

Prise en charge des dysménorrhées

Management of dysmenorrhea

M. Libarle, Ph. Simon, V. Bogne, A. Pintiaux et E. Furet

Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Erasme, ULB

RESUME

Les dysménorrhées représentent un des motifs de consultation les plus fréquents en gynécologie. Les répercussions sociales et économiques qu'elles engendrent en font un phénomène de santé publique. Leur prise en charge n'est pas encore optimale et les dysménorrhées altèrent toujours la qualité de vie de nombreuses patientes.

Les dysménorrhées primaires, sans cause organique sous-jacente, sont le résultat d'une hyper contractilité myométriale, d'une vasoconstriction artériolaire et d'une hypoxie tissulaire. Les dysménorrhées secondaires peuvent faire intervenir les mécanismes physiopathologiques des dysménorrhées primaires mais sont surtout l'expression d'une pathologie gynécologique sous-jacente.

Si la physiopathologie des dysménorrhées primaires est de mieux en mieux connue, les études s'intéressent à présent aux options thérapeutiques pour améliorer la prise en charge de ces patientes souvent jeunes. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et la contraception orale restent les molécules recommandées en première intention mais leur efficacité peut être potentialisée par des traitements complémentaires comme l'application locale de chaleur ou la pratique régulière d'exercices physiques. Des premiers résultats concernant d'autres thérapies complémentaires non conventionnelles, comme la consommation de gingembre, sont très encourageants et doivent être renforcés pour intégrer les recommandations de la prise en charge des dysménorrhées primaires.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 264-72

ABSTRACT

Dysmenorrhea is one of the most common reasons for consultation in gynecology. The social and economic burdens are important. Dysmenorrhea may therefore be considered as a major public health issue. Its management is not yet optimal as dysmenorrhea still affects the quality of life of many patients. Primary dysmenorrhea, with no underlying organic cause, results from myometrial hyper contractility, arteriolar vasoconstriction, and tissue hypoxia. Secondary dysmenorrhea may involve the pathophysiological mechanisms of primary dysmenorrhea, but is mainly the expression of an underlying gynecological pathology.

Although the pathophysiology of primary dysmenorrhea is well established, studies are now focusing on treatments to improve the management of these patients, who are often young. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and oral contraception remain the recommended first-line drugs, but their effectiveness can be enhanced by complementary therapy such as local heat application or regular exercise. Studies on other unconventional complementary therapies, such as ginger consumption, are very encouraging and need to be reinforced to incorporate recommendations for the management of primary dysmenorrhea.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 264-72

Key words : dysmenorrhea, management of dysmenorrhea, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, hormonal treatment

DEFINITION

Le terme dysménorrhée définit les menstruations douloureuses, à savoir des douleurs abdominales basses se présentant comme des crampes d'origine utérine, synchrones des menstruations.

Etymologiquement " dysménorrhée " vient du grec : *difficile* δυσ (dus), *mensuel* μην (mèn), *écouler* ρεο (rheo) et signifie donc écoulement mensuel (menstruation) difficile et non écoulement douloureux qui aurait été traduit par algoménorrhée. Ce qui laisse sous-entendre qu'Hippocrate attribuait à un obstacle anatomique les dysménorrhées. Si de nos jours le terme dysménorrhée n'a pas été remplacé, la compréhension de sa physiopathologie a évolué. De nombreux auteurs ont voulu comprendre ce syndrome très fréquent et très invalidant afin d'optimiser la prise en charge.

Les dysménorrhées sont classées en dysménorrhée primaire (DP), essentielles, qui surviennent en l'absence de pathologie pelvienne identifiable et en dysménorrhée secondaire (DS), organiques, associées à une pathologie pelvienne sous-jacente (endométriose, fibrome, adénomyose...)¹.

PREVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE

La prévalence de la dysménorrhée est très souvent sous-estimée en raison de l'absence de moyen d'évaluation objectif et reproductible de la douleur et également car la majorité des femmes ne signalent pas cette plainte qu'elles considèrent comme normale.

De plus, si une base physiopathologique explique l'apparition des dysménorrhées, grand nombre de facteurs environnementaux et épigénétiques viennent renforcer sa sévérité et ses répercussions faisant varier sa prévalence selon les pays, du simple au triple.

Si une étude canadienne de 2005² estime que sur un échantillon de 1.546 femmes, 60 % décrivent des DP, un autre travail s'intéressant à la population rurale³ rapporte une fréquence de 25 % de DP chez les sujets étudiés. Il en ressort une estimation de la prévalence comprise entre 45 et 95 %¹. Si cette prévalence varie d'une région à l'autre, la dysménorrhée reste la plainte gynécologique la plus fréquente quelle que soit l'origine ethnique⁴.

Les nombreuses études s'intéressant aux DP ne s'accordent pas quant aux facteurs de risque. Il semble exister d'une part une relation inversement proportionnelle entre l'âge et la fréquence de DP et d'autre part une association entre tabagisme et DP^{2,5}. La relation est moins évidente quant à l'impact de la durée et de la quantité des menstruations, de l'indice de masse corporelle, de l'âge de la ménarche et des antécédents familiaux de dysménorrhée. Le niveau social, le milieu culturel et le profil psychologique peuvent modifier le comportement de la patiente face à la douleur et influencent ainsi différemment les statistiques.

