

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année : 2021

N° 2021-152

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

GYNECOLOGIE MEDICALE

par

Aude SZPYTMA

---

Présentée et soutenue publiquement le 1<sup>er</sup> octobre 2021

---

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DES PRISES EN CHARGE DES  
DYSMENORRHEES DE L'ADOLESCENTE PAR LES MEDECINS GENERALISTES,  
PEDIATRES ET SAGE-FEMMES DES PAYS DE LA LOIRE

---

Président : Monsieur le Professeur Paul BARRIERE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Tiphaine LEFEBVRE

Madame le Docteur Clémence SAPET

## Remerciements

### **Au président du jury, Monsieur le Professeur Barrière,**

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

### **A Monsieur le Professeur Ploteau,**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de faire partie de mon jury de soutenance. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande considération.

### **A Monsieur le Professeur Lopes,**

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de participer à ce jury. Recevez l'expression de ma sincère gratitude.

### **A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Tiphaine Lefebvre,**

Merci pour tout le temps que tu as pris pour m'aider et me guider sur cette thèse. Merci pour tous tes conseils et commentaires, sans lesquels cette thèse n'aurait pas été la même. Merci aussi pour tout ce que tu fais pour notre spécialité.

### **A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Clémence Sapet,**

Merci pour ton soutien et ton aide dans la rédaction de cette thèse.

---

Au Dr Estelle Roussay, pour m'avoir aidé à réaliser le questionnaire.

A Gladys Ménage, pour notre collaboration sur le sujet passionnant des règles des adolescentes.

Au GBC Camillou alias maman mammoth, Phélouille, Roustina, Roulie, Mon Roc, Sisi, Yoyo et Semence. Le meilleur groupe du monde, la meilleure amitié. Je ne vous oublie pas, j'irai où vous irez de Lille à la Guadeloupe, jusqu'aux lacs du Connemara. On se donne rendez-vous dans 6 mois, 1 an, 10 ans. Allez, on éteint la lumière pour la belette.

A Flavie et Alex, pour vos conseils de rédaction mais surtout pour votre amitié.

A ma mère, pour m'avoir soutenue pendant toutes ces années d'études, que ce soit moralement ou par le fait très très important de me faire manger.

A mon beau-père, pour m'avoir fait la promesse (tenue !) d'avoir un chien si je réussissais la première année de médecine.

A Antoine, pour ton soutien et ton amour de tous les jours, même quand je suis insupportable. Tu es devenu un expert malgré toi des dysménorrhées de l'adolescentes grâce à toutes tes relectures et à tous ces moments où tu as été à mes côtés lorsque j'avais juste besoin d'en parler. Je ne te remercierai jamais assez de tout ce que tu fais pour moi, que ce soit pour la thèse mais aussi pour tout le reste.

# Table des matières

I.	Introduction.....	5
1.	Les dysménorrhées.....	5
a.	Les dysménorrhées primaires .....	5
b.	Les dysménorrhées secondaires .....	5
2.	Facteurs de risques de dysménorrhées sévères .....	6
3.	Examens complémentaires .....	6
4.	La prise en charge médicale des dysménorrhées .....	7
a.	Les antalgiques .....	7
b.	Traitement hormonal .....	8
5.	Méthodes alternatives .....	9
6.	Education thérapeutique.....	10
7.	Les professionnels de santé face aux dysménorrhées chez les adolescentes. ....	11
II.	Matériels et méthodes .....	13
1.	La population.....	13
a.	Population étudiée .....	13
b.	Inclusion .....	13
2.	Questionnaire .....	13
3.	Analyse statistique .....	13
III.	Résultats .....	14
1.	Tableau 1 : Caractéristiques de la population.....	14
2.	Analyse de l'interrogatoire de l'adolescente .....	15
a.	Généralités .....	15
b.	Caractérisation des cycles .....	15
c.	Caractérisation des dysménorrhées.....	16
3.	Analyse de la prise en charge .....	17
4.	Analyse du suivi proposé.....	20
IV.	DISCUSSION .....	22
1.	Analyse des caractéristiques des professionnels de santé évalués .....	22
2.	Evaluation de l'interrogatoire des professionnels de santé sur les dysménorrhées .....	23
3.	Evaluation de la prise en charge des dysménorrhées par les professionnels de santé .....	24
4.	Propositions ou pistes d'amélioration.....	28
V.	CONCLUSION .....	29
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	30
VII.	TABLEAUX.....	34
VIII.	FIGURES.....	34

IX.	ANNEXES.....	35
1.	Protocole HUG.....	35
2.	Questionnaire.....	40
3.	Protocole de prise en charge des dysménorrhées de l'adolescente .....	45
4.	Affiche de sensibilisation des adolescentes .....	49

## I. Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'adolescence comme la période de croissance et de développement entre 10 et 19 ans (1). Durant cette période a lieu la ménarche, c'est à dire les premières règles, dont l'âge moyen est de 12 ans et demi en France (2).

Un grand nombre d'adolescente souffrent de dysménorrhées.

### 1. Les dysménorrhées

Les dysménorrhées, douleurs pelviennes ou lombaires survenant au moment des menstruations, peuvent être associées à d'autres symptômes tels que des céphalées, troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées), malaise, asthénie, trouble de l'humeur. La prévalence varie selon les études, pouvant aller jusqu'à chez 50 à 90 % des adolescentes. Les dysménorrhées peuvent être sévères et entraîner une perturbation de leur activité dans 5 à 15 %, voir jusqu'à 20 % des cas selon les études (3-4). C'est une cause importante d'absentéisme scolaire.

Les dysménorrhées peuvent être primaires, essentielles ou secondaires, organiques.

#### a. Les dysménorrhées primaires

Les dysménorrhées sont principalement primaires, c'est-à-dire des douleurs en période de règles en dehors de toute pathologie pelvienne. Elles sont fréquemment associées à un cortège de symptômes neurotoniques et digestifs. Les dysménorrhées primaires s'installent le plus souvent dans les 6 à 12 mois suivants les premières règles. Elles sont protoménales, c'est-à-dire commençant au début des menstruations et de durée brève, 24 à 72h.

La physiopathologie de ces dysménorrhées primaires est en lien avec une hypersécrétion endométriale de prostaglandines et de leucotriènes, médiateurs de l'inflammation (5). Les prostaglandines provoquent une hyper contractilité et une vasoconstriction responsables d'une ischémie du myomètre, ainsi qu'une augmentation de la sensibilité des récepteurs de la douleur.

Les leucotriènes sont responsables de symptômes systémiques (nausées, vomissements, céphalées, vertige).

#### b. Les dysménorrhées secondaires

Les dysménorrhées primaires s'opposent aux dysménorrhées secondaires dites organiques, dans lesquelles une pathologie pelvienne explique la symptomatologie, la principale cause étant l'endométriose. Il existe d'autres étiologies aux dysménorrhées secondaires telles que l'adénomyose, les anomalies obstructives (secondaires à une conisation ou congénitales), les fibromes, les malformations congénitales, les kystes ou tumeurs de l'ovaire, les infections pelviennes, des adhérences (6).

Les dysménorrhées secondaires sont plus fréquemment téléménales. Elles augmentent en intensité au fur et à mesure des cycles et sont plus souvent résistantes aux antalgiques. Elles sont à différencier des douleurs pelviennes chroniques qui se définissent par des douleurs

acycliques depuis plus de 6 mois, dont les causes peuvent dépasser la sphère génitale. L'endométriose est la cause principale de dysménorrhée secondaire (7). C'est une maladie qui se définit par la présence de glande endométriale en dehors de l'utérus. C'est une maladie multifactorielle encore mal définie. Elle touche 5 à 10 % des femmes en âge de procréer, bien que la prévalence soit difficile à estimer du fait de sous diagnostic de cette pathologie. Les localisations les plus fréquentes touchent la sphère génitale (péritonéale, ovarienne et rétropéritonéale). Il existe 5 fois plus de risque d'être atteinte d'endométriose s'il existe un antécédent familial au premier degré.

Les symptômes de l'endométriose sont variés et non systématiques comprenant des dysménorrhées, une dyspareunie profonde, des dyschésies et des dysuries cataméniaux (c'est-à-dire lors des menstruations). Un tiers des femmes atteintes d'endométriose présenteraient une hypofertilité. L'endométriose peut également causer des douleurs chroniques pelviennes. Il n'y a cependant pas de lien entre les symptômes et l'étendue des lésions. Il est utile d'utiliser des échelles de la douleur et d'évaluer la qualité de vie des patientes.

## 2. Facteurs de risques de dysménorrhées sévères

Il existe des facteurs de risque de dysménorrhées sévères qui s'appliquent aux dysménorrhées primaires et secondaires. Ces facteurs sont la précocité de l'âge des premières règles, des menstruations longues et abondantes, un tabagisme actif, des antécédents familiaux de dysménorrhées sévères, l'absence d'activité sportive, un utérus rétroversé (8).

## 3. Examens complémentaires

Il n'est pas recommandé de pratiquer un examen pelvien systématiquement en cas de dysménorrhées d'allures primaires, sans signes de gravité. Un examen clinique et une imagerie peuvent être cependant nécessaires soit en cas de symptômes initiaux orientant vers une cause organique ; soit en cas de persistance des symptômes à la suite d'un traitement médical bien conduit pendant 3 à 6 mois (5).

L'examen pelvien consiste en un toucher vaginal bimanuel et un examen au spéculum, il n'est pas réalisable chez les adolescentes vierges. Pour rappel, il n'est pas obligatoire en première intention. S'il est réalisable chez des patientes non vierges, et s'il est nécessaire, il permet d'orienter le diagnostic de dysménorrhées secondaires. L'examen au spéculum peut permettre de retrouver une imperforation hyménéale, une sténose du col. Le toucher vaginal bimanuel est utile pour détecter un utérus fibromateux qui est alors augmenté de volume. Le professionnel de santé peut aussi retrouver des éléments orientant vers une endométriose comme des lésions bleutées au spéculum, des nodules des ligaments utérosacrés et du cul de sac postérieur ou un utérus rétroversé au toucher bi manuel (9).

En cas d'échec thérapeutique et/ou de suspicion de dysménorrhées organiques, des examens complémentaires à type d'échographie pelvienne +/- d'IRM pelvienne peuvent être prescrites. L'échographie pelvienne par un opérateur entraîné permet de détecter des malformations utérines, des fibromes, des kystes ovariens ou des endométriomes (6), une endométriose profonde (10). Cependant chez l'adolescentes on préfère pratiquer des échographies

abdominales, qui mettent plus difficilement en évidence des lésions. L'IRM pelvienne n'est pas plus performante que l'échographie pelvienne pour détecter les lésions d'endométriose profonde (11). C'est un examen coûteux et à l'accessibilité difficile.

La coelioscopie exploratrice est le gold standard du diagnostic d'endométriose (10). Elle peut confirmer la présence d'endométriose superficielle par le prélèvement de biopsies et permet la classification des lésions. Les lésions endométriosiques de l'adolescente peuvent ne pas être typiques et avoir un aspect plutôt rouge ou translucide (6). Il s'agit d'un examen invasif et coûteux, qui ne sera donc pas conseillé chez les adolescentes en dehors des situations d'urgence (douleurs brutales et intenses) ou d'intention de traitement chirurgical de l'endométriose.

Les examens biologiques n'ont pas de place dans le diagnostic ou le suivi de l'endométriose (10).

#### 4. La prise en charge médicale des dysménorrhées

Les Hôpitaux universitaires de Genève propose un protocole de prise en charge des dysménorrhées non spécifique aux adolescentes, adressé à des gynécologues.

Ce protocole préconise une échographie pelvienne systématiquement en première intention pour éliminer les causes de dysménorrhées secondaires. L'examen pelvien n'est pas systématique en l'absence de rapports.

Les traitements de choix selon ce protocole sont les AINS. Ils conseillent de débiter par l'acide phénylpropionique (Ibuprofène). S'il existe des contre-indications aux AINS alors le paracétamol et le Spasfon sont proposés pour les dysménorrhées légères à modérées. La contraception orale oestro-progestative ou la contraception progestative sont aussi proposées, avec la possibilité de passer la contraception oestro-progestative en continu si nécessaire.

Ils proposent aussi des options chirurgicales notamment une coelioscopie exploratrice si un traitement médical bien conduit est inefficace ou avant traitement spécifique de l'endométriose. Les autres méthodes chirurgicales évoquées sont l'endométréctomie hystéroscopique, l'hystérectomie et des procédures de transection nerveuse.

Ce protocole est disponible en annexe 1.

##### a. Les antalgiques

Il est recommandé chez les adolescentes, en cas de dysménorrhées, de proposer en 1<sup>ère</sup> intention des antalgiques simples et antispasmodiques ainsi que ponctuellement des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

##### i. Anti inflammatoire non stéroïdiens

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens agissent en bloquant la production de prostaglandines. Ils agissent alors directement sur le mécanisme des dysménorrhées.

Les contre indications des anti-inflammatoires non stéroïdiens sont l'allergie, les antécédents de saignement ou de perforation digestive lié à la prise d'AINS, les ulcères de l'estomac ou du

duodénum, les maladies grave du foie, les insuffisances cardiaque ou rénale grave, la femme enceinte (12).

Les effets indésirables possibles des AINS sont des céphalées, des vertiges, des nausées, des douleurs épigastriques, des ulcères ou hémorragies du tube digestif, des réactions allergiques, une insuffisance rénale. Pour limiter les effets indésirables il faut toujours utiliser la dose minimale efficace et la durée la plus courte. Pour les effets indésirables digestifs et rénaux il est conseillé de ne pas prendre les AINS à jeun et d'augmenter sa consommation d'eau.

Aucun AINS n'a démontré sa supériorité par rapport à un autre (13). La dose est à adapter à chaque patiente. Si un AINS n'est pas efficace, il est possible d'en changer (14). Pour une efficacité optimale, ils sont à commencer avant l'installation de la douleur et à poursuivre jusqu'à deux à trois jours pendant les règles en respectant les doses et les intervalles entre deux prises.

#### ii. Autres antalgiques

Le paracétamol est moins efficace que les anti-inflammatoires non stéroïdiens sur les dysménorrhées (15). Il peut être utilisé pour des dysménorrhées légères mais n'est souvent pas assez efficace dans le cas de dysménorrhées plus sévères. Le paracétamol ne doit pas être prescrit en cas d'affection hépatique sévère (16).

Les antispasmodiques de type phloroglucinol sont peu évalués.

Les antalgiques de palier II et III ne sont pas à utiliser. Ils peuvent être responsables de dépendance et de symptômes de sevrage chez l'adolescente, ainsi qu'une addiction. Ils peuvent aussi être responsable d'hyperalgésie et d'une augmentation des doses prescrites (17).

#### b. Traitement hormonal

En cas d'échec des AINS et antalgiques, on peut prescrire une contraception hormonale aux adolescentes à visée thérapeutique contre les dysménorrhées. Toutes les contraceptions hormonales disponibles sont efficaces sur les dysménorrhées (18). Leur efficacité repose sur le blocage de l'ovulation et/ou la diminution de la prolifération endométriale. Il y a alors moins de prostaglandines et leucotriènes produits par l'endomètre. La contraception hormonale peut être proposée en première intention chez des adolescentes ayant des rapports mais aussi chez les patientes vierges. Elle peut être prescrite seule ou en association avec les antalgiques simples et AINS.

Le CNGOF a publié en 2005 des recommandations sur les dysménorrhées et leur traitement médical (19). Les traitements hormonaux proposés par le CNGOF sont l'utilisation de progestatif du 15<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle chez les adolescentes et les oestro-progestatifs. Ces traitements sont à prescrire en respectant leurs contre-indications spécifiques.

