



La dysménorrhée

par Dominique Bourassa

Hippocrate croyait que les règles douloureuses étaient dues à une obstruction cervicale ; pour lever cette obstruction, il recommandait une fumigation des organes génitaux externes par les vapeurs d'une décoction de vin doux, de graines et de racines de fenouil et d'huile de rose. La médecine chinoise traditionnelle conseillait quant à elle l'acupuncture ou l'application d'un cataplasme de gingembre et d'armoise. Où en est la médecine moderne dans le traitement de ce problème aussi vieux que l'humanité ?

SELON UNE ÉTUDE suédoise, seulement 31 % des femmes souffrant de dysménorrhée avaient discuté de leur problème avec leur médecin, et ce taux baissait à 14,5 % dans la population adolescente d'une autre étude américaine¹. Pourtant, la prévalence de la dysménorrhée varie entre 50 et 80 % selon le groupe d'âge, et elle est l'une des premières causes d'absentéisme à l'école et au travail. Chez 10 à 15 % de ces femmes, le malaise est suffisamment intense pour entraver les activités quotidiennes¹⁻³.

La dysménorrhée est définie comme une douleur pelvienne cyclique associée aux périodes menstruelles. Elle peut être primaire ou secondaire, la dysménorrhée secondaire étant une menstruation douloureuse résultant de diverses maladies pelviennes (*tableau I*)³.

Dysménorrhée primaire

La cause de la dysménorrhée primaire n'est pas parfaitement élucidée, mais la plupart des symptômes peuvent être expliqués par l'action des prostaglandines lors des cycles ovulatoires^{3,4}.

L'activité utérine stimulée par les prostaglandines peut être fulgurante. Normalement, la pression au repos de l'utérus est de 5 à 15 mmHg, et les contractions utérines pendant la menstruation atteignent des pressions de 50 à 80 mmHg. Chez les femmes souffrant de dysménorrhée, ces pressions peuvent atteindre jusqu'à 400 mmHg, et les pressions au repos peuvent être aussi élevées que 80 à 100 mmHg. La

La D^{re} Dominique Bourassa, omnipraticienne, exerce à la clinique de planification des naissances et à la salle d'urgence du Centre hospitalier régional de Rimouski.

Tableau I

Causes possibles de la dysménorrhée secondaire¹⁻⁵

Causes utérines

- Grossesse avec complications (ectopique, menace d'avortement)
- Processus inflammatoire (endométrite, maladie inflammatoire pelvienne)
- Polypes intra-utérins
- Léiomyomes utérins
- Adénomyose
- Sténose cervicale (après un traumatisme cervical)
- Endomètre intra-utérin séquestré (postablation endométriale ou en association avec le syndrome d'Asherman*)
- Stérilet

Causes extra-utérines

- Endométriose
- Malformations congénitales mullériennes obstructives
- Tumeurs bénignes ou malignes des ovaires, de l'intestin ou de la vessie
- Adhérences pelviennes (inflammation et cicatrisation)
- Kystes ovariens fonctionnels
- Maladie inflammatoire intestinale
- Somatisation

* Syndrome d'Asherman : la destruction de l'endomètre par un curetage peut entraîner une cicatrisation et l'apparition de synéchies ou de bandes de tissu cicatriciel à l'intérieur de la cavité utérine. Ce syndrome peut également suivre une chirurgie utérine telle une césarienne ou une myomectomie.

fréquence et l'intensité de ces contractions diminuent le débit sanguin du myomètre, créant ainsi un genre d'« an-gine » utérine^{2,3}.

La dysménorrhée primaire apparaît habituellement dans les trois premières

années suivant la ménarche. Elle débute rarement dans les trois premiers cycles, ceux-ci étant le plus souvent anovulatoires¹⁻⁴. Son incidence est plus élevée vers la fin de l'adolescence et au début de la vingtaine, même si on peut

