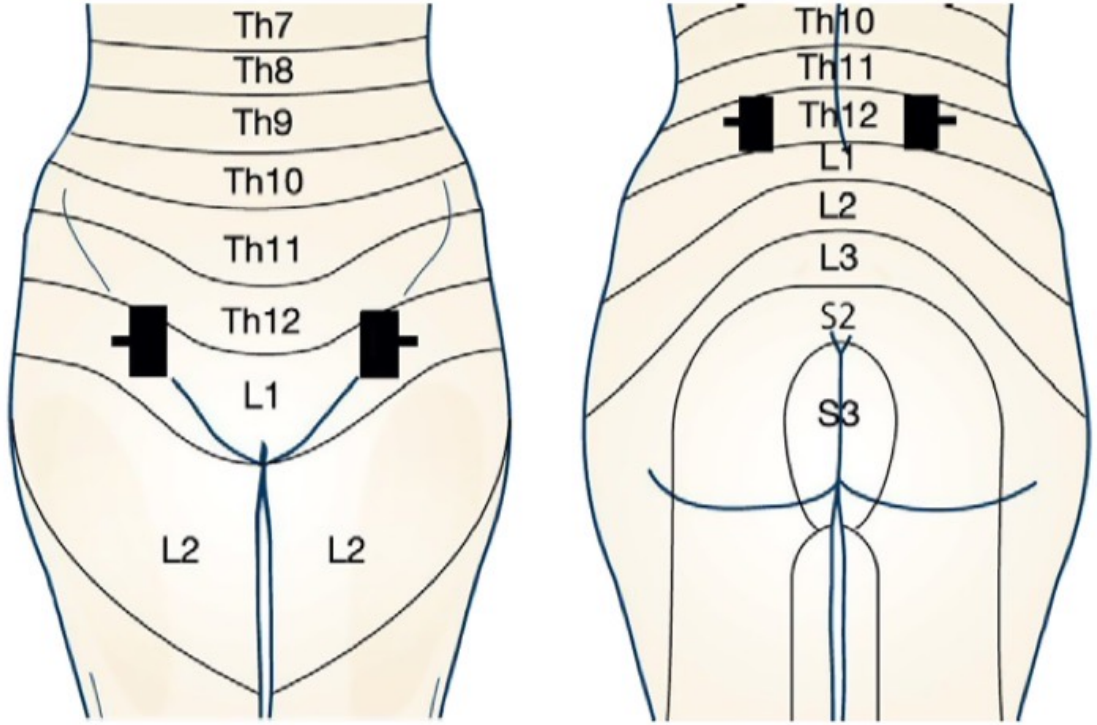
- Régime végétarien
- Non efficaces [1]
  - Vitamine E
  - Aneth
  - Goyave
  - Fenouil
- Acupuncture [2]
- Moxibustion [3]
- Manipulations spinales (chiropracteur, ostéopathie…) [4]
- Herbes chinoises [5]

1. Pattanittum P. Cochrane Database Syst Rev 2016. – 2. Smith CA. Cochrane Database Syst Rev 2016. – 3. NP2 Yang M. PLoS ONE 2017. – 4. Proctor ML. Cochrane Database Syst Rev 2006. – 5. Zhu X. Cochrane Database Syst Rev 2008.



MOYENS NON PHARMACOLOGIQUES

- Chaleur seule [1].
  - Accélérer l'efficacité des AINS.
- Neurostimulation transcutanée à haute fréquence (TENS-hf) [2]
- Yoga :
  - Pose du Cobra, du Chat et du Poisson, en phase lutéale, sessions de 20 minutes/jour [3].
  - Ou programme de 60 minutes par semaine pendant 12 semaines [4]
  - Diminution de l'intensité douloureuse et de la durée des douleurs



1. Akin MD, Obstet Gynecol 2001 – 2. Proctor ML. Cochrane Database Syst Rev. 2002 – 3. NP2 - Rakhshaee Z. J Pediatr Adolesc Gynecol 2011. - 4. Yang NY. J Altern Complement Med 2016.

