



Réduire le flux: Les AINS au secours de l'hyperménorrhée

QUESTION CLINIQUE

Dans les cas d'hyperménorrhée sans pathologie gynécologique chez les femmes pré ménopausées, est-ce que l'usage d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peut améliorer les résultats pour les patientes?

CONCLUSION

Selon des données probantes de moindre qualité, les AINS contribueraient à réduire la perte de sang menstruel moyenne d'environ 30 %, ainsi qu'à réduire l'usage de produits de protection féminine d'environ 20 à 50 % par rapport au placebo. L'incidence sur la durée de la perte de sang n'est pas uniforme.

DONNÉES PROBANTES

- Accent sur des essais cliniques randomisés, contre placebo (ECR). Ménorragie, lorsque définie : >80ml/cycle.
- Naproxen : 2 ECR en chassé-croisé, de 4 patientes chacune. Perte sanguine de référence d'environ 140ml. Après 2 cycles menstruels avec chaque traitement :¹⁻³
 - Diminution de la perte de sang moyenne d'environ 30 % par rapport au placebo.¹⁻³
 - Dans un des ECR, 79 % ont préféré le naproxen au placebo.³
 - Aucune incidence sur la durée de la perte de sang.³
- Ibuprofène : 1 ECR en chassé-croisé, avec 13 patientes.⁴ Perte sanguine de référence non définie. Après 1 cycle menstruel avec chaque traitement :

- Ibuprofène à raison de 1200mg/jour a diminué la perte de sang moyenne d'environ 25 % par rapport au placebo.
- Ibuprofène à raison de 600mg/jour : aucune différence par rapport au placebo.
- Aucune incidence sur la durée de la perte de sang.
- Acide méfénamique : 5 ECR :
 - Plus vaste ECR : 80 femmes, 3 cycles consécutifs.⁵
 - « Soulagement » de la ménorragie (non défini) : 86 % par rapport à 20 %, nombre à traiter =2.
 - Nombre de serviettes sanitaires utilisées par jour : 15 comme donnée de référence, par rapport à 7 avec l'acide méfénamique (placebo non indiqué).
 - Durée de la perte de sang en jours : 10 comme donnée de référence, par rapport à 4 avec l'acide méfénamique (placebo non indiqué).
 - 3 ECR (2 en chassé-croisé, avec en tout 49 patientes) : l'acide méfénamique a donné de meilleurs résultats que le placebo.
 - Perte de sang moyenne d'environ 10 à 40 % inférieure qu'avec le placebo.⁶⁻⁸
 - « Répondu » (non défini) : 79 % par rapport à 18 % (avec le placebo).^{6,9}
 - 1 ECR en chassé-croisé, avec 15 patientes : aucune différence quant à la perte de sang.¹⁰
- Acide méfénamique versus diclofénac :
 - 1 ECR, avec 68 femmes, une seule femme a complété toutes les phases de suivi de l'étude.¹¹
 - Nombre moyen de serviettes sanitaires utilisées (donnée de référence inconnue) : 21 par rapport à 10 (avec le diclofénac).
 - Nombre de jours de perte de sang (donnée de référence inconnue): 6 par rapport à 4 (avec le diclofénac).
- Naproxen versus acide méfénamique :
 - 1 ECR en chassé-croisé, avec 35 femmes.¹²
 - Les deux groupes ont vu une baisse de la perte de sang moyenne d'environ 47 % par rapport à la donnée de référence.
 - La durée de la perte de sang en jours a diminué de 0,8 chez les deux groupes.
 - Le nombre de tampons utilisés a diminué de 31 (donnée de référence) à environ 24.

CONTEXTE

- Le volume de perte sanguine ne correspond pas à l'expérience de la patiente.¹³
- Les AINS sont pris immédiatement avant ainsi que durant les menstruations (p. ex. : acide méfénamique à raison de 500mg TID du début à la fin des menstruations⁶).
- L'acide méfénamique coûte environ 20 \$/cycle; le naproxen et l'ibuprofène environ 4 \$ chacun.¹⁴⁻¹⁶

REFERENCES

1. Nygren GK, Rybo G. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl. 1983; 113:101-3.
2. Rybo G, Nilsson S, Sikstrom B, Nygren KG. Lancet. 1981 Mar 14; 1(8220 Pt 1):608-9.
3. Ylikorkala O, Pekonen F. Obstet Gynecol. 1986; 10:10-12.
4. Mäkäraäinen L, Ylikorkala O. Br J Obstet Gynaecol. 1986; 93:974-8.
5. Grover V, Usha R, Gupta U, *et al.* Asia-Oceania J Obstet Gynaecol. 1990; 16(3):255-9.
6. Fraser IS, Pearse C, Shearman RP, *et al.* Obstet Gynecol. 1981; 58:543-51.
7. Tsang BK, Domingo MT, Spence EH, *et al.* Can J Physiol Pharmacol. 1987; 65:2081-4.
8. Van Eijkeren MA, Christiaens GCML, Geuze HJ, *et al.* Am J Obstet Gynecol. 1992;

AUTHORS

Jennifer Potter MD
CCFP, Zainab Sari,
Adrienne J Lindblad
 BSP ACPR PharmD

Les auteures n'ont

- 166:1419-28.
9. Bofill Rodriguez M, Lethaby A, Farquhar C. Cochrane Database Syst Rev. 2019; 9: CD000400.
 10. Muggeridge J, Elder MG. Res Clin Forums. 1983; 5:83-8.
 11. Kumar S, Tekur U, Singh B, *et al.* IJBCP. 2018; 7(10):1905-11.
 12. Hall P, MacLachlan N, Thorn N, *et al.* Br J Obstet Gynaecol. 1987; 94:554-8.
 13. Warner PE, Critchley HO, Lumsden MA *et al.* Am J Obstet Gynecol. 2004; 190:1224-1229.
 14. Interactive Drug Benefit List (Liste interactive des médicaments admissibles de l'Alberta). Disponible à : <https://idbl.ab.bluecross.ca/idbl/load.do>. Consulté le 5 octobre 2020.
 15. Well.ca (pharmacie en ligne). Disponible à : https://well.ca/products/rexall-extra-strength-ibuprofen_167575.html. Consulté le 2 octobre 2020.
 16. Well.ca (pharmacie en ligne). Disponible à : https://well.ca/products/rexall-naproxen-sodium-tablets-220_190531.html. Consulté le 2 octobre 2020.

*aucun conflit
d'intérêts à déclarer.*