L'utilisation des progestatifs en 2<sup>ème</sup> partie de cycle permet de régulariser les cycles des adolescentes, dans l'hypothèse d'une insuffisance lutéale par immaturité ovarienne. C'est un traitement simple avec peu de contre-indication, sans effet contraceptif. Il peut être proposé en première intention pour les adolescentes souffrant de dysménorrhées.

L'objectif recherché de la pilule oestro-progestative est d'avoir des règles régulières, moins abondantes et moins douloureuses. Si les dysménorrhées persistent il est possible de prendre la contraception oestroprogestative monophasique en continu pour obtenir une aménorrhée. L'effet indésirable possible de la prise en continu est l'apparition de spotting (saignements utérins de faible abondance).

La pilule microprogestative n'est pas proposée en première intention dans le protocole de 2005 du CNGOF dans le traitement médical des dysménorrhées. Elle est moins efficace que la pilule oestro-progestative sur les dysménorrhées. Elle est aussi moins bien tolérée, avec un risque de spotting, d'acné, de kyste. Les macroprogestatifs sont efficaces sur les dysménorrhées mais ne doivent pas être prescrit en première intention pour les adolescentes au vu du risque de méningiome augmenté et de la surveillance nécessaire. Le traitement par Diénogest est efficace et permet une aménorrhée (20). Il n'a pas l'AMM pour la contraception. Ce traitement ne peut pas être prescrit en première intention, sauf en cas de contre-indication à la contraception oestro-progestative. Les injections d'acétate de médroxyprogestérone provoquaient une déminéralisation osseuse chez les adolescentes surtout lors de la première année de traitement (21) et ne sont donc pas recommandés en première intention pour les adolescentes. Le DIU au Lévonorgestrel MIRENA a une bonne efficacité (22), est envisageable chez les adolescentes en respectant les contre-indications et les précautions d'usage. Il n'y a pas d'études spécifiques sur l'efficacité des DIU Jaydess ou Kyleena chez l'adolescente.

L'HAS et le CNGOF ont publié des recommandations de pratique clinique sur le traitement médical de l'endométriose en 2017 (23). En l'absence de contre-indication, compte tenu de leur efficacité sur la dysménorrhée et sur les douleurs liées à l'endométriose chez l'adulte ainsi que de leur bonne tolérance, il est recommandé de prescrire une contraception œstroprogestative ou microprogestative en première intention chez l'adolescente ayant une endométriose douloureuse. On peut noter que la contraception microprogestative n'était pas recommandée dans la prise en charge des dysménorrhées par le CNGOF en 2005 (19).

## 5. Méthodes alternatives

En parallèle des antalgiques et/ou des traitements hormonaux, des méthodes non médicales et alternatives peuvent être largement proposées aux adolescentes.

Le tabagisme augmente le risque des dysménorrhées (24). Le mécanisme d'action pourrait passer par une modification des nocicepteurs passant par les récepteurs à la nicotine (25). Il faut donc recommander aux patientes un arrêt du tabac pour améliorer les dysménorrhées.

La TENS ou Neurostimulation électrique transcutanée est une méthode efficace sur les dysménorrhées primaires (26). C'est une méthode non médicamenteuse et non invasive, facile à utiliser par la patiente. Il existe peu de contre-indications à l'utilisation du TENS (avoir un stimulateur cardiaque, la grossesse, la pose d'électrodes près du cœur, sur le devant du cou, sur la tête, près des yeux, sur une plaie ou sur une zone très sensible). Le neurostimulateur est portable et les électrodes sont placées par la patiente sur la peau au niveau de la localisation de la douleur. La patiente peut ajuster elle-même les réglages du neurostimulateur, une haute fréquence et l'intensité maximale tolérée semble être plus

efficace sur les dysménorrhées. Il n'y a pas de consensus sur le nombre, la fréquence et la durée des séances.

L'activité physique permet de diminuer l'intensité des dysménorrhées (27). Une théorie expliquant le mécanisme de réduction des dysménorrhées serait que l'activité sportive diminue le stress, les douleurs et le taux de prostaglandines.

L'application locale de chaleur sous toutes ses formes permet de soulager les dysménorrhées par une méthode non médicamenteuse et avec peu d'effets indésirables (brûlures, prurit sur le lieu d'application) qui ne durent pas. Cela pourrait s'expliquer par le relâchement musculaire et une vasodilatation (28).

L'acupuncture semble être efficace sur les dysménorrhées et ses symptômes associés mais des études plus précises sont nécessaires pour confirmer cette efficacité. Il existe quelques effets indésirables peu graves comme des saignements de faible intensité, des douleurs musculaires, un vertige, des céphalées (29). Il existe des études avec des résultats contraires au sujet de l'efficacité de l'homéopathie sur les dysménorrhées. (30 - 31). Enfin, des études semblent montrer que la supplémentation en zinc (32), en vitamine B1 et magnésium (33) ou en acide gras oméga-3 (34) peuvent avoir un effet bénéfique sur les dysménorrhées. Des études supplémentaires sont nécessaires pour confirmer leur efficacité et selon quelles modalités.

## 6. Education thérapeutique

Les adolescentes ont plus souvent un temps au diagnostic de dysménorrhées plus long que les femmes adultes. Cela peut s'expliquer par la sensation que les dysménorrhées sont un phénomène normal, accentué si les proches de la patiente souffrent elles aussi de dysménorrhées. Les patientes peuvent aussi ne pas percevoir l'intérêt des professionnels de santé dans l'existence ou non de douleur lors de leurs menstruations.

Les adolescentes ont souvent recours à l'automédication pour soulager leurs dysménorrhées (35). Elles s'exposent alors à un mésusage potentiellement responsable d'effets indésirables graves ; notamment lors de la prise de médicaments délivrés sans ordonnance comme le paracétamol, qui expose au risque d'insuffisance hépatique. Aussi, il est possible que le traitement ne soit pas pris dans un dosage suffisant et soit alors inefficace.

Il est important de dépister ces douleurs chez les adolescentes car elles ne consultent donc pas toujours si elles souffrent de dysménorrhées et celles-ci peuvent augmenter une angoisse ou une dépression (36).

Lors d'une consultation dédiée aux dysménorrhées de l'adolescente, il est important de faire un point sur l'anatomie du tractus génital féminin, le cycle menstruel et sur les mécanismes de la douleur. Cela facilite ensuite l'explication du choix du traitement proposé, ainsi que sa bonne prise. Le traitement proposé doit être adapté au mode de vie de la patiente. Il est important d'expliquer les différents effets indésirables possibles des traitements choisis en concertation avec la patiente. Ceci permet une meilleure observance au traitement prescrit (37). Il faut rassurer la patiente sur la modification attendue du cycle et des menstruations en

cas de prise de contraception. Par exemple la prise en continue d'une pilule oestro-progestative ou d'une pilule microprogestative peut entraîner une aménorrhée. Il est important d'expliquer aux adolescentes que ceci est un effet attendu et normal.

Lors de la prescription d'une contraception il faut aussi expliquer la conduite à tenir en cas d'oubli. Une contraception d'urgence peut être prescrite dans le même temps. La prescription d'une contraception est aussi un moment important pour informer les patientes sur les risques d'infections sexuellement transmissibles, dont la seule protection disponible est les préservatifs féminins ou masculins.

Il faut aussi prendre en compte lors de l'explication des différentes thérapeutiques qu'il peut exister un conflit entre l'adolescente et ses parents, ce qui peut alors entraver la compliance au traitement. C'est pourquoi il est souvent préférable de voir la patiente seule. Il est alors possible de l'informer que la contraception est accessible de manière anonyme et gratuite pour les patientes mineures sans limite d'âge. Cela concerne les contraceptions remboursables (pilule oestro-progestatives et microprogestatives, implant et dispositifs intra utérin). Il faut alors indiquer « contraception mineures » sur une ordonnance isolée (38)(39). Les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent aussi assurer la délivrance gratuite de contraception.

#### 7. Les professionnels de santé face aux dysménorrhées chez les adolescentes.

Les études nationales et internationales rapportent une prévalence élevée des dysménorrhées (40 - 42). Une étude en cours dans le cadre d'une thèse de docteur en médecine générale rapporte une prévalence élevée des dysménorrhées chez les adolescentes à Nantes (43). L'analyse réalisée chez 141 collégiennes réglées par un questionnaire anonyme rapportait 85,1% dysménorrhées avec une intensité moyenne cotée à 6,45/10. Les adolescentes ressentaient une gêne dans leur vie courante dans 23,3% des cas avec un absentéisme chez 10% des collégiennes. Ce questionnaire avait permis de soulever le fait que les adolescentes se renseignaient sur les règles principalement par la famille et les amies, puis par l'école et internet. En cas de dysménorrhées les adolescentes se tournaient d'abord vers leur famille et leurs amies. Le recours aux professionnels de santé n'était qu'en troisième position. Si les adolescentes avaient recours à un professionnel de santé, alors elles allaient consulter un médecin généraliste dans 85% des cas, un pédiatre dans 10% des cas et un gynécologue dans 18,8% des cas. Elles n'allaient pas consulter de sage-femme.

Les dysménorrhées chez les adolescentes sont donc un problème fréquent et une cause importante d'absentéisme scolaire. Il est donc important en tant que professionnel de santé de rechercher systématiquement leur présence et leur impact sur la vie quotidienne des adolescentes. En effet ces douleurs peuvent être banalisées par les adolescentes qui ne pensent donc pas, ou n'osent pas en parler à un professionnel de santé.

De plus, il existe une pénurie de gynécologue dans la région et au niveau national et les délais de consultation peuvent être long. Beaucoup de gynécologues ne prennent pas, ou peu, de nouvelles patientes. Il existe aussi souvent un stress de la première consultation de gynécologie, où les adolescentes imaginent que l'examen clinique est systématique. L'objectif

de cette étude était donc de s'orienter vers les autres professionnels de santé possible dans le cas de dysménorrhées. Le médecin traitant est souvent le premier recours. C'est un professionnel de santé connu, que les adolescentes ont déjà rencontré pour le reste de leur suivi médical. Les adolescentes peuvent être suivie depuis leur enfance par un pédiatre, qui peut alors être consulté dans le cadre de dysménorrhées. Les sage-femmes ont récemment augmenté leur activité de gynécologie médicale au vu de la baisse du nombre de gynécologues disponibles. Elles peuvent donc aussi être un recours pour les adolescentes.

Une thèse a été réalisée en 2015 en Haute Normandie sur l'évaluation et la prise en charge des dysménorrhées par les médecins généralistes. Les praticiens formés à l'endométriose avaient dans cette étude une prise en charge des dysménorrhées plus adaptée (44).

Une thèse sur les déterminants du retard diagnostique de l'endométriose, à partir de l'expérience vécue de médecins généralistes a été réalisée en 2019. Il en ressort que les médecins généralistes se sentaient démunis face à cette pathologie, et ressentaient un manque de temps de consultation pour bien prendre en charge les patientes (45).

La perception des adolescentes et des médecins généralistes sur la consultation gynécologique a été recherchée en région parisienne en 2012 dans une thèse. Les médecins généralistes ressentaient là aussi un manque de temps à consacrer aux adolescentes, dans le cadre d'une consultation où la mise en place d'une relation de confiance est indispensable. Ils exprimaient aussi une formation en gynécologie inadaptée aux adolescentes (46).

Aucune étude publiée dans la littérature ne s'est intéressée à l'évaluation des professionnels de santé face aux dysménorrhées des adolescentes. Ainsi, l'objectif de cette thèse était d'évaluer si les médecins généralistes, sage-femmes et pédiatres de la région Pays de la Loire proposaient une évaluation et une prise en charge des dysménorrhées de l'adolescentes en accord avec les recommandations actuelles. L'objectif secondaire était de pouvoir leur proposer un protocole de prise en charge des dysménorrhées, adapté aux adolescentes et à leur pratique ; et d'informer les adolescentes de Nantes de la possibilité d'en parler à un professionnel de santé.

## II. Matériels et méthodes

### 1. La population

#### a. Population étudiée

La population étudiée dans cette étude regroupait tous les médecins généralistes, les pédiatres et les sage-femmes de la région Pays de la Loire.

#### b. Inclusion

Un questionnaire a été diffusé aux médecins généralistes et pédiatres par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre des médecins de Vendée et l'union des médecins libéraux des Pays de la Loire. Le Dr Isabelle Guemas et le Dr Thomas Blanchais (pédiatres) ont aussi relayé le questionnaire aux pédiatres de la région.

Les conseils départementaux de l'Ordre des sage-femmes de Loire Atlantique, de Vendée et de Mayenne ont accepté de diffusés le questionnaire aux sage-femmes libérales de leur département.

### 2. Questionnaire

Le questionnaire a été rédigé sur Microsoft Forms. Il comprenait 37 questions à réponses qualitatives sans rédaction. Il était anonyme et réalisable en 10 minutes environ.

Le questionnaire était divisé en plusieurs parties. La première partie comprenait les questions nécessaires pour évaluer le profil des professionnels de santé.

Puis une deuxième partie traitait plus largement des consultations avec les adolescentes et la caractérisation des cycles menstruels. Les professionnels de santé qui déclaraient ne pas recevoir habituellement des patientes adolescentes au sujet de leurs règles, n'avaient alors pas accès au reste du questionnaire.

La partie suivante du questionnaire évaluait la caractérisation des dysménorrhées.

Le reste du questionnaire cherchait à analyser les examens complémentaires et les prises en charge de la douleur proposés aux patientes.

Enfin les dernières questions recherchaient si les professionnels de santé avaient recours à un avis gynécologique et s'ils avaient un réseau en place.

Le questionnaire est disponible en annexe 2.

### 3. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel en ligne BiostaTGV.

Toutes les données recueillies étaient qualitatives et ont été analysées par le test exact de Fisher.

Le seuil de significativité retenu est  $p < 0,05$ .

### III. Résultats

Cent vingt-six personnes ont été interrogées du 13 janvier 2021 au 15 avril 2021. Les caractéristiques de la population étudiée sont exposées dans le tableau 1.

1. Tableau 1 : Caractéristiques de la population.

Caractéristiques	N (%)
<b>Catégories professionnelles</b>	
- Médecins généralistes	- 42 (33%)
- Pédiatres	- 15 (12%)
- Sage-femmes	- 69 (55%)
<b>Sexe</b>	
- Femme	- 108 (86%)
- Homme	- 18 (14%)
<b>Age</b>	
- 20-30 ans	- 25 (20%)
- 30-40 ans	- 49 (39%)
- 40-50 ans	- 23 (18%)
- 50-60 ans	- 20 (16%)
- Plus de 60 ans	- 8 (6%)
<b>Mode d'exercice</b>	
- Hospitalier	- 27 (21%)
- Libéral	- 81 (64%)
- Mixte	- 13 (10%)
- Centre de Planification et d'Education Familial	- 5 (4%)
<b>Milieu</b>	
- Urbain	- 40 (32%)
- Rural	- 37 (30%)
- Semi-rural	- 48 (38%)
<b>Département</b>	
- Loire Atlantique	- 60 (48%)
- Maine et Loire	- 3 (2%)
- Mayenne	- 16 (13%)
- Vendée	- 46 (37%)
<b>Formation de gynécologie</b>	
- Diplôme universitaire de gynécologie	- 34 (27%)
- Formation médicale continue	- 29 (23%)
- Diplôme universitaire de gynécologie pédiatrique	- 5 (4%)
- Pas de formation	- 61 (48%)
<b>Fréquence de participation à des conférences ou formations</b>	
- Plusieurs fois par an	- 12 (10%)
- Une fois par an	- 33 (26%)
- Moins d'une fois par an	- 57 (46%)
- Jamais	- 23 (18%)
<b>Rattachement à une faculté de médecine</b>	
- Oui	- 17 (13%)
- Non	- 109 (87%)
<b>Si oui, en tant que</b>	

- Maître de stage universitaire	- 14 (82%)
- Enseignant universitaire	- 2 (12%)
- Ecole de sage-femme	- 1 (6%)

Aucune donnée manquante.

