

Diane a 35 ans

La contraception à 35 ans : est-ce si différent ?

Jocelyn Bérubé

Diane vous consulte pour obtenir un moyen de contraception. Elle a 35 ans, n'a jamais été enceinte, présente un surplus de poids ainsi qu'une pression artérielle et une glycémie limites. Elle fume de 10 à 15 cigarettes par jour et mène une vie sédentaire. Elle doit supporter un syndrome prémenstruel (SPM) de plus en plus important. Quels choix contraceptifs lui proposez-vous ?

À PARTIR DE 30 ans, le taux de fertilité des femmes diminue, phénomène qui s'accroît après 40 ans. Toutefois, la plupart des femmes sont encore fertiles et ont donc besoin d'un moyen de contraception jusqu'à ce que la ménopause ait été confirmée (aménorrhée qui persiste depuis un an)¹.

Au cours des prochaines années, Diane pourrait voir ses taux d'hormones fluctuer, ce qui provoquera des cycles menstruels irréguliers et des symptômes d'hypo-œstrogénie tels que des bouffées de chaleur et de l'insomnie. Ces modifications hormonales rendent plus difficile l'utilisation de certaines méthodes contraceptives, notamment les méthodes naturelles (calendrier, Ogino, etc.). Par contre, d'autres moyens s'avèrent très avantageux, tant pour la contraception que pour leurs effets non contraceptifs¹.

Selon vous, Diane peut-elle utiliser l'une ou l'autre des méthodes contraceptives existantes ? Y a-t-il des contre-indications absolues ? Certains moyens de contraception auront probablement plus d'avantages que d'autres selon les problèmes de santé trouvés. Et si

Le Dr Jocelyn Bérubé, omnipraticien, exerce à la clinique de planification des naissances du Centre hospitalier régional de Rimouski et est médecin-conseil à la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de l'Agence régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Il est titulaire d'une maîtrise en santé communautaire.

on les passait en revue afin que Diane puisse choisir !

Les contraceptifs oraux combinés

Les contraceptifs oraux combinés (COC) peuvent être utilisés jusqu'à la ménopause chez la femme en santé sans facteurs de risque. Le timbre transdermique Evra^{MC} et l'anneau contraceptif NuvaRing[®] sont considérés ici au même titre que les COC, la principale différence se situant sur le plan de l'observance². Diane peut-elle les utiliser ?

Poids

La prise de COC ne devrait pas avoir de répercussions sur le poids. En effet, les essais comparatifs avec placebo n'ont pas permis d'établir un lien entre le gain pondéral et les COC à faible dose (35 µg et moins)².

Pression artérielle

Il faudra, par contre, surveiller sa pression artérielle qui est limite. Si cette dernière s'élève (ce qui survient chez environ 5 % des femmes), il faudra cesser les COC en raison du risque accru d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral, surtout en présence d'un autre facteur de risque comme le tabagisme. Par ailleurs, la prise de COC lorsque la PA est bien maîtrisée par des médicaments ne semble pas augmenter les risques de maladie cardiovasculaire, quoique peu d'études aient analysé ce point^{2,3}.

Glycémie

Les COC à faible dose ne modifient pas le métabolisme

des glucides, d'où l'absence d'effets sur la glycémie limite de Diane².

Humeur

Une étude récente a montré que l'utilisation de COC n'a pas amélioré les symptômes associés à l'humeur chez la majorité des femmes⁴. Il plaît toutefois à l'esprit de penser que la prise de COC monophasiques en continu, avec des périodes d'arrêt de 4 jours lors de saignements, pourrait améliorer les symptômes de Diane en assurant une plus grande stabilité hormonale. De plus, un contraceptif contenant un nouveau progestatif, la drospirénone (Yasmin®), semble avoir un effet positif sur le SPM. Toutefois, cette action n'a pas été retrouvée dans toutes les études⁵. Comme le SPM de Diane semble de plus en plus important, il s'agit peut-être d'un trouble dysphorique prémenstruel (TDPM). Et comme ce trouble n'est pas seulement attribuable à une fluctuation hormonale, les COC sont habituellement inefficaces, à l'exception de Yasmin qui pourrait réduire les symptômes physiques. Nous verrons dans la deuxième partie de cet article, écrite par la D^{re} Michelle Dumont, comment faire le diagnostic différentiel des deux entités et quelles sont les options de traitement.

