

2018-2019

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

Le médecin généraliste face au syndrome préménstruel : prise en charge thérapeutique

Revue de littérature

CHARDON DU RANQUET Mathilde ■

Née le 20 juin 1991 à Saint Jean (31)

de CHIVRÉ Quitterie ■

Née le 1^{er} mars 1990 à Metz (57)

Sous la direction du Professeur Laurent CONNAN ■

Membres du jury

Madame le Professeur DE CASABIANCA Catherine | Président

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Directeur

Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume | Membre

Madame le Docteur GUERRIER-DUPREZ Claire | Membre

Soutenue publiquement le :
28 juin 2019



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Mathilde CHARDON DU RANQUET
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **31/05/2019**



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Quitterie de CHIVRÉ
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **31/05/2019**



LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistique, informatique médicale	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie

ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Connan qui a accepté de diriger ce travail. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance pour votre suivi et votre aide ces derniers mois.

A Madame le Professeur de Casabianca qui nous fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Legendre qui nous fait l'honneur de juger notre travail. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Madame le Docteur Guerrier, qui a accepté de faire partie de notre jury. Nous vous remercions pour votre soutien et disponibilité dès le début de notre travail.

A Monsieur le Professeur René Écochard, de l'université Claude Bernard de Lyon, pour son aide aux prémices de notre travail. Recevez l'assurance de toute notre reconnaissance.

A Madame Faïs pour son aide précieuse dans notre recherche bibliographique.

A tous nos enseignants et maîtres de stages qui nous ont fait découvrir la médecine et permis d'aimer notre beau métier.

REMERCIEMENTS

De Mathilde,

A Jérôme Lejeune qui a veillé sur notre thèse depuis le début. Vous êtes un modèle de dévouement auprès des plus petits.

A mes parents qui m'ont accompagnée, soutenue et réconfortée dans les moments difficiles de la première année de médecine jusqu'à l'aboutissement de ce travail. Votre vie conjugale, votre service à l'autre et vos multiples investissements sont pour moi un exemple.

A mes sœurs, à mon frère, à mon beau-frère et à ma nièce ; Marie, Guillaume et Aure, Quitterie, Claire, Mayeul et Cécile dont je suis si fière. Vous avez contribué à la réussite de mes études par votre soutien et votre bonne humeur. Vive la familia !

A mon cher Antoine, mon roc et mon appui, soutien dans toutes les péripéties de mon internat et jusque dans les coins reculés de mes lieux de stages... A Jean, notre trésor qui nous comble déjà. Vive la vie !

A mes amis fidèles, Charlotte, Solène, Camille, Claire, Priscille et Mathurin toujours présents au bon moment.

A Quitterie, ma chère co-thésarde. De notre travail de thèse est née une amitié précieuse. Merci à toi pour ce chemin parcouru ensemble, pour cette belle complémentarité et pour ton investissement sans faille.

De Quitterie, MERCI

A Celui qui est la Vie,

A mon Père adoptif Joseph, et à ma Mère,

A Jérôme Lejeune et Jeanne Beretta Molla, les modèles dans ma profession.

A mes parents, pour votre soutien fidèle depuis le début de mes études, tant par votre prière que par votre amour. A Maman, et sa présence dans les détails pratiques pendant ces dix années d'études. A Papa, qui m'a donnée confiance dans les étapes charnières de ce parcours.

A mon frère préféré, Louis-Henri, merci pour tes conseils de typographie. A toi qui relève le défi d'être l'ainé d'une tribu de quatre filles !

A ma sister sœur Annonciade, et toutes mes belles sœurs du Barroux, particulièrement le noviciat. Votre prière m'a bien aidée.

A ma sœur Clotilde, qui partage avec moi cette passion de la femme, de son cycle, de ses mystères et ses prodiges. Merci pour ton écoute toujours bienveillante au bout du fil. A Luidji, et son sourire. A Bifidus, votre petit trésor.

A ma sœur Blanche, et mes futures belles sœurs d'Azille. Merci pour ton soutien, tes attentions délicates, et discrètes. Pour la femme que tu es !

Merci à tous les foyers qui m'ont accueillie, où j'ai trouvé une table pour travailler ma thèse dans une ambiance chaleureuse. Le Chesnay où j'ai établi mon bureau dans la chambre de Clotilde, la Barre et « la chambre du grand Nord », Bellenot sous Pouilly, les Gués et « la chambre Potiron », chez Albane rue Audusson, à Reims, la colloc' de la rue Gerbet, la colloc' de Ginette, Montcelly, la colloc' de la rue Montcey, Les Martres de Veyre, le foyer de la rue du Ravin, le gîte des trois monts... Merci à tous les monastères, vous m'avez encouragée par votre prière qui se poursuivait après mon passage ; Azille, Lagrasse, le Barroux, Nemours, Lourdes, Bet Gemal, St Cloud, la Conso.

A tous mes amis, fidèles dans les moments joyeux ou plus durs. Parmi eux MarieCa, May', les Jervas, Lorraine, Alexandra, SoPé, Ginette et Clairette !

A Mathilde, merci pour ce chemin fidèle ensemble pendant deux ans ! Pour ton amitié, commencée sur les bancs de la fac', ta patiente et ta persévérance, ton courage. A Antoine, et Jean présents dans l'ombre et qui nous rappellent l'essentiel de la vie.

Liste des abréviations

ACOG	American Congress of Obstetricians and Gynecologists
AGOS	Adapted Glasgow Homeopathic Hospital Outcome score
CGI-SI	Echelle Global Clinical Impression — Severity of Illness
CIM-10	Classification internationale des maladies
COP	Contraception œstro-progestative
COPE	Calendar of Premenstrual Experiences
CrPic	Chromium Picolinate
CSI	Corticostéroïdes inhalés
DEP	Débit expiratoire de pointe
DRSP	Daily Record of Severity of Problems
DRSP/EE	Drospirenone / Ethinyl Estradiol
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSR	Echelle Penn Daily Symptoms Records
EAU	Embolisation de l'artère utérine
EVA	Echelle visuelle analogique
EWT	Early wake therapy
GnRH	Gonadotropin Releasing Hormone
HADS	Echelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression
HAM	Echelle de dépression de Hamilton
HAT	Hand acupuncture therapy
HMT	Hand moxibustion therapy
HP	Hypericum Perforatum
IF	Impact factor
IRSNo	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
LNG/EE	Levonorgestrel / Ethinyl estradiol
LWT	Late wake therapy
MADRS	Echelle Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
MDQ	Menstrual distress questionnaire (Moos 1968)
MDQ-C	Moos Menstrual Distress Questionnaire Form C
mg	Milligramme
MMDQ	Modified Menstrual Distress Questionnaire (Moos 1991)
NOMAC/E2	Nomegestestrol Acetate/17 B-Estradiol
PC	Paroxétine en continu
PI	Paroxétine en intermittent
PMS	Premenstrual syndrome
PRISM	Prospective record of the impact and severity of menstruation
PSST	Premenstrual symptoms Screening Tool
SF-12	Short Form Health Survey
SPM	Syndrome prémenstruel
STAI	State Trait Anxiety Inventory
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TDP	Trouble dysphorique prémenstruel
THS	Traitement hormonal substitutif
µg	microgramme
UPA	Acétate d'ulpristal
VAC	Vitex Agnus Castus
WHAQ	Women's Health Assessment Questionnaire
ZS	Sulfate de zinc

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

- Stratégie de recherche
- Sélection des études
- Analyse des données

RÉSULTATS

1. Sélection des références : diagramme de flux
2. Evaluation du degré d'accord entre les lecteurs : coefficient Kappa
3. Description des différentes thérapeutiques et scores des études
 - A. Les traitements médicamenteux
 - Les psychotropes
 - L'hormonothérapie
 - Les autres traitements médicamenteux
 - B. La médecine complémentaire
 - Les plantes
 - Les compléments alimentaires
 - L'acupuncture
 - L'homéopathie
 - Les autres médecines complémentaires
 - C. L'adaptation alimentaire
 - D. L'activité physique
 - Le Yoga et la gymnastique chinoise
 - Le sport
 - E. La thérapie cognitivo-comportementale.

DISCUSSION ET CONCLUSION

- Points forts de l'étude
- Limites de l'étude
- Evaluation de la qualité des travaux (scores)
- Croyances et différences culturelles
- Parallèle entre la médecine conventionnelle et la médecine dite alternative
- Quels traitements pour quels symptômes
- Perspectives

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

**Le médecin généraliste face au syndrome prémenstruel :
prise en charge thérapeutique, revue de littérature.**

Mathilde du Ranquet & Quitterie de Chivré

Recherche bibliographique : conjointe.

Première sélection par la lecture des titres et résumés : conjointe.

Deuxième sélection par la lecture intégrale des articles : répartition équitable, selon les thématiques.

Répartition de la rédaction de l'introduction, de la méthode, des résultats par thématique, de la discussion, de la conclusion, et du résumé.

Relecture et mise en page : conjointe.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Le travail avait comme objectif de faire l'état des lieux des thérapeutiques dont le médecin généraliste dispose pour lutter contre le syndrome prémenstruel invalidant.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Une revue systématique de littérature a été réalisée, sur les onze dernières années, suivant la méthodologie PRISMA-P. L'équation de recherche a été entrée dans PubMed. La première sélection des études, par la lecture des titres et résumés, a été faite par les deux chercheurs de façon indépendante. Pour la deuxième sélection, par la lecture intégrale des articles, les lecteurs se les sont répartis équitablement.

RÉSULTATS : 103 articles furent retenus après lecture intégrale : 51 traitements médicamenteux (21 psychotropes, 21 hormonothérapie, 9 autres médicaments), 42 médecine complémentaire (23 plantes, 12 compléments alimentaires, 4 acupuncture, 2 homéopathie, 1 autre médecine complémentaire), 1 adaptation alimentaire, 5 activité physique (3 yoga, et 2 sport), 4 thérapie cognitivo comportementale. La synthèse des données a montré l'efficacité des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, pouvant être administrés en phase lutéale, et de la Drospirenone 3mg / Ethinyl estradiol 20µg en schéma 24/4. Ce dernier traitement en continu ou les inhibiteurs de la sérotonine et noradrénaline étaient une alternative pour le trouble dysphorique. Avec la phytothérapie chinoise, le vitex agnus castus et le millepertuis étaient les plantes les plus représentées. Des études soulignaient l'importance d'une alimentation à index glycémique élevé, supplémentée en acide gras, zinc, vitamine B1. Une attention était portée au corps avec le yoga, l'acupuncture, le sport, et à l'esprit avec les thérapies cognitivo comportementales.

DISCUSSION : Les prises en charge du syndrome prémenstruel sont aussi multiples que le sont les symptômes qui le constituent. La médecine conventionnelle et celle dite alternative peuvent être conjuguées et adaptées dans une approche centrée sur les préférences et les représentations des patientes. Davantage d'études comparant ou associant les différentes stratégies thérapeutiques entre elles sont nécessaires, et ce sur des populations d'origines différentes. Une grille officielle de diagnostic aiderait aussi les médecins généralistes.

Mots clés : syndrome prémenstruel – médecins généralistes – thérapeutique – psychotropes – hormonothérapie – phytothérapie – acupuncture – compléments alimentaires – yoga – sport – thérapies cognitivo-comportementales

INTRODUCTION

Le syndrome prémenstruel (SPM) se définit comme la présence récurrente et cyclique de symptômes physiques et/ou psychologiques, apparaissant plusieurs jours avant les règles et disparaissant avec celles-ci. Il s'agit d'un trouble complexe, multifactoriel, de présentation variable selon les patientes. De plus, il peut être le signe d'une pathologie sous-jacente à ne pas méconnaître (endométriose...) (1). Actuellement, il n'existe pas d'échelle standardisée et officielle pour le diagnostiquer. Seul le diagnostic du trouble dysphorique prémenstruel (TDP) bénéficie d'une évaluation reconnue : le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, *cf. annexe 1*). D'autres échelles sont fréquemment utilisées pour évaluer le SPM comme par exemple le Moos Menstrual Distress Questionnaire Form C 1991 (MDQ-C, *cf. annexe 2*), pour n'en citer qu'une seule, qui est considérée comme une référence selon Zaafrane 2007 (2).

La variabilité des moyens d'évaluation du SPM et l'hétérogénéité des populations étudiées entraînent une difficulté de l'estimation de sa prévalence. Le syndrome prémenstruel aurait une prévalence moyenne de 75 à 90% chez les femmes en âge de procréer (3). 30 à 40% des femmes décrivent un SPM nécessitant un traitement (4). 5% des femmes en âge de procréer ont un SPM sévère qui entre le plus souvent dans le cadre d'un TDP (5). Dans une enquête suisse sur la santé en 2007 (6), 91% des participantes entre 15 et 54 ans déclarent avoir au moins un symptôme parmi ceux de l'outil de dépistage du syndrome prémenstruel développé par Steiner (7); 10,3% avaient un syndrome prémenstruel, et 3,1% remplissaient les critères de syndrome dysphorique. Pour les femmes atteintes, il s'en suit une répercussion importante sur leur qualité de vie personnelle et celle de leur entourage, comme en témoigne une étude sur la qualité de vie au travail d'infirmières turques (8), ou encore sur celle d'étudiantes turques atteintes de SPM (9). Elles peuvent rapporter les symptômes suivants : des céphalées, un œdème mammaire et/ou des mastalgies bilatérales, un météorisme abdominal, des œdèmes des extrémités, et une irritabilité (10). Dans des formes graves, il peut même se présenter sous la forme d'un trouble dysphorique prémenstruel, soit une atteinte psychiatrique au premier plan avec un risque suicidaire (5). D'après le Dr B. Arnal, dans son ouvrage « Le syndrome prémenstruel, les solutions naturelles », les trois-quarts des femmes interrogées considèrent que les troubles du SPM sont naturels, et seulement moins de la moitié d'entre elles consultent un médecin. Malgré tout, les patientes ont besoin d'être soulagées puisque, selon une étude menée par téléphone, 80% s'automédiquent en utilisant des remèdes complémentaires. (11)

Selon une revue récente de la littérature de 2015 (4), il semblerait que certains traitements non pharmacologiques permettent d'améliorer les désagréments tels qu'une

modification des habitudes de vie, l'utilisation du Vitex Agnus Castus (VAC) (12). Certains traitements médicamenteux semblent également être probants tels que la combinaison de contraceptifs oraux, les agonistes de la GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone), les anti-inflammatoires, les antidépresseurs (les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : ISRS) et une supplémentation en calcium ; ces deux derniers étant les seuls avec des données scientifiques suffisantes d'après une revue de littérature de 2007 (3). En 2012, une revue de littérature sur les contraceptifs oraux contenant de la drospirénone, publiée par Cochrane Library (13) met en évidence qu'un traitement oestroprogestatif micro dosé en œstrogènes et contenant de la drospirénone permet d'atténuer les symptômes prémenstruels chez les femmes présentant un syndrome dysphorique prémenstruel. Ces résultats sont notamment décrits dans une étude de 2005 (14). En revanche, la prise de progestérone en deuxième partie de cycle, ne serait pas efficace selon la Cochrane (15). Malgré un syndrome fréquent décrit dans la population générale, il n'existe aucune recommandation officielle concernant son traitement. Il nous paraît intéressant d'évaluer quelles thérapeutiques peuvent soulager ces symptômes, à l'origine d'une altération de la qualité de vie, que nous aurons fréquemment à prendre en charge en cabinet de Médecine Générale.

Quelles sont les thérapeutiques, possédant les critères de validité scientifique communément admis, dont le médecin généraliste dispose pour lutter contre le syndrome prémenstruel invalidant ?

MÉTHODES

Stratégie de recherche :

En nous inspirant de la méthodologie PRISMA-P (16) nous avons effectué une revue systématique de la littérature scientifique en anglais et en français en utilisant la base de données PubMed, à l'aide des mots clés *MeSH all fields* suivants : ((premenstrual syndrome) AND (therapy)).

L'équation et les filtres utilisés dans le moteur de recherche étaient limités aux articles en langues anglaises et françaises, pour la période du 1er janvier 2007 au 31 août 2018, sur les femmes entre 13 et 64 ans. Une revue de littérature sur le syndrome prémenstruel avait été menée en 2007 sur les données de Medline (Pubmed). (3) Compte tenu de cette étude exhaustive, nous avons décidé de cibler notre recherche sur la période entre le 01/01/2007 et le 31/08/2018 pour permettre une continuité de l'analyse de littérature de la base de données Pubmed.

Pour la gestion des sources et des données bibliographiques, nous nous sommes servies du logiciel ZOTERO (Zotéro v.5.0.66 12 avril 2019).

Sélection des études

A partir de cette recherche nous avons sélectionné les articles tout d'abord après la lecture des titres et résumés, et en retirant les doublons. Cette première sélection fut faite par deux personnes de façon indépendante qui en cas de divergence, devaient trouver un consensus. Le degré d'accord entre les lecteurs pour la première sélection des articles fut évalué à l'aide du coefficient Kappa de Cohen.

Ensuite, les articles retenus furent classés par thème puis répartis à parts égales entre les deux investigateurs, pour une lecture intégrale en vue d'une éligibilité. Cette seconde évaluation a permis une inclusion des études dans la synthèse afin de répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires. L'exclusion d'un article devait être validée par les deux investigateurs.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : études médicales, qualitatives ou quantitatives, observationnelles ou interventionnelles, sur des femmes entre 13 et 65 ans, publiées entre janvier 2007 et août 2018, dont les objectifs principaux ou secondaires étaient d'évaluer les thérapeutiques pour lutter contre le syndrome prémenstruel. Étaient exclus les doublons, les articles rédigés dans une autre langue que le français ou l'anglais, non basés sur une étude – articles de cours, informatif ou de description générale – ainsi que les articles qui traitaient des effets physiologiques, ou des facteurs de risques de syndrome prémenstruel et ne sont pas à première vue des prises en charges thérapeutiques. Les articles sur les symptômes

préménstruels – et non le syndrome préménstruel – furent inclus si la sévérité était mentionnée, considérant les symptômes préménstruels modérés à sévères comme un syndrome préménstruel.

Analyse de données

Un formulaire d'extraction (*cf. annexe 3*) collectait les données de chaque article inclus : titre, auteur, année d'étude, année de publication, région/pays, type d'étude, objectif, méthode et population, principaux résultats, thématique, score de l'étude et impact factor (IF).

Nous avons analysé la qualité des études selon leur type, à partir des différentes échelles utilisées dans les consensus internationaux: les lignes directrices CONSORT (17) pour les essais contrôlés¹ randomisés, STROBE (18) pour les études observationnelles, PRISMA (16) pour les revues systématiques et méta-analyses, SPIRIT (19) pour les essais cliniques interventionnels non contrôlés et/ou non randomisés, études expérimentales et divers protocoles, CARE (20) pour les études de cas et COREQ (21) pour les rapports de recherche qualitative. A partir de l'échelle standardisée adaptée à chaque type étude, un score sous forme de ratio fut calculé pour l'étude analysée en fonction du nombre de critères présents par rapport au nombre total de critères qu'évalue l'échelle. Afin de garantir une certaine homogénéité dans l'interprétation des échelles, les deux investigateurs ont discuté au préalable des différents items des échelles.

Nous avons présenté nos résultats sous forme d'une analyse thématique : les traitements médicamenteux (psychotropes, hormonaux, autres), les médecines dites complémentaires ou parallèles (plantes, compléments alimentaires, acupuncture, homéopathie, autres), l'adaptation alimentaire, l'activité physique (gymnastique chinoise et sport) et les thérapies cognitivo-comportementales.

¹ Un essai est contrôlé dans la mesure où il y a deux bras d'étude pour deux traitements différents, que la comparaison soit contre placebo ou contre un autre traitement.

RÉSULTATS

1. Sélection des références : diagramme de flux

Le diagramme de flux PRISMA ci-dessous (Figure 1) résume la procédure de sélection des études.

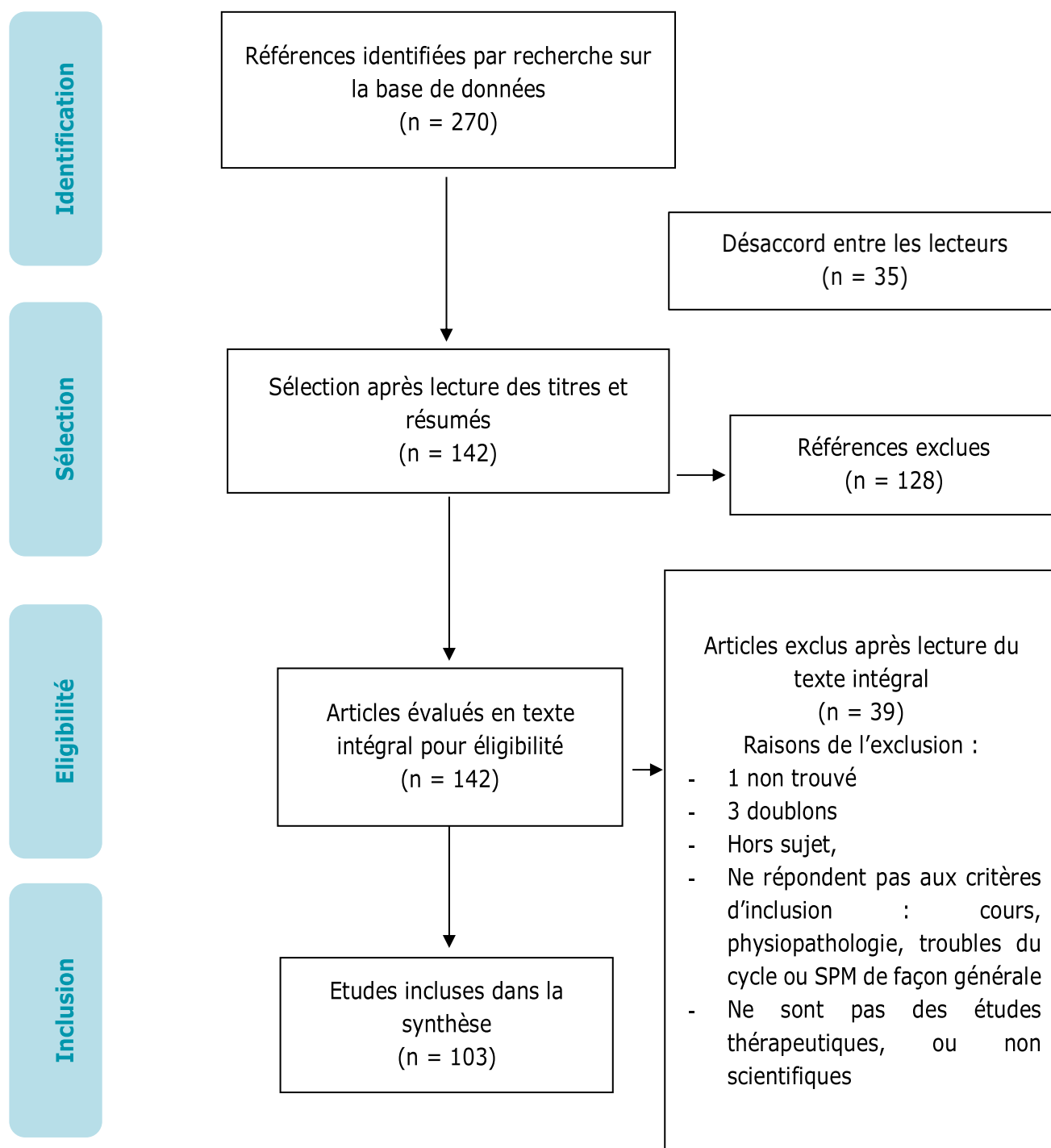


Figure 1 Diagramme de flux PRISMA

D'après le diagramme de flux PRISMA, nous pouvons voir que sur l'ensemble des articles identifiés ($n = 270$), environ la moitié ($n = 143$) fut sélectionnée après la lecture des titres et des résumés, et près de 40% ($n = 103$) furent inclus après la lecture du texte intégral. Malgré la sollicitation des bibliothécaires, un article sur l'acupressure (22) est resté introuvable et n'a donc pas pu être analysé dans son intégralité. Il a donc été exclu. Parmi les trente-huit autres articles exclus suite à la lecture intégrale, trois étaient des doublons, et les autres hors sujet, ou ne répondant pas aux critères principal ou secondaires, car traitant des troubles du cycle, ou du SPM de façon générale, de la physiopathologie, ou n'étaient pas des études.

2. Evaluation du degré d'accord entre les lecteurs = coefficient Kappa

Le coefficient Kappa de Cohen a permis d'évaluer la concordance entre nos deux lectures pour la première sélection des articles, faite de façon indépendante. Après cette première sélection par la lecture des titres et résumés le Kappa est à 0,796. Le degré d'accord que ce dernier illustre est considéré comme bon (coefficient compris entre 0,61 et 0,80) selon le degré d'accord proposé par Landis et Koch (23). Lors de la mise en commun nous avons constaté des points de divergence entre nous deux à propos des articles : traitant de thérapeutique mais où le traitement n'était pas le sujet principal de l'étude, ces derniers ont été inclus ; traitant de symptômes menstruels mais pas spécifiquement de la période prémenstruelle, ces derniers ont été exclus ; traitant de l'endométriose article qui a été inclus du fait du lien entre le SPM et l'endométriose.

3. Description des différentes thérapeutiques et scores des études

A. LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Les psychotropes

Sur les 26 articles sélectionnés après lecture des titres et résumés, nous en avons exclus 5. Deux articles n'étaient pas des articles basés sur une étude (24) (25); un article était une étude de cas sur les effets secondaires de la sertraline chez une femme pilote d'avion, atteinte d'un SPM (26). Nous avons exclu la revue de littérature Cochrane de 2009 (27) sur les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), pour cause de doublon : nous avons analysé la mise à jour de 2013. Une étude de cas Susser 2016 (28) a rapporté l'association de plusieurs psychotropes : le divalproex de sodium (anticonvulsivant) + la lurasidone (antipsychotique atypique) + le sel de lithium mais pour le traitement d'une psychose liée au cycle sans que ce soit réellement une psychose prémenstruelle, raison pour laquelle il a été exclu.

Sur les 21 articles classés « psychotropes » et inclus, la plupart traite du traitement du SPM, plus souvent du TDP par les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNo) ou ISRS (18/21) ; les neuroleptiques quant à eux occupent une place moins importante (3/21).

❖ **Les antidépresseurs**

➤ Les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine – ISRS

Ils sont en première ligne : on compte 15 articles inclus dont 2 revues de littérature, notamment la revue Cochrane de 2013 (29). Nous avons retrouvé 4 articles sur la paroxétine et 4 sur la sertraline, ces derniers étant les plus représentés, 3 articles sur la fluoxétine et 1 article pour le citalopram et escitalopram.

Il y a quatre possibilités d'administration du traitement : en continu, intermittent c'est à dire durant la phase lutéale, semi intermittent c'est à dire pris chaque jour mais avec une diminution de la dose durant la phase folliculaire, et à la demande, c'est à dire en commençant avec l'apparition des symptômes.

