

MINISTRE DE L'ÉDUCATION

REPUBLIQUE DU MALI

NATIONALE

Un Peuple- UnBut- Une Foi

\*\*\*\*\*



UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto - Stomatologie

ANNEE ACADEMIQUE 2007 – 2008

N° .....

**TITRE**

**LA DYSMENORRHEE CHEZ L'ADOLESCENTE**  
**Etude épidémiologique et thérapeutique**  
**au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako**  
**A propos de 300 cas**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement

devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et

**d'Odonto Stomatologie**

**Par Monsieur Yacouba Mamadou KOUYATE**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Président : *PR DIAKITE SALIF*

Membres : *DR DIARRA ISSA*

*DR MAIGA BOURAÏMA*

Directeur de thèse : *PR SY AIDA SOW*



*Liste des enseignants  
de la faculté*

# FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

## ADMINISTRATION

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

## PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie- Pathologie- Histo embryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Medecine Interne
Mr Boulkassoum Haidara	Législation

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

### D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

#### 1 PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie- Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

#### 2 MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie -Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie -Réanimation

### **3 MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Issa DIARRA	Gynéco Obstétrique
Mr. Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié Sanogo	Chirurgie Generale
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr. Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr. Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco Obstétrique

### **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONÉ	Physiologie

#### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie

### 4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

### D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

#### 2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FOUNKORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

### **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

#### **1. PROFESSEUR**

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Eliman MARIKO	Pharmacologie

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie

#### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

#### **4. ASSISTANTS**

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

### **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

#### **1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

## **2. MAÎTRE DE CONFÉRENCES**

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

## **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique  
Mr Adama DIAWARA Santé Publique  
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique  
Mr Massambou SACKO Santé Publique  
Mr Alassane A. DICKO Santé Publique  
MR Mamadou Souncalo TRAORE Santé Publique

## **4. ASSISTANTS**

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale  
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie  
Mr Oumar THIERO Biostatistique  
Mr Seydou Diarra Anthropologie Médicale

## **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA Botanique  
Mr Bouba DIARRA Bactériologie  
Mr Salikou SANOGO Physique  
Mr Boubacar KANTE Galénique  
Mr Souleymane GUINDO Gestion  
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques  
Mr Modibo DIARRA Nutrition  
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu  
Mr Mahamadou TRAORE Génétique  
Mr Yaya COULIBALY Législation  
Mr Lassine SIDIBE Chimie organique

## **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA Bromatologie  
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie  
Pr. Mounirou CISS Hydrologie  
Pr. Amadou Papa Diop Biochimie  
Pr. Lamine Gaye Physiologie





## **DEDICACES**

*Je dédie ce travail :*

***A MON PERE***

**Feu MAMADOU KOUYATE**

Exemple d'un père dévoué pour la réussite de ses enfants, ce travail est la réponse de vos prières.

*Qu'ALLAH vous accorde son Paradis.  
Amen*

***A MA MERE***

**SALIMATA KOUYATE**

Auprès de toi, j'ai connu l'amour. Vous m'avez donné tout ce qu'un fils peut espérer de sa mère .Pardonne moi s'il m'est arrivé de te décevoir sans le savoir. Les mots me manquent pour te remercier, en tout cas sache que je t'aime très fort.  
Qu'ALLAH te donne longue vie chère maman.

## REMERCIEMENTS

### **A Dieu le tout puissant :**

Maître de tous les temps, de tous les mondes et de tous les cieux, de m'avoir permis de voir le jour et de grandir. Puisse Allah le tout puissant continuer à m'aider car nul ne peut se passer de son aide à lui. Amen !

### **A mon ami : Daouda SIDIBE**

Plus qu'un ami, tu es devenu un frère pour moi. Ton soutien moral, financier et tes conseils ne m'ont jamais fait défaut. Reçois dans ce remerciement l'expression de ma profonde gratitude.

### **A mes amis :**

Fousseni Koné, Adama Dembélé, Mamadou Baba Diarra, Lassina Keïta, Fousseni Keïta, Hilaire Tabet, Charles Sanogo, Assetou Mariko, Fatoumata Namou, Sidy Yehia Diarra, Seïbou Koné. Mme Françoise COPINE. De famille RASERE.

Tous les collègues de la chambre RDC 13 et E2-9 à l'internat de la FMPOS.

C'est le moment de vous réitérer ma profonde reconnaissance.

### **A mes Oncles et Tantes :**

Vos sages conseils ont été d'un apport inestimable pour la réussite de ce travail.

Puisse ce modeste travail vous donner satisfaction.

### **A mes frères et sœurs :**

Lamine Kouyaté, Ibrahima Kouyaté, Bréhima Kouyaté, Mariam Sékou Kouyaté, Aïchata Kouyaté, Abdoulaye Kouyaté, Seïbou Sanogo. Adama Kouyaté, Abdou Kouyaté, Babouya Kouyaté, Oumou Kouyaté.

### **A toute la famille KOUYATE**

**A ZEGOUA, KADIOLO, SIKASSO, BAMAKO, COTE D'IVOIRE, FRANCE**

### **A mes maîtres d'école :**

Merci pour la qualité de la formation que vous m'avez dispensé.

### **Au corps professoral de la F.M.P.O.S:**

Merci pour tout l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la formation que vous dispensez.

**Aux personnels :**

- du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako
- du centre de santé de référence de Kadiolo
- de l'hôpital régional de Sikasso.
- De la clinique Youma :

Dr DIALLO Boubacar, Dr SISSOKO Cheick, Dr MAÏGA Abdoul Kadri, Dr Konaré, Dr DIALLO Veronique COULIBALY, Dr SANOGO Souleymane, Dr KANE Youssouf, Dr SAMAKE Yacouba, Dr KONE Cheick Hamalla, Dr MAÏGA Abdoulaye, Dr SAMAKE Ousmane, Dr BAYA, Dr SOW Samba, Dr MAÏGA Bekaye, Dr COULIBALY Hassane, Monsieur GUINDO Moussa, Mme la Sage femme THIAM Haby, Mme DIARRA Aïssata BERTHE, DIALLO Aïssata, SOW Mariam, DIOP Aminata, Mme DIARRA Fatoumata TRAORE, COULIBALY Nana, Paul, Djibril SIDIBE, Mme Juvenile,

- **ASACOSAB I :**
- **ASACOSAB II :**
- **ASACOSAB III :**
- De la clinique Sianwa
- Clinique CA.ME.NAD, Cabinet chirurgical TERIYA , E.F.S.
- A.BO.SAC
- ASACOKENE
- A mes collègues internes du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

**A mes encadreurs :**

Dr TEME Sodiougou, Dr TRAORE Bakary, Dr TRAORE Mamadou MS, Dr DIARRA Brehima, Dr KEITA N'ti, Dr DIARRA Kita Karim, Dr HIPPOLITE, Dr SANOGO, Dr FAINKE, Dr TRAORE Oumar, Dr SIDIBE Daouda, Dr FOMBA Salif, Dr THIERO Daouda, DR KAMATE Moussa, Dr DIALLO Brehima, Dr DIALLO CES III, Dr TAORE Lamine, Dr KONE Bakary, Dr TRAORE Zoumana, Dr Keita Mamadou dit Dou  
Je ne saurais vous remercier assez.

Que DIEU vous donne une longue vie pleine de santé et de bonheur.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réussite de ce travail :Soyez en remerciés



*Homages to  
Jury Members*

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**PROFESSEUR SALIF DIAKITE**

**Professeur de gynécologie obstétrique au centre hospitalier universitaire de**

**GABRIEL TOURE**

**Professeur titulaire à la F.M.P.O.S**

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionnés par votre grande disponibilité, et amour du travail bien fait. Nous avons été comblés par l'enseignement de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés, vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tous.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**DR ISSA DIARRA**

**Gynécologue obstétricien à la maternité de garnison de Kati**

**Maître assistant à la F.M.P.O.S**

**Colonel de l'armée Malienne**

**Ancien Directeur central des services de santé de l'armée (DCSSA).**

**Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**

L'accueil que vous nous avez réservé et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous sont allés droit au cœur.

Votre rigueur dans le travail, votre gentillesse et votre conscience professionnelle font de vous un praticien exemplaire.

Permettez nous, cher maître de vous adresser ici nos sincères remerciements.

**A NOTRE MAITRE**

**DR BOURAIMA MAIGA**

**Gynécologue obstétricien**

**Maître assistant**

**Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décernée par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille.**

**Détenteur d'un ciwara d'excellence en 1997**

**Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé (INFSS).**

**Chef de service de gynéco obstétrique du centre hospitalier universitaire du point G.**

**Chevalier de l'ordre national du Mali**

Vos compétences pédagogiques, votre gaîté font de vous un maître exemplaire et respecté.

Vous restez à jamais dans les esprits et dans les cœurs.

Trouvez ici, cher maître le manifeste de toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE**

**PROFESSEUR SY AIDA SOW**

**Professeur de gynécologie obstétrique à la F.M.P.O.S**

**Chef de service de gynécologie obstétrique du csref de la commune II**

**Présidente de la SO.MA.GO.**

Cher Maître, ce travail est le votre. Vous l'avez initié et dirigé. En plus de l'enseignement remarquable dont nous avons bénéficié dans votre service, vous avez cultivé en nous le savoir être et le savoir faire.

Honorable maître, votre rigueur, votre souci constant du travail bien fait et votre faculté d'écoute ont forcé notre admiration. Vous avez par votre considération particulière pour les faisant fonctions d'internes, votre enseignement quotidien et votre expérience médicale, inspiré en nous l'amour de la gynécologie et d'obstétrique.

Merci Professeur de m'avoir accepté dans vos programmes opératoires durant tout notre séjour.

Merci Professeur de me considérer comme votre vrai fils ; chose rare.

Au delà de la fonction enseignante, vous avez été une mère. Merci maman d'être toujours à nos cotés même pendant les moments difficiles.

Vous m'avez aidé à changer ma vie dans un sens positif.

Puisse le tout puissant vous donner longue vie et la force nécessaire à la réalisation de vos ambitions pour la santé de la population en général et de la femme en particulier. Soyez rassurée cher maître de notre reconnaissance éternelle. Nous sommes fiers et très heureux d'être comptés parmi vos élèves.

Que le tout puissant Allah ! Vous protège tous Amen !



## *Liste des abréviations*

**AINS** : Anti-inflammatoire non stéroïdien

**C2 : 2<sup>ème</sup>** : vertèbre cervicale

**CSREF** : centre de santé de référence

**E.N** : échelle numérique

**E.V.S** : échelle verbale simplifiée

**F.M.P.O.S** : faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

**C.C.C** : communiquer pour le changement de comportement

**L2 : 2<sup>ème</sup>** : vertèbre lombaire

**O.M.S** : Organisation mondiale de la santé

**P.G** : prostaglandine

**Sec** : secondaire

**S2** : deuxième vertèbre sacrée

## **SOMMAIRE**

### **INTRODUCTION**

### **GENERALITES**

### **METHODOLOGIE**

### **RESULTATS**

### **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **ANNEXES**



*Introduction*

## **INTRODUCTION**

Il n'existe pas de définition universelle de l'adolescence.

Pour l'O.M.S, « est considéré comme adolescent tout garçon ou toute fille d'âge compris entre 10 et 19 ans » [36].

Les adolescents, considérés depuis longtemps comme un groupe distinct dans les sociétés industrialisées, commencent depuis quelques années seulement dans les pays en développement à s'affirmer en tant que groupe, à mi chemin entre l'enfance et l'âge adulte [15].

L'intérêt accru que suscite l'adolescence, l'une des périodes les plus importantes dans la vie s'explique par différentes raisons :

- Plus de 50% de la population mondiale a moins de 25 ans ;  
et 80% de ces jeunes vivent dans les pays en développement ;
- Aujourd'hui, l'habitant de notre planète sur 5 est âgé de 10 à 19 ans, ce qui représente un peu plus d'un milliard d'individus.
- De 1970 à 1985, le nombre de jeunes a augmenté d'environ un tiers, passant de 766 millions à 1030 millions. De 1985 à l'an 2000, leur nombre est passé à 1120 millions. C'est en Afrique au Sud du Sahara et en Asie méridionale que l'accroissement a été plus rapide [14].

Décrite depuis l'antiquité et longtemps considérée comme un épiphénomène, la **dysménorrhée** connaît depuis quelques années un regain d'intérêt : les travaux récents ont en effet souligné le rôle d'une **hyper contractilité utérine** associée à une **dysrégulation de la synthèse de certaines prostaglandines utérines**. Il en a résulté une conception physiopathologique plus cohérente, et par là, une prise en charge thérapeutique mieux adaptée [2,38].

Cependant la dysménorrhée est assez fréquente : 30 à 50% des femmes dans la littérature. La douleur va être invalidante et entraîner un absentéisme répétitif chez 10 à 15% des jeunes filles, 5 à 10% des jeunes mères après la première grossesse. Un certain nombre de dysménorrhées vont disparaître après l'accouchement [13].

Aucune étude n'a encore concerné la dysménorrhée chez l'adolescente dans notre service alors que nous rencontrons de plus en plus d'adolescentes consultant pour ce trouble, et c'est pour cette raison que nous avons voulu initier ce travail dont les objectifs que nous nous sommes fixés sont :



# Objectifs

## **OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques de la dysménorrhée chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

### **Objectifs spécifiques :**

- Préciser la prévalence de la dysménorrhée chez l'adolescente consultante au centre de santé de référence de la commune II.
- Déterminer les caractéristiques épidémiologiques des dysménorrhées chez l'adolescente.
- Décrire les aspects cliniques de la dysménorrhée chez l'adolescente
- Décrire les aspects thérapeutiques des dysménorrhées chez les adolescentes.



