

Les dysménorrhées

Dysmenorrhea

P. Simon et G. Ena

Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Erasme

RESUME

Les dysménorrhées sont des plaintes très souvent rencontrées chez les femmes en âge de procréer. Cliniquement, deux formes coexistent : les dysménorrhées primaires dont l'origine organique spécifique ne peut être identifiée et les dysménorrhées secondaires pour lesquelles une lésion anatomique peut être retrouvée. L'endométriose, l'adénomyose et les dispositifs intra-utérins en sont les causes principales. Les approches diagnostiques et thérapeutiques sont décrites.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 252-5

ABSTRACT

Dysmenorrhea is frequently found in women during reproductive age. Clinically, two forms co-exist : primary dysmenorrhea for which no organic origin can be found and secondary dysmenorrhea. In this situation, anatomic lesion can be recognized (mainly endometriosis, adenomyosis and intra-uterine devices). Diagnostical and therapeutical processing are described.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 252-5

Key words : *dysmenorrhea, primary dysmenorrhea, secondary dysmenorrhea*

INTRODUCTION

Les dysménorrhées (du grec dys : difficulté ; méno : règles ; rrhée : écoulement) sont des symptômes très fréquents qui touchent environ 50 % des femmes. Classiquement, les dysménorrhées sont définies comme primaires lorsqu'elles ne s'accompagnent d'aucune pathologie organique sous-jacente et secondaires dans le cas contraire.

La dysménorrhée primaire apparaît habituellement dans les deux années suivant la ménarche, lorsque les cycles deviennent ovulatoires. Les adolescentes sont les plus touchées ; cependant, cette situation peut être observée chez des femmes de plus de 40 ans. La dysménorrhée secondaire apparaît habituellement plus tard, et ceci, indépendamment du caractère ovulatoire ou non du cycle menstruel.

LES DYSMENORRHEES PRIMAIRES

Etiologie

La douleur menstruelle est causée par l'élévation de la production de prostaglandines au niveau de l'endomètre.

La teneur de l'endomètre en est plus importante

en phase sécrétoire qu'en première partie du cycle. La chute du taux circulant de progestérone déclenche une activité lytique qui entraîne la production de phospholipides. Celle-ci produit de l'acide arachidonique et active la voie de la cyclooxygénase.

Ces prostanoides produits en excès induisent un tonus utérin élevé et des vagues de contractions de grande amplitude responsable de l'"algoménorrhée". On pense que les patientes les plus symptomatiques présentent une augmentation de l'activité COX et de la synthèse des prostaglandines. Cette hypothèse est à la base de l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Plaintes

Les douleurs retrouvées en cas de dysménorrhées primaires naissent quelques heures avant le début de l'écoulement sanguin pour s'interrompre après 2 à 3 jours. Irradiant dans le bas du dos, elles sont caractérisées par des vagues de contractions sus-pubiennes. Elles peuvent être accompagnées de nausées, de vomissements, de diarrhée et rarement de syncope. L'examen clinique est pauvre. Seul point positif, le toucher bimanuel révèle un utérus plus sensible qu'à l'habitude. Cependant, contrairement à ce qui est observé en cas d'infection

pelvienne, la mobilisation du col n'est pas électivement douloureuse.

Diagnostic

Le diagnostic de cette affection ne peut se faire que par l'exclusion des étiologies organiques des dysménorrhées et des pelvialgies non cycliques. Un relevé soigneux de l'histoire de la patiente définissant les circonstances d'apparition, un examen clinique normal (excluant la présence de nodules rétro-utérins et de douleur à la mobilisation du col), complété par une échographie, des cultures endocervicales pour le Gonocoque et le *Chlamydia*, voire une hystérocopie et une laparoscopie conduisent à proposer un traitement d'essai.

Traitement

Les inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines forment la base du traitement. La prise précoce (dès les premiers signes) et régulière (toutes les 6 à 8 heures) prévient l'élévation du taux des prostaglandines circulantes et doit être poursuivie pendant 4 à 6 mois pour déterminer si la patiente réagit favorablement ou non.

Pour les patientes qui ne présentent pas de contre-indications, la suppression de l'ovulation (par des progestatifs seuls, par une pilule combinée œstro-progestative en continu ou non) diminue significativement les symptômes^{1,2}. En effet, la pilule contraceptive entretient un climat hormonal sécrétoire caractérisé par un endomètre fin et pauvre en prostaglandines.

En cas d'échec de ces traitements, une laparoscopie doit être envisagée pour exclure une origine organique. La résection des fibres nerveuses pelviennes³ (résection des ligaments utéro-sacrés et neurectomie pré-sacrée) au cours de cette laparoscopie diagnostique ne s'accompagne pas d'une diminution significative des douleurs menstruelles quelle qu'en soit leur origine.