Figure 1

Algorithme de traitement de la dysménorrhée primaire

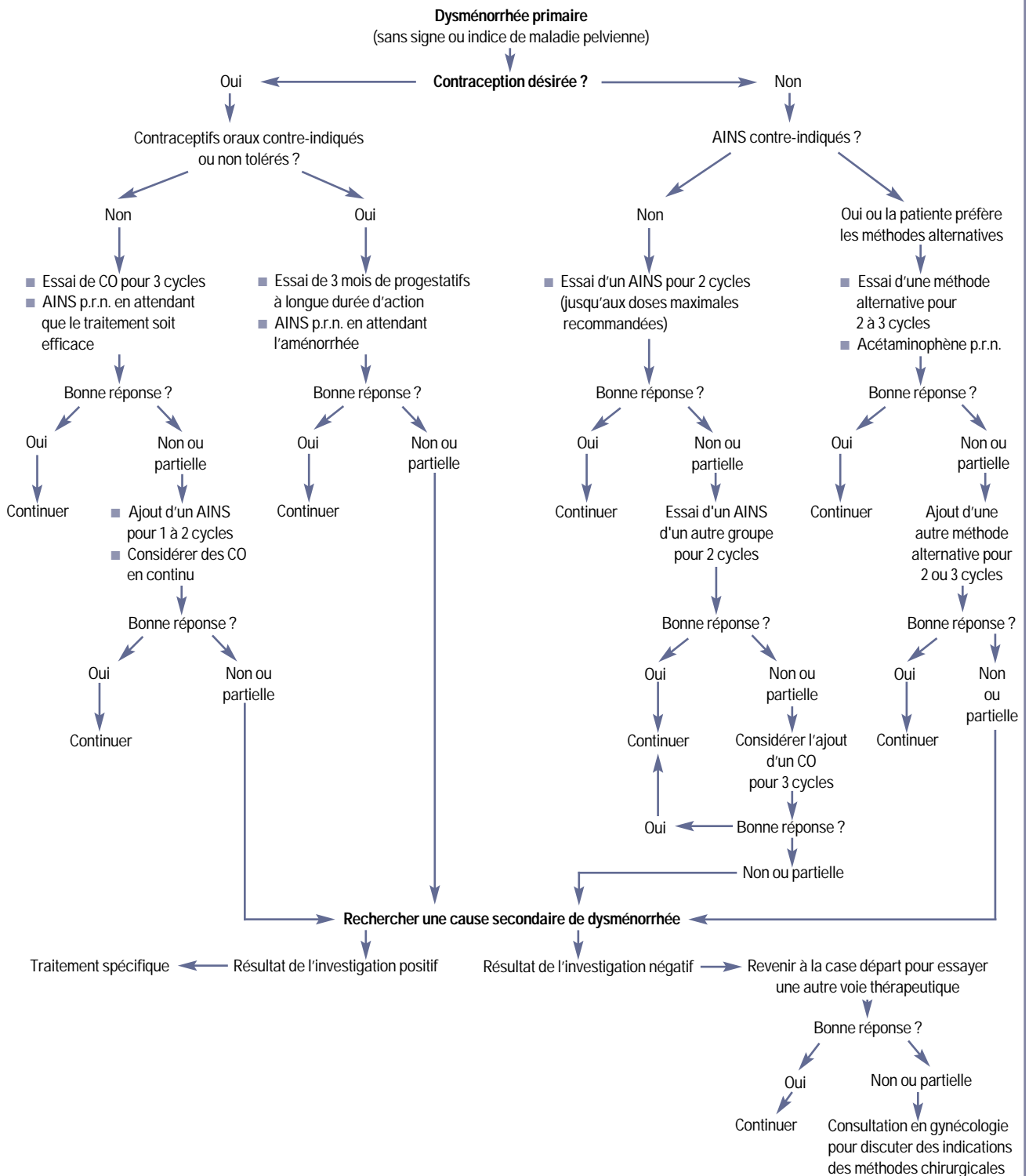


Tableau II

Éléments de l'anamnèse ou de l'examen évocateurs d'une dysménorrhée secondaire²⁻⁵

Éléments	Diagnostics possibles (liste non exhaustive)
■ Début de la dysménorrhée au 1 ^{er} ou 2 ^e cycle suivant la ménarche	Obstruction congénitale du flux menstruel
■ Début de la dysménorrhée après l'âge de 25 ans	Endométriose, autres causes citées au <i>tableau I</i> (à l'exception de l'obstruction congénitale)
■ Dyspareunie profonde	Endométriose, maladie inflammatoire pelvienne
■ Début tardif avec antécédents de règles non douloureuses	Grossesse ectopique ou menace d'avortement
■ Anomalie relevée à l'examen physique pelvien :	
- nodules dans le cul-de-sac	Endométriose
- mobilité restreinte de l'utérus	Endométriose, adhérences, maladie inflammatoire pelvienne
- augmentation symétrique de l'utérus	Adénomyose
- augmentation asymétrique de l'utérus	Leiomyomes, tumeurs
■ Infertilité	Endométriose, maladie inflammatoire pelvienne
■ Ménorragie et (ou) métrorragies	Adénomyose, polypes, leiomyomes
■ Chirurgie antérieure du col	Sténose cervicale
■ Utilisation d'un stérilet (actuelle ou antérieure)	Dysménorrhée due au stérilet, maladie inflammatoire pelvienne, endométrite
■ Douleur pelvienne présente en dehors de la période menstruelle	Endométrite, maladie inflammatoire pelvienne, cause extra-utérine
■ Peu ou pas de réponse au traitement avec les AINS et (ou) les CO	Endométriose, autres causes citées au <i>tableau I</i>