*Généralités*



## **GENERALITES**

### **I-DEFINITION** : [13]

La dysménorrhée se définit par l'ensemble des douleurs pelviennes survenant au moment des règles. Plus que le terme de dysménorrhée (du grec *dys* pour gêne ou anomalie, *mên* pour mois et *rhein* pour écoulement), il faudra préférer le terme d'*algoménorrhée*. De façon physiologique chez la plupart des femmes, une douleur est ressentie au moment des règles, plus ou moins bien analysée par la femme : la dysménorrhée peut être définie comme une douleur au moment des règles assez notable pour que la femme en précise assez nettement le début et la fin, et qu'elle soit responsable d'absentéisme de médication ou de perturbation de l'activité.

On distingue classiquement :

- la dysménorrhée primaire ou fonctionnelle qui débute dans l'année qui suit l'apparition des règles.
- La dysménorrhée secondaire ou organique qui apparaît après une période pendant laquelle les règles étaient normales.

En fait pour les auteurs anglo-saxons la dysménorrhée est dite primaire lorsqu'elle n'a aucun support organique et secondaire lorsqu'on retrouve une cause à cette dysménorrhée.

### **II-RAPPEL SUR LA PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DYSMENORRHEE** :

La physiopathologie reste encore mal connue. Les mécanismes physiopathologiques des dysménorrhées sont soutendus par deux types de recherches :

**Les premières recherches** consistèrent vers les années 1930 à étudier la contractilité utérine, et la pression intra utérine était mesurée au moyen d'un capteur de pression. Cette technique a permis à Akerlund [4] de démontrer que durant les menstruations à durée, l'amplitude et la fréquence des contractions étaient plus grandes chez les femmes qui présentaient une dysménorrhée essentielle que chez le groupe contrôle. Au cours de la dysménorrhée les pressions mesurées sont comprises entre 100 et 200mm Hg soit 2 à 3

fois celles que l'on observe au moment du pic de la contraction utérine en cours d'accouchement.

**La deuxième période de recherche** concernant la compréhension des mécanismes de la dysménorrhée a grandement bénéficié des connaissances des mécanismes de production et d'action des prostaglandines et notamment du rôle qu'elles jouent dans la contractilité musculaire.

Plusieurs types de théories ont tenté d'expliquer l'apparition des phénomènes douloureux au cours de l'activité génitale, puisque la dysménorrhée n'existe pas avant la ménarche et disparaît à la ménopause.

**La théorie spasmodique** fait jouer le rôle aux modifications du taux de progestérone pendant le cycle mensuel responsable de l'ouverture du col au moment de l'ovulation et de sa fermeture pendant la deuxième phase du cycle avec augmentation progressive du tonus cervical. La chute de la progestérone avant les règles permet d'avoir une bonne ouverture cervicale facilitant l'extériorisation du sang menstruel : un retard à l'ouverture serait responsable d'une rétention avec douleurs [1].

**La théorie congestive** a été évoquée chez les femmes ayant ou ayant eu des problèmes infectieux, des troubles de la statique pelvienne comme la constipation, la station debout.

Selon **la théorie ischémique**, toute anomalie responsable d'une ischémie utérine entraînera une difficulté à l'évacuation du sang menstruel et ainsi une dysménorrhée [17]. En fait les mécanismes de la douleur dans la dysménorrhée sont complexes, faisant intervenir au moins trois mécanismes :

✓ ***Contractilité du myomètre :***

Au cours du cycle menstruel, la contractilité du myomètre baisse en début de phase folliculaire, s'élève progressivement et atteint un pic de 60mm de mercure en période ovulatoire avant de s'abaisser à nouveau en phase lutéale.

Sur ce fond de base, se greffent des contractions variables en intensité et en fréquence, dont le maximum d'intensité sera atteint pendant la menstruation (égal à 120mm de mercure) avec une fréquence de 2 à 4 par minute et une durée de 30 à 60 secondes. Cette contractilité myométriale est augmentée au cours de la menstruation chez les femmes dysménorrhéiques (150mm de mercure) avec une fréquence accrue des contractions, associée à une dysrythmie.

La douleur apparaissant autour de 150mm de mercure serait liée à la fréquence des contractions et l'absence de retour au tonus de base corollaire d'une ischémie myométriale.

Les facteurs responsables de cette hypercontractilité sont actuellement probablement une perturbation du rapport entre les différentes prostaglandines locales, elles mêmes réduites par d'autres facteurs (cervicaux, endocriniens, psychiques ?) [4].

#### ✓ *Flux sanguin utérin :*

Akerlund, outre l'étude de la contractilité utérine, a étudié concomitamment le flux menstruel et la pression intra-utérine [4].

Chez les femmes dysménorrhéiques, durant chaque contraction il apparaît une diminution du flux menstruel simultanée à une crise douloureuse à type de colique utérine.

Quand le flux sanguin était assez élevé, les douleurs étaient modérées ; à l'inverse lorsqu'il était bas, les patientes avaient une douleur intense. Quand Akerlund injectait par voie intraveineuse 250g de terbutaline (Bêta – 2 mimétique), l'utérus était totalement relâché avec une augmentation du flux sanguin, et une disparition complète de la douleur.

#### ✓ *Mécanismes nerveux :*

Ils permettent d'expliquer la régression, voire la disparition, des douleurs menstruelles après une grossesse menée à terme. En revanche, il ne s'agit pas du simple fait de l'état de grossesse puisque la dysménorrhée ne disparaît pas après une fausse couche ou une interruption volontaire de grossesse du premier trimestre. Cela fait penser que l'innervation utérine est totalement remaniée et altérée par la grossesse [30].

C'est à partir de cette hypothèse que certains auteurs ont proposé de réaliser une dénervation de l'utérus par neurectomie présacrée par laparotomie autrefois et plus récemment par coelioscopie.

✓ *Rôle des prostaglandines :*

Au moment des menstruations, les prostaglandines sont produites à partir des acides gras essentiels relargués par des membranes cellulaires des cellules endométriales. A partir de la mise en évidence de l'existence d'une augmentation de concentration de prostaglandines dans l'endomètre des femmes dysménorrhéiques, il semblait fort probable que celles-ci intervenaient dans la dysménorrhée autant qu'elles entraînaient une hypercontractilité en cours de grossesse lorsqu'elles sont utilisées pour interrompre une grossesse ; d'une part, les perfusions de P.D.E2 ou F2 alpha chez des femmes non enceintes reproduisent des contractions utérines et des douleurs des femmes dysménorrhéiques [19,23].

Au niveau sanguin, le métabolite de la P.G F2, le 15-céto 13-14 dihydro P.G F2, est plus élevé chez les femmes dysménorrhéiques que dans une population témoin de femmes n'ayant pas de troubles de règles [21].

Il semble bien que l'augmentation du taux de production locale voire générale des prostaglandines soit responsable de la douleur plus qu'une sensibilité myométriale aux prostaglandines [21].

Les métabolites de l'acide arachidonique (les endopéroxydes) ont également une action antalgique puissante. Au moment des règles chez les femmes dysménorrhéiques, il existe une transformation incomplète en prostaglandine avec accroissement du taux d'endopéroxydes locaux. Il faut signaler aussi que les P.GF2 et les P.G E2 ont un pouvoir de sensibilisation des fibres nerveuses (en augmentant les médiateurs comme l'histamine et la bradykinine) à des stimuli mécaniques ou chimiques. Au moment de la menstruation, la sensibilité de la plaie muqueuse est ainsi accrue.

## **1-Anatomie et physiologie de l'appareil génital féminin :**

L'appareil génital féminin comprend de bas en haut :

- la vulve
- le vagin
- l'utérus
- les trompes de Fallope
- les ovaires

Chacun des éléments a son anatomie propre.

### **1-1- Anatomie de l'utérus non gravide :**

#### **1-1-1 Anatomie macroscopique :**

L'utérus, organe impair musculaire creux est destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser quand il est arrivé à maturité.

Il est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. L'utérus est recouvert par les anses intestinales et est en majeure partie au dessus du vagin dans lequel il fait saillie.

Il est de consistance ferme, élastique avec un poids variable :

- ✓ Nullipare : 50g
- ✓ Multipare : grossesse à terme 1000g  
Hors de la grossesse 70g.

#### **1-1-2 Anatomie fonctionnelle :** statique utérine

Organe de gestation, l'utérus a besoin de liberté pour mener à bien le rôle qui lui est assigné. A l'état de vacuité, il présente une statique normale. Toute position autre que cette position normale peut entraîner des troubles pathologiques. Normalement chez une femme en position debout l'axe du col est perpendiculaire à la face dorsale du vagin. Le corps et le col forment un angle ouvert en avant vers la symphyse pubienne (100 à 120°). Le sommet de cet angle appelé point central est situé au niveau de l'isthme et est placé à peu près au centre du pelvis. Lorsque le point central est situé en avant, en arrière ou

latéralement par rapport à la situation habituelle, on dit qu'il y a antéposition, rétroposition ou latéroposition de l'utérus.

Lorsque le col et le corps basculent simultanément en sens inverse autour d'un axe transversal passant par le point central, on dit qu'il y a antéversion (fond de l'utérus en avant) ou rétroversion (lorsque le fond se porte en arrière).

Habituellement, l'utérus est à la fois antéversé et antéfléchi.

La statique normale de l'utérus est assurée par trois systèmes :

- système de soutènement assuré par le vagin (paroi) doublé par le fascia vaginalis.
- Système de suspension assuré par :
  - \* En arrière les ligaments utérosacrés ;
  - \* En avant les ligaments pubo-vesico-utérins ;
  - \* Latéralement les paramètres et paracervix.
- Système d'orientation assuré par :
  - \* En avant les ligaments ronds ;
  - \* En arrière les ligaments utérosacrés.

## **1-2 Anatomie des trompes utérines :**

### **1-2-1 Considérations générales :**

Les trompes utérines sont deux conduits musculo-membraneux qui prolongent en dehors les cornes utérines. Chaque trompe s'étend vers l'ovaire homolatéral. Les trompes utérines constituent avec les ovaires les annexes de l'utérus.

### **1-2-2 Caractères morphologiques :**

La trompe utérine fût comparée à une trompe par FALLOPE d'où son nom.

- ✓ **Situation** : la trompe utérine est située dans le pli supérieur du ligament large classiquement entre l'ovaire en arrière et le ligament rond en avant.
- ✓ **Direction** : chez la femme en position debout, les trompes présentent d'abord une direction transversale jusqu'à l'extrémité utérine de l'ovaire puis elles se

redressent montant verticalement contre le bord mésodermique de l'ovaire. Enfin elles retombent le long du bord libre de l'ovaire.

- ✓ **Longueur** : en moyenne de 10 à 12 cm, elle est plus courte chez la nullipare que chez la multipare.

### **1-3- Anatomie fonctionnelles :**

La trompe a une double fonction :

- La captation de l'ovule : au moment de la ponte ovulaire les franges tubaires deviennent érectiles et ensèrent l'ovaire ;
- Le transit de l'ovule, du spermatozoïde ou de l'œuf : l'ovule est entraîné par un courant liquidien créé par l'absorption du liquide péritonéal par les franges du pavillon, ce courant est entretenu par les cils vibratiles des cellules de l'épithélium tubaire et par les mouvements péristaltiques de la trompe.

### **1-4- Anatomie de l'ovaire :**

#### **1-4-1- Anatomie macroscopique :**

##### **1-4-1-1 Considérations générales :**

Les ovaires constituent les glandes génitales femelles, ils sont situés de part et d'autre de l'utérus. C'est un organe double qui a pour fonction la production des ovules et la sécrétion hormonale. Ils constituent avec les trompes les annexes de l'utérus.

##### **1-4-1-2-Caractères morphologiques :**

- ✓ **La forme** : le plus souvent l'ovaire a une forme ovoïde aplatie légèrement.
- ✓ **Poids et dimensions** : l'ovaire pèse chez l'enfant environ 2 à 3g ; chez l'adulte en période d'activité génitale 6 à 8g ; après la ménopause 1 à 2g. Chez l'adulte il mesure environ 1 cm d'épaisseur, 2 cm de largeur et 4 cm de

longueur. Son volume est très variable selon les conditions physiologiques. Ainsi pendant le cycle menstruel, l'ovaire responsable de la ponte ovulaire double ou triple parfois de volume quand l'ovule arrive à maturité. Les ovaires de multipare sont plus gros que ceux de nullipare.

✓ **Consistance** : ferme chez la femme en activité génitale et cette fermeté augmente avec l'âge.

✓ **Couleur** : l'ovaire est blanc rosé et parfois légèrement vineux.

#### 1-4-2 Anatomie microscopique :

Un couple parallèle aux deux faces de l'ovaire laisse apparaître deux zones :

- une zone périphérique : **la corticale** ;
- une zone centrale : **la médullaire**.

Par ailleurs la surface de l'ovaire est recouverte par un épithélium qui est l'épithélium ovarique.

✓ **L'épithélium ovarique** : depuis Waldeyer on sait que le péritoine ne recouvre pas l'ovaire, celui-ci est enveloppé d'une membrane qui se continue avec le péritoine au niveau du hile. Cet épithélium polymorphe dans son aspect est formé d'une seule couche de cellules petites et cubiques. Sous l'épithélium, le stroma ovarique sous-jacent forme une lame conjonctive qui est l'albuginée.

✓ **La corticale** : blanche et ferme, elle est constituée d'un stroma dans lequel on rencontre en ordre dispersé de multiples organites qui sont les follicules de Régnier De Graaf et les structures qui en dérivent (l'appareil progestatif).

✓ **Les follicules** : c'est le tissu noble de l'ovaire ; ils ont été découverts par Régnier De Graaf en 1672. ces follicules ne sont pas au même stade évolutif :

- les uns sont jeunes, ce sont les follicules primordiaux ;

- les autres sont soit en voie de maturation (follicules involutifs).

- les follicules primordiaux sont au nombre de 400.000 à la



naissance mais ils ne sont plus que 300 à 400 à la puberté.

Ce sont ceux-là qui vont subir le cycle complet de la maturation.

✓ **L'appareil progestatif** : après l'ovulation, le follicule déhiscent donne naissance au corps jaune. Cet organite de couleur gris rosé est nommé corps jaune progestatif en dehors de la grossesse et corps jaune gestatif pendant la grossesse.