Résultats présentés en effectif (pourcentage).

## 2. Analyse de l'interrogatoire de l'adolescente

### a. Généralités

Parmi les 126 professionnels de santé interrogés, seulement 5 (4%) n'abordaient jamais le sujet des règles. Les raisons évoquées sont qu'ils ne recevaient pas d'adolescentes ou qu'ils ne pratiquaient que des consultations d'obstétriques. Ils n'expliquaient pas cela par une gêne ressentie par le professionnel ou la patiente, ni par un manque de temps. Ces cinq professionnels (un médecin généraliste, un pédiatre et trois sage-femmes) n'ont pas eu accès au reste du questionnaire.

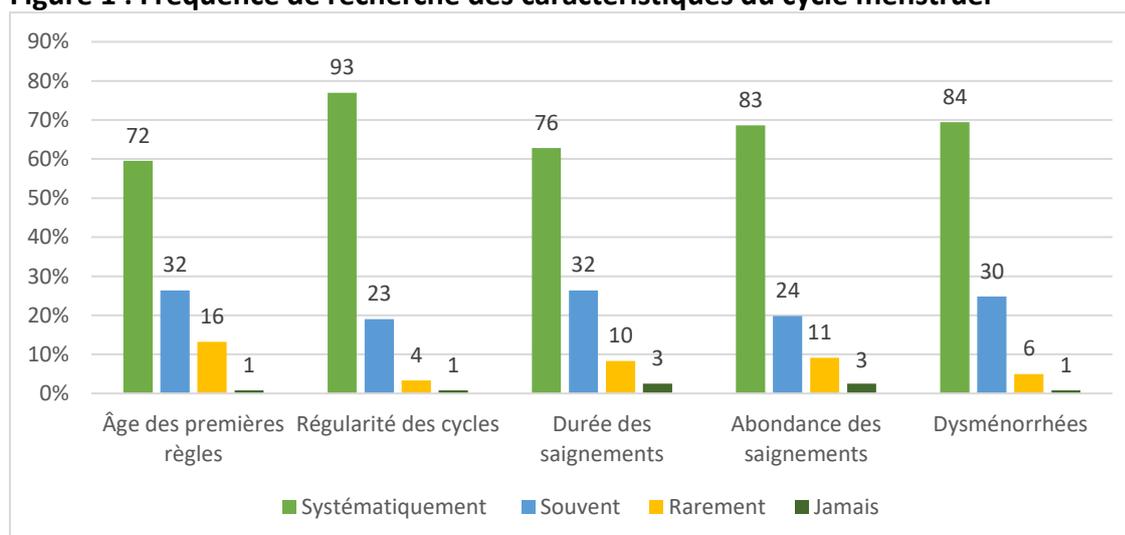
Quatre-vingt-seize professionnels de santé (76%) abordaient ce sujet systématiquement et 25 (20%) seulement si c'était le motif de consultation.

Cent seize professionnels de santé (87%) recherchaient l'existence d'une activité sexuelle (29 professionnels de santé soit 22% même en présence d'un parent, 87 professionnels de santé soit 65% après avoir fait sortir les parents). Treize professionnels de santé (10%) n'interrogeaient pas les adolescentes à ce sujet du fait de la présence des parents. Cinq professionnels de santé (4%) ne le demandaient jamais.

### b. Caractérisation des cycles

Cent-vingt et un professionnels de santé ont réalisé des consultations avec des adolescentes. La fréquence à laquelle ils recherchaient les différentes caractéristiques du cycle menstruel est analysée dans la figure n°1.

**Figure 1 : Fréquence de recherche des caractéristiques du cycle menstruel**



Systématiquement = 100% des consultations - Souvent  $\geq$  50% des consultations- Rarement < 50% des consultations- Jamais = 0% des consultations.

Aucune donnée manquante.

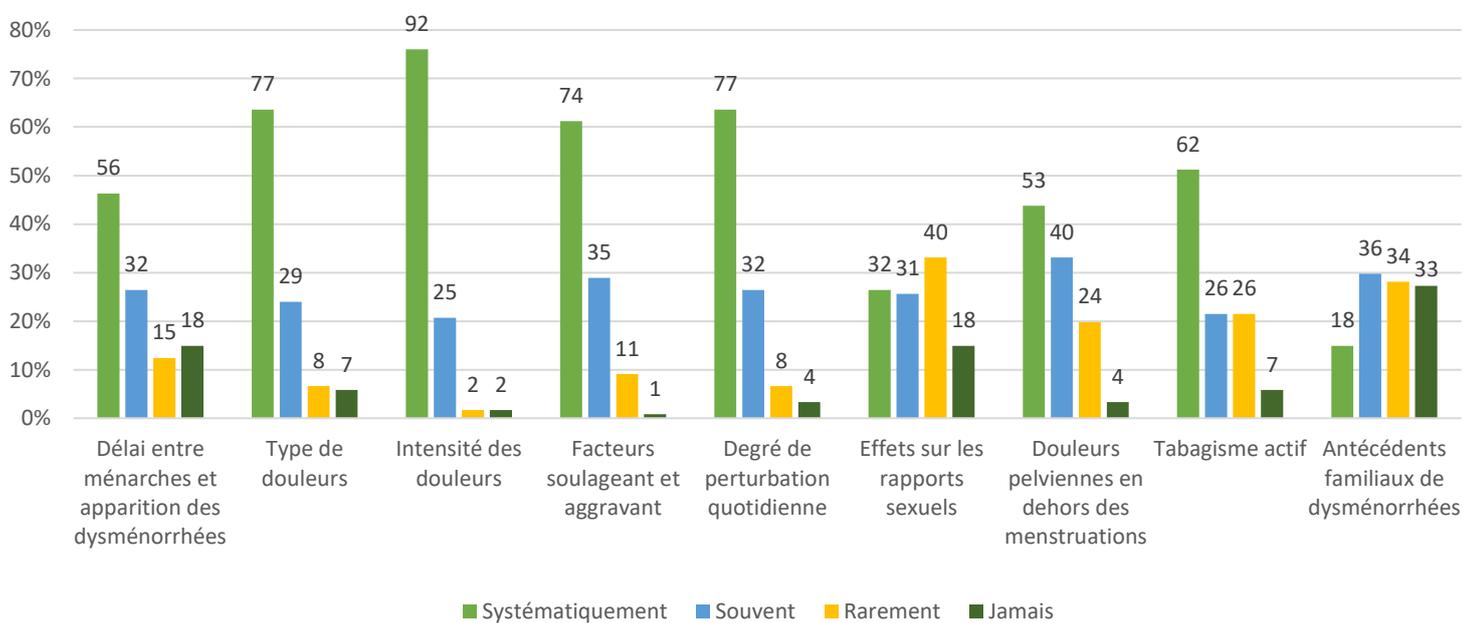
Effectifs affichés au dessus des barres de l'histogramme.

La recherche systématique de dysménorrhées était réalisée plus fréquemment par les sage-femmes (58 réponses soit 87,9% des sage-femmes) que par les médecins généralistes (19 réponses soit 46,3% des médecins généralistes,  $p = 1,07 \times 10^{-5}$ ) et que par les pédiatres (7 réponses soit 50% des pédiatres,  $p = 0,003$ ). Il n'y a pas de différence significative entre les médecins généralistes et les pédiatres ( $p = 0,29$ ).

### c. Caractérisation des dysménorrhées

La fréquence de recherche des différentes caractéristiques de la dysménorrhée est présentée dans la figure 2.

**Figure 2 : Fréquence de recherche des caractéristiques des dysménorrhées**



*Effectifs affichés au dessus des barres de l'histogramme :*

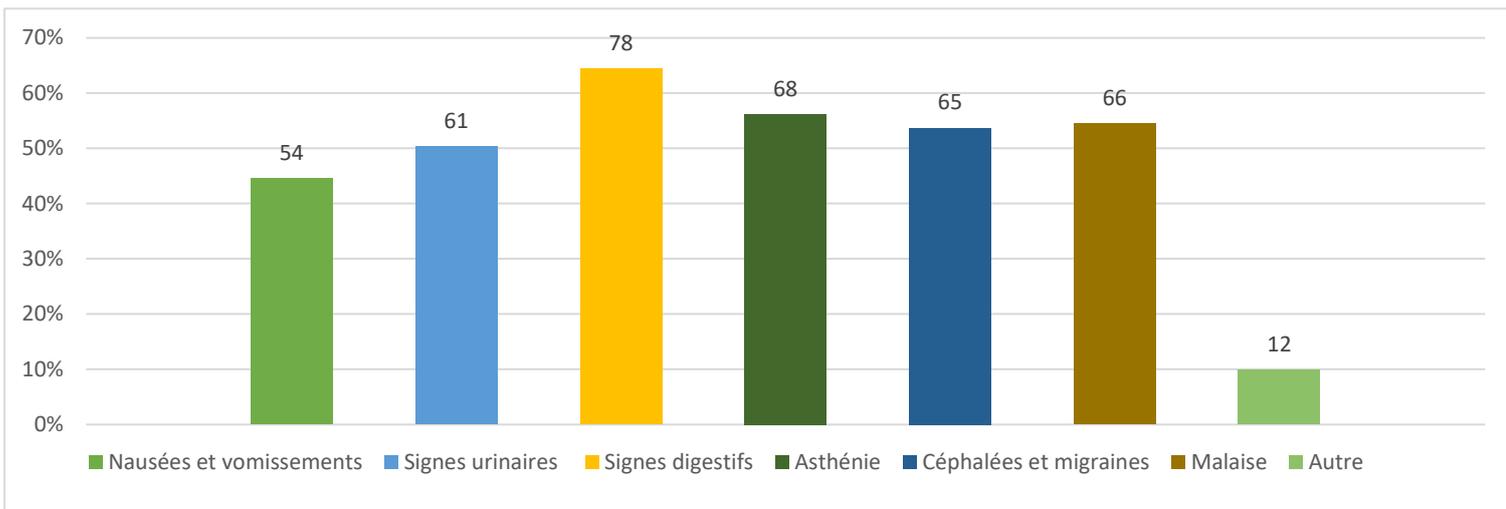
*Systématiquement = 100% des consultations - Souvent  $\geq 50\%$  des consultations - Rarement  $< 50\%$  des consultations - Jamais = 0% des consultations.*

L'intensité de la douleur a été principalement évaluée par l'échelle verbale simple (66 professionnels de santé soit 54,5%), puis par l'échelle numérique (33 professionnels de santé soit 27,2%) et ensuite par l'échelle visuelle analogique (28 professionnels de santé soit 23,1%).

Cent seize professionnels de santé soit plus de 95% évaluaient fréquemment la réponse aux antalgiques de type Paracétamol et anti inflammatoire non stéroïdien. Quarante-huit professionnels de santé soit 39,3% évaluaient fréquemment l'utilisation de méthodes alternatives dans la gestion de la douleur.

Les dysménorrhées sont souvent accompagnées d'autres symptômes. La figure 3 présente la fréquence à laquelle les professionnels de santé recherchaient les symptômes associés aux dysménorrhées.

**Figure 3 : Répartition en pourcentage de la recherche de signes associés aux dysménorrhées**



*Effectifs affichés au dessus des barres de l'histogramme.*

*Autre : troubles de l'humeur, mastodynies, dyspareunies, douleurs irradiantes*

Neuf professionnels de santé (7,4%) ne recherchaient aucun symptôme associé.

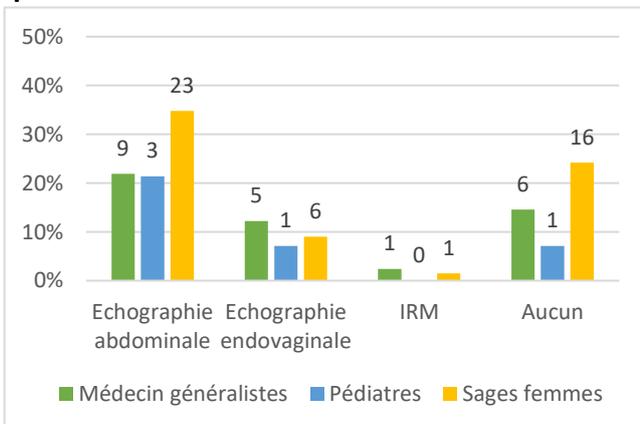
### 3. Analyse de la prise en charge

Trente neuf professionnels de santé (32,2%) pratiquaient un examen gynécologique en première intention, quarante professionnels de santé (33%) le pratiquaient en deuxième intention.

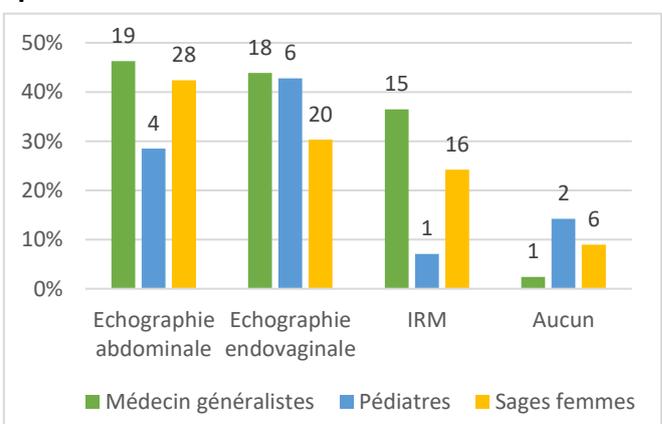
Il n'y a pas de différence significative entre les professions ( $p=0,56$ ).

Les figures 4 permettent de comparer la répartition en pourcentage des examens complémentaires proposés en première et en deuxième intention en fonction de la profession.

**Figure 4a : Examen complémentaire en première intention en fonction de la profession**



**Figure 4b : Examen complémentaire en deuxième intention en fonction de la profession**



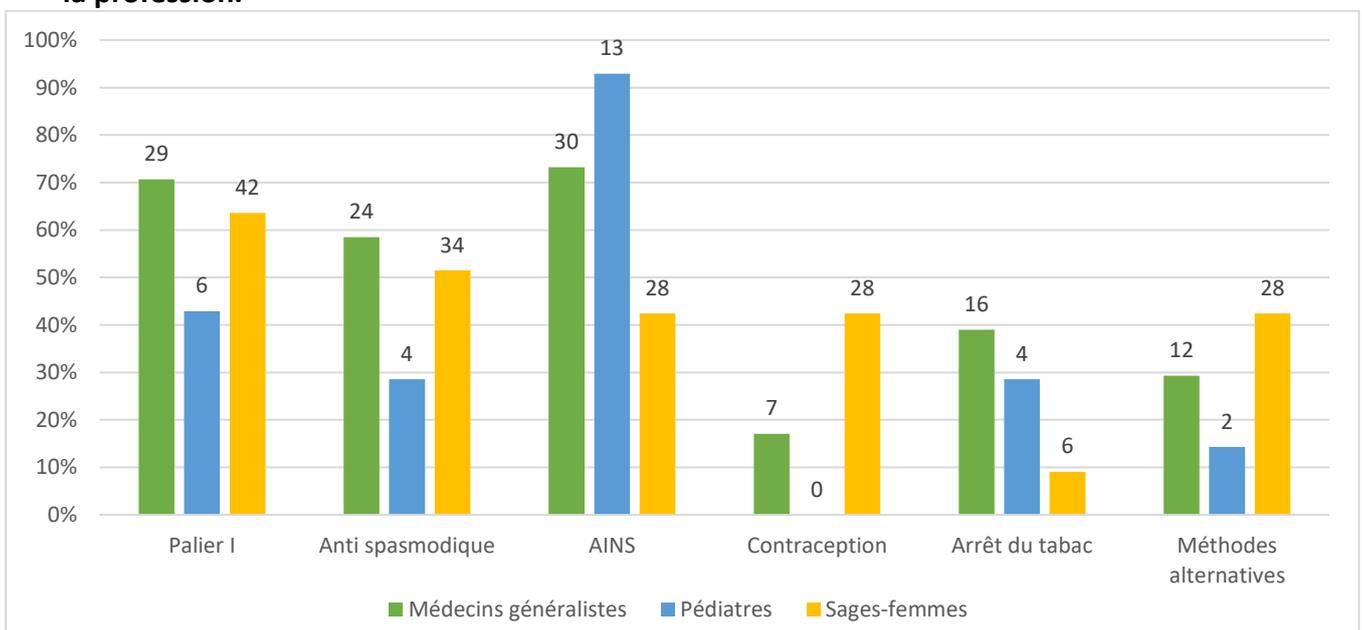
*Effectifs affichés au dessus des barres de l'histogramme*

Il n'y avait pas de différence significative entre les professions dans la prescription d'examens complémentaires en première intention ( $p = 0,81$ ) ou en deuxième intention ( $p = 0,27$ ).