Tabagisme

Mais voilà, il y a un hic ! Diane fume de 10 à 15 cigarettes par jour. En fait, il n'y a pas nécessairement de problème, car elle n'a que 35 ans. Le tabagisme n'est une contre-indication à l'utilisation des COC que chez les femmes de plus de 35 ans. Afin qu'elle puisse continuer d'utiliser les COC sans risque dans l'avenir, nous pourrions faire auprès de Diane un counselling sur la consommation de tabac afin de l'encourager à cesser

de fumer. Toutefois, une consommation de moins de 15 cigarettes par jour est aujourd'hui considérée comme une contre-indication relative à l'utilisation des COC par les femmes de plus de 35 ans, conformément aux critères d'admissibilité à la contraception orale produits par l'Organisation mondiale de la santé⁶ en 2004 et repris dans le dernier consensus canadien (2004)^{1,2}. La consommation de 10 à 15 cigarettes par jour après 35 ans est considérée comme une contre-indication de catégorie 3, ce qui signifie que les COC ne sont habituellement pas recommandés, à moins que les autres méthodes ne soient pas disponibles ni acceptables. Selon les preuves scientifiques actuelles, les utilisatrices de COC qui fument augmentent leur risque de maladies cardiovasculaires, spécialement d'infarctus du myocarde, comparativement à celles qui ne fument pas, peu importe leur âge. Toutefois, ce risque ne devient vraiment significatif que s'il est lié à une consommation de plus de 15 cigarettes par jour⁶.

Les progestatifs

Les contraceptifs contenant un progestatif, qu'il s'agisse de l'acétate de médroxyprogestérone injectable (Depo-Provera®) ou de la noréthindrone seule (Micronor® ou minipilule), peuvent être utilisés par Diane. Il est toutefois possible qu'ils entraînent des saignements irréguliers. Le Micronor constitue un moyen contraceptif sûr et efficace associé à un taux d'échec d'environ 0,5 % si la prise est parfaite (pas de retard de plus de 3 heures)². Toutefois, jusqu'à 40 % des femmes ovulent sous Micronor, la protection étant alors surtout assurée par l'épaississement du mucus cervical. Le cas échéant, ce progestatif risque de ne pas améliorer le SPM de Diane. Par contre, le Depo-Provera, compte tenu de son effet antiovulatoire et de

Comme le trouble dysphorique prémenstruel n'est pas seulement attribuable à une fluctuation hormonale, les COC sont habituellement inefficaces, à l'exception de Yasmin qui pourrait réduire les symptômes physiques.

Une consommation de moins de 15 cigarettes par jour est aujourd'hui considérée comme une contre-indication relative à l'utilisation des COC par les femmes de plus de 35 ans, conformément aux critères d'admissibilité à la contraception orale produits par l'Organisation mondiale de la santé en 2004 et repris dans le dernier consensus canadien (2004).

Repères

la stabilité hormonale qui y est associée, pourrait être efficace pour diminuer les symptômes de Diane. Cependant, cette méthode comporte un certain risque d'accroître le surplus de poids, puisque le Depo-Provera stimule souvent l'appétit et possède un léger effet anabolisant. De plus, si Diane, qui a déjà 35 ans, pense à une éventuelle grossesse, le retour souvent tardif à la fertilité après l'arrêt du Depo-Provera doit lui être signalé². Par ailleurs, les autres paramètres tels que la glycémie limite et la pression artérielle ne sont pas touchés par les progestatifs seuls. Les risques associés au tabagisme ne sont pas non plus influencés par ces méthodes contraceptives. Toutefois, les progestatifs seuls ne sont pas efficaces contre un trouble dysphorique prémenstruel.

Le stérilet

Le stérilet au cuivre (Nova-T) ou le dispositif intra-utérin à libération de lévonorgestrel (Mirena®) sont des moyens contraceptifs qui conviendraient très bien à Diane. Cependant, si ses menstruations sont longues et douloureuses, le stérilet au cuivre risque d'empirer la situation. Par contre, Mirena entraîne une diminution du volume de l'écoulement menstruel et conduit même souvent à l'aménorrhée, ce qui est considéré comme un avantage non négligeable à cette période de la vie. La nulliparité de Diane ne constitue pas une contre-indication à l'utilisation du stérilet². L'insertion sous bloc paracervical pourra faciliter l'intervention.

