



## TOOLS FOR PRACTICE



### 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 contribuerait 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 :
  - Diminution de la perte de sang moyenne d'environ 30 % par rapport au placebo.<sup>1-3</sup>
  - Dans un des ECR, 79 % ont préféré le naproxen au placebo.<sup>3</sup>
  - Aucune incidence sur la durée de la perte de sang.<sup>3</sup>
- Ibuprofène : 1 ECR en chassé-croisé, avec 13 patientes.<sup>4</sup> 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 ménénamic : 5 ECR :
  - Plus vaste ECR : 80 femmes, 3 cycles consécutifs.<sup>5</sup>
    - « 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 ménénamic (placebo non indiqué).
    - Durée de la perte de sang en jours : 10 comme donnée de référence, par rapport à 4 avec l'acide ménénamic (placebo non indiqué).
  - 3 ECR (2 en chassé-croisé, avec en tout 49 patientes) : l'acide ménénamic a donné de meilleurs résultats que le placebo.
    - Perte de sang moyenne d'environ 10 à 40 % inférieure qu'avec le placebo.<sup>6-8</sup>
    - « Répondu » (non défini) : 79 % par rapport à 18 % (avec le placebo).<sup>6,9</sup>
  - 1 ECR en chassé-croisé, avec 15 patientes : aucune différence quant à la perte de sang.<sup>10</sup>
- Acide ménénamic versus diclofénac :
  - 1 ECR, avec 68 femmes, une seule femme a complété toutes les phases de suivi de l'étude.<sup>11</sup>
  - 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 ménénamic :
  - 1 ECR en chassé-croisé, avec 35 femmes.<sup>12</sup>
  - 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.<sup>13</sup>
- Les AINS sont pris immédiatement avant ainsi que durant les menstruations (p. ex. : acide ménénamic à raison de 500mg TID du début à la fin des menstruations<sup>6</sup>).
- L'acide ménénamic coûte environ 20 \$/cycle; le naproxen et l'ibuprofène environ 4 \$ chacun.<sup>14-16</sup>

## 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. Mäkäräinen 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 Eijkelen 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](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](https://well.ca/products/rexall-naproxen-sodium-tablets-220_190531.html). Consulté le 2 octobre 2020.

*aucun conflit  
d'intérêts à déclarer.*