- *Le stroma* : presque uniquement formé d'éléments cellulaires fusiformes.
- *La médullaire* : molle, rouge, spongieuse, très vascularisée, elle a une importance physiologique moins grande que la corticale. Au milieu des fibres élastiques, conjonctives et musculaires lisses on trouve quelques reliquats cellulaires, des vaisseaux et des filets nerveux.

## **1-5- Anatomie du vagin :**

### **1-5-1 Considérations générales :**

Le vagin est un conduit musculo-membraneux qui va de l'utérus à la vulve. C'est un récepteur hormonal particulièrement sensible aux excitations oestrogéniques qui assurent sa trophicité.

### **1-5-2 Anatomie macroscopique :**

✓ **Situation** : organe impair, médian, le vagin est situé en partie dans l'excavation pelvienne et en partie dans l'épaisseur du périnée. Il est compris entre la vessie et l'urètre en avant et le rectum en arrière. Il se fixe en haut sur le col qui fait saillie dans sa cavité.

En bas la frontière entre le vagin et la vulve est marquée par l'hymen.

- ✓ **Direction :** en station debout, l'axe général du vagin est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur et croise en arrière la troisième ou quatrième vertèbre sacrée. Il forme avec l'horizontal un angle ouvert en arrière de 65° environ, forme avec celui du col un angle ouvert en avant de 90° à 110° qui varie avec la déplétion de la vessie et du rectum. Au repos, le vagin décrit dans son ensemble une légère courbe concave en arrière. En décubitus dorsal le vagin fait avec l'horizontal un angle de 30° environ. L'axe du vagin se dirige obligatoirement en direction de S<sub>2</sub>.
- ✓ **Forme :** à l'état de vacuité, le vagin est dans sa plus grande longueur aplati d'avant en arrière. Les parois antérieures et postérieures sont accolées l'une contre l'autre. Son extrémité supérieure se moule sur le col utérin.

La longueur moyenne du vagin est de 8 cm avec des extrémités allant de 4 à 14 cm. La paroi antérieure est plus courte (4 cm) que la paroi postérieure (9 cm).

Le calibre du vagin est irrégulier. Très étroit à son extrémité vulvaire, il s'élargit ensuite graduellement en allant de bas en haut et atteint au voisinage de l'utérus ses plus grandes dimensions, ses parois sont extensibles et très élastiques mais cette extensibilité diminue après la ménopause.

### **1-5-3 Anatomie fonctionnelle :**

- ✓ Le vagin joue un rôle dans la statique pelvienne. En effet il constitue le hamac de soutien du complexe vésico-urétral.
- ✓ Le vagin est un organe de sécrétion et d'absorption. Sa lubrification provient :
  - des transsudats provenant de la congestion des plexus Veineux et lymphatiques de la paroi vaginale ;
  - du mucus des glandes cervicales ;
  - des sécrétions de l'endomètre ;

- accessoirement du mucus des glandes vestibulaires majeures.

Le pH des sécrétions vaginales relève de la fermentation par les bactéries saprophytes du glycogène de l'épithélium vaginal.

Ce pH (5,5) joue un rôle important dans l'ascension des spermatozoïdes dans l'utérus.

- ✓ Le vagin joue un rôle d'absorption du plasma séminal, des produits médicamenteux et des toxines bactériennes.
- ✓ Le vagin joue également un rôle important dans la copulation.
- ✓ Il est fortement sollicité lors de l'expulsion du fœtus au moment de l'accouchement.

## **2- Rappels sur la puberté**

### **2-1. Définition :**

La puberté représente l'ensemble des modifications sexuelles, morphologiques, biologiques et psychologiques qui président à la transformation de l'enfant en adulte.

Selon Brauner et coll., la puberté normale peut être considérée comme la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte.

Elle est caractérisée par des transformations somatiques, psychologiques, affectives et plus particulièrement hormonales conduisant à la faculté de procréer. D'après ces définitions, il est inexact de donner un âge précis puisque la puberté est un phénomène progressif, lent, étendu sur trois à quatre ans, avec souvent une dissociation de la puberté sexuelle et des phénomènes morphologiques. Cependant, on considère que la puberté se produit vers 13 ans, de 11 à 13 ans en moyenne. Les limites extrêmes de 10 à 17 ans, sont fonctions de :

- facteurs raciaux : la puberté non morphologique de 5 ans et de 6 ans

Est rapportée aux Indes, en Afrique, parfois avec des grossesses ;

- facteurs familiaux : intérêt de faire préciser l'âge de la puberté de la mère, des sœurs.

Sous nos climats on considère que :

- avant 8 ans, on peut parler de puberté précoce, et il faudra rechercher la cause, en particulier organique.

- Après 18 ans, il s'agit de puberté tardive, et il faudra rechercher une anomalie de l'axe hypophysio-gonadique expliquant ce retard pubertaire.

## **2-2. Description des phénomènes :**

### **✓ Modifications sexuelles et apparition des caractères sexuels secondaires :**

En 1972 Tanner a décrit avec précision dans les deux sexes le déroulement de la puberté, il en a tiré une cotation appliquée à certains caractères sexuels secondaires et qui est couramment utilisée. Pour lui la puberté commence plus tôt chez les filles que chez les garçons avec un retard d'un an environ pour ces derniers. Aussi, il a illustré donc cette description en donnant les différents stades de développement chez la fille et chez le garçon d'où la reconnaissance de la classification de Tanner.

#### **• Seins :**

L'apparition du bourgeon mammaire est le meilleur repère du début de la puberté chez la fille, précédée par la pilosité et/ou le développement des grandes lèvres. Les seins apparaissent vers 11 ans. Leur développement passe par 5 stades. Bien que petits, leur morphologie est complète 6 à 12 mois avant les premières règles. Parfois une certaine asymétrie au niveau du sein se dessine, mais secondairement tout se normalise.

#### **• La pilosité génitale ou pubienne :**

Elle passe par 5 stades (voir tableau).

- **La pilosité axillaire :**

D'abondance variable, en retard sur la pilosité pubienne, elle est observée 12 à 18 mois après la pilosité pubienne aux stades S3 et S4 du développement mammaire.

- **Le développement des organes génitaux externes :**

Les grandes lèvres se développent. Il en est de même des petites lèvres dont la face externe se pigmente.

- **Le développement des organes génitaux internes :**

Un développement similaire se produit au niveau des organes génitaux internes :

- *le vagin* s'étoffe, s'humidifie, les couches cellulaires vaginales se développent. Sur les frottis vaginaux apparaissent des cellules superficielles acidophiles, témoin de l'activité oestrogénique des ovaires ; d'alcalin, le pH vaginal devient acide, ceci étant lié au développement des bacilles de Döderlein, responsable de la lyse glyco-génique.

- *L'utérus* longtemps difficile à percevoir comme un renflement médian au toucher rectal, s'étoffe, grossit, s'enrichit en fibres musculaires.

Il perd progressivement son aspect infantile où les longueurs du col et du corps sont identiques.

- *Les ovaires*, difficiles à percevoir cliniquement, contiennent les follicules primordiaux qui se développent lentement. Leur sécrétion œstrogénique est responsable du bon épanouissement des organes génitaux externes et internes.

**Tableau 1** : stades de développement mammaire (S) et de la pilosité pubienne (P) chez la fille selon la classification de Tanner.

Stade de développement mammaire (S)	Stade de développement de la pilosité pubienne (P)
Stade S1 : Pré adolescence Saillie simple du mamelon.	Stade P1 : -duvet pubien semblable à celui de l'abdomen ; -Absence de pilosité pubienne.
Stade S2 : Apparition du bourgeon mammaire, soulèvement du sein et de l'aréole. Le diamètre de celui-ci augmente.	Stade P2 : Apparition de quelques poils épais, longs, un peu pigmentés, droits ou peines bouclés, surtout sur les grandes lèvres.
Stade S3 : L'élargissement de la saillie du sein et de l'aréole s'accroît mais leurs contours ne sont pas distincts.	Stade P3 : Poils plus denses, plus épais, bouclés s'étendant peu au-dessus de la symphyse pubienne.
Stade S4 : Projection en avant de l'aréole et du mamelon qui forme une saillie en avant distincte de celle du sein.	Stade P4 : Aspect ressemblant à la pilosité adulte mais moins étendu sans extension à la cuisse.
Stade S5 : Maturité Seul le mamelon fait saillie, l'aréole se confond avec le contour général du sein.	Stade P5 : - aspect adulte à topographie horizontale, - extension à la partie interne des cuisses.
	Stade P6 : Extension encore plus marquée latéralement et en haut vers l'ombilic.

- **Les premières règles :**

Les premières règles apparaissent avant la complète maturation des organes génitaux internes. L'apparition des règles est inopinée le plus souvent, parfois précédée de petites modifications : pesanteur pelvienne, tension mammaire ou abdominale. Ces signes peuvent exister de façon cyclique dans les mois qui précèdent la première menstruation. Au début les règles sont rarement régulières et le plus souvent anovulatoires comme le témoignera la courbe thermique.

- ✓ **Phénomènes morphologiques :**

Plusieurs auteurs s'y sont intéressés :

- **Pour certains :**

Les phénomènes morphologiques portent sur la croissance : poids, taille et stature, autant de renseignements bien appréciés par le morphogramme.

- La croissance staturale est rapide en période pré pubertaire ; surtout au Dépend des membres inférieurs, et le rapport du segment inférieur du corps sur le segment supérieur ne redevient voisin de un que progressivement, par croissance secondaire du thorax. Le diamètre bi-acromial et bi-trochantérien sont identiques dans les deux sexes avant la puberté.

- En période pré pubertaire, ces diamètres augmentent mais inégalement.

Le rapport du diamètre bi acromial sur le diamètre bi-crête va marquer l'orientation pubertaire sexuelle. Ce rapport chute chez les filles, par le développement du bassin, qui est rapide vers 8 ans et à 12 ans, et se poursuit au delà de 16 ans.

- **Pour d'autres :**

Tels M.P. Roy et coll. La croissance staturale chez la fille subit en période pré pubertaire des variations :

- Ralentissement pré pubertaire physiologique, inconstant, qui précède toujours l'apparition des caractères sexuels secondaires ; il est dispersé dans le temps, entre les âges de 7 ans et ½ et de 11 ans, avec une moyenne située entre 9 et 10 ans et dont le rythme moyen est de 4,7cm par an. Pratiquement, le pic de croissance est par contre constant, également très variable dans le temps puisqu'on peut l'identifier entre les âges extrêmes de 10 et 15 ans, en moyenne entre 12 ans et 12 ans et ½, c'est à dire au milieu de la puberté ; ce pic atteint une hauteur moyenne de 8,4cm par an, avec des extrêmes de 6,3 à 12cm.

- Après l'apparition des premières règles la croissance ralentit beaucoup. Elle ne sera en moyenne que de 8 à 9cm jusqu'à l'obtention de la taille définitive, ce gain de taille étant pratiquement acquis dans les deux ans qui suivent l'apparition de la première menstruation

Il a en outre été démontré que l'accélération de la croissance pubertaire était surtout due à l'allongement du rachis. Ce qui s'explique ainsi l'apparition ou l'aggravation de certaines scolioses chez les adolescentes.

- Etude de l'âge osseux :  
C'est la meilleure indication de l'appréciation de la croissance staturale, elle permet de prévoir dans une certaine mesure l'apparition de la puberté. En pratique, grâce à une radiographie du poignet et de la main gauche, on peut définir l'âge osseux en la comparant à la représentation photographique qui s'en approche le plus dans l'atlas de Grenlich et Pyle. C'est la méthode actuellement la plus utilisée, mais elle demande un observateur entraîné. La répétition des clichés tous les 6 mois permet de comparer l'évolution de la maturation osseuse à celle de la taille. En effet, les premiers signes de la puberté coïncident généralement avec l'apparition de l'os sésamoïde à 11 ans chez la fille. Cependant, il n'y a pas une concordance absolue et la puberté peut se manifester lorsque l'âge osseux varie de 9 à 12 ans dans le sexe féminin et de 11 à 14 ans dans le sexe masculin.



Ainsi devra-t-on rechercher, la cause d'un retard pubertaire si aucun caractère sexuel secondaire n'est apparu pour les maturations osseuses les plus avancées.

- Croissance pondérale :

De plus la répartition des tissus et des graisses est plus nette sur la partie inférieure du corps et dans l'ensemble le corps prend progressivement le type féminin.

✓ **Modifications psychologiques ou Maturation psycho-sexuelle :**

A la puberté, il y a de profondes modifications de la personnalité affective et intellectuelle, et une adaptation à de nouveaux problèmes, en particulier sexuels.

Le comportement souvent difficile, agressif, hypersensible de cet âge est le témoin de la prise de conscience de l'adolescent en face du monde des adultes dans lequel il va plus ou moins rapidement s'intégrer.

Cette période est celle de questionnement de l'adolescent, qui du jour au lendemain, constate que son corps subit des transformations, ce qui lui cause généralement des problèmes psychologiques et psychopathologiques, pouvant conduire à consulter des gynécologues et d'autres spécialistes.

En effet, les jeunes adolescentes sont préoccupées par des modifications de leurs corps au cours de la puberté. Il s'agit de l'apparition des seins et de l'apparition des règles. Plus tard, dans les dernières parties de l'adolescence après 16 ans, les jeunes filles doivent aborder les difficultés d'adaptation aux responsabilités de la vie des adultes et leur adolescence peut être prolongée, voire « interminable », tant sur le plan social que psychologique [29].

- **La première période de l'adolescence :**

C'est la phase critique qui peut porter sur l'identité ; où à la puberté il y'a remise en cause des processus d'identification par l'adolescente :

- après le silence conflictuel (première poussée sexuelle) qui marque l'intensité du refoulement de la période pré-puberale (dite phase de latente) ;

- la deuxième poussée sexuelle réintroduit les désirs avec la culpabilité

et la honte qu'ils déterminent : ces désirs sont d'autant plus violents que les désirs sexuels sont maintenant réalisables. Ainsi cette deuxième poussée sexuelle oedipienne conduit à l'affrontement avec les parents, d'où les difficultés des processus identificatoires et les régressions qui s'y manifestent.