Même si un gain de poids est signalé comme effet secondaire possible du Mirena dans la monographie du produit, Diane ne devrait pas s'inquiéter. En effet, une étude récente importante n'a révélé aucune différence significative sur cinq ans entre les utilisatrices de Mirena et celles de stérilet au cuivre².

Peu d'études ont été publiées sur l'utilisation de Mirena et sur son effet sur le SPM. Seule une petite étude non comparative a indiqué une réduction des symptômes prémenstruels **subjectifs** chez 56 % des femmes utilisant Mirena⁷. De plus, la majorité des utilisatrices continuent d'ovuler, soit plus de 85 %². Compte tenu de ces données, on ne devrait pas s'attendre à une atténuation du SPM ni du trouble dysphorique prémenstruel de Diane.

Les méthodes de barrière peuvent être appropriées pour Diane, mais leur efficacité contraceptive légèrement moindre peut constituer un désavantage si elle veut à tout prix éviter une grossesse. Si elle ne vit pas une relation stable, ces méthodes doivent être proposées seules ou en association pour prévenir les infections transmissibles sexuellement¹.

Les méthodes de barrière

La ligature des trompes ou la stérilisation du partenaire peut être un choix contraceptif intéressant pour Diane si elle est certaine de ne pas vouloir devenir enceinte. Le regret poststérilisation diminue de façon inversement proportionnelle à l'âge de la femme. Il faudra toutefois songer à une autre façon d'atténuer son SPM ou son trouble dysphorique prémenstruel.

La stérilisation

Comme on peut le constater, Diane peut utiliser toutes les méthodes de contraception existantes. Les avantages et les inconvénients de chacune doivent donc lui être présentés (*tableau*) pour qu'elle puisse

Le tabagisme constitue un facteur de risque d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux. L'utilisation des COC peut augmenter légèrement ce risque. Néanmoins, toutes les femmes devraient être avisées de cesser de fumer, peu importe leur choix en matière de contraception.

La nulliparité ne constitue pas une contre-indication à l'utilisation du stérilet. L'insertion sous bloc paracervical pourra faciliter l'intervention.

Repère

Tableau

Les avantages et les inconvénients de chaque méthode contraceptive pour Diane

Méthode	Avantages	Inconvénients
Contraceptifs oraux combinés (y compris le timbre Evra ^{MC} et l'anneau contraceptif NuvaRing [®])	<ul style="list-style-type: none">Amélioration possible du SPM si prise en continuPas d'effet sur le poids ou la glycémie limiteAvantages non contraceptifs	<ul style="list-style-type: none">Légère possibilité d'augmentation de la PARisques de maladies cardiovasculaires (3 facteurs de risque, soit le tabagisme, la PA limite et la glycémie limite)
Depo-Provera [®]	<ul style="list-style-type: none">Amélioration probable du SPMPas d'effet sur la PA et la glycémie limites	<ul style="list-style-type: none">Risque de gain pondéralSaignements irréguliersRetour tardif à la fertilité
Micronor [®]	<ul style="list-style-type: none">Amélioration possible du SPMPas d'effet sur la PA et la résistance à l'insuline	<ul style="list-style-type: none">Saignements irréguliersPrise très régulière nécessaire pour une efficacité maximale
Stérilet au cuivre	<ul style="list-style-type: none">Bonne contraception	<ul style="list-style-type: none">↑ risque de saignements et de dysménorrhéePas d'amélioration du SPM
Mirena [®]	<ul style="list-style-type: none">Excellent moyen contraceptifPas d'effet sur la PA et la résistance à l'insulineAvantages non contraceptifs	<ul style="list-style-type: none">Pas d'amélioration du SPMSaignements irréguliers dans les premiers mois suivant l'insertion
Méthodes de barrière	<ul style="list-style-type: none">Prévention des infections transmissibles sexuellement	<ul style="list-style-type: none">Efficacité moindrePas d'amélioration du SPM
Stérilisation	<ul style="list-style-type: none">Excellent moyen contraceptif	<ul style="list-style-type: none">Pas d'amélioration du SPMPossibilité de regrets poststérilisation

choisir de façon éclairée en fonction de ses valeurs et de ses besoins. 

