

## DOSSIER DOCUMENTAIRE

### RECONNAISSANCE ET TRAITEMENT DES ANOMALIES DU CYCLE MENSTRUEL

**Document établi avec le concours méthodologique de la HAS,  
conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation  
et d'amélioration des pratiques professionnelles**

Rédacteur :

Docteur Jean-Pierre Mairesse  
Médecins coordonnateurs des GQ de Normandie

Relecteur :

Docteur Claude Magnani

### LA PROBLEMATIQUE

Le cycle menstruel est un processus physiologique complexe, faisant intervenir l'axe hypothalamo-hypophysaire, l'ovaire et l'utérus. Celui-ci peut être l'objet de troubles qui sont : l'aménorrhée, les dysménorrhées, les saignements utérins anormaux et le syndrome prémenstruel. Ces troubles peuvent être la conséquence de pathologies graves et altérer significativement la qualité de vie des femmes. Pourtant, des progrès sont encore nécessaires pour améliorer leur diagnostic et leur prise en charge. Les troubles du cycle menstruel font partie d'une notion plus large qui est la santé menstruelle. Bien que la santé menstruelle soit une notion de plus en plus utilisée, elle ne possède pas encore de définition officielle. Et pourtant, trop de femmes souffrent encore en silence en pensant que cela est » normal » d'avoir mal ou de perdre beaucoup de sang pendant ses règles.

A nous médecins d'être attentifs et de savoir provoquer les confidences de nos patientes même si le sujet est encore tabou et difficile à aborder, même avec son médecin traitant, d'autant plus s'il est de sexe masculin.

**Seront abordés dans ce Dossier : les dysménorrhées, le syndrome prémenstruel, les aménorrhées et les dyspareunies.**

## LES DYSMENORRHEES

Elles sont communes chez les femmes de 18 à 50 ans et plus fréquente chez :

- Des femmes ayant des règles abondantes
- Celles ayant des règles irrégulières
- Celles dont les règles ont commencé avant l'âge de 12 ans
- Celles ayant un faible poids corporel

C'est rare chez celles qui font de l'exercice régulièrement ou qui ont eu des enfants tôt dans la vie.

Les dysménorrhées sont des douleurs survenant au moment des règles. La douleur pelvienne peut survenir avec les règles ou les précéder de 1 à 3 jours. La douleur atteint un sommet 24 heures après le début des règles et s'atténue après 2 à 3 jours. Il s'agit souvent d'une crampe ou d'une douleur sourde et constante, mais elle peut être aiguë ou lancinante ; elle peut irradier vers le dos ou les jambes.

Des céphalées, des nausées, une constipation ou une diarrhée, des lombalgies et une pollakiurie sont fréquents ; les vomissements sont plus rares.

Parfois, la dysménorrhée est accompagnée par les symptômes d'un syndrome prémenstruel (voir ci-dessous) ou des saignements menstruels abondants et l'élimination de caillots sanguins.

Chez environ 5 à 15% des femmes atteintes de dysménorrhée primaire, les crampes sont assez graves pour perturber les activités quotidiennes et peuvent entraîner l'absence à l'école ou au travail.

La sensibilité à la douleur associée à la dysménorrhée peut augmenter la sensibilité à d'autres douleurs chroniques plus tard dans la vie.

### Etiologie des dysménorrhées

Elles peuvent être :

- Primitives (les plus fréquentes)
- Secondaires (dus à d'autres troubles)

On peut identifier la dysménorrhée par les symptômes. On détermine ensuite si la dysménorrhée est primitive ou secondaire :

- L'âge auquel les symptômes ont commencé
- Leur nature et leur gravité
- Les facteurs qui soulagent ou aggravent les symptômes (y compris les effets des contraceptifs)
- Le degré de perturbation de la vie quotidienne
- L'effet sur l'activité sexuelle
- La présence de douleurs pelviennes sans rapport avec les menstruations
- La réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- Les antécédents de dyspareunie ou d'infertilité (associés à l'endométriose)

### La dysménorrhée primitive

La dysménorrhée primitive est idiopathique et ne peut être expliquée par d'autres troubles gynécologiques.

La douleur est attribuée à des contractions et à une ischémie utérine, probablement médiée par les prostaglandines (p. ex., la prostaglandine F2alpha est un stimulant myométrial et un vasoconstricteur puissant) et d'autres médiateurs inflammatoires produits par l'utérus. Elle peut être associée à des contractions utérines prolongées et à une réduction du débit sanguin vers le myomètre.

Les facteurs contributifs peuvent comprendre :

- L'élimination de tissu menstruel à travers le col
- Des taux élevés de prostaglandine F2-alpha dans le liquide menstruel
- Un orifice cervical étroit
- Une malposition de l'utérus
- Anxiété

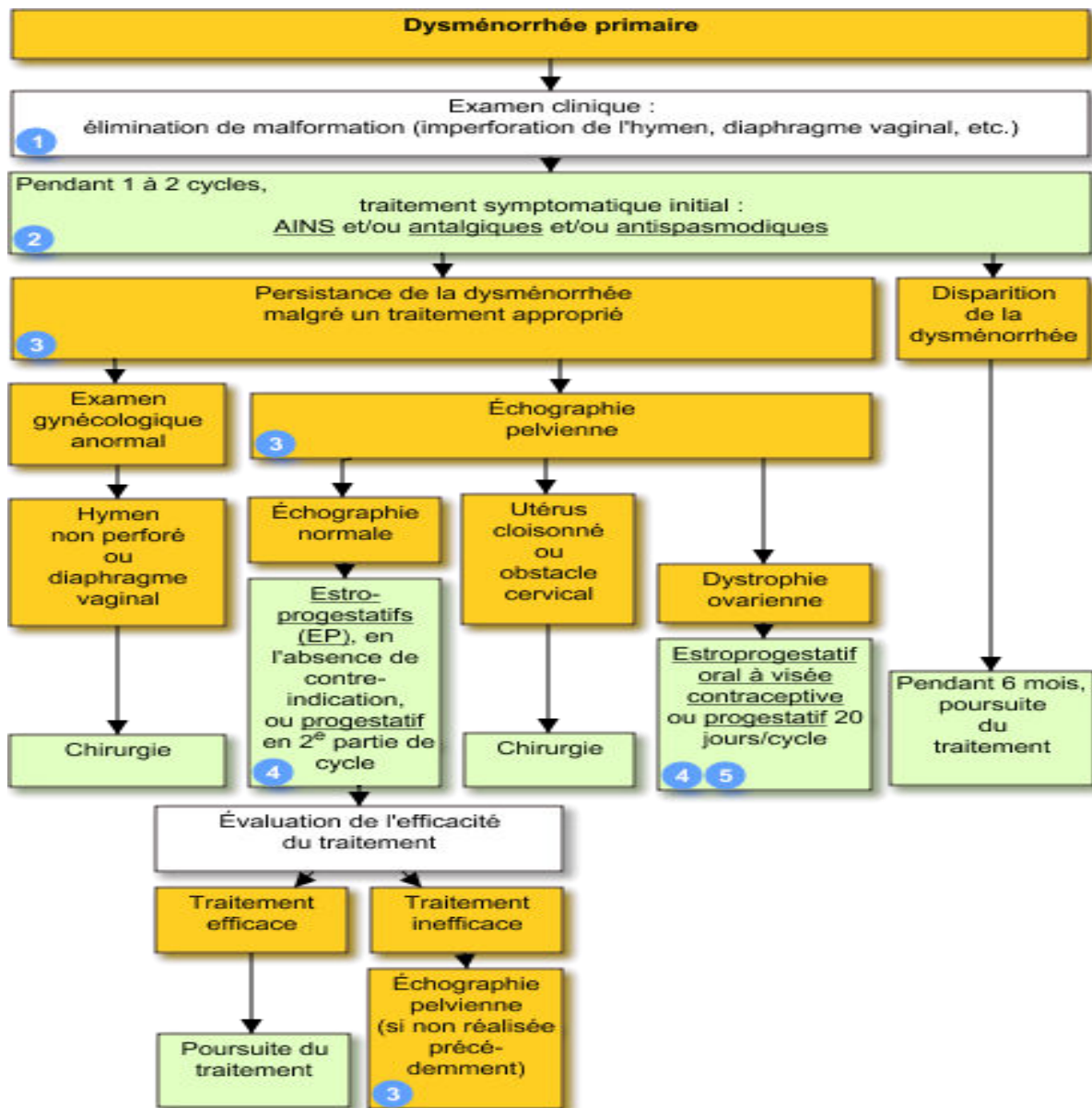
La dysménorrhée primitive :