L'identité sexuée peut être mise en cause, en particulier par l'homosexualité psychique (ou réalisée) qui détermine le dégoût du sexe masculin. D'où l'existence de positions bisexuelles et la mise en œuvre d'une sexualité purement opératoire, pour des raisons narcissique et/ou sociale.

En somme, nous sommes en face de deux positions contradictoires :

- l'adolescente est honteuse de ses formes féminines, elle dissimule ses seins, et cache ses proéminences. Elle fuit son père, elle peut avoir des flammes homosexuelles [29]. Elle est aussi inquiète de l'image intérieure qu'elle a de son corps.

- en même temps qu'elle fuit les réalisations sexuelles, désormais possibles et licites ou qu'elle précipite, elle est encore émue par ses vœux oedipiens, qui la rapprochent affectivement de ses deux parents. Cette contradiction affecte la forme d'un déni de réalité et de ce fait caractérise ce qu'on peut appeler la position psychotique de l'adolescente.

L'auffer. M et E. décrivent cette période comme une rupture qui ne saurait être résolue que par la mise en cause du « fantasme masturbatoire central » qu'on peut définir comme la version pragmatique des fantasmes et des fantaisies de l'enfance qui jouent un rôle anachronique à cette période.

- **La deuxième période de l'adolescence :**

Elle est celle de l'éclosion des troubles mentaux graves qui prennent dès cette période une allure chronique. Sa prolongation est un phénomène d'ordre culturel. Par exemple, dans les cultures occidentales contemporaines, la dysharmonie culturelle est favorisée par diverses causes :

- précocité de l'évolution pubérale ;
- prolongation de la dépendance liée à la scolarité et à la formation universitaire et professionnelle ;
- Exacerbation des désirs qui deviennent des besoins dans une civilisation qui vise à l'accroissement de la consommation ;
- Facilité d'accès à la vie sexuelle.

Tous ces facteurs sont l'objet d'attitudes stéréotypées qui viennent de la « classe » des adolescentes aussi bien que celle des adultes. Il faut encore ajouter que les parents refusent de prendre leur place dans l'inévitable conflit des générations, qu'ils limitent leurs enfants devenus adolescents et qu'ils facilitent leurs écarts de comportement pour se contre-identifier à des plaisirs qui leur étaient interdits au moment de leur adolescence.

La nostalgie de l'adolescente, ses identifications « héroïques », sa dépression d'infériorité, témoignent de sa fragilité narcissique et de processus d'idéalisation qui la soumettent à la rigueur des exigences de celle-ci.

Il n'est cependant pas possible d'opposer radicalement les facteurs sociaux et les aspects psychopathologiques des conflits de cette période.

Les difficultés psychologiques peuvent se trouver aplanies ou, plus souvent, aggravées par de nouveaux modes de l'adolescence en particulier par :

- L'importance du taux des divorces ;
- Non seulement les pratiques sexuelles sont précoces, mais la cohabitation juvénile est devenue d'une extrême fréquence. L'amour sincère et partagé peut transformer des jeunes hostiles et déréglés. Mais le partage de la vie commune (comme dans la plupart des familles africaines) peut être une entreprise irréalisable et très décevante ;
- Enfin le changement des rapports entre les filles et leurs compagnons, les soucis d'égalité (...) n'est pas toujours des facteurs d'épanouissement.

### **III-Etiologie des dysménorrhées :**

#### **1. Dysménorrhées essentielles :**

La dysménorrhée (ou algoménorrhée) primaire ou essentielle est un syndrome douloureux, paroxystique qui précède de quelques heures ou accompagne les règles. C'est un motif fréquent de consultation en gynécologie [16, 28, 32] de l'adolescente, et constitue la principale cause d'absentéisme de la jeune fille dans l'enseignement secondaire et supérieur (les répercussions sociales ou socioprofessionnelles ne sont donc pas négligeables [6,37]).

#### **1-1-Données cliniques :**

La douleur est variable dans son intensité : de la simple gêne douloureuse à la sensation d'étau, de contractions fonctionnelles qui l'accompagnent confèrent parfois à la dysménorrhée un caractère invalidant.

La douleur est habituellement pelvienne irradiant aux lombes, aux régions crurales ou inguinales. Comme tout phénomène subjectif, il s'agit d'une situation difficile à analyser.

Les signes accompagnateurs sont :

- lombalgies,
- vomissements, nausées,
- diarrhées, trouble du transit,
- asthénie,
- vertiges,
- myalgies,
- lipothymie,
- irritabilité.

#### **1-2-Données biologiques :**

De nombreux facteurs biologiques ont été incriminés depuis quelques années : l'action de l'ocytocine est discutée, la vasopressine est un puissant stimulant de l'utérus, surtout au moment de l'ovulation. Par ailleurs, elle a une action vasoconstrictrice directe sur les vaisseaux utérins, ce qui aggrave l'ischémie. La dysménorrhée n'apparaît que lors de cycles ovulatoire, ou au moins de cycle avec constitution d'une muqueuse de type sécrétoire (pas de douleur sous pilule combinée, douleurs sous pilule séquentielle).

## **Prostaglandine et dysménorrhée**

La progestérone est donc indispensable à la dysménorrhée ; elle agirait en augmentant la synthèse des prostaglandines et leur liaison avec les cellules du myomètre.

Les travaux récents ont centré l'origine de la dysménorrhée au niveau de l'utérus lui-même : le rôle d'un tonus utérin élevé a été souligné. L'hyper contractilité utérine (pression supérieure à 150mm hg) entraîne une dysménorrhée. En fait, l'existence d'un facteur responsable de l'augmentation de l'activité du myomètre (accélération du tonus, de la fréquence, de l'amplitude) a longtemps été évoqué : la mise en évidence, dans le flux mensuel, de concentrations de prostaglandines élevées chez les femmes dysménorrhéiques [9] apporte un élément de réponse satisfaisant à l'hypothèse d'un médiateur chimique [18]. Le rôle de la prostaglandine de la série F (P.G.F<sup>2a</sup>), qui stimule le tonus du myomètre, a été clairement démontré. L'endomètre d'importantes quantités de P.G F<sup>2</sup> alpha. Chez les femmes dysménorrhéiques, la concentration en PGF<sup>2</sup> alpha du sang menstruel, du produit de lavage utérin, est anormalement élevé.

Dans le sang circulant, le 13-14 dihydro-15- céto P.G F<sup>2a</sup> (P.G F<sup>2aM</sup>) est le métabolite principal et un reflet fidèle du taux de synthèse P.G F<sup>2a</sup> utérin. Lundstrom et Geen observent chez 9 femmes dysménorrhéiques, des taux de P.G F<sup>2aM</sup> 3 fois plus élevés que chez ceux des femmes euménorrhéiques.

Au total la dysménorrhée de l'adolescente se caractérise par une augmentation de synthèse de P.G F<sup>2a</sup>, confirmée indirectement, par l'efficacité incontestable des « antiprostaglandines » sur la symptomatologie douloureuse. L'origine de cette dysrégulation de la synthèse de prostaglandines utérines reste cependant méconnues.

Ces observations ont permis de compléter la panoplie des traitements, de mieux comprendre le mode d'action des moyens thérapeutiques dont on dispose, d'en préciser les indications dans une certaine mesure.

## **2. Dysménorrhées secondaires :**

### **2.1. L'endométriose :**

#### **2.1.1. Définition :**

L'endométriose est caractérisée par la présence en situation hétérotopique c'est à dire en dehors de la cavité utérine, de tissus possédant les caractères morphologiques de l'endomètre.

L'endométriose génitale peut se voir à l'intérieur du myomètre (adénomyose) ou à l'intérieur du pelvis parsemant le pelvis (endométriose externe).

Il s'agit d'une pathologie assez fréquente (1 à 2% de la population générale).

Il se voit dans les coeliotomies quelque soit la raison.

C'est une maladie dont le diagnostic n'est pas aisé.

Son traitement est long, honoreux, contraignant et souvent décevant.

#### **2.1.2. Epidémiologie :**

*Adénomyose* : touche dans plus de la moitié des cas des patientes en pré ménopause. La plupart sont des multipares mais environs 10% des patientes nullipares.

*Endométriose externe* : fréquence estimée à 2% de la population générale à tous les âges confondus, à 10% entre 30 et 40 ans. On estime à environs 40% chez les femmes explorées pour stérilité. Après la ménopause en règle générale les foyers d'endométriose régressent et disparaissent.

#### **2.1.3. Etiopathogénie :**

*Adénomyose* : l'endomètre pénètre le myomètre par des diverticules restent le plus souvent atteint la couche sous-sereuse. Les diverticules ainsi constitués peuvent souvent s'isoler en formant des îlots de muqueuse utérine en pleine épaisseur du muscle. Les traumatismes que constituent la grossesse, les révisions utérines et les curetages semblent favoriser la formation de tels diverticules.

*Endométriose externe* : plusieurs hypothèses peuvent expliquer les différentes localisations de l'endométriose :

La théorie de la transplantation : des fragments d'endomètre du fait du reflux menstruel par les trompes.

La théorie métaplasique : différents stimuli pourraient entraîner le développement en position métaplasique de tissus de type endométrial à partir de cellules d'origine coelomique. Ces stimuli pourraient être des substances libérées par l'endomètre, des stimuli hormonaux ou infectieux.

La théorie immunitaire : étant donné la fréquence du reflux tubaire pendant les règles est retrouvé chez 90% des femmes, acceptabilité et le développement de la greffe endométrial seraient dus à un déficit immunitaire.

#### **2.1.4. Etude clinique :**

*Circonstances de découverte* : sont multiples et variées

- ❖ douleurs pelviennes (dysménorrhées apparaissant à la fin des règles) ;
- ❖ métrorragies ;
- ❖ dyspareunie ;
- ❖ stérilité secondaire ;
- ❖ découverte fortuite.

Ainsi l'endométriose externe est retrouvée dans 15% des coelioscopies. L'adénomyose est retrouvée sur 15 à 20% des pièces d'hystérectomie.

Il s'agit surtout d'une femme qui autour de la quarantaine qui consulte pour stérilité secondaire avec dysménorrhée tardive et dyspareunie

L'interrogatoire précise les signes fonctionnels.

*L'examen gynécologique* :

**Adénomyose** : utérus augmenté de volume, régulier, dur et fibreux.

**Endométriose externe** : examen clinique normal dans la majorité des cas. L'examen au spéculum permet parfois de découvrir une endométriose cervicale sous forme de petits nodules marron-bleuâtres ou une endométriose du cul de sac vaginal postérieur sous forme de kystes à contenu bleu noirâtre.

Le toucher vaginal et le toucher rectal relèvent parfois une rétroversion utérine fixée, une douleur à la mobilisation. La dyspareunie profonde peut être reproduite par le toucher vaginal.

Les signes sont d'autant plus évocateurs qu'ils sont rythmés par le cycle menstruel et ils s'aggravent progressivement au cours de la période d'activité génitale.

La pauvreté et l'absence de caractères spécifiques de la symptomatologie clinique conduisant à pratiquer des explorations complémentaires.

### **2.1.5. Examens complémentaires :**

*Hystérosalpingographie* : qui permet de faire le diagnostic en montrant des signes directs pathognomoniques.

Au niveau de l'utérus : les diverticules rectilignes et courts terminées en massue.

Au niveau des trompes : les diverticules réalisent sur la trompe proximale une image en boule de gui.

Les signes indirects :

Au niveau de l'utérus : ectasie d'une seule corne utérine. La corne est élargie dans tous ses diamètres, segmentation rigide en lignes brisées des bords et du fond utérin.

*Coelioscopie* : qui permet de voir les lésions d'endométriose (points bleutés sur le péritoine, les ovaires, le tube digestif). Un bilan précis des lésions est alors possible.

### **2.2. Les sténoses organiques du col :**

Elles sont une cause moins fréquente de menstruations douloureuses que l'endométriose. La douleur coïncide avec le début des règles et atteint son maximum vers la fin. C'est une douleur aiguë, à type de colique expulsive proche de la douleur d'une contraction utérine d'accouchement.

Ces sténoses organiques peuvent être congénitales ou acquises

- ❖ **Congénitales** : imperforation du col d'un utérus par ailleurs normal, ou malformations utérovaginales plus complexes ; on peut rapprocher les imperforations hyménales où la dysménorrhée s'accompagne de la constitution d'un hématocolpos, voire d'une hématométrie.



- ❖ **Acquises :** ces sténoses organiques sont dus à des lésions chimiques, thermoélectriques ou au laser lors de la chirurgie du col ; on les observe aussi après amputation du col, curetage maladroit ayant entraîné une synéchie cervico-isthmique et en cas de polype cervical ou de fibromyome localisé dans la région cervico-isthmique.

### **2.3. L'infection génitale chronique :**

Elle est rarement en cause, en dehors des ectropions surinfectés ou les endocervites agissant comme zones réflexogènes.

## **IV Prise en charge de la dysménorrhée :**

### **1. Dysménorrhée primaire :**

- **Moyens :** l'inventaire des moyens thérapeutiques peut se résumer en quatre rubriques, si l'on exclut les traitements homéopathiques, physiothérapeutiques, encore assez répandus.
- **Spasmolytiques :** Ils sont particulièrement actifs sur les douleurs pelviennes. Parmi les principaux spasmolytiques utilisés, on trouve :
  - Butyl hyoscine ;
  - Mébévérine ;
  - Phloroglucinol.
- **Analgésiques :** les dérivés de la glafénine et du paracétamol sont prescrits depuis plusieurs années avec succès dans les dysménorrhées de faible score clinique.
- **Substances hormonales :**
  - Les contraceptifs oraux : leur utilisation dans le traitement de la dysménorrhée est d'une efficacité incontestable, tout en restant une thérapeutique d'exception.
  - Les progestatifs : ils sont prescrits en deuxième partie du cycle, et entraînent une amélioration certaine de la symptomatologie douloureuse, à condition d'être administrés pendant plusieurs cycles [24].

