

# Le traitement de la dysménorrhée

La dysménorrhée touche jusqu'à 80 % des femmes au Canada<sup>1,2</sup>. La douleur est très variable d'une femme à l'autre, allant de très légère à importante. Elle peut être légère et ne durer que quelques heures, mais, chez certaines femmes, l'intensité des douleurs peut entraver significativement les activités quotidiennes et, par conséquent, la qualité de vie. Nous discuterons d'abord de la physiopathologie et de l'épidémiologie de la dysménorrhée et ensuite, des différentes options de traitement disponibles en vente libre.

## Physiopathologie

La dysménorrhée primaire (DP) est une douleur crampiforme et récidivante qui se manifeste lors des menstruations sans qu'aucune pathologie connue n'en soit la cause. La dysménorrhée secondaire est une douleur associée aux règles, causée par une maladie pelvienne (p. ex., endométriose)<sup>1</sup>. Seule la dysménorrhée primaire fera l'objet de cet article. La douleur ressentie est causée par une ischémie utérine qui apparaît lors des contractions du myomètre. Les prostaglandines contribuent à ces contractions et peuvent aussi augmenter directement la douleur en sensibilisant les nerfs afférents<sup>1</sup>. Les femmes souffrant de dysménorrhée ont un taux plus élevé de prostaglandines utérines durant leurs menstruations, ce qui expliquerait les contractions plus fortes et plus fréquentes de leur utérus<sup>2</sup>. Plusieurs autres facteurs peuvent modifier la perception de cette douleur (p. ex., parité élevée, exercice physique). Les dysménorrhées s'accompagnent parfois de symptômes systémiques (p. ex., maux de tête, nausées, vomissements, diarrhées, étourdissements, douleur au dos, fatigue, bouffées congestives)<sup>1,2</sup>.

## Épidémiologie

Une étude réalisée en 2005 a évalué la DP chez 1546 femmes de plus de 18 ans. La prévalence de la DP était de 60 %. Tandis que 51 % des femmes rapportaient une limitation dans leurs activités quotidiennes, 17 % devaient s'absenter de l'école ou du travail<sup>3</sup>. La prévalence de la DP était inversement proportionnelle à l'âge et augmentait chez les fumeuses. La douleur semble moindre chez les utilisatrices de contraceptifs oraux, comparativement à celles qui n'en prennent pas<sup>3</sup>. Le pic de la prévalence de la DP se situe entre 20 et 30 ans<sup>4</sup>.

## Facteurs de risque

Plusieurs facteurs prédisposent à la dysménorrhée : tabagisme, stress, dépression, indice de masse corporelle trop faible, obésité, nulliparité et âge inférieur à 20 ans<sup>4,5</sup>. L'association avec le poids élevé demeure tout de même controversée<sup>5</sup>. La ménarche précoce, ainsi que la présence de ménorragie et de métrorragie sont aussi des facteurs de risque. Enfin, l'histoire familiale est importante particulièrement si un parent du premier degré présente de la dysménorrhée.

## Traitements

Avant d'instaurer un traitement pour les douleurs menstruelles, il convient d'abord de s'assurer que la patiente ne nécessite pas une consultation médi-

cale. Vous trouverez au **tableau I** les situations nécessitant une recommandation médicale.

## Mesures non pharmacologiques

Les données actuelles quant aux mesures non pharmacologiques demeurent controversées<sup>1</sup>. Par contre, certains traitements peuvent être tentés. La stimulation des nerfs transcutanés (TENS) à haute intensité et l'acupuncture permettraient de modifier la perception de la douleur et seraient plus efficaces que le placebo pour soulager cette dernière<sup>1</sup>. L'exercice physique semblerait réduire les douleurs menstruelles. L'application de chaleur locale à l'abdomen (p. ex., sac chauffant) serait efficace et soulagerait plus rapidement si elle est combinée à l'ibuprofène, comparativement à l'ibuprofène seul<sup>1</sup>. Enfin, les manipulations vertébrales ne seraient pas plus efficaces qu'un placebo<sup>1</sup>.

Aucune étude n'a démontré l'efficacité de la cessation tabagique dans le traitement de la dysménorrhée<sup>5</sup>. Toutefois, au regard des nombreux autres bénéfices pour la santé et puisque le tabagisme constitue un facteur de risque, une recommandation en ce sens peut être faite aux patientes.

L'éducation et la réassurance de la patiente sont souvent négligées par le professionnel de la santé, mais elles auraient un impact dans le traitement. Un rappel du cycle menstruel, des symptômes généralement associés aux menstruations et de la pathophysiologie des crampes chez la plupart des jeunes filles serait approprié lors d'une consultation pour la DP<sup>1</sup>.