- Débute typiquement dans l'année qui suit les premières règles et survient presque toujours dans les cycles ovulatoires.
- La douleur commence généralement lorsque les menstruations débutent (ou juste avant) et persiste les 1 à 2 premiers jours ;
- Cette douleur, décrite comme spasmodique, est superposée à une douleur abdominale constante basse, qui peut irradier vers le dos ou la cuisse.
- Les patientes peuvent aussi avoir une sensation de malaise, une fatigue, des nausées, des vomissements, une diarrhée, des douleurs lombaires, ou des céphalées.

Les facteurs de risque de symptômes sévères sont les suivants :

- Précocité des premières règles
- Menstruations longues ou abondantes
- Tabagisme
- Antécédents familiaux de dysménorrhée

Les symptômes ont tendance à diminuer avec l'âge et après une première grossesse.



## La dysménorrhée secondaire

Les causes fréquentes de dysménorrhée secondaire comprennent :

- [Endométriose](#) (cause la plus fréquente)
- [Adénomyose utérine](#)
- [Fibromes](#)

Des causes moins fréquentes :

- Les malformations congénitales (p. ex., utérus bicorne, utérus cloisonné, cloison vaginale transversale),
- Les kystes et tumeurs de l'ovaire,
- Une [maladie inflammatoire pelvienne](#),
- Une congestion pelvienne, des adhérences intra-utérines, et des [dispositifs intra-utérins](#), en particulier DIU au cuivre.

- Chez quelques femmes, la douleur se manifeste quand l'utérus tente d'évacuer les tissus par un orifice cervical extrêmement étroit (secondaire à une conisation, à une procédure d'exérèse par anse diathermique, cryothérapie).
- La douleur provient parfois d'un fibrome sous-séreux pédiculé ou d'un polype de l'endomètre qui fait saillie dans le col.

Les facteurs de risque de dysménorrhée secondaire sont les mêmes que ceux de la dysménorrhée primaire.

La dysménorrhée secondaire commence habituellement pendant l'âge adulte sauf celle provoquée par des malformations congénitales.

### **Anamnèse des dysménorrhées**

L'anamnèse de la maladie actuelle doit recouvrir complètement les antécédents menstruels, dont :

- L'âge auquel les symptômes ont commencé
- Leur nature et leur gravité
- Les facteurs qui soulagent ou aggravent les symptômes (y compris les effets des contraceptifs)
- Le degré de perturbation de la vie quotidienne
- L'effet sur l'activité sexuelle
- La présence de douleurs pelviennes sans rapport avec les menstruations
- La réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- Antécédents de dyspareunie ou d'infertilité (associés à l'endométriose)

La revue des systèmes doit comprendre :

- Les symptômes d'accompagnement tels que nausées cycliques, vomissements, ballonnement, diarrhée et une fatigue.
- La recherche des antécédents médicaux doit porter sur les causes connues, dont l'endométriose, l'adénomyose ou les fibromes utérins.
- La méthode de contraception doit être vérifiée, en posant spécifiquement des questions sur les dispositifs intra-utérins.
- Les antécédents chirurgicaux doivent identifier les procédures qui augmentent le risque de dysménorrhée, telles que la conisation cervicale et l'ablation de l'endomètre.

### **Examen clinique**

- L'examen pelvien se concentre sur la détection des causes de dysménorrhée secondaire. Le col est examiné à la recherche d'une sensibilité, d'un écoulement, d'une sténose cervicale ou d'un polype prolabé ou d'un fibrome.
- Un examen bimanuel est effectué pour rechercher des masses utérines et une consistance utérine (un utérus abondant est observé dans l'adénomyose), des masses annexielles, un épaississement du septum recto-vaginal, une induration du cul-de-sac de Douglas et une nodularité du ligament utérosacré.
- L'abdomen est examiné à la recherche de signes anormaux, dont des signes de péritonite.

Les signes suivants sont particulièrement préoccupants en cas de dysménorrhée :

- Douleur nouvelle ou soudaine
- Douleurs sans rémission
- Fièvre
- Écoulement cervical purulent
- Preuves de péritonite

## Examens complémentaires

Les examens visent à éliminer des troubles gynécologiques structurels. La plupart des patientes doivent avoir

- Un test de grossesse doit être effectué chez toutes les femmes en âge de procréer qui présentent des douleurs pelviennes.
- Si une maladie pelvienne inflammatoire ([Maladie pelvienne inflammatoire - Gynécologie et obstétrique - Édition professionnelle du Manuel MSD \(msdmanuals.com\)](#)) est suspectée, des cultures cervicales sont effectuées.
- L'échographie pelvienne est très sensible dans la détection des masses pelviennes (kystes ovariens, fibromes, endométriose, adénomyose utérine, grossesse extra-utérine), et elle peut localiser des dispositifs intra-utérins mal positionnés.

Si ces tests ne sont pas concluants et que les symptômes persistent :

Une hystérosalpingographie ou une sonohystérographie ([SONOHYSTÉROGRAPHIE | Imagerie de la femme](#)) peuvent être effectuées pour identifier des polypes endométriaux, des fibromes sous-muqueux ou des anomalies congénitales.

L'IRM peut être nécessaire pour caractériser complètement les anomalies congénitales.

Si les résultats de tous les autres tests ne sont pas concluants, une laparoscopie peut être effectuée, en particulier si une endométriose est suspectée.

## Traitement des dysménorrhées

### Mesures générales

- Des mesures visant à améliorer le bien-être général de la patiente (repos et sommeil adéquats, exercice régulier) peuvent être utiles. Certaines patientes trouvent qu'un coussin chauffant (utilisé en toute sécurité pour éviter les brûlures) appliqué sur la partie inférieure de l'abdomen soulage la douleur.
- D'autres interventions ont été suggérées comme étant potentiellement efficaces. Ils comprennent un régime pauvre en graisses et des suppléments nutritionnels, tels que des acides gras oméga-3, des graines de lin, du magnésium, de la vitamine B1, de la vitamine E et du zinc. *Peu de données confirment l'utilité de ces interventions ; cependant, elles sont à faible risque.*
- Les femmes qui ont une dysménorrhée primaire seront rassurées en ce qui concerne l'absence d'autres troubles gynécologiques.