- **Inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines :**

Depuis 1978, la prescription des inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines s'est largement répandue. Ces substances constituent, en effet le traitement spécifique de la dysménorrhée dont l'efficacité varie de 70-90% des cas selon les auteurs [32].

Les inhibiteurs présentent l'inconvénient de ne pas réduire exclusivement la synthèse de P.G F2a, et donc d'exercer leur action sur la synthèse d'autres prostaglandines (d'où la possibilité d'effets secondaires). Ils ont par contre, l'avantage supplémentaire de diminuer l'abondance des règles.

le mécanisme d'action de ces substances relève essentiellement d'une inhibition d'une enzyme clé de la synthèse des prostaglandines, la cyclo-oxygénase.

Il s'agit :

- Aspirine : efficace, mais augmente le flux menstruel,
- Indométacine : 25mg 2fois par jour,
- Ibuprofène : 400mg 2 fois par jour,
- Acide méfaminique : 250mg 4 fois par jour.

- **Indication :**

✓ **Choix :** le choix du ou des moyens thérapeutiques dépend du « contexte clinique »

- Si la dysménorrhée a un score clinique modéré, nous proposons les spasmolytiques, les antalgiques et les oestroprogestatifs mini dosés si désir de contraception.
- Si la dysménorrhée a un score clinique important, et si elle a résisté aux antalgiques mineurs, on trouve l'indication la plus intéressante des inhibiteurs de synthèse des prostaglandines.
- Si la dysménorrhée survient dans un contexte de règles irrégulières, la prescription de progestatifs est efficace.

✓ **Prescription :** au début de leur emploi, on recommandait de prescrire ces traitements avant les règles. Il ne semble pas que les résultats soient meilleurs que ceux observés si le traitement est administré le premier jour des règles.

- ✓ **Contrôle du traitement :** Il doit être clinique (appréciation des variations du score clinique), paraclinique (enregistrement du tonus, de la contractilité utérine) et/ou biologique (évaluation du taux de P.G F<sup>2a M</sup>).

Le traitement étiologique permet d'obtenir une amélioration ou la disparition des manifestations douloureuses.

- *Les sténoses cervicales* et les *synéchies isthmiques* sont accessibles à une dilatation sous anesthésie locale ou générale.
- *Les malformations* doivent être traitées chirurgicalement.
- *L'adénomyose* est d'abord traitée médicalement avec un traitement progressif en continu pendant plusieurs mois.
  
- *L'endométriose externe* est souvent traitée médicalement en utilisant soit les progestatifs en continu, soit du Danatrol à la dose moyenne de trois comprimés par jour pendant plusieurs mois. Dans certains cas, une intervention est nécessaire pour assurer l'exérèse des lésions ou traiter une stérilité tubaire.



## **I- CADRE DE L' ETUDE**

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako

### **1- SITUATION GEOGRAPHIQUE DU SERVICE**

La commune II couvre une superficie de 17km<sup>2</sup> soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est limitée

Au nord par le pied de la colline du point G.

Au sud par le fleuve Niger

A l'est par le marigot de korofina

A l'ouest par la route goudronnée (boulevard du peuple passant par l'institut ophtalmologique tropical d'Afrique :IOTA traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs ).

Elle comporte 12 (douze ) quartiers (bagadadji, bakaribougou, bougouba, bozola, hippodrome ,médianna coura , missira, niarela , quinzanbougou, sans fil, zone industrielle , ngolonina

### **2- LE CENTRE DE SANTE**

Il comporte plusieurs services :

- L'administration ;
- La pharmacie et un laboratoire.
- L'oto rhino laryngologie
- L'ophtalmologie
- Le service de médecine
- Le service de gynécologie obstétrique
- L'odontostomatologie
- La pédiatrie
- Le service de PEV

### **3-LE PERSONNEL : Il comprend**

Un professeur en gynécologie obstétrique, chef de service.

-6 médecins

1 la sage femme maîtresse

-20 étudiants faisant fonction d interne

-26 sages femmes

-4 infirmières obstétriciennes

-20 aides soignantes

-4 chauffeurs

-5 manœuvres

## **II -TYPE D' ETUDE**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique

## **III -PERIODE D' ETUDE**

L'étude prospective s'est étendue du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2007

## **IV- POPULATION D' ETUDE**

Notre étude a porté sur les adolescentes âgées de 10 à 19 ans ayant consulté dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de commune II

## **V -ECHANTILLONNAGE**

### **1- CRITERES D INCLUSION**

Ont été incluses dans notre étude : les adolescentes âgées de 10 à 19 ans ; ayant vu leurs premières règles et venues consulter pour dysménorrhée au centre de santé de référence de la commune II durant la période d'étude.

### **2- CRITERES DE NON INCLUSION**

Ont été exclues dans notre étude ;

Les patientes souffrant de dysménorrhée dont l'âge minimal est inférieur à 10 ans et l'âge maximal supérieur à 19 ans.

Les patientes âgées de 10 à 19 ans ne présentant pas de dysménorrhée et ayant consulté dans le service pour autres motifs.

## **VI- COLLECTE DES DONNEES**

Les données ont été recueillies sur des fiches individuelles d'enquête remplies à partir :

Des registres de consultation gynécologique

Des dossiers de consultation gynécologique

## **VII -ANALYSE ET SAISIE DES DONNEES**

Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS, la saisie sur le logiciel word.

Les tests statistiques utilisés ont été le khi 2 tests de Pearson.

## **VIII- DEFINITIONS OPERATIONNELLES**

### **1-TYPE DE DYSMENORRHEE : ADOLESCENTE**

Ont été considérées comme ;

Dysménorrhées primaires ; les dysménorrhées apparaissant dans l'année qui suit l'apparition des premières règles, sans support organique

Dysménorrhées secondaires : apparues après une période pendant laquelle les règles étaient normales, avec support organique.

Adolescentes, les jeunes filles d'âge compris entre 10 et 19 ans.

### **2- SCORE CLINIQUE**

Pour mieux quantifier le syndrome dysménorrhée, nous avons utilisé un score clinique qui prend en compte chacun des symptômes coté de 0 à 3 , en fonction de son intensité :très important, important ,modère ,nul .

Les symptômes sont les suivants :

Douleurs pelviennes, lombalgies, vomissements, nausées diarrhées, asthénie, irritabilités, vertiges, myalgies, lipothymie, absentéisme.

Ce score clinique a été utilisé dans l' étude de CH SULTAN 26

IL permet de classer la dysménorrhée en :

Dysménorrhée légère : score de 1 à 10

Dysménorrhée modérée : 11 à 20

Dysménorrhée sévère : 21 à 30

### **3- EVALUATION DE L INTENSITE DE LA DOULEUR**

Pour évaluer l'intensité de la douleur chez patientes dysmenorrhéiques nous avons utilisés 2 scores : le score à l échelle verbale simplifiée et le score à l'échelle numérique

### **3-1-L ECHELLE VERBALE SIMPLIFIEE :**

Dans sa présentation la plus usuelle elle est constituée par 4 ou 5 catégories ordonnées de descripteurs. Utilise comme échelle d'auto appréciation, chaque terme est laissé à la compréhension du patient .l échelle peut également être remplie par l'investigateur et utilisée en échelle d' hetero appréciation.

Ici les descripteurs de chaque catégorie est rangée dans un ordre croissant.

A chaque catégorie un nombre numérique peut être affecté et sert au traitement statistique et le score n'a de valeur qu'en référence à l'échelle utilisée.

### **3-2-EXEMPLE D' EVS**

Quel est le niveau de votre douleur ?

- Niveau 1 : pas du tout.
- Niveau 2 : douleur faible
- Niveau 3 : douleur modérée
- Niveau 4 : douleur intense
- Niveau 5 : douleur très intense.

### **3-3-L ECHELLE NUMERIQUE :**

Avec l' échelle numérique ,la patiente donne une note de 0 à 10 .la réponse peut être donnée par écrit mais aussi oralement , ce qui est un avantage dans certaines situations.

Dans notre étude la note 0 est définie pour douleur absente, 10 maximale pour douleur très intense.





*Résultats*

**1- Répartition socio-démographique :****Tableau 1: Répartition des patientes selon l'âge**

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
10-15 ans	120	40
16-19 ans	<b>180</b>	<b>60</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Nous constatons une prédominance de la tranche d'âge 16-19 soit 60%.

**Tableau 2: Répartition des patientes selon la profession.**

Professions	Fréquence	Pourcentage
Aide ménagère	19	6
Commerçante	24	8
Couturière	18	6
Fonctionnaire	23	8
Ménagère	<b>149</b>	<b>50</b>
Sans profession	67	22
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

50 % des patientes étaient des ménagères

**Tableau 3: Répartition des patientes selon l'état matrimonial**

Etat Matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	104	34,7
Mariée	<b>194</b>	<b>64,7</b>
Veuve	2	0,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les adolescentes mariées étaient de 64.7%.

**Tableau 4: Répartition des patientes selon l'ethnie**

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Sonrhäï	20	6,7
Bambara	<b>75</b>	<b>25,0</b>
Bobo	12	4,0
Dogon	22	7,3
Malinké	35	11,7
Mianka	8	2,7
Peulh	54	18,0
Sarakolé	46	15,3
Sénoufo	14	4,7
Autres	14	4,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les bambaras étaient l'ethnie majoritaire avec un taux de **25 %** .

**Tableau 5: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisée	<b>124</b>	<b>41,3</b>
Primaire	24	8,0
Secondaire	107	35,7
Supérieur	45	15,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les adolescentes non scolarisées représentaient **41,3%**.

## 2-Repartition selon les antécédents gynécologiques

**Tableau 6: Répartition en fonction l'âge de la Menarche**

Menarche	Fréquence	Pourcentage
10	3	1,0
11	44	14,7
12	<b>105</b>	<b>35,0</b>
13	74	24,7
14	35	11,7
15	30	10,0
16	5	1,7
17	3	1,0
18	1	0,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Nous constatons que **35 %** des adolescentes étaient réglées à 12 ans

**Tableau 7: Répartition des patientes en fonction des antécédents de leucorrhées**

Leucorrhées	Fréquence	Pourcentage
Absence	64	21,3
Présence	<b>236</b>	<b>78,7</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Dans notre étude **78.7%** des adolescentes avaient des antécédents de leucorrhées

**Tableau 8: Répartition des patientes selon le mode de contraception**

Contraception	Fréquence	Pourcentage
Absence	<b>241</b>	<b>80,3</b>
Contraception injectable	34	11,3
Pilule	24	8,0
Préservatif Masculin	1	0,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Nous remarquons que 80% des adolescentes n'avaient pas d'antécédents de contraception

**Tableau 9: Répartition des patientes en fonction de l'excision**

Excisée	Fréquence	Pourcentage
Excisée	272	90,7
Non excisée	28	9,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

90.7% étaient des patientes excisées

3.

**Tableau 10 : Répartition des patientes en fonction de la notion de dysménorrhée familiale**

Notion de dysménorrhée familiale	Fréquence	Pourcentage
Absence	58	19,3
Mère sœur tante	6	2,0
Mère sœur	30	10,0
Mère tante	1	0,3
Mère	31	10,3
Sœur tante	17	5,7
Sœur	145	48,3
Tante	12	4,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Nous constatons que, 19.3% des patientes sont sans notion de dysménorrhée familiale

#### 4-Repartition selon les antécédents obstétricaux

**Tableau 11: Répartition des patientes en fonction de la gestité**

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Nulligeste 0	180	60,0
Primigeste 1	30	10,0
Pauci geste 2-4	66	22,0
Multi geste 5-6	24	8,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

60% des patientes étaient des nulligestes

**Tableau12 : Répartition des patientes en fonction de la parité**

Parité	Fréquence	Pourcentage
Nullipare 0	192	64,0
Primipare 1	30	10,0
Pauci pare 2-4	67	22,3
Multipare 5-6	11	3,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

64% des patientes étaient des nullipares

Nullipare =0 ; primipare =1 ; pauci pare = 2-4 ; multipare = 5-6.

## 5- Résultats cliniques

**Tableau 13: Répartition des patientes en fonction de la période de la douleur**

Début de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Après les règles	17	5,7
Avant les règles	<b>190</b>	<b>63,3</b>
Avec les règles	93	31,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Dans notre étude, **63,3%** des douleurs commençaient avant les règles.

**Tableau 14 Répartition des patientes en fonction du siège de la douleur**

Siège de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Lombaire et pelvienne	132	44,0
Lombaire	25	8,3
Pelvienne	<b>143</b>	<b>47,7</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Nous constatons, **47,7 %** étaient des douleurs pelviennes



**Tableau 15 a : Répartition des patientes en fonction des signes associés à la douleur :  
Asthénie**

Asthénie	Fréquence	Pourcentage
Absence	40	13,3
Présence	<b>260</b>	<b>86,7</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**86.7 %** des adolescentes avaient de l'asthénie

**Tableau 15 b : Répartition des patientes en fonction de l'irritabilité**

Irritabilité	Fréquence	Pourcentage
Absence	37	12,3
Présence	<b>263</b>	<b>87,7</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Au moment des douleurs **87.7 %** des patientes avaient l'irritabilité.

**Tableau 16 Répartition des patientes en fonction du type de douleur**

Type de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Contraction	99	33,0
Gène douloureuse	52	17,3
Pesanteur	<b>103</b>	<b>34,3</b>
Torsion	46	15,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Dans notre étude **34.3%** des douleurs étaient de type pesanteur.

