

LA DYSMENORRHEE CHEZ L'ADOLESCENTE : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO A PROPOS DE 300 CAS.

I. Diarra* ; Y.M.Kouyaté **; S.A Sow **; M.K Maiga ***

* : Maternité de garnison de Kati ; ** : Centre de Santé de référence, commune II du district de Bamako ; *** : Service de Néphrologie, C.H.U-Point-G

RESUME

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 et 19 ans avec l'âge moyen de 16ans. Il s'agit dans la majorité des cas de ménagères (50 %), nulligestes (60%), nullipares (64%). Généralement, il s'agit de douleur à type de contracture

(33 %) et de gêne douloureuse dans 17,3% des cas. Les principaux signes accompagnant la douleur étaient : l'asthénie (86,7%), l'irritabilité (87,7%). La dysménorrhée est en outre responsable d'absentéisme dans 48,3% des cas.

Les principaux facteurs influençant la dysménorrhée sont l'âge et les facteurs psychologiques.

Mots Clés : Dysménorrhée primaire, dysménorrhée secondaire, adolescence.

SUMMARY :

This clinical epidemiological study has been conducted at the district hospital of Commune II in Bamako area.

Dysmenorrhea has become a very common feature during out patients consultation. It affects almost one adolescent out of 3 examined during this study which represent 42,8% of the studied population ranged from 10 to 19 years, with a mean age of 16 years. Most of them were household women (50%), never pregnant (60%) and never delivery (64%). Most of them have been mainly claiming about contraction pain (33%) and discomfort (17,3%). The pain has been followed by asthenia (86,7%), and irritability (87,7%).

Dysmenorrhea was a major cause of absenteeism (48,3%). The factors influencing this type of dysmenorrhea was the age and psychological stress.

Key word : Primary dysmenorrhea, secondary dysmenorrhea, adolescence.

I. INTRODUCTION

Selon l'OMS « est considéré comme adolescent tout garçon ou toute fille d'âge compris entre 10 et 19 ans »[12].

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 25ans et 80 % de ces jeunes vivent dans les pays en développement. Aujourd'hui, un habitant de notre planète sur 5 est âgé de 10 à 19 ans, ce qui représente un peu plus d'un Milliard d'individus [11].

La dysménorrhée connaît depuis quelques années un regain d'intérêt : les travaux récents ont en effet souligné le rôle d'une hypercontractilité utérine associée à une dysrégulation de la synthèse de certaines prostaglandines utérines. Il en résulte une conception physiopathologique plus cohérente et par là, une prise en charge mieux adaptée. 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. C'est pour cette raison que nous avons voulu initier ce travail.

METHODOLOGIE

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de

Bamako. Il s'agit d'une étude prospective et analytique qui s'est étendue du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2007.

L'échantillonnage a été fait sur la base d'une fiche d'enquête testée au préalable et validée. Les critères d'inclusion ont été établis sur la base de description d'un sujet type. Toute adolescente de 10 à 19 ans ayant vu ses premières règles et venues consulter pour dysménorrhée au centre de santé de référence de la commune II durant la période d'étude ont été incluses.

Les critères de non inclusion ont pris en compte toutes 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.

Les données recueillies sur des fiches individuelles d'enquête remplies à partir des registres de consultations gynécologiques et des dossiers de consultations gynécologiques ont été analysées sur le logiciel SPSS et saisies sur le logiciel Word. Les tests statistiques Khi 2 et le test de Pearson ont servi pour valider les résultats.

RESULTATS

Tableau 1 : Répartition Tranche d'âge en fonction de dysménorrhée primaire ou secondaire

Tranche d'âge (année)	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
Total	223	74,3	77	25,7	300	100,0

Khi2 (Tests de Pearson) = 34,596 Ddl = 1P = 0,0000

Tableau 2 : 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	162	72,6	48	62,3	210	70,0
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 ; mariage ; mari instable)	17	7,6	17	22,1	34	11,3
Total	223	100,0	77	100,0	300	100,0

Khi-2 Test de Pearson = 12, 180 Ddl = 4 P = 0,01

Tableau 3 : Répartition de l'Etat matrimonial en fonction de Dysménorrhée primaire ou secondaire.