La revue de littérature Shah 2008 (30) est une méta analyse. Elle reprend 29 essais contrôlés contre placebo, randomisés et en aveugle utilisant les ISRS dans le TDP et le SPM. L'IF de la revue était de 4,397, et le score PRISMA 20,75/ 27. Cette revue de littérature rapporte une efficacité forte des ISRS avec une association forte sur le SPM et TDP (OR 0,4% IC 95% 0,31-0,51). La taille de l'effet d'un traitement continu est plus importante que celle d'un traitement intermittent.

La revue de littérature Cochrane 2013 (29) incluait 31 études contrôlées contre placebo, randomisées et en aveugle, dont 3 analysés et incluses dans notre recherche. Cette revue Cochrane était une mise à jour de la revue Cochrane de 2009, la revue initiale datant de 2002. Le score PRISMA était 24,5 / 27 et l'IF à 5,703. La conclusion était la même que celle de la revue de 2008 à savoir que les ISRS (quelle que soit la dose) réduisent les symptômes généraux – scores finaux – de façon significative en comparaison au placebo. Mais il y avait une hétérogénéité pouvant être liée aux différences d'efficacité entre les types d'ISRS. Que le traitement soit administré en continu ou pendant la phase lutéale, deux semaines avant les règles, il n'y avait pas de différence significative sur l'efficacité, bien que davantage de recherches soient nécessaires pour le confirmer. Les patientes sous ISRS étaient significativement plus susceptibles d'abandonner l'étude à cause des effets indésirables (nausées, insomnie, diminution de la libido, fatigue ou somnolence, vertiges), quelle que soit la dose. Si l'administration était uniquement lutéale, la diminution de la libido était significativement moins importante. Il y avait une réponse dose dépendante que ce soit pour la réduction des symptômes ou les effets indésirables.

La *paroxétine* a fait l'objet de 4 articles parus il y a une dizaine d'année, le plus récent étant de 2009. Il s'agissait d'études randomisées contrôlées dont la moyenne du score CONSORT était 17,6, scores allant de 15 à 22, et l'impact factor était d'au moins 5 pour trois études. Toutes traitaient de la prise en charge du TDP (et non du SPM de façon plus large).

Deux études avaient pour objectif de comparer l'efficacité entre un traitement par paroxétine en continu ou de façon intermittente : Landén, 2007 (31), et Wu, 2008 (32).

L'étude Landén, 2007 (31) confirme l'efficacité d'un traitement paroxétine continu (PC) ou intermittent (PI) pour le TDP dont le symptôme dominant est l'irritabilité ou une humeur dépressive, efficacité de 90% sur la réduction du score EVA. Pour le groupe PC et le groupe PI, en comparaison au groupe placebo, l'effet le plus important était sur l'irritabilité et le moins important pour les symptômes physiques (manque d'énergie, fringales, tension des seins). Un traitement intermittent à la paroxétine s'est avéré aussi efficace qu'un traitement continu en ce qui concerne la réduction de l'irritabilité, la labilité, les sautes d'humeur. Quant aux effets secondaires, la baisse de la libido était plus fréquente sous traitement continu versus intermittent. L'irritabilité est un facteur clé du TDP comme le montre la taille des effets selon les symptômes. On peut penser que l'effet sur les symptômes somatiques est en lien avec l'effet sur l'irritabilité étant donné qu'ils deviennent plus tolérables : mais l'analyse en régression logistique indique que l'effet du traitement en continu sur la sensibilité des seins est en partie indépendant de l'effet sur l'irritabilité (ce qui n'est pas vrai pour le groupe traitement intermittent). L'IF de la revue était de 6,157.

L'étude Wu 2008 (32) sur des taïwanaises montrait une amélioration significative du score PRISM total (prospective record of the impact and severity of menstruation) à la fin du traitement dans les deux groupes ($p < 0,005$ groupe intermittent et $p = 0,018$ groupe continu). Cette étude comprenait de nombreux biais notamment la réalisation en ouvert. L'IF de la revue n'était que de 1,394.

Steiner 2008 (33), met en évidence une réduction significative de l'irritabilité selon le score EVA sous paroxétine 20mg en phase lutéale versus placebo, et non sous paroxétine 10mg. L'IF de la revue était 5,053.

Enfin, la revue la plus récente sur la paroxétine, Landén 2009 (34), a cherché à déterminer le temps réel de réponse à l'effet de la paroxétine sur l'irritabilité prémenstruelle des femmes. Le traitement était commencé une fois l'ovulation estimée passée, et au moins deux jours d'irritabilité marquée et jusqu'au 3^{ème} jour des menstruations. La différence de réponse (EVA irritabilité < 30) entre les cycles sous paroxétine et sous placebo était significative à partir du premier soir sous traitement, c'est à dire 14h après la prise, puis à J3 et suivants. L'impact factor de la revue était 6,993.

En conclusion, d'après ces études, il semblerait que la paroxétine 20mg soit efficace dans le traitement du TDP, essentiellement sur l'irritabilité, qu'il soit donné en continu ou de façon intermittente. Le délai d'action est court, ce qui est en faveur d'une administration uniquement en phase lutéale ; d'autant plus que les effets secondaires paraissent plus marqués en administration continue.

La *fluoxétine* a été traitée par 3 articles, dont un seul essai contrôlé (35) versus buspirone, randomisé, et en simple aveugle.

Le premier article datant de 2007 (36) est une étude de cas d'une adolescente de 17 ans avec TDP, qui rapporte l'efficacité de la fluoxétine à 20mg prise pendant une semaine avant le début des règles et jusqu'à la fin des symptômes. Mais il faut souligner que l'amélioration n'était pas complète, et qu'un traitement hormonal continu a été instauré, ce qui supprimait la phase lutéale. Il y a peu d'applicabilité possible suite à cette étude, d'autant que la jeune fille avait plusieurs antécédents et pathologies associées. Le score CARE s'élevait à 8,75/13, et l'impact factor était introuvable.

La temporalité pour le schéma de rémission du TDP était identique sous fluoxétine 20mg pendant la phase lutéale ou sous l'effet des règles, Steinberg, 2012 (37). Cela suggère que les femmes atteintes de TDP peuvent changer rapidement d'état affectif. Associé à cela, un mécanisme thérapeutique possible des ISRS serait de recruter cette capacité endogène normalement exprimée au début des règles par les femmes atteintes de TDP. La réponse du traitement sur les symptômes commençait le premier jour du traitement, augmentait progressivement chaque jour avec un pic de réponse positive 48h après traitement et était maintenue jusqu'à l'apparition des règles. Le score SPIRIT de cet article s'élevait à 11,25 / 31, ce qui est faible, mais l'IF de la revue était à 4,184.

Enfin, la fluoxétine 20mg/j et la buspirone 10mg/j (anxiolytique non benzodiazépine) ont montré une efficacité significative pour le traitement du SPM, sans différence significative entre les deux groupes Nazari, 2013 (35). Mais cette étude avait un faible score CONSORT (10,5 / 25) et l'IF de la revue 1,33. Cette étude serait en faveur d'une utilisation de la buspirone compte tenu des effets secondaires de la fluoxétine notamment de la dysfonction sexuelle. Cependant il n'y a pas d'évaluation des effets secondaires du traitement par buspirone.

La fluoxétine apparaît donc comme un traitement éventuel, mais les preuves sont encore insuffisantes si nous nous en tenons uniquement à ces articles de faibles score et impact factor.

La *sertraline* 50mg (ou 100mg) fit l'objet de trois études randomisées, contrôlées, dont le score moyen CONSORT était de 21 / 25, et dont les revues avaient des IF élevés. Elle a également été traitée par une étude de cas.

La sertraline 50mg (ou 100mg/j) améliore le SPM en comparaison au placebo, que le diagnostic soit SPM ou TDP, Freeman, 2011 (38). Et l'analyse en sous-types dans cette étude montre une amélioration uniquement pour le groupe mixte (et non pour les groupes psychologiques ou physiques). Tous les symptômes psychologiques sont améliorés, et deux physiques (ballonnements et tension des seins). Pour cette étude l'IF de la revue était 4,73.

Le traitement par sertraline 50 à 100mg/j pendant 6 jours pendant la phase lutéale dès l'apparition des symptômes TDP est efficace si l'on prend comme mesure les scores IDSc, DRSP total et DRSP colère / irritabilité, CGI-i qui étaient les mesures secondaires de l'étude Yonkers 2015 (39). Mais il n'y avait pas de différence significative quant au score PMTS (critère de jugement principal). Cette étude avait un score CONSORT élevé à 23,5 / 25 et l'IF est de 14,417. Remarquons que le suivi

était long, sur 6 mois et soulignons l'inclusion des femmes sous contraception hormonale ne contenant pas de la drospirénone depuis plus de 6 mois et prévoyant de la continuer. Bien que cela reste une analyse en sous-groupe, il ne semblait pas y avoir d'interaction avec le traitement hormonal contraceptif. A noter cependant que la taille de la cohorte n'avait pas atteint les estimations prévues par le calcul de puissance.

Enfin une étude plus antérieure, Freeman 2009 (40) s'est intéressée au taux de rechute selon une durée courte (4 mois sertraline – 14 mois placebo) ou une durée longue (12 mois de sertraline – 6 mois de placebo) de traitement en phase lutéale pour le SPM sévère. Environ la moitié des patientes améliorées (c'est à dire score DSR < 80 - échelle Penn daily symptoms records - et diminution d'au moins 50% avec la phase initiale) ont eu une rechute dans les 6 à 8 mois après l'arrêt. Globalement une durée plus longue de traitement était meilleure dans la prévention de la rechute : 41% de rechute dans un délai de 8 mois pour un traitement longue durée contre 60% dans un délai de 4 mois pour une durée courte. Les patientes avec des symptômes sévères à la base étaient plus à risque de rechute comparativement aux patientes aux symptômes peu sévères, et ce d'autant plus si la durée de traitement était courte. Cependant sur un suivi de 6 mois après l'arrêt du traitement, la différence du taux de rechute n'était pas significative. Cette étude – Impact factor 12,257 – avait un score CONSORT de 23 / 25.

Une étude de cas de 2017 (41) rapporte qu'une femme souffre de symptômes thymiques prémenstruels (dépression, irritabilité, asthénie, trouble de la concentration) malgré un traitement par oestro-progestatif : YAZ (Drospirénone et Ethinyloestradiol selon un schéma 24/4)) prescrit à visée contraceptive. Un traitement par Sertraline (Zoloft) à 100mg/j est introduit permettant selon la patiente une amélioration de 75% de ses symptômes. Un TDP est diagnostiqué de façon prospective. Une augmentation de cette amélioration est constatée par la patiente avec la prise de Sertraline 100mg/j et Sertraline 150mg/j les 5 jours précédents les règles puis une disparition des symptômes du TDP avec Sertraline 100mg/j et Sertraline 200mg les 5 jours précédents les règles au bout de 6 mois de ce dernier traitement. L'évaluation CARE est à 4,25/13 et l'IF à 0,711.

En fin de compte la sertraline (50 à 100mg) en phase lutéale est un traitement possible pour améliorer le SPM aux symptômes mixtes (physiques ou psychologiques) ou le TDP. Le traitement est d'autant plus efficace que la sévérité des symptômes est importante et qu'il est administré sur une longue période. L'insomnie et les nausées étaient les effets indésirables retrouvés.

Le *citalopram* (10 à 20mg/j) utilisé pendant les symptômes prémenstruels a été étudié dans une étude pilote en ouvert, dans le cadre du TDP, Ravindran, 2007 (42). Il y avait une amélioration significative globale des symptômes selon les échelles. La grille SPIRIT était à 12 / 30 et l'IF de la revue 1,912.

L'*escitalopram* (dérivé du *citalopram*) a fait l'objet d'une étude randomisée contrôlée contre placebo en 2008, Eriksson (43). Dans le cadre du TDP, l'*escitalopram* 20mg était significativement efficace en comparaison au placebo pour 7 des 10 symptômes et pour la somme des 4 symptômes clés (irritabilité, humeur dépressive, anxiété ou tension, labilité affective). Ce dernier résultat était également vrai sous une dose plus faible même si une différence significative d'efficacité était montrée entre une dose forte et faible. L'effet secondaire majeur était les nausées. Il n'y avait pas d'efficacité sur la fatigue ou le manque d'énergie, les fringales, la tension des seins. 16,5 / 25 était la note selon la grille CONSORT et l'impact factor de la revue était 4,371.

➤ Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline – IRSNo

D'après une étude de Yonkers 2004 (44), bien que la plupart des personnes souffrant de TDP répondent aux anti dépresseurs sérotoninergiques, un nombre non négligeable n'y répond pas pour des raisons inconnues ; pour ces derniers, certains préconisent d'utiliser des anxiolytiques ou d'autres classes d'antidépresseurs : les antidépresseurs non sélectifs de la sérotonine comme la *duloxétine*. Une des étiologies du syndrome prémenstruel dysphorique serait une dysrégulation des activités centrales sérotoninergiques induites par des fluctuations normales des hormones du cycle menstruel. (45)

Parmi les IRSNo seule la *duloxétine* a été étudiée, et ce dans 3 articles.

Sont parus en 2008 deux articles, une étude pilote Mazza (46) et une étude de cas M.G. Ramos(47), sur lesquels se base un essai en simple aveugle de 2009 M.G. Ramos (45). Les scores des échelles étaient moyens : 13,75/ 30 SPIRIT, 8/ 13 CARE, et 17,75 SPIRIT respectivement. Quant à l'IF, il était d'environ 2 pour les articles de 2008 et 4 pour celui de 2009.

L'intérêt de la *duloxétine* qui est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, en comparaison de l'inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, est qu'il a un effet à la fois sur les symptômes de la dépression et de l'anxiété, ainsi que sur les symptômes physiques associés à la dépression. C'est ce que montre l'étude pilote Mazza 2008 (46) qui n'a cependant pas une puissance scientifique élevée, puisqu'elle a un score SPIRIT à 12,75 / 30, est en aveugle et ne porte que sur un petit effectif de 50 patientes. L'article paru un an plus tard M. G. Ramos 2009 (45) , essai en simple aveugle, avec l'exclusion des patientes qui répondaient au placebo, montre une efficacité de la *duloxétine* à 60 mg/j selon l'échelle Daily Record of severity of problems (DRSP), et ce dès le premier mois de traitement. L'amélioration sur la qualité de vie était aussi montrée. A noter que pour cet article, une possible relation avec une contraception hormonale pour l'efficacité sur le TDP est évoquée.

En somme, les trois études convergent vers une efficacité de la *duloxétine* (60mg /j) sur le syndrome prémenstruel dysphorique.

❖ Les neuroleptiques atypiques

L'*aripirazole* a fait l'objet d'une étude de cas Yao 2008 (48), score CARE 7,25 / 13. Les propriétés sérotoninergiques de l'*aripirazole* 10mg/j - administré pendant les 10 derniers jours de la phase lutéale - procurent un effet synergique à la paroxétine 40mg/j en continu pour soulager l'exacerbation prémenstruelle de la dépression ; il a également une action sur l'agression et la violence. Cependant cet article ne mentionne pas les effets indésirables ou secondaires de ce traitement.

Puis en 2013, une autre étude de cas est publiée, sur l'*olanzapine* Hu (49), score CARE 7,75/13, IF à 2,9. Après l'inefficacité de trois traitements - la rispéridone, l'halopéridol et le sulpiride - l'*olanzapine* 20mg/j a été efficace sur la psychose prémenstruelle et sans hospitalisation, avec une diminution des troubles du comportement et de l'émotion. Nous avons considéré la psychose prémenstruelle, comme une forme grave du syndrome prémenstruel, au même titre que le trouble dysphorique.

Enfin, en 2015 Jackson (50) un essai en aveugle, contrôlé contre placebo et randomisé a été publié sur l'adjonction de la *quetiapine* libération prolongée 12,5 mg pendant la phase lutéale à un ISRS / IRSNo dose continue dans le traitement du SPM / TDP. Ce traitement s'est avéré efficace chez les patientes non soulagées par un ISRS simple notamment pour les symptômes émotionnels, l'anxiété, l'irritabilité, l'instabilité de l'humeur. A noter cependant que les résultats de cette étude sont peu clairs avec un défaut de clarté des résultats pour le critère de jugement principal. Et l'étude était sur un tout petit effectif. Le score CONSORT était de 14 / 25, et l'IF 2,4.

Au total, nous notons une amélioration du SPM par l'association d'un neuroleptique atypique et d'un antidépresseur ISRS ou IRSNo.

❖ Conclusion

L'efficacité des antidépresseurs de type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine - sertraline, paroxétine, fluoxétine - sur le SPM est prouvée. En cas d'échec, les antidépresseurs inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline de type duloxétine sont une bonne alternative, notamment sur le TDP. Enfin les neuroleptiques atypiques peuvent s'ajouter au traitement. Aux Etats unis d'ailleurs, les ISRS sont homologués par la Food and Drug Administration pour le SPM, mais pas en Europe.

Concernant le citalopram et la duloxétine, soulignons cependant la faible puissance des études incluses (pour le citalopram étude pilote avec uniquement 6 patientes, et pour la duloxétine aucune

étude randomisée, en aveugle, ou contre placebo). Aucune conclusion ne peut être retenue sans davantage d'études fiables.

Comme le dit la Cochrane 2013 : le choix de la dose d'ISRS et du type de l'administration peut être basé sur la préférence de chaque femme et en accord avec l'efficacité et la tolérance. 40% des femmes avec un SPM ou TDP ne répondraient pas bien aux ISRS car ils ne sont pas bien identifiés ; notamment à cause des symptômes physiques prédominant pour beaucoup de femmes. (38) Il est important d'évaluer les symptômes dans le cadre du SPM car l'efficacité d'un traitement dépend davantage des symptômes présents et donc de leur sévérité en premier lieu que du diagnostic posé. Selon la sévérité des symptômes il est conseillé de poursuivre le traitement pendant au moins un an.

Si l'efficacité thérapeutique n'est plus à démontrer, d'autres d'études sont cependant nécessaires pour comparer les différents types d'administration, et les stratégies de dosage, en période lutéale par rapport à en continu. En effet, la revue Shah 2008 (30) conclue en faveur du traitement continue alors que la revue Cochrane 2013 (29) ne prouve pas d'évidence convaincante d'une différence significative dans l'efficacité entre la phase lutéale et continue du traitement. Cette différence entre les deux revues de littérature réside dans la gestion des données. Une petite étude 14q Wu (32) - non incluse dans la Cochrane 2013 car ne comparant pas contre placebo - a montré que les deux types d'administration – continue ou intermittente – étaient efficaces.

Il serait également intéressant de comparer les différents types d'ISRS entre eux, les posologies, la durée du traitement, l'association anti dépresseurs et contraception hormonale. De plus, l'efficacité des placebos serait à étudier davantage. Certaines études ont enlevé les patientes répondant au placebo avant de les inclure.

La plupart des études comme le souligne la Cochrane ont de nombreux biais, et sont pauvres quant à la méthode ; selon la revue shah 2008 il y a une surestimation des avantages des ISRS selon la description de la méthode de randomisation. Et les résultats sont plus larges dans les études antérieures dû à l'amélioration au fil du temps dans le traitement et les soins auxiliaires, la meilleure compréhension de la maladie, la meilleure exclusion de la dépression et autres états répondant aux ISRS.

L'hormonothérapie

Sur les 31 articles sélectionnés à la suite de la lecture des titres et résumés, nous en avons inclus 21. Dix articles ont été exclus pour les raisons suivantes : étude sans évaluation thérapeutique pour le SPM (51), études non scientifiques (52) (53) (54) (55), études évaluant la physiopathologie du SPM sans application thérapeutique (56) (57), études ne traitant pas spécifiquement du SPM ou seulement des symptômes prémenstruel sans qu'un vrai SPM soit diagnostiqué (58) (59) (60).

❖ La contraception hormonale versus aucun traitement hormonal

Une étude de cohorte américaine, Yonkers 2017 (61), ayant pour but de comparer les symptômes prémenstruels chez les femmes avec un SPM modéré ou sévère qui utilisent ou non une contraception hormonale cyclique, montre que les femmes utilisant une contraception hormonale ont obtenu des scores de changement péri-menstruel significativement plus faibles, en particulier pour la dépression ($p=0,03$), la colère ou l'irritabilité ($p=0,002$), trouble de la concentration ($p=0,03$) et les symptômes physiques ($p=0,04$), par rapport aux femmes n'utilisant pas de contraception hormonale. Cependant ces différences étaient mineures dans la gravité des symptômes prémenstruels entre les deux groupes. Nous ne pouvons pas tirer de conclusion sur l'efficacité des contraceptions hormonales sur le SPM car il pourrait y avoir des différences d'efficacité entre les différents traitements œstroprogestatif existant. Cette cohorte n'était pas assez importante pour réaliser une étude détaillée par traitement. Le score STROBE est à 14,25/22 et l'IF à 2,322.

❖ L'association Drospirénone / Ethinylestradiol (DRSP/EE)

Une étude de cas, Frey 2012 (62), de 3 femmes connues et traitées pour des troubles bipolaires de type II et un TDP associé montre qu'elles ont connu une amélioration significative des symptômes prémenstruels avec l'ajout d'agents contraceptifs (DRSP 3mg/EE 20µg, DRSP 3mg/EE 30µg, Norelgestromin 6mg/EE 0,6mg) à leurs traitements de stabilisation de l'humeur. Alors que le traitement de première intention contre le TDP est basé sur les antidépresseurs, l'utilisation de ces derniers chez les patientes présentant un trouble bipolaire cliniquement stable peut ne pas être suffisant, et l'ajout d'un œstroprogestatif (oral ou transdermique) peut constituer une alternative utile. L'IF est à 2,057 et le score CARE à 8,25/13.

Une autre étude, Takeda 2015 (63), non contrôlée ouverte traite de l'efficacité de la DRSP/EE au dosage 3mg/20µg dans un schéma 24/4 pendant six cycles menstruels sur les symptômes du SPM et le retentissement sur la qualité de vie chez 48 étudiantes japonaises. Le SPM est évalué de façon auto-déclarative et rétrospective ce qui semble être une limite de l'étude en plus du fait qu'elle soit ouverte et non contrôlée. La plupart des symptômes prémenstruels ont été atténués de façon significative par le traitement par DRSP / EE20 en particulier quatre symptômes principaux du TDP,

entre le début et le 6ème cycle : humeur dépressive (2,16 versus 1,53 $p=0,004$), anxiété ou tension (2,59 versus 1,91 $p < 0,001$), larmes (2,5 versus 1,53 $p < 0,001$) et colère ou irritabilité (2,66 versus 1,84 $p < 0,001$). Les symptômes de rétention d'eau, gain de poids et d'œdème ou ballonnements, n'étaient améliorés qu'après le troisième cycle, mais pas après le sixième cycle. En outre, l'efficacité ou la productivité au travail, la responsabilité familiale (2,16 vs 1,59 $p=0,001$), les activités de vie sociale (1,72 vs 1,28 $p=0,014$) et les relations avec les collègues de travail ou la famille (1,66 vs 1,25 $p=0,009$) ont toutes été considérablement améliorées. L'IF est à 1,091 et SPIRIT : 13/30.

Une étude contrôlée non randomisée, Caruso 2018 (64), évalue les effets de la DRSP/EE20 μ g en continu associée à une réadaptation cochléaire sur les exacerbations de la maladie de Ménière en phase prémenstruelle chez 42 des femmes avec un SPM diagnostiqué par le DRSP (calendrier quotidien des symptômes). Les résultats montrent que les femmes sous DRSP/EE20 μ g et en réadaptation cochléaire ont une plus grande amélioration de l'exacerbation prémenstruelle de la maladie de Ménière et une amélioration plus importante du SPM que celles sous réadaptation seule sur six cycles menstruels. L'IF est de 1,809 et le score SPIRIT : 12,75/31.

Une étude japonaise non contrôlée, Tanaka 2016 (65), s'intéresse à l'efficacité de la DRSP3mg/EE20 μ g avec un schéma 24/4 pendant six mois, sur les douleurs pelviennes, les dyspareunies, les dysménorrhées et les symptômes somatiques et psychologiques péri-menstruels chez 49 femmes atteintes d'une endométriose. Un critère de jugement secondaire a pour but d'évaluer le retentissement de cette thérapeutique sur les symptômes péri-menstruels évalués par le score MDQ (Menstrual Distress Questionnaire) au début de l'étude, à trois mois et six mois. Il est constaté une amélioration du score total MDQ lors de la phase prémenstruelle à six mois ainsi qu'une diminution du changement de comportement ($P = 0,043$), de la rétention d'eau ($P = 0,001$) et des effets négatifs ($P = 0,012$). De plus, il est constaté une amélioration significative de la dysménorrhée, de la douleur pelvienne chronique et de la dyspareunie. Cette étude a comme principales limites pour notre analyse que le diagnostic de syndrome prémenstruel n'est pas un critère d'inclusion, que l'évaluation de la phase prémenstruelle n'est qu'un critère secondaire de jugement. De plus, elle n'est pas contrôlée et ne traite que des femmes atteintes d'une endométriose. Le score SPIRIT est de 13,5/30.

Une étude thaïlandaise non contrôlée, Taneepanichskul 2007 (66), étudie l'effet de la DRSP 3mg/EE30 μ g dans un schéma 21/7 pendant six cycles. Les symptômes prémenstruels sont évalués par la grille WHAQ (Women's Health Assessment Questionnaire) avec six catégories de symptômes. Il est noté au bout de six cycles de traitement une diminution significative du score WHAQ moyen : de l'altération de la concentration (diminution de 32,9 % de 2,9 à 1,9 ; $P = 0,0159$), de l'effet négatif (33,2 % de diminution de 4,1 à 2,8 ; $P = 0,0027$), de l'augmentation de l'appétit (diminution de 24,2 % de 1,2 à 0,9 ; $P = 0,0141$), du changement indésirable des cheveux (diminution de 50 % de 0,26 à 0,13 ; $P = 0,0389$), de la rétention d'eau (diminution de 32,0 % de 2,8 à 1,9 ; $P = 0,0006$) et augmentation du sentiment de bien-être (augmentation de 40,4 % de 1,5 à 2,1 ; $P = 0,0001$). Les effets indésirables de ces sujets comprenaient l'aménorrhée, les nausées et la névrite. Cette étude a comme principale limite pour notre analyse que le diagnostic de syndrome prémenstruel n'est pas un

critère d'inclusion et que l'étude n'est pas contrôlée pour prendre en compte l'effet placebo. Le score SPIRIT est de 15/30 et l'IF de 0,666.

Une étude américaine, Marr 2011 (67), présente une analyse secondaire d'une étude randomisée contrôlée à double insu pour déterminer l'effet de la DRSP3mg/EE20µg prise sur un schéma 24/4 pendant trois cycles sur les symptômes et la déficience fonctionnelle chez 450 femmes avec un TDP diagnostiqué et autoévalué quotidiennement par le DRSP dérivant du DSM-IV. Le traitement à l'épreuve a permis une diminution de près de 50 % (de 77,4 à 42,9 $p < 0,0001$) du score moyen total des symptômes entre la phase d'observation et le cycle 1 du traitement et entre 47 et 48% ($p < 0,05$) pour les trois éléments de la déficience fonctionnelle (travail, activités sociales et relations). Une diminution entre le cycle 1 et les cycles 2 et 3 est constatée mais est bien plus faible de l'ordre de 9 à 12%. Il est également constaté une diminution significative des symptômes et des déficiences fonctionnelles dans le groupe placebo mais significativement moins importante que dans le groupe DRSP/EE ($p < 0,05$). L'IF est à 2,045 et le score CONSORT à 17,5/25.