## Médicaments en vente libre

### AINS (ibuprofène et naproxène sodique)

Puisque les prostaglandines occupent une place importante dans la pathogenèse des dysménorrhées, il est logique que les anti-inflammatoires non stéroïdiens soient un traitement efficace. En plus de bloquer la synthèse des prostaglandines, les AINS diminuent le volume du flot menstruel. Ils constituent en fait le traitement de première

Texte rédigé par : **Nancy Desmarais**, B. Pharm., Pharmacie Jean-François Martel, Nancy Desmarais et Maude Tremblay, et **Julie Martineau**, B. Pharm., Pharmacie J. Martineau, J. Riberdy pharmaciennes.

Texte soumis le 31 décembre 2010.

Texte final remis le 18 avril 2011.

Révision : Maude Tremblay, B. Pharm.

### Tableau I Situation nécessitant une consultation médicale<sup>2</sup>

Douleur apparaissant plus de 2 ans après la ménarche
Douleur non soulagée par un traitement en vente libre adéquat
Traitement en vente libre contre-indiqué
Douleur d'apparition soudaine ou dont l'intensité augmente de façon importante

### Tableau II Dosages recommandés des différents AINS vendus sans ordonnance dans le traitement de la dysménorrhée primaire<sup>2</sup>

AINS	Dosage
Naproxène sodique	220 mg toutes les 8 à 12 heures (max. : 2 comprimés/24 heures)
Ibuprofène	400 mg toutes les 4 à 6 heures (max. : 1200 mg / 24 heures)
AAS	325-650 mg toutes les 4 à 6 heures

## À VOTRE SERVICE SANS ORDONNANCE

intention pour la dysménorrhée primaire<sup>5</sup>. Aucun AINS n'a démontré une supériorité par rapport à un autre. La préférence de la patiente doit donc être considérée. Vous trouverez au tableau II les dosages recommandés des différents AINS offerts en vente libre pour le traitement de la dysménorrhée primaire. Il ne faut pas oublier de dire à la patiente qu'elle doit prendre cette médication avec de la nourriture et de lui mentionner les effets indésirables possibles : problèmes gastro-intestinaux, étourdissements et maux de tête<sup>1,2</sup>.

### Aspirine (AAS)

L'AAS est efficace pour traiter la DP, mais serait inférieure à l'ibuprofène et au naproxène<sup>1</sup>. Elle ne doit pas être recommandée chez les adolescentes en raison de l'association avec le syndrome de Reye.

### Acétaminophène en association avec le pamabron ?

L'acétaminophène n'est pas efficace pour soulager la DP, car il n'inhibe pas les prostaglandines<sup>1,4</sup>. Selon les données probantes actuelles, en association avec le pamabron, il ne serait guère meilleur. Le pamabron est un diurétique léger à courte durée d'action qui baisse la rétention d'eau<sup>1</sup>. On le retrouve en association avec l'acétaminophène dans des produits comme le Midol<sup>MD</sup>. Certains produits contiennent aussi de la caféine pour potentialiser l'efficacité de l'acétaminophène. Or, ces combinaisons sont peu étudiées et ne semblent pas être plus efficaces dans le traitement de la DP.

Le traitement analgésique choisi devrait être administré dès le début des menstruations et poursuivi pendant deux à trois jours. Lors de la consultation, le pharmacien devrait recommander les doses maximales journalières divisées sur une période de 24 heures, la première devant être une dose de charge<sup>1</sup>.

### Vitamine B1 (thiamine)

Le mécanisme d'action de la thiamine reste à déterminer. La principale hypothèse est que la prise d'un supplément corrigerait une déficience en vitamine B1<sup>6</sup>. En effet, cette déficience causerait une tolérance réduite à la douleur et des crampes musculaires<sup>6</sup>. Dans une étude menée en Inde sur quelque 500 participantes de 12 à 20 ans qui présentaient des symptômes modérés à importants, une prise de 100 mg par jour de thiamine aurait réduit ces symptômes<sup>5</sup>. Toutefois, il est difficile de transposer ces résultats à nos patientes puisque le régime alimentaire nord-américain est différent du régime indien et que l'apport nutritionnel en thiamine peut différer. D'ailleurs, selon la SOGC (Société des obstétriciens-gynécologues du Canada), bien que la prise de thiamine ait de possibles bénéfices et que son usage puisse être recommandé aux patientes,

d'autres études sont nécessaires afin d'établir sa place dans la thérapie<sup>1</sup>.