PHYSIOPATHOLOGIE

Les principaux mécanismes impliqués dans la manifestation des dysménorrhées sont l'hypoxie tissulaire issue de l'hypercontractilité myométriale et de la vasoconstriction artériolaire qu'elle entraîne. Cette hypoxie stimule les terminaisons nerveuses qui véhiculent alors un message d'algie. Les prostaglandines (PG), les leucotriènes qui sont issus de la dégradation de l'acide arachidonique et la vasopressine sont les molécules maîtresses incriminées dans la genèse des dysménorrhées^{6,7} (figure1).

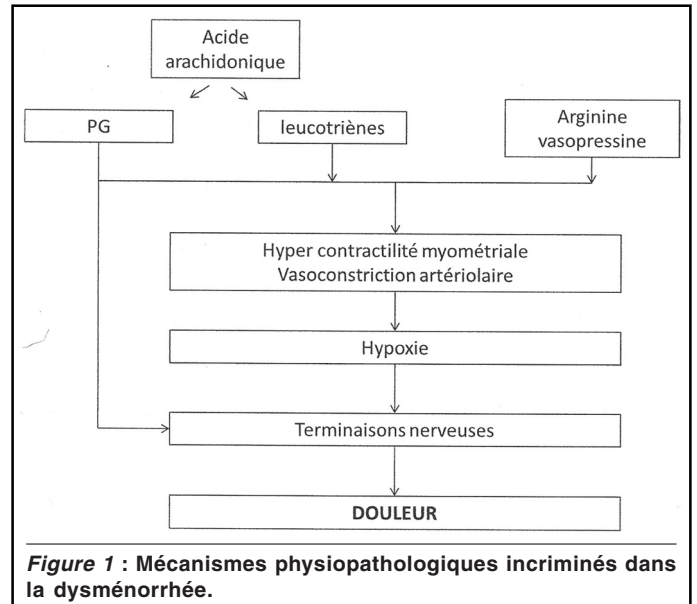


Figure 1 : Mécanismes physiopathologiques incriminés dans la dysménorrhée.

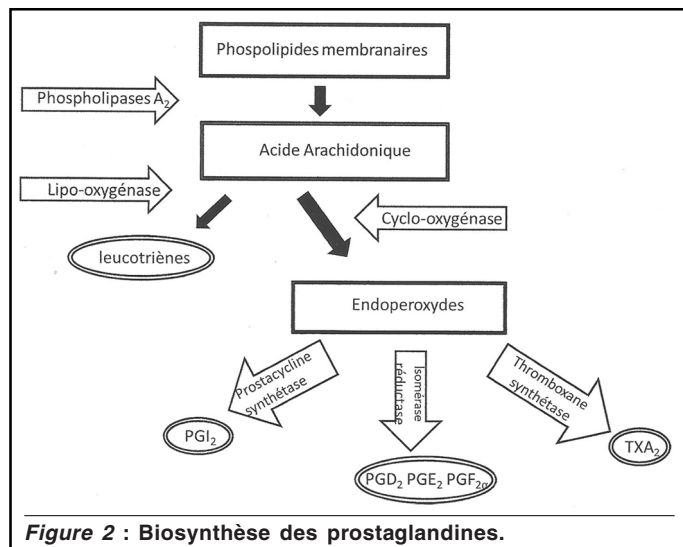
Plusieurs observations soutiennent l'importance des PG dans la physiopathologie des dysménorrhées :

- Similitude entre la clinique de dysménorrhée primaire et les manifestations induites par l'administration de prostaglandines exogènes (misoprostol ou Cytotec®) au cours des IVG (interruption volontaire de grossesse) médicamenteuses ou lors des accouchements ;
- Essais cliniques démontrant l'efficacité des inhibiteurs de l'enzyme cyclo-oxygénase (COX) sur les dysménorrhées via la diminution de synthèse de prostaglandines.

Les prostaglandines impliquées dans les dysménorrhées sont $PGF_{2\alpha}$ et PGE_2 qui agissent avec une action de constriction sur le myomètre utérin⁶. Plusieurs travaux insistent sur l'action majoritaire de $PGF_{2\alpha}$ dans la pathogenèse des DP :

- $PGF_{2\alpha}$ induit systématiquement une vasoconstriction des artérioles utérines indépendamment des contractions utérines qu'elles génèrent ;
- $PGF_{2\alpha}$ a une concentration (dans l'endomètre, le sang menstruel, le sang veineux utérin) 3 à 4 fois supérieure chez les femmes dysménorrhéiques en comparaison aux non dysménorrhéiques. Cette augmentation en $PGF_{2\alpha}$ est significativement corrélée à l'intensité de la douleur⁵ ;
- $PGF_{2\alpha}$ abaisse le seuil de perception de la douleur en sensibilisant les terminaisons nerveuses⁶.

Les prostaglandines sont issues de phospholipides membranaires qui, sous l'effet de la phospholipase A₂, sont dégradés en acide arachidonique (figure 2). La phospholipase A₂ est une enzyme lysosomiale dont la stabilité est régulée, entre autre, par le taux circulant de progestérone. Au cours du cycle menstruel, en fin de phase lutéale, a lieu la dégradation du corps jaune, qui est corrélée à une baisse du taux de progestérone. Ceci génère une déstabilisation de la phospholipase A₂, la dégradation des phospholipides en acide arachidonique et, *in fine*, la synthèse de prostaglandines et de leucotriènes à l'origine des dysménorrhées⁸. L'initiation de cette cascade par la dégradation du corps jaune atteste que les dysménorrhées primaires sont un phénomène propre aux cycles ovulatoires.