De cette même analyse secondaire américaine les auteurs ont rédigé un article différent (68) portant sur l'évaluation de trois catégories de symptômes facilement identifiables : les émotions négatives, les fringales alimentaires et les symptômes liés à la rétention d'eau. Le DRSP 3mg/EE 20µg en schéma 24/4 améliore significativement trois groupes de symptômes du TDP, comparativement au placebo dans les trois cycles du traitement. De plus, la plus grande amélioration des symptômes s'est produite au cours du premier cycle de traitement, avec une amélioration continue des symptômes au cours du 2^{ème} et 3^{ème} cycles de traitement.

Une autre étude américaine contrôlée et randomisée, Eisenlohr-Moul 2017 (69), s'est intéressée au rôle du schéma posologique du traitement œstroprogestatif DRSP/EE avec deux schémas différents : DRSP30mg/EE20µg par intermittence (21/7) et DRSP3mg/EE20µg en continu en les comparant à un placebo, sur les symptômes du TDP chez 75 patientes dont le diagnostic prospectif puis l'auto-évaluation sont faits par le DRSP selon le DSM-IV. Les symptômes prémenstruels ont diminué de façon significative dans tous les groupes, et ces diminutions marquées n'ont pas varié de façon significative au fil du temps. En revanche il n'y a aucune différence significative dans les effets sur les symptômes entre le DRSP/EE en continu et le DRSP/EE par intermittence. Cette étude présente un échantillon inférieur à celui calculé à priori pour obtenir une taille de l'effet de l'étude permettant de mettre en évidence des différences significatives. Le score CONSORT est à 19/25 et l'IF à 4,971.

Une étude américaine randomisée et contrôlée contre placebo, 2017 Peters (70), étudie l'efficacité d'un traitement par DRSP3mg/EE20µg sur un schéma 24/4 administré contre placebo pendant deux mois chez 32 femmes traitées pour une dépression majeure unipolaire stabilisée par ISRS ou IRSNo et souffrant de poussées dépressives prémenstruelles évaluées par l'échelle MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) et de symptômes prémenstruels évalués par l'échelle DRSP. Il est retrouvé que l'ajout d'un traitement par œstroprogestatif (DRSP3mg/EE0,02mg 24/4) aux antidépresseurs pendant deux mois n'est pas plus efficace que le placebo dans le traitement des

poussées de dépression prémenstruelle. Cette étude est cependant limitée par un petit échantillon et par une durée de traitement courte. Le score CONSORT est de 16/25 et l'IF est de 2,891.

❖ **La comparaison Nomegestestrol acétate / 17 B-estradiol (NOMAC/E2) et Drospirenone/Ethinyl estradiol**

Witjes 2015 (71) présente une analyse combinée de deux études ouvertes randomisées d'un an (13 cycles) menées sur 3500 femmes de 24 pays différents, et a pour objectif de comparer les effets de NOMAC 2,5mg/E2 1,5mg dans un schéma posologique 24/4 et de DRSP 3mg/ EE 30µg dans un schéma posologique 21/7 sur les symptômes prémenstruels évalués par le score t moyen à l'aide du MDQ-C au début de l'étude puis après les cycles 1,3,6 et 13. Au cours de la phase prémenstruelle, les femmes utilisant NOMAC/E2 ont connu une réduction statistiquement significative pour la douleur (55,1 au début du traitement contre 53,6 pendant le traitement), la rétention d'eau (56,7 contre 51,9), l'affect négatif (55,7 contre 52,3), la concentration altérée (54,7 contre 52,7), et l'excitation (59,2 contre 55,5). Les femmes utilisant DRSP/EE présentent des réductions significatives mais moins importantes dans ces mêmes domaines que les femmes traitées avec NOMAC/E2. Le choix de NOMAC/E2 peut être approprié pour les femmes ayant déjà un traitement oestro-progestatif et pour les femmes n'en n'ayant pas pour soulager ces symptômes prémenstruels. Le score CONSORT est de 16/25 et l'IF de 1,236.

❖ **L'association Levonogestrel / Ethinyl estradiol (LNG/EE)**

Une étude thérapeutique contrôlée par placebo randomisée, Halbreich 2012 (72), évalue l'efficacité du LNG 90µg /EE 20µg prise en continu sur trois cycles menstruels en comparant à un placebo chez 386 femmes avec un TDP diagnostiqué par le DRSP du DSM-IV. Les scores DRSP ont diminué de façon significative par rapport aux valeurs initiales avec le LNG/EE et le placebo pour tous les cycles de traitement ($p \leq .001$). La diminution était significativement plus importante avec le LNG/EE qu'avec le placebo pour le premier cycle de traitement ($p < 0,001$; ampleur de l'effet, -0,38) et pour le dernier cycle de traitement ($p = 0,051$; ampleur de l'effet, -0,22). La réponse au traitement a été obtenue chez 27 % des sujets ayant reçu du LNG/EE en continu pendant le premier cycle ($p < 0,001$) et chez 52 % des sujets pendant le dernier cycle de traitement ($p = 0,051$). Les résultats de cet essai clinique prospectif randomisé indiquent qu'un traitement œstroprogestatif oral continu contenant du LNG/EE peut permettre de diminuer les symptômes du TDP. Le score CONSORT est de 19,5/25 et l'IF de 2,724.

Une étude de cas, Smith 2016 (73), rapporte qu'une femme traitée et équilibrée par Ariprazole pour un trouble bipolaire de type I mais ayant un TDP comme comorbidité est soulagée au bout de six semaines de traitement par Levonogestrel 150µg /Estradiol 30µg en continu, confirmé par un tableau prospectif des symptômes. Le score CARE est de 2,5/13 et l'IF de 5,570.

❖ **L'association Désogestrel 150µg / Ethinyl-oestradiol 30µg**

Une étude iranienne ouverte et non contrôlée, Norouzi Javidan 2014 (74) évalue l'efficacité de la DE150/EE30 (=Marvelon) pris pendant six cycles menstruels sur un schéma 21/7 chez 61 femmes avec un SPM auto-diagnostiqué et suivi par le calendrier COPE (Calendar of Premenstrual Experiences) répartissant les symptômes physiques et psychiques du SPM en quatre catégories. Ce traitement œstroprogestatif permet une diminution significative des symptômes suivants : troubles de l'humeur (saut d'humeur, anxiété, irritabilité, sensibilité), symptômes physiques (fatigue, palpitation, céphalées, nausées, vertiges, bouffées de chaleur, acnée, œdème, mastodynies) entre le début du premier cycle et le sixième. Cette étude n'est pas contrôlée ce qui ne nous permet pas de conclure sur l'efficacité de ce traitement. Le score SPIRIT est de 12,75/31.

❖ **L'association Norgestimate / Ethinylestradiol**

Une étude suédoise prospective ouverte, Nyberg 2013 (75) évalue le bénéfice d'une prise de Norgestimate 250µg/Ethinyl-estradiol 35µg sur un régime 21/7 chez 35 femmes sans SPM et chez celles qui présentent des symptômes prémenstruels de gravité différente. Bien que le nombre de sujets soit faible, cette étude montre au bout de trois cycles une amélioration de l'humeur négative et une augmentation des symptômes positifs (la gaieté, la convivialité et l'énergie) chez les femmes avec des symptômes prémenstruels sévères sans différence significative pour les symptômes physiques. Les femmes sans symptôme ou présentant des symptômes moins sévères ne voient pas leur humeur se détériorer sans amélioration par ailleurs. Cette étude n'étant pas contrôlée, il est difficile de tirer une conclusion certaine sur l'efficacité de ce traitement. Le score SPIRIT est de 11/31 et l'IF de 3,09.

❖ **La comparaison Progestatif ou Calcium et Vitamine D versus placebo en deuxième partie de cycle**

Une étude iranienne contrôlée randomisée en double aveugle, Khajehei 2009 (76), étudie chez 180 étudiantes l'effet du traitement par dydrogestérone (progestatif) et du calcium associé à la vitamine D versus placebo administrés pendant deux mois sur les scores de gravité du SPM diagnostiqué et suivi de façon prospective par un questionnaire standardisé d'après des recommandations de l'American College of Gynecology et l'American Psychiatric Association. La comparaison des scores moyens des symptômes entre les groupes avant et ceux après l'intervention a révélé que la dydrogestérone, le calcium et la vitamine D ont le même effet de réduction sur la gravité des symptômes (respectivement -4,2% et - 4,64% $p < 0,05$), et que les deux traitements, sont plus efficaces que le placebo (-3,42% $p < 0,05$). Malgré la faible réduction des symptômes dans cette étude par rapport à d'autres études, la gravité a diminué, passant de grave à modérée grâce à la dydrogestérone et au calcium/Vitamine D,

une diminution qui est à la fois statistiquement et cliniquement significative. Le score CONSORT est de 15,5/24 et l'IF à 1,408.

❖ **Un progestatif oral seul : Dienogest et Desonogestrel**

Une étude de cas d'une japonnaise de 37 ans, Kamada 2018 (77), montre une efficacité du Dienogest (progestatif de 4^{ème} génération) donné quotidiennement à la dose de 2mg sur l'exacerbation prémenstruelle d'une schizophrénie. Avant ce traitement elle avait bénéficié de plusieurs traitements : ISRS, plusieurs traitements œstroprogestatifs arrêtés à causes d'effets secondaires. Cette patiente chez qui une endométriose a été diagnostiquée au début de l'étude a constaté une atténuation des douleurs pelviennes, une disparition des comportements prémenstruels anormaux et a pu retourner au travail. Son état mental a été bien contrôlé sans comportements anormaux mais elle s'est plainte de quelques ménorragies pendant les 3 années qui ont suivi la prise de Dienogest. Le score CARE est de 9/13 et l'IF à 1,091.

Une étude de cas d'une jeune fille de 13 ans en Grèce (78) souffrant d'un SPM diagnostiqué selon les critères The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) évalue l'effet d'un traitement micro-progestatif : Desonogestrel (Cerazette) pendant trois mois. Cette patiente, devant des antécédents de thrombophilie familiale, avait une contre-indication à un traitement par œstroprogestatif. Au terme des trois mois de traitement, son comportement et ses troubles de l'humeur se sont améliorés avec une amélioration des compétences scolaires. Le score CARE est à 8,5/13.

❖ **L'association agoniste de la GnRH et traitement œstroprogestatif**

Une étude thérapeutique suédoise contrôlée, randomisée, Segebladh 2009 (79), évalue le bénéfice d'un traitement hormonal substitutif par œstroprogestatif à différents dosages chez des patientes avec un TDP diagnostiqué par le DSM-IV chez qui un traitement par agoniste de la GnRH (acétate de leuprolide) est administré en début d'étude. L'hormonothérapie substitutive la plus bénéfique consiste selon cette étude en un traitement exclusivement à base d'estradiol en comparaison à une association œstroprogestative à plusieurs dosages. Cette étude présente un échantillon faible de patiente et introduit dans un temps court deux traitements différents : agoniste de la GnRH et traitement œstroprogestatif, ce qui ne nous permet pas de conclure à l'efficacité d'une thérapeutique ou d'une autre. De plus une hormonothérapie substitutive seule avec œstrogènes n'est pas réalisable en pratique à cause du risque endométrial que représentent ces derniers. L'IF est à 3,278 et score SPIRIT à 13,5/30.

❖ La Bromocriptine

Une étude thérapeutique indienne, contrôlée, randomisée, Sharma 2007 (80), évalue le bénéfice d'un traitement par bromocriptine à 5mg/j en deux prises ou pyridoxine 100mg/j en comparant ces derniers avec un placebo pendant trois cycles menstruels chez 60 patientes diagnostiquées pour un SPM par un score de sévérité des symptômes physiques, psychologiques et comportementaux, non standardisé. L'amélioration a été définie comme une diminution de la moitié du score initial des symptômes. Le taux de réponse était statistiquement significatif avec la bromocriptine ($p < 0,001$) comparativement au placebo ($p > 0,05$). Dans le groupe bromocriptine, une amélioration clinique a été observée chez 15 % et 65 % des patientes après les 2^{ème} et 3^{ème} mois de traitement respectivement contre 0% au 2^{ème} et 10% au 3^{ème} mois dans le groupe placebo. Un taux de réponse plus élevé (85 %) et une incidence plus faible d'effets secondaires (20 %) avec la pyridoxine, comparativement à la bromocriptine (65% de taux de réponse et incidence des effets secondaires à 65%) ont été observés. Cette étude ne nous permet pas de conclure sur une réelle efficacité de la bromocriptine sur le SPM car l'échantillon est faible et le score d'évaluation du SPM n'est pas standardisé. Le score CONSORT est à 13/25 et l'IF : 0,265.

❖ Un modulateur des récepteurs de la progestérone : l'ulipristal

Une étude observationnelle anglaise, Chen 2017 (81), évalue de façon rétrospective les effets d'un traitement par acétate d'ulipristal (UPA) à 5mg par jour donné pendant trois mois chez 80 femmes en attente d'un traitement chirurgical pour des fibromes utérins. Ces patientes ont rempli un calendrier DRSP de façon rétrospective pour évaluer les bénéfices du traitement sur les symptômes prémenstruels. 79 des 80 femmes avaient un SPM avant le traitement par UPA, et 55 de celles-ci soit 80% ont eu une amélioration sur leurs symptômes (principalement la fatigue et le manque d'énergie), 12 une détérioration, et 2 étaient insatisfaites. Il est difficile pour nous de mettre en évidence une efficacité significative de ce traitement sur le SPM puisque cette étude est observationnelle, que l'évaluation du SPM s'est faite de façon rétrospective et qu'il n'y a pas de contrôle avec un placebo. Le score STROBE est à 13/22 et l'IF à 0,629.

❖ Conclusion

La suppression de la cyclicité hormonale liée à l'ovulation avec les contraceptifs oraux combinés (COC) pourrait permettre un soulagement des symptômes du SPM. C'est en effet le postulat de nombreuses études évaluant le bénéfice des traitements oestro-progestatifs chez les femmes atteintes. La prescription d'un traitement par drospirénone (DRSP) et éthinyloestradiol (EE) sur un schéma 24/4 est reconnue pour améliorer les symptômes du trouble dysphorique prémenstruel (TDP) selon la U.S. Food and Drug Administration. (82)

Les données sont contradictoires en ce qui concerne l'effet du traitement oestro-progestatif oral sur le SPM. Certaines études montrent une amélioration, d'autres une détérioration et d'autres encore aucun effet. Les symptômes d'humeur comme l'irritabilité et la dépression et les symptômes physiques comme l'œdème et la mastodynie sont typiques des symptômes prémenstruels mais peuvent aussi être des symptômes qui surviennent avec l'utilisation des COC, selon le profil du progestatif et sa dose et selon le type d'œstrogène. (75)

Ainsi il existe une grande diversité dans la réponse aux traitements œstroprogestatifs, mais cette diversité peut dépendre du progestatif utilisé, de la dose d'EE, du schéma de prise, de la gravité des symptômes du SPM dans le groupe recruté.

Il n'est plus à démontrer que le traitement par DRSP3mg/EE20µg en schéma 24/4 est efficace sur le TDP dans le spectre des symptômes psychiques, dans le retentissement fonctionnel sur les activités sociales, sur la productivité au travail et dans le domaine relationnel avec un effet constaté dès le premier cycle et retrouvé jusqu'au sixième cycle. Concernant l'efficacité de la DRSP3mg/EE20µg sur les symptômes du SPM le schéma 24/4 améliore de façon significative au bout de six cycles de traitement les symptômes suivants : l'humeur dépressive, l'anxiété, les crises de larmes, l'irritabilité et permet d'augmenter l'efficacité au travail, la responsabilité familiale, les activités sociales et les liens relationnels ; et le schéma 21/7 diminuerait l'altération de la concentration, l'appétit, les modifications indésirables des cheveux, la rétention d'eau et augmenterait le sentiment de bien-être en phase prémenstruelle. Ces résultats nous sont apportés par deux études ouvertes et non contrôlées par un placebo ce qui nous oblige à être vigilants sur leurs conclusions. (63) (66)

Le traitement par NOMAC/E2 pourrait également être une piste thérapeutique pour les symptômes du SPM, puisqu'il permet une amélioration plus importante que la DRSP/EE 30µg 21/7 sur la douleur, la rétention d'eau, les effets négatifs, les troubles de la concentration et le changement de comportement.

Le traitement par LNG90µg/EE20µg en continu peut être une stratégie à employer pour soulager un TDP permettant de diminuer la gravité des symptômes physiques, dépressifs et l'irritabilité et enfin de réduire la limitation au travail.

D'autres associations œstroprogestatives ont été évaluées mais souvent de façon non contrôlée.

Enfin la bromocriptine donnée à 5mg/j comparée au placebo semble améliorer de façon significative les symptômes du SPM (65% d'amélioration au 3^{ème} cycle).

L'effet placebo prend une part importante dans l'efficacité thérapeutique sur le SPM ce qu'il ne faut pas sous-estimer d'autant plus dans l'interprétation des études non contrôlées (67). De plus, lorsqu'une amélioration est mise en évidence dans une étude elle peut être expliquée soit par l'association œstroprogestative en tant que telle ou bien par le schéma thérapeutique (intermittent ou continu) sur lequel le traitement est administré.

Les autres traitements médicamenteux

Sur les 12 articles sélectionnés à la suite de la lecture des titres et résumés, nous avons inclus 9 articles classés dans « médicaments / autres ». Trois articles ont été exclus pour les raisons suivantes : n'évaluant pas une thérapeutique pour lutter contre le SPM (83) (84), et non spécifiquement sur le SPM (85).

❖ Les antiépileptiques

L'article Kayatekin 2008 (86) a voulu montrer l'efficacité du levetiracetam (250mg jusque 1500 mg deux fois par jour) sur le score DRSP de la phase lutéale. L'amélioration moyenne du score pour 6 patientes sur 7 était de 39,75%, sans effet secondaire majeur. Le score SPIRIT était cependant faible 13/31, avec un IF de 2,208 pour la revue. Nous pouvons souligner les nombreux biais de cette étude comme l'absence d'aveugle, de groupe contrôle, un très faible effectif, des doses variables de traitement. Comme le soulignent les auteurs, une étude de plus grande envergure est à envisager, ce d'autant que les effets secondaires sont faibles.

❖ Le Ramelton

Une étude de cas japonais, Yamada 2017 (87) avait pour but d'évaluer l'effet du Ramelton 8mg administré le soir pendant la phase lutéale, sur les réveils nocturnes chez une femme atteinte d'un TDP traité par escitalopram 20mg n'ayant pas eu d'effet sur ces derniers. Cette patiente a constaté une disparition des réveils nocturnes lors du cycle suivant la prise de Ramelton. Le score CARE est à 4,25/12 et l'IF à 2,063.

❖ Les opioïdes

Une étude de cas, Qurishi 2013 (88) évalue l'efficacité d'une augmentation de traitement par méthadone lors de la phase lutéale chez une patiente traitée par ce traitement substitutif dans le cadre d'une toxicomanie et souffrant d'un TDP. Cette augmentation de la méthadone en phase lutéale de 60mg à 80mg a permis une amélioration des symptômes prémenstruels et une diminution du besoin d'héroïne dans cette phase. Le score CARE est à 6,25/30 et l'IF à 1,726.

❖ Les anti-leucotriènes

Une étude thérapeutique contrôlée, Pasaoglu 2008 (89), évalue l'effet du Montélukast – antagoniste des récepteurs des leucotriènes versus placebo dans l'exacerbation prémenstruelle de l'asthme chez 24 patientes atteintes d'un asthme léger dont 13 avaient une exacerbation

préménstruelle. Le premier mois les patientes étaient traitées par corticostéroïdes inhalés (CSI) seuls ; le deuxième mois, par CSI et placebo et le troisième mois, par CSI et Montélukast. Il est retrouvé une amélioration statistiquement significative chez les patientes avec une exacerbation préménstruelle après le traitement par le Montélukast dans les variabilités du DEP (Débit expiratoire de pointe) et dans les scores symptomatiques ($p=0,005$) par rapport au placebo. Le score SPIRIT est à 7,5/32 et l'IF à 1,330.

❖ **Le Myo-inositol**

Une étude thérapeutique contrôlée italienne, Gianfranco 2011 (90), évalue l'efficacité de la formulation du myo-inositol sous deux formes, poudre et gélule molle chez 71 femmes avec un TDP. Tous les scores (HAM-D, DSR, CGI-SI) se sont améliorés dans les groupes traités par myo-inositol par rapport à la phase initiale, quelle que soit sa forme (poudre ou gélule), administré pendant six cycles menstruels. Il n'y avait pas de différence entre les deux formulations pharmaceutiques (poudre ou gélule molle). Le score CONSORT est à 14,5/25.

❖ **L'UC1010-sépranolone**

Une étude thérapeutique contrôlée suédoise de phase II, Bixo 2017 (91), avait pour but de vérifier si l'administration répétée d'UC1010-sépranolone (antagoniste de l'allopregnanolone) en cinq injections sous cutanées au cours de la phase lutéale était supérieure au placebo pour réduire les symptômes de l'humeur chez les femmes atteintes de TDP. Les résultats montrent que l'UC1010 a permis de réduire significativement les symptômes du TDP par rapport au placebo (62,3% vs 48,1% $p=0,016$), évalués par le score DRSP total, d'après l'analyse per protocole. Le score CONSORT est à 23,75/25 et l'IF à 4,788.

❖ **La médecine interventionnelle**

Une étude observationnelle coréenne, Jang 2014 (92), évalue l'impact d'une embolisation de l'artère utérine (EAU) réalisé chez 141 femmes dans le cadre d'une adénomyose ou d'un fibrome utérin sur les symptômes préménstruels évalués par les lignes de l'ACOG. 39 femmes avec un SPM ont été analysées. Les rachialgies, les céphalées et les symptômes gastro-intestinaux ont été significativement améliorés après l'EAU chez ces patientes, avec respectivement des différences de score de -6,9 $p=0,012$; -6,9 $p=0,007$; -5,7 $p=0,002$. Les myalgies, l'asthénie, la nervosité, les mastalgies et l'œdème systémique ont également été améliorés, mais cette amélioration n'était pas statistiquement significative. Le score STROBE est à 13,75/22 et l'IF à 2,149.

Une autre étude observationnelle canadienne, Lukes 2011 (93), évalue l'évolution du SPM chez les femmes atteintes de ménorragies et ayant subi une ablation de l'endomètre par NovaSure

Endometrial Ablation. Les résultats de cette étude ont montré que l'ablation de l'endomètre NovaSure pouvait être bénéfique pour les symptômes associés au SPM chez les femmes ayant des règles abondantes (score de base du SPM de 7,4 et score de suivi du SPM de 3,2 ($p, 0,05$)). Le score d'autoévaluation par les femmes des symptômes du SPM et des douleurs menstruelles s'est également nettement amélioré après l'ablation de l'endomètre. Le score STROBE est à 15/22 et l'IF à 1,738.

Une sous-analyse de cohorte américaine, Chapa 2009 (94), évalue l'effet de l'ablation de l'endomètre par Thermachoice III sur la disparition des méno-métrorragies, sur les symptômes de dysménorrhée et sur les altérations prémenstruelles de l'humeur. 87 patientes avec SPM et ayant eu une ablation de l'endomètre ont été analysées. Il existe une différence statistiquement significative pour l'agitation (34,5% de femmes atteintes avant l'intervention à 11,5% à 3 mois puis 12,5% à 6 mois ($p<0,005$)) et pour l'irritabilité (47,1% de femmes atteintes avant l'intervention puis 9,2% à 3 mois puis 11,5% à 6 mois ($p<0,005$)). Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour la dépression entre l'intervention et le 3ème et le 6ème mois. Ainsi l'ablation de l'endomètre par la technique Thermachoice III entraîne une diminution de la dysménorrhée, une amélioration de l'humeur prémenstruelle avec une diminution des méno-métrorragies. Le score STROBE est à 14,25/22 et l'IF à 0,696.

❖ Conclusion

Nous mettons en avant deux thérapeutiques intéressantes : l'UC1010-sépranolone en injection sous cutanée et la médecine interventionnelle (embolisation de l'artère utérine et ablation de l'endomètre).

Concernant l'UC1010, antagoniste de l'allopregnanolone, les auteurs considèrent que l'amélioration sur le TDP de 62,3% par rapport au placebo est comparable à celle retrouvée dans les études sur l'effet des ISRS ou des COP avec drospirénone (Cohen et al., 2002; Halbreich et al., 2002; Yonkers et al., 2005). Dans notre revue de littérature peu de travaux évaluent la taille de l'effet pour la drospirénone. Dans l'étude Marr 2011 (68), la DRSP3mg/EE20µg prise sur un schéma 24/4 a permis une diminution de près de 50 % du score moyen total des symptômes entre la phase d'observation et le cycle 1 du traitement ainsi qu'une diminution de 47 et 48% pour la déficience fonctionnelle.

Concernant la médecine interventionnelle il est intéressant de constater qu'elle est efficace sur le SPM chez des patientes ayant une pathologie utérine nécessitant une intervention. Cependant cette thérapeutique est invasive et ne peut être recommandée pour la prise en charge du SPM isolé sans pathologie de l'endomètre.

B. LA MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

Les plantes

Nous avons dénombré 27 articles traitant des plantes dans la prise en charge du syndrome prémenstruel, parmi lesquels nous en avons exclu 4, dont deux doublons : Ma 2010 (95), article doublon de Linlin Ma 2010 (96) ; et Khayat 2015 (97) similaire à Fanaei 2015 (98) (mêmes études mais publiées dans deux revues différentes). Un article traitait de l'huile de krill (99) mais de façon générale ; et l'étude citée rapportant l'efficacité du krill sur le SPM datait de 2003. Enfin, nous avons exclu l'article Matsumoto 2017 (100) car celui-ci ne rentrait pas dans nos critères d'inclusion de traitement du syndrome prémenstruel : il évaluait l'efficacité du parfum d'agrumes japonais et de lavande sur les symptômes de la sphère de la molimine² prémenstruelle.

4 articles traitaient de la médecine asiatique (japonaise ou chinoise), et 19 autres de la phytothérapie ou plus précisément de l'aromathérapie.

❖ La médecine asiatique

La médecine Kampo³, littéralement médecine selon la méthode Han, peuple majoritaire en Chine, est une science japonaise dérivée de la médecine traditionnelle chinoise. Le kamyshoyosan est une formule kampo composée de 10 herbes.

Dans l'étude de cas datant de 2008 (101), impact factor 1,628, et CARE note globale 7,5 / 13, trois cas sont rapportés, de jeunes femmes souffrant de symptômes prémenstruels, que nous avons considérés comme syndrome prémenstruel, compte tenu du contexte. En effet, le terme SPM est considéré comme un terme occidental. Les auteurs ne le reprennent pas explicitement dans l'inclusion de leurs patientes ; ils disent toutefois que le kampo au Japon est le premier traitement de choix pour le SPM. Les trois jeunes femmes souffraient de symptômes différents en prémenstruel, et pour chacune, la médecine kampo a adapté sa thérapeutique selon chaque symptôme. Après 3, 6 ou dix mois de traitement, ces femmes ont été améliorées. Cette approche adaptée à chaque patiente et aux symptômes précis mérite l'attention des médecins occidentaux.

