

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 27/05/2010

Secrétaire : Dr MAURY

Modérateur : Dr LABORNE

Temps 1 exemples :

•Problèmes soulevés par le groupe

Question 1 : Indication du dosage de la T3 et/ou de la T4 ?

Question 2 : Bilan à faire devant une prise de poids inexplicée chez la femme non ménopausée.

•Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe

Directive clinique de consensus sur la dysménorrhée primaire

http://www.sogc.org/jogc/documents/CPD_FRE_Abstract_JOGC-dec-05.pdf

Directive clinique de consensus sur la dysménorrhée primaire

CO-PRÉSIDENTES

Guyline Lefebvre, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)
Odette Pinsonneault, MD, FRCSC, Sherbrooke (Québec)

CO-AUTEURS

Viola Antao, MD, CCFP, MHSc., Toronto (Ont.)
Amanda Black, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)
Margaret Burnett, MD, MA, CCFP, FRCSC, Winnipeg (Man.)
Kymm Feldman, MD, CCFP, MHSc., Toronto (Ont.)
Robert Lea, MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)
Magali Robert, MD, FRCSC, Calgary (Alb.)

médicaments et de services paramédicaux devrait être utilisée pour limiter les effets de cet état pathologique sur les activités de la vie quotidienne. Dans certains cas, le recours à la chirurgie est nécessaire pour l'obtention du soulagement souhaité.

Issues : La présente directive clinique discute des diverses options disponibles en matière de prise en charge de la dysménorrhée. Des documents d'information destinés aux patientes peuvent s'inspirer du contenu de la présente directive clinique en vue de sensibiliser les femmes aux options qui leur sont offertes, ainsi qu'aux risques et aux avantages possibles que recèlent diverses stratégies de traitement. Il est possible que les femmes qui en viennent à sélectionner une stratégie acceptable de prise en charge de cet état pathologique bénéficient d'une amélioration de leur qualité de vie.

Preuves : Aux fins de la rédaction d'une directive clinique de consensus canadienne sur la prise en charge de la dysménorrhée primaire, des recherches ont été menées dans les bases de données MEDLINE et Cochrane en vue d'en tirer les articles de langue anglaise et de langue française, publiés entre janvier 1990 et décembre 2004, portant sur des sujets liés à la dysménorrhée primaire, aux douleurs menstruelles et aux douleurs pelviennes.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le Rapport du groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Les recommandations visant la pratique ont été classées conformément à cette méthode.

Recommandations

Section 3 : Diagnostic / diagnostic différentiel / explorations

- Chez les adolescentes connaissant une dysménorrhée dans les six premiers mois à la suite de l'apparition des premières règles, ainsi que lorsqu'une patiente anovulatoire se plaint de dysménorrhée, le diagnostic de malformation obstruant le tractus génital devrait être envisagé. (III-A)
- Le diagnostic de dysménorrhée secondaire devrait être envisagé lorsque les symptômes apparaissent à la suite de nombreuses années de règles indolores. (III-A)
- À la lumière de la prévalence élevée de la dysménorrhée et des résultats indiquant que de nombreuses femmes ne cherchent pas à obtenir une aide médicale lorsqu'elles font face à ce problème, les fournisseurs de soins de santé devraient poser des questions visant particulièrement la douleur menstruelle au moment de la prise des antécédents médicaux de leurs patientes. (III-B)
- Chez une adolescente n'ayant jamais été active sexuellement et présentant des antécédents typiques de dysménorrhée allant de légère à modérée, la tenue d'un examen pelvien n'est pas nécessaire. (III-D)

Résumé

Méthodes : Les membres du présent groupe de consensus ont été sélectionnés en fonction de leur expertise personnelle de façon à représenter une gamme d'expériences pratiques et universitaires, tant en matière d'emplacement géographique au Canada que de type de pratique, ainsi qu'en fonction de leur expertise de sous-spécialité et de leurs antécédents en gynécologie générale. Le groupe de consensus a analysé tous les résultats disponibles au sein de la littérature médicale anglophone et francophone, ainsi que les données issues d'un sondage mené auprès des Canadiennes. Les recommandations ont été élaborées sous forme de déclarations de consensus. Le document final a été analysé et approuvé par le comité exécutif et le Conseil de la SOGC.