### Médicaments

Si la douleur est perturbante, les AINS (qui soulagent la douleur et inhibent les prostaglandines) sont généralement essayés. Un AINS est habituellement débuté 24 à 48 heures avant les règles et poursuivi pendant le 1<sup>er</sup> ou les 2 premiers jours du cycle.

- Si l'AINS est inefficace, la suppression de l'ovulation par un contraceptif œstro-progestatif peut être tentée.
- Un AINS associé à un contraceptif œstro-progestatif est habituellement efficace.
- D'autres traitements hormonaux tels que le danazol, les progestatifs (lévonorgestrel, étonorgestrel, acétate médroxyprogestérone retard), les agonistes de la gonadotropin-releasing hormone ou un stérilet libérant du lévonorgestrel peuvent réduire les symptômes de la dysménorrhée.

### Traitements spécialisés

L'endométriose peut être traitée pharmacologiquement ou par la fulguration chirurgicale des lésions. En cas de douleur rebelle d'origine inconnue, une neurectomie présacrée laparoscopique ou une ablation nerveuse utérosacrée s'est révélée efficace chez certaines patientes pendant des périodes allant jusqu'à 12 mois.

**Autres traitements** Le traitement par l' hypnose est en cours d'évaluation. D'autres traitements non pharmacologiques proposés, dont l' acupuncture, l'acupression, la chiropratique, la stimulation nerveuse électrique transcutanée et les patchs transdermiques de nitroglycérine (qui inhibent les contractions utérines) **n'ont pas été étudiés de manière approfondie**, mais peuvent être bénéfiques chez certaines patientes.

### Les points clés

- La plupart des dysménorrhées sont primitives.
- Rechercher des troubles gynécologiques sous-jacents.
- Habituellement, effectuer une échographie à la recherche de troubles gynécologiques structurels.
- Un AINS ou un AINS associés à un contraceptif œstro-progestatif sont habituellement efficaces.

## LE SYNDROME PREMENSTRUEL

Le SPM concernerait 20 à 40 % des femmes en âge de procréer, avec des manifestations d'intensité variable. Il perturbe la vie sociale, professionnelle et familiale d'un tiers d'entre elles et constitue un réel handicap dans environ 5 % des cas, lorsqu'il est associé à des symptômes analogues à ceux de la dépression majeure (on parle alors de trouble dysphorique prémenstruel, ou TDPM).

Le syndrome prémenstruel est un trouble récurrent de la phase lutéale et se caractérise par une irritabilité, une anxiété, une labilité émotionnelle, une dépression, des œdèmes, des douleurs mammaires et des céphalées qui se produisent pendant les 5 jours précédant le cycle et finissant généralement quelques heures après le début des menstruations.

Le trouble dysphorique prémenstruel est une forme grave de syndrome prémenstruel. Le diagnostic est clinique, souvent basé sur l'enregistrement quotidien des symptômes par la patiente.

Environ 20 à 50% des femmes en âge de procréer ont un syndrome prémenstruel ; environ 5% ont une forme grave de syndrome prémenstruel (TDPM).

### Étiologie du syndrome prémenstruel

La cause du syndrome prémenstruel est peu claire. Les causes possibles ou les facteurs favorisants comprennent :

- De multiples facteurs hormonaux (hypoglycémie, autres modifications du métabolisme glucidique, hyperprolactinémie, fluctuation des taux d'œstrogènes circulants et de progestérone, réponses anormales aux œstrogènes et à la progestérone, taux d'aldostérone ou d'ADH excessifs).
- Une prédisposition génétique
- Une carence en sérotonine
- Éventuellement des carences en magnésium et en calcium
- Les œstrogènes et la progestérone peuvent entraîner une rétention transitoire des liquides, de même que l'excès d'aldostérone ou d'ADH.
- La carence en sérotonine est supposée contribuer parce que les femmes qui sont les plus touchées par le syndrome prémenstruel ont des taux de sérotonine inférieurs et parce que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (qui augmentent la sérotonine) soulagent parfois les symptômes du syndrome prémenstruel.
- Des carences en magnésium et en calcium peuvent également être un facteur.

### Symptomatologie du syndrome prémenstruel

Le type et l'intensité des symptômes du syndrome prémenstruel varient d'une femme à l'autre et également d'un cycle à l'autre. Les symptômes commencent généralement au cours des 5 jours précédant les règles et se terminent dans les quelques heures qui suivent le début des règles. Les symptômes peuvent être plus graves en période de stress ou de péri-ménopause. Les symptômes peuvent persister après les règles chez certaines femmes en péri-ménopause.



Les signes les plus fréquents sont :

- L'irritabilité, l'anxiété, l'agitation, la colère, l'insomnie, les difficultés de concentration, la léthargie, la dépression et la fatigue intense.
- La rétention hydrique entraîne des œdèmes, une prise de poids transitoire, des seins tendus et douloureux.
- Des sensations de pesanteur ou de compression pelvienne et des lombalgies peuvent survenir. Certaines femmes, en particulier les jeunes, souffrent de dysménorrhées au début des règles.

Les autres symptômes non spécifiques peuvent comprendre :

- Des céphalées, des vertiges, des paresthésies des extrémités, des syncopes, des palpitations, une constipation, des nausées, des vomissements et des modifications de l'appétit.
- Une acné et une dermatose peuvent également apparaître.

Les troubles préexistants peuvent s'aggraver en même temps que les symptômes du syndrome prémenstruel. Ils comprennent :

- Des dermatoses
- Des problèmes oculaires (conjonctivite)
- Des troubles convulsifs (augmentation des crises)
- Des troubles du tissu conjonctif (lupus érythémateux disséminé, polyarthrite rhumatoïde, avec poussées)
- Des troubles respiratoires (allergies, infections)
- Des migraines
- Des troubles de l'humeur (dépression, anxiété)
- Des troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie)

Il existe une forme sévère de ce symptôme appelé **trouble dysphorique prémenstruel**.

- Les symptômes se produisent régulièrement et seulement pendant la 2e moitié du cycle menstruel ;
- Les symptômes se terminent avec les règles ou peu après.
- L'humeur est nettement déprimée avec une anxiété, une irritabilité et une labilité émotionnelle importantes.
- Des idées suicidaires peuvent être présentes.
- L'intérêt pour les activités quotidiennes est fortement diminué.

**Le trouble dysphorique prémenstruel est un trouble particulièrement handicapant et souvent sous-diagnostiqué.**

## Le diagnostic

Le syndrome prémenstruel est diagnostiqué par ses symptômes, l'examen clinique et les examens complémentaires sont inutiles.

Si le syndrome dysphorique prémenstruel est suspecté, les femmes sont invitées à évaluer leurs symptômes quotidiens pendant au moins 2 cycles pour déterminer si les symptômes graves se produisent régulièrement.