Date de réception : 14 janvier 2005

Date d'acceptation : 12 juin 2005

Mots-clés : contraception, tabagisme, maladies cardiovasculaires, SPM, trouble dysphorique prémenstruel

Bibliographie

- Black A, Francoeur D, Rowe T. *Consensus canadien sur la contraception, 3^e partie de 3*. *J Obstet Gynecol Can* 2004; 26 (4) : 389-436.
- Black A, Francoeur D, Rowe T. *Consensus canadien sur la contraception, 2^e partie de 3*. *J Obstet Gynecol Can* 2004; 26 (3) : 255-95.
- Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 6^e éd. Philadelphie : Lippincott, Williams & Wilkins; 1999 : 651-3.
- Joffe H, Harlow BL. Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: Predictors of improvement and deterioration. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189 : 1523-30.
- Luc M, Faucher É. L'association drospirénone et éthinyloestradiol (Yasmin). *Québec Pharmacie* 2003; 50 : 621-5.

- World Health Organization. *Medical Eligibility Criteria for contraceptive use*. 3^e éd. Section: Low-dose combined oral contraceptives; 2004 : p. 2.
- FFPRHC Guidance (avril 2004). The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004; 30 (2) : 99-109.

Summary

Contraception at 35: is it that different? Diane is looking for a contraceptive method. At 35, her health risks are: moderately elevated blood pressure, blood sugar and overweight. She is not very active and smokes 10 to 15 cigarettes daily. She also complains of a worsening PMS. Contraceptive methods are discussed in this article on the basis of new knowledge and according to the Canadian consensus on contraception (2004). Most methods may be used but caution must be exercised if blood pressure increases significantly in a woman on combined hormonal contraception (OCs, patch, vaginal ring). Smoking up to 15 cigarettes daily is now considered a relative contraindication.

Keywords: contraception, smoking, cardiovascular diseases, PMS, PMDD

Et si c'était plus qu'un syndrome prémenstruel ?

Michelle Dumont

Diane vous consulte parce qu'elle a noté une augmentation des symptômes qu'elle attribue à son syndrome prémenstruel (SPM) durant la dernière année. Elle « ne s'endure plus » ! Pouvez-vous l'aider ?

L'INSTABILITÉ LIÉE au cycle reproducteur a souvent été utilisée pour justifier l'iniquité d'accès à l'instruction et à l'emploi. Rendre pathologique le cycle menstruel de la femme est depuis l'Antiquité la source d'un débat social.

SPM et TDPM, du pareil au même ?

Le SPM reste un trouble nébuleux pour lequel plus d'une centaine de symptômes non spécifiques ont été décrits dans la littérature. Les symptômes prémenstruels plus légers et même modérés, comme l'inconfort psychologique, l'œdème et la sensibilité des seins, affectent jusqu'à 70 % des femmes et ne devraient pas être considérés comme un trouble.

Le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) touche, quant à lui, de 3 % à 8 % des femmes. Les symptômes sont présents dans la majorité des cycles, sont importants, débilitants et s'accroissent souvent avec l'âge. Ils s'atténuent avec le début des menstruations et pendant la phase folliculaire du cycle.

Le DSM-IV reconnaît des troubles de l'humeur liés aux cycles menstruels¹. Le TDPM est classé dans la section des axes à l'étude « à l'annexe B » du DSM-IV. Les patientes qui répondent aux critères du TDPM

La D^{re} Michelle Dumont, chargée de formation clinique à l'Université de Montréal, est psychiatre au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et responsable du programme de soins partagés en psychiatrie ambulatoire. La D^{re} Dumont est aussi consultante pour le Programme d'aide aux médecins du Québec.

Encadré

Le TDPM est une maladie à prendre au sérieux ! Voici un moyen mnémotechnique de se rappeler les critères diagnostiques.

T → Tension, anxiété

D → Dépression, dysphorie

P → Signes physiques

M → Manque d'énergie, de concentration, de sommeil

peuvent aussi recevoir le diagnostic de trouble dépressif non spécifié.

Diane décrit la semaine avant ses menstruations comme infernale. Elle ne se reconnaît plus. Elle a des symptômes physiques de gain pondéral, de l'insomnie, un gonflement des seins et de l'abdomen, mais surtout une grande fatigue, une tendance à la frénésie alimentaire (binge eating) et une irritabilité excessive. Elle évite les rencontres sociales, s'autodéprécie et, dernièrement, a même éprouvé des pensées suicidaires. Pourtant, elle vous affirme qu'elle n'a pas de maladie psychiatrique connue.

