



# TROUBLES DU CYCLE MENSTRUEL

**2 cas cliniques traités par approche phytothérapique**

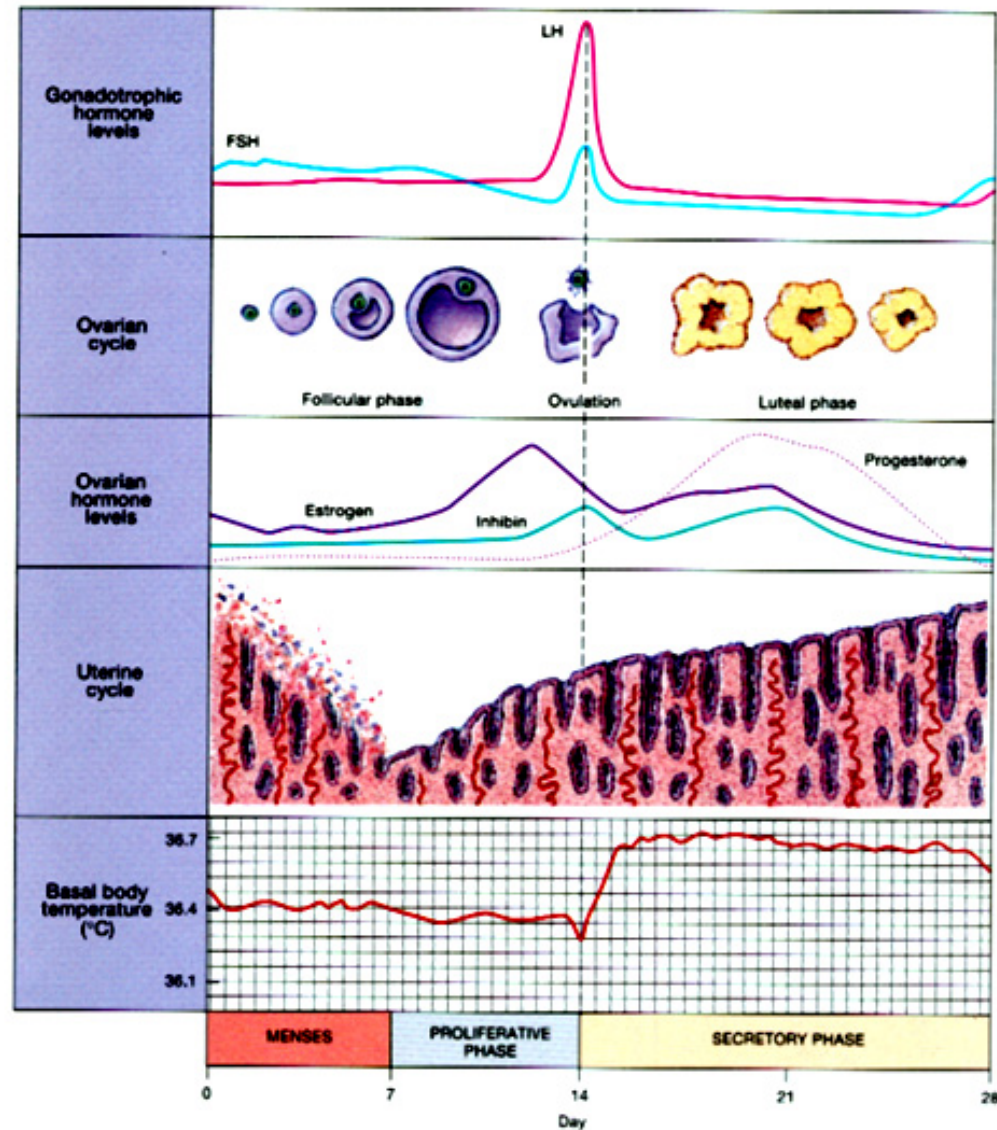
Cours de phytothérapie et système uro-génital

**1- MENORRAGIE / HYPERMENORRHEE**

**2 -DYSMENORRHEE**

**Dr. Albert Kokos – Lausanne 16.04.2004**

# Rappel du cycle menstruel :





# Rappel des troubles du cycle menstruel :

## Pathologie du cycle menstruel

### Définitions:

- ✓ **Aménorrhée** : Absence du flux menstruel chez une femme en âge d'être réglée.
- ✓ **Aménorrhée primaire** : Absence d'apparition des premières règles à partir de l'âge de 17 (16) ans.
- ✓ **Aménorrhée secondaire** : Arrêt des règles depuis plus de 3 mois chez une femme antérieurement réglée.

### Anomalies du rythme menstruel:

- ✓ **Spanioménorrhée**: Cycle long (>35 jours).
- ✓ **Polyménorrhée (pollakiménorrhée)** : Cycle court (<21 jours).
- ✓ **Anisoménorrhée**: Cycle irrégulier.



# Rappel des troubles du cycle menstruel :

## Troubles des menstruations:

- ✓ **Hypoménorrhée:** Règles peu abondantes; durée <3 jours.
- ✓ **Hyperménorrhée:** Règles trop abondantes (>80 ml).
- ✓ **Ménorragie:** Flux menstruel trop abondant (>80 ml) et/ou trop long (>7 jours).
- ✓ **Dysménorrhée:** Douleurs pelviennes au moment des règles.
- ✓ **Métrorragie:** Hémorragie utérine survenant en dehors des règles.



# Rappel des troubles du cycle menstruel :

## Douleurs pelviennes cycliques:

- ✓ **Syndrome intermenstruel:** Il survient en période ovulatoire, et se traduit par une triade: douleur pelvienne, petit saignement et gonflement abdomino-pelvien.
- ✓ **Syndrome prémenstruel** : Ensemble polysymptomatique de signes psychologiques et/ou physiques survenant électivement et régulièrement avant les règles et cédant avec celles-ci. Pour parler de SPM, il faut que les troubles surviennent pendant plusieurs cycles consécutifs et que leur intensité entraîne une gêne notable. Il doit exister un intervalle libre de tous symptômes d'au moins une semaine dans la période suivant les règles.



# Rappel des troubles du cycle menstruel :

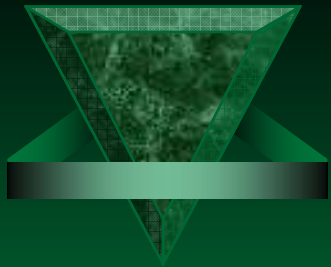
## Cycles dysovulatoires:

- ✓ **Cycle anovulatoire** (*anovulation*): Absence d'ovulation en présence de saignements de privation estrogénique (*métrorragies fonctionnelles*).
- ✓ **Phase folliculaire courte**: Raccourcissement de la phase folliculaire (*<12 jours*).
- ✓ **Phase folliculaire allongée**: Allongement de la phase folliculaire (*>16 jours*).
- ✓ **Syndrome du follicule lutéinisé non rompu** (*LUF-syndrome*) : Lutéinisation d'un follicule non rompu.
- ✓ **Syndrome de rétention ovocytaire**: Rétention de l'ovocyte dans le follicule rompu.
- ✓ **Phase lutéale courte**: Raccourcissement de la phase lutéale (*<10 jours*).
- ✓ **Phase lutéale insuffisante ou inadéquate**: Sécrétion de progestérone déficitaire ou inadéquate.
- ✓ **Phase lutéale allongée**: Allongement de la phase lutéale (*>15 jours*).



# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

- ✔ Patiente de **45 ans (1959)**, **infirmière**, recherchant plutôt une **prise en charge phytothérapique**.
- ✔ Orientée sur sa demande aussi suite aux conseils d'une amie pharmacienne.
- ✔ **AF** : Un frère asthmatique. Père : HTA, DNID. Mère : Colon irritable.
- ✔ **AM** : B.S.H / Allergie : Néant / Tabagisme : Néant / Alcool: 1 verre de rouge le soir.
- ✔ Drogue : Néant. Médicaments : **Tardyféron\*** x 1 cp/j depuis 1 mois.
- ✔ Tendance à la **prise de poids** (*Poids actuel : 82 kg / 1m65, soit **BMI** ou **IMC =30***).  
Infection urinaire : 1 fois il y'a 6 mois/ E.Coli. (*traitée par Noroxine\* 400 : 2 cp/j x 3j*)



# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

- ✓ **A.C** : Appendicectomie à 10 ans.
- ✓ **A.G** :- PR à 14 ans. **Cycles réguliers 28-30 j /4-5 jours jusqu'il y'a 1 an environ,** avec une **dysménorrhée légère**, peu gênante, avec rarement nécessité d'antalgiques (*Ibuprofen*).
- ✓ **Seins** : **Tension mammaire** prémenstruelle 3-4 jours avant les règles dans le passé, **7-10 j depuis 10-12 mois avec actuellement des mastodynies.**
- ✓ Euparéunie. Infections gynéco : 2-3 mycoses dans le passé.
- ✓ **Contraception** : -Stédiril x 5 ans (*de 20 à 25 ans*) arrêté pour prise de poids. Préservatifs en général, parfois le retrait (mariée depuis l'âge de 25 ans).
- ✓ **AO** : 2G/1P. IVG à 20 ans.
- ✓ Un enfant à 26 ans (1985), G.N.A.T, A.V.B.S, épisiotomie, péridurale. Allaitement maternel x 3 mois.





# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

## MOTIF DE CONSULTATION (17.03.04) :

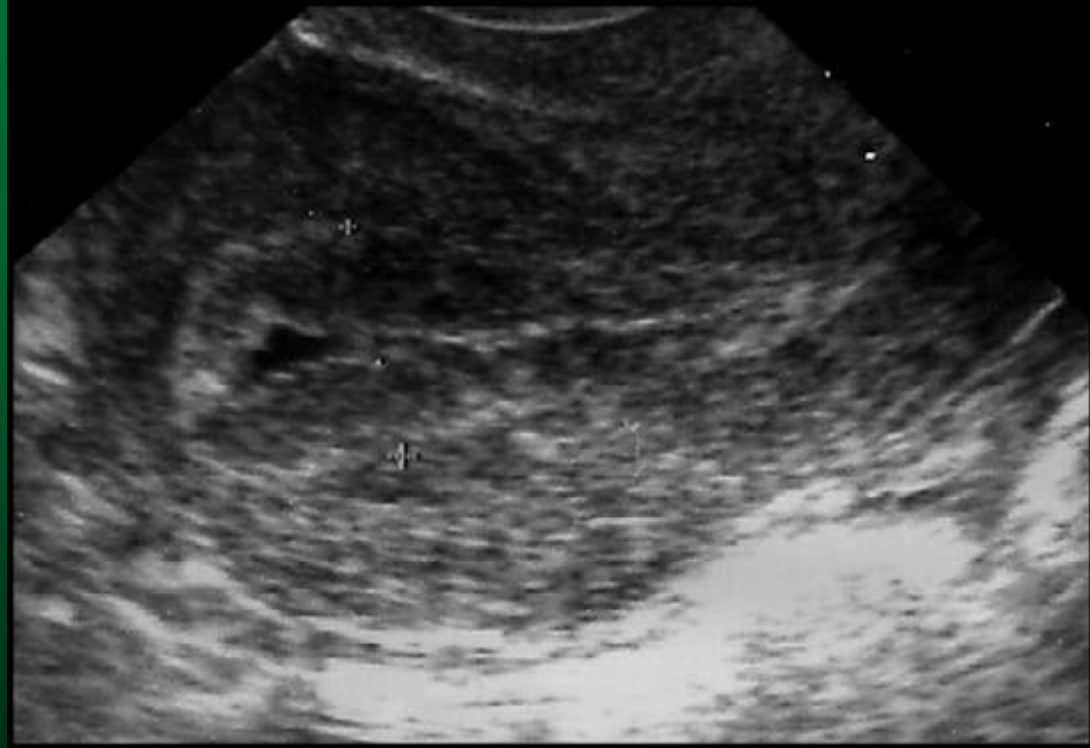
- 1) Depuis 1 an **cycles irréguliers de 29 à 35-36 jours x 7-10 jours, ménorrhagiques** (*plusieurs serviettes/ 24 h, score menstruel supérieur à 100*).
- 2) **Tension mammaire** accrue à 7-10 jours avant les règles avec **dysménorrhée** plus ressentie et des **mastodynies**.
- 3) **Secrétions vaginales abondantes**, par trop « lubrifiantes ».
- 4) Souhaite essayer un traitement « naturel », si possible en **phytothérapie**.

## ANAMNESE :

- **DR: 03.03.04 x 7 j.** plusieurs changes avec **caillots** (*score de menstruation > 100*)
- A déjà eu un **bilan** par son M.G et son gynécologue avec des **résultats normaux** des bilans thyroïdien, hépatique, rénal et glycémique. **Prolactine : 18 ng/ml** (*N < 20 ng/ml*).
- Cependant, **Hb : 110 ng/mL** (*N= 140-170 ng/ml*). **Ferritine : 15 mcg/l** (*N : 20-100 mcg/l, femmes*). Crase sanguine : Nle. Elle a un traitement martial en cours (**TARDYFERON\* 1 cp/j**). **Fatiguée, anxieuse.**



1er cas :  
**MENORRAGIES**  
**HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.**



**US endovaginal** (27.02.04) à J 29, par son gynécologue : **Endomètre 18 mm** (N< 15 mm), épaissement diffus, régulier homogène hyperéchogène de **type sécrétoire**. Myomètre, ovaires dans les normes (**Pas d'images** évocatrices de fibrome, polype, adénomyose, endométriose, kystes de l'ovaire, pathologie tubaire), Douglas libre.



# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

✓ **BE** (Biopsie d'endomètre/ Pipelle de cornier) (27.02.04) : **Hyperplasie simple**.  
FROTTIS de dépistage (PAP smear) : pas de cellules suspectes de malignité.

## CONCLUSION :

**Ménorragies** en période pré-ménopausique / **Hyperplasie simple** de l'endomètre.

## TRAITEMENTS EXPOSEES PAR SON GYNECOLOGUE

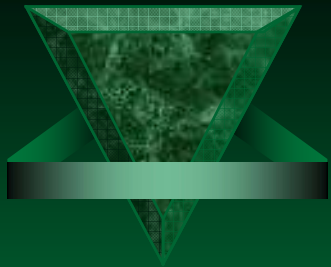
Pour décider d'un commun **accord éclairé** (elle est infirmière) du choix entre et/ou :

1) Pose d'un **DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU) progestatif** au **LEVONORGESTREL** (52 mg, délivrant 20 mcg/24 h, **MIRENA\***) valable 5 ans, dans le but d'atrophier l'endomètre, tarir la sécrétion abondante de la glaire cervicale qui la gêne, et faire office en même temps de contraception (*en attendant la ménopause*). La patiente est **avertie** de la possibilité de **saignements irréguliers** et des **spottings** dans les premiers mois suivant la pose, de tenir un calendrier des saignements et de s'attendre (*chez 20% des patientes/cf. Compendium*) à la possibilité de développer une oligoménorrhée et/ou une **aménorrhée** au bout d'un certain temps (*but recherché en principe*).



# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

- 2) Prendre une préparation hormonale biphasique- en respectant les contre-indications et avoir un suivi gynécologique régulier- (*i.e* : **CYCLACUR\*** : 11 dragées blanches de Valérate d'estradiol à 2 mg chacune, suivies de 10 dragées brunes à 2mg de Valérate d'estradiol et de 0,5 mg de Norgestrel, un progestatif de synthèse) pour régulariser le cycle.
- 3) Prise per os du **16ème-25ème** jour du cycle de **MEDROXYPROGESTERONE ACETATE** pour limiter la croissance endométriale et donc le saignement, régulariser le cycle et réduire la sécrétion de la glaire cervicale ( : **PRODAFEM\*** comprimés à 10 mg x 1 cp/j).
- 4) Prise per os de l'**ACIDE TRANEXAMIQUE**, ( à titre d'antifibrinolytique /hémostatique) pendant les règles (**CYCLOKAPRON\***, comprimés à 500 mg x 3-6 cp /j).
- 5) Prise d'**ACIDE MEFENAMIQUE** (*un A I N S*) per os ou en suppositoires ( à titre d'antiprostaglandines) pendant les règles (**PONSTAN\***, comprimés à 500 mg x 3/J).
- 6) **GEL de PROGESTERONE**. / GEL (1 g) : 10 mg/. 1 Dose de **PROGESTOGEL\*** répartie sur les 2 seins, en traitement continu.
- 7) De perdre du poids.



# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

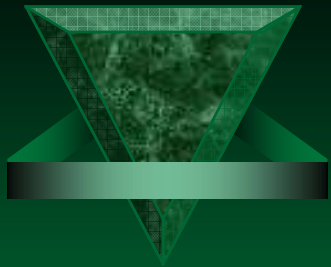
7) En tout cas et **en attendant** : poursuivre un traitement martial. (**TARDYFERON\***).

## **MAIS LA PATIENTE:**

- 1) Réfute catégoriquement l'idée de porter un DIU, avoir éventuellement des **spottings** ou une **aménorrhée**.
- 2) Dit craindre une **prise de poids** avec les **progestatifs** per os.
- 3) Rejette l'idée de suppositoires, et les **AINS** lui provoqueraient des **gastralgies** - d'où sa démarche actuelle de recherche d'une alternative thérapeutique « naturelle » autant que possible.

Elle a **lu par ailleurs** -ce qui l'inquiète beaucoup - que parfois on se voit proposer :

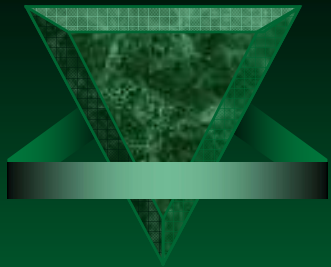
- 1) une mise au repos temporaire des ovaires x 6 mois par une injection mensuelle d'un **analogue de la LH-RH** (tel la *Triptolérine* dans le *Décapeptil\*Retard*), pour tarir la sécrétion hypophysaire des gonadotrophines et créer une **aménorrhée**.
- 2) la **destruction endométriale** par ballonnet (*Cavaterm\**, *laser yag*, *roller-ball*) et éventuellement l'**HYSTERECTOMIE+/-annexectomie bilatérale** (vu l'âge « *préménopausique* ») - autres éléments qu'elle souhaite éviter.



# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

## STATUS (17.03.04 /17ème jour du cycle) :

- ✓ P : 82 kg. T = 1.65m (IMC : 30). T.A=13/8.
- ✓ **Seins** : un peu grenues, mastosiques, mais souples, **T0 N0 S0**, et une mammographie + échographie mammaire récentes, d'il y'a 3 mois, n'ont objectivé que des seins d'allure dense, mais sans images suspectes de malignité. Un mammographie de contrôle sera à faire à 2 ans.
- ✓ **Ex. pelvien** : Spéculum : col avec un ectropion, **Glaire cervicale fluide** abondante, étirable à **15 cm**, cristallisant en feuilles de fougère (*Frottis cervico-vaginal en ordre, récent < 1 an*). TV et TR : sans particularité.



**1er cas :**  
**MENORRAGIES**  
**HYPERMENORHEES FONCTIONNELLES.**

**PROPOSITION DE TRAITEMENT PHYTOTHERAPIQUE -**  
ayant pour objectifs de contrer :

- a) une ( **hyper**)oestrogénie prolongée.
- b) une **insuffisance** (lutéale) progestéronique.
- c) des **règles ménorragiques anémiantes**.



