



LE SYNDROME PRÉMENSTRUEL se définit par la présence de symptômes physiques, psychologiques et (ou) comportementaux qui surviennent pendant la phase lutéale du cycle menstruel, disparaissent avec l'arrivée de la menstruation, perturbent les relations interpersonnelles et (ou) entravent les activités quotidiennes.

Selon quelques études épidémiologiques, 75 % des femmes qui ont un cycle menstruel présentent certains symptômes prémenstruels¹⁻³. Par contre, seulement 20 à 40 % d'entre elles souffrent du syndrome prémenstruel, puisque leurs activités quotidiennes ou leurs relations interpersonnelles s'en trouvent perturbées⁴⁻⁶. Par ailleurs, 3 à 8 % de ces femmes répondent aux critères du trouble dysphorique prémenstruel décrits dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*)⁷. Il s'agit d'une forme plus grave du syndrome prémenstruel nécessitant une évaluation psychiatrique et un suivi spécifique^{1,3}. Les critères diagnostiques du trouble dysphorique prémenstruel sont présentés au *tableau I*⁷.

Plus de 150 symptômes ont été définis dans le syndrome prémenstruel. Ils sont variables et peu spécifiques^{2,3,5}. Quelques-uns des symptômes les plus souvent signalés sont énumérés au *tableau II*^{4,5,8}. Même si le syndrome prémenstruel peut se manifester à n'importe quel moment à partir des premières règles, les femmes entreprennent habituellement d'essayer de soulager leurs symptômes à partir de la trentaine. Ce syndrome disparaît définitivement avec la ménopause, et

La D^{re} Diane Comeau, omnipraticienne, exerce à la clinique de planification des naissances du Centre hospitalier régional de Rimouski.

Le syndrome prémenstruel mythe ou réalité ?

par Diane Comeau

À travers les temps, une image négative de la menstruation a souvent été transmise. Si, au contraire, nous avons considéré la période menstruelle comme une fête et un temps de réjouissance, le syndrome prémenstruel aurait-il seulement vu le jour ?

Certains auteurs estiment que notre culture a conditionné les femmes à ressentir des symptômes en période menstruelle.

temporairement pendant la grossesse et l'allaitement⁶.

Il faut noter que, même si certaines femmes disent que leur performance diminue avant ou pendant la menstruation, aucune étude n'a corroboré ce fait^{4,9}.

Même si la plupart des symptômes associés au syndrome prémenstruel sont à connotation négative, 66 % des femmes ayant participé à une étude scandinave ont signalé au moins un symptôme positif, tel qu'une augmentation de la libido, une tendance à nettoyer, à ranger ou à faire des activités, une augmentation de l'énergie et de la créativité⁸.

Cause

Malgré de nombreuses recherches et publications sur le sujet, la cause du

syndrome prémenstruel demeure un mystère. Plusieurs théories ont été étudiées au cours des années (*tableau III*)^{6,10}, mais aucune d'elles n'a pu être validée¹. À l'heure actuelle, l'hypothèse selon laquelle il s'agirait d'un mécanisme psycho-neuro-endocrinien déclenché par des changements endocriniens normaux du cycle ovarien semble rallier un certain consensus¹.

Aucune étude épidémiologique n'a pu montrer de corrélation entre le syndrome prémenstruel et certains paramètres tels : l'âge, la parité, le statut socio-économique, le régime alimentaire, l'exercice, le stress, les caractéristiques du cycle menstruel ou la personnalité².

Approche diagnostique

Aucun symptôme spécifique, aucun

Le syndrome prémenstruel se définit par la présence de symptômes physiques, psychologiques et (ou) comportementaux qui surviennent pendant la phase lutéale du cycle menstruel, disparaissent avec l'arrivée de la menstruation, perturbent les relations interpersonnelles et (ou) entravent les activités quotidiennes.

Malgré de nombreuses recherches et publications sur le sujet, la cause du syndrome prémenstruel demeure un mystère. Le syndrome prémenstruel est un diagnostic d'exclusion.