**Tableau 17: Répartition des patientes en fonction de l'intensité de la douleur**

Intensité de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Modérée	29	9,7
Intense	<b>228</b>	<b>76,0</b>
Très intense	43	14,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Nous constatons **,76 %** des patientes avaient une douleur intense

**Tableau 18: Répartition des patientes en fonction des facteurs antalgiques**

Facteurs antalgiques	Fréquence	Pourcentage
Médicament moderne	<b>233</b>	<b>77,7</b>
Bain chaud	35	11,7
Médicament traditionnel	32	10,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les patientes étaient calmées dans **77.7%** des cas par des médicaments modernes

**Tableau 19: Répartition des patientes en fonction de l'absentéisme**

Absentéisme	Fréquence	Pourcentage
Néant	9	3,0
Important	<b>145</b>	<b>48,3</b>
Modéré	30	10,0
Très important	116	38,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Les patientes avaient un absentéisme important dans **48,3%**.

**Tableau 20 Répartition des patientes en fonction du profil psychologique**

profil psychologique	Fréquence	Pourcentage
N'a que des frères	10	3,3
Choc affectif	<b>210</b>	<b>70,0</b>
Fille unique	12	4,0
Mauvais résultat scolaire	34	11,3
Autres (coépouse ; mari instable).	34	11,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**70% des** adolescentes souffraient des chocs affectifs.

#### **6- Le diagnostic :**

**Tableau :21 Répartition des patientes en fonction des examens complémentaires**

examens complémentaires	Fréquence	Pourcentage
Néant	6	2,0
Echographie	<b>196</b>	<b>65,3</b>
HystéroSalpingographie	1	0,3
Prélèvement vaginal	97	32,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**65.3%** des examens complémentaires étaient l'échographie

**Tableau 22 Répartition des patientes en fonction de la dysménorrhée primaire ou secondaire**

Dysménorrhée primaire ou secondaire	Fréquence	Pourcentage
Dysménorrhée primaire	<b>223</b>	<b>74,3</b>
Dysménorrhée secondaire	77	25,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**74.3 %** des patientes avaient une dysménorrhée primaire.

**Tableau 23: Répartition de la dysménorrhée secondaire en fonction des étiologies**

Etiologies	Fréquence	Pourcentage
Diaphragme	1	0,3
Dystrophie ovarienne, utérus hypoplasique	3	1,0
Endométriose	17	5,7
Fibrome, utérus retroversé	7	2,3
Infection génitale chronique	<b>46</b>	<b>15,3</b>
kyste ovarien	1	0,3
Prolapsus	1	0,3
Synéchie, utérus antéversé.	1	0,3
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>25,7</b>

L'étiologie fréquente était l'infection génitale chronique soit **15,3%**

## 7- Le traitement

**Tableau 24 Répartition des patientes en fonction de la notion de prise de médicament antérieure**

Notion de prise de médicament antérieure	Fréquence	Pourcentage
Non	257	85,7
Oui	<b>43</b>	<b>14,3</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**14.3 %** avaient une notion de prises de médicaments antérieurs

**TABLEAU 25 : Répartition des patientes en fonction du traitement administré**

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Antalgique	<b>100</b>	<b>33,3</b>
AINS	51	17,0
Progestatifs	17	5,7
Oestroprogestatifs mini dosés	25	8,3
Spasmolytiques	55	18,3
Antibiotiques	43	14,3
Dilatation à la bougie	8	2,7
Ablation de diaphragme vaginal	1	0,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**33,3 %** des patientes avaient reçu des antalgiques

AINS- Anti inflammatoire non stéroïdien.

**Tableau :26 Répartitions en fonction du score après traitement**

Score après le traitement	Fréquence	Pourcentage
Passable	41	13,7
Satisfaisant	<b>259</b>	<b>86,3</b>
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

**86.3 %** des patientes étaient satisfaites après traitement

### 8- Résultats analytiques :

**Tableau 27 : Répartition Tranche d'âge en fonction de dysménorrhée primaire ou secondaire**

Tranche d'âge (années)	Dysménorrhée primaire	%	Dysménorrhée secondaire	%	Total	
10-15	111	92,5	9	7,5	120	100,0
16-19	112	62,2	68	37,8	180	100,0
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>74,3</b>	<b>77</b>	<b>25,7</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Chi-2 Tests de Pearson = 34,596

Ddl = 1

P = 0,0000

Cette valeur est statistiquement significative

**Tableau 28 : Répartition de l'âge de la ménarche en fonction Dysménorrhée primaire ou secondaire**

Menarche	Dysménorrhée	%	Dysménorrhée	%	Total	%
	primaire		secondaire			
10	3	1,3	0	0	3	1,0
11	32	14,3	12	15,6	44	14,7
12	<b>80</b>	<b>35,9</b>	<b>25</b>	<b>32,5</b>	105	<b>35,0</b>
13	54	24,2	20	26,0	74	24,7
14	25	11,2	10	13,0	35	11,7
15	23	10,3	7	9,1	30	10,0
16	4	1,8	1	1,3	5	1,7
17	1	0,4	2	2,6	3	1,0
18	1	0,4	0	0,0	1	0,3
<b>Total</b>	<b>223</b>	100,0	<b>77</b>	100,0	300	100,0

Chi-2 Tests de Pearson = 4,670

Ddl = 8

P = 0,792

Il n'existe pas de différence statistiquement significative



**Tableau 29:** Répartition du profil psychologique en fonction de **Dysménorrhée primaire ou secondaire**

profil psychologique	Dysménorrhée primaire	%	Dysménorrhée secondaire	%	Total	%
N'a que des frères	8	3,6	2	2,6	10	3,3
Choc affectif	<b>162</b>	<b>72,6</b>	<b>48</b>	<b>62,3</b>	<b>210</b>	<b>70,0</b>
Fille unique	10	4,5	2	2,6	12	4,0
Mauvais résultat scolaire	26	11,7	8	10,4	34	11,3
Autres (coépouse ; mari instable)	17	7,6	17	22,1	34	11,3
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100,0</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Chi-2 Tests de Pearson = 12,180

Ddl = 4

P = 0,01 : cette valeur est significative.

**Tableau :30 Répartition des professions en fonction de Dysménorrhée primaire ou secondaire**

Professions	Dysménorrhée primaire	%	Dysménorrhée secondaire	%	Total	%
Aide ménagère	18	8,1	1	1,3	19	6,3
Commerçante	17	7,6	7	9,1	24	8,0
Couturière	13	5,8	5	6,5	18	6,0
Fonctionnaire	16	7,2	7	9,1	23	7,7
Ménagère	<b>96</b>	<b>43,0</b>	<b>53</b>	<b>68,8</b>	<b>149</b>	<b>49,7</b>
Sans profession	63	28,3	4	5,2	67	22,3
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100,0</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Chi-2 Tests de Pearson = 25,900

Ddl = 5

P = 0,000      cette valeur est significative

**Tableau :31 Répartition d'état matrimonial en fonction de Dysménorrhée primaire ou secondaire**

Etat Matrimonial	Dysménorrhée primaire ou secondaire					
	Dysménorrhée	%	Dysménorrhée	%	Tota	%
	Primaire		secondaire		1	
Célibataire	94	42,2	10	13,0	104	34,7
Mariée	<b>127</b>	<b>57,0</b>	<b>67</b>	<b>87,0</b>	<b>194</b>	<b>64,7</b>
Veuve	2	0,9	0	0,0	2	0,7
<b>Total</b>	<b>223</b>	100,0	<b>77</b>	100,0	300	100,0

Chi 2 tests de Pearson = 22,73

DI= 2

P= 0,000

Cette valeur est statistiquement significative.

**Tableau :32 Répartition de l'excision en fonction de Dysménorrhée primaire ou secondaire**

EXCISION	Dysménorrhée primaire ou secondaire				Total	
	Dysménorrhée	%	Dysménorrhée	%	Effectifs	%
	primaire		secondaire			
Excisée	<b>204</b>	<b>91,5</b>	<b>68</b>	<b>88,3</b>	<b>272</b>	<b>90,7</b>
Non excisée	19	8,5	9	11,7	28	9,3
<b>Total</b>	<b>223</b>	100,0	<b>77</b>	100,0	300	100,0

Chi- 2 test de Pearson =0,67

DI = 1

P = 0,410

Cette valeur n'est pas significative.

**Tableau :33 Répartition de la gestité en fonction de Dysménorrhée primaire ou secondaire**

GESTITÉ	Dysménorrhée primaire ou secondaire				Total	
	Dysménorrhée primaire	%	Dysménorrhée secondaire	%	Effectifs	%
Nulligeste	<b>156</b>	<b>70,0</b>	<b>24</b>	<b>31,2</b>	<b>180</b>	<b>60,0</b>
Primigeste	24	10,8	6	7,8	30	10,0
Paucigeste	37	16,6	29	37,7	66	22,0
Multigeste	6	2,7	18	23,4	24	8,0
Total	223	100,0	77	100,0	300	100,0

Chi-2 test de Pearson =57,02

DI =3

P = 0.000

Cette valeur est statistiquement significative.

**Tableau :34 Répartition des contraceptions en fonction de Dysménorrhée primaire ou secondaire**

Contraception	Dysménorrhée primaire ou secondaire				Total	
	Dysménorrhée primaire		Dysménorrhée secondaire		Effectifs	
		%		%		%
Absence	<b>186</b>	<b>83,4</b>	<b>55</b>	<b>71,4</b>	<b>241</b>	<b>80,3</b>
Confiance	23	10,3	11	14,3	34	11,3
Pilule	13	5,8	11	14,3	24	8,0
Préservatif masculin	1	0,4	0	0,0	1	0,3
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100,0</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Chi-2 test de Pearson = 7,20

Dl = 3

P= 0,063

Cette valeur n'est pas statistiquement significative.

**Tableau :35 Répartition de l'ethnie en fonction de Dysménorrhée primaire ou secondaire**

ETHNIE	Dysménorrhée primaire ou secondaire				Total	
	Dysménorrhée primaire	%	Dysménorrhée secondaire	%	Effectifs	%
Sonrhäi	18	8,1	2	2,6	20	6,7
Bambara	<b>52</b>	<b>23,3</b>	<b>23</b>	<b>29,9</b>	<b>75</b>	<b>25,0</b>
Bobo	7	3,1	5	6,5	12	4,0
Dogon	19	8,5	3	3,9	22	7,3
Malinké	25	11,2	10	13,0	35	11,7
Mianka	8	3,6	0	0,0	8	2,7
Peulh	40	17,9	14	18,2	54	18,0
Sarakolé	37	16,0	9	11,7	46	15,3
Sénoufo	7	3,1	7	9,1	14	4,7
Autres	10	4,5	4	5,2	14	4,7
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100,0</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Chi-2 test de Pearson = 15,05

Dl = 9

P = 0,089

Cette valeur n'est pas statistiquement significative.

**Tableau :36 Répartition du niveau d'instruction en fonction de Dysménorrhée primaire ou secondaire**

Niveau d'instruction	Dysménorrhée primaire ou secondaire				Total	
	Dysménorrhée primaire		Dysménorrhée secondaire		Effectifs	
		%		%		%
Non scolarisée	77	34.5	47	61.0	124	41.3
Primaire	20	9.0	4	5.2	24	8.0
Sécondaire	89	39.9	18	23.4	107	35.7
Supérieur	37	16.6	8	10.4	45	15.0
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Chi-2 test de Pearson =16.60

Dl = 3

P = 0,001

Cette valeur est statistiquement significative.





## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### A-ETUDE DESCRIPTIVE

#### - FREQUENCE

Durant notre période d'étude 6000 patientes ont consulté, 606 étaient des adolescentes, ce qui représente 9,83% de l'ensemble des patientes.

Parmi ces 606 adolescentes 300 ont consulté pour dysménorrhées, soit une fréquence de 42,85%.

Au Mali, une étude réalisée à Bamako, au centre de santé de référence de la commune V, par Mr K Dembélé[39] portant sur 214 cas faisait apparaître une prévalence de 35,31%. Nos chiffres sont plus élevés que ceux de K Dembélé [39]

La fréquence de la dysménorrhée est variable dans la littérature.

Dans les pays nordiques, citons le travail de WIDHOLM [37] en Norvège : sur 5000 écolières interrogées, 13% d'entre elles ont des règles constamment douloureuses et 38% occasionnellement soit une fréquence globale de 51% de dysménorrhée.

En France, une étude réalisée à Montpellier, portant sur 4203 filles, faisait apparaître une prévalence de 21% de dysménorrhée [32].

L'étude d'ANDERSCH et MILSON [3] portant sur toutes les jeunes filles âgées de 19 ans vivant à Goteborg (suède) trouve que 72,4% ont éprouvé une dysménorrhée permanente ou occasionnelle.

Aux Etats-Unis KEIN et LITT [20] par l'intermédiaire du National Health Examination cycle III ont enquêté auprès de 2699 filles réglées à Philadelphie, représentant un échantillon de 22 millions d'adolescente âgée de 12-17 ans, 59% d'entre elles éprouvaient un inconfort ou des douleurs pendant les règles.

## **ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ADOLESCENTES DYSMENORRHEIQUES :**

### **1. AGE :**

La plus jeune avait 10ans et la plus âgée avait 19 ans. Nous avons observé une augmentation d'âge ; avec l'âge moyenne de 16ans. Le plus fort taux de dysménorrhée a été retrouvé dans la tranche d'âge 16-19 ans.

Ce résultat est comparable à celui de K Dembélé [39] qui avait le fort taux dans la tranche d'âge de 17-19 ans.

Selon KLEIN J.R [20], la fréquence de dysménorrhée augmente avec l'âge (39% à 12 ans, 72% à 17ans), s'accroît, quel que soit l'âge de vie gynécologique.

### **2. PROFESSION :**

La majorité des patientes étaient des ménagères 50%.

Ce résultat s'explique par le fait que beaucoup de nos patientes n'étaient pas des fonctionnaires.

Par contre K Dembélé [39] trouve en majorité des élèves et étudiantes soit un taux de 67,8%.

KLEIN J.R ET LITT I.F [20] ont rapporté que 37% des adolescents de l'école high school américaines présentaient une dysménorrhée.

BERGSJOT [6] note 23 % des dysménorrhées dans une population d'ouvrière.

### **3. ETAT MATRIMONIAL :**

Au cours de notre étude :

34,7% des patientes étaient célibataires.

64,7% des patientes étaient mariées.

Ce résultat s'explique par le fait du mariage précoce.