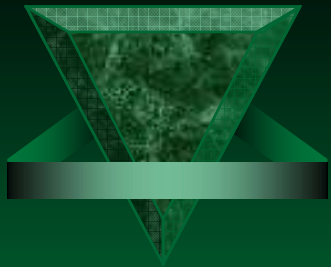
1er cas :  
**MENORRAGIES**  
**HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.**



1) **ALCHEMILLE** (*ALCHEMILLA VULGARIS*,  
*en anglais : LADY'S MANTLE*, famille des  
*Rosaceae*) en **extrait standardisé glycéринé** : 1 c.a.c/j  
dans 1 verre d'eau 1x/j du 12ème au 25ème jour du  
cycle x 3 cycles. (*Phytostandard* :Laboratoire  
*Phytolys/Phytoprévent*) :

- pour son effet « **progestérone-like** » selon certains.
- du fait qu'elle contient 6-8% de tanins (astringent)  
et est **utilisé traditionnellement** en cas de  
**ménorragie / hyperménorrhée** consécutives à  
**l'insuffisance lutéale.**





# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

## Références:

- **Dahout Ch. et Wuyts D.** Gynécologie-Obstétrique. Editions Techniques – Encycl. Med. Nat. (Paris, France), Phytothérapie Aromathérapie, D-3, 9-1991, 28 p. Posologie préconisée dans les **ménorragies par insuffisance lutéale** : extrait sec nébulisé 400 mg x 2-3 fois/j du 10ème au 25ème jour du cycle ( p. 14-D-3).
- **Wichtl MW.** Herbal Drugs and Phytopharmaceuticals. Ed. N.M.Bisset. Stuttgart : Medpharm GmbH Scientific publishers, 1994.
- **Duraffourd Ch et Lapraz.** Traité de phytothérapie clinique, Médecine et endobiogénie. 2002. ed. Masson p.729 : « **ALCHEMILLE**(*Alchemilla vulgaris*) : astringent(muqueuses digestives), antidiarrhéïque, veinotrope, veinotonique, **anti-hémorragique(endométrial), lutéotrope.**



1er cas :  
**MENORRAGIES**  
**HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.**



2) **GATTILIER** (*VITEX AGNUS CASTUS*, *CHASTBERRY*, famille des *verbanaceae*) : **1 dragée/j**, de 40 mg d'extrait sec de gattilier Ze 440 (correspondant à 20 mg d'extrait natif, standardisé à 0,6 % de casticine : *Premens*°, Laboratoire Zeller Médical) - du fait qu'il contient un principe actif qui se lie aux récepteurs **D1 et D2** cérébraux de la **dopamine** et qui semble **freiner la libération de la prolactine**, sachant que la patiente avait des mastodynies et une prolactine vers la limite supérieure à **18 ng/ml** ( $N < 20 \text{ ng/ml}$ ), même s'il n'y a pas eu de galactorrhée. Un **retard de l'ovulation** et/ou une **dysovulation avec un corps jaune inadéquat insuffisant** peuvent en résulter.

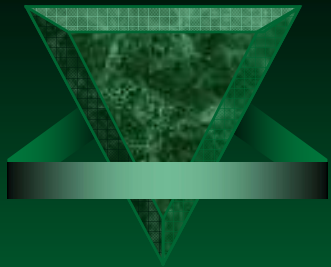


# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

## Références :

- 1) **Wutke W**, Dopaminergic « Action of extracts of Agnus Castus. » *Forschende Komplementarmedizen*, 1996 ; 3(6) : 329-330.
- 2) **Newall CA** et al. *Herbal Medicine : A Guide for Healthcare Professionals*. London, UK : The Pharmaceutical Press, 1996.
- 3) **The Review of Natural Products** by Facts and Comparisons. St. Louis, MO: Wolters Kluwer Co., 1999.
- 4) **Schulz V** et al. *Rational Phytotherapy : A physician's Guide to Herbal Medicine*. Trans. Terrs C. Telger. 3rd ed. Berlin, Germany : Springer, 1998).

Il est à noter que d'autres recherches suggèrent que le **Gattilier** pourrait agir centralement pour **réduire la sécrétion de la FSH** (=Follicle Stimulating Hormone) par l'anté-hypophyse, mais en même temps **augmenter celle de la LH** et **réduire celle la prolactine** pour obtenir un **effet global** qui favoriserait la **progestérone** par rapport aux **estrogènes** (in Newall CA et al. op cit.), ce qui résulterait en une normalisation de la phase lutéale, et par conséquent **préviendrait l'insuffisance lutéale** en progestérone, l'**hypertrophie de l'endomètre** et ses conséquences **ménorragiques..**



# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

## Références :

- 1) **Jarry et al.** « In vitro **prolactin** but not LH and FSH release **is inhibited** by compounds in extracts of **Agnus Castus** : direct evidence for a dopaminergic principle by dopamine receptor assay.” *Experimental and Clinical Endocrinology*, 1994; 102: 448-454.
- 2) **Mertz P et al.** « The effects of a special **Agnus Castus** extract (BP 1095 el) on prolactin secretion in healthy male subjects.” *Endocrinology and Diabetes*, 1996; 104: 447-453.
- 3) **Dahout Ch. et Wuyts D.** *Gynécologie – Obstétrique*. Ed. Techniques. *Encycl. Méd. Nat. (Paris, France), Phytothérapie, Aromathérapie*, D-3, 9-1991, 28 p (p. 14-D-3). Pour ces auteurs les **ménorragies par hyperoestrogénie vraie** sont liées à un **excès fonctionnel de l'axe FSH- oestrogènes** entre autres (*ce qui pourrait être supposé éventuellement dans notre cas –NDLR*), et que le « **gattilier est la meilleure plante dans cette indication** ». Posologie : extrait sec nébulisé de *Vitex agnus castus* 400 mg p.f 1 gélule x 2 fois/j du 5ème-25ème jour du cycle pendant plusieurs mois. Son activité est due à ses **glycosides**, ses **flavonoïdes** et à son **huile essentielle**.



1er cas :  
**MENORRHAGIES**  
**HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.**

3) **BOURSE A PASTEUR** (*CAPSELLA BURSA-PASTORIS*, *SHPERERD'S PURSE*, famille des *Brassicaceae*) : gélules dosées à **250 mg/gélule** : **4-6 gélules/j pendant les règles** x 3 cycles x 1 emballage de 200 gélules) – pour sa **stimulation tonique utérine** et ses effets **antihémorragiques**.

**Références:**

1- *Newall CA et al. Herbal Medicine : A Guide for Healthcare Professionals, London, UK : The Pharmaceutical Press, 1966).*

2- *Dahut Ch et Wuyt D. op cit. ( p.15-D-3) parlent d'action hémostatique, tonique du muscle utérin, activité due à des alcaloïdes, de choline et dérivés flavoniques, rutosides et luteolol-7-rutinoside.*

3- *Blumental M, et al..The Complete German Commission E Monographs : Therapeutic guide to Herbal Medicines. Trans. S. Klein. Boston, MA : American botanical Council, 1998.*





1er cas :

## MENORRAGIES

# HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

4) **ACIDE TRANEXAMIQUE**, en réserve (*pour son **action antifibrinolytique /hémostatique***) : comprimés enrobé à 500 mg/cp : x 2-6cp / j pendant les règles ( : *Cyclokapron* °, Laboratoire Pharmacia & Upjohn)

5) **TRAITEMENT MARTIAL** à poursuivre (***TARDYFERON** °, dragées retard à 80 mg, Laboratoire Robopharm*) : 1 dragée/j x 2 mois (à renouveler si nécessaire selon résultat du contrôle sanguin dans 1- 2 mois).