la trouver chez des femmes d'une quarantaine d'année. On a longtemps cru que la dysménorrhée primaire diminuait avec la parité, mais les études récentes indiquent que ce phénomène serait plutôt associé au vieillissement³.

Dans plus de 50 % des cas, la douleur s'accompagne de symptômes systémiques tels des nausées, des vomissements, des céphalées, de la diarrhée, de la fatigue, pouvant même aller, mais rarement, jusqu'à la syncope^{3,4}. La présence d'une dyspareunie profonde, même pendant les règles, n'est pas une caractéristique de la dysménorrhée primaire et devrait évoquer une cause secondaire^{2,3}.

Une anamnèse détaillée et un examen physique minutieux suffisent habituellement pour établir un diagnostic de dysménorrhée primaire, car il s'agit d'un diagnostic d'exclusion.

L'anamnèse ne devra pas révéler d'éléments laissant soupçonner une cause secondaire, et l'examen physique ne devra montrer aucune anomalie (*tableau II*). Les tests de laboratoire sont peu utiles pour évaluer la dysménorrhée et, si l'on pense être devant un cas de dysménorrhée primaire, on instaure habituellement le traitement sans investigation préalable²⁻⁴.

Traitement de la dysménorrhée primaire

Traitement pharmacologique

Comme il est devenu facile de se procurer des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sans ordonnance, on assume souvent que les femmes se traitent de façon adéquate. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Il existe plusieurs options thérapeu-

tiques pour le traitement de la dysménorrhée primaire, que nous passerons en revue (*figure 1*). Il ne faut toutefois pas oublier de donner, en même temps que l'ordonnance, des explications rassurantes sur la dysménorrhée, en précisant que l'examen physique n'a révélé aucune anomalie et qu'il y a d'autres médicaments efficaces comme solutions de rechange⁵.

Les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) constituent le traitement de première intention dans la majorité des cas de dysménorrhée primaire^{1,3,4}. Leur période d'administration est restreinte à deux ou trois jours par cycle, ce qui leur confère un avantage sur les contraceptifs oraux. Ils agissent en inhibant la production et la libération de prostaglandines. Ils peuvent par conséquent soulager non seulement la douleur due aux contractions utérines,

Tableau III

AINS recommandés^{1,2}

Acide propionique	Dose initiale	Doses subséquentes
Ibuprofène	400 mg	400 mg q 4 h
Naproxen	500 mg	250 mg q 6 h
Naproxen sodique	550 mg	275 mg q 6 h 550 mg q 12 h
Fénamates		
Acide méfénamique (Ponstan ^{MD})	500 mg	250 mg q 6 h
Inhibiteurs sélectifs de la COX-2		
Rofécoxib (Vioxx ^{MC})	50 mg	25-50 mg <i>die</i>

mais également certains symptômes systémiques associés aux prostaglandines, tels que les céphalées, les nausées et la diarrhée^{4,6}.

Il existe plusieurs types d'AINS, mais les dérivés de l'acide propionique et le groupe des fénamates se sont avérés très efficaces dans le traitement de la dysménorrhée⁶. En effet, de 61 à 100 % des sujets participant à des études effectuées sur ces deux groupes ont eu un soulagement important ou complet^{4,7}. Une revue de 51 études cliniques a montré que le groupe des fénamates semblait plus efficace, quoique de façon non soutenue⁶, et aucun AINS du groupe propionique ne s'est avéré supérieur à un autre^{2,4,7}. En cas de malaise gastro-intestinal, et ce, même si le médicament est pris avec de la nourriture, on suggère d'essayer un inhibiteur sélectif de la cyclo-

oxygénase (COX-2). À l'heure actuelle, seul le rofécoxib est indiqué pour le traitement de la dysménorrhée. Le *tableau III* présente les AINS dont l'efficacité est établie ainsi que la posologie recommandée. Les contre-indications majeures à ces médicaments sont les ulcères gastro-intestinaux et l'allergie aux AINS⁶.