L'Etat Matrimonial	Dysménorrhée primaire	%	Dysménorrhée Secondaire	%	Total	%
Célibataire	94	42,2	10	13,0	104	34,7
Mariée	127	57,0	67	87,0	194	64,7
Veuve	2	0,9	0	0,0	2	0,7
Total	223	100,0	77	100,0	300	100,0

Chi-2 Test de Pearson = 22, 73 Ddl = 2 P = 0,000 :

Tableau 4 : Répartition de la gestité en fonction de Dysménorrhée primaire ou secondaire.

Gestité	Dysménorrhée primaire	%	Dysménorrhée Secondaire	%	Total	%
Nulligeste	156	70,0	24	31,2	180	60,0
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

Chi2 Test de Pearson = 57, 02 Ddl = 3 P = 0,000

Tableau 5 : Répartition du niveau d'instruction en fonction de Dysménorrhée primaire ou secondaire.

Niveau d'instruction	Dysménorrhée Primaire	%	Dysménorrhée Secondaire	%	Total	%
Non scolarisée Primaire	77	34,5	47	61,0	124	41,3
Secondaire	20	9,0	4	5,2	24	8,0
Supérieur	89	39,9	18	23,4	107	35,7
Total	223	100,0	77	100,0	300	100,0

Chi2 Test de Pearson = 16,60 Ddl = 3 P = 0,001

Tableau 6 : 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	190	63,3
Avec les règles	93	31,0
Total	300	100,0

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

Tableau 7 : Répartition des patientes en fonction du siège de la Douleur.

Début de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Lombaire et pelvienne	132	44,0
Lombaire	25	8,3
Pelvienne	143	47,7
Total	300	100,0

Nous constatons, 47,7% étaient des douleurs pelviennes

Tableau 8 : Répartition des patientes en fonction de l'absentéisme.

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

Les patientes avaient un absentéisme important dans 48,3%

DISCUSSION

1°) Fréquence : 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 avaient comme motif de consultation la dysménorrhée, soit une fréquence de 42,85%. Notre taux est supérieur à celui de K. DEMBELE [4] qui dans une étude réalisée à Bamako au centre de santé de référence de la commune V portant sur 214 cas, trouve une prévalence de 35,31%. La fréquence de la dysménorrhée est variable dans la littérature : En Norvège, Widholm [13] dans un travail en 1979, trouve que 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 en Montpellier, portant sur 4203 filles, faisait apparaître une prévalence de 21% de dysménorrhée [9]. Aux USA, à Philadelphie, Klein et Litt [6] par l'intermédiaire du National Health Examination cycle III ont enquêté auprès de 2699 filles réglées, représentant un échantillon de 22 millions d'adolescentes âgées de 12 à 17 ans, 59 % d'entre elles éprouvaient un inconfort ou des douleurs pendant les règles.

2°) Age : L'âge moyen de nos patientes étaient de 16 ans avec des extrêmes allant de 10 à 19 ans. Le taux le plus élevé de dysménorrhée a été retrouvé dans la tranche d'âge de 16 à 19 ans. Ce résultat est comparable à celui de K. DEMBELE [4] qui avait le fort taux dans la tranche d'âge de 17 à 19 ans. Selon Klein J.R [6] la fréquence de la dysménorrhée augmente avec l'âge (39% à 12 ans, 72% à 17 ans).

3°) Facteurs Psychologiques : Les principaux facteurs psychologiques retrouvés chez nos patientes ont été : Le choc affectif 70 % des cas mauvais résultats scolaires 11,3%, fille unique 4%. Ces taux sont supérieurs à ceux de K. DEMBELE [39] qui trouve 12,6% de choc affectif, 9,3% de mauvais résultats scolaires et 3% de fille unique.

4°) Etat Matrimonial : Au cours de notre étude, 64,7% des patientes étaient mariées, 34,7% étaient célibataires. Ce résultat peut s'expliquer par le fait du mariage précoce.

5°) Gestité et parité : La majorité de nos patientes étaient des nulligestes (60%) et des nullipares (64%). Ce résultat est comparable à celui de K. DEMBELE [4] qui a trouvé respectivement 84,6% et 93%. Le mécanisme nerveux de la 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 [8].

6°) Niveau d'instruction : Concernant le niveau d'instruction, nos patientes se répartissaient comme suite : 41,3% d'analphabètes, 35,7% de niveau secondaire et 8% de niveau primaire.