D'autres molécules, comme l'arginine vasopressine, semblent incriminées (avec quelques controverses selon les auteurs) dans la genèse des dysménorrhées primaires. Il a été trouvé dans plusieurs études^{7,9,10} qu'un taux de vasopressine plus élevé était à l'origine d'une dysrythmie des contractions utérines majorant l'hypoxie et l'ischémie utérine à l'origine des dysménorrhées. Les leucotriènes, issues de la même cascade de signalisation que les prostaglandines, ont aussi une action constrictrice sur le muscle utérin^{6,11,12}.

MISE AU POINT

Les patientes souffrant de DP signalent à l'anamnèse des menstruations douloureuses depuis, plus ou moins, la fin de la première année suivant la ménarche (coïncidant avec la mise en route des cycles ovulatoires). Ces patientes n'ont pas d'antécédent gynécologique connu. Cliniquement elles décrivent des douleurs sus-pubiennes, mimant des crampes, irradiant souvent dans le dos ou les cuisses. Les symptômes débutent quelques heures avant (ou après) le début des règles, l'acmé de la douleur est synchrone du maximum du flux menstruel. La durée maximale du tableau est de trois jours, les symptômes sont reproductibles d'un cycle à l'autre. Les douleurs sont dans 60 % des cas associées à d'autres plaintes :

nausées, vomissements, céphalées, fatigue, irritabilité. L'examen clinique est sans particularité. A ce stade, si notre diagnostic principal est la DP, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des examens complémentaires. Il faut prescrire une prise en charge thérapeutique. Les DP sont considérées comme une entité propre sans test positif.

Cependant, chez une patiente qui signale des dysménorrhées au cours des premières règles, il y a lieu de rechercher une malformation du tractus génital.

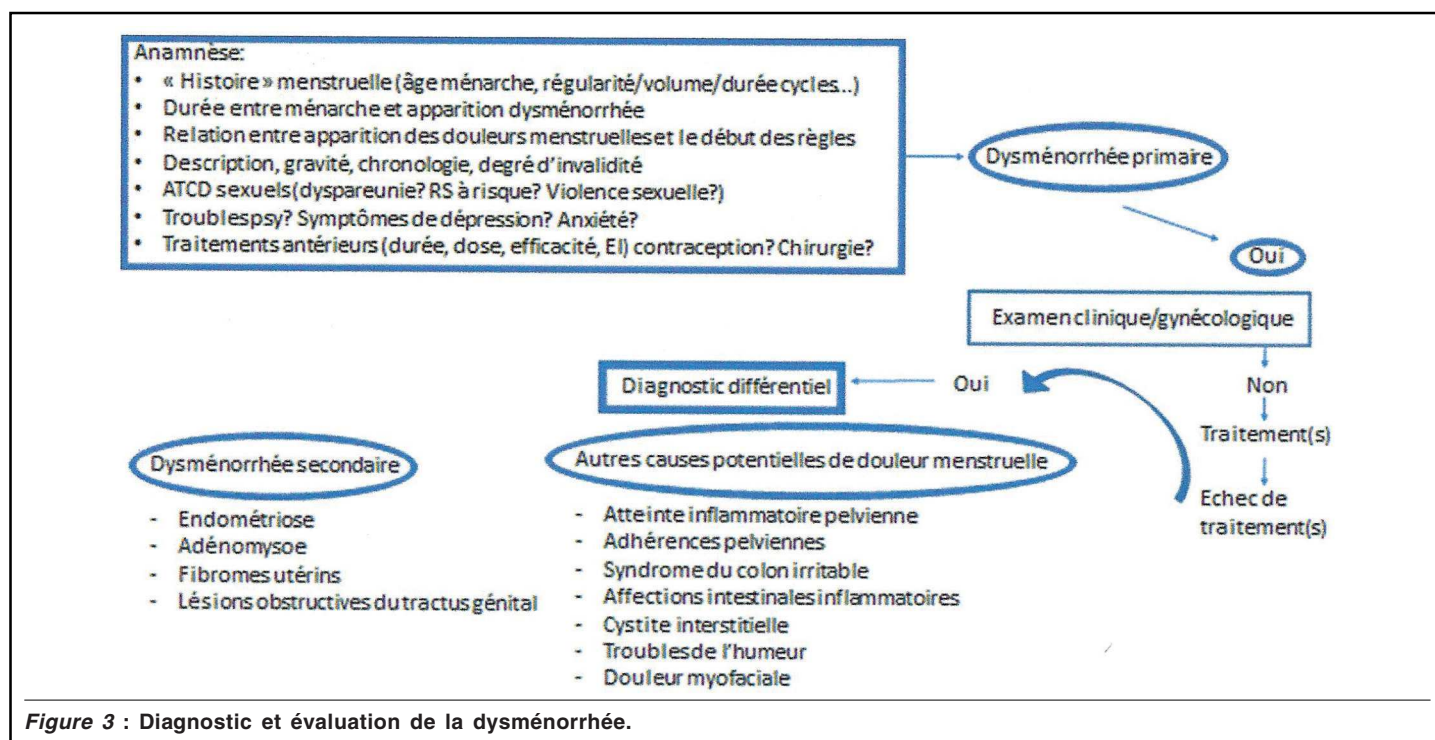
Face à des menstruations douloureuses, le praticien doit se demander s'il s'agit de dysménorrhées primaires, de dysménorrhées secondaires ou s'il s'agit d'une autre cause potentielle de douleur menstruelle.