COMPLÉMENTS : DES PREUVES MODESTES [1]

- Le gingembre : 750 mg à 2000 mg pendant les 3 ou 4 premiers jours
- Les huiles de poisson (± vit B1), vit B1 seule, sulfate de zinc, fenugrec
- La valériane : 255 mg x 3/j pendant 3 jours [2].
- Les huiles essentielles, mais méthodes trop diverses [4].

1. Pattanittum P. Cochrane Database Syst Rev 2016. – 2. NP2 - Mirabi P. Int J Gynaecol Obstet 2011– 4. Song JA. Int J Nurs Stud 2018

THÉRAPEUTIQUE PHARMACOLOGIQUE NON HORMONALE

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) [1]
  - Avant l'apparition des règles et des douleurs (prophylactique)
    - 16 % seulement le prennent en prophylactique [2]
  - Pas de supériorité de l'un ou l'autre [1]
    - 13 % prennent une dose inférieure à la dose prescrite [2]
  - 2 ou 3 jours suffisent en prophylactique
  - Indication spécifique : Flurbiprofène (Antadys) 1 cp x 3/j, Ac Méfénamique (Ponstyl) 2 gel x 3/j
- Paracetamol (acétaminophène) [3]
  - Action < ibuprofène [4]
- Sildenafil (Viagra) : hors AMM
  - 100 mg intravaginal [5]

1. NP1 Marjoribanks J. Cochrane Database Syst Rev 2015. – 2. Campbell MA. Arch Pediatr Adolesc Med 1997 – 3 NP2 - Ali Z – Curr Med Res Opin 2007. - 4. Dawood MY. Am J Obstet Gynecol 2007. – 5. NP2 - Dmitrovic R. Hum Reprod 2013 –