Au total, la dysménorrhée est plus fréquente chez les patientes alphabétisées (58,7%). Ce résultat est comparable à celui de K. DEMBELE [39], soit 81,8%. D'autres auteurs ont fait les mêmes remarques : Widholm [13], Berjot [6].

7°) Aspects cliniques :

- **La Symptomatologie douloureuse** a débuté dans 63,3% des cas avant l'écoulement sanguin. Ce taux est nettement supérieur à celui retrouvé par K. DEMBELE [4] dans son étude (41,1%).
- Le siège des douleurs était pelvien dans 47,7% des cas dans notre étude ; K. DEMBELE [4] retrouve 43,5% de cas de douleurs pelviennes.
- **Type de douleurs :** Nous avons trouvé dans 33% des cas des douleurs sous forme de contracture, de gênes douloureuses dans 17,3% des cas. Ces résultats sont comparables à ceux de K. DEMBELE [4] qui sont respectivement de 37,8 % et 49,6%.
- **Signes cliniques accompagnant la douleur :** Au cours de notre étude nous avons analysé la fréquence des différents signes accompagnant les douleurs pelviennes. Ainsi, l'asthénie est présente dans 86,7% des cas, l'irritabilité dans 87,7%. Ces taux sont supérieurs à ceux de C.H Sultan [9] qui trouve 70% d'asthénie et 57% d'irritabilité.
- **Absentéisme :** La répercussion socio-économique a été évaluée par le taux d'absentéisme. Dans notre série nous avons trouvé 48,3% d'absentéisme. C.H Sultan [9] trouve 35% d'absentéisme lié à la dysménorrhée ; Klein JR et Litt I.F [6] rapportent un taux de 25% tandis que Andersch et Milson [2] trouve 15,4% d'absentéisme. Il s'agit d'un phénomène de société avec un retentissement socio-économique non négligeable car la dysménorrhée est responsable de 600 millions d'heures de travail perdues aux Etats Unis, représentant 2 millions de dollars et 30 millions d'heures de travail perdues en France [3,5,6,7,10,13].

CONCLUSION :

Ce travail nous a permis d'étudier 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. Cette pathologie est fréquente, car elle affecte plus d'une adolescente sur trois. Elle constitue un réel problème de santé publique compte tenue de la répercussion sur la vie scolaire des adolescentes qui représentent les bras valides de demain.

REFERENCES

- 1. Alvin P.E, Litt I.F.** Current Status of the etiology and management of dysménorrhœa in adolescence *Pediatrics* 1982; 704 : 516 – 525.
- 2. Andersch B, Milson I.** An epidemiological study of young women with dysmenorrhea : *American journal obstetric and gynecology* 1982 ; 144 : 655- 660.
- 3. Dawood M.Y.** Dysmenorrhea. *Clin obstet gynecol* 1990 ; 33 : 168 – 178
- 4. Dembélé K.A.** Dysménorrhée ; aspect clinique et thérapeutique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse : Médecine : Bamako ; 2005-2006.
- 5. Drapier E , Mikaelian S.** Le traitement de la dysménorrhée. *Revue Française gynecol obstet* 1981 ; 76 : 67-72
- 6. Klein J.R., Litt I.F.** Epidemiology of adolescent dysménorrhœa *Pediatric* 1981 ; 68 : 661 – 664
- 7. Polaneszky M.M, Slap G.B.** Menstrual disorder in the adolescent : dysmenorrhea and dysfunctional uterine bleeding. *Pediatric* 1992 ; 13 : 199 – 201.
- 8. Sjoberg N.O.** Dysmenorrhea and uterine neurotransmitters. *Acta obstet gyneco* 1979 ; 87 (Suppl) 57- 59.
- 9. Sultan C.H.** Dysménorrhée de l'adolescente, données cliniques, biologiques et thérapeutiques. *Revue française gynécologie obstétrique* 1986 ; 815 : 253 – 256
- 10. Svanberg L., Umsten U.** The incidence of primary dysmenorrhea in teenagers. *Arch gynecol* 1981 ; 230 : 173- 177
- 11. World Health Organisation.** Young people health, a challenge for society, report Geneva : (W.H.O) 1986.
- 12. Widholm O.** Dysmenorrhea during adolescence. *Acta obstetric gynecology scand* 1979 ; 87: 61-66.
- 13. Ylikokala O, Dawood M.Y.** New concepts in dysmenorrhea. *Am J obstet gyneco* 1978;130:833-41