On peut faire l'essai clinique de ces agents pendant deux à quatre mois, en veillant à prescrire les doses maximales recommandées. En cas d'échec après un essai de deux cycles avec un agent d'un groupe, par exemple celui des dérivés propioniques, on suggère d'essayer un agent d'un autre groupe, comme celui des fénamates. Le traitement doit être commencé dès les premiers signes de saignements pour une efficacité optimale^{5,6}.

Les **contraceptifs oraux** (CO)

constituent habituellement le traitement de deuxième intention de la dysménorrhée primaire. Par ailleurs, si la patiente veut aussi avoir un moyen contraceptif, les CO deviennent le premier traitement à proposer^{4,5}. Leur mode d'action contre la dysménorrhée n'est pas complètement élucidé³, mais passe probablement par la réduction du flux menstruel, la suppression de l'ovulation⁴ et la diminution de la production de prostaglandines^{1,5}. Ils sont extrêmement efficaces et soulagent plus de 90 % des femmes qui les utilisent^{4,5}. Les études qui ont tenté de démontrer la supériorité des préparations triphasiques ou de certaines composantes progestatives n'ont pas été concluantes⁴. Tous les CO peuvent donc être utilisés.

La période d'essai doit être d'au moins trois cycles, ce délai étant parfois nécessaire avant que les symptômes s'atténuent de façon notable^{1,4,5}. On pourra ajouter des AINS pendant cette période³⁻⁵. En cas de réponse partielle aux CO, on peut adjoindre un AINS, mais il vaut mieux privilégier la prise de CO en continu. Il est alors obligatoire d'utiliser une forme monophasique. Les comprimés doivent être pris de façon continue, avec un arrêt de sept jours lorsque des saignements surviennent. La période d'aménorrhée pourrait ainsi durer plusieurs mois.

Le **Depo-Provera**[®] et le **Norplant**[®] sont deux autres méthodes contraceptives dont l'efficacité est avérée dans les cas de dysménorrhée⁴. Ces deux méthodes entraînent habituellement une aménorrhée, mais celle-ci peut être précédée d'une période d'irrégularités menstruelles pouvant durer de six mois à un an, d'où l'importance d'un bon *counseling*. Elles constituent un bon choix pour les femmes dys-

La présence d'une dyspareunie profonde, même pendant les règles, n'est pas une caractéristique de la dysménorrhée primaire et devrait évoquer une cause secondaire.

Les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) constituent le traitement de première intention dans la majorité des cas de dysménorrhée primaire. Leur période d'administration est restreinte à deux ou trois jours par cycle, ce qui leur confère un avantage sur les contraceptifs oraux.

Repères

ménorrhéiques pour qui la prise d'œstrogènes est contre-indiquée.

Le **stérilet libérant du lévonorgestrel** s'est révélé efficace dans le traitement de la ménorragie et de la dysménorrhée⁸. Il devrait être vendu au Canada en 2001. Il peut être laissé en place cinq ans, et son efficacité contraceptive est très grande, soit moins d'une grossesse pour 100 femmes-année. Les femmes qui l'utilisent notent habituellement des saignements irréguliers et des microrragies (*spotting*) dans les deux ou trois premiers mois, suivis d'une période d'aménorrhée ou d'oligoménorrhée due à l'atrophie de l'endomètre. Il constitue un choix thérapeutique très intéressant.

L'**acétaminophène**, même s'il est dépourvu d'effet anti-inflammatoire, peut suffire à soulager la dysménorrhée légère. Il peut aussi être utilisé comme méthode d'appoint à une autre méthode qui procure un soulagement incomplet, surtout lorsque les AINS sont contre-indiqués.

Thérapies alternatives

Pour des raisons inconnues, environ 10 % des femmes présentant une dysménorrhée primaire ne répondent pas au traitement avec les AINS, les contraceptifs oraux ou une combinaison des deux⁴. Ils sont également contre-indiqués pour certaines femmes, et d'autres préfèrent essayer des méthodes alternatives pour des raisons qui leur sont propres. Quelques recherches ont été effectuées sur différentes méthodes alternatives, mais leur nombre demeure restreint, de même que le nombre de patientes incluses dans ces études. De plus, la durée du suivi post-traitement est habituellement courte. Malgré ces lacunes, toute femme intéressée qui n'a pas répondu aux méthodes précé-

dentes devrait être encouragée à essayer une ou plusieurs de ces thérapies et se sentir à l'aise d'en discuter avec son médecin de famille.