Le diagnostic de trouble dysphorique prémenstruel nécessite que les femmes aient pendant la plus grande partie de la semaine précédant les règles, **5 au moins des symptômes suivants** et ces symptômes doivent être **minimaux ou absents** au cours de la semaine suivant la menstruation :

- Sautes d'humeur marquées
- Irritabilité ou colère marquées ou une augmentation des conflits interpersonnels
- Humeur dépressive marquée, sentiments de désespoir ou d'auto-dépréciation
- Anxiété et tension marquées, ou nervosité

Dont, au moins un des critères suivants doit être présent :

- Diminution de l'intérêt pour la vie quotidienne, qui peut-être cause de retrait
- Difficultés de concentration
- Faible énergie ou fatigue
- Modifications marquées de l'appétit, suralimentation, ou fringales spécifiques
- Insomnie ou hypersomnie
- Sentiment d'être submergée ou de perdre le contrôle
- Symptômes physiques associés au syndrome prémenstruel (p. ex., douleur du sein, œdème)

## Le traitement

### Les mesures générales :

Le traitement du syndrome prémenstruel est symptomatique, il commence par le repos et le sommeil, une activité physique régulière et des activités relaxantes. Un exercice régulier permet de soulager les ballonnements ainsi que l'irritabilité, l'anxiété et l'insomnie. Le yoga aide certaines femmes.

Des modifications du régime alimentaire (plus de protéines, moins de sucre, consommation de glucides complexes, prise de repas plus légers et plus fréquents) peuvent être utiles, de même que les conseils : l'élimination des activités stressantes, la formation à la relaxation, la luminothérapie, les ajustements du sommeil, et la thérapie cognitivo-comportementale.

D'autres stratégies possibles consistent notamment à éviter certains aliments et boissons (les colas, le café, les hot-dogs, les chips, les boîtes de conserve) et en manger plus d'autres (des fruits, des légumes, du lait, des aliments riches en fibres, des viandes pauvres en graisses, des aliments riches en calcium et en vitamine D). Les suppléments de calcium (600 mg 2 fois/jour) peuvent diminuer l'humeur négative et les symptômes somatiques.

Certains compléments alimentaires sont modérément efficaces pour réduire les symptômes ; ils comprennent l'extrait de gattilier de l'agnus castus (qui semble atténuer les symptômes physiques) [AGNUS CASTUS en homéopathie : indications et posologie \(topsante.com\)](http://topsante.com), la vitamine B6 (pas plus de 100 mg/jour) et la vitamine E.

La thérapie cognitivo-comportementale peut être utile si les problèmes d'humeur sont une préoccupation majeure, y compris chez les femmes atteintes de trouble dysphorique prémenstruel. Le biofeedback et l'imagerie guidée peuvent également être utiles. La psychothérapie peut aider une femme à apprendre à mieux faire face aux symptômes; la réduction du stress et les [techniques de relaxation](#) et de [méditation](#) peuvent soulager les tensions et les efforts.

### Les médicaments :

- Les AINS
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ex fluoxétine 20mg par voie orale une fois par jour
- La clomipramine administrée pour le cycle complet ou un demi-cycle, soulage efficacement les symptômes émotionnels,
- Les anxiolytiques peuvent être utiles mais risque de dépendance ou d'addiction

Chez certaines femmes, le traitement hormonal est efficace. Les options comprennent

- Les contraceptifs oraux
- La progestérone en ovule vaginal (200 à 400 mg 1 fois/jour)
- Un progestatif oral (p. ex., progestérone micronisée 100 mg au coucher) pendant 10 à 12 jours avant les règles.
- Un progestatif à longue durée d'action (p. ex., médroxyprogestérone 200 mg IM tous les 2 à 3 mois)

### Chirurgie

En cas de symptômes graves chez la femme, l'ovariectomie bilatérale peut soulager les symptômes car elle supprime les cycles menstruels ; le traitement hormonal substitutif est ensuite indiqué jusqu'à environ 51 ans (âge auquel la ménopause survient généralement)

## Les points clés

- Les symptômes du syndrome prémenstruel peuvent être non spécifiques et varient d'une femme à l'autre.
- Diagnostiquer le syndrome prémenstruel en se basant uniquement sur les symptômes.
- Si les symptômes semblent graves et invalidants, évoquer un trouble dysphorique prémenstruel (qui est souvent sous-diagnostiqué) et demander aux patientes d'enregistrer les symptômes pendant  $\geq 2$  cycles; pour un diagnostic de trouble dysphorique prémenstruel, des critères cliniques doivent être remplis.
- Habituellement, le traitement consiste à essayer différentes stratégies pour identifier ce qui peut aider une patiente particulière ; commencer par des modifications du mode de vie, puis les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, les contraceptifs oraux ou parfois les thérapies cognitives comportementales.
- Les agonistes de la GnRH et l'ovariectomie sont réservés aux cas sévères.

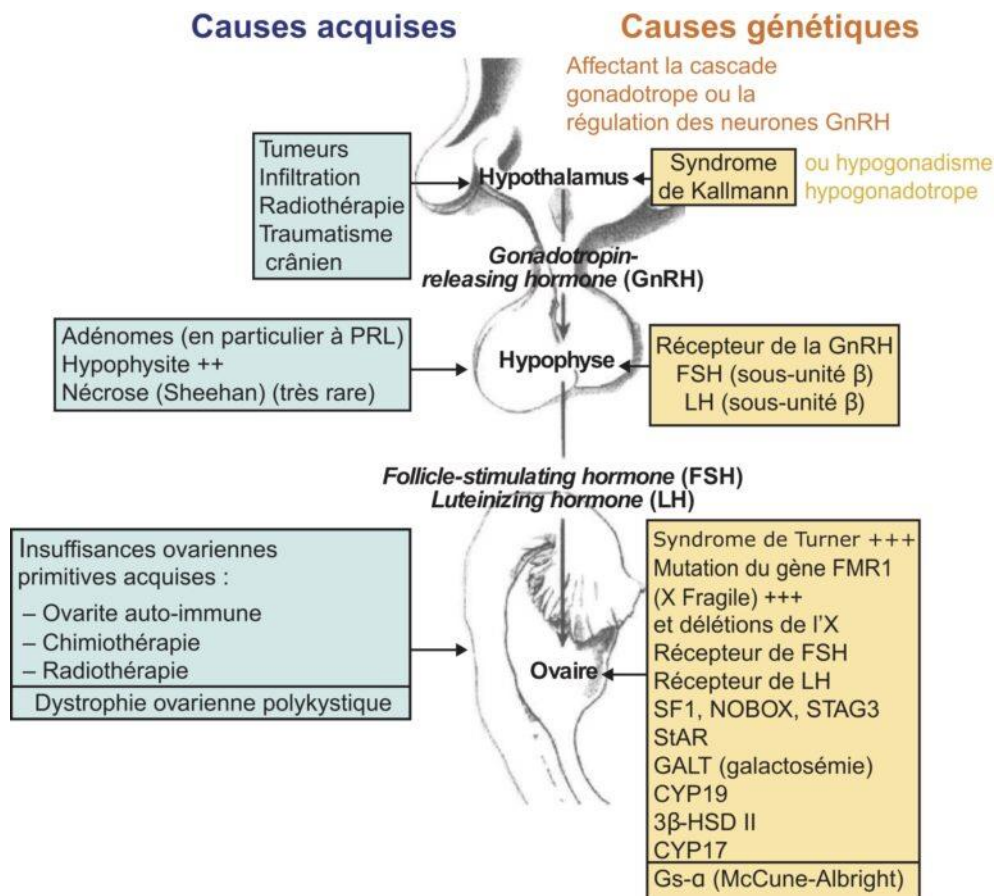
## LES AMENORRHEES

**L'aménorrhée est un motif fréquent de consultation.**

Elle est arbitrairement définie par l'absence de cycle menstruel chez la fille après l'âge de 16 ans avec ou sans développement pubertaire (aménorrhée primaire) ou par son interruption chez une femme préalablement réglée (aménorrhée secondaire).