Il n'existait pas non plus de différence significative dans la prescription d'examens complémentaires entre les professionnels de santé ayant eu une formation complémentaire en gynécologie (formation médicale continue, diplôme universitaire de gynécologie, diplôme universitaire de gynécologie pédiatrique) et ceux sans formation complémentaire en première intention ( $p = 0,15$ ) ou en deuxième intention ( $p = 0,37$ ).

Les différentes prise en charge proposées en première intention sont présentées dans la figure 5.

**Figure 5 : Comparaison de la prise en charge proposée en première intention en fonction de la profession.**



*Effectifs affichés au dessus des barres de l'histogramme.  
Les antalgiques de palier II ne sont jamais proposés.*

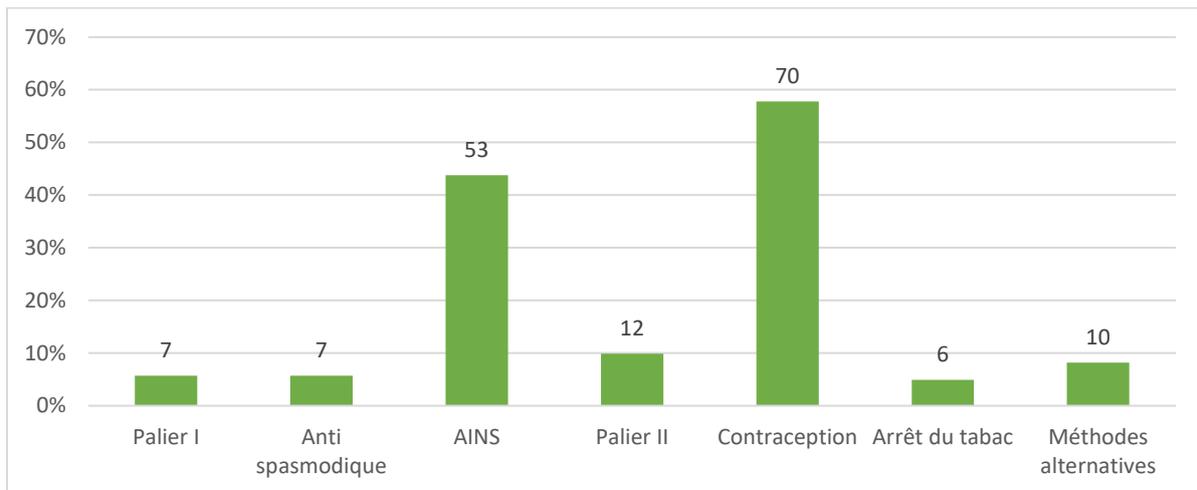
Il existait une différence significative dans la prescription d'antalgiques de type AINS et de contraception par les sages-femmes par rapports aux médecins généralistes ( $p = 0,024$ ) et aux pédiatres ( $p = 0,001$ ). Il n'y avait pas de différence dans la prise en charge proposée par les médecins généralistes et les pédiatres ( $p = 0,19$ ).

Il n'existait pas non plus de différence significative de prise en charge de première intention proposée entre les professionnels de santé ayant eu une formation complémentaire en gynécologie (formation médicale continue, diplôme universitaire de gynécologie, diplôme universitaire de gynécologie pédiatrique) et ceux sans formation complémentaire ( $p = 0,46$ ).

Les antalgiques de palier II n'ont jamais été proposés en première intention.

Les différentes prise en charge antalgique proposées en deuxième intention sont présentées dans la figure 6.

**Figure 6 : Fréquence de la prise en charge proposée en deuxième intention**



*Effectifs affichés au dessus des barres de l'histogramme.*

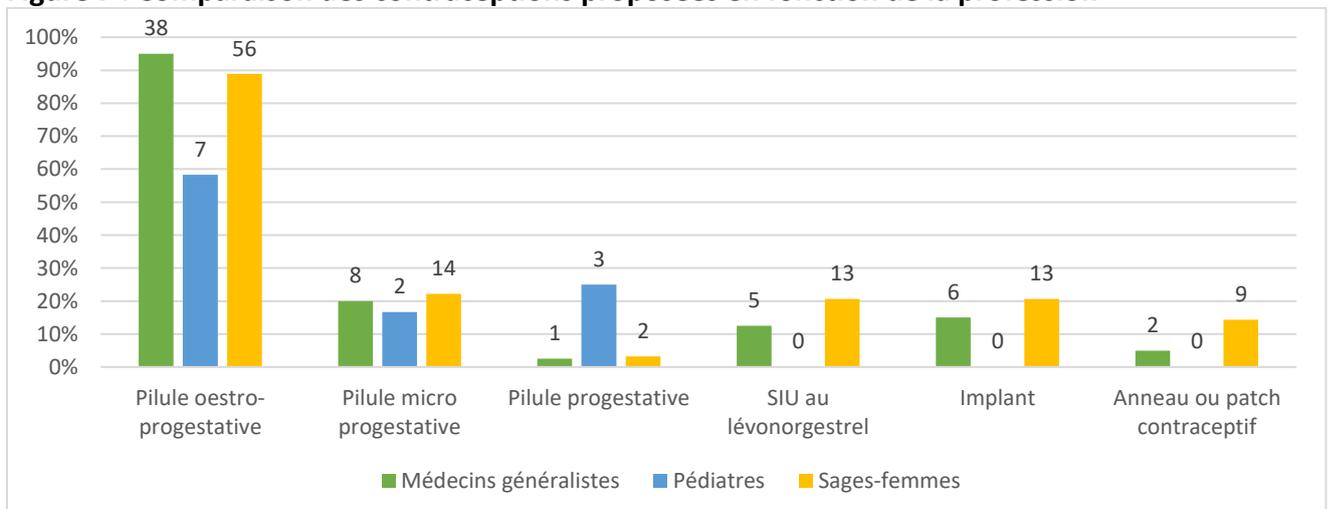
En deuxième intention 53 professionnels de santé (soit 43,8%) demandaient un avis gynécologique et 46 professionnels de santé (soit 38 %) réévaluaient la bonne prise des traitements, sans différence significative en fonction de la profession ( $p = 0,30$ ).

Il n'y avait pas de différence significative dans la prise en charge par antalgiques ou contraception en deuxième intention en fonction de la profession ( $p = 0,72$ ).

Il n'existait pas non plus de différence significative de prise en charge de deuxième intention proposée entre les professionnels de santé ayant eu une formation complémentaire en gynécologie (formation médicale continue, diplôme universitaire de gynécologie, diplôme universitaire de gynécologie pédiatrique) et ceux sans formation complémentaire ( $p = 0,75$ ).

Cent quinze professionnels de santé ont précisé le type de contraception prescrit dans le cadre de dysménorrhées de l'adolescente. Il y a six données manquantes. Les résultats sont présentés dans la figure 7.

**Figure 7 : Comparaison des contraceptions proposées en fonction de la profession**



*Effectifs affichés au dessus des barres de l'histogramme.*

*Les DIU au cuivre ou les macroprogestatifs ne sont jamais proposés.*

Il existait une différence significative des contraceptions proposées par les sages-femmes par rapports aux pédiatres ( $p = 0,02$ ). Il n'existait pas de différence entre les médecins généralistes et les pédiatres ( $p = 0,07$ ) et entre les sages-femmes et les médecins généralistes ( $p = 0,72$ ).

Il n'existait pas non plus de différence significative des contraceptions proposées entre les professionnels de santé ayant eu une formation complémentaire en gynécologie (formation médicale continue, diplôme universitaire de gynécologie, diplôme universitaire de gynécologie pédiatrique) et ceux sans formation complémentaire ( $p = 0,65$ ).

Cent dix-sept professionnels de santé ont évalué la fréquence de refus de la contraception hormonale, il y a quatre données manquantes. Quarante-dix professionnels de santé (soit 77%) ont rarement été confronté à un refus de contraception hormonale, 19 professionnels de santé (soit 16%) l'ont souvent été. Huit professionnels de santé (soit 7%) déclaraient ne jamais recevoir de refus de contraception hormonale. Aucun professionnel de santé n'avait indiqué un refus systématique.

Concernant les méthodes alternatives de prise en charge de la douleur, la majorité des participants proposait l'application locale de chaleur (97 professionnels de santé soit 80%). D'autres méthodes ont fréquemment été proposées : l'acupuncture (39 professionnels de santé soit 32,2%), l'homéopathie (33 professionnels de santé soit 27,2%), l'hypnose (31 professionnels de santé soit 25,6%), la phytothérapie (20 professionnels de santé soit 16,5%) et l'activité sportive (18 professionnels de santé soit 14,8%).

D'autres méthodes alternatives de gestion des douleurs ont été évoquées de manière plus rare : l'ostéopathie (4 professionnels de santé soit 3,3%), la sophrologie (2 professionnels de santé soit 1,6%), les conseils alimentaires et l'aromathérapie (1 professionnel de santé soit 0,8% chacun).

Seulement onze professionnels de santé (9%) ne proposaient pas de méthodes alternatives.

#### 4. Analyse du suivi proposé

Quatre-vingt-dix-neuf professionnels de santé (82%) organisaient systématiquement un suivi. Il était majoritairement prévu entre 3 et 6 mois (68 professionnels de santé soit 69 %) et 25 professionnels de santé (25%) organisaient un suivi précoce avant 3 mois.

Seulement 4 professionnels de santé (3,3%) adressaient systématiquement la patiente à un gynécologue, contre 3 professionnels de santé (2,4%) qui n'adressaient jamais la patiente. Quarante-vingt-cinq professionnels de santé (70,2%) adressaient la patiente si les examens complémentaires étaient anormaux et quatre-vingt professionnels de santé (66,1%) l'adressaient si un traitement de 2<sup>e</sup> intention était nécessaire.

Quatre-vingt-cinq professionnels de santé soit 70,2 % avaient un réseau vers qui adresser la patiente. Ils orientaient les patientes soit vers un centre hospitalier ( 55 professionnels de santé soit 65,4%) soit vers un gynécologue libéral (37 professionnels de santé soit 44%).

Rarement la patiente était orientée vers un centre d'endométriose (2 professionnels de santé soit 2,3%).

Au final, le choix était laissé à la patiente par 28 professionnels de santé soit 33,3%.

Trente-six professionnels de santé soit 30% déclaraient ne pas avoir de réseau. Vingt-trois professionnels de santé soit 63,8% ne savaient pas vers qui orienter la patiente. Dix neuf professionnels de santé soit 52,7% évoquaient un délai de prise en charge par un gynécologue trop long. Trois professionnels de santé soit 8,3% évoquaient un manque de moyen de la patiente. Un professionnel de santé soit 2,7% indique qu'il ne donnait jamais de nom et laissait le choix à la patiente.

## IV. DISCUSSION

Cette thèse est la première à évaluer la prise en charge des dysménorrhées de l'adolescentes par les professionnels de santé autre que gynécologue dans les Pays de la Loire et de proposer des pistes d'amélioration effectives rapidement.

### 1. Analyse des caractéristiques des professionnels de santé évalués

Le questionnaire était adressé à tous les médecins généralistes, pédiatres et sage-femmes de la région Pays de la Loire. Il y a dans la région 4515 médecins généralistes, 335 pédiatres et 564 sage-femmes. Ces chiffres ont été trouvés sur les annuaires des Conseils Nationaux de l'Ordre des médecins et des sage-femmes. Il n'y a pas eu de distinction de pratique libérale ou hospitalière, activité surspécialisée ou non. Il y a seulement eu 126 réponses : 69 sage-femmes soit 12,2% des sage-femmes de la région ; 42 médecins généralistes soit 0,9% des médecins généralistes de la région ; 15 pédiatres soit 4,5% des pédiatres de la région. De ces réponses, aucun professionnel de santé ne provenait du département de la Sarthe et seulement trois de Maine et Loire.

Il est possible que les professionnels de santé n'ayant pas répondu au questionnaire n'aient pas d'activité gynécologique ou de consultation avec des adolescentes et se sentaient moins concernés par le sujet. L'évaluation de l'ensemble des professionnels de la région est donc probablement biaisée. Il aurait été intéressant de connaître le nombre de médecins généralistes et sages femmes qui ont une activité gynécologique pour savoir si les réponses obtenues reflétaient les personnes prenant en charge les adolescentes en gynécologie. Nous n'avons pas accès non plus au nombre de professionnels de santé exerçant une activité gynécologique par département. Cette donnée pourrait révéler s'il existe une pénurie sur un territoire particulier dans la région Pays de la Loire.

Plus de la moitié des réponses provenait de sage-femmes. Or la recherche réalisée par G. Ménage sur l'état des lieux des dysménorrhées des adolescentes de Nantes retrouvait que les collégiennes n'allaient pas consulter de sage-femmes en cas de dysménorrhées (43). De plus les sage-femmes ont un pouvoir de prescription limité par rapports aux médecins généralistes et pédiatres. Elles ne peuvent pas prescrire d'AINS dans le cadre de dysménorrhées en primo-prescription, mais peuvent les renouveler. Elles peuvent prescrire tout type de contraception. Leur droit de prescription d'examen complémentaire est aussi limité. Les sage-femmes ayant répondu au questionnaire ont tout de même indiqué proposer ces traitements ou tout type d'examen complémentaire.

Le taux de réponse au questionnaire est faible. Il est probable que seuls les professionnels de santé les plus intéressés par le sujet des dysménorrhées de l'adolescentes aient répondu.

Le pourcentage de femmes ayant répondu au questionnaire était élevé : 86%. En effet, la moitié des réponses provenait de sage-femmes qui est une profession majoritairement féminine (96,3% de sage-femmes de la région sont des femmes selon les chiffres des conseils départementaux de l'Ordre des sage-femmes). La pédiatrie est également une spécialité essentiellement féminine avec 76,7% des pédiatres de la région étant des femmes (selon les

chiffres du Conseil national de l'Ordre des médecins). Cependant, la répartition hommes-femmes est équilibrée chez les médecins généralistes selon le Conseil national de l'Ordre des médecins (53,3% des médecins généralistes de la région sont des femmes). On peut donc supposer que le questionnaire ait été rempli majoritairement par des femmes car plus sensibilisées à la gynécologie, soit par leur propre expérience, soit par une activité plus orientée vers ce domaine. Ce constat a été rapporté dans une thèse de 2019 par M. Garcia et L. Brochet sur l'exploration des déterminants du retard diagnostique de l'endométriose (45). Dans cette thèse, les médecins généralistes femmes sont plus intéressées par la gynécologie que les hommes. L'intérêt des pathologies gynécologiques plus important chez les médecins femmes dans une population de médecins majoritairement masculine était retenue comme facteur expliquant le retard au diagnostic de l'endométriose.