Repères

Tableau I

Critères diagnostiques du trouble dysphorique prémenstruel

A. Au cours de la plupart des cycles menstruels de l'année écoulée, cinq ou plus des symptômes suivants ont été présents la plupart du temps lors de la dernière semaine de la phase lutéale. Ils se sont atténués au cours des premiers jours de la phase folliculaire et sont restés absents pendant la première semaine suivant les règles.

L'un des symptômes doit être (1), (2), (3) ou (4) :

- (1) Humeur dépressive marquée, sentiments de désespoir ou autodépréciation (idées de dévalorisation).
- (2) Anxiété marquée, tensions, impression d'être nouée, tendue, nerveuse.
- (3) Labilité émotionnelle marquée (p. ex., brusque sentiment de tristesse, envie de pleurer, hypersensibilité au rejet).
- (4) Colère ou irritabilité marquée et persistante ou augmentation des conflits interpersonnels.
- (5) Diminution de l'intérêt pour les activités habituelles (p. ex., travail, école, sorties avec des amis, loisirs).
- (6) Difficultés subjectives à se concentrer.
- (7) Léthargie, fatigabilité excessive ou perte d'énergie marquée.
- (8) Modifications marquées de l'appétit, hyperphagie, envie impérieuse de certains aliments.
- (9) Hypersomnie ou insomnie.
- (10) Sentiment d'être débordée ou de perdre le contrôle.
- (11) Autres symptômes physiques tels que tension ou gonflement des seins, céphalées, douleurs articulaires ou musculaires, impression « d'enfler », prise de poids.

N.B. : Au cours du cycle menstruel, la phase lutéale correspond à la période comprise entre l'ovulation et le début des règles, la phase folliculaire débute avec les règles. Chez les femmes qui n'ont pas de règles (p. ex., après une hystérectomie), il peut être nécessaire de doser les hormones sexuelles circulantes pour dater les phases lutéale et folliculaire.

- B. La perturbation entrave nettement le travail ou l'activité scolaire, les activités sociales habituelles et les relations avec autrui (p. ex., évitement des activités sociales, diminution de la productivité ou de l'efficacité au travail ou à l'école).
- C. La perturbation ne correspond pas seulement à l'exacerbation des symptômes d'un autre trouble comme un trouble dépressif majeur, un trouble panique, un trouble dysthymique ou un trouble de la personnalité (bien qu'elle puisse s'ajouter à chacun de ces troubles).
- D. Des évaluations quotidiennes prospectives réalisées pendant au moins deux cycles symptomatiques consécutifs doivent confirmer la présence des critères A, B et C (avant cette confirmation, le diagnostic peut être posé à titre provisoire).

Tiré de : Boyer P, Guelfi J-D, Pull C-B, Pull M-C, réd. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 1996 : 836.

Tableau II

Symptômes fréquents

Acné
Anxiété
Augmentation de l'appétit
Ballonnement abdominal
Céphalée – migraine
Changement dans l'intérêt sexuel
Colère
Crampes abdominales
Dépression
Difficulté à se concentrer
Douleur musculaire
Fatigue
Impatience
Insomnie
Irritabilité
Manque d'énergie
Mastalgie
Nausées
Œdème des extrémités
Pleurs
Prise de poids
Retrait social
Sautes d'humeur
Tristesse
Vertige

signe physique ni test de laboratoire ne permettent de confirmer le diagnostic de syndrome prémenstruel^{2,5}. Étant donné les nombreux mythes qui entourent la période menstruelle, il n'est ni fiable ni recommandé de faire un historique rétrospectif pour établir ce diagnostic. On demande donc aux femmes de noter quotidiennement sur un graphique l'intensité des symptômes ressentis, et ce pour au moins deux cycles menstruels (*figure 1*)¹¹. Certains auteurs préconisent même de demander à l'entourage de corroborer les symptômes. Les symptômes doivent apparaître pendant la phase lutéale et disparaître complètement