L'anamnèse est un temps crucial pour poser le bon diagnostic, cela nécessite de reprendre " l'histoire menstruelle " de la patiente : l'âge d'apparition de sa ménarche, la régularité, le volume et la durée des cycles, le délai entre le début de la ménarche et l'apparition des dysménorrhées. La patiente doit décrire ses plaintes, leur gravité, et le degré d'invalidité qu'elles induisent. Puis il convient d'insister sur les antécédents " sexuels " de la patiente : présente-t-elle des dyspareunies ? A-t-elle eu des rapports sexuels à risque ? A-t-elle subi des violences sexuelles ? Dans la suite de l'interrogatoire il est intéressant de connaître l'environnement psychosocial de la patiente : son niveau éducatif, ses éventuels troubles psychologiques, la présence de symptômes de dépression ou d'anxiété. Enfin, il faut noter les traitements déjà utilisés (sans oublier la contraception) en précisant leur nature, leur durée, la dose utilisée, l'efficacité, les effets indésirables rencontrés. Seront demandés également les antécédents chirurgicaux¹³.

Si le diagnostic de dysménorrhée primaire est supposé, il n'est pas utile d'avoir recours à un examen gynécologique, il faut instaurer une prise en charge (que nous développerons plus tard dans l'exposé). Si l'anamnèse ne nous oriente pas vers un diagnostic de dysménorrhée primaire ou si la thérapeutique s'avère inefficace, un examen clinique minutieux à la recherche d'une cause organique s'impose, sans oublier l'évaluation de la cloison recto vaginale, des muscles releveurs de l'anus, des muscles de la paroi abdominale. Des examens complémentaires, comme l'échographie pelvienne, l'IRM, la cystoscopie ou la coloscopie doivent être envisagés dans des cas précis avec comme but de limiter la réalisation de laparoscopies inutiles (figure 3).

PRISE EN CHARGE DES DYSMENORRHEES PRIMAIRES

L'arsenal thérapeutique disponible pour la prise en charge des dysménorrhées est constitué de traitements médicaux (hormonaux ou non), de traitements complémentaires non conventionnels et de traitements chirurgicaux.



Traitements médicaux

Non hormonaux

Les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS ont une action inhibitrice sur la cyclo-oxygénase (COX) périphérique, donc sur la voie de synthèse des prostaglandines périphériques. Ils assurent la diminution de synthèse des prostaglandines endométriales tendant à normaliser l'activité utérine. Ils ont également une action analgésique centrale. Il existe deux formes d'enzyme COX : la COX-1 et la COX-2.

Les AINS traditionnels " non sélectifs " inhibent à la fois les enzymes COX-1 et COX-2. Les AINS sélectifs agissent sur une seule cible, l'enzyme COX-2. Ces AINS sélectifs ont été élaborés pour diminuer les effets indésirables des AINS traditionnels comme les troubles digestifs, les maux de tête et la somnolence.

La revue Cochrane de 2015¹⁴ a recensé 80 essais randomisés contrôlés (ERC) comptabilisant 5.820 femmes. Dans les conclusions, il apparaît que les AINS ont une efficacité significativement supérieure aux placebos sur la DP, mais qu'ils induisent significativement plus d'effets indésirables.

Il n'y a pas de différence d'efficacité démontrée entre les différents AINS, y compris entre les AINS sélectifs et non sélectifs.

Enfin les AINS sont significativement plus efficaces que le paracétamol sur la DP.

Le traitement recommandé ne vise donc pas un AINS particulier. Il faut tenir compte des antécédents médicaux de la patiente et de l'apparition éventuelle

des effets indésirables des AINS. L'administration d'AINS devrait être envisagée comme traitement de première intention chez la plupart des femmes (I-A)¹³.

Le paracétamol

Il s'agit d'un analgésique central qui diminue la synthèse de prostaglandines centrales via son action sur la cyclo-oxygénase (COX) au sein du système nerveux central. Son action sur la synthèse des prostaglandines périphériques reste obscure. Des études, dont celles de Dawood¹⁵, ont démontré la diminution significative de la concentration en $PGF_{2\alpha}$ dans le fluide menstruel lors de la prise de paracétamol comparativement à la prise de placebo. Mais cette diminution en $PGF_{2\alpha}$ s'est révélée significativement moins importante lors de la prise de paracétamol que lors de celle d'AINS.

Un essai randomisé de 2007¹⁶ a montré la supériorité de l'effet du paracétamol et celle du paracétamol avec caféine sur les dysménorrhées comparativement au placebo. Cette étude a démontré un soulagement plus rapide des dysménorrhées primaires lors de la combinaison paracétamol + caféine que lors de la prise de paracétamol seul.

Le paracétamol est un médicament en vente libre, dénués des effets indésirables incriminés aux AINS, dont l'efficacité a été prouvée. A ce jour le paracétamol est une alternative aux AINS voire un premier choix.