La distinction classique entre aménorrhées primaire et secondaire est artificielle puisque leurs causes sont en partie communes. Elle souligne simplement que les premières relèvent surtout de causes chromosomiques et génétiques, les secondes de causes acquises.

Représentation schématique de l'axe hypothalamo-hypophysaire-ovarien. Les principales causes des aménorrhées affectant cet axe sont indiquées. À droite : causes génétiques. À gauche : lésions acquises. (Source : CEEDMM, 2021.)



L'absence de règles est physiologique pendant la grossesse, la lactation et la ménopause. Toute interruption du cycle menstruel au-delà d'un mois, même après arrêt d'une contraception orale, est anormale et justifie une enquête étiologique. **Un traitement oestrogénostatif sans exploration préalable est toujours illégitime.**

L'aménorrhée peut être précédée d'irrégularités menstruelles (oligo/spanioménorrhée) dont la valeur sémiologique est similaire et l'enquête étiologique identique.

## Conduite diagnostique

### Les aménorrhées primaires

#### Anamnèse :

Devant une aménorrhée primaire, la probabilité d'une cause génétique ou chromosomique est importante. IL convient donc de rechercher l'existence, dans la famille, d'autres individus atteints de retard pubertaire ou d'aménorrhée, d'hypogonadisme ou d'infertilité.

Il faut aussi rechercher une carence nutritionnelle liée ou non à une maladie chronique.

#### L'examen clinique :

Il précisera le développement pubertaire selon les stades de TANNER

Développement mammaire (S) selon Tanner. (Source : CEEDMM, 2021.)

<b>S1</b>	Absence de développement mammaire
<b>S2</b>	Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole
<b>S3</b>	La glande mammaire dépasse la surface de l'aréole
<b>S4</b>	Développement maximal du sein (apparition d'un sillon sous-mammaire) Saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande
<b>S5</b>	Aspect adulte Disparition de la saillie de l'aréole

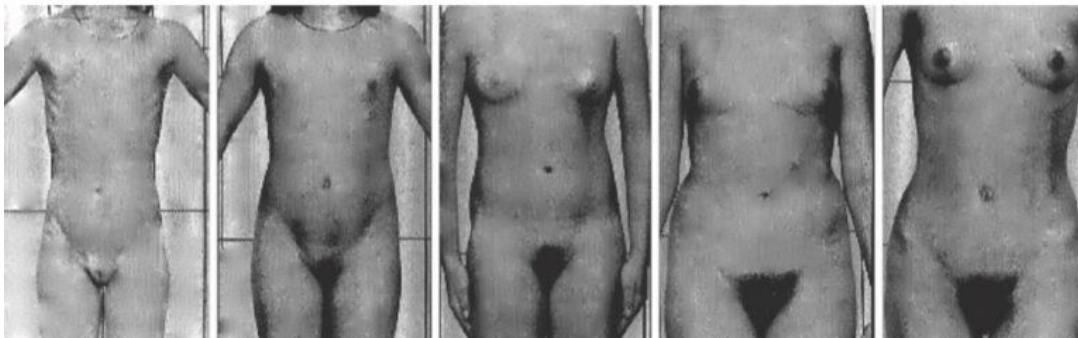
Pilosité pubienne (P) selon Tanner. (Source : CEEDMM, 2021.)

<b>P1</b>	Absence de pilosité
<b>P2</b>	Quelques poils longs sur le pubis
<b>P3</b>	Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse
<b>P4</b>	Pilosité pubienne fournie
<b>P5</b>	La pilosité s'étend à la racine de la cuisse et s'allonge vers l'ombilic chez le garçon

## Développement des caractères sexuels chez la fille

Développement des caractères sexuels chez la fille. S, seins ; P, pilosité pubienne.  
(Source : CEEDMM, 2021.)

- |                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| • S2 11,5 ± 1,1 ans       | • P2 11,6 ± 1,2 ans |
| • S3 12,1 ± 1,1 ans       | • P3 12,3 ± 1,1 ans |
| • S4 13,1 ± 1,1 ans       | • P4 12,9 ± 1,1 ans |
| • S5 15,3 ± 1,7 ans       | • P5 14,4 ± 1,2 ans |
| • Ménarche 13,5 ± 1,1 ans |                     |



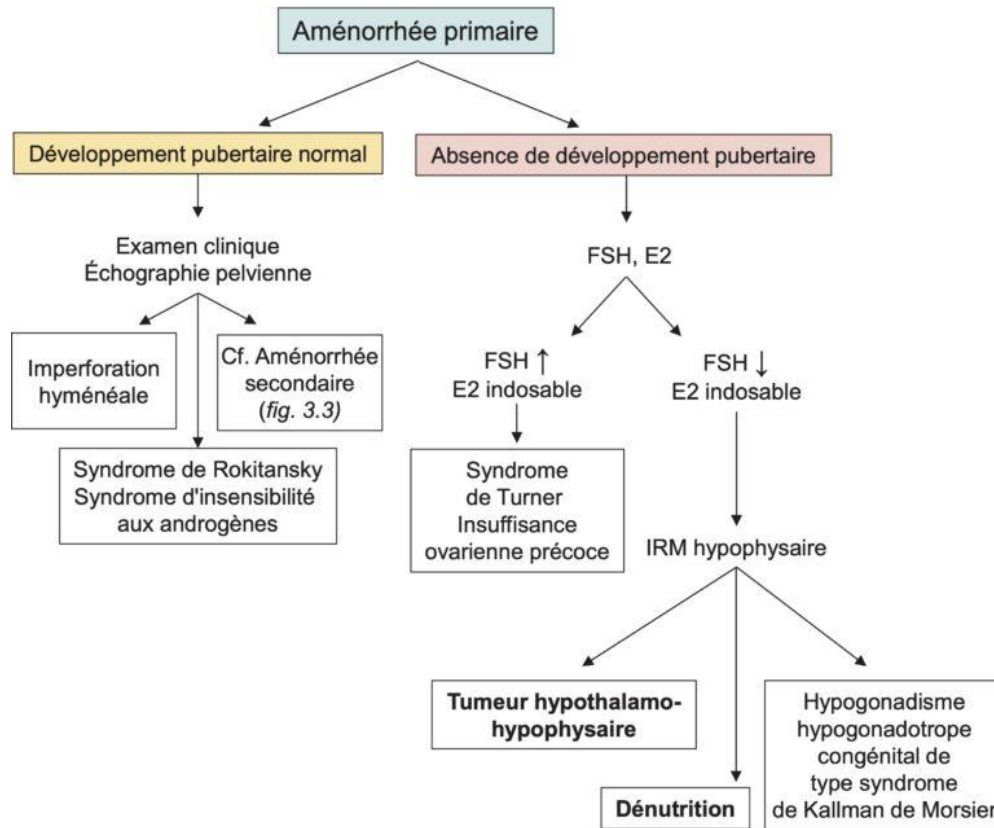
L'exploration hormonale de première intention comprend le dosage de l'œstradiol, de la FSH et de la LH. En cas de gonadotrophines basses, après avoir éliminé une tumeur hypothalamo-hypophysaire et une dénutrition, on recherchera une anosmie et d'autres signes évoquant le syndrome de Kallmann ([Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine \(academie-medecine.fr\)](http://academie-medecine.fr)).

