

# Dysménorrhée primitive

Hermann Brühwiler, Daniel Sieger, Klaus P. Lüscher

Frauenklinik, Kantonsspital Münsterlingen



## Quintessence

- Par dysménorrhée primitive, nous entendons des crampes douloureuses dans le bas-ventre pendant les règles, sans cause organique décelable.
- La dysménorrhée primitive commence typiquement entre six mois et trois ans après la ménarche.
- Les trois quarts environ des adolescentes souffrent de dysménorrhée.
- Une anamnèse consciencieuse suffit généralement pour poser le diagnostic.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont les médicaments de choix pour le traitement et doivent s'utiliser précocement à des doses suffisamment hautes.
- En cas de non réponse aux AINS ou de désir de contraception, les inhibiteurs de l'ovulation (IO) sont une alternative très efficace.
- Si les AINS et IO échouent, le diagnostic doit être revu.

## Summary

### Primary dysmenorrhoea

- *The term primary dysmenorrhoea denotes cramping abdominal pains during menses, without demonstrable organic cause.*
- *Primary dysmenorrhoea typically sets in six months to three years after the menarche.*
- *Dysmenorrhoea occurs in about three quarters of adolescents.*
- *A careful history is usually sufficient to establish the diagnosis.*
- *Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) are the therapy of first choice and should be started early in high enough dosage.*
- *In the event of non-response to NSAID or if oral contraception is desired, ovulation suppressors (OS) are a very successful therapeutic alternative.*
- *Should therapy with NSAID and OS fail, the diagnosis should be reconsidered.*

## Définition

Par dysménorrhée, nous entendons des crampes douloureuses dans le bas-ventre peu avant et pendant les règles. Ces douleurs peuvent irradier dans le bas du dos et s'accompagner de nausée, vomissement, diarrhée et céphalée [1]. La dysménorrhée suit le cycle ovulatoire [2, 3].

Nous parlons de dysménorrhée primitive si les douleurs accompagnant les règles commencent à la ménarche ou à l'adolescence. Ces douleurs apparaissent typiquement entre six mois et trois ans au maximum après les premières règles [1]. En présence de causes organiques telles qu'en-

dométriose, malformation génitale ou utérus myomateux, nous parlons de dysménorrhée secondaire ou symptomatique [1]. La dysménorrhée membraneuse [3] est une entité à part entière, très rare, dans laquelle tout l'endomètre est expulsé sous la forme d'un amas membraneux tricorne [2].

Il ne sera par la suite question que de dysménorrhée primitive.

## Incidence et gravité

Les chiffres sur l'incidence de la dysménorrhée primitive varient de 20 à 90% [4]. Chez les adolescentes, ils sont de 55% en Croatie [5], 73% en Chine [6], 80% en Australie [7] et jusqu'à 90% aux Etats-Unis [4]. Il n'est donc pas étonnant que les problèmes menstruels des adolescentes soient le principal motif de consultation [8] et que la dysménorrhée soit le problème gynécologique le plus souvent présenté [9]. Son importance est encore soulignée par le fait que 14-26% des adolescentes manquent régulièrement l'école [3]. Mais le terme de dysménorrhée primitive englobe également de discrets troubles généraux, ce qui fait qu'une classification selon la gravité est sans objet. Une échelle visuelle analogique linéaire permet de mieux comprendre cette maladie [10]. Le Verbal Multidimensional Scoring System [11] (tab. 1) est lui aussi parfaitement adéquat et permet une subdivision en quatre groupes de 0 à 3. Selon cette gradation, 51% des jeunes femmes souffrent d'une dysménorrhée légère, 22% d'une modérée et 4% encore d'une grave [12].

Les femmes souffrant d'une dysménorrhée primitive sont également plus souvent atteintes d'autres maladies sans étiologie organique évidente telles que migraine, fibromyalgie et côlon irritable [2, 13]. Les problèmes psychiques tels qu'angoisses, dépressions et somatisation s'observent également plus souvent [13]. Les fumeuses [1] et les femmes ayant eu leur ménarche très tôt [11] se plaignent en outre plus souvent de dysménorrhée.

## Etiologies

Selon Ludwig [2], la dysménorrhée est une douleur ischémique. Le plus important facteur est la vasoconstriction des artères spiralées et des

**Tableau 1. Verbal Multidimensional Scoring System (d'après Sundell et al. [11]).**

Gravité	Symptômes
0	Règles non douloureuses, activités normales non réduites
I	Règles douloureuses, activités perturbées; rarement analgésiques; douleurs légères
II	Activités perturbées; analgésiques nécessaires et efficaces, ce qui fait que les absences au travail ou à l'école ne sont que rares; douleurs modérées
III	Activités fortement perturbées; mauvais effet des analgésiques; symptômes somatiques tels que céphalée, fatigue, nausée, vomissement et diarrhée; douleurs violentes

artérioles endométriales, de même que l'hypercontractilité spastique de l'utérus. En est responsable la production pathologique de prostaglandines et de  $\text{PGF}_{2\alpha}$  dans le myomètre et l'endomètre [1]. Les caillots et fragments d'endomètre provoquent encore plus de contractions et de douleurs [14].