Traitements " alternatifs "

Les suppléments alimentaires⁴ (phytothérapie, oligo-éléments, vitamines, minéraux essentiels et acides gras) sont souvent utilisés en complément ou en remplacement des traitements classiques. Il existe peu d'études placebo contrôlées évaluant l'efficacité de ces produits. Toutefois, 3 petites études démontrent la supériorité du magnésium sur le placebo en réduisant l'utilisation des traitements classiques. Il est va de même pour l'utilisation de vitamine B1, B6 et des acides gras Oméga 3. Notons toutefois que toutes ces études regroupent très peu de patientes et demandent à être contrôlées par de plus grandes séries.

Différentes positions de yoga⁵ (le cobra, le poisson et le chat) améliorent de façon significative la sévérité et l'intensité de la dysménorrhée primaire chez

un groupe d'adolescentes. Notons cependant qu'il est difficile de parler de groupe placebo mais plutôt de groupe contrôle n'ayant pas bénéficié du traitement d'essai. Il en va de même pour les traitements par acupuncture. Celle-ci est supposée exciter des fibres nerveuses, bloquant les flux douloureux par l'intermédiaire de médiateurs tels la sérotonine ou les endorphines. Une revue⁶ de trente études contrôlées randomisées mesurant l'efficacité de l'acupuncture dans les symptômes de dysménorrhée suggère une efficacité supérieure à celle du placebo. Toutefois, ici aussi, la faible qualité des méthodologies employées réduit la valeur des résultats. Les manipulations de la colonne vertébrale⁷ quant à elles, ne paraissent pas constituer un traitement efficace des dysménorrhées tant primaires que secondaires.

LES DYSMENORRHEES SECONDAIRES

Il s'agit ici de douleurs cycliques, survenant pendant les règles et accompagnant ou résultant de pathologies organiques. Ces dysménorrhées secondaires surviennent des années après la ménarche. Elle débutent souvent une à deux semaines avant le flux menstruel et se prolongent parfois au-delà de l'épisode de saignement.

Etiologies

Ici aussi, un excès de production de prostaglandines ou des contractions utérines d'intensité supérieure à la normale (causées par un obstacle à l'écoulement, une masse ou un corps étranger intra-cavitaire) sont responsables de la douleur. Les étiologies les plus fréquemment retrouvées sont l'adénomyose, l'endométriose pelvienne et la présence d'un dispositif contraceptif endo-utérin (stérilet). D'autres causes sont les malformations du tractus génital formant obstacle à l'évacuation du flux menstruel (cornes utérines borgnes, synéchies endo-utérines, agénésies cervicales, diaphragme vaginal ou hymen imperforé), la présence de fibromes ou de polypes endométriaux.

Situations particulières

L'adénomyose

L'adénomyose est une lésion histologique très souvent retrouvée sur les pièces d'hystérectomies (44 %)⁸ réalisées pour dysménorrhée ou ménorragie réfractaire. Elle survient préférentiellement après l'âge de 40 ans et sa fréquence paraît augmenter avec la parité. L'examen clinique démontre habituellement une augmentation homogène du volume utérin qui peut être sensible, surtout en période de règles. La mobilisation de l'utérus n'est pas douloureuse et aucune association à une pathologie annexielle n'est retrouvée.

Le diagnostic d'adénomyose se base essentiellement sur l'examen histologique mais peut être approché par échographie endovaginale 2D ou 3D⁸ ou par imagerie par résonance nucléaire⁹. L'utilisation

de ces techniques séparément ou en association permet, dans des unités entraînées, d'obtenir un diagnostic adéquat avec une grande sensibilité : MRI 0,70 et TVS 0,68 (P = 0,66) ; spécificité : MRI 0,86 et TVS 0,65 (P = 0,03). La combinaison des 2 examens fournit la meilleure sensibilité (0,89) mais est associée à la spécificité la plus faible (0,60).

Traitement

La prise en charge de la dysménorrhée associée à l'adénomyose dépend de l'âge de la patiente et de son désir de préserver sa fertilité. La suppression de l'ovulation et l'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens sont moins efficaces que dans la dysménorrhée primaire. Le dispositif hormonal endo-utérin¹⁰ (Miréna®) offre une alternative efficace à l'hystérectomie dans la prise en charge des ménorragies associées à l'adénomyose mais aussi des plaintes douloureuses¹¹ associées. Quoiqu'il constitue un corps étranger comme tout autre stérilet, le dispositif hormonal endo-utérin entraîne une diminution importante du volume des règles qui est associée à une amélioration considérable de la qualité de vie des patientes souffrant d'adénomyose. L'amélioration du taux d'hémoglobine chez les patientes porteuses de ce stérilet¹² est similaire à celle observée chez les patientes ayant subi une hystérectomie mais la qualité de vie est davantage améliorée dans le groupe bénéficiant du traitement conservateur.

L'endométriase

L'endométriase péritonéale et rétropéritonéale (par exemple au niveau du septum rectovaginal) est très souvent associée à des plaintes douloureuses, non seulement de dyspareunie profonde mais aussi de dysménorrhées invalidantes. Les *foci* d'endométriase se retrouvent fréquemment associés aux fibres nerveuses¹³ qu'ils stimulent en période menstruelle. Le *Nerve Growth Facteur*¹⁴ paraît jouer un rôle déterminant dans le déclenchement de ces douleurs cycliques.