L'**électrostimulation transcutanée (TENS)** est une méthode non pharmacologique sûre qui s'est révélée efficace pour le soulagement de la douleur causée par différentes affections, dont la dysménorrhée^{1,3-5}. Quatre études regroupant un total de 126 patientes font état d'un taux d'efficacité de 42 à 60 %, et d'un soulagement allant de moyen à excellent⁴.

L'efficacité clinique de l'**acupuncture** a été démontrée dans le traitement de diverses douleurs chroniques ou récurrentes, dont la dysménorrhée. Dans une étude avec randomisation contrôlée incluant 43 femmes souffrant de dysménorrhée primaire, 10 des 11 femmes du groupe traité par acupuncture (90,9 %) ont noté une atténuation significative de leurs symptômes. On a également observé dans ce groupe une diminution de l'utilisation d'analgésiques pendant et après le traitement (diminution de 54 % et de 41 %) ⁹. Il faudrait d'autres études plus importantes pour confirmer ou infirmer ces résultats.

Certains **inhibiteurs calciques**, dont la nifédipine (Adalat[®]), la flunarizine (Sibelium[®]) et la nicardipine (Cardene[®]), diminuent la contractilité utérine et sont efficaces pour soulager la dysménorrhée primaire^{1,3,5}.

Par contre, comme ils n'agissent pas sur les symptômes concomitants et qu'ils entraînent des effets secondaires importants, leur emploi est très restreint⁵.

On a étudié l'effet d'un **agent bêta-mimétique** pour le traitement de la dysménorrhée, soit la terbutaline par voie intraveineuse. Onze femmes souffrant d'une dysménorrhée primaire grave ont toutes été soulagées moins d'une minute après que le produit a été injecté, mais l'effet ne durait qu'une à deux heures³. Il faudra que d'autres études soient faites, notamment avec des formes orales, avant d'en recommander l'utilisation. Il en est de même pour la ritodrine et le vasodilan, des agonistes sélectifs des récepteurs β_2 utilisés pour diminuer la contractilité utérine dans le travail prématuré³.

Les **acides gras polyinsaturés oméga 3** entrent en compétition avec les acides gras oméga 6 (présents en abondance dans le régime alimentaire nord-américain) pour la production de prostaglandines et de leucotriènes, les rendant moins puissants³. Une étude effectuée auprès de 42 adolescentes a montré qu'un supplément alimentaire d'acides gras oméga 3 (huile de poisson) pris quotidiennement pendant deux mois diminuait les symptômes liés à la dysménorrhée¹⁰. Il faudra que d'autres études soient effectuées pour préciser, entre autres, la quantité nécessaire et la fréquence

Malgré les lacunes des études portant sur les thérapies alternatives, toute femme intéressée qui n'a pas répondu aux méthodes classiques devrait être encouragée à essayer une ou plusieurs de ces thérapies et se sentir à l'aise d'en discuter avec son médecin de famille.

L'absence de réponse au traitement avec les AINS ou les contraceptifs oraux devrait laisser soupçonner une dysménorrhée secondaire.

Repères

d'administration de ce supplément naturel, qui pourrait s'avérer une solution de rechange intéressante³.

En 1992, 30 femmes souffrant de dysménorrhée primaire ont reçu, pendant cinq cycles menstruels, soit un traitement prophylactique de **pidolate de magnésium** (4,5 mg *per os* t.i.d. du septième jour avant la menstruation jusqu'au troisième jour des règles), soit un placebo. Une réduction significative de la dysménorrhée était notée au premier jour des règles dans le groupe traité, et cette réduction était progressive tout au long de l'étude¹¹. L'absence d'effets secondaires et l'innocuité de ce médicament rendent cette option intéressante, mais l'obligation de prendre ce traitement sur une longue période est toutefois moins attrayante.