Les leucotriènes jouent également un rôle, ce qui a été démontré dans le tissu utérin et le sang des règles d'adultes souffrant de dysménorrhée. Une augmentation du leucotriène- $\text{E}_4$ , puissant vasoconstricteur et médiateur de l'inflammation, a été trouvée chez des adolescentes souffrant de dysménorrhée [15]. La vasopressine est un autre facteur déclenchant suspecté, mais la non réponse de la dysménorrhée à l'antagoniste de l'ocytocine atosiban fait qu'elle ne l'est probablement pas [3].

La sensibilité à la douleur des adolescentes souffrant de dysménorrhée primitive est plus élevée, mais nul ne peut dire si cela est de nature primitive ou secondaire à la dysménorrhée [13].

## Diagnostic

Si une jeune femme consulte un médecin pour sa dysménorrhée, la question du diagnostic se pose. Chez une vierge, l'anamnèse consciencieuse est généralement suffisante. Le syndrome prémenstruel s'en distingue la plupart du temps par la tension mammaire et le gonflement abdominal [1]. Les points suivants évoquent des causes organiques et sont donc en faveur d'une dysménorrhée secondaire: apparition des douleurs lors des premières ou deuxième règles déjà, dysménorrhée après l'âge de 25 ans, début tardif après de nombreuses règles indolores et absence de réponse aux AINS et IO [1].

Il n'est cependant pas rare que la patiente demande un examen et veuille savoir «si tout est en ordre». Une échographie abdominale avec vessie pleine permet la plupart du temps de visualiser suffisamment en détail l'utérus et les ovaires. Nous examinons également les reins, car une malformation urologique pourrait être un argument en faveur d'une malformation congénitale concomitante. Si tout est normal, tout autre examen est inutile.

Un examen gynécologique est effectué chez une femme qui n'est plus vierge. Si l'examen clinique est sans particularité et l'anamnèse absolument claire, nous renonçons la plupart du temps à l'échographie transvaginale.

Nous ne demandons des examens complémentaires tels qu'IRM et laparoscopie que si nous suspectons une étiologie organique, raison pour laquelle ce sujet ne sera pas discuté plus en détail.

## Traitement

Les jeunes femmes prennent très souvent un analgésique simple contre leurs douleurs menstruelles, ou reçoivent de leur mère ou d'une amie un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). Le paracétamol, très souvent le premier analgésique utilisé, n'a eu une utilité que marginale ou nulle dans quelques études [16]. Il faut bien savoir à ce propos que l'absence de gradation de la douleur rend difficile l'appréciation de l'efficacité.

Lorsque la dysménorrhée est le motif de la consultation médicale, la première étape conseillée est la prescription d'un AINS pour corriger la production accrue de prostaglandines. Il doit se prendre le plus tôt possible, et même un à deux jours avant la date prévue des règles [3]. Il est en outre recommandé de donner une première dose relativement haute. Bien que certains AINS soient parfois spécialement préconisés contre la dysménorrhée, la «Cochrane Review» ne donne aucun argument en faveur de la supériorité de telle ou telle spécialité [17]. L'acide acétylsalicylique est également efficace [18], mais moins puissant, et nous ne l'utilisons pas à cause de son potentiel d'accentuer les règles. Le traitement par AINS au contraire a un effet bénéfique sur l'intensité des règles [19].

Les effets indésirables potentiels des AINS sont des problèmes gastriques et des nausées, qui peuvent être la cause d'une interruption de traitement. Les inhibiteurs de la COX-2, souvent très efficaces contre la dysménorrhée, ont nettement moins d'effets indésirables gastro-intestinaux [9, 20, 21]. Mais, à court terme, ces effets indésirables jouent un rôle relativement minime, et il ne faut pas négliger les coûts nettement plus élevés des inhibiteurs de la COX-2.

