

La dysménorrhée

La dysménorrhée consiste en une douleur abdominale crampiforme basse ou lombaire qui survient pendant les 3 premiers jours des menstruations. Près de 60% des adolescentes souffrent de dysménorrhée. C'est la cause la plus fréquente d'absentéisme scolaire. On dit que 14% des adolescentes dysménorrhéiques s'absentent de l'école.

Dysménorrhée primaire

La dysménorrhée primaire est la plus commune. Il n'y a pas d'anomalie anatomique ou organique. Elle peut débuter un ou deux jours avant les menstruations et se poursuivre de 2 à 4 jours pendant les menstruations. Quelques fois, les adolescentes ont des cycles anovulatoires avec saignement important. Mais la plupart du temps, les cycles sont ovulatoires et la dysménorrhée apparaît de 6 à 12 mois après la ménarche. La dysménorrhée primaire est liée à la production de prostaglandines durant les menstruations; les prostaglandines provoquent des contractions de l'utérus et les adolescentes qui ont de la dysménorrhée ont des taux plus élevés de prostaglandines. Parfois, il y a un syndrome prémenstruel avec: nausée, céphalée, prise de poids, diarrhée, chaleur, urgence urinaire, etc.

La réponse aux analgésiques du groupe des antiprostaglandines est favorable. Un examen gynécologique est nécessaire pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une dysménorrhée secondaire. Si l'adolescente a besoin de contraception, on commence par lui prescrire des anovulants car ceux-ci peuvent avoir un effet thérapeutique important. Si l'adolescente n'a pas besoin de contraception ou si l'effet des anovulants est insuffisant, on prescrit un des antiprostaglandines suivants:

- kétoprofène (orudis): 75 mgs PO toutes les 8 heures.
- ibuprofène (motrin): 400 mgs PO toutes les 4-6 heures.
- naproxène (anaprox): 550 mgs PO comme dose initiale, puis 275 mg PO toutes les 6 heures, ou 550 mgs aux 12 heures.

Pour être efficace, le traitement doit être commencé de façon précoce, si possible au cours des 24 heures qui précèdent les menstruations. On doit préciser de prendre la médication régulièrement pour quelques jours, plutôt que d'attendre que la douleur soit présente. On essaie la médication pour 2-3 cycles menstruels. Si un de ces analgésiques ne donne pas de résultat satisfaisant, on essaie un des autres. En cas de dysménorrhée grave répondant de façon insuffisante à ce traitement, on y ajoute des anovulants. Les contre-indications aux antiprostaglandines sont la grossesse, l'intolérance digestive et l'asthme aggravé par l'acide acétyl-salicylique. En l'absence de réponse, il faut rechercher une cause organique.

Dysménorrhée secondaire

La dysménorrhée secondaire est plus rare et résulte d'une pathologie pelvienne telle: une anomalie anatomique de l'utérus (polype, deux cornes), un kyste ovarien, des adhésions, une endométriose ou la présence d'un corps étranger (stérilet) ou une endométrite. Elle répond moins bien aux antiprostaglandines. Le diagnostic d'endométriose est plus fréquemment porté suite à

l'utilisation de la laparoscopie diagnostique, mais il est rare: on note des douleurs pelviennes chroniques, un saignement utérin dysfonctionnel, de la douleur à la défécation et de la dyspareunie. Le traitement de la dysménorrhée dépend de la cause; dans le cas de l'endométriose un traitement aux anovulants ou au danazole est indiqué dans les cas sévères.