² La molimine prémenstruelle n'est pas considérée comme un syndrome prémenstruel ; ce sont des réponses du corps aux changements hormonaux, considérées comme physiologiques et sans interférences avec les activités de la vie quotidienne normale. C'est un état sub-clinique de la symptomatologie prémenstruelle.

³ D'après une définition Wikipédia

Deux articles sont parus un an avant, en 2007 au sujet de l'utilisation du kamishoyosan.

L'étude pilote Kazuo Yamada 2007 (102), a voulu montrer l'efficacité du TJ - 24, granules extraits de kamishoyosan comme traitement alternatif des patientes atteintes de TDP. Au total, 19 patientes / 30 soit 63,3% ont montré une amélioration des scores HAM-D dans la phase lutéale. A la fin de l'étude 21 patientes ne remplissaient pas les critères de TDP dans la phase lutéale. La faible pertinence scientifique ne nous permet pas de conclure : IF 1,81 et SPIRIT 10/30, sans compter les nombreux biais (un seul investigateur, une réalisation en ouvert, des patientes volontaires pour le traitement, d'où un effet placebo non négligeable).

La seconde étude sur le kamishoyosan Yoko Kimura 2007 (103) n'a pas beaucoup plus de pertinence si on se fie au score IF 0,833, et SPIRIT 11,25 /30. Elle étudiait l'efficacité du kamishoyosan à partir de deux méthodes quantitatives : la dérivée seconde du photopléthysmogramme au bout du doigt (SDPTG) et le questionnaire TOMRASS. Il y avait une amélioration des cinq symptômes prémenstruels majeurs chez les patientes ayant un âge vasculaire rajeunie (c'est à dire inférieur à leur âge chronologique) avant le traitement. Ce qui amènerait à faire une évaluation pré-thérapeutique de l'âge vasculaire avec le photopléthysmogramme avant le traitement pour prédire de son efficacité.

Enfin, selon une étude contrôlée de 2008 (104) la survenue de symptômes et la gravité du syndrome prémenstruel des femmes australiennes peuvent être efficacement réduites par l'utilisation de plantes médicinales chinoises. On observe une différence significative $p < 0,01$ des scores après trois mois de traitement sur les symptômes physiques et psychologiques prémenstruels, la dépression, l'anxiété et la colère, en faveur de la phytothérapie chinoise. Mais il n'y a pas de différence sur le stress perçu $p > 0,05$. Cette étude avec un IF à 1,585 et un CONSORT à 14/25, est intéressante car elle présente des résultats de la phytothérapie chinoise sur une population occidentale, alors que les études précitées ne portaient que sur des patientes asiatiques. Cependant notons un biais important : le faible effectif de 65 patientes incluses, dont 29 seulement ont rempli le calendrier des symptômes.

❖ La phytothérapie et l'aromathérapie

On entend par phytothérapie⁴ le traitement ou la prévention des maladies par l'usage des plantes. Quant à l'aromathérapie⁴, cela englobe toute thérapeutique par ingestion, massage du corps ou inhalation d'huiles essentielles végétales ou d'essences aromatiques ; c'est une branche de la phytothérapie.

⁴ D'après une définition du Larousse

Les fleurs viennent en premier, avec dans cette catégorie une place de choix pour le gattilier ou Vitex Agnus Castus (VAC), puis suivent le millepertuis ou Hypericum Perforatum, la camomille, la fleur d'oranger, la rose, et la lavande. Le Ginkgo Biloba est le seul arbre retrouvé pour l'utilisation dans le syndrome prémenstruel. Enfin, viennent comme épices ou pigments le safran et la curcumine ou le safran des Indes.

- Le Vitex agnus-castus (VAC) ou gattilier, ou Chasteberry per os.

Nous avons retrouvé 7 articles traitant de cette thérapeutique dont un le comparant à l'utilisation du millepertuis. 3 articles relatent l'efficacité sur les patientes d'origine asiatique, 1 sur les patientes d'Iran ; 1 autre compare différents dosages, et un dernier se concentre sur les migraines.

En 2009, Zhong Hea (105) a évalué l'efficacité versus placebo de l'extrait de VAC BNO 1095, 40mg d'herbe médicinale, chez les femmes chinoises souffrant de SPM modéré à sévère. Le score total PMSD du troisième cycle a diminué de façon significative dans les deux groupes $p < 0,0001$. La différence dans les scores moyens en comparaison avec le taux de base au 3^{ème} cycle dans le groupe VAC était significativement plus bas que dans le groupe placebo $p < 0,0001$. Il y avait cependant un effet placebo de 50% (expliqué par le fait que l'efficacité avait été définie comme une amélioration de 60% du score total PMSD). Pour cette étude le score CONSORT était de 19,5/25 et l'IF 2,093.

Linlin Ma 2010 (96) était une étude d'un style similaire, toujours sur des patientes chinoises, mais avec une précision sur l'efficacité selon quatre différents symptômes. Le VAC était efficace après trois cycles de traitement, surtout sur les symptômes d'affect négatif $p = 0,047$ et de rétention d'eau $p = 0,036$, mais pas sur la douleur ou les fringales. Le PMSD score au bout du troisième cycle de traitement a diminué de façon significative pour le groupe VAC ou placebo $p < 0,001$; il était significativement plus abaissé dans le groupe VAC que placebo au troisième cycle de traitement $p = 0,015$; (mais il n'y avait pas de différence au cycle 1). L'efficacité, définie comme la somme des scores PMSD diminuant de 60% était de 84,85 % VAC versus 55,89% placebo, soit une différence significative $p = 0,01$. Pour cette étude le score CONSORT était de 14/25 et l'IF 1,461.

Vient ensuite un article sur les femmes japonaises, Momoeda 2014 (106) atteintes de SPM. Les résultats sont similaires comparativement aux études précédentes. Le score total EVA a diminué de façon significative après le premier cycle (moyenne de 200 à 79,4 ($p < 0,001$)) et a continué de diminuer dans les cycles suivants (54,5 et 33,5). Le score de chacun des 10 symptômes a diminué significativement en comparaison avec le score de base au premier cycle menstruel, et ensuite a diminué séquentiellement $p < 0,001$. L'IF est à 2,438 et le SPIRIT 18,25/31.

Puis en 2012, Mehrangiz (12), étude dont le CONSORT était 14,5/25 montre également que le VAC peut être considéré comme un traitement efficace et bien toléré chez les femmes iraniennes pour les symptômes du SPM léger et modéré. On retrouve une différence significative sur l'utilisation du VAC

versus placebo $p < 0,0001$, pour les six variables : céphalées, nervosité, agitation, dépression, tension et mastalgies, ballonnement et tympanisme.

En Suisse, Ruediger Schellenberga 2012 (107) publie l'étude la plus intéressante sur le sujet puisque le score CONSORT est à 22/25, et l'IF 3,268. Il compare l'efficacité de trois doses différentes d'extrait de VAC – 8, 20 et 30 mg – en comparaison au placebo chez des personnes souffrant de SPM. On note une amélioration dans le score total et pour chaque classe de symptômes dans le groupe 20mg de VAC / jour, significativement plus élevé que dans le groupe 8mg et placebo. La dose de 8mg n'a pas démontré d'amélioration générale, alors que le symptôme de la mastalgie avait une amélioration limite. La dose de 30mg ne diminuait pas de façon significative la sévérité des symptômes comparée à 20mg. Pour des patientes souffrant de SPM, la dose de 20mg semble donc être la dose la plus adéquate. A noter que 22,7% des participantes utilisaient un contraceptif oral. Il n'y avait pas d'effet significatif de l'utilisation de la contraception orale sur les paramètres score individuel et total des symptômes SPM initiaux et sur la différence respective des scores (bien que les données ne soient pas communiquées)

L'article Ambrosini 2013 (108) dont le score SPIRIT était 12 / 30 et l'impact factor 0,466, s'intéressait plus spécifiquement aux migraines chez des patientes dont le SPM est traité par VAC. Le VAC semble améliorer de façon positive la fréquence et l'intensité non seulement des migraines en lien avec la période menstruelle, mais aussi les crises non apparentées au cycle menstruel. A noter un biais important : le fait que les patientes ont été informées qu'elles recevraient un traitement de 3 mois pour leur SPM, afin d'évaluer son efficacité également sur la migraine. De plus, il n'y avait pas d'évaluation du SPM en soi – l'étude étant plus sur les migraines des femmes ayant un SPM – mais il y avait une évaluation du SPM de façon subjective, que nous avons considérée comme un critère secondaire.

Enfin, citons l'article Diana van Die 2009 (109), dans lequel il est montré qu'une association de VAC et d'*Hypericum Perforatum* était efficace en comparaison au placebo pour le score SPM total, la dépression et les fringales chez des femmes ménopausées tardives. La diminution des scores était aussi significative pour l'anxiété et l'hydratation. Ces résultats suggèrent une potentielle application clinique significative dans les symptômes SPM like chez les femmes en péri ménopause. Le score CONSORT était 15,5 / 25 et l'IF 1,685.

➤ Le Millepertuis ou *Hypericum Perforatum* (HP) ou St. John's Wort per os.

Commençons par l'étude de 2010 Canning (110), étude remarquable par son score CONSORT 24/25 et son impact factor de 4,497. D'après cette étude américaine, le traitement quotidien avec HP 900mg était plus efficace que le placebo pour le traitement de la plupart des symptômes physiques (fringales, œdèmes) et comportementaux (pauvre coordination, insomnie, confusion, céphalées, pleurs, fatigue) associés au SPM d'une sévérité légère $p < 0,05$. Il n'y avait pas de différence significative

sur l'effet de HP en comparaison au placebo pour l'humeur (anxiété, irritabilité, dépression, tension nerveuse, saut d'humeur, sentiment d'hors de contrôle), la douleur relatée (douleurs, crampes, mastalgies) $p > 0,05$.

Quant à l'étude de 2011 Ghazanfarpour (111), plus récente, mais avec un CONSORT bien inférieur 7,5/25 et un IF à 2,045, elle apportait les mêmes résultats. HP est un traitement bon marché couramment disponible, et bien toléré pour le traitement des femmes atteintes du SPM modéré à sévère. Mais l'étude est pauvre dans l'explication de la méthodologie et de ses résultats.

Enfin le dernier article Niederhofer 2009 (112) est une étude de cas insérée dans un article de revue, où les auteurs rapportent l'efficacité de HP sur le TDP d'une femme de 41 ans. Nous ne pouvons cependant pas en tirer de conclusion compte tenu du peu d'information. Le CARE est à 2,5 / 13.

➤ La Camomille per os.

L'étude Sharifi 2014 (113) a comparé un traitement par huile essentielle de camomille 100mg versus acide méfénamique 250mg, administré de J21 jusqu'à la fin du cycle trois fois par jour. D'après l'échelle PMS Daily form, le traitement par camomille soulage les symptômes généraux physiques et psychologiques du SPM – l'intensité globale – de même que l'acide méfénamique. Elle semble plus efficace que l'acide méfénamique pour soulager les symptômes psychologiques tels que la colère et l'agression. Quant aux symptômes physiques la comparaison intergroupe a montré une différence significative uniquement pour les arthralgies, les malaises, et les douleurs abdomino-pelviennes en faveur du traitement par acide méfénamique. Cette étude est assez puissante, avec un CONSORT à 20/25 et un IF à 2,216. Notons tout de même un des effets secondaires de la camomille : l'augmentation des saignements menstruels, donc à utiliser avec prudence selon la présence d'une anémie ou d'un traitement anticoagulant concomitant.

➤ L'huile essentielle de Fleur d'oranger ou huile de néroli inhalée.

Dans ce manuscrit accepté, non encore publié en avril 2018, Heydari (114), il est montré les effets de l'aromathérapie avec l'huile essentielle de fleur de Citrus Aurantium (ou néroli) sur le SPM, de façon générale, chez des étudiantes iraniennes, et surtout sur les signes psychologiques. Le traitement consistait en une inhalation deux fois par jour pendant 5 minutes, à 30 cm du nez, de 10 gouttes de 0,5 % d'huiles essentielles de fleurs de Citrus Aurantium sur un tampon oculaire, pendant la phase lutéale. En ce qui concerne le score PSST (Premenstrual symptoms screening tool), on note une diminution significative des scores moyens dans le groupe citrus à deux mois de traitement $p = 0,001$ mais pas pour le groupe placebo $p = 0,694$, et une différence significative entre les deux groupes placebo versus groupe citrus Aurantium à un mois et deux mois après le traitement $p = 0,003$ et $0,001$ respectivement. Cette différence significative était retrouvée entre les deux groupes pour les signes

psychologiques mais pas pour les signes physiques, ou le score social. Le score CONSORT s'élevait à 17,5/25 et l'impact factor à 1,701.

- L'huile essentielle de Rosa Damascena ou Rose de Damas inhalée.

Comme l'article décrit précédemment, le même auteur Heydari (115) s'intéresse aux effets de l'huile essentielle de Rose de Damas dans le SPM. L'aromathérapie par Rosa Damascena (RD) – concentration 4%, 10 gouttes d'huile essentielle sur un support, à une distance de 30cm de leur nez, durée 5 minutes, deux fois par jour, pendant 5 jours à la phase lutéale – après deux mois de traitement, a été associée à une amélioration significative psychologique, physique, sociale et totale en comparaison avec l'évaluation PSST de base. La comparaison avec le groupe contrôle placebo était significative en faveur du traitement par RD. Le score CONSORT était de 20,5/25 et l'IF 2,072.

- L'huile essentielle de Lavande, inhalée.

Dans cet article Uzunçakmak 2018 (116), il est mis en avant une différence significative entre les deux groupes (huile de Lavande versus placebo), pour l'échelle du SPM, et pour les sous dimensions de l'anxiété, l'affect dépressif, la nervosité, la douleur, les ballonnements, les pensées dépressives. L'intervention résidait en une inhalation d'huile de lavande pendant cinq sessions en moyenne chaque cycle, une fois par jour à la même heure, au moins 10 jours avant les règles et s'arrêtait à l'apparition de celles-ci. Les scores étaient assez bons 20,75 / 25 CONSORT, et IF 2,084. Remarquons cependant une diminution du score SPM moyen dans le groupe contrôle (sans pour autant aller en dessous de 110). Les suivis mensuels du SPM peuvent engendrer une prise de conscience de ce dernier par les étudiantes, ce qui peut expliquer cette diminution.

- Le FEMAL pollen per os.

Il s'agit d'un médicament à base de pollen 160mg pris deux fois par jour durant la phase lutéale. Dans cette étude, en intention de traiter, Gerhardsen 2008 (117), il était recherché un effet sur les troubles du sommeil des femmes ayant un SPM. Après quatre cycles de traitement versus placebo, les auteurs trouvent une réduction significative de 14 +/- 36 (34%) soit $p < 0,01$ des troubles du sommeil intra individuel ; l'évaluation de ce dernier était faite de façon subjective avec une échelle visuelle analogique. Cette réduction était surtout valable pour les femmes ayant une irritabilité par rapport aux femmes ayant une dysphorie. L'étude du degré global de réduction des symptômes du SPM n'avait en revanche pas montré de différence significative entre les deux groupes, hormis dans l'analyse en sous-groupe, pour le groupe irritabilité. Voici le score CONSORT 20,5/25 et l'IF 0,973.

➤ Le Ginkgo Biloba per os.

Cette étude Ozgoli 2009 (118), menée en Iran – CONSORT 22/25 – IF 1,685 – a montré une diminution significative sur la sévérité globale des symptômes physiques et psychologiques $p < 0,001$ pour les deux groupes Ginkgo et placebo. Cette diminution était plus importante pour le groupe Ginkgo. La différence intergroupe était significative. Notons cependant les biais de cette étude incitant à ne pas tirer de conclusion trop hâtive : le double aveugle non respecté, la durée de suivi courte (deux mois) et le fait que le placebo utilisé contenait de l'amidon qui peut également avoir des effets sur le SPM. Par ailleurs, il s'agissait d'une petite étude et sur des étudiantes, donc peu généralisable à toutes les tranches d'âges.

➤ Le Safran per os ou inhalé.

Il a fait l'objet de 2 études Fukui 2011 (119), et Agha-Hosseini 2008 (11) dont le CONSORT était de 7 et 17,5 respectivement, et l'IF proche de 3. Il est utilisé notamment en médecine perse.

La première étude Agha-Hosseini 2008 (11), ayant le meilleur score CONSORT, propose le safran en voie orale de 30mg en deux prises par jour. Une différence significative safran versus placebo à partir du 4^{ème} cycle est retrouvée pour l'efficacité du safran dans le score total des symptômes quotidiens, et l'échelle d'Hamilton pour la dépression. Le nombre de répondants pour l'échelle DSSR (défini comme une amélioration de 50% dans la sévérité des symptômes) était de 19 soit 76% dans le groupe safran, et 2 soit 8% dans le groupe placebo $p < 0,001$. Cependant les effets secondaires quoique tolérables sont à évalués et méritent d'être approfondis, notamment les céphalées et les changements d'appétit.

La deuxième et plus récente Fukui 2011(119), s'intéressait à l'odeur du safran pour plusieurs troubles du cycle menstruel chez la femme dont le SPM. Le test psychologique STAI (State Trait Anxiety Inventory) et des dosages hormonaux (testostérone T, 17 B Estradiol / E, et cortisol C) furent réalisés avant et après la stimulation par l'odeur de safran (soit en phase lutéale soit en phase folliculaire). Les effets physiologiques et psychologiques de l'odeur de safran sur les femmes suggèrent un effet anti-stress (le cortisol, hormone du stress, est diminué). Le score STAI révèle que le taux d'anxiété est amélioré par l'exposition à l'odeur de safran quelle que soit la phase dans le cycle menstruel. Nous ne pouvons conclure à une amélioration propre du SPM, mais une amélioration de façon générale. L'article manquait de précisions quant à la randomisation, l'exposé des résultats, et la définition précise du SPM.

- La Curcumine ou le Safran des Indes per os.

L'étude Fanaei 2016 (98), faisait doublon avec l'étude Khayat 2015 (97) qui a donc été exclue. Elle évaluait l'effet de la curcumine (2 cp de 100mg par jour pendant 7 jours avant les règles et les 3 premiers jours des règles soit 10 jours de traitement, pendant trois cycles consécutifs) sur les taux sériques des facteurs neurotrophiques du cerveau et la sévérité des symptômes du SPM chez les étudiantes avec SPM. Le score du SPM pour la sévérité totale, le comportement, l'humeur, et les symptômes physiques dans le groupe curcumine est significativement plus bas que pour le groupe placebo : $p < 0,001$, $p = 0,005$, et $p < 0,001$ respectivement. Le taux de facteurs neurotrophiques était significativement plus élevé dans le groupe curcumine. Le score CONSORT était de 18/25 et l'IF 2,726.

L'étude Khayat 2015 (97) rapportait les mêmes résultats sans la précision sur l'effet des taux de facteurs neurotrophiques.

❖ Conclusion

La médecine kampo est ciblée sur les symptômes des patientes ; elle semble efficace sur les patientes asiatiques, mais davantage d'études sont nécessaires pour pouvoir l'affirmer scientifiquement, et généraliser cette tendance sur les patientes européennes.

En ce qui concerne les fleurs, le VAC et le Millepertuis sont les deux traitements de phytothérapie les plus utilisables pour le syndrome prémenstruel et dont les études sont les plus pertinentes. L'avantage de la camomille réside sur son efficacité plus importante que l'acide méfénamique sur les symptômes psychologiques de colère et d'agression. Certaines fleurs peuvent aussi être utilisées en inhalation : c'est le cas de l'huile de néroli, de la rose de Damas et de lavande, toutes trois efficaces. Les scores et l'IF étaient modérés. Les troubles du sommeil seraient améliorés par le FEMAL-pollen.

Le Gingko est efficace mais il n'a pas été prouvé de différence significative en comparaison à l'efficacité du placebo, et l'étude comportait de nombreux biais.

Quant au safran per os il était notamment efficace pour la dépression. La voie inhalée est aussi possible pour le SPM mais l'étude avait un score moins élevé.

Les compléments alimentaires

Notre première sélection a ressorti 14 articles traitant de la prise en charge du SPM par des compléments alimentaires. Dans ces 14 articles, 2 ont été exclus car ils ne sont pas basés sur une étude scientifique (120) (121). Nous avons donc inclus 12 articles traitant de plusieurs thérapeutiques différentes : les acides gras (deux articles), les nutriments (Chrome, Zinc, Magnésium : trois articles), les vitamines B1 (un article), le calcium et la vitamine D (cinq articles) et enfin la gelée royale (un article). Nous citerons également la pyridoxine ou vitamine B6, traitée dans un article précédemment cité dans la partie hormonothérapie et comparée avec la bromocriptine.

❖ Les acides gras

Une étude brésilienne contrôlée randomisée en double aveugle, Rocha Filho 2011 (122), évalue l'efficacité des acides gras essentiels administrés en deux dosages sur la gravité des symptômes du SPM chez 120 patientes. Les deux dosages d'acides gras essentiels utilisés sont de 1g ou 2g comparés à un groupe placebo (chaque capsule de 1 gramme contient en moyenne 210 mg d'acide gamma-linolénique, 175 mg d'acide oléique, 345 mg d'acide linoléique, 250 mg d'autres acides polyinsaturés et 20 mg de vitamine E). Le diagnostic du SPM est fait par le calendrier PRISM. Les résultats de cette étude présentent des preuves de l'efficacité significative des acides gras essentiels chez les patientes souffrant du SPM. Les données montrent également que l'administration de deux grammes après trois mois de cette substance comparée à un gramme, donne lieu à une réponse clinique plus élevée. En outre, une utilisation prolongée du médicament pendant six mois semble entraîner une meilleure amélioration clinique par rapport aux résultats obtenus après trois mois de traitement. Le score CONSORT est de 19,5/25.

Une étude contrôlée randomisée en double aveugle, Sohrabia 2013 (123), évalue l'effet des acides gras oméga-3 à une dose de un gramme par jour sur le soulagement des symptômes du syndrome prémenstruel diagnostiqué chez 139 femmes. Le diagnostic du SPM est fait à partir des critères de l'ACOG, et l'évaluation est faite par EVA (échelle visuelle analogique). A quarante-cinq jours d'une prise d'oméga-3 (prise quotidienne pendant un mois puis huit jours avant et deux jours après le début des menstruations) les sévérités moyennes de la dépression, de l'anxiété, de la faible concentration et des ballonnements ainsi que la durée des ballonnements et de la dépression, étaient réduites par rapport aux femmes prenant un placebo. A la suite d'une utilisation plus prolongée (c'est-à-dire pendant quatre-vingt-dix jours), en plus des symptômes susmentionnés, la durée et la gravité de la nervosité, la durée d'une faible concentration, le mal de tête et la sensibilité des seins ont diminué. Il semblerait qu'une utilisation plus longue soit plus efficace pour ces symptômes spécifiques. C'est la première étude évaluant les Oméga-3 dans le cadre du SPM, les recherches sont donc à poursuivre. Le score CONSORT est à 16,5/25 et l'IF : 2,093.

❖ Les éléments minéraux et oligo-éléments

➤ Le chrome

L'étude Brownley 2013 (124) a pour objectif d'évaluer les effets d'une supplémentation en chrome sur les symptômes physiques et psychologiques du cycle menstruel. Cette analyse se décline d'abord en une étude de cinq cas de femmes atteintes d'un SPM sous ISRS (Sertraline, Paroxetine et Lithium) résistant à ce traitement à qui il a été administré du Chrome (CrPic 400mg), et ensuite en une étude thérapeutique croisée, contrôlée pour comparer l'efficacité de la Sertraline et du Chrome versus un placebo chez les femmes atteintes d'un TDP. Dans l'étude des cas il est constaté une diminution des symptômes prémenstruels avec Chrome 400mg/j pour toutes les patientes même celles avec un SPM résistant aux thérapeutiques habituelles. Leurs symptômes ont davantage été réduits lorsque CrPic a été utilisé en complément de la Sertraline. Concernant l'étude contrôlée, il est retrouvé une amélioration cliniquement significative mais aucune analyse statistique n'a été réalisée : le score de dépression diminue de 47% à 88% avec la Sertraline seule et de 26% à 91% avec l'association Sertraline – Chrome. Ce traitement semble bien toléré. Pour les femmes avec un TDP qui répondent favorablement au ISRS, la supplémentation en chrome pourrait augmenter l'efficacité des ISRS. Pour le SPM, cette étude n'apporte que peu de preuves de l'efficacité du chrome seul puisqu'il n'y a pas eu d'analyse statistique. Le CONSORT est à 7,5/25 et le CARE est à 5,65/13.

➤ Le zinc

Une étude iranienne multicentrique contrôlée randomisée, Siahbazi 2017 (125) évalue l'efficacité du sulfate de zinc (ZS) sur des symptômes du syndrome prémenstruel et la qualité de vie liée à la santé chez 142 patientes avec un SPM diagnostiqué par le PSST et le SF-12 (Short Form Health Survey). Il est trouvé que le traitement ZS 220mg (contenant 50mg de zinc minéral), en tant que traitement simple et peu coûteux, atténue efficacement les symptômes du SPM de façon supérieure au placebo : l'irritabilité, l'anxiété, la labilité émotionnelle, l'humeur dépressive, la diminution de l'intérêt pour les activités au travail, à la maison et au niveau social, les difficultés de concentration, la fatigue, la faim incontrôlable, l'insomnie, l'hypersomnie, la sensation de submergement, les symptômes physiques. Il améliore la qualité de vie. Le score CONSORT est à 18/25 et l'IF à 1,086.

➤ Le magnésium

Une étude italienne ouverte non contrôlée, Quaranta 2006, (126) menée dans deux centres évalue l'efficacité et la sécurité d'un traitement par magnésium à libération modifiée (libération biophysique), 250 mg entre J20 et le cycle suivant, pendant trois mois pour améliorer les symptômes chez 41 femmes atteintes du syndrome prémenstruel. Il est noté une amélioration significative des

scores de symptômes du SPM : la diminution relative des scores SPM totaux était de 35,1%, comme l'a évalués l'investigateur à la fin du traitement, et de 25,3%, 37,4% et 42,9%, respectivement, au cours de chacun des trois cycles de traitement, évalués par les journaux des patientes. Même si ces résultats sont en faveur d'une efficacité du magnésium donné en phase lutéale chez des patientes avec un SPM, on ne peut tirer de conclusions définitives car c'est une étude ouverte et non contrôlée avec un échantillon limité de patientes. Le score CONSORT est 15,5/25 et l'IF : 0,602.

❖ **La vitamine B1**

Une étude thérapeutique pilote contrôlée randomisée en double aveugle contre placebo, Abdollahifard 2014 (127), s'intéresse à l'effet de la vitamine B1 administrée à 100mg matin et soir pendant trois mois sur la sévérité des symptômes du SPM chez 80 étudiantes iraniennes. Le SPM est évalué de façon prospective à l'aide d'une évaluation quotidienne basée sur le DSM-IV. Il est retrouvé une réduction plus importante des symptômes dans le groupe vitamine B1 que dans le groupe placebo ($p < 0,0001$), respectivement 32,09% contre 12% pour les symptômes généraux, 35% contre 0,08% pour les symptômes mentaux et 21,2% contre 4,76% pour les symptômes physiques. La vitamine B1 semble bien tolérée. Cette étude pilote permet d'ouvrir une piste de réflexion sur l'utilisation de la vitamine B1 dans la prise en charge du SPM. Le CONSORT est de 15/25.