Tableau III

Les théories sur les causes du syndrome prémenstruel

Facteurs hormonaux	Excès d'œstrogènes Manque de progestérone Arrêt de la prise d'œstrogènes Changement dans le rapport œstrogènes-progestérone Perturbation de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (rétention de sodium et d'eau) Excès de prolactine Sécrétion anormale de testostérone, de gonadotrophines, de corticostéroïdes Métabolisme anormal des prostaglandines Diminution de la production d'endorphines
Facteurs nutritionnels	Carence en vitamine B ₆ Carence en magnésium Excès de sucres raffinés, de gras, de caféine et d'alcool
Facteurs biochimiques	Diminution de la sérotonine (neurotransmetteur)
Facteurs métaboliques	Hypoglycémie Dysfonction thyroïdienne
Facteurs génétiques	Hérédité

après le début des règles. Il doit y avoir absence de symptômes pendant la phase folliculaire. Les symptômes doivent être assez graves pour perturber les activités quotidiennes et (ou) les relations interpersonnelles. De plus, aucun autre diagnostic ne doit les expliquer.

En effet, certaines maladies peuvent être aggravées en période prémenstruelle : la dépression, l'anxiété, l'anorexie, la boulimie, la toxicomanie ou l'alcoolisme, les migraines, les allergies, l'asthme, l'épilepsie, l'herpès et l'endométriose¹².

Les troubles suivants doivent aussi

être envisagés : la dépression, le syndrome de fatigue chronique, l'anémie, le diabète, l'hypothyroïdie, la leucémie, les collagénoses, la maladie fibrokystique du sein, etc.^{2,3}

La douleur abdominale ou pelvienne n'étant pas caractéristique du syndrome prémenstruel, il faut rechercher une maladie sous-jacente².

Le syndrome prémenstruel est donc un diagnostic d'exclusion.

Traitement

Il n'existe aucun médicament approuvé pour le traitement du syn-

drome prémenstruel. Plusieurs études ont montré que certains médicaments étaient efficaces pour soulager différents symptômes, mais aucune pilule ne les soulage tous¹¹. C'est pourquoi il est primordial que le clinicien détermine avec sa patiente les symptômes les plus graves et les plus invalidants afin d'orienter le traitement. La majorité des femmes qui souffrent de symptômes prémenstruels seront soulagées par des mesures de base telles que : une diète riche en protéines et pauvre en sucres raffinés et en sel, la réduction de caféine, d'alcool et de drogue, l'exercice aérobique régulier et des techniques de relaxation^{1,13}. L'éducation se révèle une option thérapeutique bénéfique pour de nombreuses femmes, car elle diminue l'anxiété. Le fait de noter leurs symptômes chaque jour sur un calendrier peut également aider les femmes à contrôler leur anxiété³. La thérapie médicamenteuse devrait être réservée aux femmes qui présentent un trouble dysphorique prémenstruel ou des symptômes prémenstruels graves et invalidants réfractaires aux mesures thérapeutiques conservatrices. Les différents traitements expérimentés au cours des dernières années sont énumérés au *tableau IV*, avec des commentaires sur leur efficacité^{2,3,12-15}.

LE SYNDROME PRÉMENSTRUEL est peut-être un problème créé par notre culture, mais il fait partie des troubles auxquels les médecins qui travaillent dans le domaine de la santé des femmes ont à faire face. Un sondage effectué en 1996 auprès de femmes âgées de 18 à 39 ans citait le syndrome prémenstruel comme le problème de santé le plus fréquent pour lequel l'aide disponible était inadéquate¹². Même s'il est nécessaire de poursuivre la

Étant donné les nombreux mythes qui entourent la période menstruelle, il n'est ni fiable ni recommandé de faire un historique rétrospectif pour établir le diagnostic de syndrome prémenstruel. On demande donc aux femmes de noter quotidiennement sur un graphique l'intensité des symptômes ressentis, et ce pour au moins deux cycles menstruels.