Résultats : Le présent document offre un résumé des tout derniers résultats en ce qui a trait au diagnostic, aux explorations, ainsi qu'à la prise en charge médicale et chirurgicale de la dysménorrhée. Les recommandations qui en résultent peuvent être adaptées par les professionnels de la santé en fonction des besoins de leurs patientes qui présentent cet état pathologique.

Conclusions : La dysménorrhée est un état pathologique extrêmement courant et parfois débilitant qui affecte les femmes en âge de procréer. Une approche multidisciplinaire mettant en jeu une combinaison de modifications du mode de vie, de

Mots clés : Primary dysmenorrhea, pelvic pain, menstrual pain, crampy suprapubic pain, endometriosis, menorrhagia, menstrual cramps, length of cycles, regularity of cycles, duration of menses, pelvic examination, management of dysmenorrhea

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif 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 cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et classification des recommandations

Niveaux des résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (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 appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
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 appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique¹²⁶.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique¹²⁶.

5. La tenue d'un examen pelvien est indiquée pour toutes les patientes qui ne réagissent pas au traitement conventionnel de la dysménorrhée ou lorsque l'on soupçonne la présence d'une pathologie organique. (III-B)

Section 4 : Options thérapeutiques non médicinales

1. Contrairement à la TENS à basse fréquence, la TENS à haute fréquence offre un soulagement de la douleur occasionnée par la dysménorrhée plus efficace que le placebo. La TENS à haute fréquence peut être considérée comme un traitement supplémentaire pour les femmes qui ne peuvent tolérer la médication. (II-B)
2. Les femmes qui cherchent à se renseigner au sujet des solutions de rechange pour le soulagement de la dysménorrhée peuvent être avisées que, à l'heure actuelle, l'efficacité de l'acupuncture n'est fondée que sur des données limitées, (II-B) qu'aucune donnée ne soutient l'efficacité du recours à la manipulation vertébrale (II-D) et que l'efficacité de la thérapie faisant appel à l'application topique de chaleur ne repose que sur des données limitées. (II-B)

Section 5 : Options thérapeutiques médicinales

1. Les femmes présentant une dysménorrhée primaire devraient se voir offrir des AINS à titre de traitement de première intention pour le soulagement de la douleur et l'amélioration de la capacité d'entreprendre les activités de la vie quotidienne, sauf si l'utilisation de ces AINS est contre-indiquée dans leur cas. (I-A)
2. Il est possible de recommander l'utilisation de contraceptifs oraux pour la prise en charge de la dysménorrhée primaire. Pour certaines femmes, les contraceptifs oraux peuvent même devenir le traitement de première intention, en raison du fait qu'ils constituent également un moyen de contraception. (I-A)
3. On peut envisager l'utilisation continue de contraceptifs oraux pour contraindre l'hémorragie de privation et la dysménorrhée qui lui est associée. (I-A)

4. Il a été démontré que Depo-Provera et Mirena s'avéraient efficaces dans la prise en charge de la dysménorrhée; ils peuvent donc être envisagés à titre d'options de traitement dans la prise en charge de la dysménorrhée primaire. (II-B)

Section 6 : Options chirurgicales

1. La chirurgie constitue l'ultime option diagnostique et thérapeutique en matière de prise en charge de la dysménorrhée. Le recours à la laparoscopie devrait être envisagé chez les femmes qui, malgré la mise en œuvre d'un traitement médical au moyen d'AINS et/ou de contraceptifs oraux, présentent une dysménorrhée persistante. (III-C)
2. L'hystérectomie peut être envisageable pour la prise en charge de la dysménorrhée lorsque les solutions de rechange de nature médicale ont été refusées par la patiente ou ont échoué et que la fertilité n'est plus possible ou souhaitée. (II-B)
3. En raison du caractère limité des résultats soutenant le recours à la neurectomie antéro-sacrée pour la prise en charge de la dysménorrhée primaire, les risques doivent être rigoureusement mis en balance avec les avantages attendus. (III-C)
4. Il n'a pas été démontré que la résection laparoscopique du nerf utéro-sacré entraînait une atténuation de la dysménorrhée; elle ne devrait donc pas être proposée comme étant une option de traitement usuelle. (III-C)