Si le traitement par AINS ne donne pas le résultat escompté après trois cycles, il vaut la peine de prescrire une autre substance en fonction des réponses variables d'une patiente à l'autre [1]. Si le résultat se fait toujours attendre ou si la patiente veut une contraception, c'est un inhibiteur de l'ovulation (IO) qui est indiqué [9], mais il va de soi qu'il faut en respecter les contre-indications. En plus d'empêcher l'ovulation, les IO diminuent l'importance des règles et ont prouvé qu'ils abaissaient les prostaglandines qu'elles contiennent [1]. Les succès de ce traitement sont

bien confirmés [11, 14, 22, 23], bien que selon l'analyse «Cochrane» [24] la preuve de l'efficacité des pilules modernes, faiblement dosées, ne soit pas encore fournie. Si un IO est prescrit à titre purement thérapeutique, il est possible d'essayer de l'interrompre après six à douze mois, car de nombreuses femmes resteront asymptomatiques même après l'abandon de leur pilule [3]. Selon l'opinion valant actuellement, les craintes concernant une éventuelle influence sur la croissance ne sont pas fondées [25]. D'après des données bien établies [26], la peur d'un risque accru de cancer du sein avec la prise d'inhibiteurs de l'ovulation à un jeune âge semble également non fondée. Il y a controverse sur le fait de savoir si le choix des tout nouveaux gestagènes augmente le risque de thrombose, et il est impossible d'y répondre de manière définitive [27-29]. Selon le principe «autant que nécessaire, aussi peu que possible», une dose d'éthinylestradiol de 20 µg est recommandée [30]. Il faut de toute façon choisir une pilule contenant 35 µg d'éthinylestradiol au maximum, donc une micropilule. L'association d'un inhibiteur de l'ovulation et d'un AINS est possible si l'effet d'un seul de ces traitements est insuffisant [3]. Si ce traitement combiné reste sans effet, il faut revoir le diagnostic et exclure des causes organiques [1]. Les pilules gestagènes pures sont envisageables pour le traitement de la dysménorrhée [2], mais ne sont que très rarement utilisées en cas de

contre-indications des inhibiteurs de l'ovulation. Chez les jeunes femmes, il faut également tenir compte du fait que les gestagènes-dépôt ont un effet négatif sur la masse osseuse et peuvent provoquer une aménorrhée prolongée [14].

D'autres traitements médicamenteux sont théoriquement possibles, mais leur bénéfique pratique est minime. Nos expériences personnelles sont plutôt rares. La nitroglycérine atténuée significativement la dysménorrhée mais provoque des céphalées chez 26% des femmes [32, 33]. Un effet bénéfique est également attribué à l'acide gras oméga-3 [34]. Le magnésium, les antagonistes du calcium et les bêta-2-stimulants tocolytiques fénotérol et hexoprénaline sont également efficaces [2].

Les manipulations spinales n'ont fourni aucune preuve d'une quelconque efficacité [35]. La neurostimulation électrique transcutanée (TENS) atténue les douleurs de 50% [36] et certains bons résultats ont été décrits pour l'acupuncture [37]. L'effet bénéfique de l'activité physique sur la dysménorrhée est controversé [38]. Une atténuation nette de la dysménorrhée s'observe après les accouchements [11, 12] mais pas après les avortements [11]. Nous n'aborderons pas ici les médecines complémentaires.

Disons pour terminer que l'emploi des AINS ou IO permet d'obtenir une nette amélioration des douleurs chez la plupart des femmes souffrant de dysménorrhée primitive.