Tableau IV

Liste des traitements possibles et leur efficacité

Non pharmacologiques	Diète	Augmentation de la consommation d' hydrates de carbone en phase lutéale (boissons de type « Gatorade ») <ul style="list-style-type: none"> ■ Agit sur le métabolisme de la sérotonine. ■ Atténue les symptômes d'humeur dépressive du trouble dysphorique et les « rages de faim ». 	Semble efficace.
	Exercice aérobique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Augmente les taux d'endorphines. ■ Atténue les symptômes liés à l'humeur. ■ Doit être fait trois fois par semaine. 	Semble efficace.
	Thérapies cognitives et comportementales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diminuent le stress et (ou) aident à le contrôler. 	Semblent efficaces.
Vitamines et minéraux	Pyridoxine (vitamine B ₆)	100 mg <i>die</i> > 200 mg <i>die</i> à long terme : risque de neurotoxicité périphérique	Inefficace
	Tocophérol (vitamine E)	400 mg <i>die</i> pour soulager la mastalgie.	Semble inefficace.
	Minéraux	Calcium : 1000 mg <i>die</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ Diminue la rétention hydrique et la dysménorrhée. Magnésium : 360 mg <i>die</i> en phase lutéale. <ul style="list-style-type: none"> ■ Réduit les symptômes en général. 	Semblent efficaces.
	Optivite	Supplément multivitaminique 6 comprimés <i>die</i> en phase lutéale <ul style="list-style-type: none"> ■ Réduit les symptômes en général. 12 comprimés <i>die</i> : plus d'effets secondaires.	Semble efficace. Plusieurs vitamines contenues dans le comprimé ne sont pas nécessaires. Inefficace
Pharmacologiques	Huile d'onagre	Dérivé de la graine de la plante. 500 mg t.i.d. en phase lutéale <ul style="list-style-type: none"> ■ Contient de l'acide gamma-linoléique. ■ Acide gras essentiel à la synthèse des prostaglandines. ■ Selon certains auteurs, serait utile pour soulager la mastalgie. 	
	Spironolactone	Inhibiteur de l'aldostérone 25-50 mg b.i.d. en phase lutéale pour soulager le ballonnement, l'œdème et le gain de poids.	Semble efficace.
	Bromocriptine	Pour soulager la mastalgie seulement. 2,5 mg <i>die</i> ou b.i.d. en phase lutéale	Semble efficace.
	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Acide méfénamique : 250-500 mg t.i.d. Naproxen sodique : 550 mg b.i.d. 1 semaine avant la menstruation jusqu'après les premiers jours de saignement. <ul style="list-style-type: none"> ■ Diminuent surtout les symptômes tels que la céphalée, la dysménorrhée et les douleurs musculaires. 	Semblent efficaces.
Antidépresseurs – inhibiteurs du recaptage de la sérotonine		<ul style="list-style-type: none"> ■ Réduisent les symptômes de 60 à 70 % dès le 1^{er} ou le 2^e cycle. ■ Diminuent les symptômes de tension, d'irritabilité et de dysphorie. Fluoxétine : 5-20 mg <i>die</i> Sertraline : 25-50 mg <i>die</i> Paroxétine : 5-20 mg <i>die</i> Fluvoxamine : 25-50 mg <i>die</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ Il faut essayer de les donner en phase lutéale. S'il n'y a pas d'amélioration après 1 ou 2 cycles, on augmente les doses pendant tout le cycle ou on change de sorte. Clomipramine : 25 à 75 mg <i>die</i> en phase lutéale (plus d'effets secondaires et peut déclencher la manie). Néfadozone : pas d'effets secondaires sur la fonction sexuelle.	Efficaces
	Anxiolytiques	Alprazolam : 0,25 mg b.i.d. ou t.i.d. en phase lutéale pour une durée maximum de une semaine – sinon, attention à la dépendance . Buspirone : 10 mg b.i.d. à t.i.d. en phase lutéale (pas de dépendance).	Semblent efficaces.