6) **CONSEILS DE REGIME ALIMENTAIRE** approprié auprès d'une diététicienne :

1) pour **réduire la masse (*graisseuse*) corporelle** et par ce biais la **conversion périphérique des androgènes** surrénaliens en **estrogènes** (*par l'aromatase des adipocytes* ), notion... qu'elle ignorait (!) et qui semble avoir eu un impact positif !. Une **assistance phytothérapique** à cet égard pourra être instaurée, si nécessaire, ultérieurement.

2) **Réduire l'apport alimentaire en acide arachidonique** ( *acide gras oméga 6, qui conduit à une **augmentation de la production des Prostaglandines Pg E2** qui joue un rôle important dans le processus de la menstruation et qui se trouve essentiellement dans les **graisses animales***).

*Réf : Murray M, Pizzorno J. Menstrual blood loss/Excessive. Encyclopedia of Natural Medicine. Prima Publishing, 1998, pp.645-647).*




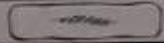

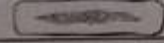

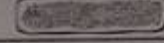
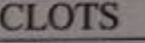
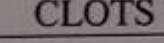
# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

7) **DIAGRAMME MENSTRUEL IMAGE** (« *The pictorial menstrual blood loss chart* »- modifiée\*) à remplir (calcul du score des pertes menstruelles d'après le nombre et le degré de l'imbibition/remplissage des serviettes hygiéniques utilisées : si peu remplie= 1 point. Moyennement remplie= 5 points. Bien remplie=10 points. Présence de caillots= 20 points.

*Un score >100 indique une perte de sang > 80 ml/ cycle (N<80 ml/cycle).*

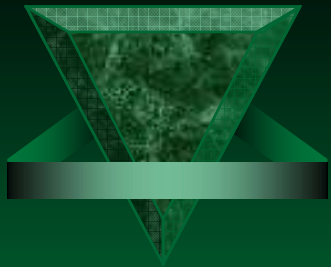
*\*Ref : Prof.Adam Ostrzenski . “Dysfunctional uterine bleeding”. Gynecology. Integrating Conventional, Complementary, and Natural Alternative Therapy. Lippincott Williams & Wilkins, 2002, p.118.*

# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

TAMPON	SANITARY NAPKINS	CONSECUTIVE DAYS OF MENSES								MULTIPLICATION FACTOR	
		1	2	3	4	5	6	7	8	Tampon	S. Napkins
											
										5	5
										10	10
										10	20
CLOTS	CLOTS										
Total Score											

**FIGURE 10.1.** The pictorial menstrual blood loss chart. (Modified from Fraser IS, McCarron G, Markham R. Blood and total fluid content of menstrual discharge. *Obstet Gynecol* 1985;65:194-198; with permission.)





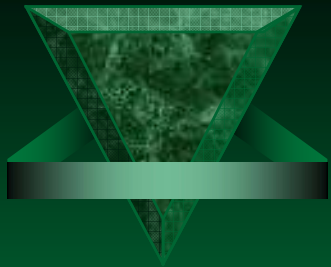
# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

8) **CONTRACEPTION** : Désire poursuivre tel que. Rappel de la contraception du lendemain (NORLEVO\*)...au cas où...

✓ **PROCHAIN CONTROLE** : à 3 mois. Patiente avertie de donner de ses nouvelles entre-temps si situation idem ou péjorée.

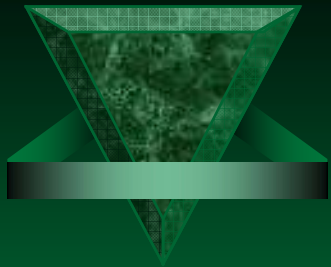
✓ **CONSULTATION DE CONTROLE** ( 04.08.04 -29ème jour du cycle) : (début du traitement 17.03.04).

DR : (03.03.04 x 7j) -----**33j**----- ( 03.04 07 x 5j)-----**32j**----- (05.05.04 x 5j)-----  
**31j**----- (05.06.04 x 5j)-----**31j**----- (06.07.04 x 5j)-----**cycle en cours**-----  
--(29ème jour).



# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

- Bon état général. Moins fatiguée. **Disparition des mastodynies et de la tension mammaire.**
- **A suivi un régime** avec une diététicienne avec réduction des graisses animales et des sucres rapides.
- **P : 79.5 kg /1.65m (-2.5 kg, BMI : 27,5 au lieu de 30). Hb : 140 g/l, Ferritine : 30 mcg/l (N :20-100),** il y a 2 jours.
- **Satisfaite du traitement,** par ailleurs très bien supporté.
- **N'a pas utilisé** l'acide tranexamique (*Cyclokapron\**).
- **Les 2 derniers scores menstruels : 60 et 70** (*selon le diagramme menstruel visuel*).
- Signale s'être procuré elle-même 1 boîte supplémentaire de **Vitex Agnus castus** en pharmacie (*OPRANE\**, *Laboratoire Médichémie*) x **1 cp/j.**
- **Examen mammaire et pelvien** dans les normes.



# 1er cas : MENORRAGIES HYPERMENORRHEES FONCTIONNELLES.

- **US-endovaginal** : endomètre **10 mm** d'épaisseur, hyperéchogène de type sécrétoire, **dans les normes** à j 29 du cycle.

**CONCLUSION** : Bonne évolution.

**ATTITUDE** :

- 1) **Stop du Tardyféron°.**
- 2) **Poursuite du régime** avec la diététicienne (*on l'encourage vivement dans ce sens*).
- 3) **Poursuite le même schéma phytothérapique** x 3 mois supplémentaires, mais on suggère de commencer l'Alchémille au 6ème jour du cycle (*6ème-25ème jour du cycle*).
- 4) Poursuivre de **remplir le diagramme** schématique des pertes sanguines menstruelles avec leur date d'apparition.

- **PC** : à 3 mois.