Nos taux sont différents de ceux de K Dembélé [39] ou les taux les plus élevés se retrouvaient chez les célibataires soit 25,7%.

#### **4. ETHNIE :**

L'ethnie majoritaire était bambara 25% suivie de peulhs 18%.

Cela s'explique par le fait que, il y a beaucoup de bambara dans la population générale.

Ce résultat se retrouve dans celui de K Dembélé [39] soit 37,4% de bambara, et 20,6% de Peulhs.

#### **5. NIVEAU D'INSTRUCTION :**

41,3% des patientes n'étaient pas scolarisées.

35,7% des patientes avaient un niveau secondaire.

15% des patientes avaient un niveau supérieur.

8% des patientes avaient un niveau primaire.

Un constat se dégage :

La dysménorrhée est fréquente chez les patientes alphabétisées soit 58,7%.

Ce résultat se retrouve dans celui de K Dembélé [39] soit 81,8%

D'autres auteurs ont fait les mêmes remarques WIDHOLM [37] ; BERJOT [6].

### **6. ANTECEDENTS DES PATIENTES DYSMENORRHEIQUES**

#### **6-1 ANTECEDENTS OBSTETRICIAUX :**

##### **GESTITES ET PARITES :**

La majorité des patientes étaient des nulligestes 60% et des nullipares 64%.

Ce résultat est comparable à celui K Dembélé [39] qui avait respectivement trouvé 84,6% et 93%.

Le mécanisme nerveux de dysménorrhée permet d'expliquer ce phénomène ; en effet il y a une régression de la douleur menstruelle après une grossesse menée à terme, cela fait penser que l'innervation utérine est totalement remaniée et altérée par la grossesse. [30].

## **6-2 ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :**

Au cours de notre étude :

2 patientes avaient un antécédent de césarienne

1 patiente avait un antécédent de myomectomie.

La chirurgie pelvienne avec effraction dans la cavité utérine expose aux synéchies utérines responsables de dysménorrhée secondaire

Le même constat a été fait par K. Dembélé au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [39].

## **6-3 ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES :**

### **AGE DE LA MENARCHE :**

L'âge de la menarche à 12 ans se retrouvait chez 35% de nos adolescentes.

K Dembélé, [39] dans son étude 60,8% des adolescentes avaient vu leurs règles après 13 ans.

L'étude d'Andersch [3] fait ressortir que la dysménorrhée est plus sévère si les premières règles surviennent plutôt.

Notre étude n'a pas retrouvé cet état de fait.

## **6-4- ANTECEDENTS INFECTUEUX :**

Au cours de notre étude 78,7% des adolescentes avaient des antécédents infectieux notamment les infections urogénitales basses.

Ce taux est supérieur à celui de K Dembélé, [39] soit 53,2%.

La dysménorrhée peut dans certains cas survenir au décours d'un syndrome infectieux pelvien : salpingite à Chlamydiae, gonocoques, endométrite du post partum ou infection du post abortum. Bien que la cœlioscopie n'objective pas toujours des lésions visibles d'adhérences, la responsabilité du processus infectieux, parfois est à retenir [13].

## **6-5 ANTECEDENTS DE CONTRACEPTIONS :**

Au cours de notre étude seulement 20% avaient un antécédent de contraception. Notre taux est supérieur à celui de K Dembélé [39] soit 7%.

## **6-6 ANTECEDENTS D'EXCISION :**

L'excision est une pratique coutumière dans notre pays. Plus de 91,4 % des adolescentes sont excisées dans notre pays.

Au cours de notre étude 90,7 % des patientes étaient excisées. Ce taux se rapporte du taux de la population générale.

Ce résultat est supérieur à celui de K Dembélé [39] soit un taux de 85,5% des adolescentes ; comparable à celui de l'EDS III soit un taux de 91,4%.

## **6-7 ANTECEDENTS FAMILIAUX DE DYSMENORRHEE :**

80,7% des patientes avaient un antécédent de dysménorrhée familiale.

Ce taux est comparable à celui de K Dembélé [39] soit 80,3%.

CH.SULTAN [32] dans son étude a trouvé 35% d'antécédents familiaux de dysménorrhée.

En effet selon Y BERNARD SALOMON [28] le risque pour une fillette dysménorrhéique est deux fois plus grand lorsque sa mère a été elle-même dysménorrhéique.

## **7- ASPECTS CLINIQUES**

### **7-1. DEBUT :**

La symptomatologie douloureuse a débuté dans 63,3% des cas avant l'écoulement sanguin.

K. Dembélé [39] a trouvé 41,1% dans son étude qui est nettement inférieur au taux de notre étude.

## **7-2 SIEGE :**

Le siège des douleurs était pelvien dans 47,7% dans notre étude  
Ce taux est supérieur à celui de K. Dembélé [39] qui trouve 43,5%.

## **7-3 TYPE DE DOULEURS :**

Nous avons trouvé dans 33% des cas de douleurs sous forme de contracture, les gênes douloureuses dans 17.3% des cas.

Ces taux sont comparables à celui de K. Dembélé [39] qui sont respectivement de 37,8% et 49,6%.

## **7-4 INTENSITE DE LA DOULEUR :**

Nous avons retrouvé dans 76% des cas, une intensité intense, ce taux est nettement supérieur à celui trouvé par K. Dembélé [39] soit 22,4%.

## **7-5. LES SIGNES CLINIQUES ACCOMPAGNANTS LA DOULEUR :**

Au cours de notre étude nous avons analysé la fréquence des différents signes accompagnants les douleurs pelviennes

L'asthénie est ainsi présente chez 86.7% des patientes, l'irritabilité dans 87,7% chez les patientes dysménorrhéiques

Ces résultats sont supérieurs à ceux de K Dembélé [39] soit 69,2% d'asthénie, 56,1% d'irritabilité.

CH SULTAN [32] trouve dans son étude, 70% d'asthénie, 57% d'irritabilité,

## **8- ABSENTEISME :**

La répercussion socio-économique a été évaluée par le taux d'absentéisme.

Dans notre série, nous avons trouvé 48,3% d'absentéisme.

Ce résultat est supérieur à celui de K Dembélé [39] soit 37,4%

CH.SULTAN [32] trouve 35% d'absentéisme lié à la dysménorrhée.

KLEIN J.R ET LITT I.F [20] rapporte un taux de 25% tandis que ANDERSCH et MILSON [3] trouvent 15,4% d'absentéisme.

Il s'agit d'un phénomène de société avec un retentissement socio économique non négligeable puisque la dysménorrhée est responsable de 600 millions d'heures de travail perdues par jour aux Etats Unis, représentant 2 millions de dollars, et de 30 millions d'heures de travail perdues en France [10, 12, 20, 26, 35,37].

## **9- FACTEURS PSYCHOLOGIQUES :**

Un problème d'ordre psychologique a été retrouvé chez les patientes dysménorhéiques au cours de notre étude. Les principaux facteurs psychologiques évoqués ont été :

Le choc affectif 70%

Mauvais résultats scolaires 11,3%

Fille unique 4%

K Dembélé [39] trouve : le choc affectif 12,6%, mauvais résultats scolaires 9,3%, fille unique 3%. Ces taux sont inférieurs à ceux de notre étude.

Les facteurs psychologiques ont été évoqués de tout temps dans la mesure où la douleur va être un élément d'attraction de l'attention des autres personnes sur soi. Le caractère cyclique de la douleur devient alors un rappel menstruel.

## **10- DIAGNOSTIC :**

### **10-1. Examens complémentaires effectués :**

**10-1-1. Echographie :** 65,3 % des patientes ont fait une échographie dans le but d'un diagnostic d'élimination de toute pathologie responsable d'algie pelvienne (fibrome, tumeur ovarienne ; grossesse extra utérine etc.).

**10-1-2 Hystérosapinographie :** permet la mise en évidence de l'adénomyose, de dépister ou explorer une malformation utérine, de préciser le siège d'une synéchie.

En raison de son coût élevé, seules 3% des patientes ont pu effectuer cet examen.

**10-1-3. Le prélèvement vaginal :** utile pour le diagnostic des infections génitales chroniques. Nous avons 32,7% des patientes qui ont effectué cet examen.

## **11- TYPE DE DYSMENORRHEE :**

Pendant notre étude, nous avons recensé 300 cas de dysménorrhée.

Chez 223 patientes soit 74,3% l'anamnèse n'a pas permis d'expliquer la douleur, nous les avons classées parmi les dysménorrhées primaires.

Chez 25,7%, l'examen clinique et le bilan paraclinique ont permis d'objectiver les lésions organiques susceptibles d'expliquer les douleurs menstruelles.

Nous les avons classées parmi les dysménorrhées secondaires.

Dans ce groupe les principales étiologies ont été :

- les infections génitales chroniques : représentant dans 15,3% des cas.
- Les synéchies isthmiques : représentant dans 0,3% des cas.
- Les endométrioses : 5,7% des cas.
- Les fibromes : 2,3% des cas.
- Les dystrophies ovariennes sont dans 0,3% des cas.

Ces résultats permettent de dire que la dysménorrhée chez l'adolescente n'est pas toujours primaire. D'où la nécessité de faire un examen minutieux chez toutes les adolescentes se plaignant de douleur menstruelle secondaire.

Dans la littérature, il est prouvé que la dysménorrhée primaire est l'apanage de la jeune adolescente avant 20 ans et la dysménorrhée secondaire survient plutôt après 20 ans [13].

Nous retrouvons les mêmes chiffres que K Dembélé [39] soit 23,8%.

- A. Audeberg [5] dans une étude rétrospective portant sur 239 adolescentes ayant bénéficié d'une cœlioscopie a trouvé une prévalence d'endométriose de 16,7%.
- A. Önvural, M. Cognat, O. Karabacak, C. Posaci [25] Observent 28% d'annexites chroniques et 8% d'endométriose chez 25 adolescentes ayant subi une cœlioscopie pour douleur pelvienne.



## **12. TRAITEMENT :**

### **A. Notion de traitement antérieur :**

Un antécédent de prise médicamenteuse a été observé chez 14,3% des patientes.

Ce résultat est inférieur à celui de K Dembélé [39] soit 45,3%.

D'ailleurs l'automédication dans les dysménorrhées donne le plus souvent un résultat décevant puisque seulement une femme sur cinq voit ses troubles s'améliorer [13].

## **13. TRAITEMENT ADMINISTRE :**

Notre protocole thérapeutique a été le suivant :

Dans la dysménorrhée primaire :

- 33,3 % des patientes ont été traitées par analgésique mineure ;
- 17% des patientes ont été mises sous anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
- 5,7% des de nos patientes ont été traitées par des progestatifs ; dont 4 indications pour régulariser le cycle menstruel;
- 8,33% des patientes ont reçu des oestroprogestatifs minidosés ;
- 18,33% des patientes ont bénéficié d'un traitement par spasmolytiques concernant la dysménorrhée secondaire ;
- 14,33% des patientes ont reçu des antibiotiques, ceci dans le cadre des infections génitales chroniques.
- La dilatation à la bougie du col utérin a été pratiquée chez 8 patientes comme traitement de la synéchie utérine ; mise en place d'un dispositif intra utérin pendant 3 mois, et de la sténose cervicale soit 2,7%.
- Une cure chirurgicale de diaphragme vaginal a été effectuée soit 0,30%.

Notre attitude thérapeutique a été fonction du score clinique en ce qui concerne les dysménorrhées primaires.

- En cas de dysménorrhée légère (score de 1 à 10) et dysménorrhée modérée (score de 11 à 20), nous avons prescrit les spasmolytiques (phloroglucinol, mébévérine), les antalgiques (paracetamol, noramidopyrine) et les

oestroprogestatifs minidosés (Adepal, miniphase) si la patiente désire une contraception.

- En cas de dysménorrhée sévère (score de 21 à 30) ou de dysménorrhée ayant résisté aux antalgiques, nous avons prescrit les inhibiteurs de synthèse des prostaglandines (acide méfénamique, ibuprofène, acide niflumique etc.).
- Dans un contexte d'irrégularité du cycle, nous avons indiqué des progestatifs.

Notre protocole de traitement se rapproche de celui de Ch.Sultan [32]

Concernant les dysménorrhées secondaires un traitement étiologique a été effectué dans 25,7% des cas.

Ce taux est comparable à celui de K Dembélé [39] soit 29,4%.

#### **14. RESULTAT ET SURVEILLANCE DU TRAITEMENT :**

Il nous a été difficile d'établir le résultat et de faire une surveillance de ce traitement, car dans la plupart des cas ; nos patientes étaient perdues de vue.

Après un soulagement, ces patientes ne revenaient plus.

#### **B-ETUDE ANALYTIQUE :**

##### **a) l'âge en fonction du type de dysménorrhée :**

Nous avons observé que les dysménorrhées primaires surviennent majoritairement entre 10-15ans par contre les dysménorrhées secondaires s'observaient plus fréquemment à des âges plus avancés notamment entre 16-19 ans.

$P=0,000$  cette valeur est statistiquement significative, d'où l'âge a une influence par rapport à la survenue des types de dysménorrhées.

Ce résultat est comparable à celui de K Dembélé [39] soit  $p=0,000$

##### **b) Menarche en fonction du type de dysménorrhée :**

L'analyse des résultats fait ressortir que les dysménorrhées primaires sont les plus fréquentes lorsque les premières règles surviennent après 12 ans.

$p=0,792$  : cette valeur n'est pas statistiquement significative.

L'âge de la ménarche n'a pas d'influence sur la survenue des dysménorrhées

Ce résultat est contraire à celui de K Dembélé [39] soit  $p=0,000$ .

Par contre dans la littérature, l'étude d'Andersch [3] fait ressortir que la dysménorrhée est plus sévère si les premières règles surviennent plutôt.