❖ **La vitamine B6 : la pyridoxine**

Une étude thérapeutique indienne, contrôlée et randomisée, Sharma 2007 (80), évalue le bénéfice d'un traitement par pyridoxine à 100mg/j (20 patientes) ou par bromocriptine (20 patientes) en les comparant avec un groupe placebo (20 patientes) pendant trois cycles menstruels chez des patientes diagnostiquées pour un SPM par un score de sévérité des symptômes physiques, psychologiques et comportementaux, non standardisé. L'amélioration a été défini comme une diminution de la moitié du score initial des symptômes. Le taux de réponse était statistiquement significatif avec la pyridoxine ($p < 0,001$) comparativement au placebo ($p > 0,05$). Dans le groupe pyridoxine, l'amélioration clinique a été observée respectivement chez 50 % et 85 % des patients à la fin du 2^e et 3^e mois contre 0% et 10% respectivement les 2^e et 3^e mois dans le groupe contrôle. Des effets secondaires légers n'ont été observés que chez 20 % des patients (soit quatre patientes). Un taux de réponse plus élevé (85 %) et une incidence plus faible d'effets secondaires (20 %) avec la pyridoxine, comparativement à 65 % pour l'efficacité et 65% pour les effets secondaires avec la bromocriptine, ont été constatés. Cette étude porte sur un petit échantillon de patientes et n'utilise pas d'échelle habituelle d'évaluation du SPM ce qui ne nous permet pas de conclure à une efficacité évidente de la pyridoxine sur le SPM. Le CONSORT est à 13/25 et l'IF à 0,265.

❖ Les acteurs du métabolisme phosphocalcique : la vitamine D et le calcium

Une étude thérapeutique contrôlée randomisée en double aveugle, Ghanbari 2009 (128), évalue l'efficacité de l'administration de 500mg de carbonate de calcium deux fois par jour pendant trois mois sur la réduction des symptômes du SPM évalué par un questionnaire non standardisé, chez 179 étudiantes iraniennes. Il est retrouvé une réduction significative de l'incidence de la fatigue dans le groupe calcium mais pas dans le groupe placebo (respectivement 42,2% $p=0,001$ et de 30,2% $p=0,37$) et une réduction significative de l'incidence de la dépression dans le groupe calcium mais pas dans le groupe placebo (respectivement 37,1% $p=0,0001$ et de 17,4% $p=0,30$). Il n'y avait pas de différence significative au sein des groupes après le traitement pour les tensions mammaires, les céphalées, l'anxiété, l'irritabilité, les troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie ou hyposomnie), et le manque d'énergie. Concernant la sévérité du SPM, la réduction de 16,3% du score moyen pour l'intensité des symptômes psychologiques était significative dans le groupe calcium ($p=0,01$), tandis que la réduction des symptômes dans le groupe placebo ne l'était pas ($p=0,16$). Il n'a pas été fait d'analyse entre les groupes ce qui ne nous permet pas de conclure à une supériorité ou une non-infériorité du traitement par calcium par rapport au placebo. Le score CONSORT est à 10/25.

Une étude thérapeutique, contrôlée, randomisée, en double aveugle, Shehata 2016 (129), compare l'efficacité de la supplémentation en calcium versus traitement œstroprogestatif contenant de la drospirone ou placebo chez 210 femmes atteintes de SPM légers et modérés selon le DRSP. L'analyse faite en intention de traiter met en évidence au terme des trois mois de d'étude que le traitement œstroprogestatif par DRSP3mg/Ethinyl-estradiol 30µg sur un schéma 21/7 est plus efficace que le traitement par calcium et vitamine D (400mg, 400UI quotidien) lui-même plus efficace qu'un placebo (respectivement 81% vs 62,8% ; $p=0,001$ et 62,2% vs 23,3% ; $p<0,001$). Cinq femmes du groupe de traitement œstroprogestatif ont rapporté des céphalées et des ménorragies. La principale limite de cette étude est sa courte durée. Le score CONSORT est à 22/25 et l'IF à 0,749.

Une autre étude contrôlée, randomisée, en double aveugle, Yonkers 2013 (130), s'intéresse à comparer l'efficacité du Calcium à 600 mg deux fois par jour et de la Fluoxétine à 10mg deux fois par jour (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) avec un placebo pendant quatre cycles menstruels pour le traitement du SPM modéré à sévère diagnostiqué par le score DRSP d'après le DSM-IV. Cette étude montre une efficacité significative de la Fluoxétine mais une taille de l'effet faible sur le SPM en comparant au placebo et un bénéfice non significatif du calcium en le comparant au placebo. Il existe un biais d'attrition fort puisque 96 patientes sont randomisées mais seulement 39 sont analysées ce qui rend l'interprétation de cette étude compliquée. Le score CONSORT est à 19/25 et l'IF à 3,243.

Une étude contrôlée randomisée, ouverte, Karimi 2018 (131) compare un traitement par la thérapie cognitivo-comportementale seule (TCC) à une séance hebdomadaire, un traitement par calcium et vitamine D (500mg et 200UI en deux prises par jour), un traitement mixte et un placebo dans la prise en charge de 40 femmes avec un SPM modéré à sévère diagnostiqué par le PSST. Il existe

une différence significative ($p < 0,05$) entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle pour les scores obtenus avant et après le test. Le traitement mixte n'est pas plus efficace que la TCC seule. Cette étude est limitée par une attrition importante et un échantillon de petite taille. Il serait intéressant de réaliser une étude plus longue car la durée limitée peut masquer les effets secondaires ainsi que l'efficacité du traitement. Le score CONSORT est à 14/25.

Une étude contrôlée par placebo randomisée en aveugle, Tartagni 2016 (132), cherche à déterminer si l'administration de vitamine D peut atténuer l'apparition et l'intensité des troubles de l'humeur associés au syndrome prémenstruel sur les critères ACOG chez 180 jeunes filles entre 15 et 21 ans présentant une hypovitaminose D grave (25-OH Vitamine D $< 10\text{ng/mL}$). L'administration de vitamine D (administration initiale de 200 000 UI, suivie de 25 000 UI toutes les deux semaines pendant les 4 mois) a permis de réduire significativement la gravité des symptômes. À l'inverse, l'administration d'un placebo n'a pas sensiblement modifié la perception de l'intensité des symptômes. Cette étude n'évalue que les troubles de l'humeur et seulement dans le cadre d'une hypovitaminose chez des femmes jeunes ce qui nous empêche de la généraliser. Le score CONSORT est à 15,5/25 et l'IF à 1,605.

❖ La gelée royale

Une étude thérapeutique contrôlée contre placebo, randomisée en triple-aveugle, Taavoni 2014 (133), évalue l'effet de la gelée royale donnée à un gramme par jour pendant deux cycles sur le syndrome prémenstruel dont la sévérité des symptômes est évaluée à l'aide du questionnaire de Premenstrual Profile 2005 chez 110 étudiantes iraniennes. Le score SPM du groupe traité par la gelée royale a diminué de façon significative contrairement au groupe placebo et le score SPM entre le groupe d'intervention et le groupe témoin présentait une différence significative ($p < 0,006$) avec une taille de l'effet respectivement de 66% et 42%. Cette étude courte porte sur des étudiantes iraniennes ce qui pose le problème de la généralisabilité de cet essai. Le score CONSORT est de 22,5/25 et l'IF à 2,216.

❖ Conclusion

Concernant l'effet des acides gras sur le SPM nous avons à notre disposition deux études, Rocha Filho 2011 (122) et Sohrabia 2013 (123), contrôlées contre placebo qui mettent en évidence une efficacité significative de ces derniers sans effet secondaire majeur mis en évidence. Leur échantillon de taille acceptable et leur score CONSORT élevé nous permettent de prendre en considération leurs résultats et de proposer une supplémentation en acide gras chez les femmes atteintes du SPM.

La supplémentation en nutriments semble améliorer les symptômes du SPM mais les études sont souvent limitées par leur taille d'échantillon ou ne sont pas contrôlées par un placebo ce qui rend compliqué l'applicabilité des résultats dans la pratique thérapeutique. Nous noterons que le sulfate de zinc semble apporter une efficacité importante qu'il faut confirmer par d'autres études.

La supplémentation vitaminique par B1 évaluée par l'étude pilote Abdollahifard 2014 (127) met en avant une efficacité sur les symptômes généraux, psychiques et physiques du SPM. Cela apporte une piste de réflexion sur son utilisation dans ce contexte.

La supplémentation en calcium a déjà montré selon la littérature une efficacité pour la prise en charge du SPM. L'étude Ghanbari 2009 (128), retrouve une amélioration de la dépression et de la fatigue mais n'évalue pas de supériorité par rapport au placebo. L'étude Yonkers 2013 (130), quant à elle ne met pas en évidence de différence significative entre l'administration du calcium et un placebo mais ce résultat est limité par un biais d'attrition important. L'association Calcium-Vitamine D est plus efficace que le placebo d'après Shehata 2016 (129), mais reste moins efficace que la DRSP3mg/EE 30µg sur un schéma 21/7. La situation particulière de l'hypovitaminose D chez des femmes jeunes est évaluée par l'étude Tartagni 2016 ; celle-ci retrouve un bénéfice de la supplémentation en Vitamine D sur les symptômes psychiques du SPM.

L'acupuncture

Sur les 5 articles sélectionnés à la suite de la lecture des titres et résumés, nous avons inclus 4 articles. L'article évaluant l'efficacité de l'acupression par rapport à la réflexologie sur le syndrome prémenstruel chez les adolescentes n'a pas été retrouvé malgré l'aide de la bibliothèque de la faculté d'Angers puis de la banque de données d'articles entre les facultés de France. (22)

❖ L'acupuncture

Selon une étude de cas, Taguchi 2009 (134), une jeune femme japonaise de 24 ans souffrant de TDP diagnostiqué par le DSM-IV a bénéficié de séances d'acupuncture non électrique entre le cycle 2 et le cycle 15 puis lors du cycle 18 toutes les deux à trois semaines et des séances d'acupuncture électrique entre le cycle 19 et 30 tous les deux mois. Il y a eu une amélioration du score MDQ de 136 à 117 entre le premier et le deuxième cycle après le traitement par acupuncture et il est à 57 lors du treizième cycle. Ce score augmente lors du 16ème et 17ème cycle à l'arrêt de l'acupuncture et diminue ensuite après le 18ème cycle. Le DSM-IV passe de 8/11 à 3-5/11 à la fin de la première partie de l'étude et est à 2-5/11 en deuxième partie d'étude. L'acupuncture semble améliorer les symptômes physiologiques et psychologiques du TDP chez cette patiente mais ce n'est qu'une tendance puisqu'il n'y a pas d'analyse statistique. Le score CARE est à 9/13 et l'IF à 0,912.

Une étude pilote, Shin 2009 (135) étudie les effets de l'HAT (hand acupuncture therapy) et de l'HMT (hand moxibustion therapy) sur les symptômes du syndrome prémenstruel. Le SPM a été évalué par la classification CIM-10 (Classification internationale des maladies), par un journal quotidien : le DRSP. La gravité des symptômes menstruels a été évaluée à l'aide de la liste de gravité des symptômes menstruels : the Menstrual Symptom Severity List (1992). Ces modalités thérapeutiques coréennes - HAT et HMT - pourraient être efficaces pour réduire les symptômes physiques (douleurs abdominales, ballonnements, oedèmes des mains et des pieds) et émotionnels associés au SPM chez les jeunes femmes coréennes. Il existe une limite de taille d'échantillon et de durée de suivi. Bien que cette étude suggère qu'au moins à court terme, l'HAT et l'HMT peuvent soulager les symptômes du SPM, rien n'indique qu'il existe des effets à long terme. Des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer l'efficacité ainsi que la persistance dans le temps de l'amélioration des symptômes avec l'HMT et l'HAT. Le score CONSORT est à 8,25/25 et l'IF à 1,090.

Une étude contrôlée randomisée en simple aveugle, Carvalho 2013 (136) compare des femmes avec un TDP diagnostiqué par le DSM-IV confirmé par une auto-évaluation prospective ayant reçu un traitement par acupuncture pour un groupe et un traitement par acupuncture simulé pour un second groupe (groupe contrôle) pendant deux cycles menstruels. L'évaluation de la dépression et de l'anxiété chez ces femmes par les scores HAM-A et HAM-D pré et post test a montré une diminution de ces derniers dans les deux groupes de façon significative mais l'acupuncture était plus efficace pour réduire les symptômes d'anxiété et de dépression que l'acupuncture factice. En effet l'acupuncture a permis de

diminuer l'anxiété de 59% et la dépression de 52% dans le groupe correspondant tandis que l'acupuncture simulé (groupe contrôle) a diminué l'anxiété et la dépression de façon plus faible respectivement de 21% et 19%. Le score CONSORT est à 16/25 et l'IF à 1,047.

❖ **L'acupression**

Une étude contrôlée et randomisée en simple aveugle, Bazarganipour 2017 (137) traite de l'acupression dans le traitement du SPM. Cet article relate l'effet de l'acupression au niveau de deux points : LIV3 et LIV4 par rapport à une acupression placebo. L'essai est fait chez des femmes atteintes d'un SPM modéré à sévère ; les symptômes et la qualité de vie sont évalués par un questionnaire d'auto-évaluation (PSST), par une échelle d'anxiété et de dépression (HADS) et par évaluation sur la qualité de vie (SF12). Lors du premier cycle les femmes n'ont pas eu d'intervention, lors du deuxième elles ont eu des séances quotidiennes de 20mn de J-14 au premier jour des menstruations pour l'apprentissage de l'acupression, et lors du troisième cycle elles ont réalisé elles-mêmes les séances d'acupression. Les résultats montrent que le nombre de cas du syndrome prémenstruel (modéré / sévère) selon l'échelle du PSST a diminué de manière significative dans les groupes d'acupression par rapport au placebo au cours du deuxième et troisième cycles menstruels. Dans cette étude, le score de qualité de vie était meilleur dans toutes les sous-échelles des groupes d'acupression par rapport au groupe contrôle. Cette étude a un CONSORT à 17,75/25 et un IF : 2,013.

❖ **Conclusion**

Nous ne retrouvons que peu d'étude traitant des effets de l'acupuncture sur le SPM. Il est intéressant de noter que d'après Carvalho 2013 (136), il existe une efficacité de l'acupuncture sur les symptômes d'anxiété et de dépression prémenstruelles comparée à un placebo. D'autre part d'après Bazarganipour 2017 (137), une technique d'acupression peut réduire de façon significative la gravité du SPM également comparée à un placebo. Ces données doivent être confirmées par des études plus longues et de plus grande ampleur pour permettre une quelconque recommandation de l'acupuncture pour la prise en charge du SPM.

L'homéopathie

Sur les 3 articles sélectionnés à la suite de la lecture des titres et résumés, nous en avons inclus 2. L'article exclu traite de l'épidémiologie du SPM mais ne s'intéresse pas à l'effet thérapeutique de l'homéopathie sur ce dernier. (138)

❖ Inclusion

Une étude observationnelle, Danno 2012 (139) évalue l'efficacité d'un traitement homéopathique sur le SPM prescrit par des médecins compétents. Ces médecins ont la liberté de prescrire le traitement qu'ils veulent, individualisé à chacune des patientes. Folliculinum et Lachesis mutus étaient les médicaments homéopathiques les plus fréquemment prescrits dans ce contexte. Dans cette étude de l'homéopathie en pratique quotidienne, les symptômes du SPM et la qualité de vie ont été améliorés par le traitement homéopathique : amélioration significative du score moyen global de sévérité (de 13,7 à 6,3 ; $p < 0,0001$), de la qualité de vie (91,3% ; $p < 0,0001$) et de tous les symptômes sauf les douleurs rachidiennes. Mais cette étude est faite sur un petit échantillon de patientes, sans un diagnostic de SPM effectué avec une échelle standardisée. De plus, le fait que cette étude soit observationnelle c'est à dire sans groupe contrôle ne nous permet pas de conclure sur l'efficacité de ce traitement homéopathique. Le score STROBE est de 12,5/22 et l'IF à 1,141.

Une étude interventionnelle non contrôlée, Klein-Laansma 2010 (140) a cherché à évaluer l'efficacité d'une prise en charge homéopathique sur le SPM en confectionnant tout d'abord une liste de traitements adaptés puis construisant un algorithme diagnostic informatique permettant de trouver un traitement optimal en fonction des symptômes. Cette étude a pour but d'effectuer un protocole semi-standardisé pour minimiser la variabilité inter-évaluateur. Il y a eu une amélioration des symptômes chez 63,6% d'entre-elles à trois mois et une amélioration de l'état de santé général chez 39,4%. L'évaluation des symptômes a été faite à l'aide du formulaire AGOS (Adapted Glasgow Homeopathic Hospital Outcome Score) mais aucune analyse statistique n'a été faite. Cela permet de dégager une tendance mais en aucun cas une conclusion formelle de l'efficacité de cet algorithme. Le score SPIRIT est à 15,75/30 et l'IF à 1.

❖ Conclusion

La plupart des études réalisées à ce jour à propos de l'efficacité de l'homéopathie sur le SPM ne sont pas des études contrôlées randomisées, ne mesurent pas l'effet du traitement sur la gravité des symptômes individuels du syndrome prémenstruel, sont de courte durée et présentent un échantillon de taille insuffisante.

Les autres médecines complémentaires

Sur les 2 articles sélectionnés nous en avons inclus un seul. L'article exclu ne traitait pas spécifiquement du SPM (141).

❖ La thérapie de réveil

L'étude Parry 2008 (142), en ouvert, randomisée, et cross over, chez des patientes atteintes de TDP avait comme premier objectif de vérifier si le fait d'avancer ou de retarder de façon systématique le sommeil altérait de façon différentielle la mélatonine et sa relation temporelle avec le sommeil chez les patientes atteintes de TDP. L'objectif secondaire était d'évaluer si les modifications induites expérimentalement dans les relations d'amplitude ou de phase de la mélatonine étaient associées à des changements d'humeur dépressive chez ces mêmes patientes. Selon le protocole, les patientes s'endormaient soit de 3h à 7h du matin (réveil précoce = early wake therapy = EWT), soit de 21 à 1h du matin (réveil tardif = late wake therapy = LWT). Ce traitement a eu différents effets sur les paramètres de synchronisation de la mélatonine, tout en produisant essentiellement le même niveau d'amélioration de l'humeur. LWT mais pas EWT a avancé le décalage et a raccourci la durée de sécrétion de la mélatonine par rapport à la ligne de base matinale en phase lutéale tardive ; mais ils ont amélioré l'humeur de la même façon. Un décalage plus tardif de mélatonine matinale de base en phase lutéale a été associé à une humeur plus déprimée chez les patientes atteintes de PMDD. Une durée plus longue de la mélatonine au cours de la phase mi folliculaire a prédit une amélioration de l'humeur plus importante après une LWT. Bien que la troncature de la sécrétion de la mélatonine (LWT) puisse avoir des effets anti dépresseurs dans certains troubles, les résultats de l'étude réfutent l'amélioration de l'humeur du trouble dysphorique post induit par la thérapie de réveil LWT, car l'EWT était tout aussi efficace pour réduire les symptômes dépressifs en l'absence de changement de mélatonine comparable. Cet article assez complexe avait un score CONSORT de 12,5/25 et l'IF était de 2,666.

C. L'ADAPTATION ALIMENTAIRE

Nous avons inclus dans notre étude un article portant sur l'effet de l'alimentation sur le SPM (143).

L'étude observationnelle, Murakami 2008 (143), évalue l'association des variables gastro-intestinales et autres variables glucidiques alimentaires, ainsi que la consommation de glucides et de fibres alimentaires disponibles, avec les symptômes prémenstruels. L'échantillon comprenait 640 femmes qui ont rempli un questionnaire rétrospectif sur les habitudes alimentaires. Les symptômes prémenstruels sont évalués par le questionnaire MDQ. Un des critères glycémiques évalué est l'index glycémique (IG) qui mesure la capacité de l'aliment à élever la glycémie. Les résultats montrent qu'un régime alimentaire à IG élevé serait associé à une diminution des symptômes prémenstruels. Par contre, la consommation de fibres alimentaires disponibles et la quantité de glucides dans l'alimentation n'ont montré aucune modification des scores MDQ au cours de la phase prémenstruelle. L'interprétation de ces résultats est limitée car les symptômes prémenstruels sont évalués de façon rétrospective et que les femmes évaluées sont étudiantes en diététiques ce qui pose question sur la représentation de la population générale. Le score STROBE est de 16,75/22 et l'IF à 2,280.

D. L'ACTIVITE PHYSIQUE

Après la lecture des titres et résumés, nous avons sélectionné 9 articles traitant de l'activité physique pour le syndrome prémenstruel ; 4 articles ont été exclus. Delara, 2013 (144) fut exclu car l'objectif ne répondait pas aux critères d'inclusion de notre étude ; il testait la théorie des niveaux de constructions. Les 3 autres articles – sur la technique de 61 points de relaxation Dvivedi 2008 (145,146), et Pranayam et Asana Sharma 2013 (147)– furent exclus car l'évaluation portait sur le désordre, l'anxiété induits par le stress, évalué par des paramètres physiologiques. Il n'y avait pas à proprement parlé d'évaluation du SPM dans ces études. Le stress, qui peut être présent chez les femmes ayant un SPM, n'est pas considéré comme un symptôme spécifique du SPM. Nous avons donc fait le choix de les exclure.

Sur les 5 articles inclus traitant de l'activité physique, 3 portaient sur le Yoga ou la gymnastique chinoise, et 2 sur le sport.

❖ **Le yoga et la gymnastique chinoise**

Zhang, 2014 (148) montrait l'efficacité du Baduajin sur l'amélioration des symptômes du SPM selon le score total DRSP chez les femmes du Macao. Si l'on regarde les items du DRSP, il y avait une diminution du score en phase prémenstruelle pour la sensibilité des seins. Nous ne pouvons cependant pas tirer une applicabilité de cette étude compte tenu de la population – chinoise – d'autant plus que le score SPIRIT (9/30) et l'IF de la revue (0,667) étaient faibles.

Wu, 2015 (32) et Tsai 2016 (149) traitaient tous les deux du Yoga et avaient un score SPIRIT à 9 et 14 / 30 respectivement.

L'article de Wu – IF 1,395 – rapportait une augmentation des ondes cérébrales alpha après un exercice de yoga dans le groupe SPM quelle que soit la phase du cycle, et une augmentation de la performance d'attention (précision et temps de réaction). Notons que cette étude portait sur les femmes jeunes de 20 à 30 ans, et qu'il n'y avait pas de mesure comparative de l'efficacité du yoga sur les femmes sans SPM.

L'article Tsai – IF 2,101 – mettait en avant l'efficacité de 12 semaines de yoga pour quatre symptômes prémenstruels modérés à sévères à savoir les ballonnements digestifs, la tension des seins, les douleurs abdominales et les sueurs froides. Bien que le SPM ne figurait pas dans les critères d'inclusion de cette étude, nous l'avons incluse considérant que les femmes ayant des symptômes prémenstruels modérés à sévères avaient un SPM. Dans cette étude, la proportion des femmes faisant un exercice physique avant les trois mois de yoga était de 54,7% et après de 71,9% soit une différence significative $p < 0,01$; or l'exercice physique a un impact sur le SPM, ce qui en fait un biais important.

De nombreux autres biais sont présents dans cette étude parmi lesquels l'absence de groupe contrôle, les nombreux perdus de vue, les antécédents de pratique de yoga non recherchés.

❖ **Le sport**

Daley 2009 (150) était une revue de littérature concernant l'activité physique et le syndrome prémenstruel / menstruation. Les 4 études incluses – de 1986 à 2007 – rapportaient une réduction du SPM et des symptômes après les exercices, mais les études étaient de petits effectifs et de qualité méthodologique pauvre. Il n'y avait pas de contrôle contre un groupe sans exercice. Les exercices étaient en aérobie – course à pied – ou anaérobie – musculation, avec une tendance d'efficacité meilleure pour les exercices en aérobie. Le score PRISMA était faible 9/27 et l'IF 1,770.

En 2014, El-Lithy (151) a fait un essai randomisé contrôlé sur l'effet des exercices aérobies associés à une supplémentation vitaminique sur le SPM. Les patientes avec une endométriose étaient exclues. L'exercice physique a un réel effet bénéfique physiologique et psychologique pour les jeunes femmes 16 à 20 ans ayant un SPM : amélioration significative de tous les symptômes SPM notamment la fatigue, la concentration, la confusion. Le score CONSORT était 9,5 / 24 et l'IF 0,604. Notons les biais de cette étude : il n'y avait pas de critère principal de jugement annoncé au début de l'étude, et les sujets inclus étaient informées des bénéfices de l'exercice aérobie (dans le but de gagner leur motivation).

❖ **Conclusion sur l'activité physique**

Même si les études sur le yoga n'ont pas une preuve scientifique élevée – d'après les scores SPIRIT – nous pouvons considérer qu'ils sont une alternative possible dans la prise en charge du SPM, du moins chez les asiatiques.

Le sport, surtout aérobie, est un élément important pour la santé, et d'autant plus dans la prise en charge du syndrome prémenstruel, pour tous les âges – bien que les études ci-dessus ont des scores faibles. S'il est difficile de réaliser des études randomisées en aveugle pour le sport, il serait important, pour éviter un biais, de cacher aux femmes l'objectif de l'étude, lors de nouvelles études de plus grand effectif.

E. LA THÉRAPIE COGNITIVO COMPORTEMENTALE

A la lecture des titres et résumés nous avons sélectionné 7 articles mais 3 articles ont été exclus à la lecture intégrale : le premier est retiré car il n'est pas basé sur une étude scientifique (152) le deuxième n'est pas une étude d'évaluation thérapeutique (153) et le dernier n'évalue pas le SPM (154).

❖ Inclusion

La revue de littérature Lustyk 2009 (155), a pour but d'évaluer l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale sur le syndrome prémenstruel et sur le syndrome dysphorique prémenstruel. Selon cette analyse, il existerait une amélioration significative des symptômes psychologiques mais pas somatiques grâce à la TCC versus une absence de prise en charge thérapeutique (Blake 1998 (156) ; Kirkby 1994(157)). La TCC n'est pas plus efficace que le traitement par la progestérone pour atténuer les symptômes prémenstruels (Morse 1991 (158)). La TCC semble améliorer les SPM de façon plus lente que la progestérone et la relaxation (Morse 1991) mais les études présentées dans cette revue de littérature n'ont pas été suffisamment longues pour permettre d'appréhender une éventuelle efficacité de la TCC sur le long terme. Une étude a fait l'hypothèse d'une amélioration du SPM avec un traitement combiné : TCC et fluoxétine (ISRS) mais cette association n'a pas permis le soulagement des symptômes prémenstruels par rapport à la TCC seule et la fluoxétine seule (Hunter 2002 (159)). Chaque étude examinée fait état d'un certain niveau d'amélioration des symptômes (statistiquement ou non statistiquement significatif) obtenu après une TCC. Le score PRISMA est à 18,5/27 et l'IF à 1,427.