Comment poser le bon diagnostic ?

Le tableau I énumère les symptômes et critères diagnostiques du TDPM.

La gravité des symptômes est une composante clé du diagnostic ainsi que le dysfonctionnement social ou professionnel apparaissant régulièrement pendant la dernière semaine de la phase lutéale du cycle menstruel. Certains outils² peuvent aider à confirmer le bon dia-

Le trouble dysphorique prémenstruel touche de 3 % à 8 % des femmes. Les symptômes sont présents dans la majorité des cycles, sont importants, débilitants et s'accroissent souvent avec l'âge. Ils s'atténuent avec le début des menstruations et pendant la phase folliculaire du cycle.

Repère

Tableau I

Trouble dysphorique prémenstruel : DSM-IV

A. Les symptômes doivent cesser peu après le début des règles. La patiente doit présenter au moins cinq des symptômes suivants, dont un des quatre premiers pendant la semaine qui précède les menstruations :

- ☉ humeur dépressive ou dysphorique ;
- ☉ anxiété ou tension ;
- ☉ Labilité affective ;
- ☉ irritabilité, colère ;
- ☉ baisse d'intérêt pour les activités habituelles ;
- ☉ troubles de concentration ;
- ☉ baisse d'énergie marquée ;
- ☉ variation marquée de l'appétit ;
- ☉ ↑ ou ↓ du sommeil ;
- ☉ sentiment d'être accablée
- ☉ symptômes physiques : céphalée, gonglement des seins, sensation d'œdème.

B. Il doit y avoir une atteinte fonctionnelle.

C. Les symptômes ne sont pas une aggravation d'un autre trouble

D. Les symptômes, notés dans un journal prospectif, sont présents durant au moins 2 cycles consécutifs

Adapté de : DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Traduction coordonnée par Guelfi JD. 4^e éd. Paris : Masson ; 2003 : p. 890. Reproduction autorisée.

Tableau II

Diagnostic différentiel du TDPM

- ☉ Troubles psychiatriques
 - ☉ dépression
 - ☉ trouble bipolaire
 - ☉ trouble de la personnalité
- ☉ Troubles médicaux
 - ☉ trouble endocrinien
 - ☉ endométriose
- ☉ Aggravation prémenstruelle d'une autre affection
 - ☉ dépression chronique
 - ☉ psychose cyclique périodique
 - ☉ migraine
 - ☉ asthme
 - ☉ allergies
 - ☉ troubles convulsifs

- ☉ donner des renseignements sur le mode de vie et les déterminants des symptômes ;
- ☉ développer chez la patiente des habiletés d'auto-observation permettant d'établir une bonne alliance thérapeutique.

Quelles sont les causes du TDPM ?

Diane a reçu des contraceptifs oraux pour traiter son TDPM. Elle s'est sentie encore plus irritable et a eu des migraines en prime. Que se passe-t-il ?

La nature cyclique du TDPM soulève l'hypothèse hormonale comme cause primaire. Cependant, le portrait est beaucoup plus complexe avec des déterminants biologiques, psychologiques et socioculturels multiples.

Le TDPM pourrait être déclenché par un stimulus biologique chez des femmes présentant une vulnérabilité neurobiologique accrue. Par exemple, l'hypothyroïdie pourrait être un déclencheur de même que les sévices sexuels (qui ont des effets durables sur la réponse psychologique et physiologique au stress³). On observe, en effet, une prévalence de 40 % de sévices sexuels passés chez les femmes présentant un SPM alors que le taux dans la population générale est de 12,4 %⁴.

gnostic. Le tableau II présente le diagnostic différentiel.

Quelle sera votre démarche clinique auprès de Diane ?

La présomption d'un TDPM ne doit pas exclure une démarche clinique rigoureuse. Les antécédents médicaux, l'examen physique, le bilan sanguin habituel en plus du dosage de la TSH et de la FSH ainsi qu'un journal prospectif des symptômes pendant au moins deux cycles menstruels confirmeront votre diagnostic. Les échelles quotidiennes des symptômes (*boîte à outils*) sont utiles pour :

- ☉ établir si les symptômes sont confinés à la phase lutéale ou s'il s'agit de symptômes chroniques qui s'aggravent en période prémenstruelle ;

La nature cyclique du TDPM soulève l'hypothèse hormonale comme cause primaire. Le portrait est beaucoup plus complexe avec des déterminants biologiques, psychologiques et socioculturels multiples.