**c) Profil psychologique en fonction du type de dysménorrhée :**

Un profil psychologique chargé à une influence sur la dysménorrhée. Cette différence est statistiquement significative  $P= 0,01$ . Ce résultat est comparable à celui de K Dembélé [39] soit  $p=0,000$ . Selon Sultan [32] les facteurs psychologiques jouent un rôle primordial. Ils ont été évoqués de tout temps : Refus de féminité, désir d'attirer l'attention de l'entourage «rentabilité» de l'absentéisme. Nous avons remarqué que la dysménorrhée survient volontiers chez les filles uniques élevées par une mère seule (veuve ou divorcée) ou lorsque la fratrie ne comporte que des garçons, lorsque le travail scolaire est mauvais, la dysménorrhée constitue un bon alibi pour manquer la classe.

**d) Activités professionnelles en fonction du type de dysménorrhée :**

Les dysménorrhées primaires ont été observées chez 43% des adolescentes. Cependant 68,8% des adolescentes souffraient d'une dysménorrhée secondaire. Parmi ces patientes qui souffraient de ces types de dysménorrhée, les ménagères étaient représentées dans 50% des cas. Ce résultat s'explique par le fait que, nous avons beaucoup de cas de mariage précoce dans notre pays.  $P = 0,000$  ; cette valeur est statistiquement significative.

**e) Etat matrimonial en fonction du type de dysménorrhée :**

57% des adolescentes mariées souffraient de dysménorrhée primaire ; 87% des patientes de dysménorrhée secondaire.  $P =0,000$  cette valeur est significative. Les adolescentes mariées souffrent plus de dysménorrhée secondaire. Le mariage pourrait influencer la survenue de dysménorrhée.

**f) Excision en fonction du type de dysménorrhée :**

91,5% des patientes excisées souffraient de dysménorrhée primaire  
87% des patientes excisées présentaient une dysménorrhée secondaire  
Cela s'explique, par la pratique coutumière de l'excision dans notre pays.  
 $P = 0,410$  cette valeur n'est pas significative.  
L'excision n'a pas d'impact direct sur la dysménorrhée.

**g) Gestité en fonction du type de dysménorrhée :**

70% des nulligestes avaient une dysménorrhée primaire.  
Par contre 37,7% de dysménorrhée secondaire s'observaient chez les pauci gestes.  
 $P = 0,000$  ; cette valeur est statistiquement significative.  
Ce résultat s'explique par le fait que la grande partie de ces adolescentes avaient un désir d'enfant. La gestité a une influence sur la survenue de la dysménorrhée.

### **h) les méthodes contraceptives en fonction du type de dysménorrhée**

80,3% n'avaient pas fait de contraception.

Cela s'explique par le faible taux d'utilisation des méthodes de contraception par les adolescentes à causes des religions et nos cultures.

$P = 0,063$  cette valeur n'est pas statistiquement significative.

### **i) Ethnies en fonction du type de dysménorrhée**

25% des patientes étaient bambaras

L'ethnie bambara est majoritaire dans la population générale.

$P = 0,089$  ; cette valeur n'est pas statistiquement significative.

### **j) Niveau d'instruction en fonction du type de dysménorrhée**

Dans notre étude 61% des non scolarisées avaient une dysménorrhée secondaire.

39,9% des adolescentes du niveau secondaire avaient une dysménorrhée primaire, Ce résultat explique que le niveau d'instruction influe sur la survenue des dysménorrhées.

$P = 0,001$  ; cette valeur est significative.



*Conclusion et Recommandations*

## **CONCLUSION :**

La dysménorrhée chez les adolescentes devient de plus en plus fréquente lors des consultations gynécologiques dans nos services. Elle affecte plus d'une adolescente sur trois au cours de notre étude soit une fréquence de 42,85%.

Elle constitue un réel problème compte tenu de la répercussion sur la vie scolaire des adolescentes qui représentent les bras valides de demain.

Les facteurs psychologiques doivent être pris en compte dans les dysménorrhées modérées et sévères.

La dysménorrhée primaire est plus fréquente et la découverte de l'efficacité des inhibiteurs des prostaglandines a permis une meilleure compréhension de la pathologie et une prise en charge thérapeutique mieux adaptée.

La dysménorrhée secondaire quant à elle, se développe sur un fond lésionnel et un traitement étiologique apporte généralement la solution.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de cette étude, quelques recommandations nous paraissent nécessaires pour améliorer la qualité de la prise en charge de la dysménorrhée chez les adolescentes :

➤ A l'endroit du personnel de la santé :

- Faire un examen gynécologique complet chez toute adolescente consultant pour dysménorrhée.
- Utiliser le score clinique de Ch.Sultan pour l'évaluation de la sévérité de la dysménorrhée
- Améliorer le taux d'utilisation des moyens contraceptifs chez les adolescentes surtout les oestroprogestatifs minidosés.
- Améliorer la qualité de la prise en charge des avortements spontanés, afin d'éviter les synéchies utérines et les infections génitales chroniques.

➤ A l'endroit des autorités :

- Doter les établissements primaires et secondaires d'un service médical pour améliorer la qualité de la prise en charge des problèmes des adolescentes.
- Promouvoir la santé de la reproduction des adolescentes afin de limiter les avortements clandestins sources d'infections génitales.
- Promouvoir les C.C.C en matière de santé chez les adolescentes. (communiquer pour le changement de comportement)
- Attirer l'attention des partenaires au développement sur les enjeux de la santé de la reproduction des adolescentes.

➤ A l'endroit de la population :

Amener les adolescentes dysménorrhéiques en consultation gynécologique en vue d'une exploration et une prise en charge adéquate.

- Sensibiliser la population sur les méfaits de l'automédication



*References Bibliographiques*



## REFERENCES

- 1 Abel Mh Baird Dt:** the effect of 17 $\beta$  estradiol and progesterone on prostaglandin production by human endometrium maintained in organ culture; *endocrinology* 1980; 106:1599-1606.
- 2 Alvin P E Litt I F:** current status of the etiology and management of dysmenorrhea in adolescence ;*pediatrics* 1982; 704;516-525.
- 3 Andersch B Milson I :**And epidemiological study of young women with dysmenorrhoe: *American journal obstetric and gynaecology*,1982:144:655-660
- 4 Akerlund M;** Pathophysiology of dysmenorrhea. *Acta obstet gynecol scand*,1979;87:27-32.
- 5 Audebert A :** Caractéristiques de l'endométriose de l'adolescente : à propos d'une série de 40 ans .*Gynecol obstet Ferril* 2000 ;28 :450-454.
- 6 Bersjot P :** Socio economic implications of dysmenorrhoe.*Acta OBstetricGynecology scand* ;1976 .87;67-68.
- 7 Bourry-Heyler C .,Cohen J-**Abregé de physiologie gynécologique. Mason ,Paris1976 I.S.B.N ;2-225-435629-1 :205-213.
- 8 Brauner R.,Limal J M.,Rappaport R-** :la puberté normale et pathologique chez la fille .*Encyclopedie Medico Chirurgicale –Paris –France* 1,1984 ;36-A-12 :2p
- 9 Chan W.Y Hill J C:** Determination of menstrual prostaglandin level in non dysmenorrhoeic and dysmenorrhoeic subjects .*Prostaglandin*,1978;15:365375.
- 10 Dawood MY:** Dysmenorrhea .*Clin obstet gynecol*,1990;33:168-178.
- 11 Dingerfield J.R-**dysmenorrhea primary treatment with prostaglandins inhibitors: a review.*J obstet gynecol* ,1981;140 874
- 12 Drapier E.; Mikaelian S** –le traitement de la dysmenorrhée. *Revue Fr gynecol obstet*, 1981 ; 76 ;67-72.
- 13 Fignon A; Pagneux JM, Perrotin F.; Marret H .;Akpadza K .et Body G** Dysmenorrhée . *Encyclopedie Medico Chirurgicale (Elsevier; Paris) Gynecologie* 161-A-10, 1795, 7p
- 14 UNFPA :** les adolescents et la santé en matière de sexualité et de reproduction. L'état de la population mondiale en 2001 ;p 27 28 29
- 15 Friedman.Lh Edgstrom K G .-**les aspects medico sanitaires de la reproduction chez les adolescents. Une stratégie pour l'action .Déclaration conjointe OMS/FNUAP/PISE, Genève OMS, 1989.

**16 Gantt P.A.; Mc Donough P.G** –adolescent dysmenorrhea.pediatry clinic north America 1981; 28; 2-389

**17 Gosset C** : les dysménorrhées .Concours Med 1980; 102(suppl.11): 3-30

**18 Henzi M R.,Messey S ; Hanson F. W.Buttram V .C .Rosenwasks Z.;**Pauls F D – primary dysmenorrhea.journée reproduction Medical 1980;25:226-235.

**19 Hillier K.; Kasonde JM** –prostaglandin E and F concentration and human endometrium after insertion of intra uterine contraceptive device .lancet 1976; 1:15-16.

**20 Klein J.R., Litt I.F,** Epidemiology of adolescent dysmenorrhea.pediatric, 1981; 68:661-664.

**21 Lundstom V.**-uterine activity during the normal cycle and dysmenorrhea.In: Dawood my Ed Dysmenorrhea.William and Wilkins Baltimore.1981;pp 53-74

**22 Ng Tan Nc wansaicheong GK ;** A prevalence study of dysmenorrhea in female resident aged 15-54 years in clementi town;Singapore.Ann acad Med 1992;99:659-663.

**23 Nigam S .,Benedeto C ZONCA M ;Leo- ROSSBerg I. ;Lubberg h Hammerstein J:** increased concentration of eicosonoids and platelet activating factors and menstrual blood from women with primary dysmenorrhea Eicosanoids 1991;4:137-141.

**24 O Rodonlet** –le point sur les dysménorrhées .soins gyn –obstet puerped N 60-mai1986 ;15-17.

**25 Onvural A ; Cognat M KARABACAK O; POSACI C;** A propos de 25 patientes ayant subi une coelioscopie pour douleur pelviennes .Revue française de gynéco obstétrique 1993 ;88,1 :1-6.

**26 POLANESZKY MM. SLAP GB** .Menstrual disorder in the adolescent: dysmenorrhea and dysfunctional uterine bleeding .pediatr rev.1992 13:199-201

**27 ROBINSON JC. PLISTA S.WEISMAN CS. NATHATION CA EnsemnigM-**dysmenorrhea and use of contraceptive in adolescent women attending a family planning clinic .Am j obstet gynecol 1992;166:578-583.

**28 SALOMON BERNARD Y** : données récentes sur la dysménorrhée primaire,sa physiopathologie et son traitement .Sem hop Paris1984.60 :1837-1846.

**29 SALOMON Y.RONSIER M .DUPHOS-COHADE C et COLL** : les gynécologues et les problèmes psychologiques et psychopathologiques de l'adolescence.Encyclopédie Medico-chirurgicale (Paris France).gynécologie 4,1987 ; 802-A-10 :11-15p

- 30 SJOBERG NO:** dysmenorrhea and uterine neurotransmitters. *acta obstet gynecol* 1979;87 (suppl)57-59.
- 31 SULTAN CH .GARANDAEAU P.JEAN** Troubles des règles de l'adolescente. *Revue Française gynécologie obstétrique*, 1985 ;810 :237-241.
- 32 SULTAN CH** – dysménorrhée de l'adolescente, données cliniques, biologiques et thérapeutiques ; *Revue française gynécologie obstétrique* 1986 ;815 :253-256.
- 33 SULTAN CH .SULTAN N .JEAN R :** évaluation clinique quantitative de l' action de la dydrogesterone dans la dysménorrhée de la jeune fille. *gynecologie*,1985 ;36 :309-315.
- 34 SUNDELL G .MILSON I .ANDESCH B:** Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhea in young women. *Br J obstet gynaecol* 1990;97:588-594.
- 35 SVANBERG L .UIMSTEN U-**the incidence of primary dysmenorrhea in teenagers. *Arch gynecol* 1981;230:173-177.
- 36 W.H.O.:** Young people health, a challenge for society, technical report series 731 Geneva 1986.
- 37 WIDHOLM O:** dysmenorrhea during adolescence. *Acta obstetric gynecology Scand* 1979 ;87;61-66.
- 38 YLIKORKALA O. DAWOOD M.Y.** New concepts in dysmenorrhea. *Am J Obstet Gyneco* 1978 ;130:833-841.
- 39 DEMBELE KOLLY ALY:** Dysménorrhée ; Aspect clinique et thérapeutique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine 2005-2006.



# QUESTIONNAIRE

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom** : **KOUYATE**

**Prénom** : **Yacouba M**

**Titre de la thèse** : Dysménorrhée chez l'Adolescente, étude épidémiologique-clinique et thérapeutique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako A propos de 300 cas.

**Année Universitaire** : **2007-2008**

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

**Secteurs d'intérêt** : Gynécologie et d'obstétrique

### **Résumé**

La dysménorrhée chez l'adolescente devient de plus en plus fréquente lors des consultations gynécologiques dans nos services. Elle affecte plus d'une adolescente sur trois au cours de notre étude soit une fréquence de (42,85%)

Les âges extrêmes sont de 10-19 ans avec une moyenne de 16 ans.

Il s'agit dans la majorité de ménagères (50%) nulligeste (60%) nullipare (64%).

Ces adolescentes avec dysménorrhée avaient des antécédents infectieux génito-urinaires dans (78,7%) des cas, étaient excisées dans (90,7%) des cas et avaient des antécédents familiaux de dysménorrhée dans (19,4%) des cas.

Il s'agit habituellement d'une douleur à type de contracture (33 %) et de gêne douloureuse dans (17,3%). Les principaux signes cliniques accompagnant la douleur étaient : l'asthénie dans (86,7%), irritabilité dans (87,7%). la dysménorrhée est responsable d'un absentéisme dans (48,3%) chez nos patientes.

Les principaux facteurs influençant la dysménorrhée sont :

- le jeune âge pour la dysménorrhée primaire ; des âges plus avancés pour la dysménorrhée secondaire
- un âge de la ménarche supérieur ou égal à 13 ans.
- la présence de facteurs psychologiques a une influence sur la sévérité de la dysménorrhée. **MOTS CLES : Dysménorrhée- Adolescence.**

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure.**

**Amen !**