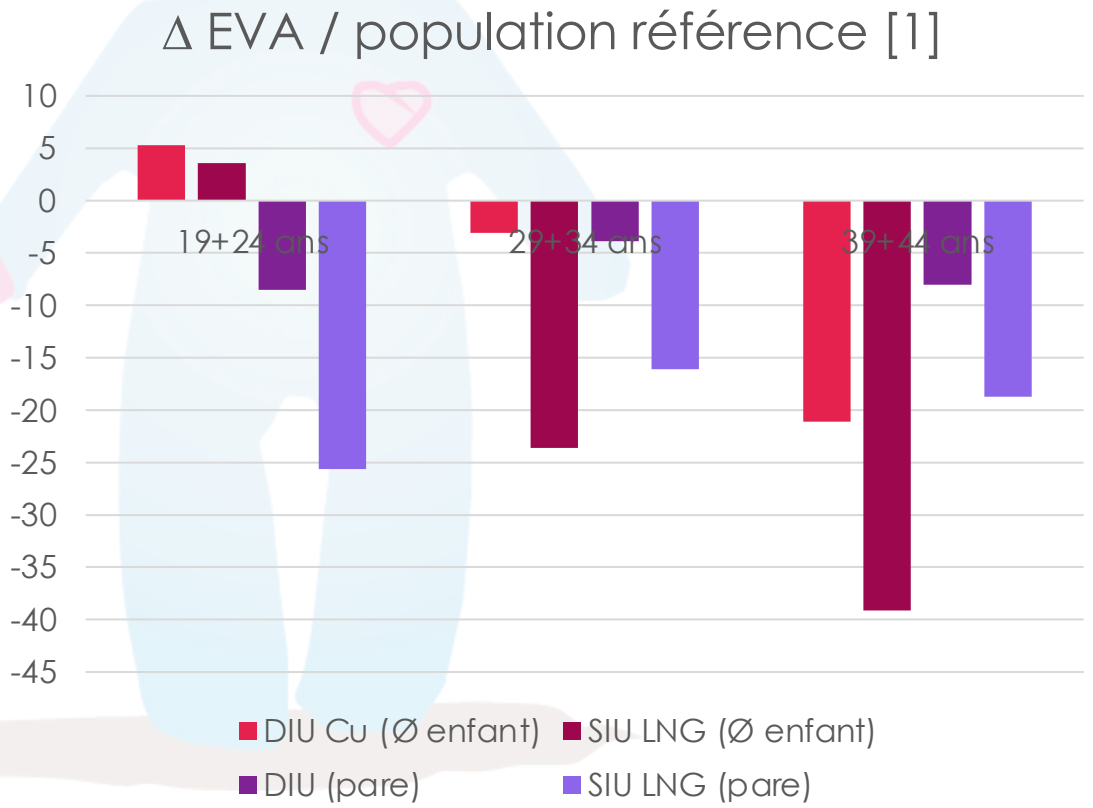
THÉRAPEUTIQUE HORMONALE

- ŒEstroprogestatif oral
  - Prolongés > cycliques [1]
- Oestroprogestatifs percutanés :
  - Nuva-Ring comparable aux OP oraux [2].
  - /!\ Evra™ Patch => + de dysménorrhée qu'un OP oral [3].
- Progestatifs : Diénogest [4]
- Analogues GnRH / Danazol

1. Dmitrovic R. Obstet Gynecol 2012. – 2. Roumen FJ Contraception 2007 – 3. Audet MC JAMA 2001. - 4. Strowitzki T. Hum Reprod 2010.

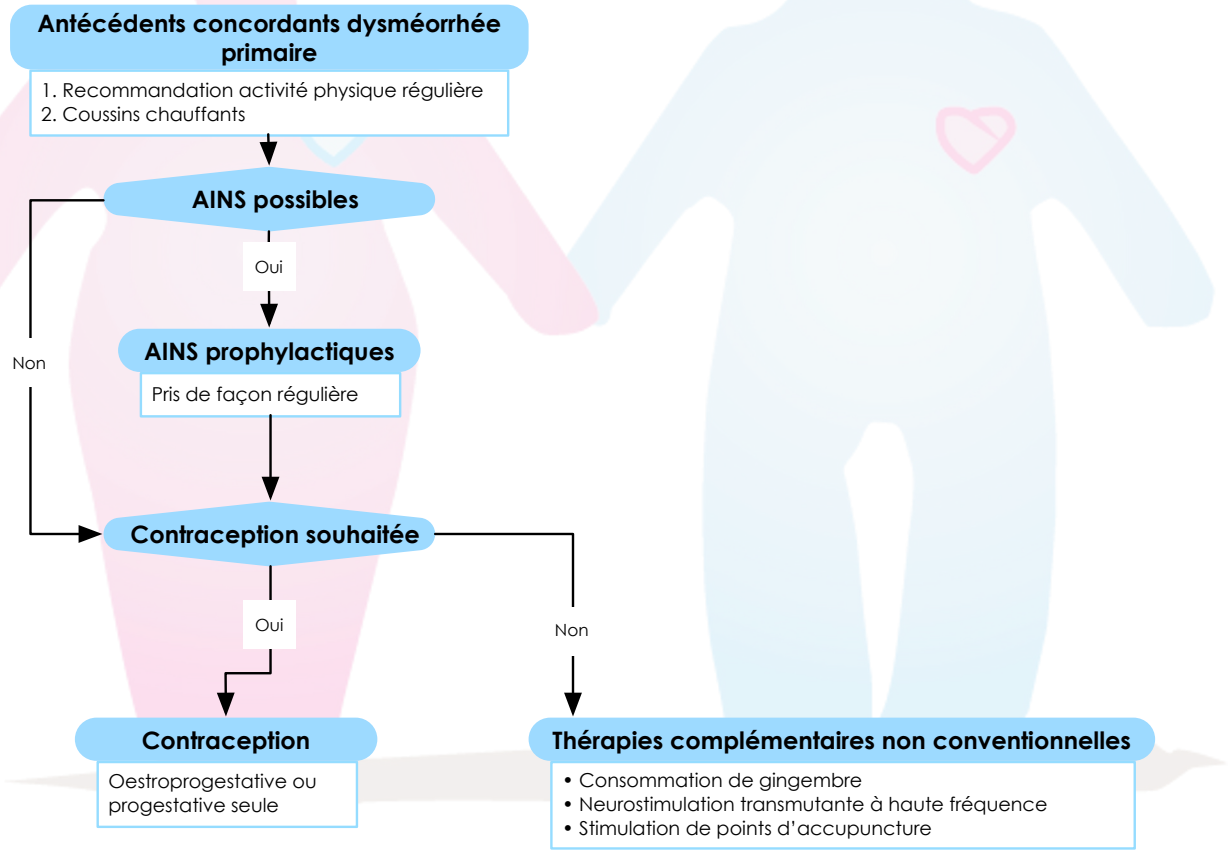
PLACE DES LARC DANS LES DYSMÉNORRHÉES

- DIU au cuivre
  - Pas de différence (VMS et EVA) [1]
- Miréna°.
  - Diminution VMS et EVA [1]
- Implanon°
  - Douleurs menstruelles :
    - 48 % de ↘
    - 8 % ↗ [2].
  - 85 % d'amélioration si dysménorrhée [3]