Le **tabagisme** et le **manque d'exercice physique** semblent augmenter la prévalence de la dysménorrhée primaire. En effet, chez les femmes ayant fumé pendant moins de 10 ans, le risque relatif de souffrir de dysménorrhée est de 1,3, alors que chez celles ayant fumé pendant 10 à 20 ans, le risque relatif est de 2,8 par rapport à des femmes n'ayant jamais fumé³. Par ailleurs, dans une revue de la littérature récente, on a essayé de faire le point sur sept études portant sur la réduction de la dysménorrhée par l'exercice physique. Six d'entre elles montraient une réduction de la dysménorrhée, mais elles avaient toutes des biais importants.

Les auteurs concluent donc que des études contrôlées longitudinales, incluant des femmes ayant un diagnostic confirmé de dysménorrhée primaire et ignorant les objectifs de l'étude, sont nécessaires avant qu'on puisse établir une relation indéniable entre l'exercice physique et la dysménorrhée¹².

Traitement chirurgical

L'ablation de l'endomètre est une méthode relativement récente, habituellement utilisée pour traiter la ménorragie réfractaire au traitement pharmacologique. Une étude a confirmé son efficacité pour le soulagement de la dysménorrhée associée à la ménorragie, mais le suivi n'a été effectué que sur une période d'un an. Le quart des femmes ayant participé à cette étude demeuraient aménorrhéiques un an après, 29 % notaient une microrragie (*spotting*), et les autres avaient des règles; la dysménorrhée pourrait donc récidiver chez ces dernières. De plus, cette technique peut entraîner des complications^{3,13}.

L'hystérectomie peut aussi être indiquée dans les cas de dysménorrhée grave rebelle au traitement médical, pour les patientes qui ne veulent absolument plus avoir d'enfant³. Il serait par contre intéressant de faire au préalable un court essai thérapeutique avec des CO en continu ou des agonistes de la gonadolibérine (Gn-RH) pour confirmer que la douleur est bien liée au cycle menstruel².

Dysménorrhée secondaire

Contrairement à la dysménorrhée primaire, l'incidence de la dysménorrhée secondaire augmente avec l'âge, la plupart des facteurs causaux étant plus fréquents chez les femmes plus âgées³. L'anamnèse et l'examen physique sont très importants pour établir le diagnostic, car certains éléments peuvent évoquer une cause possible (*tableau II*).

Si l'on soupçonne une dysménorrhée secondaire ou si le traitement d'une dysménorrhée d'abord diagnostiquée comme primaire a échoué^{1,3,4}, quelques examens peuvent être utiles. Une formule sanguine complète peut orienter le diagnostic vers un processus inflammatoire (leucocytose), un léiomyome ou une adénomyose (anémie)³. Une échographie endovaginale peut déceler des léiomyomes ou des polypes intra-utérins. Elle permet parfois de pressentir un diagnostic d'adénomyose en décelant une augmentation du volume de l'utérus et une hétérogénéité du myomètre³. La laparoscopie diagnostique peut révéler la présence d'endométriase ou d'autres maladies pelviennes^{2,3,5}, et l'hystérocopie peut quant à elle permettre de visualiser les lésions intra-utérines³.

Le dépistage de la violence conjugale et de toute agression sexuelle antérieure devrait toujours faire partie de l'anamnèse des femmes qui consultent pour une douleur pelvienne^{1,14}, et à plus forte raison de celles chez qui les résultats de l'investigation se sont révélés négatifs. Une étude américaine menée auprès de femmes adultes consultant un omnipraticien pour une douleur pelvienne a en effet montré que 26 % d'entre elles avaient été victimes d'une agression à caractère sexuel alors qu'elles étaient enfants, et

Le dépistage de la violence conjugale et de toute agression sexuelle antérieure devrait toujours faire partie de l'anamnèse des femmes qui consultent pour une douleur pelvienne, et à plus forte raison de celles chez qui les résultats de l'investigation se sont révélés négatifs.

que 28 % l'avaient été une fois devenues adultes¹⁴. Parmi les symptômes les plus fréquents chez ces femmes, on retrouvait entre autres la dysménorrhée, la dyspareunie et la douleur pelvienne. Des réponses positives au questionnaire de dépistage ne devraient cependant pas nous dispenser de procéder à une évaluation médicale complète de ces femmes pour rechercher des causes physiques à leur douleur¹⁴.