Section 7 : Médecine parallèle

1. Le traitement de médecine parallèle suivant bénéfique d'un soutien limité et peut être envisagé dans le cadre de la prise en charge de la dysménorrhée primaire, et ce, bien que des études approfondies s'avèrent toujours requises :
 - Vitamine B1 (I-B)
2. Les traitements de médecine parallèle suivants ont engendré une réaction initiale positive dans le cadre de la prise en charge de la dysménorrhée primaire et méritent donc de faire l'objet d'études approfondies :

- Vitamine E (I-C)
- Combinaison huile de poisson / vitamine B12 (I-C)
- Magnésium (II-1 C)
- Vitamine B6 (II-1 C)
- Toki-shakuyaku-san (II-1 C)
- Huile de poisson (II-3 C)
- Huile de krill Neptune (II-3 C)

3. Les traitements de médecine parallèle suivants n'ont démontré aucun avantage dans le cadre de la prise en charge de la dysménorrhée primaire; il est possible qu'ils nécessitent la tenue d'études approfondies :
- Combinaison vitamine B6 / magnésium (II-1)
 - Vitamine E (administration quotidienne), conjointement avec de l'ibuprofène (au cours des règles) (II-3)
 - Fenouil (II-3)
- J Obstet Gynaecol Can, vol. 27, n° 12, 2005, p. 1131–1146

Sites internet de qualité :

- **Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...**

Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

Temps 3

- **synthèse des cas compliqués :**
- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**
- **autres...**

Synthèse des cas compliqués :

Réponses aux questions posées lors de la séance précédente :

1 - Indication du dosage de la T3 et/ou de la T4 ?

Revue générale abc, Ann Biol Clin 2003, 61 : 411-20 : Dosages de thyroxine (T4) et tri-iodothyronine (T3) : techniques et place dans le bilan thyroïdien fonctionnel
R. Sapin, J.-L. Schlienger

Place des dosages de T4L et T3L dans le bilan thyroïdien fonctionnel [8, 31, 32]

Diagnostic

En France les Références médicales opposables n'autorisent pas le dosage des hormones thyroïdiennes chez un patient asymptomatique (RMO XIV 1993). A vrai dire de nombreux symptômes d'appel (asthénie, amaigrissement, thermophobie, sudations, diarrhées pour l'hyperthyroïdie ou prise de poids, frilosité, constipation et asthénie pour l'hypothyroïdie) peuvent amener à la prescription de dosages biologiques thyroïdiens. La pierre angulaire du bilan thyroïdien est alors le dosage de TSH dont la normalité permet habituellement d'affirmer l'euthyroïdie. Les dosages de T4L et T3L permettent de confirmer ou mieux de graduer une dysthyroïdie suspectée par le médecin en présence de signes cliniques évocateurs et d'un résultat de TSH anormal.

Hyperthyroïdie

Quand la TSH est abaissée et une hyperthyroïdie suspectée, l'élévation de la T4L permet de graduer l'hyperthyroïdie franche. Si la T4L est normale, la T3L sera dosée à la recherche d'une hyperthyroïdie à T3 rencontrée le plus souvent en présence d'un nodule thyroïdien (5 % des hyperthyroïdies). En revanche, si le résultat est, comme celui de T4L

normal, l'hyperthyroïdie est dite infraclinique (*figure 1*). Chez les patients hospitalisés en particulier, l'interprétation de la T4L devra prendre en compte les imperfections des méthodes de dosages précédemment soulignées.

Une fois le diagnostic d'hyperthyroïdie établi, des dosages complémentaires peuvent être utiles : la T3L éventuellement, si elle n'a pas été dosée précédemment, les anticorps anti-TPO et anti-récepteurs TSH pour le diagnostic étiologique, la détermination de l'iodémie ou l'iodurie pour détecter une surcharge iodée et, plus exceptionnellement, la thyroglobuline pour mettre en évidence une hyperthyroïdie factice. En cas de thyroïdite subaiguë (de type De Quervain) en raison de signes d'appels douloureux et/ou d'une scintigraphie hypofixante, il est nécessaire d'évaluer les paramètres inflammatoires (CRP, fibrinogène et vitesse de sédimentation) et de déterminer les anticorps antithyroglobuline.