Tableau IV (suite)

Liste des traitements possibles et leur efficacité

Suppression de l'ovulation	Progestérone	Suppositoire intravaginal (200 à 400 mg) ou forme micronisée (200 mg) b.i.d. en phase lutéale <ul style="list-style-type: none"> ■ Une étude aurait montré que la progestérone serait supérieure au placebo pour soulager la mastalgie. 	Inefficace
	Contraceptifs oraux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surtout utiles pour soulager la dysménorrhée. ■ Ils suppriment l'ovulation, mais une cyclicité hormonale demeure, provoquant des symptômes prémenstruels. ■ Les contraceptifs oraux pris en continu seraient probablement plus efficaces. ■ Un contraceptif monophasique serait préférable. 	Semblent inefficaces.
	Danazol	Androgène synthétique : 200 mg b.i.d. à q.i.d. <ul style="list-style-type: none"> ■ Beaucoup d'effets secondaires inacceptables 	Efficace
	Analogues de la Gn-RH	Acétate de leuprolide : 3,75-7,5 mg i.m. pour 3 mois (maximum 6 mois), puis arrêt pendant 3 mois. <ul style="list-style-type: none"> ■ Prend quelques mois à agir. Buséreléline par voie intranasale : 400 à 900 µg <i>die</i> Goséreléline <ul style="list-style-type: none"> ■ Il faut ajouter une hormonothérapie substitutive pour contrer ses effets hypo-œstrogéniques et ostéoporotiques. Coût très élevé. 	Efficaces
	Thérapies de suppression	Depo-Provera® – non étudié Norplant® – non étudié <ul style="list-style-type: none"> ■ Solutions de remplacement intéressantes, puisqu'elles suppriment l'ovulation et la menstruation. Estradiol - implant - timbres (100-200 mg)	Efficaces
	Ovariectomie	Dernier recours <ul style="list-style-type: none"> ■ Il faut toujours essayer un traitement supprimeur avant d'envisager cette possibilité. 	Efficace

recherche pour tenter de trouver un traitement spécifique à ce syndrome, il existe actuellement des options thérapeutiques qui peuvent soulager de nombreuses patientes. □

Date de réception : 26 avril 2000.

Date d'acceptation : 30 juillet 2000.

Mots clés : syndrome prémenstruel, diagnostic, traitement.

Bibliographie

- Steiner M. Premenstrual syndromes. *Ann*

Rev Med 1997 ; 48 : 447-55.

- Barnhart KT, Freeman EW, Sondheimer SJ. A clinician's guide to the premenstrual syndrome. *Med Clin North Am* novembre 1995 ; 79 (6) : 1457-72.
- Korzekwa MI, Steiner M. Premenstrual syndromes. *Clin Obstet Gynaecol* septembre 1997 ; 40 (3) : 564-76.
- Daugherty JE. Treatment strategies for premenstrual syndrome. *American Family Physician* juillet 1998 ; 58 (1) : 183-92.
- Parker PD. Premenstrual syndrome. *American Family Physician* novembre 1994 ; 50 (6) : 1309-17.
- Severino SK, Moline ML. Premenstrual

syndrome: identification and management. *Drugs* 1995 ; 49 (1) : 71-82.

- Boyer P, Guelfi J-D, Pull C-B, Pull M-C, réd. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 1996 : 836.
- Speroff L, Glass RH, Kase NG. Menstrual disorders. Dans : *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 6^e éd. Baltimore : Lippincott-Williams & Wilkins, 1999 : 557-73.
- Stewart DE. Positive changes in the premenstrual period. *Acta Psychiatr Scand* 1989 ; 79 : 400-5.
- Ugarriza DN, Klingner S, O'Brien S. Premenstrual syndrome diagnosis and intervention. *The Nurse Practitioner* septembre 1998 ; 23 (9) : 40-52.
- Reid RL. Premenstrual syndrome. *Curr Probl Obstet Gynecol Fertil* février 1985 ; VIII (2) : 1-57.
- Freeman EW. Premenstrual syndrome: current perspectives on treatment and etiology. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1997 ; 9

Certaines maladies peuvent être aggravées en période prémenstruelle : la dépression, l'anxiété, l'anorexie, la boulimie, la toxicomanie ou l'alcoolisme, les migraines, les allergies, l'asthme, l'épilepsie, l'herpès et l'endométriose.