En cas de gonadotrophines hautes, la petite taille et le syndrome malformatif (inconstant) feront évoquer un syndrome de Turner ([Syndrome de Turner : tout ce qu'il faut savoir sur cette maladie \(passeportsante.net\)](http://passeportsante.net)) dont le diagnostic sera confirmé par la réalisation d'un caryotype (formule 45,X ou mosaïque 45,X/46,XX). Tous deux nécessiteront une enquête et un conseil génétique. D'autres mutations ont été décrites mais sont du domaine de la spécialité.

### L'examen clinique :

Il a pour but de visualiser le degré de pilosité. Dans certains cas, il peut évaluer la perméabilité et la trophicité du vagin et du col.

Arbre décisionnel devant une aménorrhée primaire (Source : CEEDMM, 2021.) :



### Les aménorrhées secondaires

Elles sont, le plus souvent, le résultat d'une pathologie acquise après la puberté. Cependant, une anomalie génétique est toujours possible, surtout si l'aménorrhée a été précédée d'irrégularités menstruelles depuis la puberté, parfois malencontreusement masquées par un traitement œstroprogestatif administré « pour régulariser les règles »

#### L'anamnèse :

Elle recherchera :

- Des causes évidentes comme une grossesse (adolescentes +++)
- Certaines prises médicamenteuses (antidopaminergiques élevant la prolactine :
  - Des antinauséux
  - Des neuroleptiques
  - Des macroprogestatifs, entraînant une aménorrhée par atrophie de l'endomètre)
  - Une corticothérapie ou des traitements inhibant la commande hypothalamo-hypophysaire (chirurgie de la région hypothalamo-hypophysaire, radiothérapie)
  - Des traitements gonadotoxiques (radiothérapie, chimiothérapie +++, chirurgie ovarienne) ;

Une maladie endocrinienne ou chronique (par exemple, maladie cœliaque) pouvant retentir sur l'axe gonadotrope, le fonctionnement ovarien ou l'état nutritionnel

- L'histoire gynécologique et obstétricale, qui sera utile pour dater l'ancienneté de l'aménorrhée

- Des bouffées de chaleur, inconstantes, qui feront suspecter une insuffisance ovarienne
- Des douleurs pelviennes cycliques orientant vers une cause utérine, d'autant plus qu'il existe une notion de geste endo-utérin (curetage, IVG).

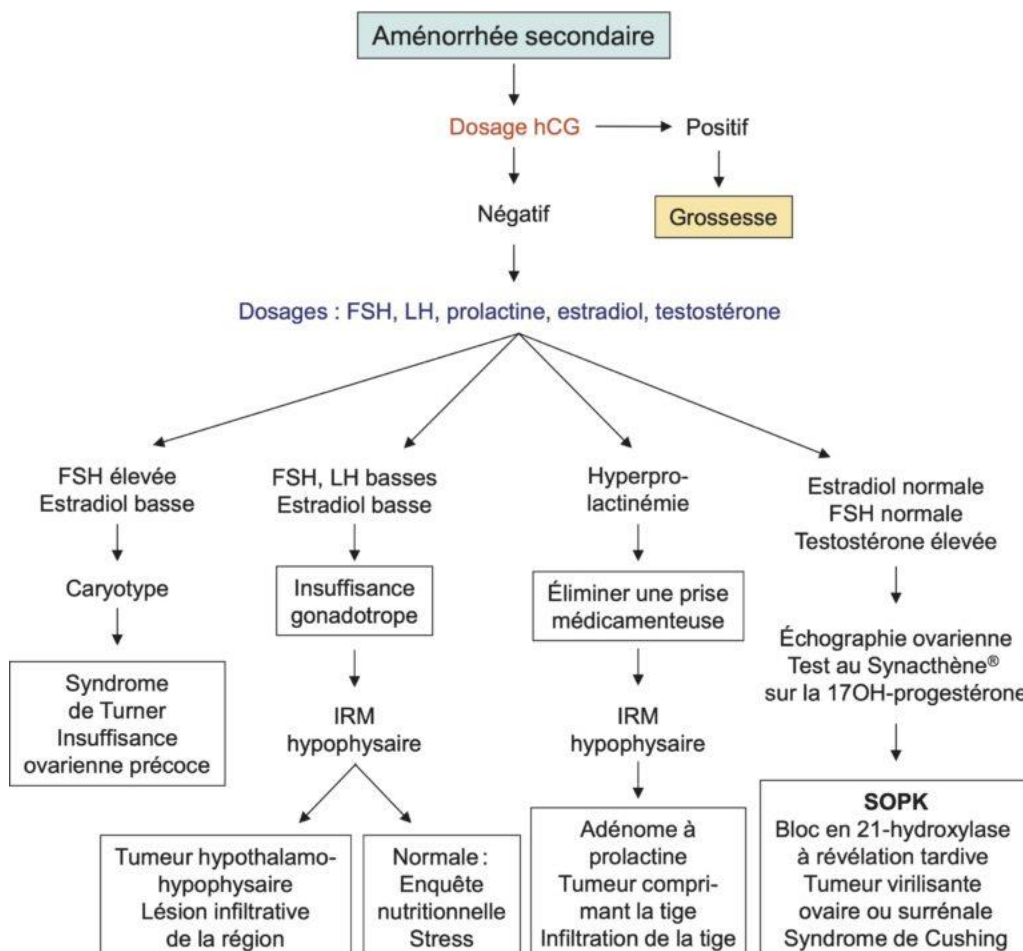
**L'examen clinique :**

- Mesure du poids et de la taille, complétée par une enquête nutritionnelle et le degré d'activité physique surtout si l'IMC est inférieur à 21kg/m<sup>2</sup>
- Recherche des signes d'hyperandrogénie (séborrhée, acné, hirsutisme). Ils orientent vers certaines causes, en particulier le syndrome des ovaires polykystiques ou un déficit en 21-hydroxylase et, plus rarement, un syndrome de Cushing
- Recherche d'une galactorrhée et même en son absence un dosage de prolactine sera demandé
- L'examen gynécologique, lorsqu'il est réalisable, est important pour apprécier l'état des muqueuses et visualiser le col et la glaire.

**Les dosages hormonaux de première intention :**

- Prolactine
- Oestradiol
- FSH
- LH
- Testostérone totale

L'arbre décisionnel ci-dessous permet d'orienter le diagnostic :





## **Etiologie des aménorrhées**

*Il est du domaine de la spécialité et ce dossier documentaire ne fera que les citer*

### **Aménorrhées avec carence œstrogénique secondaire à un déficit gonadotrope d'origine organique ou fonctionnelle**

- Aménorrhée d'origine hypothalamique avec prolactine normale ;
- Atteinte organique de l'hypothalamus.
- Aménorrhée hypothalamo-hypophysaire secondaire avec hyperprolactinémie.
- Aménorrhée par déficits gonadotropes d'origine hypophysaire.