Repère

Journal des symptômes prémenstruels

Jour du cycle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Date																																	
Menstruations																																	

Symptômes psychologiques

Dépression																																		
Anxiété																																		
Irritabilité																																		
Insomnie																																		
Inattention																																		
Autres																																		

Symptômes physiques

Douleurs aux seins																																		
Gain de poids																																		
Maux de tête																																		
Douleurs au ventre																																		
Enflure																																		
Autres																																		

Symptômes comportementaux

↑ appétit																																		
Modification de la libido																																		
↑ consommation d'alcool																																		
Isolément																																		
Autres																																		

Échelle d'intensité des symptômes : 0 = aucun ; 1 = léger ; 2 = modéré (interférence avec les activités) ; 3 = intense (invalidité)
 Adapté pour le PSPP par Michelle Dumont, psychiatre, le 20 juin 2003



Tableau III**Hormonothérapie et TDPM**

Traitement	Efficacité sur le TDPM
Progestérone	Faible
Agonistes de la GnRH ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Symptômes physiques : oui ☉ Symptômes affectifs : non
Contraceptifs oraux	Souvent inefficaces
Drospirénone et éthinylœstradiol (Yasmin®)	Effet modeste sur les symptômes physiques
Danazol	Efficace à doses élevées (de 600 mg à 800 mg par jour)
Ovariectomie	Guérison

Hormones

Les diverses concentrations hormonales ne sont pas perturbées chez les patientes ayant un TDPM comparativement à celles du groupe témoin. Cependant, une différence dans la sensibilité du système sérotoninergique les rend plus vulnérables aux fluctuations hormonales cycliques⁶. Les manipulations endocriniennes du cycle menstruel ne provoquent pas de changements d'humeur dans tous les cas de TDPM. Il y a donc d'autres mécanismes biologiques à considérer. Certaines données indiquent aussi une baisse de sensibilité aux effets des benzodiazépines et des neurostéroïdes pendant la phase lutéale du cycle.

Sérotonine

On observe des taux de sérotonine plus bas ainsi qu'un captage réduit de la sérotonine plaquettaire pendant la phase prémenstruelle⁶. De plus, les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) permettent de traiter rapidement le trouble à l'aide de petites doses chez 60 % des femmes.

Risques génétiques

Selon des études auprès de jumelles, le taux d'hérédité est d'environ 56 %⁷.

Facteurs socioculturels

Les médias et la société nord-américaine tendent à perpétuer l'association entre la période prémenstruelle et des affects négatifs ainsi qu'une humeur instable.

Comment aider Diane ?**Pharmacothérapie : enfin une bonne nouvelle !**

Les ISRS constituent le premier choix recommandé par l'Association canadienne de psychiatrie dans le traitement du TDPM. Leur utilisation en doses intermittentes pendant généralement de sept à dix jours par mois en période prémenstruelle est aussi efficace que l'administration en doses continues. Ce traitement est plus acceptable pour les patientes, et les doses plus faibles réduisent les effets secondaires au minimum. L'efficacité des ISRS est estimée à 60 %. Cependant, les antidépresseurs noradrénergiques sont inefficaces.

La fluoxétine, la paroxétine et le citalopram aux doses de 10 mg à 20 mg par jour ainsi que la sertraline (50 mg) et la venlafaxine à libération prolongée (de 37,5 mg à 75 mg) peuvent être utilisés pendant la semaine précédant les menstruations. La paroxétine à libération prolongée (Paxil® CR) vient d'être approuvée par Santé Canada à la dose de 12,5 mg à 25 mg par jour pendant la phase lutéale du cycle. L'effet rapide de ces médicaments montre que le TDPM a sa propre biologie^{5,11}.

Psychothérapie et groupe de soutien

En tenant compte de la comorbidité psychiatrique et médicale, une approche individualisée et intégrée est souhaitable. La psychothérapie cognitive comportementale, la psycho-éducation, le soutien, la gestion du stress, l'exercice, une saine alimentation ainsi qu'une bonne hygiène du sommeil peuvent atténuer les symptômes⁸.