Le traitement de la dysménorrhée secondaire vise surtout à corriger la cause du problème. La chirurgie y joue habituellement un rôle prépondérant. Toutefois, les AINS peuvent être utilisés pour soulager la dysménorrhée et les ménorragies dues au stérilet^{5,6}. Ils se sont également avérés efficaces pour soulager temporairement la dysménorrhée associée au myome utérin en attendant la chirurgie⁵. Lorsqu'ils ne sont pas contre-indiqués, les contraceptifs oraux sont très utiles pour soulager une affection utérine bénigne (léiomyome, adénomyose, endométriose, etc.) et peuvent même éviter une opération. Le traitement spécifique de l'endométriose sera abordé dans un autre article du présent numéro. □

Date de réception : 24 mars 2000.

Date d'acceptation : 17 avril 2000.

Mots clés : dysménorrhée primaire, dysménorrhée secondaire, traitement, thérapies alternatives.

Bibliographie

- Schroeder B. Dysmenorrhea and pelvic pain in adolescents. *Pediatr Clin North Am* juin 1999 ; 46 (3) : 555-71.
- Smith RP. Cyclic pelvic pain and dysmenorrhea. *Obstet Gynecol Clin North Am* décembre 1993 ; 20 (4) : 753-64.
- Kwon JS. Dysmenorrhea. *Journal SOGC* août 1997 : 955-62.

Summary

Dysmenorrhea. Primary dysmenorrhea is frequent, but few women mention it to their doctor, and though NSAIDs are more easily available as over-the-counter products, women suffering from dysmenorrhea don't always treat themselves adequately. Primary dysmenorrhea is an exclusion diagnosis; history should not contain elements suggesting a secondary cause, and the physical exam should be completely normal. NSAIDs usually are first line treatment, with their high efficiency and their restrained use to two or three days a month. If contraception is desired, OCs are the first choice, with 90% of women using them being relieved. In cases in which estrogens are contraindicated or not tolerated, long-acting progestative methods such as Depo-Provera®, Norplant® or a levonorgestrel-releasing IUD could be tried. If there is no response with NSAIDs, OCs, or a combination of those two, diagnosis should be reconsidered and a workup should be done to rule out a secondary cause. For those not responding to conventional treatment, some alternative therapies could be discussed, including TENS, acupuncture and some experimental medications. Surgical treatment is also possible for refractory cases. Secondary dysmenorrhea is, on the other hand, caused by various pelvic pathologies, and treatment is usually directed toward the specific cause.


Key words: primary dysmenorrhea, secondary dysmenorrhea, treatment, alternative therapies.

- Coco AS. Primary dysmenorrhea. *Am Fam Physician* août 1999 ; 60 (2) : 489-96.
- Dawood Y. Dans : Dawood Y, et al., éd. *Overall approach to the management of*

dysmenorrhea. Baltimore : Urban & Schwarzenberg, 1985 : 177-204.

- Speroff L, et al. Menstrual Disorders (dysmenorrhea). Dans : *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 6^e éd. Baltimore : Lippincott-Williams & Wilkins, 1999 ; chap. 14 : 566-7.
- Dingfelder JR. Primary dysmenorrhea treatment with prostaglandin inhibitors: a review. *Am J Obstet Gynecol* août 1981 ; 140 (8) : 874-9.
- I-Cheng C. The progestin-only pills and the levonorgestrel-releasing IUD: two progestin-only contraceptives. *Clin Obstet Gynecol* décembre 1995 ; 38 (4) : 872-89.
- Helms J. Acupuncture for management of primary dysmenorrhea. *Obstet Gynecol* 1987 ; 69 : 51-6.
- Harel Z, et al. Supplementation with omega 3 polyunsaturated fatty acids: the management of dysmenorrhea in adolescents. *Am J Obstet Gynecol* 1996 ; 174 : 1335-8.
- Benassi L. Effectiveness of magnesium pidolate in the prophylactic treatment of primary dysmenorrhea. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1992 ; 19 : 176-9.
- Golomb LM. Primary dysmenorrhea and physical activity. *Med Sci Sports Exerc* juin 1998 ; 30 (6) : 906-9.
- Fraser IS, et al. Short and medium term outcomes after rollerball endometrial ablation for menorrhagia. *Med J Aust* 1993 ; 158 : 454-7
- Jamieson DJ. The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *Am J Obstet Gynecol* décembre 1997 ; 177 (6) : 1408-12.

**FAITES
LE PREMIER
PAS. DONNEZ.**



ASSOCIATION CANADIENNE DE LA
**DYSTROPHIE
MUSCULAIRE**

À force de chercher...

1425 René Lévesque ouest, Bureau 506,
Montréal (Québec) H3G 1T7 Tél. (514) 393-3522