



Réduire le flux III : l'acide tranexamique en cas de saignement menstruel abondant

QUESTION CLINIQUE

En présence d'un saignement menstruel abondant avant la ménopause en raison d'une étiologie bénigne, l'acide tranexamique (ATX) améliore-t-il les résultats pour les patientes?

CONCLUSION

L'ATX est plus efficace que le placebo, les progestines ou les AINS. La perte de sang menstruel est réduite d'environ 40 % chez les femmes sous ATX par rapport à environ 10 % chez celles sous placebo. En outre, les femmes utilisent de 5 à 10 produits sanitaires de moins par cycle et les événements indésirables sont semblables. Cependant, les dispositifs intra-utérins (DIU) au lévonorgestrel sont bénéfiques à plus de femmes que l'ATX (~ 60 % par rapport à 30 %). Les effets sur la durée du saignement et l'inondation sont inégaux.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Une revue systématique¹, 13 essais contrôlés randomisés (ECR). Après 2 à 6 cycles :
 - Par rapport au placebo (4 ECR, de 16 à 304 patientes)¹⁻⁵ :

- Proportion connaissant une amélioration cliniquement détectable de la perte sanguine : 39 % par rapport à 11 % (placebo)¹.
- Perte sanguine moyenne : diminution de 53 mL/cycle sous ATX (de 153 à 268 mL au départ)¹.
 - Exemple : la perte sanguine moyenne a été réduite de 40 % (70 mL) par rapport à 8 % (13 mL) (placebo)⁵.
- Produits sanitaires utilisés par cycle : de 20 à 27 par rapport à de 25 à 36 (placebo)^{2,3}.
- Durée du saignement^{2,3}, « grosses taches »^{4,5} (non définies) : aucune différence.
- Qualité de vie : aucune différence clinique^{4,5}.
- Effets indésirables : aucune différence¹⁻⁵.
- Par rapport aux progestines (6 ECR, de 46 à 128 patientes)^{1,6-9} :
 - Proportion connaissant une amélioration cliniquement détectable de la perte sanguine : 71 % par rapport à 46 % (progestines)¹.
 - Perte sanguine moyenne : résultats inégaux; les plus vastes ECR^{6,7} ne font état d'aucune différence.
 - Produits sanitaires : aucune différence⁸.
 - Durée du saignement : diminution de 1 à 2 jours par rapport à de 0,3 à 2 jours (progestines)^{6,7}.
 - « Amélioration » déclarée de l'inondation/des fuites : 83 % par rapport à 45 % (progestines)⁸.
 - Effets indésirables (exemples : maux de tête, saignement vaginal léger) : 21 % par rapport à 32 % (progestines)¹.
- Par rapport aux dispositifs intra-utérins (DIU) au lévonorgestrel (1 ECR, 42 patientes)^{1,9} :
 - Proportion connaissant une amélioration cliniquement détectable de la perte sanguine : 29 % contre 61 % (DIU).
 - Qualité de vie, effets indésirables : aucune différence.
- Par rapport à l'acide méfénamique (1 ECR, 49 patientes)^{1,10} :
 - Proportion connaissant une amélioration cliniquement détectable de la perte sanguine : 87 % contre 61 % (acide méfénamique)¹.
 - Diminution de la perte sanguine moyenne de 164 à 75 mL par rapport à de 186 à 148 mL (acide méfénamique)¹⁰.
 - Produits sanitaires, durée du saignement, événements indésirables : aucune différence¹⁰.
- Une autre méta-analyse¹¹ est parvenue aux mêmes constatations.
- Limites : De nombreux essais étaient de petite envergure et de courte durée. Il y a une diversité de méthodes de mesure de la perte sanguine. Il n'y a pas de cohérence au niveau des issues et de l'inclusion des fibromes. Les patientes réparties au hasard n'ont pas toutes été incluses dans l'analyse.

CONTEXTE

- Bien que les études de grande envergure sur le saignement et les traumatismes ne fassent pas état d'une hausse des événements thromboemboliques, il faut éviter l'ATX en présence d'antécédents thromboemboliques¹²⁻¹⁵.

- Prix de l'ATX : environ 14 \$ par cycle¹⁶.

RÉFÉRENCES

1. Bryant-Smith AC, Lethaby A, Farquhar C, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2018;4:CD000249.
2. Callender ST, Warner GT, Cope E. BMJ. 1970;4:214-216.
3. Edlund M, Andersson K, Rybo G, et al. Brit J Obstet Gynaec. 1995;102:913-917.
4. Freeman EW, Lukes A, VanDrie D, et al. Am J Obstet Gynecol. 2011;205:319e1-7.
5. Lukes AS, Moore KA, Muse KN, et al. Obstet Gynecol. 2010;116:4:865-875.
6. Goshtasebi A, Moukhah S, Behboudi S, et al. Arch Gynecol Obstet. 2013;288:1055-1060.
7. Kriplani A, Kulshrestha V, Agarwal N, et al. J Obstet Gyneac. 2006;26(7):673-678.
8. Preston JT, Cameron IT, Adams EJ, et al. Br J Obstet Gynaecol. 1995;102(5):401-406.
9. Kiseli M, Kayikcioglu F, Evliyaoglu O, et al. Gynecol Obstet Invest. 2016;81(5):447-453.
10. Bonnar J, Sheppard BL. BMJ. 1996;313:579-582.
11. Bofill Rodriguez M, Dias S, Jordan V, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2022;5(5):CD013180.
12. HALT-IT Trial Collaborators. Lancet. 2020;95:1927-1936.
13. CRASH-2 Trial Collaborators. Lancet. 2010;376:23-845.
14. Leminen H, Jurskainen R. Int J Womens Health. 2012;4:413-421.
15. Singh S, Best C, Dunn S, et al. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(5):e391-e415.
16. Alberta Interactive Drug Benefit List. Lien : <https://idbl.ab.bluecross.ca/idbl/load.do>. Consulté le 21 juin 2023.

AUTRICES

Jennifer Potter, M.D., CMFC,
Jennifer Young, M.D.,
CMCF(MU)

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

**OUTILS DE LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.