# 2ème CAS

**TROUBLES DU CYCLE MENSTRUEL**

**DYSMENORHEE PRIMAIRE  
INVALIDANTE**

*dans un contexte de drépanocytose homozygote*

**CAS CLINIQUE TRAITÉ PAR  
PHYTOTHERAPIE .**



# 2ème CAS

- ✓ Mlle M.A, Age : **16 ans** (*née : 1987, au Congo / Afrique*). Consulte pour la 1ère fois au Planning familial le 18.11.03, accompagnée de sa mère.
- ✓ **MOTIF DE CONSULTATION** du 18 .11. 03 : **Information sur la contraception** préventive chez une patiente africaine, virgo, atteinte d'une **Drépanocytose homozygote** et souffrant de **dysménorrhées invalidantes** depuis 3 ans – **petit copain en vue...**, recommandation appuyée de ses médecins pédiatres d'éviter une grossesse à haut risque dans son cas, mère grandement soucieuse... !
- ✓ **AF** : Parents hétérozygotes, porteurs du trait drépanocytaire (*risque 1 :4 d'homozygotie chez leur enfant*). Mère : Rhume des foies.



# 2ème CAS

## AM :

- Allergie : néant. Tabac : néant. Alcool : néant. Drogues : néant. Pas de paludisme. Chloroquine (Nivaquine\*, en réserve à titre préventif si séjour en Afrique). Tendence aux refroidissements, rhumes.

## -Médicaments :

1) **Acide folique** (cp. 5mg) x 1 cp/j (pour l'érythropoïèse).

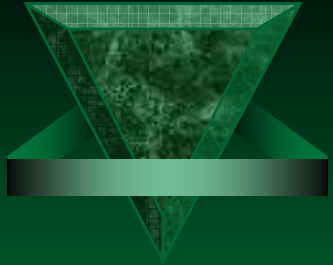
2) **Antibiothérapie quotidienne**, au long cours, notamment en automne et hiver :

- **Phénoxyméthylpénicilline** (*Oспен\**, comprimés, à 1 Mio UI/cp, sécables) x 1 cp /j, à titre préventif des infections ( *lesquelles peuvent aggraver l'anémie chronique*).

- **Chloroquine** (*Nivaquine\**), en réserve si séjour en Afrique.

3) **Saccharomycès boulardii** (gélules, *Ultra Levure\**) :3-4 gélules/j en accompagnement de l'antibiothérapie, pour limiter un dysmicrobisme intestinal.

4) **Oxygénéothérapie**, en cas de crise, notamment d'algies abdomino-pelviennes.



# HEMATIES FALCIFORMES



# 2ème CAS

## Remarque :

*L'hypoxie provoque une polymérisation des molécules de l'hémoglobine S (formant des structures dits « tacroïdes »), avec **déformation de la membrane des hématies** qui deviennent **falciformes**, augmentant la viscosité sanguine, d'où **ralentissement voire un blocage circulatoire** dans les petits vaisseaux, aggravant l'hypoxie tissulaire et par là les symptômes.*

*Ces hématies de configuration modifiée falciforme sont **phagocytés** en grand nombre par des mononucléaires d'où diminution considérable de leur durée de vie entraînant une **hémolyse anémiant**. Le séjour en altitude, le refroidissement, et la déshydratation sont à éviter. La réoxygénation permet une dépolymérisation et la régression des structures tacroïdes. (Ref : Davidson *Médecine interne, Principe et pratique*, ed. Maloine 2000).*

**5) Paracétamol et acide méfénamique (Ponstyl\*/Ponstan\*)** selon les circonstances, mais de manière limitée dans le temps pour le dernier (Les **AINS** retardent l'élimination de la **pénicilline**).

**6) Transfusion de culots globulaires** et une **hydratation par perfusion**, en plus de l'oxygénothérapie, selon nécessité.



# 2ème CAS

**A.C** : néant.

**A.G** :

- **PR** à 13 ans. Cycles irréguliers au début.
- Cycles réguliers depuis 2 ans : 28j/6-7j. **Dysménorrhée primaire ++ à +++ (hyperalgique)**, débutant 2-3 jours avant les règles à chaque menstruation et durant les 7 jours. **Absentéisme scolaire** fréquent à cette période. **Tension mammaire** 3-4 jours avant les règles.
- **Hospitalisation** il y'a 2 semaines x 6 jours pour l'**algoménorrhée +++** avec utilisation de **morphine**.
- Bilan **echo abdomino- pelvienne** et **IRM** : **pas d'anomalie** structurelle décelable.
- **Contraception** : n'a pas encore eu de RS (*Virgo*).

**A.O** : G0P0.

**HA** :

- La patiente est **courtisée** depuis 1 mois par un jeune homme de 18 ans. Au cas de RS se pose le problème de la contraception.
- La patiente est en transition de passer de la **surveillance de la pédiatrie**, pour celle du service **d'hématologie adulte**, pour motif d'âge (*16 ans*).

**DR** : 04.11.03 x 7j. (*J-14 du cycle*).



# 2ème CAS

## STATUS :

- Taille : 1.67m. Poids : 53 kg. (**BMI/IMC =19**). T.A = 12/7.
- Bon état général.
- **Seins** : souples : T0.N0.S0. Thyroïde : sp.
- Cœur, Abdomen, loges rénales, foie : sp.
- **Vulve** : sp. **L'hymen périphérique** semble **intact**.
- **Spéculum et TV** : non effectués (Bilan écho/IRM : sp).

## CONCLUSION :

- 1) **Dysménorrhée / algoménorrhée primaire** invalidante dans un contexte d'une drépanocytose homozygote.
- 2) **Demande d'information** pour une **contraception efficace** (adolescente, grossesse à risque élevé de complications, risque de recours à une IVG).



# 2ème CAS

## ATTITUDE :

- 1) **Explication des différentes méthodes de contraception** envisageables pour une adolescente de son âge et de son cas précis, sensibilisation à leurs modalités, avantages, inconvénients et contraintes, afin d'y réfléchir, choisir et adhérer sérieusement : dans son cas une minipilule estroprogestative à 30 mcg d'éthinyl estradiol et avec du Levonorgestrel est envisageable.
- 2) **Prendre contact auprès du service de pédiatrie** où elle a été suivie pour complément de données et recherche de contre-indications éventuelles à la CO, d'après son dossier.
- 3) **En attendant** de mûrir/ prendre sa décision et de commencer sa contraception **expliquer** fermement à son prétendant **le risque** encouru par une **grossesse intempestive**, pratiquer l'**abstinence** (*même « anté-portas »*), et toujours faire usage d'un **préservatif** masculin qu'elle que soient les circonstances et les promesses du partenaire et pour la **prévention des MST**.

# 2ème CAS



4 ) Proposition (*acceptée*), dans l'intervalle, d'essayer **x 3 mois** un **TRAITEMENT PHYTOTHERAPIQUE** visant l'algoménorrhée avec de l'**HUILE d'ONAGRE** (*Oenothera biennis*, *Evening Primrose oil*- Famille *des onagraceae*) extraite de la graine (*par 1ère pression à froid*) à 3 grammes/j : **Gélules 500 mg x 6/j** (2 matin, midi et soir) **x 3 mois**.