La résection chirurgicale des lésions d'endométriase reste le traitement standard des douleurs associées aux lésions d'endométriase. L'association pré ou postopératoire d'un traitement supprimeur de l'activité ovarienne¹⁵ (par agoniste de la LHRH ou par progestatifs) ne modifie pas de façon significative le bénéfice offert aux patientes.

CONCLUSION

Par sa fréquence et par la dégradation de la qualité de vie qu'elle génère, la dysménorrhée est une plainte qui ne peut pas être négligée. L'interrogatoire de la patiente quant à la présentation de la douleur peut servir de premier aiguillage. Si un diagnostic de dysménorrhée primaire reste probable par la normalité de l'examen physique général et gynécologique, un traitement d'essai, par antiprostaglandine ou par pilule anticonceptionnelle peut être proposé. N'oublions pas que la majorité de nos jeunes patientes sont au fait de

l'efficacité de la pilule contraceptive et utilisent les règles douloureuses comme occasion pour obtenir une telle prescription.

En cas de dysménorrhée réfractaire, ou si l'examen clinique n'est pas strictement normal, le bilan sera complété par des prélèvements bactériologiques, une biologie sanguine et une échographie pelvienne. Ces examens d'orientation permettront de poser éventuellement l'indication d'une laparoscopie diagnostique ou thérapeutique. Si l'adénomyose est suspectée, la suppression des règles par la prise d'œstro-progestatifs ou de progestatifs en continu ou par la mise en place d'un dispositif hormonal intra-utérin permettra souvent d'éviter une chirurgie inutile.

Enfin, les patientes chez qui l'interrogatoire, l'examen clinique, les examens complémentaires suggèrent une endométriase seront référées au gynécologue pour prise en charge adéquate.

BIBLIOGRAPHIE

1. Harada T, Momoeda M, Terakawa N *et al.* : Evaluation of a low dose oral contraceptive pill for primary dysmenorrhea : a placebo controlled, double blind, randomized trial. *Fertil Steril* 2011 ; 95 : 1928-31
2. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM : Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment of primary dysmenorrhea. *Cochrane Database Syst Rev* 2001 ; 4 : CD002120
3. Latthe PM, Proctor ML, Farquhar CM : Surgical Interruption of pelvic nerve pathways in dysmenorrhea : a systematic review of effectiveness. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007 ; 86 : 4-15. Review
4. Proctor ML, Murphy PA : Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2001 ; 3 : CD002124
5. Rakhshae Z : Effect of Three Yoga Poses (Cobra, Cat and Fish Poses) in Women with Primary Dysmenorrhea : A Randomized Clinical Trial. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011. Epub ahead of print
6. Yang H, Liu CZ, Chen X *et al.* : Systematic review of clinical trials of acupuncture-related therapies for primary dysmenorrhea. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008 ; 87 : 1114-22
7. Proctor ML, Hing W, Johnson TC, Murphy PA : Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 ; 3 : CD002119. Review
8. Exacoustos C, Brienza L, Di Giovanni A *et al.* : Adenomyosis : three-dimensional sonographic findings of the junctional zone and correlation with histology. *D Ultrasound Obstet Gynecol* 2011 ; 37 : 471-9
9. Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Sørensen JS, Ledertoug S, Olesen F : Magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography for the diagnosis of adenomyosis. *Fertil Steril* 2001 ; 76 : 588-94
10. Ozdegirmenci O, Kayikcioglu F, Akgul MA *et al.* : Hyperalgesia, nerve infiltration and nerve growth factor expression in deep adenomyotic nodules, peritoneal and ovarian endometriosis. *Fertil Steril* 2011 ; 95 : 497-502
11. Fraser IS : Non-contraceptive health benefits of intrauterine hormonal systems. *Contraception* 2010 ; 82 : 396-403

12. Ozdegirmenci O, Kayikcioglu F, Akgul MA *et al.* : Comparison of levonorgestrel intrauterine system versus hysterectomy on efficacy and quality of life in patients with adenomyosis. *Fertil Steril* 2011 ; 95 : 497-502
13. Anaf V, Simon P, El Nakadi I *et al.* : Relationship between endometriotic foci and nerves in rectovaginal endometriotic nodules. *Hum Reprod* 2000 ; 15 : 1744-50
14. Anaf V, Simon P, El Nakadi I *et al.* : Hyperalgesia, nerve infiltration and nerve growth factor expression in deep adenomyotic nodules, peritoneal and ovarian endometriosis. *Hum Reprod* 2002 ; 17 : 1895-900
15. Yap C, Furness S, Farquhar C : Pre and postoperative medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 ; 3 : CD003678

Correspondance et tirés à part :

P. SIMON
Hôpital Erasme
Service de Gynécologie-Obstétrique
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : philippe.simon@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 3 mai 2011 ; accepté dans sa version définitive le 5 juillet 2011.