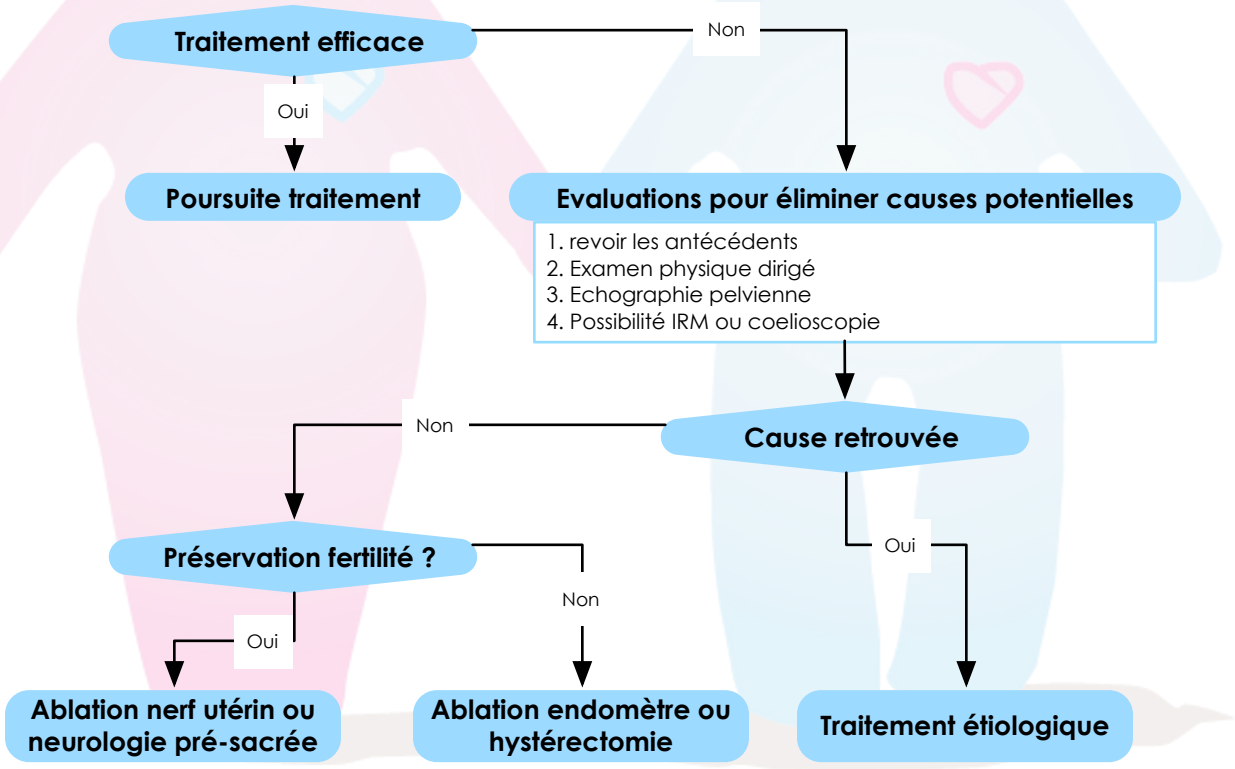
1. NP2 - Lindh I. Hum Reprod 2013 . – 2. Funk S. Contraception 2005. – 3.. Croxatto HB. Eur J Contracept Reprod Health Care 2000.

PRISE EN CHARGE SOGC



1. Burnett M. J Obstet Gynaecol Can 2017.

PRISE EN CHARGE SOGC



[1] Burnett M. J Obstet Gynaecol Can 2017.