## Rationale :

- La cause primaire de la **dysménorrhée primaire** est l'accroissement de la production de la production des **prostaglandines endométriales**.
- Ces composés se trouvent en **concentration plus augmentée** dans l'**endomètre sécrétoire** par rapport à l'endomètre prolifératif.
- Le **déclin** des niveaux de la **progestérone** dans la phase lutéale tardive déclenche une action **enzymatique lytique**, résultant en un **largage de phospholipides** avec **génération d'acide arachidonique** et activation de la **voie des cyclooxygénase**. La biosynthèse et le métabolisme des **prostaglandines** et du **thromboxane** qui dérivent de l'**acide arachidonique** sont décrits dans le schéma ci après.

# 2ème CAS

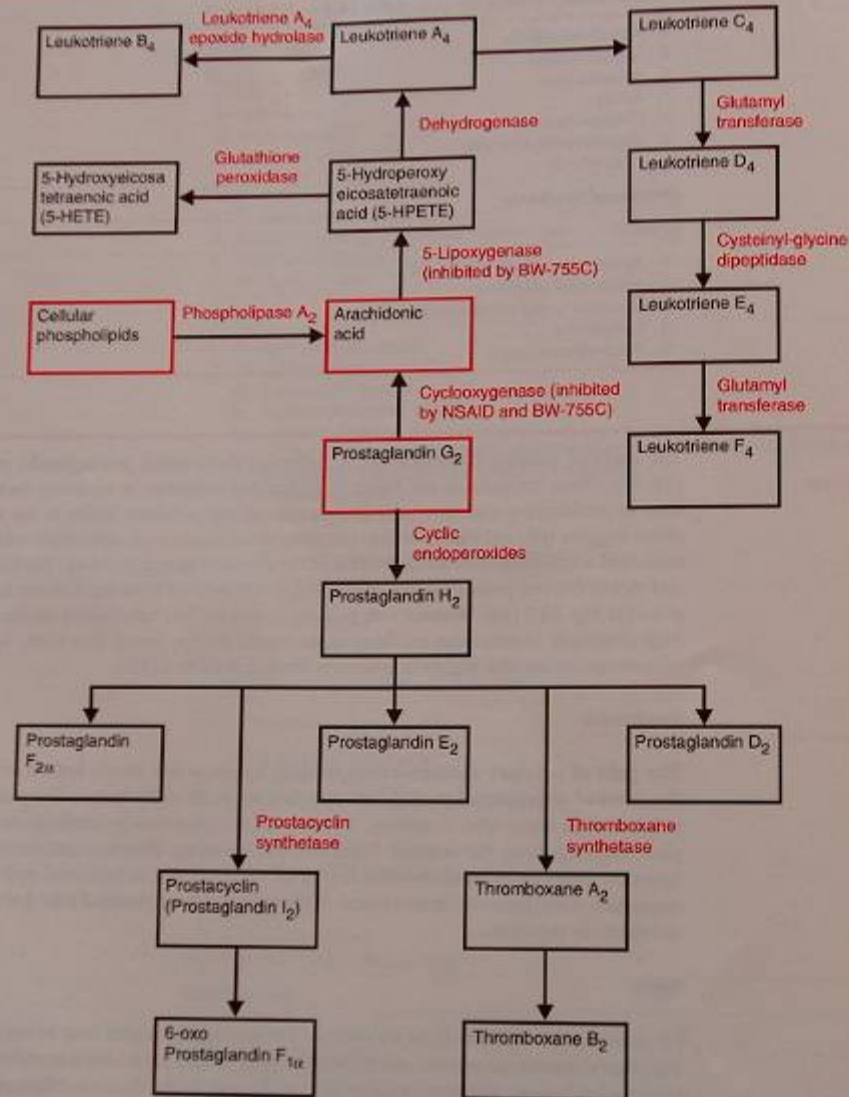


Figure 14.2 The biosynthesis and metabolism of prostaglandins and thromboxane derived from arachidonic acid. (From Chaudhuri G. Physiologic aspects of prostaglandins and leukotrienes. *Semin Reprod Endocrinol* 1985;3:219, with permission.)



# 2ème CAS

- ✓ Les femmes souffrant de **Dysménorrhée primaire** ont un **tonus utérin plus élevé** avec des **contractions de haute amplitude** résultant en une décroissance du flux sanguin utérin (*Akerlund M et al. Primary dysmenorrhea and vasopressin. Br J Obstet Gynecol 1979 :86 :484-487*).
- ✓ Les **concentrations en vasopressin** sont aussi **plus élevés** chez les femmes dysménorrhéiques (*Akerlund M et al. Op cit*).

*Texte traduit de **Novak's GYNECOLOGY** 13ème édition, Berek J S éditeur, Lippincott Williams & Wilkin's, 2002, p.433-444.*



# 2ème CAS

Il convient donc d'essayer de réduire le taux des substances en cause et où **l'huile d'onagre** peut jouer un rôle favorable. En effet :

**1 ) L'huile d'onagre** contient des acides gras essentiels : 2-16% d'**acide gamma-linolénique (GLA)** et 65-80% d'**acide linoléique**.

Le **GLA** est métabolisé en acide **dihomo-gamma-linoléique (DGLA)**.

Aussi bien le **GLA** et Le **DGLA** sont les précurseurs des **prostaglandines E2 (Pg E2)** et des **prostaglandines E1 (Pg E1)**.

**La supplémentation en GLA** augmente la concentration en **DGLA**, lequel **DGLA** est converti en **15-hydroxy-DGLA**, qui à son tour peut **inhiber compétitivement** la production de **certaines prostaglandines et leucotriènes** provenant de l'**acide arachidonique**, et responsables de l'**inflammation**.

## Références :

- **Newall CA et al.** *Herbal Medicine : A Guide for Healthcare Professionals*. London, UK : The Pharmaceutical Press, 1996.

- **Belch J, Hill A.** *Evening primrose oil and borage oil in rheumatologic conditions*. *Am J Clin Nutr* 2000; 71 (1) : 352S-356S.).



# 2ème CAS

2) **La supplémentation en huile d'onagre** permet aussi un **dépassement (*bypassing*)** du taux limitatif de conversion (*rate limiting conversion*) de **l'acide linoléique** contenu dans les aliments, en acide **gamma linoléinique (GLA)**.

Le fait de **détourner cette étape de limitation** améliore le **rapport de l'action inflammatoire et non-inflammatoire** des prostaglandines en faveur de la dernière.  
( *in* : Newcall CA, *Herbal Medicine précité*).