Plusieurs professionnels de santé ont indiqué être intéressés par notre sujet de thèse au travers des remarques laissées en fin de questionnaire. Ils souhaitaient soit avoir accès à un protocole de prise en charge, soit connaître mieux le réseau d'avis spécialisé de la région. Les professionnels de santé ayant répondu étaient donc probablement intéressés par le sujet et souhaitaient s'améliorer dans le domaine.

## 2. Evaluation de l'interrogatoire des professionnels de santé sur les dysménorrhées

Dans notre étude 69,8% des professionnels de santé évaluaient systématiquement la présence de dysménorrhées chez les adolescentes. Le degré de perturbation quotidienne en lien avec les dysménorrhées était recherché souvent ou systématiquement par 90% des professionnels de santé. L'intensité des douleurs était évaluée par 96,7% des professionnels de santé. L'échelle visuelle analogique était utilisée pour évaluer cette intensité par 23,1% des professionnels de santé. Nos résultats sont concordants avec une étude réalisée en 2015 par M. Cassagne sur l'évaluation et la prise en charge des dysménorrhées lors d'une consultation de contraception par les médecins généralistes de Haute Normandie (44). Dans cette étude 75,8% des médecins généralistes recherchaient systématiquement la présence de douleurs abdominales lors des règles. Les médecins généralistes évaluaient dans 79,1% des cas le retentissement sur la vie quotidienne des patientes. L'intensité des douleurs était évaluée par 83,5% des médecins généralistes. L'échelle visuelle analogique était utilisée pour évaluer cette intensité par 27,5% des médecins généralistes. Plus de 95% des professionnels de santé interrogés dans les deux études évaluaient la réponse aux antalgiques des dysménorrhées. La recherche des dysménorrhées et leur caractérisation était alors assez similaire entre les deux études. Cependant l'étude chez les médecins généralistes de Haute Normandie était dans le contexte d'une consultation de contraception, sans limite d'âge. Ce cadre de consultation de contraception peut orienter l'interrogatoire des médecins généralistes, notamment sur la recherche des dysménorrhées. Aucune précision n'était apportée sur la population cible des adolescentes dans leur étude.

Dans l'étude de 2019 par M. Garcia et L. Brochet sur les déterminants du retard au diagnostic de l'endométriose (45) certains médecins généralistes pensaient qu'il était normal d'avoir des douleurs pendant les règles. Certains médecins pouvaient alors sous-estimer les douleurs que

pouvaient exprimer les femmes. Dans le cadre de la recherche d'endométriose, certains médecins généralistes ont indiqué ne pas rechercher un trouble menstruel par manque de connaissance ou par manque d'intérêt pour la gynécologie. Les médecins généralistes estimaient aussi que les patientes elles même n'évoquaient pas non plus le sujet des dysménorrhées, par banalisation ou tabou. Il ressortait donc de cette étude que la prise en charge des dysménorrhées pouvait être améliorée en sensibilisant les professionnels de santé mais aussi les patientes.

Certains médecins généralistes de notre étude ont évoqué dans les commentaires libres en fin de questionnaire que cette approche n'était pas adaptée à leur pratique réelle. En effet pour les médecins généralistes le temps de consultation était court et les patientes ont souvent de multiples motifs de consultation. L'interrogatoire complet sur les dysménorrhées était alors difficile. Les études de 2019 sur les déterminants du retard au diagnostic de l'endométriose par M. Garcia et L. Brochet (45) et de 2012 sur la perception de la consultation gynécologique par les adolescentes et les médecins généralistes de F. Tassy (46) soulevaient aussi ce problème. Les médecins généralistes de ces études évoquaient un nombre de patient par jour important et un temps de consultation trop court. Ils évoquaient un temps de consultation plus long pour des motifs de gynécologie, notamment avec les adolescentes pour instaurer un climat de confiance. Ce manque de temps pouvait les limiter dans leur prise en charge des troubles gynécologiques de leurs patientes. Dans l'étude sur la perception de la consultation gynécologique par les médecins généralistes et adolescentes, les médecins généralistes évoquaient aussi comme frein que les adolescentes pouvaient être limitées par le paiement et l'autorisation parentale.

Dans notre étude, la majorité des professionnels de santé (87%) recherchaient si la patiente a eu des rapports sexuels. Dans la thèse de F. Tassy sur les perceptions des médecins généralistes et des adolescentes sur la consultation de gynécologie en 2012 (46), les médecins généralistes ressentaient que le manque de temps ou de formation les gênaient sur l'abord des sujets comme la sexualité. Nous avons pourtant dans notre étude un fort taux de recherche de cette activité sexuelle par tous les professionnels de santé. Le fait que les thèses ont été réalisées à près de 10 ans d'écart peut jouer sur l'abord de la sexualité avec les adolescentes. Nous ne savons pas non plus le nombre de médecins généralistes lors de cette étude en région parisienne qui recherchaient tout de même cette activité sexuelle, la gêne n'empêchant pas un interrogatoire complet.

### 3. Evaluation de la prise en charge des dysménorrhées par les professionnels de santé

Le CNGOF a publié en 2005 des recommandations sur les dysménorrhées et leur traitement médical (19). Ils soulignent l'importance de l'interrogatoire pour orienter les dysménorrhées vers une hypothèse primaire ou secondaire. L'examen clinique et l'échographie pelvienne et endovaginale sont à réaliser uniquement dans l'hypothèse de dysménorrhées secondaires. Les traitements proposés par le CNGOF sont les AINS, l'utilisation de progestatif du 15<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle chez les adolescentes, les oestro-progestatifs. Les micropilules progestatives bloquent le cycle hypothalamo-hypophysaire dans 45 à 50% des cas seulement

et ne sont donc pas recommandées. Des antispasmodiques et une aide psychologique peuvent compléter la prise en charge.

Dans notre étude, en première intention les professionnels de santé pratiquaient une palpation abdominale dans 69,4% des cas, un examen gynécologique dans 32,2% des cas et ne faisaient seulement qu'un interrogatoire dans 19% des cas. L'étude portant sur les médecins généralistes de Haute Normandie par M. Cassagne (44) a trouvé que 63,7% d'entre eux faisaient une palpation abdominale, un tiers pratiquait un examen gynécologique et faisaient seulement un interrogatoire dans 20,9% des cas. Nous avons retrouvé ici aussi des chiffres similaires entre les deux études. Cela malgré le fait que l'étude effectuée en Haute Normandie se basait dans le cadre d'une consultation pour contraception et non pour dysménorrhées.

Les dysménorrhées sont principalement primaires, c'est-à-dire sans pathologie pelvienne associée. Il est difficile d'évaluer la proportion de dysménorrhées primaires et secondaires. Une étude sur la prévalence des dysménorrhées chez les lycéennes du Finistère en 2019 retrouvait une prévalence de dysménorrhées primaires à 60,7% et une prévalence de dysménorrhées suspectées secondaires à 3,6% (47). Leur critère pour suspecter une dysménorrhée secondaire était une auto-évaluation des douleurs supérieure ou égale à 7 sur 10 malgré l'utilisation d'antalgiques. Les antalgiques proposés dans cet auto-questionnaire étaient le paracétamol, les antispasmodiques, les AINS et l'utilisation d'une bouillote. La bonne prise de ces antalgiques n'était pas évaluée par le questionnaire. Leur taux suspecté ne correspondait peut-être pas au taux réel de dysménorrhées secondaires chez les adolescentes françaises. Cependant ce taux était très faible. On rappelle qu'un tiers des professionnels de santé interrogés dans notre étude pratiquaient un examen clinique en première intention dans le cadre de dysménorrhées. Il est donc probable que la plupart de ces examens ait été réalisés pour des patientes souffrant de dysménorrhées primaires. L'étude réalisée sur la perception de la consultation de gynécologie auprès des adolescentes par F. Tassy (46) retrouvait que l'examen pelvien était redouté par les adolescentes. Elles avaient peur d'un examen douloureux ainsi que de la possibilité de découvrir une anomalie. L'examen pelvien n'est pas indiqué lorsque les dysménorrhées sont d'allure primaire en première intention. La peur de cet examen est un frein pour les adolescentes à exprimer ces dysménorrhées. Il est alors important de rappeler aux adolescentes que l'examen pelvien n'est pas systématique.

La prise en charge des dysménorrhées par les professionnels de santé de notre étude, en première intention, était principalement représentée par les antalgiques de type AINS, paracétamol et les antispasmodiques. Les sage-femmes proposaient moins souvent que les médecins généralistes et les pédiatres des AINS. Elles n'ont effectivement pas le droit de première prescription de ces antalgiques, mais peuvent les renouveler. La contraception était peu proposée en première intention, pourtant un traitement de référence des dysménorrhées. Le paracétamol est moins efficace que les AINS sur les dysménorrhées. Une étude retrouve qu'un type d'AINS était évalué très efficace par 70,6% des sujets (15). Dans cette même étude le paracétamol était évalué très efficace par 63,1% des sujets. Le paracétamol est significativement moins efficace que les AINS sur les dysménorrhées mais il peut tout de même être suffisamment efficace pour certaines patientes. Cela pouvait

expliquer pourquoi les professionnels de santé ne proposaient pas souvent la contraception en première intention et préféraient proposer une prise en charge par antalgiques simples, mais pas sans contre-indications et effets indésirables.

Dans notre étude la contraception était donc peu utilisée en première intention dans la prise en charge des dysménorrhées. Elle était proposée par 17,1% des médecins généralistes et par 42,4% des sage-femmes. La contraception en première intention n'était pas proposée par les pédiatres ayant répondu au questionnaire. Sur les 14 pédiatres qui ont rempli le questionnaire, 5 d'entre eux ont un diplôme universitaire en gynécologie pédiatrique. Un pédiatre avait indiqué en commentaire en fin de questionnaire que ses patientes sont souvent jeunes, de moins de 15 ans. Les pédiatres ont alors peut-être une patientèle plus jeune, probablement vierge. Elles sont peut-être alors peu réceptives à la possibilité de prendre une contraception.

De plus un professionnel de santé a indiqué en commentaire que les parents étaient souvent plus réticents à la prescription de contraception que les adolescentes elles-mêmes. Dans notre étude les professionnels de santé ont indiqué à 7% ne jamais avoir de refus de contraception par les adolescentes, et 77% en avaient rarement. L'efficacité des antalgiques, une population jeune et vierge et la réticence à la contraception pouvaient être des explications au fait que la contraception était peu proposée en première intention.

Les professionnels de santé de notre étude avaient pu indiquer quel(s) contraception(s) ils proposaient dans le cadre de dysménorrhées. La contraception très majoritairement proposée était la pilule oestro-progestative, à 95% par les médecins généralistes, 88,9% par les sage-femmes et à 58,4% par les pédiatres. Dans l'étude de Haute Normandie sur la prise en charge des dysménorrhées en consultation de contraception par M. Cassagne (44), la pilule oestro-progestative était également la plus souvent proposée. Elle l'était en revanche moins souvent que dans notre étude, à 62,6%. L'étude sur les perceptions des adolescentes et des médecins généralistes sur la consultation de gynécologie par F. Tassy (46) retrouvaient aussi que les médecins généralistes favorisaient le choix de la pilule par l'adolescente. La pilule oestro-progestative est bien une contraception à proposer en première intention dans le cas de dysménorrhées. Elle est plus efficace que les contraceptions par microprogestatifs et est mieux tolérée par les patientes car moins responsable d'effets secondaires de type spotting ou acné. Les anneaux et patchs peuvent être prescrits en deuxième intention s'il y a une mauvaise tolérance des pilules de 2<sup>ème</sup> génération. Les recommandations de bonne pratique de l'HAS de 2019 (47) rappellent que l'âge de la patiente ne doit pas limiter le choix de la méthode contraceptive. Il y est bien précisé que les pilules oestro-progestatives de 2<sup>ème</sup> génération, les progestatifs (pilule ou implant) et les DIU (cuivre ou au lévonorgestrel) sont des contraceptions possibles pour les adolescentes, même nulligestes.

Si les dysménorrhées persistent malgré un traitement bien conduit, que ce soient des antalgiques ou une contraception, il est conseillé de rechercher une cause organique. L'endométriose est la cause principale des dysménorrhées secondaires. L'HAS et le CNGOF ont publié des recommandations de pratique clinique sur le diagnostic et le traitement médical de l'endométriose en 2017 (23). Les examens de première intention pour le diagnostic sont l'examen clinique gynécologique si possible et l'échographie pelvienne. Les examens de

deuxième intention sont pratiqués par des professionnels de santé référents. Ils peuvent être un examen clinique, une échographie endovaginale, une IRM pelvienne. D'autres causes de dysménorrhées secondaires sont les malformations utéro-vaginale, elles aussi diagnostiquées par l'examen clinique et l'échographie.

Un tiers des professionnels de santé interrogés dans cette étude pratiquait un examen pelvien clinique en deuxième intention. Parallèlement, 66.1 % des professionnels de santé adressaient la patiente à un gynécologue si un traitement de deuxième intention était nécessaire. Les professionnels de santé interrogés, notamment les pédiatres et médecins généralistes, n'ont pas forcément une salle d'examen ou une table adaptée à l'examen gynécologique. Il se peut aussi qu'ils ne soient pas à l'aise avec cet examen chez une adolescente. Le premier examen gynécologique étant un moment redouté. Dans la thèse de F. Tassy sur la perception de la consultation gynécologique chez les adolescentes et les médecins généralistes (46), ces derniers indiquaient respecter le refus de la patiente de se faire examiner. Cependant en cas de nécessité ou d'urgence, ils rappelaient à la patiente la nécessité de l'examen et l'incitaient à aller consulter un autre professionnel de santé. De plus l'âge des premiers rapports des femmes en France est en moyenne de 17,6 ans (48), les adolescentes sont alors souvent vierges et ne peuvent donc pas bénéficier d'un examen pelvien. Ces nombreuses raisons pouvaient expliquer que l'examen pelvien était peu réalisé en deuxième intention, malgré le fait qu'il soit recommandé.

En deuxième intention les professionnels de santé de notre étude prescrivaient plus souvent une échographie abdominale ou endovaginale. L'IRM pelvienne était aussi prescrite (à 36.5% par les médecins généralistes, 24.2% par les sage-femmes et seulement 7.1% par les pédiatres).

Dans notre étude, 30% des professionnels de santé déclaraient ne pas avoir de réseau pour adresser leur patiente en cas d'avis spécialisé nécessaire. Les raisons évoquées étaient de ne pas savoir vers qui orienter la patiente, les délais trop longs de consultation gynécologique, un manque de moyen de la patiente. L'étude sur les déterminants du retard au diagnostic de l'endométriose par M. Garcia et L. Brochet (45) retrouvait aussi le délai long d'accès aux spécialistes comme facteur expliquant ce retard. Ils évoquaient aussi dans cette étude un manque de gynécologue.

Il ressortait aussi de notre étude que 48% des professionnels de santé n'avaient pas de formation supplémentaire en gynécologie. Cinquante-quatre % des professionnels de santé avaient une formation supplémentaire (DU de gynécologie, DU de gynécologie pédiatrique, FMC). Leurs prises en charge ne différaient pas significativement selon ce critère. La prise en charge proposée qui ressortait de cette étude était une prise en charge assez semblable aux recommandations. Effectivement l'examen pelvien était peu proposé en première intention, les examens d'imagerie aussi. La prise en charge antalgique proposée était représentée par les antalgiques simples en première intention (paracétamol, Spasfon et AINS) et par les AINS et la contraception en deuxième intention. Les examens d'imagerie étaient plus proposés en deuxième intention. Ces attitudes correspondaient aux recommandations de bonne pratique de prise en charge des dysménorrhées.