Une étude thérapeutique contrôlée randomisée ouverte, Ussher 2017 (160) s'intéresse à l'efficacité d'une TCC en couple en la comparant à une TCC individuelle et à un groupe sans intervention, chez 80 femmes avec un syndrome prémenstruel diagnostiqué par le PSST et un calendrier quotidien des symptômes. La TCC active (en couple ou individuelle) réduit de façon significative les symptômes prémenstruels (les symptômes physiques, la dépression, l'anxiété), la détresse prémenstruelle, et la réactivité émotionnelle, permet l'adaptation comportementale, cognitive, et prémenstruelle au fil du temps, et augmente les capacités cognitives des patientes. Cependant l'ajout d'un partenaire n'augmente pas l'effet par rapport à une TCC individuelle. Cette étude, par sa taille d'échantillon plus grande que les autres études et par son groupe contrôle, mérite que l'on prenne en considération ses résultats. Le score CONSORT est à 22/25 et l'IF à 2,806.

Une étude descriptive sur entretien, Ussher 2013 (161), évalue l'impact sur le SPM de l'autorégulation et de l'auto-adaptation comportementale en période prémenstruelle. La capacité des femmes à autoréguler leurs émotions prémenstruelles négatives et à adopter des stratégies d'adaptation permet de réduire leur détresse prémenstruelle. Dans le récit des patientes les procédés d'autorégulation du SPM sont les suivants : un processus d'auto-surveillance pour ajuster une stratégie

d'adaptation en conséquence, un comportement d'évitement et de maîtrise de soi, un échappement aux exigences et à la responsabilité relationnelle pendant la période prémenstruelle. Le score COREG est à 18/32 et l'IF à 1,375.

Une étude contrôlée, randomisée, ouverte, Taghizadeh 2012 (162) évalue l'intérêt d'une psychoéducation chez 170 adolescentes souffrant d'un SPM diagnostiqué par le DSM-IV. Cette intervention en groupe est basée sur la sensibilisation au SPM, sur la décharge émotionnelle, sur un traitement par un support non médical et sur une auto-adaptation. La psycho-éducation permet d'atténuer la sévérité du SPM, la somatisation, l'anxiété et l'appréhension du SPM chez les adolescentes ayant participé à ce programme éducatif. Le score CONSORT est de 16,5/25 et l'IF à 0,799.

❖ Conclusion

D'après Ussher 2017 (160), la participation à une thérapie cognitivo-comportementale basée sur la relaxation, sur l'adaptation comportementale, sur l'encouragement à l'expression de l'émotion, a un impact positif sur le bien-être psychologique de la femme et sa capacité à gérer les problèmes prémenstruels. Par la prise de conscience du changement prémenstruel et l'engagement dans des stratégies d'adaptation actives, les femmes peuvent résister au discours culturel négatif associé au SPM, rejeter l'auto-pathologisation et éviter ou atténuer la détresse prémenstruelle. L'adaptation n'est pas un procédé uniquement intrapsychique ; l'implication de l'entourage et les croyances culturelles l'influencent également d'après Ussher 2013. (161) Une intervention psychoéducative chez les adolescentes permet également un bénéfice dans le vécu du SPM ainsi que sur l'anxiété qui lui est associée. (162)

DISCUSSION ET CONCLUSION

Points forts de l'étude

Nous avons suivi la méthodologie PRISMA et le score de l'étude s'élève à 16,5 / 26 ; les critères de qualité selon la grille d'évaluation sont respectés dans l'ensemble. Les deux lecteurs avaient reçu l'aide d'une documentaliste pour l'élaboration de l'équation de recherche, l'utilisation des bases de données, et la récupération des articles dans leur intégralité. La première sélection des 270 articles a été faite par une double lecture des titres et résumés ce qui rajoute de la puissance à l'étude. Une des forces de cette étude réside dans le grand nombre d'articles étudiés dans leur texte intégral, soit 142 articles. Par ailleurs les bornes de recherche s'étendaient sur une période large de 11 ans. Lors de la lecture des textes intégraux, l'ensemble des articles d'une thématique était évalué par un seul des deux lecteurs, permettant une interprétation homogène par thème (ce que n'aurait pas permis une répartition aléatoire des articles pour la lecture intégrale). L'exclusion quant à elle devait être validée par les deux investigateurs, évitant une exclusion trop hâtive.

Limites de l'étude

Nous avons utilisé uniquement la base de données PubMed car le nombre d'articles retrouvés pour notre étude était déjà très important (270 articles). Il n'y a eu de double lecture que pour la première sélection (à partir des titres et résumés), mais pas pour la deuxième (à partir des textes intégraux) qui était faite par l'une de nous deux après la répartition des thématiques.

Notre revue de littérature est également impactée par les limites des études évaluées. Tout d'abord, 22 études interventionnelles incluses dans notre étude n'étaient pas contrôlées ou randomisées contre 56 contrôlées randomisées. Dans notre contexte d'étude du SPM il faut avoir une grande vigilance sur les conclusions tirées des études non contrôlées. De fait, l'effet placebo dans le cadre du SPM est élevé, jusqu'à 50% d'amélioration des symptômes avec ce dernier, comme le montre plusieurs études dont Zhong Hea, 2009 (105). Certaines études ont défini l'amélioration comme une diminution de 50% de la sévérité des symptômes pour permettre de prendre en compte cet effet (Agha-Hosseini 2008 (11)). La plupart de ces vingt-deux études ne nous permettent pas de conclure sur l'efficacité certaine des thérapeutiques étudiées. De plus la taille de l'effet n'est pas toujours décrite ce qui peut cacher une efficacité théorique statistique sans retentissement clinique important.

Ensuite, il est difficile de généraliser les résultats d'une étude lorsque celle-ci est faite sur un petit échantillon de patientes ou sur une population de patientes d'une origine culturelle très différente de la nôtre (nous y reviendrons dans un paragraphe suivant). De plus, la plupart des études sont réalisées sur un temps très court (souvent 2-3 mois) ce qui ne permet pas forcément de mettre en évidence tous les effets secondaires éventuels ni l'efficacité du traitement au long court.

Enfin, les études incluses utilisent de nombreuses échelles diagnostiques différentes et plusieurs types de méthodologie ; par exemple pour un même traitement à l'étude celui-ci peut être contrôlé contre un placebo ou contre un autre traitement ou encore non contrôlé. Il est donc difficile comparer

les articles entres eux. Pour nous aider dans la comparaison des articles entre eux, nous avons utilisé les lignes directrices CONSORT, CARE, STROBE, SPIRIT, COREQ et PRISMA.

Evaluation de la qualité des travaux

De façon à rester exhaustives, nous avons décidé de faire apparaître dans la partie des résultats, tous les articles lus et analysés. Afin de pouvoir comparer les études entres-elles et de pouvoir évaluer la qualité de celles-ci nous avons utilisé des grilles de score selon les types d'étude que nous avons choisies après une discussion commune. Les scores calculés pour chaque travail permettent également de nous orienter sur l'intérêt que nous pouvons porter aux résultats des études. Ils sont très variables allant, par exemple pour les grilles CONSORT, de 7/25 (119) à 24/25 (110). Ainsi leur valeur n'a pas le même poids dans les conclusions de nos résultats. L'impact factor, évaluant la performance d'une revue scientifique, permet également de pondérer d'une certaine façon l'intérêt que l'on doit porter aux différentes études.

La qualité des travaux est altérée par l'absence de critères diagnostics du SPM universellement acceptés créant une variabilité entre les résultats des essais cliniques. Ce serait une hypothèse expliquant les différences d'efficacité retrouvées dans les études pour un même traitement. La deuxième hypothèse de ces différences serait la nature multifactorielle du SPM (souvent physiologique mais parfois en lien avec une pathologie sous-jacente pas toujours recherchée comme l'endométriose). Enfin, la troisième hypothèse expliquant ces différences serait les nombreux facteurs qui affectent les symptômes prémenstruels directement ou indirectement (comme par exemple le stress qui serait une des causes du SPM (147)).

Croyances et différences culturelles

Durant l'étude des différents articles, nous avons constaté une différence marquée dans les types de prises en charge thérapeutique du syndrome prémenstruel selon l'origine géographique des articles, entre les pays occidentaux et les pays orientaux. Afin de confirmer ou d'infirmer cette première impression, nous avons classé l'ensemble de nos articles selon deux axes : le type de prise en charge et l'origine des articles. Les résultats sont rassemblés dans le tableau ci-dessous :

Tableau I – Répartition des articles inclus selon leur origine et type de prise en charge

		Nombre d'articles selon leur origine	
		Occidentale	Orientale
Type de prise en charge	Médecine conventionnelle	32	13
	Médecine alternative	17	30

NB : L'origine « occidentale » (dans notre classement) intègre les pays européens et anglo-saxons. L'origine « orientale » rassemble les pays d'Asie.

Ainsi, à la lecture de notre tableau, on peut observer que 65 % des articles occidentaux proposent une prise en charge médicamenteuse quand 30 % seulement des articles orientaux se tournent vers ce type de prise en charge, plébiscitant plutôt une prise en charge complémentaire (69 % des articles orientaux contre 34 % des articles occidentaux).

La différence fondamentale qui marque une distinction entre « orient » et « occident » se joue entre prise en charge médicamenteuse et complémentaire. Cette distinction, loin de surprendre, vient illustrer l'impact de la différence culturelle sur la prise en charge thérapeutique. Le choix du type de traitement pourrait être influencé par le facteur géographique. D'ailleurs, les Etats Unis ont reconnu les ISRS pour le traitement du SPM. Quant à la phytothérapie, elle fait l'objet d'études essentiellement orientales ou asiatiques pour la médecine chinoise, ainsi que les exercices de relaxation (yoga, etc.). La médecine kampo fait partie de l'enseignement dans les études médicales asiatiques.

Cette observation faite, il est légitime de se poser la question de la possibilité de généraliser les résultats des études orientales sur la population occidentale et plus particulièrement sur la population française. Il est facile de constater dans la pratique médicale que de plus en plus de patients sont en demande d'une alternative à la médecine conventionnelle. Face à l'augmentation de cette demande et devant un effet placebo évalué à environ 50% dans le cadre du SPM selon Agha-Hosseini 2008 (11), nous pouvons poser l'hypothèse d'une efficacité des médecines complémentaires chez les femmes occidentales en demande de ce type de prise en charge pour soulager leurs symptômes. Des études complémentaires sont nécessaires pour juger de l'efficacité des thérapeutiques locales sur des patientes d'une autre région du monde. Cela permettrait d'étendre l'utilisation de certaines thérapeutiques, voire de modifier les habitudes de prescriptions. Cela dit, compte tenu des bienfaits plus généraux de la relaxation par les exercices de gymnastique chinoise par exemple, la balance « bénéfice/risque » est en faveur d'une indication de cette thérapeutique y compris chez les européennes, en attendant des études contrôlées supplémentaires ciblant cette population. Il en va de même pour la gestion du stress de façon générale, composante certes non spécifique, mais fréquemment associée au SPM.

Parallèle entre la médecine conventionnelle et la médecine dite alternative

Sur les 103 articles inclus dans notre revue de littérature, nous remarquons qu'une moitié concerne la médecine dite « traditionnelle » ou « conventionnelle » et l'autre moitié la médecine dite « complémentaire » ou « alternative ». C'est dire l'importance de la médecine parallèle⁵ sur ce sujet. Si les traitements hormonaux et les psychotropes occupent une place de choix, notons que la phytothérapie au sens large atteint elle aussi une vingtaine d'articles. (Figure 2)

⁵ La médecine parallèle ou alternative ou complémentaire s'entend ici par toutes prises en charge autres que la médecine dite conventionnelle comprenant les thérapies médicamenteuses et interventionnelles.

La médecine conventionnelle gagne à être enrichie par les thérapeutiques alternatives, compte tenu de leur efficacité pour certaines ; en ce qui concerne le SPM, ces deux formes de prise en charge sont complémentaires. Lorsque qu'une prise en charge est inefficace ou insuffisante, un autre traitement, ou l'association de deux types de traitement peut être utilisé. C'est ce que montre par exemple Brownley 2013 (124), étude décrivant cinq cas de femmes atteintes de SPM résistantes au traitement par ISRS (Sertraline, Paroxétine et Lithium) améliorées par une supplémentation en Chrome (CrPic 400mg/j). Leurs symptômes ont davantage été réduits lorsque CrPic a été utilisé en complément de la Sertraline. (CARE 5,65/13)

Davantage d'études associant la médecine conventionnelle et la médecine alternative sont nécessaires. En effet les articles retrouvés sur les associations de traitements comparent soit deux traitements de médecine alternative, soit deux médicaments. L'exercice physique aérobie associé à la supplémentation vitaminique (vitamine B6 50 mg / jour et calcium 1,2 g par jour) a un réel effet bénéfique sur les symptômes du SPM des jeunes femmes. (El-Lithy, 2014 (151) IF 0,604 et CONSORT 9,5/24). L'association de psychotropes et de traitement hormonal peut également être nécessaire notamment chez les patientes ayant une pathologie psychiatrique sous-jacente : c'est le cas d'une jeune femme ayant un trouble bipolaire de type I équilibrée sous Aripiprazole et souffrant de TDP ; elle a été soulagée au bout de six semaines de traitement par Levonogestrel 150µg /Estradiol 30µg (Smith 2016 (73) CARE 2,5/13 IF 5,57). En revanche un traitement mixte par TCC et Calcium vitamine D n'est pas plus efficace que la TCC seule (Karimi 2018 (131) CONSORT 14/25)

Concernant les études comparant ces deux stratégies thérapeutiques – médicamenteuse versus alternative – elles sont peu nombreuses, souvent de faible puissance et mériteraient d'être étoffées notamment par des études de supériorité. Les études retrouvées sont davantage des comparaisons versus placebo. A l'heure où les patientes réclament de plus en plus de méthodes naturelles, de traitements non médicamenteux, voire non hormonaux, cette revue de littérature est pauvre pour justifier la supériorité d'un traitement par rapport à un autre. Citons quelques comparaisons.

Le traitement par Camomille 100mg 3/j de J21 à l'apparition des règles soulage les symptômes physiques et psychologiques de même que l'Acide Méfénamique 250 mg (un anti inflammatoire) ; la Camomille est plus efficace que l'acide méfénamique pour les symptômes psychologiques. (Sharifi 2014 (113) IF 2,216 et CONSORT 20/25).

Le calcium – vitamine D a été comparé à trois reprises : versus un traitement hormonal et un traitement par psychotropes. Au terme de trois mois de l'étude Nesreen A 2016 (129), le traitement œstroprogestatif Drospirenone 3 mg + Estradiol 0,03 = Yasmin, 21 jours, est plus efficace que Calcium 400 mg + Vitamine D 400 UI quotidien, lui-même plus efficace que le placebo (IF 0,749 et CONSORT 22/25). L'utilisation deux fois par jour de J15 à J24 soit de dydrogestérone 5mg, soit de Calcium 500mg + Vitamine D 200mg a eu le même effet de réduction sur la gravité des symptômes ; les deux traitements ayant entre eux la même efficacité sont plus efficaces que le placebo (Marjan Khajehei, 2009 (76) IF 1,408 et CONSORT 15,5/25). L'amélioration de la fluoxétine 10mg 2/j semble plus élevée

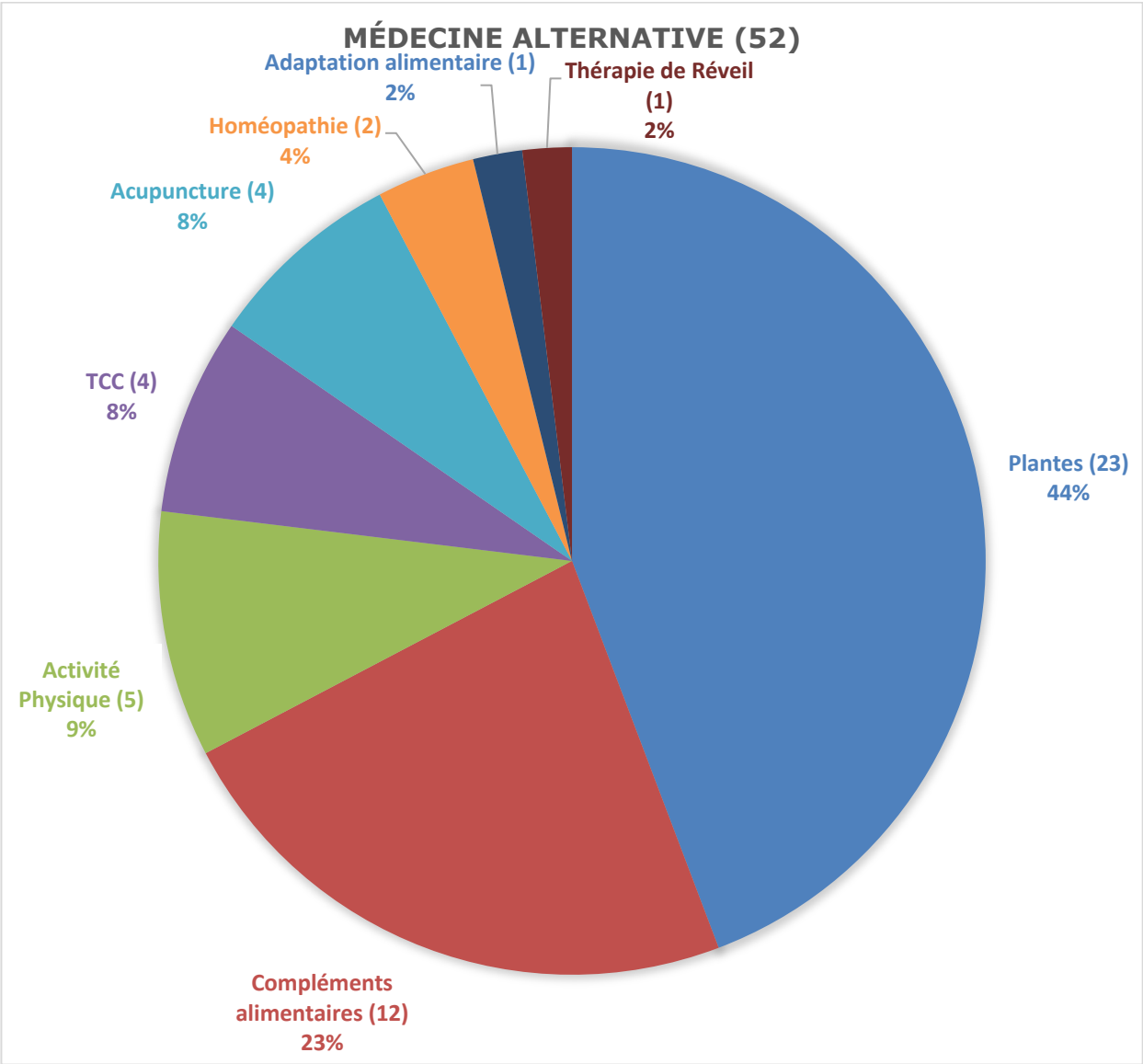
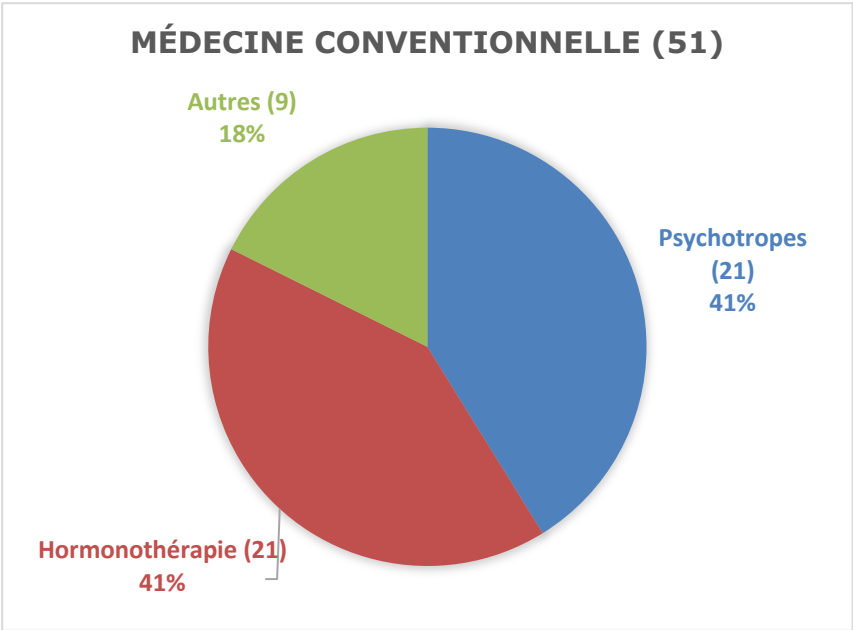
que celle par le calcium 600 mg 2/j selon l'étude Yonkers 2013 (130) (IF 3,243 et CONSORT 19/25), mais l'étude ne montrait qu'une différence d'effet en terme de pourcentage, et non une analyse statistique de cette supériorité.

La revue de littérature Lustyk 2009 (155) (IF 1,427 et PRISMA 18,5/27), a recensé différentes études sur la TCC. D'après Morse 1991 (158), la TCC n'est pas plus efficace que le traitement par la progestérone pour atténuer les symptômes prémenstruels. Et l'association TCC fluoxétine n'a pas permis le soulagement des symptômes prémenstruels par rapport à la TCC seule et la fluoxétine seule (Hunter 2002 (159)).

La pyridoxine 100mg/j a un taux de réponse plus élevé de 85% et une incidence plus faible des effets secondaires (20%) versus bromocriptine 5mg/j - taux de 65% et 65% respectivement. , Sharma 2007 (80) IF 0,265 et CONSORT 13/25)

Comme nous l'avons vu auparavant, bon nombre de femmes avec un SPM ou TDP ne répondraient pas bien aux ISRS notamment car ces pathologies sont mal diagnostiquées, et du fait de la prédominance des symptômes physiques. Il est indispensable de bien évaluer les symptômes dans le cadre du SPM pour choisir le meilleur traitement. L'efficacité d'un traitement dépend davantage des symptômes et de leur sévérité que du diagnostic posé.

Figure 2 Répartition des articles inclus médecine conventionnelle / alternative



Quel traitement pour quel symptôme ?

Le tableau II présente une synthèse des différents traitements pour le syndrome prémenstruel, et les symptômes sur lesquels ils sont plus efficaces.

Tableau II - Symptômes et traitements

SYMPTOMES	TRAITEMENTS	REFERENCES	SCORE	IF
Symptômes psychologiques				
TDP	+ irritabilité Paroxétine 20mg en phase lutéale	Steiner 2008 (33)	CONSORT 22/25	5,053
	+ tous les symptômes psychologiques Sertraline	Freeman, 2011 (38)	CONSORT 21/25	4,73
	+ irritabilité, humeur dépressive, anxiété ou tension, labilité affective Escitalopram	Eriksson, 2008(43)	CONSORT 16,5/25	4,371
	+ dépression et anxiété Acupuncture	Carvalho, 2013(136)	CONSORT 16/25	1,047
	+ craving, œdème, retentissement fonctionnel DRSP3mg/EE20µg sur un schéma 24/4	Marr J, 2011(163)	CONSORT 16/25	2,724
Dépression, affect négatif, humeur triste	Phytothérapie chinoise	Chou, 2008 (104)	CONSORT 14/25	1,585
	VAC	Linlin Ma 2010 (96)	CONSORT 14/25	1,461
	VAC et d'hypericum perforatum	Diana van Die, 2009 (109) Femmes ménopausée tardives	CONSORT 15,5 / 25	1,685
	Huile essentielle Lavande inhalée	Uzunçakmaka, 2018 (116)	CONSORT 20,75 / 25	2,084

	Aripirazole	Yao, 2008 (48)	CARE 7,25	
	Oméga-3 1g/j	Sohrabia, 2013 (123)	CONSORT 16,5/25	2,093
	Vitamine B1 100mgx2/j	Abdollahifard, 2014 (127)	CONSORT 15/25	-
	Calcium 500mgx2/j	Ghanbari, 2009 (128)	CONSORT 10/25	-
	Vitamine D (si hypovitaminose documentée)	Tartagni, 2016 (132)	CONSORT 15,5/25	1,605
	DRSP3mg/EE20µg sur un schéma 24/4	Takeda, 2015 (63)	SPIRIT 13/30	1,091
	NOMAC 250µg / E2 35µg	Witjes H, 2015 (71)	SPIRIT 11/31	3,09
	TCC active	Ussher, 2017 (160)	CONSORT 22/25	2,806
Anxiété, stress	Phytothérapie chinoise	Chou, 2008 (104)	CONSORT 14/25	1,585
	Huile essentielle Lavande inhalée	Uzunçakmaka, 2018 (116)	CONSORT 20,75 / 25	2,084
	Oméga-3 1g/j	Sohrabia 2013 (123)	CONSORT : 16,5/25	2,093
	Vitamine B1 100mgx2/j	Abdollahifard 2014 (127)	CONSORT 15/25	-
	DRSP3mg/EE20µg sur un schéma 24/4	Takeda 2015 (63)	SPIRIT 13/30	1,091
	Calcium 500mg- VitD 200mg J15-J24	Khajehei M, 2009 (76)	CONSORT 15,5/24	1,408
	TCC active	Ussher, 2017 (160)	CONSORT 22/25	
	Psycho-éducation	Taghizadeh, 2012 (162)	CONSORT 16,5/25	0,799
Colère, nervosité, agitation	Phytothérapie chinoise	Chou, 2008 (104)	CONSORT 14/25	1,585

	VAC	Mehrangiz, 2012 (12)	CONSORT 14,5/25	
	Camomille	Sharifi, 2014 (113)	CONSORT à 20/25	2,216
	Huile essentielle Lavande inhalée	Uzunçakmaka, 2018 (116)	CONSORT 20,75 / 25	2,084
	Aripirazole	Yao, 2008 (48)	CARE 7,25	
	Homéopathie (particulièrement <i>Folliculinum</i> <i>Lachesis mutus</i>)	Danno, 2012 (139)	STROBE 12,5/22	1,141
	Embolisation artère utérine	Chapa, 2009 (94)	STROBE 14,25/22	0,696
	Dydrogestérone 5mgx2/j, J15-J24	Khajehei M, 2009 (76)	CONSORT 15,5/24	1,408
Troubles du comportement	DRSP3mg/EE20µg en schéma 24/4 (endométriose)	Tanaka Y, 2016 (65)	SPIRIT 13,5/30	-
Retentissement au travail, liens sociaux, liens relationnels	DRSP3mg/EE20µg sur un schéma 24/4	Takeda, 2015 (63)	SPIRIT 13/30	1,091
	Calcium 500mg- VitD 200mg J15-J24	Khajehei M, (76)	CONSORT 15,5/24	1,408