### **Insuffisances ovariennes primitives :**

Devant toute insuffisance ovarienne primitive ne pouvant être expliquée par une atteinte chirurgicale, une chimiothérapie ou une radiothérapie, il est nécessaire de rechercher en premier lieu une anomalie du caryotype (syndrome de Turner et autres anomalies caryotypiques associées à une insuffisance ovarienne primitive), une anomalie du gène FMR1 (Fragile X Mental Retardation), responsable du syndrome de l'X fragile, et une atteinte auto-immune.

### **Aménorrhées secondaires associées à une hyperandrogénie :**

- Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'un syndrome des ovaires polymicrokystiques.
- Aménorrhées d'origine tumorale ovarienne.
- Aménorrhée par pathologie de la surrénale.

### **Aménorrhées par anomalie utérine :**

- Anomalies congénitales du tractus génital.
- Une imperforation hyménéale.
- Une malformation vaginale.
- Une agénésie utérine.

## Les points clés

- L'aménorrhée : un symptôme que tout médecin doit connaître.
- Chez toute femme normale, après la puberté, avant la ménopause et en dehors de la grossesse, les règles doivent être régulières. C'est-à-dire qu'elles doivent survenir tous les 28 jours en moyenne (la normale est entre 26 et 31 jours). Cette régularité indique que l'utérus, les ovaires, l'hypophyse et l'hypothalamus de la femme fonctionnent normalement et sont donc indemnes d'une maladie.
- On appelle aménorrhée une interruption des règles (aménorrhée secondaire) chez une femme préalablement réglée, ou la non-survenue de règles chez une adolescente (aménorrhée primaire).
- En dehors de la grossesse, de la lactation et de la ménopause, l'aménorrhée est toujours pathologique. Elle doit faire consulter un spécialiste du domaine après en avoir discuté avec le médecin traitant.
- Aucune pilule « pour régulariser les règles » ne doit être prescrite avant d'avoir trouvé la cause de l'aménorrhée. En effet, la pilule œstroprogestative ne fait que provoquer des règles artificielles qui vont rassurer à tort les adolescentes et les femmes. De ce fait, la maladie sous-jacente qui a provoqué l'interruption des règles va continuer à évoluer sans traitement.
- Les aménorrhées ou oligo/spanioménorrhées sont donc le témoin de l'existence d'une maladie de l'utérus, des ovaires, des surrénales ou de la région hypothalamo-hypophysaire.
- Dans la recherche d'une cause d'aménorrhée, certains dosages hormonaux sont essentiels comme les mesures de l'œstradiol et des hormones hypophysaires LH, FSH et la prolactine. On écarte aussi systématiquement une grossesse (+++ : dosage d'hCG dans le sang ou test urinaire de grossesse).
- Les anomalies les plus fréquentes à l'origine d'une aménorrhée ou d'une oligoménorrhée d'origine hypothalamo-hypophysaire sont des tumeurs bénignes ou d'autres lésions de l'hypophyse.
- C'est la raison pour laquelle on est amené, lorsque la LH et FSH sont abaissées, à faire une image de l'hypophyse par IRM. Les adénomes hypophysaires sécrètent souvent de la prolactine qui, lorsqu'elle est à des taux excessifs dans le sang, peut entraîner un écoulement mammaire (galactorrhée), non expliqué par l'allaitement, et s'associe à l'interruption des règles.
- Une autre cause fréquente d'aménorrhée hypothalamique, surtout chez l'adolescente, est une masse grasse insuffisante, qui s'évalue par l'indice de masse corporelle (IMC) : chez ces femmes, l'IMC est inférieur à 21. Cette situation est le plus souvent liée à une restriction alimentaire inappropriée (surtout en matières grasses), fréquemment associée à une activité physique excessive.
- Au niveau ovarien, la plus fréquente des maladies responsables d'oligo- ou aménorrhée est le syndrome des ovaires micropolykystiques. C'est une maladie très fréquente qui touche 5 à 10 % des femmes. Cette affection chronique commence souvent à l'âge de la puberté par l'association très typique que sont l'espacement ou l'interruption des règles avec assez souvent des signes évoquant une sécrétion excessive d'hormones masculines par l'ovaire (testostérone) : acné, séborrhée (peau et cheveux gras) voire hirsutisme (pilosité excessive du visage, « moustache », favoris, des seins, du pubis vers l'ombilic, etc.). Le diagnostic de cette maladie ovarienne fréquente se fait par l'histoire des règles », jamais régulières (en dehors des phases de la vie sous pilule, avec « règles régulières » artificielles), l'examen, les dosages hormonaux et l'échographie ovarienne.
- Un autre diagnostic de maladie de l'ovaire à poser devant une aménorrhée est l'insuffisance ovarienne prématurée, dont le diagnostic hormonal est en général très facile (élévation de l'hormone FSH plasmatique).
- Les causes utérines plus rares qui peuvent être la conséquence de lésions de l'utérus infectieuses et surtout traumatiques (IVG ou manœuvres chirurgicales après un accouchement difficile).

## LES DYSPAREUNIES

Les dyspareunies concernent 4 à 28 % des femmes. On distingue les dyspareunies profondes et superficielles. L'interrogatoire et l'examen clinique doivent être minutieux pour ne pas ignorer une cause organique curable. La plainte de la patiente ne doit pas être négligée. Le diagnostic de dyspareunie d'origine psychogène ne doit pas être trop hâtif. Toutes les causes organiques doivent être identifiées et traitées spécifiquement au plus vite afin de limiter au maximum le retentissement psychologique.

Mais Les dyspareunies peuvent être aussi masculine. Elles sont le plus souvent révélatrice (62 %) d'une maladie de Lapeyronie ou d'une pathologie du prépuce

Chez la femme, il est fréquent de distinguer deux types de dyspareunie :

- Les dyspareunies superficielles, ou dyspareunies d'intromission, lorsque la douleur se manifeste à proximité ou au niveau de l'orifice du vagin lors de l'intromission ;
- Les dyspareunies profondes, en cas de douleurs pelviennes

### Etiologie de la dyspareunie chez la femme ?

- Dans de nombreux cas, la dyspareunie est due à une [sécheresse vaginale](#).  
La dyspareunie, profonde ou superficielle peut aussi être la conséquence chez la femme de facteurs physiques ou psychologique :
- D'une atrophie vaginale : la muqueuse du vagin devient alors sèche et enflammée en raison de la prise de médicaments ou de changements hormonaux. Ainsi, la dyspareunie est fréquente après la ménopause.
- D'infections vaginales causées par des champignons ou des bactéries (par exemple la chlamydia).
- D'infections au niveau du col de l'utérus : lors d'une pénétration profonde, le pénis peut toucher le col de l'utérus infecté et donc cela entraîne des douleurs.
- D'anomalies au niveau de l'utérus : des [fibromes utérins](#) peuvent provoquer des douleurs lors de la pénétration.
- D'une [endométriose](#) : dyspareunie et endométriose sont souvent associées.
- D'anomalies au niveau des ovaires : par exemple, la présence de kystes ovariens ou de troubles au niveau des trompes de Fallope.
- D'une maladie inflammatoire pelvienne
- D'une bartholinite
- D'une [grossesse extra-utérine](#).
- De rapports sexuels post-partum trop précoces ou trop tôt après une opération chirurgicale.
- D'infections sexuellement transmissibles (IST).
- D'une vulvodynie, qui provoque des douleurs dans la région vulvaire.
- De troubles dermatologiques affectant les organes génitaux.
- De troubles psychologiques : l'anxiété, la dépression, une faible estime de soi, des abus sexuels, ainsi que la peur, la culpabilité ou la honte liées au sexe peuvent également expliquer la dyspareunie.
- D'une allergie au latex