C'est par ce biais que **l'huile d'onagre** peut exercer des effets bénéfiques dans des situations inflammatoires, tel par exemple la **polyarthrite rhumatoïde** (*in* : Belch J, *précité*).

Cette huile permet aussi d'améliorer des situations résultant de certaines déficiences métaboliques tels que dans certaines **mastalgies, l'eczéma atopique**, et le **SPM** ou syndrome prémenstruel (*Réf* : Tyler VE. *Herbs of choice*. Binghampton, NY : Pharmaceutical Products Press, 1994).





# 2ème CAS

**Par ailleurs il a été rapporté :**

- que les patientes présentant un **SPM** avaient des taux de **GLA** plus bas, due possiblement à une **déficience de conversion** de l'**acide linoléique** en **GLA** ( *Réf : Hardy ML. Herbs of special interest to women. J Am Pharm Assoc 200 ; 40 : 234-42).*

- une réduction de l'**agrégation plaquettaire** (d'après *The Review of Natural Products by Facts and Comparisons. St. Louis, MO : Wolters Kluwer Co., 1999).*

***N.B :** Le commentaire et les citations des références ci-dessus proviennent du : Jellin JM et al. Pharmacist Letter/Prescriber's Letter Natural Medicines Comprehensive Database. 3rd ed. Stockton, CA : Therapeutic Research Faculty ; 2000 : pg 422).Prima Publishing.*

# 2ème CAS

**5- ECHINACEE** (*ECHINACEA PURPUREA*, *RUDBECKIE ROUGE*- famille des *Asteraceae* ou *Compositae*) : « **pour stimuler** (réf. *Compendium*) **les systèmes de défense endogènes** lors de tendance aux refroidissements et de refroidissements accompagnées de fièvre :- **Extrait glycéринé en phytostandard** de la racine: **1 c.a.c dans un verre d'eau x 1 fois/j x 5 jours/7 ou 3 semaines/4 x 2 mois** (forme galénique choisie par la patiente parmi les autres formes galéniques proposées).

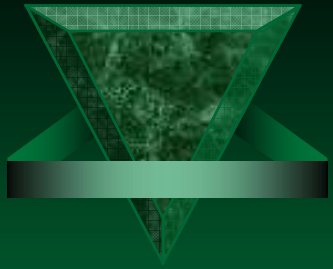
L'action de cette plante tend à **accroître la résistance corporelle à l'activité bactérienne** et à **l'infection**. (Référence: Tyler VE. *Herbs of choice*. Binghamton, NY : Pharmaceutical Products Press, 1994).

Elle permet par voie orale de **raccourcir la durée des rhumes**.

## **Références:**

**Brinkeborn et al.**, *Echinaforce and other fresh plant preparations in the treatment of common cold. A randomized, placebo controlled, double-blind clinical trial. Phytomedicine 1999 ; 1-6.*

**Gunning K.** *Echinacea in the treatment and prevention of upper respiratory tract infections. West J Med 1999; 171:198-200.*



# Trouble du cycle menstruel

▼ Echinacea Purpurea



# 2ème CAS

17.02.04 - **CONSULTATION DE CONTROLE** ( à J-21 du cycle en cours, accompagnée de sa mère):

**MOTIF** : demander un **avis** sur la poursuite du traitement .

- A commencé la prise d'onagre 500 mg le 19.11.03 à J-15 du cycle : 2x3 gélules/j en continue.
- **DR** : 04.11.03<-----**(28j/7j)**----->02.12.03 : **dysménorrhée +**. Pas de tension mammaire prémenstruelle.  
02.12.03<-----**(28/7j)**----->30.12.03 : **règles pratiquement indolores. Pas de tension mammaire prémenstruelle.**  
30.12.03<-----**(28/7j)**----->27.01.04 : **règles indolores. Pas de tension mammaire prémenstruelle.**
- La patiente est prise en charge par le **service d'hématologie adultes** lequel vient de lui prescrire une C.O triphasique contenant 30-40-30mcg d'éthinylestradiol+Levonorgestrel 50-75-125 mcg ( *Trinordiol\**, laboratoire Wyeth), à débiter le 1e jour du cycle avant tout R.S.
- **T.A** : 12/7 P : 51,5 kg.



# 2ème CAS

## CONCLUSION :

- ✓ Le traitement par l'**huile d'onagre** semble **efficace** sans prise significative de poids.
- ✓ N'a pas encore pris la C.O, car dit :
  - a) n'avoir pas débuté les rapports sexuels.
  - b) être très contente de l'huile d'onagre (*qui de plus a amélioré sa sécheresse cutanée ressentie surtout en hiver*).

## ATTITUDE :

- On conseille la **poursuite de l'huile d'onagre** pour encore 3 mois en essayant de moduler la posologie de à 4-6 gélules/j.
- Prise de l'huile d'onagre conseillée **même si elle prendra la C.O.**
- ✓ **P.C** : à 3 mois.



# 2ème CAS

**04.05.04 - CONSULTATION DE CONTROLE** à J-13 du cycle (*toujours accompagnée de sa mère*) :

**D.R :**            27.01.04<-----**(28/5-6j)** -----> 24.02.04 : **règles indolores. Pas de mastodynies.**  
24.02.04<-----**(28/5-6j)**----->24.03.04 : **idem.**  
24.03.04<-----**(28/5-6j)**----->21.04.04 : **idem.**  
21.04.04<-----**(J-13 de la C.O)**-----

-A modulé l'**huile d'onagre** entre 4-6 gélules/j. A pris l'**échinacée** x 2 mois (*tout en ayant son traitement antibiotique par l'Ospen\**).

-N'a pas eu d'épisodes notables de refroidissement. Satisfaite du traitement.  
**Vient de commencer la C.O** le 21.04.04.

-Conseil de **poursuivre l'huile d'onagre** même avec la pilule.

**25.06.04-** Courier du service d'hématologie qui informe d'une grossesse inopinée/**oubli de pilule** et d'une **IVG à 6 SA**. Ne nous a pas consulté depuis.



## REMERCIEMENTS POUR L'AIDE BIBLIOGRAPHIQUE:

- ✔ *Geneva Foundation for Medical Education and Research- Pr. Aldo Campana*  
(<http://www.gfmer.ch>)
- ✔ *Centre de documentation des médecines non conventionnelles – Bibliothèque de la faculté de médecine de Genève- M. Daniel Haake* (<http://facmed.unige.ch/altermed/>)..
- ✔ *Les services bibliographiques et de documentation scientifiques des laboratoires : Iprad, Organon, Schering- Contact, Fenioux, L.P.E.V, Plantes et médecines et de l'Institut Européen des substances Végétales (F).*
- ✔ *Mme Isabelle Célardin, Pharmacienne –Genève.*

▣ **MERCI A VOUS TOUS POUR VOTRE ECOUTE** ▣