Hormonaux

Contraception hormonale combinée (CHC)

Par l'inhibition de l'ovulation et l'atrophie de l'endomètre qu'elle induit, la contraception orale combinée tend à diminuer la synthèse de

prostaglandines donc la contractilité utérine, contribuant ainsi au soulagement des symptômes de DP. Certains auteurs comme Ekström¹⁰ attribuent également aux CHC une diminution significative de la concentration plasmatique de vasopressine arginine lors des menstruations.

La revue Cochrane de 2009 intitulée " *Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea* " s'intéresse à 23 études parmi lesquelles 6 comparent la CHC aux placebos, 2 comparent des CHC contenant des progestatifs différents et 2 comparent des CHC avec des dosages d'œstrogènes différents¹⁷. Il en ressort que les contraceptifs oraux combinés (COC) contenant des doses d'œstrogènes intermédiaires ou faibles, couplés à des progestatifs de 2^e ou 3^e génération, sont significativement plus efficaces que des placebos.

La revue Cochrane de 2014 intitulée " *Continuous or extended cycle vs cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception* " conclut que les symptômes de dysménorrhée sont mieux soulagés lors de la prise de COC en continu¹⁸.

Il semble intéressant de réaliser des études plus pertinentes (en double aveugle) avec une évaluation plus objective de la douleur visant à comparer les COC avec les autres traitements médicaux recommandés.

Traitement à base de progestatif uniquement

Les DP étant souvent le fléau de patientes très jeunes ne nécessitant donc pas de contraception, l'alternative aux COC par une prise de progestatif seul a été envisagée. Si la prise de 10 comprimés par cycles réduit significativement les plaintes de dysménorrhées en agissant sur la contractilité utérine et la concentration en PGF_{2α}, son efficacité n'a pas été comparée à celle induite par la prise de COC. En revanche, la prise continue d'une microprogestatif " *progestin only pill* " (POP) s'est révélée aussi efficace que la prise d'une COC en ayant significativement moins d'effets indésirables¹⁹.

Plusieurs études dont celle de Strowitzki ont décrit l'efficacité du progestatif dienogest, dans le traitement des dysménorrhées secondaires à de l'endométriose²⁰. Etant supposé que chez une grande partie des patientes souffrant de DP sont retrouvées des lésions d'endométriose, l'option thérapeutique empirique à base de dienogest en continu chez une patiente souffrant de dysménorrhées est justifiable²¹. Suivant la même logique, chez des patientes dont les symptômes de DP ne sont pas soulagés par une COC de 2^e génération, une COC à base de dienogest peut être une alternative à envisager.

Les femmes souffrant de DP ou DS sont soulagées par l'utilisation d'un dispositif intra-utérin (DIU) au levonorgestrel²². La revue Cochrane de 2015²³ s'intéressant aux patientes souffrant de ménorragie conclut à une diminution significative des plaintes de

dysménorrhées chez les utilisatrices du DIU hormonal.

Notons que la majorité de ces travaux ne distinguaient pas les DP des DS. Ces études laissent supposer que la prise en charge hormonale est efficace dans les deux types de dysménorrhée. Ainsi, il semble raisonnable d'instaurer rapidement un traitement hormonal dans la prise en charge de dysménorrhées, même si une cause organique sous-jacente est suspectée. A moins de contre-indications, l'hormonothérapie devrait être offerte aux femmes et aux adolescentes qui n'ont pas de désir de grossesse immédiat (I-A)¹³. L'administration continue ou prolongée de contraceptifs hormonaux combinés est recommandée (I-A)¹³.

Traitements complémentaires non conventionnels

L'exercice physique

La revue Cochrane de 2010²⁴ s'est intéressée à quatre études, mais s'est réduite à un seul essai. Ce dernier, dont l'échantillon était de petite taille, apporte des preuves sur l'impact du sport dans la diminution des dysménorrhées. Les auteurs de la Cochrane insistent sur la nécessité d'interpréter avec prudence ces résultats et de les compléter par de nouveaux travaux. Depuis 2010, un essai randomisé²⁵ et plusieurs études observationnelles rapportent un effet significatif de l'exercice physique régulier sur les dysménorrhées primaires. Rappelons que le sport est connu pour ses vertus sur le moral, les relations sociales, le système cardio vasculaire... Il induit peu d'effets indésirables et est très accessible. La pratique régulière d'exercices physiques peut atténuer les symptômes de dysménorrhée. Elle doit être recommandée (II-1A)¹³.

L'application de chaleur

L'application de chaleur sur une zone douloureuse est un vieux remède utilisé en médecine traditionnelle qui semble être un geste spontané chez de nombreuses patientes. Ce procédé est peu coûteux, accessible et peu dangereux.

Dans la littérature nous retrouvons deux études contrôlées randomisées qui s'accordent sur les résultats suivants :

- L'application de chaleur est significativement plus efficace que les placebos ;
- L'application de chaleur entraîne le même effet sur les DP que l'ibuprofène ;
- L'application de chaleur accompagnée de la prise d'ibuprofène a une efficacité plus rapide que la prise d'ibuprofène seule ou que l'application de chaleur isolée ;
- L'application de chaleur a une efficacité significativement supérieure à celle du paracétamol.

Ainsi l'application locale de chaleur par des patchs ou des coussins chauffants doit être recommandée comme traitement complémentaire de la dysménorrhée (I-A)¹³.

La stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) est basée sur l'envoi d'un courant électrique sous forme d'impulsions à différentes fréquences, via des électrodes sur la peau. Ce procédé est à l'origine de stimulations des nerfs ce qui court-circuite le signal douloureux et soulage les symptômes de DP sans avoir d'action sur les contractions utérines.

Il existe deux types de TENS : le TENS haute fréquence (hf) et le TENS basse fréquence (bf). Dans le TENS hf, il s'agit d'un courant de faible intensité délivré à des fréquences comprises entre 50 et 120Hz. Alors que dans le TENS bf, il s'agit d'un courant de haute intensité délivré à des fréquences comprises entre 1 et 4 Hz.

Les effets indésirables décrits sont assez rares (raideur musculaire, céphalées, nausées, rougeurs ou brûlures cutanées).

Une revue Cochrane²⁶ rapporte que le TENS bf n'est pas plus efficace que placebo, mais montre une efficacité pour le TENS hf : le TENS hf est significativement plus efficace que le placebo, le TENS hf est significativement moins efficace que les AINS, mais le TENS hf associé à une dose faible d'AINS est aussi efficace que la seule prise d'AINS à haute dose.

La neurostimulation transcutanée à haute fréquence devrait être envisagée comme traitement complémentaire chez les femmes qui ne tolèrent pas le traitement conventionnel ou qui ne désirent pas y avoir recours (II-1B)¹³.

L'acupuncture et l'acupression

L'acupuncture consiste en la stimulation de points du corps par des aiguilles, alors que l'acupression stimule des points corporels par l'application de pressions. L'acupuncture est très utilisée en Asie du sud-est et a une place importante dans la médecine traditionnelle chinoise (MTC). L'acupuncture médicale, utilisée en occident, est basée sur des principes de neurophysiologie et d'anatomie plutôt que sur les théories et la philosophie de la MTC.

Dans le traitement de la dysménorrhée, les points d'acupuncture sont situés sur la partie basse de l'abdomen, le bas du dos et sur les jambes. L'acupuncture est utilisée pour soulager des symptômes douloureux. En stimulant des points précis par les aiguilles, des signaux sont envoyés à la moelle épinière puis au mésencéphale. L'ensemble des messages nerveux est intégré par le cerveau d'une telle façon que ce dernier modifie l'intensité de la douleur^{27,28}. De plus, d'autres études suggèrent que l'acupuncture diminue les douleurs de dysménorrhée en augmentant le taux plasmatique de l'hormone bêta-endorphine (β -EP)²⁹. Enfin, Lin suggère que l'acupuncture diminue les taux de PGF_{2 α} dans les menstrues ce qui contribue à son efficacité sur les dysménorrhées³⁰.

La revue Cochrane de 2011³¹ est une méta-analyse de 6 essais randomisés. Les auteurs concluent que l'acupuncture présente une certaine efficacité pour soulager les symptômes de DP. De nouveau, les auteurs suggèrent d'interpréter ces résultats avec prudence et attendent des études supplémentaires pour renforcer leurs conclusions.

La revue Cochrane de 2016³² a repris et approfondi celle de 2011. 42 essais contrôlés randomisés menés sur 4.640 femmes, traitant de l'acupuncture et de l'acupression, ont été analysés. Un seul ECR a été considéré comme « interprétable », les autres étant associés à un risque modéré à élevé de biais. L'unique étude recevable n'a pas établi de supériorité significative de l'acupuncture par rapport au placebo dans la prise en charge des dysménorrhées. Les auteurs ajoutent à l'insuffisance de preuve quant à l'efficacité de ces techniques, une absence de données quant à la survenue d'effets indésirables lors de leur pratique.

Les interventions comportementales

Les thérapies comportementales ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge de la douleur en oncologie³³, en rhumatologie³⁴ et plus généralement dans le management des douleurs chroniques³⁵. Les thérapies comportementales supposent que certains processus physiologiques sont influencés par des facteurs environnementaux et psychologiques. Dans la fin des années '70, plusieurs auteurs supposent que les dysménorrhées sont influencées par le stress quotidien et suggèrent alors que les thérapies comportementales pourraient soulager les menstruations douloureuses.

Les interventions comportementales utilisées dans la prise en charge des dysménorrhées regroupent l'hypnothérapie, la relaxation, l'approche selon Lamaze, l'utilisation du biofeedback³⁶. D'anciens travaux³⁷ s'étaient intéressés à ces techniques et en avaient conclu que le traitement pharmacologique des DP était le traitement de choix, mais qu'il ne fallait pas négliger l'influence des facteurs psychologiques et l'intérêt des thérapies comportementales en complément. Dans la revue Cochrane de 2010³⁸, les auteurs accordent une certaine efficacité aux thérapies comportementales dans la prise en charge des dysménorrhées, mais restent prudents quant à leur conclusion en soulignant le faible niveau de preuve et l'ancienneté des travaux analysés.

Actuellement les preuves sont insuffisantes pour recommander l'utilisation des thérapies comportementales comme traitement de choix de la dysménorrhée primaire, sauf lorsqu'elles sont complémentaires à un traitement pharmacologique¹³.

Les suppléments diététiques

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'impact de certains compléments alimentaires comme les

vitamines, entre autre B₆, B₁ et E, en se basant sur leur action sur la protéine kinase qui régulerait la phospholipase A. Ils ont également analysé si la phytothérapie, des minéraux, des acides aminés avaient un impact sur les DP. La revue Cochrane de 2016³⁹ a analysé 27 ECR ce qui correspond à 3.101 femmes. Ces essais rapportent la comparaison de compléments alimentaires, avec des placebos, avec une absence de traitement, par la prise d'AINS. Les évidences sont de faible voire de très faible qualité.