- Etiologie des dyspareunies chez l'homme :
- Manque de lubrification.
- Problèmes vaginaux de la partenaire, tels que des anomalies du tractus génital féminin.
- Contact avec un objet intra vaginal.
- La douleur peut être causée par le vaginisme provoquant une pénétration difficile.
- L'utilisation de spermicides.
- D'une allergie au latex
- Phimosis
- Court frénulum
- Maladie de la Peyronie
- Les causes inflammatoires : épididymite, prostatite, urétrite
- Infection urinaire Bien que moins fréquente chez les hommes, l'infection urinaire provoque des douleurs intenses lors de la miction et peut causer des douleurs lors des rapports sexuels.
- Des causes psychologiques :
  - La plupart de ces causes s'expliquent par l'existence de peurs acquises durant l'enfance.
  - Certaines de ces craintes découlent de tabous et de préjugés qui ont été inculqués par une éducation répressive.
  - D'autres par abus sexuel ou viol dans l'enfance, ce qui entraîne un déni de plaisir qui peut affecter l'âge adulte.
  - Sentiment de culpabilité concernant sa sexualité.
  - Manque d'estime de soi ; mauvaise représentation corporelle.
  - Conflits au sein du couple ; dégoût du partenaire.
  - Troubles psychiatriques, anxiété, dépression, stress.
  - Baisse de la libido ; sécheresse vaginale par manque d'excitation.
  - Peur d'avoir un rapport sexuel ; peur d'être enceinte ou d'avoir une grossesse non désirée ; peur de la pénétration.
  - Refus de l'orgasme ; refus du plaisir sexuel.
  - Fibromyalgie.

Ce type de cause de dyspareunies psychologiques est plus complexe et nécessite une prise en charge par un psychologue et/ou un sexologue.

### Les symptômes

La dyspareunie masculine se manifeste par une douleur au niveau du gland, de la verge ou de tout l'organe génital jusqu'au périnée. La douleur du périnée entraîne un inconfort total après la relation sexuelle chez l'homme.

La dyspareunie chez les femmes se manifeste de deux manières : la dyspareunie superficielle et la dyspareunie profonde.

- La dyspareunie superficielle :  
Elle est ressentie à l'orifice vaginal. Elle touche la sphère génitale ou la vulve. Cette douleur peut apparaître soit après un frottement ou attouchement sexuel au niveau de la partie externe de l'organe génital féminin soit après une pénétration.

➤ **La dyspareunie profonde :**

Dans la forme profonde, la douleur est perçue au niveau du bassin, du pelvis de la femme. La douleur pelvienne survient après une pénétration du pénis (ou du vibromasseur ou autres sex-toys) en profondeur.

Que ce soit une dyspareunie profonde ou superficielle, les muscles pelviens en se contractant, accroissent la douleur.

### **Le diagnostic**

Il est orienté en fonction de l'anamnèse et comporte un examen gynécologique, dermatologique (lichen plan, maladie de Bowen, papulose Bowenoïde), bactériologique.

### **Les examens complémentaires :**

- Frottis cervico-utérin
- Prélèvement pour la recherche d'herpès génital
- Echographie pelvienne IRM pelvienne
- Colposcopie

### **Les traitements**

#### **Auto-traitement**

- Utilisation d'un lubrifiant personnel qui facilite la pénétration ce qui atténue la crainte des douleurs ;
- Changement de position ;
- Préliminaires plus longs ;
- Pratique d'exercice de relaxation, comme le yoga.

#### **Traitement médical**

Un traitement médical peut être nécessaire face à une dyspareunie de cause organique [maladies gynécologiques ou infectieuses, troubles hormonaux, ou psychiatrique.

La dyspareunie nécessite souvent une combinaison de traitements d'ordre physique et psychologique

- Le gel lubrifiant : qu'importe le traitement entrepris, il est communément recommandé d'utiliser un gel lubrifiant pendant les rapports sexuels.
- La chirurgie : une intervention chirurgicale peut être nécessaire et utile dans certains cas très précis comme l'endométriose, les myomes, tumeurs. Il est recommandé de toujours combiner avec une sexo/psychothérapie.
- L'anesthésiant local : c'est l'application d'une pommade anesthésiante à base de lidocaïne durant plusieurs semaines tous les soirs. Il permet de diminuer la douleur et de rendre les rapports sexuels possibles chez certaines patientes
- Le traitement anti-infectieux à base d'antibiotiques ou d'antimycosiques selon l'infection
- Le traitement hormonal : déficit en œstrogènes
- Mise en place de dilatation vaginale à la bougie

#### **Traitement paramédical [sexo-psychologique]**

- La physiothérapie pelvienne : reconnue comme un des piliers du traitement de différents types de dyspareunie, elle permet d'agir sur la douleur et sur la tension musculaire locale et générale. Le principe est d'apprendre à relaxer les muscles de la région pelvienne.

- La sexothérapie cognitive et comportementale s'est également révélée être très efficace, avec pour objectif une désensibilisation progressive de l'anxiété liée à la pénétration et la crainte de nouvelles douleurs.

## Les points clés

- La plainte de la patiente ou du patient ne doit pas être négligée
- L'examen clinique doit être minutieux pour ne pas ignorer une cause organique curable
- La dyspareunie chez les femmes se manifeste de deux manières : la dyspareunie superficielle et la dyspareunie profonde
- La dyspareunie masculine se manifeste par des douleurs du gland, de la verge, ou de tout l'organe génital jusqu'au périnée
- Les examens complémentaires recommandés :
  - Frottis cervico-utérin
  - Prélèvement pour la recherche de l'herpès génital
  - Echographie pelvienne, IRM pelvienne
  - Colposcopie
- Un traitement médical peut être nécessaire face à une dyspareunie de cause organique [maladies gynécologiques ou infectieuses, troubles hormonaux.

## Bibliographie

- Maladie pelvienne inflammatoire - Gynécologie et obstétrique - Édition professionnelle du Manuel MSD (msdmanuals.com)
- [Dysménorrhées : Symptômes et traitements - Santé sur le Net \(sante-sur-le-net.com\)](http://sante-sur-le-net.com)
- [Janvier 2023 : Dysménorrhée - Gynécologie et obstétrique - Édition professionnelle du Manuel MSD \(msdmanuals.com\)](http://msdmanuals.com)
- [Syndrome prémenstruel - Gynécologie et obstétrique - Édition professionnelle du Manuel MSD \(msdmanuals.com\) 2023](http://msdmanuals.com)
- [#PayeTonCycle : C'est quoi le syndrome prémenstruel ? 🧑](https://www.inserm.fr/fr/actualites/2022/08/10/le-syndrome-premenstruel) · Inserm, La science pour la santé
- [Item 42 - Aménorrhée - Société Française d'Endocrinologie \(sfendocrino.org\)](http://sfendocrino.org) Août 2022.
- [Dyspareunie : tout sur les douleurs lors d'un rapport sexuel \(passeportsante.net\)](http://passeportsante.net)
- [Dyspareunie : définition, symptômes et traitements | Elsan](http://elsan.fr)
- dyspareunie – CISMeF