Symptômes physiques				
Fatigue, concentration, confusion, pleurs	Exercices physiques aérobie et supplémentation vitaminique	El-Lithy, 2014 (151)	CONSORT 9,5 / 24	0,604
	Millepertuis 900mg	Canning, 2010 (110)	CONSORT 24/25	4,497
	Oméga-3 1g/j	Sohrabia, 2013 (123)	CONSORT 16,5/25	2,093
	Vitamine B1 100mgx2/j	Abdollahifard, 2014 (127)	CONSORT 15/25	-
	Calcium 500mgx2/j	Ghanbari, 2009	CONSORT 10/25	-
	DRSP3mg/EE30µg sur un schéma 21/7	Taneepanichskul S, 2007 (66)	SPIRIT 15/30	0,666
	Dydrogestérone 5mgx2/j, J15-J24	Khajehei M, 2009 (76)	CONSORT 15,5/24	1,408
	Calcium 500mg-VitD 200mg J15-J24	Khajehei M, 2009 (76)	CONSORT 15,5/24	1,408
Insomnie, trouble du sommeil	Millepertuis 900mg	Canning, 2010 (110)	CONSORT 24/25	4,497
	Pollen 160mg	Gerhardsen, 2008 (117)	CONSORT 20,5/25	0,973
	Ramelton 8mg/j en phase lutéale	Yamada, 2017 (87)	CARE 4,25/12	2,063
Céphalées, migraines	VAC	Mehrangiz, 2012 (12)	CONSORT 14,5/25	
		Ambrosini, 2013 (108)	SPIRIT 12 / 30	0,466
	Millepertuis 900mg	Canning, 2010 (110)	CONSORT 24/25	4,497
	Vitamine B1 100mgx2/j	Abdollahifard, 2014 (127)	CONSORT 15/25	-
	Embolisation artère utérine	Jang, 2014 (92)	STROBE 13,75/22	2,149

Douleurs, crampes	Acide méfénamique	Sharifi, 2014 (113)	CONSORT à 20/25	2,216
	Huile essentielle Lavande inhalée	Uzunçakmaka, 2018 (116)	CONSORT 20,75 / 25	2,084
Mastalgies, tension des seins	Baduajin	Zhang, 2014 (148)	SPIRIT 9/30	0,667
	Yoga	Tsai, 2016 (149)	SPIRIT 14/30	2,101
	VAC	Mehrangiz, 2012 (12)	CONSORT 14,5/25	
	Sertraline	Freeman, 2011 (38)	CONSORT 21/25	4,73
	Vitamine B1 100mgx2/j	Abdollahifard, 2014 (127)	CONSORT 15/25	-
	Homéopathie (particulièrement <i>Folliculinum Lachesis mutus</i>)	Danno, 2012 (139)	STROBE 12,5/22	1,141
Ballonnements digestifs, tympanisme	Yoga	Tsai, 2016 (149)	SPIRIT 14/30	2,101
	VAC	Mehrangiz, 2012 (12)	CONSORT 14,5/25	
	Huile essentielle Lavande inhalée	Uzunçakmaka, 2018 (116)	CONSORT 20,75 / 25	2,084
	Sertraline	Freeman, 2011 (38)	CONSORT 21/25	4,73
	HAT et HAM	Shin KR, 2009 (135)	CONSORT 8,25/25	1,090
	Embolisation artère utérine	Jang, 2014 (92)	STROBE 13,75/22	2,149
	Oméga-3 1g/j	Sohrabia, 2013	CONSORT 16,5/25	2,093
Rétention d'eau	VAC	Linlin Ma, 2010 (96)	CONSORT 14/25	1,461
	Millepertuis 900mg	Canning, 2010 (110)	CONSORT 24/25	4,497
	DRSP3mg/EE20µg en schéma 24/4 (endométriose)	Tanaka Y, 2016 (65)	SPIRIT 13,5/30	-

	DRSP3mg/EE30µg sur un schéma 21/7	Taneepanichskul S, 2007 (66)	SPIRIT 15/30	-
	Dydrogestérone 5mgx2/j, J15-J24	Khajehei M, 2009 (76)	CONSORT 15,5/24	1,408
Fringales	VAC et d'hypericum perforatum	Diana van Die, 2009 (109) Femmes ménopausée tardives	CONSORT 15,5 / 25	1,685
	Millepertuis 900mg	Canning, 2010 (110)	CONSORT 24/25	4,497
	DRSP3mg/EE30µg sur un schéma 21/7	Taneepanichskul S, 2007 (66)	SPIRIT 15/30	0,666
Sueurs froides	Yoga	Tsai, 2016 (149)	SPIRIT 14/30	2,101
Arthralgies	Calcium 500mg- VitD 200mg J15-J24	Khajehei M, 2009 (76)	CONSORT 15,5/24	1,408
	Embolisation artère utérine (rachialgies)	Jang, 2014 (92)	STROBE 13,75/22	2,149
	Dydrogestérone 5mgx2/j, J15-J24	Khajehei M, 2009 (76)	CONSORT 15,5/24	1,408
Modification des cheveux	DRSP3mg/EE30µg sur un schéma 21/7	Taneepanichskul S, 2007 (66)	SPIRIT 15/30	0,666
Exacerbation maladie de Ménière	DRSP3mg/EE20µg sur un schéma 24/4	Takeda, 2015 (63)	SPIRIT 13/30	1,091

Perspectives

D'après cette revue de littérature sur les onze dernières années, nous avons souligné l'importante nécessité de nouvelles études sur le traitement du SPM ; notamment des études de plus grand effectif, comparant la médecine alternative et médicamenteuse ou les associant, croisant les thérapeutiques selon les régions du monde.

Certains traitements, notamment les antidépresseurs, pouvaient être pris uniquement pendant la phase lutéale, c'est à dire pendant la phase cyclique du SPM. Cette période était prévue par anticipation, de façon statistique selon les cycles antérieurs la plupart du temps ; un des critères d'inclusion était souvent la régularité des cycles. Cependant, il n'est pas rare qu'il y ait des variations dans les cycles des femmes. Quelques articles ont proposé que l'ovulation soit évaluée à partir de tests urinaires LH. Un article de la Cochrane souligne quant à lui l'inefficacité de la progestérone en deuxième partie de cycle pour le SPM (164). Nous pensons qu'il est important que les femmes soient enseignées sur les signes cliniques précis de leur cycle et notamment l'ovulation. Cet apprentissage de leur physiologie leur permettrait d'anticiper d'avantage leurs symptômes de SPM par les thérapeutiques adaptées. Dans son livre « The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY », au chapitre sur le SPM, le Dr Hilgers souligne les différentes conclusions des études concernant la progestérone selon l'évaluation de la phase lutéale.

Il existe de multiples échelles diagnostiques et d'évaluation pour le SPM ; afin d'homogénéiser la recherche, un consensus sur les critères diagnostiques serait très utile, et pourrait servir en clinique également. Citons en exemple la classification du Dr Guy Abraham, médecin anglo-saxon, qui divise le SPM en quatre sous-groupes selon les symptômes :

- Type A Anxiété : prédominance de l'irritabilité, des troubles de l'humeur
- Type H Hydratation : prédominance des gonflements, de la rétention d'eau
- Type C *Craving* : prédominance de fringales, des envies de sucrés avec malaises, de faiblesses
- Type D Dépression : prédominance de tristesse, d'envie de pleurer, de confusion, voire d'idées suicidaires.

Enfin, bien que la physiopathologie du SPM ne soit pas très bien connue, le médecin généraliste ne doit pas méconnaître une pathologie sous-jacente possible : endométriose, kystes ovariens, fibromes ...

Conclusion

Cette revue de littérature met en évidence la diversité des thérapeutiques existant pour la prise en charge du SPM, sans consensus établi. Cette diversité témoigne de la complexité de ce syndrome dont la physiopathologie est encore mal connue. Une attention particulière réside dans le diagnostic, et plus encore dans les symptômes dont souffre la patiente. En effet, un diagnostic précis permet une adaptation des traitements.

D'un point de vue médicamenteux, nous avons pu constater que les antidépresseurs de type ISRS sont efficaces sur le SPM ; ils peuvent être administrés uniquement en phase lutéale. Les IRSNo

sont une alternative possible surtout dans le TDP. La DRSP3mg/EE20µg en schéma 24/4 et la LNG90µg /EE20µg en continu sont efficaces sur le TDP. La DRSP3mg/EE20µg en schéma 24/4 et la bromocriptine permettent une amélioration sur de nombreux symptômes prémenstruels. La médecine interventionnelle permet une amélioration du SPM chez les femmes atteintes de fibrome. Il est parfois retrouvé des réponses différentes pour un même traitement qui peuvent être expliquées par le type de molécule utilisée, la dose, le schéma de prise et la gravité des symptômes du SPM.

Concernant la phytothérapie chinoise, la tendance serait vers un bénéfice, bien que des études complémentaires soient nécessaires pour tirer une conclusion fiable scientifiquement. Par ailleurs, il est délicat de généraliser à la population européenne cette thérapeutique asiatique. Elle présente cependant l'avantage d'être ciblée sur les symptômes des patientes. Le VAC est reconnu pour son efficacité dans plusieurs études aussi bien orientales qu'occidentales et aux scores et impact factor élevés ; de même pour le millepertuis sur la plupart des symptômes physiques et comportementaux d'un SPM léger. En administration inhalée citons l'huile de néroli, la rose de damas et la lavande. En cas de trouble du sommeil préférer le FEMAL, pollen. Le Safran a lui aussi de bons effets.

Pour l'alimentation, un régime alimentaire à indice glycémique élevé serait associé à une diminution des symptômes prémenstruels. Il peut être supplémenté par l'apport d'acide gras, de zinc et de vitamine B1. L'administration de calcium montre une efficacité sur la dépression et l'anxiété mais l'efficacité de l'association calcium et vitamine D reste inférieure à celle de la DRSP/EE sur un schéma 21/7.

Le soin du corps a une place importante notamment l'acupuncture qui est efficace sur les symptômes d'anxiété et de dépression prémenstruelle, l'acupression qui peut réduire de façon significative la gravité du SPM. Le yoga et l'activité physique, en dépit d'études de pertinence scientifique suffisante, peuvent également être proposés.

Enfin la thérapie cognitivo-comportementale dans une approche multidirectionnelle (intrapsychique, relationnelle, somatique...) peut aider les femmes atteintes d'un SPM. La prise de conscience du SPM chez les femmes est primordiale.

Si la patiente ne souffre pas d'un SPM proprement dit, comme l'entend la définition du DSM-V, ou autres définitions, mais présente des symptômes prémenstruels, les pistes de traitement évoqués ci-dessus peuvent être un bon outil de prise en charge. Des études plus longues, avec des effectifs suffisants, comparant et croisant les différentes thérapeutiques selon les régions, et les différentes stratégies (les dosages, la période du cycle) permettraient d'élargir certaines pratiques. Il serait intéressant aussi de connaître l'état actuel de la prise en charge du syndrome prémenstruel par les médecins généralistes sur le terrain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Syndrome prémenstruel: Une mise au point [Internet]. [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: https://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Syndrome_premenstruel.htm
2. Zaafrane F, Faleh R, Melki W, Sakouhi M, Gaha L. Le syndrome prémenstruel: revue générale. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* nov 2007;36(7):642-52.
3. Zaafrane F, Faleh R, Melki W, Sakouhi M, Gaha L. Le syndrome prémenstruel: revue générale. /data/revues/03682315/00360007/642/ [Internet]. 29 mars 2008 [cité 6 mars 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/132995>
4. Ryu A, Kim T-H. Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas.* déc 2015;82(4):436-40.
5. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci JPN.* juill 2008;33(4):291-301.
6. Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Arch Womens Ment Health.* déc 2010;13(6):485-94.
7. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health.* août 2003;6(3):203-9.
8. Kahyaoglu Sut H. ME. Effect of Premenstrual Syndrome on Work-Related Quality of Life in Turkish Nurses. - PubMed - NCBI. *Saf Health Work.* 12 sept 2015;78-82.
9. Sahin S., Ozdemir K., Unsal A. Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students. *J Pak Med Assoc* [Internet]. août 2014 [cité 30 sept 2018]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25252518>
10. Le syndrome prémenstruel [Internet]. [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/maladies/340-le-syndrome-premenstruel>
11. Agha-Hosseini M, Kashani L, Aleyaseen A, Ghoreishi A, Rahmanpour H, Zarrinara AR, et al. Crocus sativus L. (saffron) in the treatment of premenstrual syndrome: a double-blind, randomised and placebo-controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* mars 2008;115(4):515-9.
12. Zamani M, Neghab N, Torabian S. Therapeutic effect of Vitex agnus castus in patients with premenstrual syndrome. *Acta Med Iran.* 2012;50(2):101-6.
13. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [cité 30 août 2018];(2). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006586.pub4/abstract>
14. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M, Sampson-Landers C, Rapkin A. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol.* sept 2005;106(3):492-501.
15. Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol BWJ. Progesterone for premenstrual syndrome. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 23 juin 2017]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/buadistant.univ-angers.fr/doi/10.1002/14651858.CD003415.pub4/abstract>
16. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev.* 2015;15(157):39-44.
17. Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):28-33.
18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):34-8.
19. Gedda M. Traduction française des lignes directrices SPIRIT pour l'écriture et la lecture des essais cliniques, des études expérimentales et protocoles divers. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):75-81.
20. Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):64-8.
21. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):50-4.
22. Padmavathi P. Effect of acupressure vs reflexology on pre-menstrual syndrome among adolescent girls-a pilot study. *Nurs J India.* oct 2014;105(5):236-9.

23. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. mars 1977;33(1):159-74.
24. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci JPN*. juill 2008;33(4):291-301.
25. Yonkers KA, O'Brien PMS, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet Lond Engl*. 5 avr 2008;371(9619):1200-10.
26. Kratz K., Anderson S., Poppen B. Premenstrual dysphoric disorder: treatment with sertraline, neuropsychological effects, and flight status. - PubMed - NCBI. *Aviat Space Environnemental Med*. mai 2007;78(5):B138-43.
27. Brown J, O'Brien PMS, Marjoribanks J, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 avr 2009;(2):CD001396.
28. Susser LC, Hermann AD. Protection against hormone-mediated mood symptoms. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(2):355-6.
29. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PMS, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 7 juin 2013;(6):CD001396.
30. Shah NR, Jones JB, Aperi J, Shemtov R, Karne A, Borenstein J. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. mai 2008;111(5):1175-82.
31. Landén M, Nissbrandt H, Allgulander C, Sörvik K, Ysander C, Eriksson E. Placebo-controlled trial comparing intermittent and continuous paroxetine in premenstrual dysphoric disorder. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. janv 2007;32(1):153-61.
32. Wu K-Y, Liu C-Y, Hsiao M-C. Six-month paroxetine treatment of premenstrual dysphoric disorder: continuous versus intermittent treatment protocols. *Psychiatry Clin Neurosci*. févr 2008;62(1):109-14.
33. Steiner M, Ravindran AV, LeMelledo J-M, Carter D, Huang JO, Anonychuk AM, et al. Luteal phase administration of paroxetine for the treatment of premenstrual dysphoric disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in Canadian women. *J Clin Psychiatry*. juin 2008;69(6):991-8.
34. Landén M, Erlandsson H, Bengtsson F, Andersch B, Eriksson E. Short onset of action of a serotonin reuptake inhibitor when used to reduce premenstrual irritability. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. févr 2009;34(3):585-92.
35. Nazari H, Yari F, Jariani M, Marzban A, Birgandy M. Premenstrual syndrome: a single-blind study of treatment with buspirone versus fluoxetine. *Arch Gynecol Obstet*. mars 2013;287(3):469-72.
36. Nur MM, Romano ME, Siqueira LM. Premenstrual dysphoric disorder in an adolescent female. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. juin 2007;20(3):201-4.
37. Steinberg EM, Cardoso GMP, Martinez PE, Rubinow DR, Schmidt PJ. Rapid response to fluoxetine in women with premenstrual dysphoric disorder. *Depress Anxiety*. juin 2012;29(6):531-40.
38. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Rickels K, Sondheim SJ. Clinical subtypes of premenstrual syndrome and responses to sertraline treatment. *Obstet Gynecol*. déc 2011;118(6):1293-300.
39. Yonkers KA, Kornstein SG, Gueorguieva R, Merry B, Van Steenburgh K, Altemus M. Symptom-Onset Dosing of Sertraline for the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. oct 2015;72(10):1037-44.
40. Freeman EW, Rickels K, Sammel MD, Lin H, Sondheim SJ. Time to relapse after short- or long-term treatment of severe premenstrual syndrome with sertraline. *Arch Gen Psychiatry*. mai 2009;66(5):537-44.
41. Leahy LG. Premenstrual Exacerbations: Achieving Stability All Month, Every Month. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1 avr 2017;55(4):9-13.
42. Ravindran LN, Woods S-A, Steiner M, Ravindran AV. Symptom-onset dosing with citalopram in the treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD): a case series. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(3):125-7.
43. Eriksson E, Ekman A, Sinclair S, Sörvik K, Ysander C, Mattson U-B, et al. Escitalopram administered in the luteal phase exerts a marked and dose-dependent effect in premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol*. avr 2008;28(2):195-202.
44. Yonkers KA. Management strategies for PMS/PMDD. *J Fam Pract*. sept 2004;Suppl:S15-20.

45. Ramos MG, Hara C, Rocha FL. Duloxetine treatment for women with premenstrual dysphoric disorder: a single-blind trial. *Int J Neuropsychopharmacol.* sept 2009;12(8):1081-8.
46. Mazza M, Harnic D, Catalano V, Janiri L, Bria P. Duloxetine for premenstrual dysphoric disorder: a pilot study. *Expert Opin Pharmacother.* mars 2008;9(4):517-21.
47. Ramos MG, Hara C, Rocha FL. Duloxetine treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: case reports. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 15 févr 2008;32(2):579-80.
48. Yao Y-C, Chiang P-H, Hsiao M-C, Liu C-Y. Effective treatment of premenstrual violence in major depression: augmentation with aripiprazole. *Chang Gung Med J.* août 2008;31(4):402-6.
49. Hu L-Y, Chen P-M. Olanzapine treatment of premenstrual onset psychosis: a case report. *Gen Hosp Psychiatry.* août 2013;35(4):452.e1-3.
50. Jackson C, Pearson B, Girdler S, Johnson J, Hamer RM, Killenberg S, et al. Double-blind, placebo-controlled pilot study of adjunctive quetiapine SR in the treatment of PMS/PMDD. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* nov 2015;30(6):425-34.
51. Nyberg S, Bäckström T, Zingmark E, Purdy RH, Poromaa IS. Allopregnanolone decrease with symptom improvement during placebo and gonadotropin-releasing hormone agonist treatment in women with severe premenstrual syndrome. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol.* mai 2007;23(5):257-66.
52. Studd J, Panay N. Are oestrogens useful for the treatment of depression in women? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* févr 2009;23(1):63-71.
53. Schindler AE. Non-contraceptive benefits of hormonal contraceptives. *Minerva Ginecol.* août 2010;62(4):319-29.
54. Baker LJ, O'Brien PMS. Premenstrual syndrome (PMS): a peri-menopausal perspective. *Maturitas.* juin 2012;72(2):121-5.
55. Rapkin AJ. YAZ in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Reprod Med.* sept 2008;53(9 Suppl):729-41.
56. Fruzzetti F, Lazzarini V, Ricci C, Quirici B, Gambacciani M, Paoletti AM, et al. Effect of an oral contraceptive containing 30 microg ethinylestradiol plus 3 mg drospirenone on body composition of young women affected by premenstrual syndrome with symptoms of water retention. *Contraception.* sept 2007;76(3):190-4.
57. Mishell DR. YAZ and the novel progestin drospirenone. *J Reprod Med.* sept 2008;53(9 Suppl):721-8.
58. Studd J. Hormone therapy for reproductive depression in women. *Post Reprod Health.* déc 2014;20(4):132-7.
59. Clayton AH. Symptoms related to the menstrual cycle: diagnosis, prevalence, and treatment. *J Psychiatr Pract.* janv 2008;14(1):13-21.
60. Leminen H, Heliövaara-Peippo S, Halmesmäki K, Teperi J, Grenman S, Kivelä A, et al. The effect of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system on premenstrual symptoms in women treated for menorrhagia: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* mars 2012;91(3):318-25.
61. Yonkers KA, Cameron B, Gueorguieva R, Altemus M, Kornstein SG. The Influence of Cyclic Hormonal Contraception on Expression of Premenstrual Syndrome. *J Womens Health* 2002. avr 2017;26(4):321-8.
62. Frey BN, Minuzzi L. Comorbid bipolar disorder and premenstrual dysphoric disorder: real patients, unanswered questions. *Arch Womens Ment Health.* févr 2013;16(1):79-81.
63. Takeda T, Kondo A, Koga S, Hayakawa J, Hayakawa K, Hiramatsu K, et al. Effectiveness of ethinylestradiol/drospirenone for premenstrual symptoms in Japanese patients with dysmenorrhea: Open-label pilot study. *J Obstet Gynaecol Res.* oct 2015;41(10):1584-90.
64. Caruso S, Mauro D, Maiolino L, Grillo C, Rapisarda AMC, Cianci S. Effects of combined oral contraception containing drospirenone on premenstrual exacerbation of Meniere's disease: Preliminary study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mai 2018;224:102-7.
65. Tanaka Y, Mori T, Ito F, Koshiba A, Kusuki I, Kitawaki J. Effects of low-dose combined drospirenone-ethinylestradiol on perimenstrual symptoms experienced by women with endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* nov 2016;135(2):135-9.
66. Taneepanichskul S, Jaisamrarn U, Phupong V. Efficacy of Yasmin in premenstrual symptoms. *Arch Gynecol Obstet.* juin 2007;275(6):433-8.

67. Marr J, Heinemann K, Kunz M, Rapkin A. Ethinyl estradiol 20µg/drospirenone 3mg 24/4 oral contraceptive for the treatment of functional impairment in women with premenstrual dysphoric disorder. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. mai 2011;113(2):103-7.
68. Marr J, Niknian M, Shulman LP, Lynen R. Premenstrual dysphoric disorder symptom cluster improvement by cycle with the combined oral contraceptive ethinylestradiol 20 mcg plus drospirenone 3 mg administered in a 24/4 regimen. *Contraception*. juill 2011;84(1):81-6.
69. Eisenlohr-Moul TA, Girdler SS, Johnson JL, Schmidt PJ, Rubinow DR. Treatment of premenstrual dysphoria with continuous versus intermittent dosing of oral contraceptives: Results of a three-arm randomized controlled trial. *Depress Anxiety*. 2017;34(10):908-17.
70. Peters W, Freeman MP, Kim S, Cohen LS, Joffe H. Treatment of Premenstrual Breakthrough of Depression With Adjunctive Oral Contraceptive Pills Compared With Placebo. *J Clin Psychopharmacol*. oct 2017;37(5):609-14.
71. Witjes H, Creinin MD, Sundström-Poromaa I, Martin Nguyen A, Korver T. Comparative analysis of the effects of norgestimate acetate/17 β-estradiol and drospirenone/ethinylestradiol on premenstrual and menstrual symptoms and dysmenorrhea. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2015;20(4):296-307.
72. Halbreich U, Freeman EW, Rapkin AJ, Cohen LS, Grubb GS, Bergeron R, et al. Continuous oral levonorgestrel/ethinyl estradiol for treating premenstrual dysphoric disorder. *Contraception*. janv 2012;85(1):19-27.
73. Smith M, Frey BN. Treating comorbid premenstrual dysphoric disorder in women with bipolar disorder. *J Psychiatry Neurosci JPN*. mars 2016;41(2):E22-23.
74. Norouzi Javidan A, Haghollahi F, Ramezanzadeh F, Yekaninejad MS, Amiri Z, Noroozi M, et al. Effects of ethinyl estradiol plus desogestrel on premenstrual symptoms in Iranian women. *Acta Med Iran*. 2014;52(11):837-43.
75. Nyberg S. Mood and physical symptoms improve in women with severe cyclical changes by taking an oral contraceptive containing 250-mcg norgestimate and 35-mcg ethinyl estradiol. *Contraception*. juin 2013;87(6):773-81.
76. Khajehei M, Abdali K, Parsanezhad ME, Tabatabaee HR. Effect of treatment with dydrogesterone or calcium plus vitamin D on the severity of premenstrual syndrome. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. mai 2009;105(2):158-61.
77. Kamada Y, Sakamoto A, Kotani S, Masuyama H. Treatment of premenstrual mood changes in a patient with schizophrenia using dienogest: A case report. *J Obstet Gynaecol Res*. avr 2018;44(4):797-800.
78. Georgantopoulou C, Field S. Treatment of premenstrual syndrome with the desogestrel-only pill (Cerazette) in an adolescent girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. juin 2009;22(3):e1-3.
79. Segebladh B, Borgström A, Nyberg S, Bixo M, Sundström-Poromaa I. Evaluation of different add-back estradiol and progesterone treatments to gonadotropin-releasing hormone agonist treatment in patients with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol*. août 2009;201(2):139.e1-8.
80. Sharma P, Kulshreshtha S, Singh GMS, Bhagoliwal A. Role of bromocriptine and pyridoxine in premenstrual tension syndrome. *Indian J Physiol Pharmacol*. déc 2007;51(4):368-74.
81. Chen BF, Powell MC, O'Beirne C. An observation study of the clinical evaluation of symptom relief and side effects associated with taking ulipristal acetate (esmya) including its effect on pre-menstrual syndrome. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol*. juill 2017;37(5):645-8.
82. Research C for DE and. Information about Drospirenone. FDA [Internet]. 11 mars 2018 [cité 25 mai 2019]; Disponible sur: <http://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/information-about-drospirenone>
83. Kask K, Bäckström T, Lundgren P, Sundström Poromaa I. Allopregnanolone has no effect on startle response and prepulse inhibition of startle response in patients with premenstrual dysphoric disorder or healthy controls. *Pharmacol Biochem Behav*. juin 2009;92(4):608-13.
84. Krüger S, Lindstaedt M. Pregabalin and edema in young women suffering from premenstrual syndrome. *Pharmacopsychiatry*. juill 2010;43(5):202-3.
85. Aydin Y, Atis A, Kaleli S, Uludağ S, Goker N. Cabergoline versus bromocriptine for symptomatic treatment of premenstrual mastalgia: a randomised, open-label study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juin 2010;150(2):203-6.