### Vitamine B6 (pyridoxine)

La prise quotidienne de 100 mg de pyridoxine avec ou sans magnésium semble associée à une réduction des symptômes de dysménorrhée<sup>4</sup>. Or, la qualité des études demeure discutable<sup>7</sup>. La SOGC conclut que, bien que la prise de vitamine B6 puisse avoir des effets bénéfiques, d'autres études sont nécessaires pour établir sa place dans la thérapie<sup>1</sup>.

### Thérapies alternatives

Bien que les AINS soient efficaces, ils ne soulageront pas 20 % à 25 % des patientes qui seront tentées de se tourner vers d'autres options<sup>8</sup>. Selon les lignes directrices de la SOGC, plusieurs produits naturels ont montré un effet positif dans le traitement de la DP<sup>1</sup>. Toutefois, on y souligne aussi que ces produits devraient être plus amplement étudiés pour déterminer leur place dans la thérapie. Parmi ces produits, mentionnons les oméga-3, l'huile de krill, la vitamine E et le magnésium<sup>1</sup>.

Les oméga-3 et l'huile de krill permettraient de diminuer les douleurs inflammatoires liées à la dysménorrhée. Quelques études ont démontré une baisse de la douleur lors de la prise d'oméga-3 sous forme de supplément ou dans l'alimentation<sup>8,9</sup>. Une autre étude a conclu à une efficacité supérieure de l'huile de krill par rapport à l'huile de poisson pour soulager la dysménorrhée<sup>10</sup>. Mais dans les deux cas, plus d'études seraient nécessaires.

Pour ce qui est de la vitamine E, on soupçonne qu'elle traiterait la DP en inhibant la synthèse des prostaglandines<sup>6</sup>. Cette vitamine a fait l'objet de deux études à double insu où elle a été comparée au placebo. La première étude, menée auprès de 278 adolescentes, a évalué une dose de 200 UI de vitamine E administrée deux jours avant le début des règles et pour un total de cinq jours<sup>11</sup>. Une deuxième étude incluant 100 patientes a évalué une dose de 500 UI durant la même période, en comparaison avec le placebo<sup>12</sup>. Dans les deux cas, la vitamine E a réduit les symptômes<sup>9</sup>.

Des chercheurs s'intéressent au magnésium pour traiter la DP parce qu'il permettrait une relaxation du muscle utérin<sup>9</sup>. Trois petites études menées avec du magnésium ont fait l'objet d'une revue Cochrane en 2001<sup>8</sup>. Cette revue a démontré une diminution des douleurs et de la consommation des autres traitements contre la douleur, comparativement au placebo<sup>8</sup>. Toutefois, les données sont insuffisantes pour déterminer avec précision la posologie du magnésium dans cette indication<sup>8,9</sup>.

### Conclusion

Les AINS (l'ibuprofène et le naproxène sodique) restent le traitement en vente libre de choix chez les patientes souffrant de dysménorrhée pri-

maire. L'efficacité des mesures non pharmacologiques demeure controversée, mais certaines peuvent être bénéfiques. Or, puisqu'un quart des femmes ne seront pas soulagées par ces traitements, le pharmacien devra les encourager à consulter leur médecin afin qu'elles puissent tenter un autre traitement, comme une thérapie hormonale (p. ex., contraceptif oral, Depo-Provera<sup>MD</sup>, Mirena<sup>MD</sup>). ■

*Vous pouvez consulter les références de ce texte à la page 30.*

## QUESTIONS DE FORMATION CONTINUE

### 9) Quel énoncé concernant la dysménorrhée est faux ?

- A. La dysménorrhée est une pathologie gynécologique fréquemment rapportée par les femmes.
- B. Le tabagisme, l'obésité, le stress et la dépression sont des facteurs de risque.
- C. Les AINS soulagent 99 % des patientes.
- D. L'utilisation des mesures non pharmacologiques dans le traitement de la dysménorrhée demeure controversée.
- E. Les prostaglandines sont impliquées dans la pathophysiologie de la dysménorrhée.

### 10) Quel énoncé sur le traitement de la dysménorrhée est faux ?

- A. La place de la thiamine et de la pyridoxine dans le traitement de la dysménorrhée primaire (DP) n'est pas claire selon les données actuelles.
- B. L'acétaminophène n'est pas un premier choix de traitement de la DP.
- C. Le traitement analgésique choisi devrait être commencé dès le début des menstruations et poursuivi pendant deux à trois jours.
- D. Le naproxène sodique serait supérieur à l'ibuprofène dans le traitement de la DP.
- E. L'application de chaleur semble procurer un soulagement de la DP.

**Veillez reporter vos réponses dans le formulaire de la page 38 ▶**