Repère

Summary

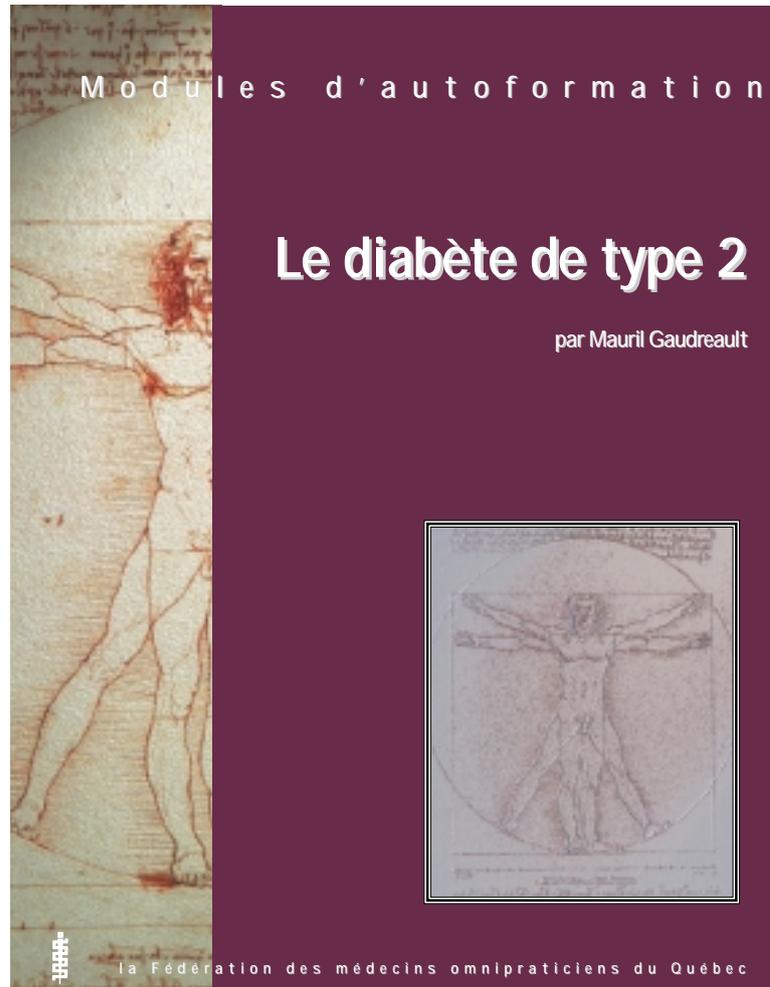
Premenstrual syndrome. It is estimated that about 75% of women with a menstrual cycle have some premenstrual symptoms, but only 20 to 40% of these women have premenstrual syndrome. "Premenstrual syndrome is defined as the cyclic recurrence of physical, psychological or behavioral symptoms that appear after ovulation and resolve within a few days after the onset of menstruation." Many theories have tried to explain the premenstrual syndrome, but its etiology is still a mystery. To establish this diagnosis, the physician must take a thorough history and make a complete examination, then ask his patient to chart precisely her symptoms and rate them during at least two cycles. The 18 to 39 year old female respondents in a 1996 survey reported premenstrual syndrome as the most commonly experienced health problem and also listed PMS among the problems for which help was inadequate. Even though there is no specific treatment for this syndrome, many therapeutic options are available to relieve these women.

Key words: premenstrual syndrome, diagnosis, treatment.

(3) : 147-53.

13. Pearlstein T. Nonpharmacologic Treatment of Premenstrual Syndrome. *Psychiatr Ann* septembre 1996 ; 26 : 590-4.
14. Johnson SR. Premenstrual syndrome therapy. *Clin Obstet Gynaecol* juin 1998 ; 41 (2) : 405-21.
15. Bäckström T, Hansson-Malmström Y, Lindhe BÅ, Cavalli-Björkman B, Nordenström S. Oral contraceptives in premenstrual syndrome: A randomized comparison of triphasic and monophasic preparations. *Contraception* septembre 1992 ; 46 (3) : 253-68.

Vient de paraître



63

**Les modules d'autoformation
sont en vente chez Somabec et au stand d'accueil
des congrès de formation continue de la FMOQ**

Renseignements : 1 800 361-8118

Télécopieur : (450) 774-3017

Courriel : bp295@somabec.qc.ca