

N° 345-Directive clinique de consensus sur la dysménorrhée primaire

La présente directive clinique a été préparée et revue par le comité de pratique clinique – gynécologie de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et le comité CANPAGO, et a été approuvée par le conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Margaret Burnett, MD, Winnipeg (Man.)
Madeleine Lemyre, MD, Québec (Qc)

COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE – GYNÉCOLOGIE

Alaa Awadalla, MD, Winnipeg (Man.)
Annette Bullen, IA, Caledonia (Ont.)
Margaret Burnett, MD, Winnipeg (Man.)
Susan Goldstein, MD, Toronto (Ont.)
Madeleine Lemyre, MD, Québec (Qc)
Nicholas Leyland, MD (coprésident), Hamilton (Ont.)
Frank Potestio, MD, Thunder Bay (Ont.)
David Rittenberg, MD, Halifax (N.-É.)

Mots clés: Dysménorrhée primaire, dysménorrhée secondaire, douleur pelvienne, douleur menstruelle, endométriose, ménorragie, prise en charge de la dysménorrhée

Auteur-ressource : D^{re} Margaret Burnett, Comité de pratique clinique – gynécologie, MBurnett@exchange.hsc.mb.ca

Jackie Thurston, MD, Calgary (Alb.)
Wendy Wolfman, MD (coprésidente), Toronto (Ont.)
Grace Yeung, MD, Toronto (Ont.)

COMITÉ CANPAGO

Lisa Allen, MD, Toronto (Ont.)
Philippa Brain, MD, Calgary (Alb.)
Élise Dubuc, MD, Montréal (Qc)
Debra Millar, MD, Vancouver (C.-B.)
Deanna Murphy, MD, St. John's, (T.-N.-L.)
Rachel Spitzer, MD, Toronto (Ont.)
Tous les membres des comités nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Résumé

Objectif : Analyser l'évaluation et le traitement de la dysménorrhée primaire.

Utilisateurs cibles : Fournisseurs de soins de santé.

Population cible : Les femmes et les adolescentes aux prises avec des douleurs menstruelles de cause inconnue.

Données : Essais cliniques publiés, études sur la population et articles de synthèse cités dans PubMed et dans la base de données Cochrane entre janvier 2005 et mars 2016.

Méthodes de validation : Les auteurs ont défini sept questions cliniques, qui ont été évaluées par le comité de pratique clinique – gynécologie de la SOGC. La littérature publiée a été étudiée. La directive clinique n° 169 a été revue et retravaillée pour intégrer les données probantes actuelles. Les recommandations portant sur les sept questions cliniques ont été formulées et évaluées au moyen des critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(7):596–608

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.04.006>

Copyright © 2017 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

Tableau 1. Critères d'évaluation des données probantes et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de données probantes ^a	Catégories de recommandations ^b
I : Données obtenues à partir d'au moins un essai clinique aléatoire convenable.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Données obtenues à partir d'essais cliniques non aléatoires bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Données obtenues à partir d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Données découlant de comparaisons entre différents moments ou lieux, ou selon qu'on ait eu ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non contrôlées (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

^aLa qualité des données fournies dans la présente directive a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

^bLes recommandations comprises dans la présente directive ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Avantages, désavantages et coûts : La dysménorrhée primaire est un trouble fréquent, souvent insuffisamment traité. Des traitements efficaces sont largement accessibles et peu coûteux. Le traitement offre la possibilité d'améliorer la qualité de vie des patientes et de réduire la perte de temps de travail ou d'études.

Mise à jour de directives cliniques : La présente directive clinique est une révision et une mise à jour de la directive n° 169, publiée en décembre 2005.

Commanditaire : SOGC.

Déclarations sommaires :

1. La dysménorrhée a une prévalence élevée et est souvent insuffisamment traitée (III).
2. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont plus efficaces que les placebos, mais ils entraînent plus d'effets secondaires gastro-intestinaux. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens actuellement en vente ont sensiblement tous le même profil d'innocuité et d'efficacité (I).
3. L'inhibition de l'ovulation est associée à une diminution de la douleur menstruelle (II-1).

4. L'aménorrhée, peu importe la façon dont elle est induite, est bénéfique dans le traitement de la dysménorrhée (II-2).
5. L'hystérectomie est un traitement efficace (II-2).
6. Des données probantes appuient la neurectomie par laparoscopie dans certains cas (II-1).
7. L'ablation de l'endomètre peut atténuer les symptômes de dysménorrhée associés à la présence de ménorragie (I).

Recommandations

1. Les dysménorrhées primaire et secondaire peuvent toutes deux répondre au même traitement médical. Il n'est donc pas nécessaire d'établir un diagnostic précis avant d'entreprendre un traitement (II-1A).
2. Les fournisseurs de soins de santé devraient poser des questions précises sur la douleur menstruelle au moment de la prise des antécédents médicaux de leurs patientes (III-B).
3. L'examen pelvien n'est pas nécessaire avant d'entreprendre un traitement (III-D).
4. L'examen pelvien est indiqué chez toutes les patientes qui ne répondent pas au traitement conventionnel de la dysménorrhée et chez celles où la présence d'une pathologie organique est soupçonnée (III-B).
5. L'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens de façon régulière devrait être envisagée comme traitement de première intention chez la plupart des femmes (I-A).
6. À moins de contre-indications, l'hormonothérapie devrait être offerte aux femmes et aux adolescentes qui ne cherchent pas actuellement à tomber enceintes (I-A).
7. L'administration continue ou prolongée de contraceptifs hormonaux combinés est recommandée (I-A).
8. La pratique régulière d'exercices physiques peut atténuer les symptômes de dysménorrhée; c'est pourquoi elle devrait être recommandée (II-1A).

SIGLES

AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
ALNU	ablation laparoscopique du nerf utéro-sacré
CANPAGO	Comité canadien d'obstétrique-gynécologie pédiatrique et de l'adolescence
CHC	contraception hormonale combinée
COC	contraceptif oral combiné
NPS	neurectomie présacrée
SIU-LNG	système intra-utérin au lévonorgestrel
TENS	Neurostimulation électrique transcutanée
TENS-hf	neurostimulation transcutanée à haute fréquence

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5693231>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5693231>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)