Il n'y a donc pas de niveaux de preuve élevés pour valider l'efficacité de compléments alimentaires dans le traitement des dysménorrhées. Il en est de même quant aux niveaux de preuve classifiant l'innocuité de ces compléments.

Plusieurs essais randomisés se sont penchés sur l'efficacité de la consommation du gingembre^{40,41}. Il en ressort que la prise de 750 mg à 2.000 mg de gingembre au cours des trois ou quatre premiers jours des règles est plus efficace que le placebo et semble ne pas être moins efficace que la prise d'AINS. La consommation de gingembre est recommandée chez les femmes désirant avoir recours à des traitements complémentaires ou non conventionnels (I-A)¹³.

Prise en charge chirurgicale

Laparoscopie

En cas de persistance des dysménorrhées sous traitement médical, il faut procéder à un examen clinique approfondi et avoir recours à des examens complémentaires adéquats. La laparoscopie exploratrice peut être adéquate pour optimiser le traitement.

Il convient, au préalable, d'avoir discuté avec la patiente des interventions possiblement envisagées au cours de la laparoscopie, d'avoir évoqué les risques éventuels et de connaître le désir de la patiente de préserver sa fertilité. Il faut réduire le plus possible le nombre de chirurgies car elles génèrent un stress et peuvent causer des adhérences et entraîner l'apparition d'un syndrome douloureux.

Il est donc recommandé d'encourager les patientes à s'en tenir le plus possible au traitement médical jusqu'à ce qu'elles décident d'être enceinte ou qu'un diagnostic précis devienne indispensable¹³.

Chirurgie conservatrice

Face à l'échec de la thérapie médicale et à l'absence de pathologie objectivée lors de la laparoscopie, la dernière option avant l'hystérectomie est la chirurgie conservatrice. Il existe deux techniques de dénervation pelvienne :

- L'ablation laparoscopique du nerf utérosacré (ALNU) qui consiste en une section des ligaments utéro-sacrés à leur insertion dans le col. Il s'agit d'une technique bien décrite, facilement réalisable par un chirurgien laparoscopiste entraîné ;

- La neurectomie pré-sacrée (NPS) qui est une ablation totale des nerfs présacrés situés à l'intérieur des limites du triangle interiliaque. C'est une procédure complexe, au cours de laquelle les risques opératoires sont importants. Elle doit être pratiquée par un chirurgien entraîné à cette technique spécifique.

La revue Cochrane de 2010 est prudente quant à l'efficacité des techniques de dénervation pelvienne. Elle déclare qu'à long terme, la NPS est plus efficace que l'ALNU.

En ce qui concerne la NPS il faut noter qu'elle est grevée d'un haut taux d'effets indésirables dont la constipation et l'urgenterie.

Les recommandations sur la prise en charge des dysménorrhées les plus récentes sont canadiennes¹³, elles proposent un algorithme face à une patiente souffrant de DP.

CONCLUSION

La DP est un motif de consultation très fréquent, qui touche une population jeune et qui répond à différentes thérapeutiques. Il est important au cours des consultations médicales de sensibiliser les adolescentes, mais aussi les mères de famille pour leurs adolescentes, sur la prévalence élevée de cette plainte. Il est du ressort de l'éducation de leur apprendre qu'il n'est ni normal ni inévitable d'avoir des règles douloureuses et que des solutions existent évitant l'absentéisme à l'école ou au travail.

Des études de bonne qualité sont attendues pour améliorer la prise en charge des DP. Il semblerait que nous soyons entrés dans l'ère de la " non médicalisation " ; en effet, les patientes se tournent de plus en plus vers une prise en charge non conventionnelle avec une retenue face aux thérapeutiques classiques (traitements hormonaux de moins en moins acceptés par les patientes). Les résultats positifs des traitements non conventionnels (comme la prise de gingembre) doivent nous encourager à réaliser de nouveaux travaux.

De plus, la coelioscopie est de mieux en mieux réalisée dans des indications bien ciblées. De nouveaux résultats de la chirurgie en absence de lésion organique dans la prise en charge des DP sont attendus pour justifier, ou au contraire freiner le nombre croissant de laparoscopies exploratrices et opératoires.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ*. 2006.332(7550):1134-8.
2. Burnett MA, Antao V, Black A, Feldman K, Grenville A, Lea R *et al*. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005.27(8):765-70.