Dans l'étude sur la perception de la consultation de gynécologie par F. Tassy (46), les médecins généralistes regrettaient une formation initiale absente ou inadaptée à la gynécologie de l'adolescente. Ils évoquaient comme amélioration possible une formation plus axée sur la gynécologie et moins obstétricale lors du parcours universitaire. Certains exprimaient aussi un souhait de formation continue sur la contraception et les troubles menstruels.

#### 4. Propositions ou pistes d'amélioration

Les dysménorrhées de l'adolescentes sont fréquentes et pourvoyeuses de perturbation de la vie quotidienne. Il est important de les rechercher systématiquement. Il faut ensuite pouvoir les traiter efficacement, selon les recommandations actuelles.

À la suite de ce travail de thèse nous pouvons constater que beaucoup de professionnels de santé semblent manquer d'un réseau d'avis spécialisé.

L'objectif secondaire de cette thèse était donc de proposer un protocole de prise en charge des dysménorrhées de l'adolescente, destiné à tous les professionnels de santé de la région ayant des consultations avec des adolescentes (annexe 3).

La diffusion du protocole ainsi que la mise en place de nouvelles formations vont permettre l'amélioration de leur formation en gynécologie spécifique pour l'adolescente. Cela permet aussi de les informer des possibilités de recours. Ainsi, si la prise en charge des dysménorrhées de l'adolescente reste tout de même difficile, le CHU de Nantes propose des consultations de gynécologie spécialisées pour les adolescentes. Si besoin, le CHU de Nantes propose aussi de répondre aux questions des différents professionnels de santé directement, sans automatiquement passer par une consultation. Il a aussi été nouvellement mis en place une réunion mensuelle au CHU sur les contraceptions difficiles.

De plus, le retour aux professionnels de santé de la thèse sera également un moyen de leur rappeler qu'il existe une cotation NGAP : la première consultation de contraception et de prévention. Cette consultation est au tarif de 46 €, prise en charge à 100% au titre de l'Assurance Maladie obligatoire, avec dispense d'avance de frais. Cette consultation est réalisable par un médecin généraliste, un pédiatre, une sage-femme ou un gynécologue. Elle est ouverte à toutes les patientes mineures. Durant cette consultation le professionnel de santé informe sur les différentes contraceptions et sur les maladies sexuellement transmissibles. Cette cotation peut permettre au professionnel de santé de valoriser une consultation souvent plus longue. De plus la dispense d'avance de frais peut, elle aussi, lever un frein à la consultation pour l'adolescente.

Une thèse sur l'état des lieux des dysménorrhées des adolescentes à Nantes a été réalisé en parallèle par G. Ménage (43). Nous avons en collaboration avec cette interne de médecine générale et la cellule de communication du CHU réalisé une affiche d'informations pour les adolescentes (annexe 4). Cette affiche invite les adolescentes à parler à un professionnel de santé de leur choix si elles souffrent de trouble des règles. Il est indiqué sur cette affiche que l'examen clinique n'est pas obligatoire et donne le lien vers le site du CHU. Le but est d'améliorer l'accès aux informations des adolescentes, ainsi que de les rassurer sur la consultation de gynécologie.

## V. CONCLUSION

Les dysménorrhées sont fréquentes chez les adolescentes. La prévalence exacte est difficile à évaluer, elles peuvent toucher de 50 à 90% des adolescentes. Les dysménorrhées sont principalement primaires. Les dysménorrhées primaires ou secondaires sont parfois sévères et sont une source majeure d'absentéisme scolaire. Elles doivent être recherchées systématiquement auprès des adolescentes.

Cette étude évaluait la prise en charge des dysménorrhées de l'adolescente par les médecins généralistes, pédiatres et sage-femmes des Pays de la Loire. L'évaluation des cycles menstruels et la recherche systématique de dysménorrhées et de ses caractéristiques est satisfaisante. Globalement les prises en charges étaient équivalentes en fonction des professionnels interrogés (sage-femmes, médecins généralistes et pédiatres). Les antalgiques les plus proposés sont le paracétamol, les antispasmodiques et les AINS. La contraception est proposée en deuxième intention et est majoritairement représentée par la pilule oestro-progestative. L'examen pelvien et les examens complémentaires d'imagerie sont peu proposés en première intention. Ces attitudes correspondent aux recommandations.

Cette thèse a permis l'élaboration d'un protocole de prise en charge des dysménorrhées de l'adolescente, adapté à tous les professionnels de santé avec la possibilité d'adresser les patientes au CHU si la prise en charge en externe est insuffisante. Nous avons aussi créé une affiche d'information à destination des adolescentes. L'objectif étant de former et sensibiliser les professionnels de santé ainsi que les adolescentes.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Organisation mondiale de la santé – Adolescent health [Internet]. Available from : [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1).
- (2) Lalys L, Pineau J-C. Age at menarch in a group of French schoolgirls. *Pediatr Int*. 2014 Aug ; 56(4) :601-4.
- (3) De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Mauro B, Buzi F, De Sanctis C, Tonin G, Rigon F, Perissinotto E. Primary dysmenorrhea in adolescents : Prevalence, impact and recent knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2015 Dec ;13(2) :512-20.
- (4) Sultan C, Gaspari L, Paris F. Adolescent dysmenorrhea. *Endocr Dev*. 2012;22:171-180.
- (5) Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: from pathophysiology to pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother*. 2008 Oct;9(15):2661-72.
- (6) ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol*. 2018 Dec;132(6):e249-e258.
- (7) Borghese B, Santulli P, Marcellin L, Chapron C. Définition, description, formes anatomo-cliniques, pathogénèse et histoire naturelle de l'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS [Definition, description, clinicopathological features, pathogenesis and natural history of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018 Mar;46(3):156-167.
- (8) Le Manuel MSD – Disménorrhée [Internet]. Available from : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/troubles-menstruels/dysm%C3%A9norrh%C3%A9e>.
- (9) Daraï E, Ploteau S, Ballester M, Bendifallah S. Endométriose : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique [Pathogenesis, genetics and diagnosis of endometriosis]. *Presse Med*. 2017 Dec;46(12 Pt 1):1156-1165.
- (10) ESHRE - Guideline on the management of women with endometriosis [Internet]. Available from : <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline/>
- (11) Guerriero S, Saba L, Pascual MA, Ajossa S, Rodriguez I, Mais V, Alcazar JL. Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018 May;51(5):586-595.
- (12) Vidal – Bien utiliser les anti-inflammatoire non stéroïdiens [Internet]. Available from : <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/bon-usage/paracetamol-aspirine-ains/anti-inflammatoires-non-steroidiens-ains.html>.

- (13) Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 30;2015(7):CD001751.
- (14) Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother*. 2012 Oct;13(15):2157-70.
- (15) Daniels SE, Paredes-Diaz A, An R, Centofanti R, Tajaddini A. Significant, long-lasting pain relief in primary dysmenorrhea with low-dose naproxen sodium compared with acetaminophen: a double-blind, randomized, single-dose, crossover study. *Curr Med Res Opin*. 2019 Dec;35(12):2139-2147.
- (16) Vidal – Bien utiliser le paracétamol [Internet]. Available from : <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/bon-usage/paracetamol-aspirine-ains/paracetamol.html>.
- (17) Windisch KA, Kreek MJ. Review of addiction risk potential associated with adolescent opioid use. *Pharmacol Biochem Behav*. 2020 Nov;198:173022.
- (18) Amat L, Bulach A, Leclercq M, Mesrine S, Scheffler F, Sperandeo D, Scheffler M. Bénéfices non contraceptifs des contraceptions. RPC Contraception CNGOF [Additional non-contraceptive effects of contraception: CNGOF Contraception Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018 Dec;46(12):883-888.
- (19) CNGOF – Les dysménorrhées et leur traitement médical [Internet]. Available from : [http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Journes%20nationales/MAJ%20en%20GO/2005/Gynecologie%20medicale/2005\\_GM\\_137\\_pelissier.pdf](http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Journes%20nationales/MAJ%20en%20GO/2005/Gynecologie%20medicale/2005_GM_137_pelissier.pdf)
- (20) Osuga Y, Hayashi K, Kanda S. Long-term use of dienogest for the treatment of primary and secondary dysmenorrhea. *J Obstet Gynaecol Res*. 2020 Apr;46(4):606-617.
- (21) Cromer BA, Bonny AE, Stager M, Lazebnik R, Rome E, Ziegler J, Camlin-Shingler K, Secic M. Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: a 24-month prospective study. *Fertil Steril*. 2008 Dec;90(6):2060-7.
- (22) Intrauterine Devices: Effective Contraception with Noncontraceptive Benefits for Adolescents
- (23) HAS - Prise en charge de l'endométriose [Internet]. Available from : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose).
- (24) Qin LL, Hu Z, Kaminga AC, Luo BA, Xu HL, Feng XL, Liu JH. Association between cigarette smoking and the risk of dysmenorrhea: A meta-analysis of observational studies. *PLoS One*. 2020 Apr 15;15(4):e0231201.
- (25) Shi Y, Weingarten TN, Mantilla CB, Hooten WM, Warner DO. Smoking and pain: pathophysiology and clinical implications. *Anesthesiology*. 2010 Oct;113(4):977-92.
- (26) Elboim-Gabyzon M, Kalichman L. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for Primary Dysmenorrhea: An Overview. *Int J Womens Health*. 2020 Jan 8;12:1-10.

- (27) Carroquino-Garcia P, Jiménez-Rejano JJ, Medrano-Sanchez E, de la Casa-Almeida M, Diaz-Mohedo E, Suarez-Serrano C. Therapeutic Exercise in the Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther*. 2019 Oct 28;99(10):1371-1380.
- (28) Jo J, Lee SH. Heat therapy for primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis of its effects on pain relief and quality of life. *Sci Rep*. 2018 Nov 2;8(1):16252.
- (29) Woo HL, Ji HR, Pak YK, Lee H, Heo SJ, Lee JM, Park KS. The efficacy and safety of acupuncture in women with primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jun;97(23):e11007.
- (30) Alizadeh Charandabi SM, Biglu MH, Yousefi Rad K. Effect of Homeopathy on Pain Intensity and Quality Of Life of Students With Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2016 Aug 9;18(9):e30902.
- (31) Ghosh S, Ravindra RK, Modak A, Maiti S, Nath A, Koley M, Saha S. Efficacy of individualized homeopathic medicines in primary dysmenorrhea: a double-blind, randomized, placebo-controlled, clinical trial. *J Complement Integr Med*. 2021 Jun 3.
- (32) Nasiadek M, Stragierowicz J, Klimczak M, Kilanowicz A. The Role of Zinc in Selected Female Reproductive System Disorders. *Nutrients*. 2020 Aug 16;12(8):2464.
- (33) Proctor ML, Murphy PA. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(3):CD002124.
- (34) Sadeghi N, Paknezhad F, Rashidi Nooshabadi M, Kavianpour M, Jafari Rad S, Khadem Haghghian H. Vitamin E and fish oil, separately or in combination, on treatment of primary dysmenorrhea: a double-blind, randomized clinical trial. *Gynecol Endocrinol*. 2018 Sep;34(9):804-808.
- (35) O'Connell K, Davis AR, Westhoff C. Self-treatment patterns among adolescent girls with dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006 Aug;19(4):285-9.
- (36) Sahin N, Kasap B, Kirli U, Yeniceri N, Topal Y. Assessment of anxiety-depression levels and perceptions of quality of life in adolescents with dysmenorrhea. *Reprod Health*. 2018 Jan 26;15(1):13.
- (37) Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. *Obstet Gynecol*. 2020 Nov;136(5):1047-1058.
- (38) LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 47. 2019-1446 Dec 24, 2019.
- (39) Ameli – Contraception [Internet]. Available from : [https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/contraception#text\\_12977](https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/contraception#text_12977)

- (40) Lghoul S, Loukid M, Hilali MK. Prevalence and predictors of dysmenorrhea among a population of adolescent's schoolgirls (Morocco). Saudi J Biol Sci. 2020 Jul;27(7):1737-1742.
- (41) Söderman L, Edlund M, Marions L. Prevalence and impact of dysmenorrhea in Swedish adolescents. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Feb;98(2):215-221.
- (42) Hernio CI, Delpech-Dunoyer G, Courtois-Communier E, Merviel P. Disménorrhées primaires et ressources psychologiques mises en jeu par les adolescentes : étude observationnelle auprès de 247 lycéennes dans le Finistère. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2021 Jun 5:S2468-7189(21)00157-4.
- (43) Ménage G. Etats des lieux des dysménorrhées chez les collégiennes de 4<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> de Nantes : étude descriptive (en cours).
- (44) Cassagne M. Évaluation et prise en charge des dysménorrhées lors d'une consultation de contraception par les médecins généralistes de Haute Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2015. ffdumas-01235795f
- (45) Garcia M, Brochet L. Exploration des déterminants du retard diagnostique de l'endométriose, à partir de l'expérience vécue de médecins généralistes.
- (46) Tassy F. Consultation pour motif gynécologique : perceptions d'adolescentes et de médecins généralistes, en région parisienne, en 2012.
- (47) HAS - Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Available from : [https://has-sante.fr/jcms/c\\_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg](https://has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg)
- (48) Bozon M. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. Population et société. 2003 Jun

## VII. TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population.

## VIII. FIGURES

Figure 1 : Fréquence de recherche des caractéristiques du cycle menstruel

Figure 2 : Fréquence de recherche des caractéristiques des dysménorrhées

Figure 3 : Répartition en pourcentage de la recherche de signes associés aux dysménorrhées

Figure 4a : Examen complémentaire en première intention en fonction de la profession

Figure 4b : Examen complémentaire en deuxième intention en fonction de la profession

Figure 5 : Comparaison de la prise en charge proposée en première intention en fonction de la profession.

Figure 6 : Fréquence de la prise en charge proposée en deuxième intention.

Figure 7 : Comparaison des contraceptions proposées en fonction de la profession

## IX. ANNEXES

### 1. Protocole HUG

 <b>HUG</b> Hôpitaux Universitaires Genève Département de gynécologie et d'obstétrique	<b>Type de document :</b> <i>Document départemental</i> <b>Sous type :</b> <i>Fiche d'attitude</i>	<b>Nombre de pages :</b> <i>1/6</i>
<b>DYSMÉNORRHÉE</b>	<b>N° de la version :</b> <i>2</i>	<b>Portée :</b> <i>Service de Gynécologie</i>
<b>Rédacteur(s) et date de modification :</b> <i>Dre M. Badda, août 2020</i>	<b>Responsable du document :</b> <i>Dre M. Yaron, Dr P. Dallenbach, Dre L Aerts</i>	<b>Approuvé par :</b> <i>Prof P. Petignat Dre M. Yaron</i>

#### DÉFINITION :

Douleurs pelviennes, médianes ou bilatérales, qui accompagnent les règles.

#### Classée entre :

**Dysménorrhée primaire :** Douleur pendant les règles, en l'absence d'une pathologie pelvienne démontrables.

**Dysménorrhée secondaire :** Douleur pendant les règles, associée à une pathologie pelvienne sous-jacente (*par exemple : endométriose*).

**Douleurs cycliques pelviennes pendant  $\geq 6$  mois** qui mènent à l'interruption les activités quotidiennes

#### ÉPIDÉMIOLOGIE :

Pathologie la plus fréquente chez les adolescentes et femmes en âge de procréation. Entre 40 et 90 % des femmes souffrent de la dysménorrhée.

La dysménorrhée toucherait près de 50 % des femmes de moins de 30 ans.

Près de la moitié des femmes ont été absentes au moins une fois dans leur vie à l'école ou au travail à cause de la dysménorrhée.

La dysménorrhée primaire est plus fréquente entre 15 et 19 ans, puis recule par la suite. Seulement 10% des adolescentes souffrent de dysménorrhée secondaire.

