

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE LA DYSMENORRHEE

La dysménorrhée constitue une plainte fréquente chez les jeunes femmes, souvent sans cause organique apparente. On ne dispose que de peu de données quant à l'efficacité des différents traitements proposés. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont les médicaments pour lesquels il existe le plus de preuves d'une efficacité, et ils sont proposés comme traitement de premier choix. Les contraceptifs oraux (en cycles mensuels ou en cycles prolongés) sont une autre possibilité en cas d'efficacité insuffisante ou de contre-indication aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, ou si la femme souhaite une contraception. En cas d'échec de ces traitements, il convient de procéder à un examen gynécologique plus approfondi afin de rechercher une éventuelle cause organique sous-jacente.

La dysménorrhée se définit comme des menstruations douloureuses. Il s'agit souvent de dysménorrhée sans cause organique apparente; d'autre part, la dysménorrhée peut être associée à une affection organique sous-jacente, telle l'endométriose ou des kystes ovariens. La dysménorrhée est très fréquente chez les adolescentes et les femmes jeunes, et est souvent responsable d'un absentéisme répété. En fonction de l'anamnèse et en l'absence d'anomalie à l'examen clinique, un traitement empirique peut être instauré. Plusieurs médicaments sont proposés, certains en l'absence de données suffisantes quant à leur efficacité.

- Les *anti-inflammatoires non stéroïdiens* (AINS) représentent le traitement de premier choix de la dysménorrhée. Leur efficacité a été démontrée dans plusieurs méta-analyses et études randomisées contrôlées par placebo. Les études comparatives disponibles ne permettent pas de conclure à la supériorité d'un AINS en particulier [n.d.l.r.: l'indication dysménorrhée ne figure toutefois pas dans la notice de tous les AINS]. Dans tous les cas, il convient d'être attentif au risque d'effets indésirables des AINS, tels ulcération et hémorragie gastro-intestinales [voir Folia de septembre 2004]. [N.d.l.r.: un traitement de deux à trois jours par un AINS, administré de préférence juste avant les menstruations et les premiers jours de celles-ci, est généralement suffisant.]
- Les *contraceptifs oraux* peuvent être utilisés dans le traitement de la dysménorrhée en cas d'efficacité insuffisante ou de contre-indication aux AINS, ou si la patiente souhaite une contraception. Récemment par exemple, une étude randomisée contrôlée par placebo a montré une diminution significative de la douleur et de l'utilisation d'analgésiques chez les femmes prenant un contraceptif oral à base de 0,02 mg d'éthinylestradiol et de 0,1 mg de lévonorgestrel. En cas de contrôle insuffisant de la douleur, les estroprogestatifs peuvent être administrés en cycles prolongés (c.-à-d. pendant 9 semaines consécutives suivies d'une semaine d'interruption) dans le but de diminuer la fréquence des menstruations. [N.d.l.r.: afin de ne pas inter-

férer avec la maturation de l'axe hypothalamo-hypophysaire, il paraît prudent d'attendre 2 ans après la ménarche avant d'instaurer une contraception orale].

- Un effet bénéfique sur la dysménorrhée a également été suggéré avec des substances tels le *magnésium*, la *thiamine* (vitamine B₁), la *pyridoxine* (vitamine B₆), la *vitamine E*, certains *remèdes à base de plantes* ou des *suppléments à base d'huile de poisson*, mais les données concernant ces traitements sont souvent limitées ou contradictoires. Dans l'état actuel des connaissances, elles ne sont pas recommandées.

Lorsque les AINS et les contraceptifs oraux ne permettent pas d'obtenir un contrôle suffisant de la douleur, il est recommandé de procéder à un examen gynécologique plus approfondi afin de rechercher une cause organique sous-jacente, par ex. une malformation congénitale, une endométriose, une adénomyose utérine, un fibrome.

Références principales

Davis AR, Westhoff C, O'Connell K et Gallagher N. Oral contraceptives for dysmenorrhea in adolescent girls: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 97-104

Edelman AB, Gallo MF, Jensen JT, Nichols MD, Schulz KF et Grimes DA.

Continuous or extended cycle vs cyclic use of combined oral contraceptives for contraception. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1 (The Cochrane Collaboration, ISSN 1464-780X)

French L. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician* 2005; 71: 285-91

Proctor ML et Farquhar CM. Dysmenorrhea. *Clin Ev* 2005;13:2303-25

EN BREF

- La **polymédication** est un problème fréquent, en particulier **chez les personnes âgées**. Dans un certain nombre de cas, il s'agit en plus de médicaments prescrits de façon non justifiée, par ex. en raison d'absence d'indication, de manque d'efficacité, ou de double emploi avec un autre médicament. Une étude d'observation a évalué, chez 384 patients âgés, au moment de leur sortie de l'hôpital, la prévalence et les facteurs prédictifs de la prescription de médicaments inappropriés. Il ressort des résultats que 44% des patients recevaient au moins un médicament inapproprié, et que 18% des patients en recevaient au moins deux. Les classes de médicaments le plus souvent prescrites de façon non justifiée étaient des médicaments du système gastro-intestinal (p. ex. des inhibiteurs de la sécrétion acide gastrique, des laxatifs), des médicaments du système nerveux central (p.ex. des benzodiazépines, des antidépresseurs tricycliques) et des minéraux (p.ex. fer, potassium). Les facteurs associés à la prescription de médicaments inappropriés étaient l'hypertension, la prescription par différents médecins et la prescription de 9 médicaments ou plus [*J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1518-23]. Il paraît donc utile, certainement chez les personnes âgées, d'évaluer régulièrement la nécessité de poursuivre les différents médicaments.