Hypothyroïdie

Lorsque la TSH est augmentée et une hypothyroïdie suspectée, l'abaissement de la T4L confirme une hypothyroïdie franche. L'hypothyroïdie infraclinique est définie par une TSH modérément élevée et une T4L encore normale (*figure 2*). L'enquête étiologique d'une hypothyroïdie franche comprend le dosage des anticorps anti-TPO, antithyroglobuline si les anti-TPO sont négatifs, et éventuellement celui des anti-récepteurs TSH. Dans l'hypothyroïdie infraclinique le dosage des anti-TPO constitue un élément pronostique.

Le dosage de la T3 n'a pas de place dans le diagnostic de l'hypothyroïdie car sa concentration reste souvent normale dans les hypothyroïdies modérées et s'abaisse dans de nombreuses circonstances ne comportant pas de pathologie thyroïdienne. Le « syndrome à basse T3 » est un épiphénomène secondaire à une agression clinique ou métabolique, réversible avec l'amélioration de l'affection causale. Ce syndrome est fréquemment observé chez les patients hospitalisés atteints de maladies aiguës ou chroniques, générales ou d'organes, au décours d'interventions chirurgicales et de traumatismes de toute nature (maladies graves non thyroïdiennes) et dans la plupart des circonstances s'accompagnant d'une carence énergétique. Il est caractérisé par une diminution de la concentration plasmatique de T3T et T3L chez des patients cliniquement euthyroïdiens. D'un point de vue pratique, ces anomalies hormonales doivent être distinguées de celles qui relèvent d'une origine endocrinienne

spécifique afin d'éviter des erreurs diagnostiques et thérapeutiques [33]. Plus encore que dans d'autres circonstances le résultat de T3L dépend alors fortement de la méthode de dosage.

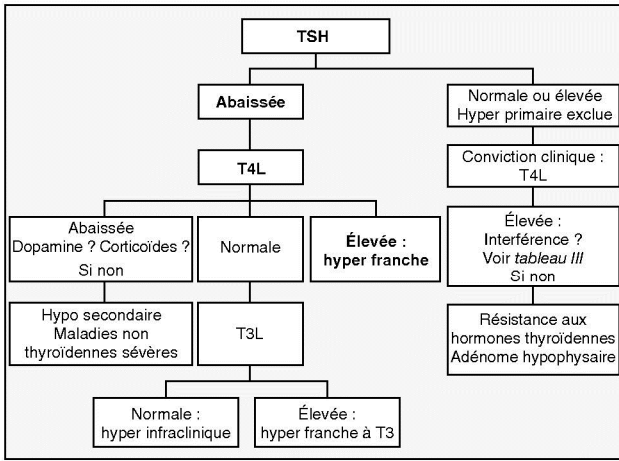


Figure 1. Place du dosage des hormones thyroïdiennes libres dans l'arbre décisionnel du diagnostic biologique d'une hyperthyroïdie.

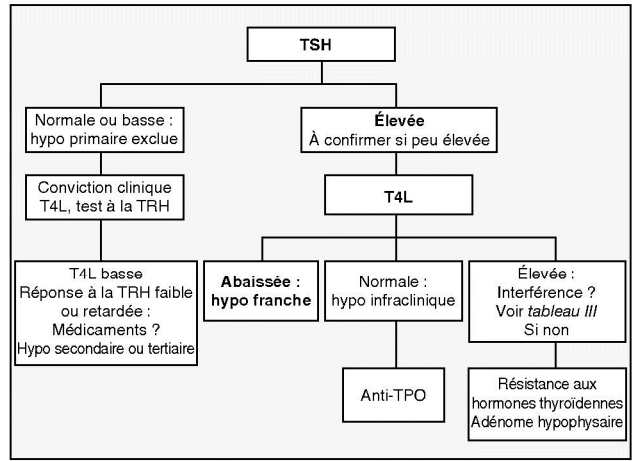


Figure 2. Place du dosage des hormones thyroïdiennes libres dans l'arbre décisionnel du diagnostic biologique d'une hypothyroïdie.

Choix du cas clinique pour la prochaine fois : 10ème du 20 mai 2010