#### Références

- Coco AS. Primary dysmenorrhea. *Am Fam Physician*. 1999;60:489-96.
- Ludwig H. Dysmenorrhoe. *Ther Umschau*. 1996;53:431-41.
- DeCherney AH, Nathan L. *Current obstetric and gynaecologic diagnosis and treatment*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2003. p. 625-6.
- Davis AR, Westhoff CL. Primary dysmenorrhea in adolescent girls and treatment with oral contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2001;14:1-2.
- Strinic T, Bukovic D, Pavelic L, Fadjdic J, Herman I, et al. Anthropological and clinical characteristics in adolescent women with dysmenorrhea. *Coll Antropol*. 2003;27:707-11.
- Chiou MH, Wang HH. The relationship between dysmenorrhea and menstrual attitudes among female students in vocational nursing schools. *Hu Li Za Zhi*. 2004;51:45-52.
- Hillen TI, Grbavac SL, Johnston PJ, Straton JA, Keogh JM. Primary dysmenorrhea in young western australian women: prevalence, impact, and knowledge of treatment. *J Adolesc Health*. 1999;25:40-5.
- Slap GB. Menstrual disorders in adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2003;17:75-92.
- Harel Z. A contemporary approach to dysmenorrhea in adolescents. *Paediatr Drugs*. 2002;4:797-805.
- Revell SI, Robinson JO, Rosen M, Hogg MJ. The reliability of a linear analogue scale for evaluating pain. *Anesthesia*. 1976;31:1191-8.
- Sundell G, Milsom I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1990;97:588-94.
- Weissman AM, Hartz AJ, Hansen MD, Johnson SR. The natural history of primary dysmenorrhoea: a longitudinal study. *Br J Obstet Gynaecol*. 2004;111:345-52.
- Granot M, Yarnitsky D, Itskovitz-Eldor J, Granovsky Y, Peer E, et al. Pain perception in women with dysmenorrhea. *Obstet Gynecol*. 2001;98:407-11.
- Taubert HD, Kuhl H. *Kontrazeption mit Hormonen. Ein Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 1995. p. 225-6.
- Harel Z, Riggs S, Vaz R, Flanagan P, Harel D. The use of the leukotriene receptor antagonist montelukast (Singulair) in the management of dysmenorrhoea in adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2004;17:183-6.
- Hackenthal E. Paracetamol und Metamizol in der Therapie chronischer Schmerzen. Übersicht über klinische Studien. *Schmerz*. 1997;11:269-75.
- Marjoribanks J, Proctor ML, Farquhar. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;4:CD 001751.
- Zhang WY, Li Wan Po A. Efficacy of minor analgesics in primary dysmenorrhoea: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105:780-9.
- Lethaby A, Augood C, Duckitt K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;1:CD000400.
- De Mello NR, Baracat EC, Tomaz G, Bedone AJ, Camargos A, et al. Double-blind study to evaluate efficacy and safety of meloxicam 7.5 mg and 15 mg versus mefenamic acid 1500 mg in the treatment of primary dysmenorrhoea. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83:667-73.
- Bitner M, Kattenhorn J, Hatfield C, Gao J, Kellstein D. Efficacy and tolerability of lumiracoxib in the treatment of primary dysmenorrhoea. *Int J Clin Pract* 2004;58:340-5.
- Winkler UH, Ferguson H, Mulders JA. Cycle control, quality of life and acne with two low-dose oral contraceptives containing 20 microg ethinylestradiol. *Contraception*. 2004;69:469-76.
- Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhoea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*. 2002;66:393-9.
- Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;4:CD002120.
- Feige A, Rempfen A, Würfel W, Jawny J, Caffier H. *Frauenheilkunde. Fortpflanzungsmedizin, Geburtsmedizin, Onkologie*. München, Jena: Urban & Fischer; 2001. p. 207-8.

- 26 Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med.* 2002;346:2025–32.
- 27 Lewis MA, Heinemann LAJ, MacRae KD, Bruppacher R, Spitzer WO, et al. The increased risk of venous thromboembolism and the use of third generation progestagens: role of bias in observational research. *Contraception.* 1996;54:5–13.
- 28 Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. Risk of venous thromboembolism with cyproterone or levonorgestrel contraceptives. *Lancet.* 2001;358:1427–9.
- 29 Petitti D. Combination estrogen-progestin oral contraceptives. *N Engl J Med.* 2003;349:1443–50.
- 30 Birkhäuser M, Braendle W, Breckwoldt M, Keller PJ, Kuhl H, Runnebaum B. Empfehlungen zur oralen Kontrazeption. 24. Arbeitstreffen des «Zürcher Gesprächskreises». *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch.* 2000;40:172–5.
- 31 Runnebaum B, Rabe T. *Gynäkologische Endokrinologie. Grundlagen, Physiologie, Prophylaxe, Diagnostik, Therapie.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag; 1987. p. 287.
- 32 Moya RA, Moisa CF, Morales F, Wynter H, Ali A, et al. Transdermal glyceryl trinitrate in the management of primary dysmenorrhea. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;69:113–8.
- 33 Morgan PJ, Kung R, Tarshis J. Nitroglycerin as a uterine relaxant: a systematic review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2002; 24:403–9.
- 34 Harel Z, Biro FM, Kottenhahn RK, Rosenthal SL. Supplementation with omega-3 polyunsaturated fatty acids in management of dysmenorrhea in adolescents. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174:1335–8.
- 35 Proctor M, Hing W, Johnson T, Murphy P. Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;3:CD002119.
- 36 Lewers D, Clelland JA, Jackson JR, Varner RE, Bergman J. Transcutaneous electrical nerve stimulation in the relief of primary dysmenorrhea. *Phys Ther.* 1989;69:3–9.
- 37 Habeck D, Cerkez Habek J, Bobic-Vukovic M, Vujic B. Efficacy of acupuncture for the treatment of primary dysmenorrhea. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch.* 2003;43:250–3.
- 38 Golomb LM, Solidum AA, Warren MP. Primary dysmenorrhea and physical activity. *Med Sci Sports Exerc.* 1998; 30:906–9.

**Correspondance:**

Dr Hermann Brühwiler  
Frauenklinik  
Kantonsspital  
CH-8596 Münsterlingen  
[hermann.bruehwiler@stgag.ch](mailto:hermann.bruehwiler@stgag.ch)