Trop souvent les femmes ne signalent pas leurs douleurs et ne reçoivent pas les soins nécessaires.

#### FACTEURS DE RISQUE :

- Cycles ovulatoires
- Antécédent familial
- Ménarche avant 12 ans
- Syndrome pré-menstruel
- Saignement important
- Règles prolongées
- Carence en OMEGA 3
- Autres syndromes de douleurs chroniques
- Antécédent d'abus sexuel

## PATHOPHYSIOLOGIE :

**A l'origine d'une dysménorrhée primaire :** Suite à la libération de l'inhibition par la progestérone à la fin de la phase lutéale, la production d'acide arachidonique augmente ainsi que l'enzyme cyclooxygénase (COX) et l'activité de la synthase prostanoïde et en conséquence la production de prostaglandines↑. La production de prostaglandine endométriale provoque une augmentation des contractions utérines et une ischémie myométriale relative, ainsi que les douleurs.

La présence de comorbidités telles que des troubles douloureux idiopathiques (côlon irritable, vulvodynie, dyspareunie et fibromyalgie) avec la dysménorrhée primaire est fréquente.

**Les dysménorrhées secondaires** relèvent principalement d'une cause organique, comme les anomalies congénitales obstructives (hymen non perforé, diaphragme vaginal, hypoplasie utérine, utérus cloisonné, obstacle cervical); endométriose ou adénomyose; infection pelvienne; etc.

## SYMPTÔMES :

- Douleurs abdomino-pelviennes de type crampiformes vs coliques
- Douleurs semblables aux contractions dans la région supra-pubique, dorsale et lombosacrée, et de la cuisse antérieure
- Inappétence
- Céphalées
- Nausées et vomissements
- Diarrhées
- Asthénie
- Insomnie
- Douleurs généralisées
- Irritabilité et nervosité

La douleur d'une dysménorrhée primaire se manifeste avant ou avec le début des menstruations et dure environ 2 à 3 jours. Les douleurs sont intermittentes, variables en intensité et caractéristiques sur plusieurs cycles.

Les douleurs associées à une dysménorrhée secondaire peuvent se déclencher 1 à 2 semaines avant les menstruations et durer après l'arrêt du saignement, ou débiter à mi-cycle.

## DIAGNOSTIC :

Diagnostic clinique basé sur l'anamnèse détaillée des symptômes caractéristiques avec un examen clinique sans évidence ou suspicion de pathologie pelvienne sous-jacente.

**US systématique dès la 1<sup>ère</sup> consultation**, pour écarter une cause de dysménorrhée secondaire (kyste, endométriome, fibrome, etc).

En général, aucun autre examen complémentaire de type biologique, imagerie ou laparoscopique n'est nécessaire afin de poser le diagnostic de dysménorrhée primaire.

En cas de dysménorrhée primaire, l'examen pelvien est normal. L'examen pelvien n'est pas nécessaire s'il y a une absence d'activité sexuelle chez l'adolescente, mais un US est conseillé.

En cas de dysménorrhée secondaire, l'examen pelvien peut être normal mais ne l'est souvent pas, évoquant la pathologie associée, par exemple :

- **Adénomyose** : utérus globuleux et mou,
- **Utérus myomateux** : utérus agrandi avec contours irréguliers,
- **Endométriose** : palpation de nodules, déplacement cervical, endométriome palpable
- Etc.

## **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :**

### **Si test de grossesse négatif :**

- Syndrome prémenstruel
- Endométriose
- Adénomyose
- Adhérences
- Infection pelvienne haute
- Abscès tubo-ovarien
- Masses ovariennes (bénigne ou néoplasique)
- Polypes
- Fibromes
- Congestion pelvienne

## **EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :**

Selon les cas, afin d'exclure une pathologie pelvienne associée :

- FSC
- Stick urinaire
- Frottis bactériologiques (recherche d'infection)
- US pelvien gynécologique : Identification des organes, leur aspect, recherche d'anomalies
- IRM (rarement un CT)
- Laparoscopie (en cas de suspicion d'endométriose, par exemple)
- Hystéroscopie

## **PRISE EN CHARGE :**

### **Antalgiques et Antispasmodiques**

En première intention pour dysménorrhée légère-moderée. Paracétamol (Dafalgan ou Panadol) : 1g 4x/jour maximum. Paracétamol et Codéine (Co-Dafalgan ou Co-Becetamol / -forte) : 1 à 3 gélules/jour dès 15 ans → A proposer en cas de contre-indication aux AINS.

### **AINS (traitement de choix) :**

Traitement de référence, efficace dans 70 à 90 % des cas, débiter 48 h avant, la veille ou au début des règles pour réduire le substrat COX et réduire le flux menstruel. Traitement court (3 jours), à prendre avec les repas, afin d'éviter les effets secondaires.

### **Contre-indication aux AINS :**

Antécédent d'ulcères gastroduodénaux, maladies hépatiques ou rénales graves, maladies allergiques (asthme).

### **Schéma conseillé :**

Toujours commencer par proposer comme AINS initial, l'acide phénylpropionique (ibuprofène), ensuite en second temps, si peu ou pas d'effets, proposer un fénamate (Mefénacid, Ponstan). En effet quelques études (mais pas encore assez probantes) montrent que les fenamates seraient plus efficaces que l'acide phénylpropionique (1-3). Garder le Naproxène en dernier.

### Exemples :

- Ibuprofène (Algifor, Brufen, Irfen) 200-600mg 3-4x/jour selon besoin
    - Acide méfénamique (Méfénacide ou Mephadolor, Spiralgine) 500 mg dose initiale, puis 250 mg 4x/jour maximum, 3 jours de traitement
    - Naproxène (Aleve, Naproxène-mepha, Proxen, Apranax) 440-550 mg dose initiale, puis 220 – 275 mg 3x/jour
  - Célécoxib (Celebrex, celex- alpha TM 100) (COX-2-inhibiteur) 400 mg dose initiale puis 200mg 2x/jour (si > 18 ans) → Les Anti Cox-2 sont à réserver *en cas de contre-indication aux autres AINS et pour les patientes qui souffrent de diathèse hémorragique et ce en raison de potentiels effets secondaires graves (surtout chez les patientes hypertendues).*
- **Attention**, en cas de désir de conception, noter que les AINS peuvent aussi retarder l'ovulation (4-6) en particulier les anti-Cox2 (étant donné que les prostaglandines jouent un rôle dans le phénomène d'ovulation).

Si sous AINS et après 3 à 6 mois de traitement, aucune amélioration n'est constatée, il faut effectuer une évaluation complémentaire et une recherche de pathologie pelvienne.

### TRAITEMENT HORMONAL :

- Contraception par Progestatif – pour réduire la douleur et supprimer l'extension anatomique des lésions endométriosiques dû à l'effet anti-inflammatoire, anti-angiogénique et à la diminution de l'expression des métalloprotéinases → diminution du processus invasif des implants endométriosiques (moins efficace).
- Contraception orale combinée (COC) (Dose d'oestrogène la plus faible possible).
- Disménorrhée généralement améliorée avec l'utilisation des COC, si persistance de douleur avec la pause de 7 jours, utiliser en continu.
- Mécanisme d'action : inhibe l'ovulation et supprime la croissance endométriale, en maintenant un état endocrinien du début de la phase proliférative, mais :
  - Augmentation du risque d'endométriose chez les patientes ayant utilisé COP,
  - Augmentation du risque d'infiltration profonde de foyer endométriosique chez les patientes ayant pris COP comme traitement d'une dysménorrhée primaire.
- Les 2 traitements hormonaux réduisent les volumes de prostaglandines. Efficacité aussi associée à une baisse de volume et durée des règles à long terme.
- Tenir compte des contre-indications absolues des contraceptions oestroprogestatives combinées.

### OPTIONS CHIRURGICALES EXISTANTES :

- Laparoscopie exploratrice si pas de réponse aux traitements et/ou avant traitements spécifiques (endométriose)
- Si planning familial clôturé :
  - Endométrectomie hystéroscopique si dysménorrhée liée à des menstruations abondantes (17)
  - Hystérectomie
  - Procédures de transection nerveuse :
    - Preuves insuffisantes pour recommander des procédures de transection nerveuse, y compris l'ablation laparoscopique du nerf utérin et la neurectomie présacrée, pour le soulagement de la dysménorrhée.
    - Rôle potentiel de la neurectomie présacrée chez les patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques médianes associées à l'endométriose.

### TRAITEMENTS ALTERNATIFS ET THÉRAPIES ADJUVANTES :

- Stimulation nerveuse électrique transcutanée à haute fréquence (TENS) peut permettre de réduire les doses d'AINS.
- Efficacité également prouvée pour l'application de chaleur en région abdominale durant 8-12h.
- Exercice physique
- Acupuncture
- Auto-hypnose
- Vitamine E (500 unités par jour ou 200 unités deux fois par jour, commençant deux jours avant les règles et se poursuivant pendant les trois premiers jours des saignements) (25), (26).
- La vitamine B1 (100 mg par jour), la vitamine B6 (200 mg par jour) et le supplément d'huile de poisson (1080 mg d'acide eicosapentaénoïque, 720 mg d'acide docosahexaénoïque et 1,5 mg de vitamine E) ont chacun été plus efficaces pour réduire la douleur que le placebo (27).
- Une seule dose importante de vitamine D3 (orale, 300 000 unités internationales / 1 ml) administrée cinq jours avant le premier jour attendu du cycle menstruel, bien que la sécurité de cette approche ne soit pas claire (28), (29).
- Consommation de 750 à 2000 mg de poudre de gingembre entre le 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> jour du cycle menstruel (30), (31).
- Magnesiocard, 5 granules 3x/jour.

## 2. Questionnaire

### I. Votre profil

1. Quelle est votre profession ?
  - Médecin généraliste
  - Pédiatre
  - Sage-femme
2. Êtes-vous ?
  - Une femme
  - Un homme
3. Avez-vous ?
  - Entre 20 et 30 ans
  - Entre 30 et 40 ans
  - Entre 40 et 50 ans
  - Entre 50 et 60 ans
  - Plus de 60 ans
4. Quel est votre mode d'exercice
  - Hospitalier
  - Libéral
  - Mixte
  - Autre :
5. Dans quel milieu exercez-vous ?
  - Urbain
  - Rural
  - Semi-rural
6. Dans quel département exercez-vous ?
  - Loire Atlantique
  - Maie et Loire
  - Mayenne
  - Sarthe
  - Vendée
7. Possédez-vous une formation complémentaire en gynécologie ?
  - Oui, DU de gynécologie
  - Oui, formation médicale continue
  - Non
  - Autre :
8. A quelle fréquence participez-vous à des formations ou conférences de gynécologie ?
  - Plusieurs fois par an
  - 1 fois par an
  - Moins d'une fois par an
  - Jamais
9. Etes-vous rattaché à une faculté de médecine ?
  - Oui
  - Non
10. Si oui, en tant que :
  - Maître de stage universitaire
  - Enseignant universitaire
  - Autre :

II. Lors d'une consultation avec une patiente adolescente :

11. Abordez-vous le sujet des règles ?

- Oui, systématiquement
- Oui, seulement si c'est le motif de consultation de la patiente
- Non

Si la réponse à la question 11 est « non » alors les professionnels de santé répondent aux questions 12 à 17.

12. Si non, pourquoi ? (Question à réponse multiple)

- Gêne de la patiente
- Présence du ou des parents
- Sujet non abordé lors de vos consultations classiquement
- Manque de temps
- Autre :

13. Conseillez-vous dans ce cas à la patiente d'aller consulter un autre spécialiste ?

- Oui
- Non

14. Avez-vous un réseau de praticiens vers qui vous avez l'habitude d'adresser la patiente si besoin ?

- Oui
- Non

15. Si oui : vers quel praticien avez-vous l'habitude d'adresser la patiente ? (Question à réponse multiple)

- Gynécologue libéral
- Centre hospitalier
- Urgences gynécologiques
- Vous laissez le choix à la patiente
- Autre :

16. Si non, pour quelle raison ? (Question à réponse multiple)

- Vous ne savez pas vers qui adresser
- Problèmes de délai chez les praticiens en question
- Manques de moyens de la patiente (si praticiens libéraux)
- Autre :

17. Avez-vous des questions ou remarques particulières ? (Question ouverte)

18. Recherchez-vous si la patiente a déjà eu des rapports sexuels ? (Question à réponse multiple)

- Oui, même en présence des parents
- Oui, après avoir fait sortir les parents
- Non, du fait de la présence des parents
- Non, même si la patiente est seule

19. A quelle fréquence recherchez-vous ?

- L'âge des premières règles
- La régularité des cycles
- La durée des saignements
- L'abondance des saignements
- La présence de dysménorrhées

III. Si la patiente présente des dysménorrhées

Pour les questions 20 et 21, les professionnels de santé choisissent pour chaque item s'ils l'évaluent de manière systématique (100% des consultations), souvent (>50% des consultations), rarement (<50% des consultations) ou jamais.

20. A quelle fréquence recherchez-vous ?

- Le délai entre les ménarches et l'apparition des symptômes
- Le type de douleur
- L'intensité des douleurs
- Les facteurs aggravants et soulageants
- Le degré de perturbation sur la vie quotidienne (type absentéisme)
- Les effets sur les rapports sexuels
- La présence de douleurs pelviennes en dehors des menstruations
- Un tabagisme actif
- Des antécédents familiaux de dysménorrhées

21. Concernant la prise en charge antalgique, à quelle fréquence recherchez-vous ?

- La réponse au PARACETAMOL
- La réponse aux AINS
- L'utilisation de méthodes alternatives (ex : application de chaleur locale)

22. Quels signes associés recherchez-vous ? (Question à réponse multiple)

- Nausées et vomissements
- Signes urinaires : dysurie, pollakiurie
- Signes digestifs : ballonnements, diarrhées
- Fatigue
- Céphalées
- Malaise
- Aucun
- Autre :

23. Par quelle méthode évaluez-vous l'intensité des douleurs ? (Question à réponse multiple)

- Echelle numérique (EN)
- Echelle visuelle analogique (EVA)
- Echelle verbale simple (EVS)
- Autre :

IV. Examens complémentaires

24. Quels examens proposez/prescrivez-vous en 1<sup>ère</sup> intention, chez une patiente non vierge ? (Question à réponse multiple)

- Palpation abdominale
- Examen gynécologique (spéculum et/ou toucher vaginal)
- Echographie par voie abdominale
- Echographie par voie endovaginale
- IRM
- Aucun

25. Quels examens proposez/prescrivez-vous en 2<sup>ème</sup> intention, chez une patiente non vierge ? (Question à réponse multiple)

- Palpation abdominale
- Examen gynécologique (spéculum et/ou toucher vaginal)
- Echographie par voie abdominale
- Echographie par voie endovaginale

- IRM
- Aucun

V. Prise en charge thérapeutique

26. Que proposez-vous en première intention ? (Question à réponse multiple)

- Antalgiques de palier 1, PARACETAMOL
- Anti spasmodique
- AINS
- Antalgiques de palier 2
- Contraception
- Arrêt du tabac
- Méthodes alternatives
- Autre :

27. Que proposez-vous en première intention ? (Question à réponse multiple)

- Evaluation de la bonne prise des traitements
- Antalgiques de palier 1, PARACETAMOL
- Anti spasmodique
- AINS, ou changement d'AINS si déjà proposé en 1ere intention
- Antalgiques de palier 2
- Contraception
- Arrêt du tabac
- Méthodes alternatives
- Avis gynécologique
- Autre :

28. Si vous proposez une contraception, laquelle/lesquelles envisagez-vous en 1ere intention, en l'absence de facteur de risque ? (Question à réponse multiple)