L'intervention de groupe pour recadrer positivement l'expérience menstruelle peut réduire l'atteinte prémenstruelle chez les femmes souffrant de TDPM.

L'efficacité des ISRS à doses intermittentes, administrées pendant la phase lutéale, est estimée à 60 %. Cependant, les antidépresseurs noradrénergiques sont inefficaces.

Repère

Suppléments et alimentation

Il y a peu de preuves scientifiques pour soutenir l'utilisation des suppléments dans le traitement du SPM ou du TDPM. Une étude recommande de prendre du calcium à raison de 1200 mg par jour⁹. La vitamine B₆, à raison de 100 mg par jour, peut aider le SPM¹⁰.

Par ailleurs, réduire la consommation de sel, de sucre, de caféine et d'alcool en période prémenstruelle peut aider certaines femmes.

Manipulation hormonale

Bien que plusieurs traitements de manipulation hormonale aient été suggérés, ils ne se sont pas toujours révélés efficaces. Peu de preuves empiriques permettent de les appuyer (*tableau III*).

B IEN QUE LE TDPM soit décrit comme une maladie ayant des bases biologiques, des variables telles que le stress, les sévices sexuels passés et les facteurs culturels doivent être pris en compte. Valider l'existence du TDPM et soutenir la patiente et son entourage améliorent l'issue du traitement.

La dépression prémenstruelle aurait une valeur prédictive quant à une dépression future. En effet, 78 % des femmes atteintes de TDPM auront un diagnostic de troubles de l'axe I. Le TDPM est aussi associé à un risque nettement plus élevé de tentatives de suicide. ☞

Date de réception : 14 janvier 2005

Date d'acceptation : 28 juillet 2005

Mots-clés : syndrome prémenstruel (SPM), trouble dysphorique prémenstruel (TDPM)

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé*. 4^e éd. Traduction : Guelfi JD et coll. Paris : Masson ; 2003. p. 887-90.
2. Mortola JE, Girton L, Beck L, Yen SSC. Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple, prospective, and reliable instrument: the calendar of premenstrual experiences. *Obstet Gynecol* 1990 ; 76 : 302-7.
3. Heim C, Newport DJ, Heit S et coll. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 2000 ; 284 : 592-7.
4. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL et coll. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 1878-83.
5. Steiner M, Brown E, Trzepacz P et coll. Fluoxetine improves functional work capacity in women with premenstrual dysphoric disorder. *Arch Women Ment Health* 2003 ; 6 : 71-7.

Summary

And if it was more than PMS? Symptoms of premenstrual dysphoric disorder (PMDD), including marked irritability, tension, depressed mood, and affective lability, affect 3% to 8% of women of reproductive age. Symptoms are debilitating and worsen with age. They appear the week prior to menstrual bleeding (luteal phase) and remit completely after the onset of menstruation (follicular phase). The causes of PMDD are multifactorial with determining factors as clusters of psychological, behavioural, and somatic symptoms. The Canadian Psychiatric Association recommends selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) as their first-line treatment. The efficacy of the SSRI is estimated at 60%. Psychotherapy and group therapy can improve the symptoms. Hormonal replacement and nutritional supplements have not been found to be effective in all cases.

Keywords: premenstrual syndrome (PMS), premenstrual dysphoric disorder (PMDD)

6. Steiner M, Pearlstein T. Premenstrual dysphoria and the serotonin system: pathophysiology and treatment. *J Clin Psychiatry* 2000 ; 61 (Suppl. 12) : 17-21.
7. Kendler KS, Karkowski LM, Corey LA, Neale MC. Longitudinal population-based twin study of retrospectively reported premenstrual symptoms and lifetime major depression. *Am J Psychiatry* 1998 ; 155 : 1234-40.
8. Blake F, Salkovskis P, Gath D et coll. Cognitive therapy for premenstrual syndrome: a controlled trial. *J Psychosom Res* 1998 ; 45 : 307-18.
9. Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: Effects on premenstrual and menstrual symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 1998 ; 179 : 444-52.
10. Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, O'Brien PM. Efficacy of vitamin B₆ in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ* 1999 ; 318 : 1375-81.
11. Mitwally MF, Kahn LS, Halbreich U. Pharmacotherapy of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder: Current practices. *Expert Opin Pharmacother* 2002 ; 3 : 1577-90.