86. Kayatekin ZE, Sabo AN, Halbreich U. Levetiracetam for treatment of premenstrual dysphoric disorder: a pilot, open-label study. *Arch Womens Ment Health*. juill 2008;11(3):207-11.
87. Yamada K. Effectiveness of ramelteon for residual sleep disturbances (hypersomnia) in a patient with premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. févr 2017;71(2):147.
88. Qurishi R, Sonneborn C, de Jong-Arts M, de Jong C. Premenstrual syndrome and self-medication with opioids. *J Addict Med*. févr 2013;7(1):79-82.
89. Pasaoglu G, Mungan D, Abadoglu O, Misirligil Z. Leukotriene receptor antagonists: a good choice in the treatment of premenstrual asthma? *J Asthma Off J Assoc Care Asthma*. mars 2008;45(2):95-9.
90. Gianfranco C, Vittorio U, Silvia B, Francesco D. Myo-inositol in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Hum Psychopharmacol*. oct 2011;26(7):526-30.
91. Bixo M, Ekberg K, Poromaa IS, Hirschberg AL, Jonasson AF, Andréen L, et al. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with the GABAA receptor modulating steroid antagonist Sepranolone (UC1010)-A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*. juin 2017;80:46-55.
92. Jang D, Kim MD, Lee SJ, Kim IJ, Park SI, Won JY, et al. The effect of uterine artery embolization on premenstrual symptoms in patients with symptomatic fibroids or adenomyosis. *J Vasc Interv Radiol JVIR*. juin 2014;25(6):833-838.e1.
93. Lukes AS, McBride RJ, Herring AH, Fried M, Sherwani A, Dell D. Improved premenstrual syndrome symptoms after NovaSure endometrial ablation. *J Minim Invasive Gynecol*. oct 2011;18(5):607-11.
94. Chapa HO, Venegas G, Antonetti AG, Van Duyne CP, Sandate J, Bakker K. In-office endometrial ablation and clinical correlation of reduced menstrual blood loss and effects on dysmenorrhea and premenstrual symptomatology. *J Reprod Med*. avr 2009;54(4):232-8.
95. Ma L, Lin S, Chen R, Zhang Y, Chen F, Wang X. Evaluating therapeutic effect in symptoms of moderate-to-severe premenstrual syndrome with Vitex agnus castus (BNO 1095) in Chinese women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. avr 2010;50(2):189-93.
96. Ma L, Lin S, Chen R, Wang X. Treatment of moderate to severe premenstrual syndrome with Vitex agnus castus (BNO 1095) in Chinese women. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol*. août 2010;26(8):612-6.
97. Khayat S, Fanaei H, Kheirkhah M, Moghadam ZB, Kasaeian A, Javadimehr M. Curcumin attenuates severity of premenstrual syndrome symptoms: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Complement Ther Med*. juin 2015;23(3):318-24.
98. Fanaei H, Khayat S, Kasaeian A, Javadimehr M. Effect of curcumin on serum brain-derived neurotrophic factor levels in women with premenstrual syndrome: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Neuropeptides*. avr 2016;56:25-31.
99. Krill oil. Monograph. *Altern Med Rev J Clin Ther*. avr 2010;15(1):84-6.
100. Matsumoto T, Kimura T, Hayashi T. Does Japanese Citrus Fruit Yuzu (*Citrus junos* Sieb. ex Tanaka) Fragrance Have Lavender-Like Therapeutic Effects That Alleviate Premenstrual Emotional Symptoms? A Single-Blind Randomized Crossover Study. *J Altern Complement Med N Y N*. juin 2017;23(6):461-70.
101. Gepshtein Y, Plotnikoff GA, Watanabe K. Kampo in women's health: Japan's traditional approach to premenstrual symptoms. *J Altern Complement Med N Y N*. mai 2008;14(4):427-35.
102. Yamada K, Kanba S. Effectiveness of kamishoyosan for premenstrual dysphoric disorder: open-labeled pilot study. *Psychiatry Clin Neurosci*. juin 2007;61(3):323-5.
103. Kimura Y, Takamatsu K, Fujii A, Suzuki M, Chikada N, Tanada R, et al. Kampo therapy for premenstrual syndrome: efficacy of Kamishoyosan quantified using the second derivative of the fingertip photoplethysmogram. *J Obstet Gynaecol Res*. juin 2007;33(3):325-32.
104. Chou PB, Morse CA, Xu H. A controlled trial of Chinese herbal medicine for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. sept 2008;29(3):185-92.
105. He Z, Chen R, Zhou Y, Geng L, Zhang Z, Chen S, et al. Treatment for premenstrual syndrome with Vitex agnus castus: A prospective, randomized, multi-center placebo controlled study in China. *Maturitas*. 20 mai 2009;63(1):99-103.
106. Momoeda M, Sasaki H, Tagashira E, Ogishima M, Takano Y, Ochiai K. Efficacy and safety of Vitex agnus-castus extract for treatment of premenstrual syndrome in Japanese patients: a prospective, open-label study. *Adv Ther*. mars 2014;31(3):362-73.

107. Schellenberg R, Zimmermann C, Drewe J, Hoexter G, Zahner C. Dose-dependent efficacy of the Vitex agnus castus extract Ze 440 in patients suffering from premenstrual syndrome. *Phytomedicine Int J Phytother Phytopharm.* 15 nov 2012;19(14):1325-31.
108. Ambrosini A, Di Lorenzo C, Coppola G, Pierelli F. Use of Vitex agnus-castus in migrainous women with premenstrual syndrome: an open-label clinical observation. *Acta Neurol Belg.* mars 2013;113(1):25-9.
109. van Die MD, Bone KM, Burger HG, Reece JE, Teede HJ. Effects of a combination of Hypericum perforatum and Vitex agnus-castus on PMS-like symptoms in late-perimenopausal women: findings from a subpopulation analysis. *J Altern Complement Med N Y N.* sept 2009;15(9):1045-8.
110. Canning S, Waterman M, Orsi N, Ayres J, Simpson N, Dye L. The efficacy of Hypericum perforatum (St John's wort) for the treatment of premenstrual syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *CNS Drugs.* mars 2010;24(3):207-25.
111. Ghazanfarpour M, Kaviani M, Asadi N, Ghaffarpasand F, Ziyadlou S, Tabatabaee HR, et al. Hypericum perforatum for the treatment of premenstrual syndrome. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* avr 2011;113(1):84-5.
112. Niederhofer H. Herbals medicine also effective in treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD)? *J Diet Suppl.* 2009;6(3):252-3.
113. Sharifi F, Simbar M, Mojab F, Majd HA. Comparison of the effects of Matricaria chamomila (Chamomile) extract and mefenamic acid on the intensity of premenstrual syndrome. *Complement Ther Clin Pract.* févr 2014;20(1):81-8.
114. Heydari N, Abootalebi M, Jamalimoghadam N, Kasraeian M, Emamghoreishi M, Akbarzadeh M. Investigation of the effect of aromatherapy with Citrus aurantium blossom essential oil on premenstrual syndrome in university students: A clinical trial study. *Complement Ther Clin Pract.* août 2018;32:1-5.
115. Heydari N, Abootalebi M, Jamalimoghadam N, Kasraeian M, Emamghoreishi M, Akbarzaded M. Evaluation of aromatherapy with essential oils of Rosa damascena for the management of premenstrual syndrome. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* août 2018;142(2):156-61.
116. Uzunçakmak T, Ayaz Alkaya S. Effect of aromatherapy on coping with premenstrual syndrome: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* févr 2018;36:63-7.
117. Gerhardsen G, Hansen AV, Killi M, Fornitz GG, Pedersen F, Roos SB. The efficacy of Femal in women with premenstrual syndrome: a randomised, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, multicentre study. *Adv Ther.* juin 2008;25(6):595-607.
118. Ozgoli G, Selselei EA, Mojab F, Majd HA. A randomized, placebo-controlled trial of Ginkgo biloba L. in treatment of premenstrual syndrome. *J Altern Complement Med N Y N.* août 2009;15(8):845-51.
119. Fukui H, Toyoshima K, Komaki R. Psychological and neuroendocrinological effects of odor of saffron (Crocus sativus). *Phytomedicine Int J Phytother Phytopharm.* 15 juin 2011;18(8-9):726-30.
120. Omega-3 DHA and EPA for cognition, behavior, and mood: clinical findings and structural-functional synergies with cell membrane phospholipids. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18072818>
121. Braverman PK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* févr 2007;20(1):3-12.
122. Rocha Filho EA, Lima JC, Pinho Neto JS, Montarroyos U. Essential fatty acids for premenstrual syndrome and their effect on prolactin and total cholesterol levels: a randomized, double blind, placebo-controlled study. *Reprod Health.* 17 janv 2011;8:2.
123. Sohrabi N, Kashanian M, Ghafoori SS, Malakouti SK. Evaluation of the effect of omega-3 fatty acids in the treatment of premenstrual syndrome: « a pilot trial ». *Complement Ther Med.* juin 2013;21(3):141-6.
124. Brownley KA, Girdler SS, Stout AL, McLeod MN. Chromium supplementation for menstrual cycle-related mood symptoms. *J Diet Suppl.* déc 2013;10(4):345-56.
125. Siabhazi S, Behboudi-Gandevani S, Moghaddam-Banaem L, Montazeri A. Effect of zinc sulfate supplementation on premenstrual syndrome and health-related quality of life: Clinical randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res.* mai 2017;43(5):887-94.
126. Quaranta S, Buscaglia MA, Meroni MG, Colombo E, Cella S. Pilot study of the efficacy and safety of a modified-release magnesium 250 mg tablet (Sincromag) for the treatment of premenstrual syndrome. *Clin Drug Investig.* 2007;27(1):51-8.

127. Abdollahifard S, Rahmanian Koshkaki A, Moazamiyanfar R. The effects of vitamin B1 on ameliorating the premenstrual syndrome symptoms. *Glob J Health Sci.* 29 juill 2014;6(6):144-53.
128. Ghanbari Z, Haghollahi F, Shariat M, Foroshani AR, Ashrafi M. Effects of calcium supplement therapy in women with premenstrual syndrome. *Taiwan J Obstet Gynecol.* juin 2009;48(2):124-9.
129. Shehata NAA. Calcium versus oral contraceptive pills containing drospirenone for the treatment of mild to moderate premenstrual syndrome: a double blind randomized placebo controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mars 2016;198:100-4.
130. Yonkers KA, Pearlstein TB, Gotman N. A pilot study to compare fluoxetine, calcium, and placebo in the treatment of premenstrual syndrome. *J Clin Psychopharmacol.* oct 2013;33(5):614-20.
131. Karimi Z, Dehkordi MA, Alipour A, Mohtashami T. Treatment of premenstrual syndrome: Appraising the effectiveness of cognitive behavioral therapy in addition to calcium supplement plus vitamin D. *PsyCh J.* mars 2018;7(1):41-50.
132. Tartagni M, Cicinelli MV, Tartagni MV, Alrasheed H, Matteo M, Baldini D, et al. Vitamin D Supplementation for Premenstrual Syndrome-Related Mood Disorders in Adolescents with Severe Hypovitaminosis D. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* août 2016;29(4):357-61.
133. Taavoni S, Barkhordari F, Goushegiri A, Haghani H. Effect of Royal Jelly on premenstrual syndrome among Iranian medical sciences students: a randomized, triple-blind, placebo-controlled study. *Complement Ther Med.* août 2014;22(4):601-6.
134. Taguchi R, Matsubara S, Yoshimoto S, Imai K, Ohkuchi A, Kitakoji H. Acupuncture for premenstrual dysphoric disorder. *Arch Gynecol Obstet.* mars 2009;280(6):877-81.
135. Shin KR, Ha JY, Park HJ, Heitkemper M. The effect of hand acupuncture therapy and hand moxibustion therapy on premenstrual syndrome among Korean women. *West J Nurs Res.* mars 2009;31(2):171-86.
136. Carvalho F, Weires K, Ebling M, Padilha M de SR, Ferrão YA, Vercelino R. Effects of acupuncture on the symptoms of anxiety and depression caused by premenstrual dysphoric disorder. *Acupunct Med J Br Med Acupunct Soc.* déc 2013;31(4):358-63.
137. Bazarganipour F, Taghavi S-A, Allan H, Beheshti F, Khalili A, Miri F, et al. The effect of applying pressure to the LIV3 and LI4 on the symptoms of premenstrual syndrome: A randomized clinical trial. *Complement Ther Med.* avr 2017;31:65-70.
138. Thompson EA, Mathie RT, Baitson ES, Barron SJ, Berkovitz SR, Brands M, et al. Towards standard setting for patient-reported outcomes in the NHS homeopathic hospitals. *Homeopathy J Fac Homeopathy.* juill 2008;97(3):114-21.
139. Danno K, Colas A, Terzan L, Bordet M-F. Homeopathic treatment of premenstrual syndrome: a case series. *Homeopathy J Fac Homeopathy.* janv 2013;102(1):59-65.
140. Klein-Laansma CT, Jansen JCH, van Tilborgh AJW, Van der Windt D a. WM, Mathie RT, Rutten ALB. Semi-standardised homeopathic treatment of premenstrual syndrome with a limited number of medicines: feasibility study. *Homeopathy J Fac Homeopathy.* juill 2010;99(3):192-204.
141. Aan Het Rot M, Miloserdov K, Buijze ALF, Meesters Y, Gordijn MCM. Premenstrual mood and empathy after a single light therapy session. *Psychiatry Res.* 2017;256:212-8.
142. Parry BL, Meliska CJ, Martínez LF, López AM, Sorenson DL, Hauger RL, et al. Late, but not early, wake therapy reduces morning plasma melatonin: relationship to mood in Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatry Res.* 30 oct 2008;161(1):76-86.
143. Murakami K, Sasaki S, Takahashi Y, Uenishi K, Watanabe T, Kohri T, et al. Dietary glycemic index is associated with decreased premenstrual symptoms in young Japanese women. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* juin 2008;24(6):554-61.
144. Delara M, Ghofranipour F, Fallah PA, Tavafian SS, Kazemnejad A, Montazeri A, et al. Coping strategy in adolescents with premenstrual syndrome: application of the construal level theory and the precaution adoption process model. *Psychol Health Med.* 2013;18(2):203-12.
145. Dvivedi J, Dvivedi S, Mahajan KK, Mittal S, Singhal A. Effect of « 61-points relaxation technique » on stress parameters in premenstrual syndrome. *Indian J Physiol Pharmacol.* mars 2008;52(1):69-76.
146. Dvivedi J, Kaur H, Dvivedi S. Effect of 1 week « 61-points relaxation training » on cold pressor test induced stress in premenstrual syndrome. *Indian J Physiol Pharmacol.* sept 2008;52(3):262-6.
147. Sharma B, Misra R, Singh K, Sharma R, Archana null. Comparative study of effect of anuloma-viloma (pranayam) and yogic asanas in premenstrual syndrome. *Indian J Physiol Pharmacol.* déc 2013;57(4):384-9.

148. Zhang H, Zhu M, Song Y, Kong M. Baduanjin exercise improved premenstrual syndrome symptoms in Macau women. *J Tradit Chin Med Chung Tsa Chih Ying Wen Pan*. août 2014;34(4):460-4.
149. Tsai S-Y. Effect of Yoga Exercise on Premenstrual Symptoms among Female Employees in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 16 2016;13(7).
150. A D. Exercise and premenstrual symptomatology: a comprehensive review. *J Womens Health*. 2009;18(6):895-8.
151. El-Lithy A, El-Mazny A, Sabbour A, El-Deeb A. Effect of aerobic exercise on premenstrual symptoms, haematological and hormonal parameters in young women. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol*. 2014;35(4):389-92.
152. Ballagh SA, Heyl A. Communicating with women about menstrual cycle symptoms. *J Reprod Med*. nov 2008;53(11):837-46.
153. Kues JN, Janda C, Kleinstäuber M, Weise C. Internet-based cognitive behavioural self-help for premenstrual syndrome: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2 déc 2014;15:472.
154. Fakhri M, Hamzehgardeshi Z, Hajikhani Golchin NA, Komili A. Promoting menstrual health among persian adolescent girls from low socioeconomic backgrounds: a quasi-experimental study. *BMC Public Health*. 15 mars 2012;12:193.
155. Lustyk MKB, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2013;12(2):85-96.
156. Blake F, Salkovskis P, Gath D, Day A, Garrod A. Cognitive therapy for premenstrual syndrome: a controlled trial. *J Psychosom Res*. oct 1998;45(4):307-18.
157. Kirkby RJ. Changes in premenstrual symptoms and irrational thinking following cognitive-behavioral coping skills training. *J Consult Clin Psychol*. oct 1994;62(5):1026-32.
158. Morse CA, Dennerstein L, Farrell E, Varnavides K. A comparison of hormone therapy, coping skills training, and relaxation for the relief of premenstrual syndrome. *J Behav Med*. oct 1991;14(5):469-89.
159. Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M. A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. sept 2002;23(3):193-9.
160. Ussher JM, Perz J. Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behaviour therapy (CBT) for Premenstrual Disorders (PMDs), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial. *PloS One*. 2017;12(4):e0175068.
161. Ussher JM, Perz J. PMS as a process of negotiation: women's experience and management of premenstrual distress. *Psychol Health*. 2013;28(8):909-27.
162. Taghizadeh Z, Shirmohammadi M, Feizi A, Arbabi M. The effect of cognitive behavioural psycho-education on premenstrual syndrome and related symptoms. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. août 2012;20(8):705-13.
163. Marr J, Niknian M, Shulman LP, Lynen R. Premenstrual dysphoric disorder symptom cluster improvement by cycle with the combined oral contraceptive ethinylestradiol 20 mcg plus drospirenone 3 mg administered in a 24/4 regimen. *Contraception*. juill 2011;84(1):81-6.
164. Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol BWJ. Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 mars 2012;

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Diagramme de flux PRISMA	18
Figure 2 Répartition des articles inclus médecine conventionnelle / alternative	66

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Répartition des articles inclus selon leur origine et le type de prise en charge	62
Tableau II Symptômes et traitements	67

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ.....	13
INTRODUCTION.....	14
MÉTHODES	16
RÉSULTATS.....	18
1. Sélection des références : diagramme de flux.....	18
2. Evaluation du degré d'accord entre les lecteurs : coefficient Kappa.....	19
3. Description des différentes thérapeutiques et scores des études	19
A. LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	19
Les psychotropes	19
L'hormonothérapie	27
Les autres traitements médicamenteux	35
B. LA MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE.....	38
Les plantes	38
Les compléments alimentaires.....	46
L'acupuncture	52
L'homéopathie	54
Les autres médecines complémentaires.....	55
C. L'ADAPTATION ALIMENTAIRE	56
D. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE	57
E. LA THÉRAPIE COGNITIVO COMPORTEMENTALE	59
DISCUSSION ET CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	75
LISTE DES FIGURES.....	83
LISTE DES TABLEAUX	83
TABLE DES MATIERES.....	84
ANNEXES	I

ANNEXE 1

Critères diagnostiques du trouble dysphorique prémenstruel selon le DSM-V

A • Au cours de la majorité des cycles menstruels, au moins cinq des symptômes suivants doivent : avoir été présents dans la semaine qui précède les règles, commencer à s'améliorer dans les premiers jours qui suivent le début des règles et devenir minimaux ou absents dans la semaine après les règles.

B • Au moins un des symptômes suivants doit être présent :

- Labilité émotionnelle marquée (ex : mouvements d'humeur, brusque sentiment de tristesse, envie de pleurer, hypersensibilité au rejet).
- Irritabilité marquée ou colère ou augmentation des conflits interpersonnels.
- Humeur dépressive marquée, sentiments de désespoir ou autodépréciation (idées de dévalorisation).
- Anxiété marquée, tension, et/ou sentiments d'être noué, nerveux.

C • Au moins un des symptômes suivants doit être présent, pour atteindre un total d'au moins cinq symptômes quand les symptômes des critères B et C sont additionnés :

- Diminution de l'intérêt pour les activités habituelles (ex : travail, école, amis, loisirs).
- Difficulté subjective à se concentrer.
- Léthargie, fatigabilité excessive ou perte d'énergie marquée.
- Modifications marquées de l'appétit, hyperphagie, envie impérieuse de certains aliments
- Hypersomnie ou insomnie.
- Sentiments d'être débordé ou de perdre le contrôle.
- Symptômes physiques tels que tension ou gonflements des seins, douleurs articulaires ou musculaires, impression « d'enfler » ou prise de poids.

N.B. Les symptômes des critères A-C doivent avoir été réunis pendant la plupart des cycles menstruels au cours de l'année écoulée.

D • Les symptômes sont associés à une détresse cliniquement significative ou interférant avec le travail, l'école, les activités sociales habituelles ou les relations avec les autres (ex : évitement des activités sociales, diminution de la productivité ou de l'efficacité au travail, à l'école ou à la maison).

E • La perturbation ne correspond pas seulement à l'exacerbation des symptômes d'un autre trouble comme un trouble dépressif caractérisé, un trouble panique, un trouble dépressif persistant (dysthymie) ou un trouble de la personnalité (bien qu'elle puisse se surajouter à chacun de ces troubles).

F • Le critère A doit être confirmé par une évaluation prospective quotidienne pendant au moins deux cycles symptomatiques (N.B. : Le diagnostic peut être porté provisoirement avant d'être confirmé).

G • Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament ou un autre traitement) ou à une autre affection médicale (ex : hyperthyroïdie).

ANNEXE 2

Moos Menstrual Distress Questionnaire Form c (MDQ-C 1991)

Moos Menstrual Distress Questionnaire Form C (MDQ-C, 1991)

Inventaire standard de 47 items avec une auto-évaluation permettant de mesurer les symptômes cycliques prémenstruels, menstruels et intermenstruels. 46 des 47 items sont regroupés en huit domaines de symptômes (un item « augmentation de l'appétit » n'est pas inclus). Chaque domaine comprend quatre à huit symptômes individuels comme suit :

- Douleur (raideur musculaire, maux de tête, crampes, mal de dos, fatigue et douleurs générales)
- Rétention d'eau (prise de poids, peau tachée ou trouble, seins douloureux ou douloureux et gonflement)
- Réactions autonomes (vertiges ou malaises, sueurs froides, vomissements de nausée et bouffées de chaleur)
- Affect négatif (solitude, anxiété, sautes d'humeur, pleurs, irritabilité, tension, sentiment de tristesse ou bleu et agitation)
- Concentration altérée (insomnie, manque de mémoire, confusion, manque de jugement, difficulté à se concentrer, distraction, accidents mineurs et mauvaise coordination motrice)
- Changement de comportement (mauvaise performance scolaire ou professionnelle, faire la sieste ou rester au lit, rester à la maison, éviter les activités sociales et diminuer l'efficacité)
- Excitation (affectueux, ordre, excitation, sentiment de bien-être et bouffées d'énergie ou d'activité)
- Contrôle (sensation de suffocation, douleurs à la poitrine, bourdonnements dans les oreilles, battements de coeur, engourdissements ou picotements et angles morts ou vision floue).

Les items MDQ-C sont évalués sur une échelle de cinq points (0 : aucun symptôme, 1 : présent léger, 2 : présent modéré, 3 : présent fort, 4 : présent sévère). Les items dans chaque domaine sont additionnés pour créer les scores de domaine. Pour tous les domaines à l'exception de l'éveil, un score plus élevé indique plus de symptômes négatifs.

ANNEXE 3

Formulaire d'extraction

Article N°	
Titre	
Auteur	
Année de l'étude	
Année de publication	
Région / Pays	
Type d'étude	
Objectif	
Méthode et population	
Résultats	
Résultats détaillés	
Thématique	
Score de l'étude selon la grille	
IMPACT FACTOR	

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

CHARDON du RANQUET Mathilde & de CHIVRÉ Quitterie
Le médecin généraliste face au syndrome prémenstruel :
prise en charge thérapeutique, revue de littérature.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Le travail avait comme objectif de faire l'état des lieux des thérapeutiques dont le médecin généraliste dispose pour lutter contre le syndrome prémenstruel invalidant.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Une revue systématique de littérature a été réalisée, sur les onze dernières années, suivant la méthodologie PRISMA-P. L'équation de recherche a été entrée dans PubMed. La première sélection des études, par la lecture des titres et résumés, a été faite par les deux chercheurs de façon indépendante. Pour la deuxième sélection, par la lecture intégrale des articles, les lecteurs se les sont répartis équitablement.

RÉSULTATS : 103 articles furent retenus après lecture intégrale : 51 traitements médicamenteux (21 psychotropes, 21 hormonothérapie, 9 autres médicaments), 42 médecine complémentaire (23 plantes, 12 compléments alimentaires, 4 acupuncture, 2 homéopathie, 1 autre médecine complémentaire), 1 adaptation alimentaire, 5 activité physique (3 yoga, et 2 sport), 4 thérapie cognitivo comportementale. La synthèse des données a montré l'efficacité des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, pouvant être administrés en phase lutéale, et de la Drospirenone 3mg / Ethinyl estradiol 20 µg en schéma 24/4. Ce dernier traitement en continu ou les inhibiteurs de la sérotonine et noradrénaline étaient une alternative pour le trouble dysphorique. Avec la phytothérapie chinoise, le vitex agnus castus et le millepertuis étaient les plantes les plus représentées. Des études soulignaient l'importance d'une alimentation à index glycémique élevé, supplémentée en acide gras, zinc, vitamine B1. Une attention était portée au corps avec le yoga, l'acupuncture, le sport, et à l'esprit avec les thérapies cognitivo comportementales.

DISCUSSION : Les prises en charge du syndrome prémenstruel sont aussi multiples que le sont les symptômes qui le constituent. La médecine conventionnelle et celle dite alternative peuvent être conjuguées et adaptées dans une approche centrée sur les préférences et les représentations des patientes. Davantage d'études comparant ou associant les différentes stratégies thérapeutiques entre elles sont nécessaires, et ce sur des populations d'origines différentes. Une grille officielle de diagnostic aiderait aussi les médecins généralistes.

Mots clés : syndrome prémenstruel – médecins généralistes – thérapeutique – psychotropes– hormonothérapie – phytothérapie – acupuncture – compléments alimentaires – yoga – sport– thérapies cognitivo-comportementales

**The general practitioner in front of premenstrual syndrome:
therapeutic management, literature review.**

ABSTRACT

INTRODUCTION : The objective of the study was to review the current state of the therapies available to the general practitioner to combat premenstrual disabling syndrome.

MATERIALS AND METHODS : A systematic review of research publications has been conducted over the past eleven years using the PRISMA-P methodology. The research equation was entered in PubMed. The two researchers made the first selection of relevant publications, by reading independently the publications titles and abstracts. Then the two researchers shared equally the reading of the publications in their entirety to create the second selection.

RESULTS : 103 articles were retained after their complete reading: 51 drug treatments (21 psychotropic drugs, 21 hormone therapy, 9 other drugs), 42 complementary medicine (23 herbs, 12 dietary supplements, 4 acupuncture, 2 homeopathy, 1 other complementary medicine), 1 dietary adjustment, 5 physical activity (3 yoga, and 2 sports), 4 cognitive behavioral therapy. The data analysis showed the efficacy of serotonin reuptake inhibitors, which can be administered in the luteal phase, and Drospirenone 3mg / Ethinyl estradiol 20 µg in 24/4 regimen. This continuous treatment or serotonin and norepinephrine inhibitors were an alternative for dysphoric disorder. Along with Chinese herbal medicine, vitex agnus castus and St. John's wort were the most common plants. Studies have highlighted the importance of a diet with a high glycemic index, supplemented with fatty acid, zinc, vitamin B1. Particular attention was paid to the body well-being with yoga, acupuncture, sport, and to the mind well-being with cognitive behavioral therapies.

DISCUSSION : The management of PMS is as diverse as its symptoms. Conventional and alternative medicine can be combined and adapted in an approach that focuses on patients' preferences and representations. More studies comparing or combining different therapeutic strategies with each other and in diverse populations are needed. An official diagnostic guidelines would also help general practitioners.

Keywords : premenstrual syndrome – general practitioners – therapeutic – psychotropic – hormone therapy – herbal medicine – acupuncture – food supplements – yoga – sport – cognitive-behavioral therapies