- Pilule oestro-progestative
- Pilule micro progestative
- Pilule progestative (drospirénone ou dienogest)
- Pilule macro progestative (acétate de chlormadinone, acétate de nomégestrol)
- DIU au cuivre
- SIU au lévonorgestrel
- Implant
- Patch et anneau

29. A quelle fréquence êtes-vous confronté à un refus de la contraception hormonale, si celle-ci est proposée ?

- Systématiquement (100% des cas)
- Souvent (>50% des cas)
- Rarement (<50% des cas)
- Jamais

30. Quelles méthodes alternatives pouvez-vous être amené à proposer ? (Question à réponse multiple)

- Application locale de chaleur
- Hypnose
- Acupuncture
- Activité sportive
- Homéopathie
- Phytothérapie

- Aucune
- Autre :

31. Proposez-vous un suivi ?

- Oui
- Non

32. Si oui, à quel délai ?

- 1 à 3 mois
- 3 à 6 mois
- > 6 mois

VI. Avis gynécologique

33. Adressez-vous la patiente à un gynécologue ? (Question à réponse multiple)

- Systématiquement
- Si un traitement de deuxième intention est nécessaire
- Si les examens complémentaires sont anormaux
- Vous n'adressez pas la patiente
- Vous prenez un avis téléphonique, ou par mail

34. Avez-vous un réseau vers qui adresser la patiente ?

- Oui
- Non

35. Si oui, vers quel praticien avez-vous l'habitude d'adresser la patiente ? (Question à réponse multiple)

- Gynécologue libéral
- Centre hospitalier
- Urgences gynécologiques
- Vous laissez le choix à la patiente
- Autre :

36. Si non, pour quelle raison ? (Question à réponse multiple)

- Vous ne savez pas vers qui adresser
- Problèmes de délai chez les praticiens
- Manque de moyen de la patiente (si praticien libéraux)
- Autre :

37. Avez-vous des questions ou remarques particulières ?

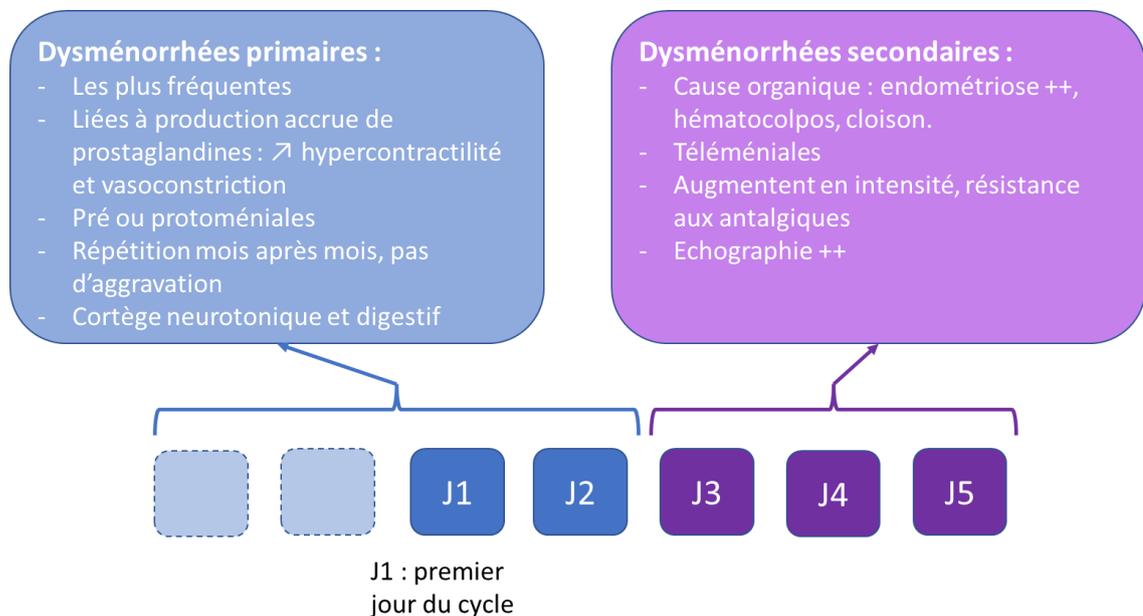
### 3. Protocole de prise en charge des dysménorrhées de l'adolescente

<b>PRISE EN CHARGE DES DYSMENORRHEES DE L'ADOLESCENTE</b>		 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	
Rédacteur :	A. Szpytma	Date :	Sept. 2021
Validé par :	Dr T. Lefebvre Dr C. Sapet	Pages :	4

#### Définition :

Les dysménorrhées sont des douleurs pelviennes accompagnant les règles et touchent de 50 à 90% des adolescentes. Une étude réalisée sur 141 collégiennes en 2021 dans les Pays de la Loire retrouve que les dysménorrhées touchent 80% des adolescentes et sont responsables de 10% d'absentéisme. Elles peuvent être primaires ou secondaires.

Il existe 2 types de dysménorrhées :



Basé sur le schéma de C. Pienkowski et M. Tutala. *Troubles des règles chez l'adolescentes : quel bilan et quel traitement ? La Lettre du Gynécologue. Avr 2017.*

Les facteurs de risque de dysménorrhées sévères : Ce sont la précocité de l'âge des premières règles, des menstruations longues et abondantes, un tabagisme actif, des antécédents familiaux de dysménorrhées sévères, l'absence d'activité sportive, un utérus rétroversé.

### **Interrogatoire :**

L'interrogatoire est le moment clé de la consultation. Il est important de rechercher systématiquement la présence de dysménorrhées, mais également de troubles du cycles et règles hémorragiques chez les adolescentes qui n'osent pas souvent aborder la question des règles spontanément.

On recherche :

- Les antécédents personnels dont allergie et traitement en cours.
- Les antécédents familiaux, notamment de dysménorrhées sévères.
- La caractérisation des douleurs avec notamment le délai d'apparition depuis les premières règles et le retentissement sur la vie quotidienne. Quantification des douleurs par échelle numérique, EVA.
- Les éventuels symptômes associés aux douleurs
- Les méthodes antalgiques essayées par l'adolescentes.

A la fin de l'interrogatoire le professionnel de santé doit pouvoir orienter le diagnostic de dysménorrhée vers une cause primaire ou secondaire.

### **Examen clinique et imagerie :**

L'examen clinique n'est pas systématique. Il ne doit pas être réalisé sur une patiente vierge.

En cas de dysménorrhées d'allure initialement secondaires, ou en cas d'échec de prise en charge de dysménorrhées primaires :

- ➔ Examen clinique pelvien (toucher vaginal et spéculum) : avec le consentement de la patiente en expliquant chaque geste et son utilité. A ne pas réaliser si la patiente est vierge.
  - Recherche au spéculum d'une imperforation hyménéale, d'une sténose du col, de lésions bleutées.
  - Recherche au toucher vaginal bimanuel d'un utérus rétroversé, augmenté de volume, des nodules des ligaments utérosacrés et du cul de sac postérieur, de douleur à la mise en tension des ligaments utérosacrés.
- ➔ Imagerie : privilégier l'échographie abdominale chez l'adolescente. Recherche de signe d'endométriome et de diagnostic différentiel des dysménorrhées secondaires.

En cas de signes évoquant une endométriome ou une résistance au traitement médical il est possible de réaliser une IRM pelvienne et/ou une échographie de seconde intention par des radiologues référents. L'échographie endovaginale est plus performante que par voie sus pubienne mais est plus difficilement acceptée et acceptable chez les adolescentes. Adresser la patiente à un gynécologue si besoin.

**Prise en charge médicamenteuse** : A adapter selon contre-indication particulière à chaque patiente

Paracétamol et antispasmodiques : pour des dysménorrhées légères à modérées.

*Ex : Paracétamol 1g x4/jour maximum*

*Spasfon 160mg x3/ jour maximum*

AINS : antalgiques de référence dans le traitement des dysménorrhées. Tous les AINS sont efficaces, changement d'AINS possible si besoin.

*Ex : Ibuprofène 400mg x3/jour maximum*

*Ponstyl 250mg x4/jour maximum*

*Antadys 100mg x3/jour maximum*

*Apranax 550 mg x2/jour maximum*

Progestatifs : du 15 au 25<sup>ème</sup> jour du cycle pour pallier l'insuffisance lutéale des premiers cycles.  
*Attention, ce traitement hormonal n'est pas contraceptif.*

*Ex : Duphaston 10 mg x2/jour du 15 au 25<sup>ème</sup> jour du cycle  
Utrogestan 200mg x1/jour du 15 au 25<sup>ème</sup> jour du cycle*

Contraception hormonale :

- Une pilule oestro-progestative, en première intention :
  - De 2<sup>ème</sup> génération, Ethinylestradiol (20 ou 30 µg) + Lévonorgestrel : remboursée
  - Ethinylestradiol + Norgestimate : non remboursée mais efficace sur l'acné

On prescrira plutôt une pilule monophasique. En cas de persistance des dysménorrhées il sera possible de proposer la pilule oestroprogestative en continu, qui expose au risque de spotting. Si des spotting surviennent, on peut proposer la prise de cette pilule en continu avec une interruption d'une semaine toutes les 3 mois.

- En cas de contre-indication aux oestroprogestatifs, on prescrira en 1<sup>ère</sup> intention une pilule progestative seule :
  - Désogestrel : remboursée, contraceptive
  - Diénogest 2 mg : remboursée, pas AMM contraception, efficace dans les dysménorrhées et l'endométriose
  - Drospirénone 4 mg : non remboursée, contraceptive, bonne tolérance, moins de spotting que Désogestrel

Arrêt du tabac : le tabac est un facteur de risque de dysménorrhée.

Activité physique.

### **Education thérapeutique :**

Pour une meilleure observance des traitements :

- Explications sur les cycles menstruels, l'anatomie des voies génitales de la femme.
- Mécanismes d'actions des traitements et effets indésirables possibles.
- Conseils de bonne prise des traitements, et conduite à tenir en cas d'oubli. Information sur l'aménorrhée possible et parfois recherchée, selon le type de contraception prise, et son innocuité. Les antalgiques sont plus efficaces s'ils sont pris dès l'apparition des douleurs voire avant.
- Expliquer l'importance d'attendre 4-6 mois pour évaluer l'efficacité (l'efficacité n'est pas immédiate et complète dès le 1<sup>er</sup> cycle)

### **Suivi :**

Une consultation de suivi est à organiser systématiquement dans les 4 à 6 mois suivant la première consultation.

- Evaluation de l'efficacité et de la bonne prise des traitements
- Examens cliniques et complémentaires si besoin.
- Orientation de la patiente vers un gynécologue si besoin.

Il est possible d'orienter les patientes dont la prise en charge est difficile en consultation spécialisée au CHU de Nantes. Il est aussi possible de contacter un gynécologue du CHU pour un avis spécialisé par mail au [bp-rcp-contraception@chu-nantes.fr](mailto:bp-rcp-contraception@chu-nantes.fr).

### **Informations pratiques :**

- La cotation NGAP : CCP première consultation de contraception et de prévention.

Au tarif de 46 € avec prise en charge à 100% au titre de l'Assurance Maladie obligatoire et dispense d'avance de frais. Cette consultation est réalisable par un médecin généraliste, un pédiatre, une sage-femme ou un gynécologue. Elle est ouverte à toutes les patientes mineures. Durant cette consultation le professionnel de santé informe la patiente sur les différentes contraceptions et sur les maladies sexuellement transmissibles.

- La prescription anonyme de la contraception

Elle est possible chez une patiente mineure, si elle n'a pas le consentement parental. La délivrance de contraceptifs ne sera pas mentionnée sur le relevé de remboursement de l'Assurance Maladie.

- Annonce du 9 septembre 2021 par le ministre de la Santé Olivier Véran : gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans, à partir de janvier 2022.

### Sources :

- De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Mauro B, Buzi F, De Sanctis C, Tonin G, Rigon F, Perissinotto E. Primary dysmenorrhea in adolescents: Prevalence, impact and recent knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2015 Dec ;13(2) :512-20
- Ménage G. Etats des lieux des dysménorrhées chez les collégiennes de 4<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup> de Nantes : étude descriptive (thèse en 2021).
- CNGOF – Les dysménorrhées et leur traitement médical [Internet]. Available from : [http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Journes%20nationales/MAJ%20en%20GO/2005/Gynecologie%20medicale/2005\\_GM\\_137\\_pelissier.pdf](http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Journes%20nationales/MAJ%20en%20GO/2005/Gynecologie%20medicale/2005_GM_137_pelissier.pdf)
- HAS - Prise en charge de l'endométriose [Internet]. Available from : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose).
- Ameli – Contraception [Internet]. Available from : [https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/contraception#text\\_12977](https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/contraception#text_12977)

# LES RÈGLES DOULOUREUSES TOUCHENT 80 % DES ADOLESCENTES

## PARLONS EN !



Si tu es gênée par tes règles...  
Parles-en à ton médecin traitant, ton pédiatre, ta sage-femme ou à un professionnel de santé.

**Des solutions existent, sans examen gynécologique obligatoire.**

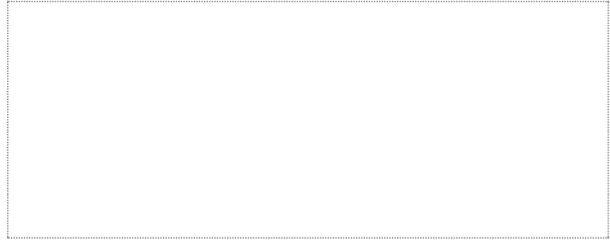


Pour plus d'informations, tu peux consulter le site du CHU de Nantes [www.chu-nantes.fr](http://www.chu-nantes.fr)



**Vu, le Président du Jury,**

(tampon et signature)



Pr Paul BARRIERE

**Vu, le Directeur de Thèse,**

(tampon et signature)



Dr Tiphaine LEFEBVRE

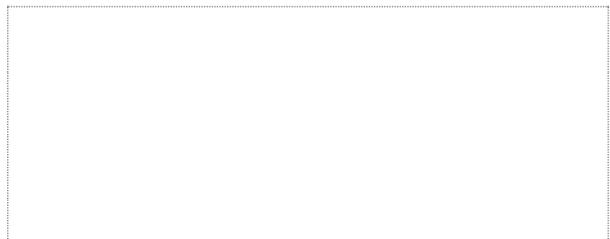
**Vu, le Directeur de Thèse,**

(tampon et signature)



Dr Clémence SAPET

**Vu, le Doyen de la Faculté,**



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : SZPYTMA

PRENOM : Aude

**Titre de Thèse : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DES PRISES EN CHARGE DES DYSMENORRHEES DE L'ADOLESCENTE PAR LES MEDECINS GENERALISTES, PEDIATRES ET SAGE-FEMMES DES PAYS DE LA LOIRE**

---

**RESUME (10 lignes)**

Les dysménorrhées touchent jusqu'à 80% des adolescentes. Elles peuvent être sévères et sont une cause importante d'absentéisme scolaire. Nous avons donc évalué les connaissances et les prises en charge des dysménorrhées des adolescentes par les médecins généralistes, pédiatres et sage-femme des Pays de la Loire. Les prises en charges proposées étaient plutôt en accord avec les recommandations, quelle que soit la profession. Il ressortait tout de même une demande de formation spécifique à la gynécologie de l'adolescente et un manque de réseau pour des avis spécialisés. Ce travail de thèse a permis l'élaboration d'un protocole de prise en charge médicamenteuse des dysménorrhées à l'intention des professionnels de santé de la région. Nous avons aussi travaillé en collaboration avec G. Ménage (interne en médecine générale, en cours de travail de thèse) et la cellule de communication du CHU pour élaborer une affiche de sensibilisation des adolescentes aux dysménorrhées.

---

**MOTS-CLES**

Dysménorrhées, endométriose, adolescente, médecins généraliste, pédiatre, sage-femme, Pays de la Loire.