3. Paw³owski B. Prevalence of menstrual pain in relation to the reproductive life history of women from the Mayan rural community. *Ann Hum Biol.* 2004;31(1):1-8.
4. Patel V, Tanksale V, Sahasrabhojane M, Gupte S, Nevrekar P. The burden and determinants of dysmenorrhoea: a population-based survey of 2262 women in Goa, India. *BJOG.* 2006;113(4):453-63.
5. Weissman AM, Hartz AJ, Hansen MD, Johnson SR. The natural history of primary dysmenorrhoea: a longitudinal study. *BJOG.* 2004;111(4):345-52.
6. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. *Obstet Gynecol.* 2006;108(2):428-41.
7. Akerlund M. Pathophysiology of dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl.* 1979;87:27-32.
8. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update.* 2015;21(6):762-78.
9. Akerlund M. Vasopressin and oxytocin in normal reproduction and in the pathophysiology of preterm labour and primary dysmenorrhoea. Development of receptor antagonists for therapeutic use in these conditions. *Rocz Akad Med Bialymst.* 2004;49:18-21.
10. Ekström P, Akerlund M, Forsling M, Kindahl H, Laudanski T, Mrugacz G. Stimulation of vasopressin release in women with primary dysmenorrhoea and after oral contraceptive treatment-effect on uterine contractility. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99(8):680-4.
11. Harel Z, Lilly C, Riggs S, Vaz R, Drazen J. Urinary leukotriene (LT) E(4) in adolescents with dysmenorrhea: a pilot study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2000;27(3):151-4.
12. Dawood MY. Dysmenorrhea. *Curr Obstet Gynaecol.* 1993;3(4): 219-24.
13. Burnett M, Lemyre M. N° 345-Directive clinique de consensus sur la dysménorrhée primaire. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(7):596-608.
14. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;30(7):CD001751.
15. Dawood MY, Khan-Dawood FS. Clinical efficacy and differential inhibition of menstrual fluid prostaglandin F2alpha in a randomized, double-blind, crossover treatment with placebo, acetaminophen, and ibuprofen in primary dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(1):35.e1-5.
16. Ali Z, Burnett I, Eccles R, North M, Jawad M, Jawad S *et al.* Efficacy of a paracetamol and caffeine combination in the treatment of the key symptoms of primary dysmenorrhoea. *Curr Med Res Opin.* 2007;23(4):841-51.
17. Wong CL, Farquhar C, Roberts H, Proctor M. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4):CD002120.
18. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(7):CD004695.
19. Al-Jefout M, Nawaiseh N. Continuous Norethisterone Acetate versus Cyclical Drospirenone 3 mg/Ethinyl Estradiol 20 ig for the Management of Primary Dysmenorrhea in Young Adult Women. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016;29(2):143-7.
20. Strowitzki T, Faustmann T, Gerlinger C, Seitz C. Dienogest in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;151(2):193-8.
21. Strowitzki T, Marr J, Gerlinger C, Faustmann T, Seitz C. Dienogest is as effective as leuprolide acetate in treating the painful symptoms of endometriosis: a 24-week, randomized, multicentre, open-label trial. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2010;25(3):633-41.
22. Imai A, Matsunami K, Takagi H, Ichigo S. Levonorgestrel-releasing intrauterine device used for dysmenorrhea: five-year literature review. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2014;41(5):495-8.
23. Lethaby A, Hussain M, Rishworth JR, Rees MC. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(4):CD002126.
24. Brown J, Brown S. Exercise for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(2):CD004142.
25. Rezvani S, Taghian F, Valiani M. The effect of aquatic exercises on primary dysmenorrhoea in nonathlete girls. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013;18(5):378-83.
26. Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(1): CD002123.
27. Stux G, Pomeranz B. *Basics of Acupuncture.* Berlin:Springer Science & Business Media; 2013.
28. Tracey I, Mantyh PW. The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron.* 2007;55(3):377-91.
29. Xiang D, Situ Y, Liang X, Cheng L, Zhang G. Ear acupuncture therapy for 37 cases of dysmenorrhea due to endometriosis. *J Tradit Chin Med.* 2002;22(4):282-5.
30. Lin JG, Chen WL. Acupuncture analgesia: a review of its mechanisms of actions. *Am J Chin Med.* 2008;36(4):635-45.
31. Smith CA, Zhu X, He L, Song J. Acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(1): CD007854.
32. Smith CA, Zhu X, He L, Song J. Acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(1): CD007854.
33. Syrjala KL, Donaldson GW, Davis MW, Kippes ME, Carr JE. Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain.* 1995;63(2):189-98.
34. Bradley LA, Alberts KR. Psychological and behavioral approaches to pain management for patients with rheumatic disease. *Rheum Dis Clin North Am.* 1999;25(1):215-32, viii.
35. Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. NIH Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia. *JAMA.* 1996;276(4):313-8.
36. Culley L, Law C, Hudson N, Denny E, Mitchell H, Baumgarten M *et al.* The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Hum Reprod Update.* 2013;19(6):625-39.
37. Denney DR, Gerrard M. Behavioral treatments of primary dysmenorrhea: a review. *Behav Res Ther.* 1981;19(4):303-12.
38. Proctor ML, Murphy PA, Pattison HM, Suckling J, Farquhar CM. Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3): CD002248.

39. Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, Sangkomkarnhang US, Barnes J, Seyfoddin V *et al.* Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3: CD002124.
40. Shirvani MA, Motahari-Tabari N, Alipour A. The effect of mefenamic acid and ginger on pain relief in primary dysmenorrhea: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;291(6):1277-81
41. Ozgoli G, Goli M, Moattar F. Comparison of effects of ginger, mefenamic acid, and ibuprofen on pain in women with primary dysmenorrhea. *J Altern Complement Med.* 2009;15(2):129-32.

Correspondance :

E. FURET
Hôpital Erasme
Service de Gynécologie-Obstétrique
Route de Lennik, 808
1070 Bruxelles
E-mail : Elise.Furet@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 23 avril 2018 ; accepté dans sa version définitive le 5 juillet 2018.