

tement, par exemple en cas de dysenterie, l'azithromycine (une prise unique de 500 mg, en cas d'amélioration insuffisante, poursuivre encore 500 mg pendant 1 à 2 jours) est proposée comme premier choix;

les données concernant l'azithromycine ne suggèrent pas d'effets nocifs pour le fœtus, mais les données concernant l'usage en cas de grossesse sont limitées.

---

## TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE LA MENORRAGIE

Lorsqu'un traitement de la ménorragie s'avère nécessaire, la première mesure consiste généralement à diminuer les saignements par des médicaments. Différentes options sont possibles: le dispositif intra-utérin (DIU) à base de lévonorgestrel, un contraceptif estroprogestatif, un progestatif, l'acide tranexamique, un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). Le choix entre un traitement hormonal et un traitement non hormonal se fera surtout en fonction de l'âge, d'un désir éventuel de grossesse à ce moment-là, et d'éventuelles contre-indications. Selon le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), le DIU à base de lévonorgestrel constitue le premier choix en l'absence de désir de grossesse.

La ménorragie est définie comme un flux menstruel abondant ayant un impact négatif sur la qualité de vie. Elle peut être à l'origine d'une anémie. Cet article aborde le traitement médicamenteux de la ménorragie. Une intervention chirurgicale (ablation de l'endomètre, hystérectomie) ne sera en principe envisagée que lorsque le traitement médicamenteux n'est pas toléré ou est contre-indiqué, et qu'il n'y a définitivement plus aucun désir de grossesse, ou lorsque la ménorragie est due à une anomalie de la cavité utérine.

Lorsque l'on décide d'instaurer un traitement médicamenteux, on peut opter pour un traitement hormonal ou non hormonal. Le choix dépendra surtout de l'âge de la patiente, d'un désir éventuel de grossesse à ce moment-là et d'éventuelles contre-indications.

### Traitement hormonal

- Le *DIU à base de lévonorgestrel* permet de réduire les saignements de 70 à 95%. Selon le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), ce DIU constitue le premier choix en l'absence de désir de grossesse, mais uniquement chez les jeunes filles et les femmes ayant déjà une activité sexuelle. En raison des modifications du flux menstruel (entre autres saignements irréguliers et spotting), surtout durant les premiers cycles, il faut attendre au moins 6 mois avant de pouvoir évaluer l'effet sur la ménorragie. En ce qui concerne le risque de perforation de l'utérus, voir *Folia de mars 2011*.

- Il ressort d'une étude qu'un *contraceptif à base d'éthinylestradiol (30 µg) + lévonorgestrel (150 µg)* diminue les saignements de 40% environ.

- Le progestatif *noréthistérone* (15 mg par jour par voie orale), administré du jour 4 au jour 26 du cycle, a diminué les saignements de 80% environ dans une étude de petite taille. Les progestatifs oraux sont cependant parfois mal tolérés. Il n'est pas prouvé que l'administration d'un progestatif uniquement pendant la phase lutéale ait un effet favorable.

- Les *préparations-dépôt à base d'un progestatif* (implant à base d'étonogestrel, médroxyprogestérone à usage intramusculaire ou sous-cutané) n'ont pas été étudiées dans la ménorragie, et cette indication n'est pas mentionnée dans le RCP. Etant donné que ces préparations peuvent provoquer une aménorrhée, elles sont parfois utilisées dans le cadre de la ménorragie.

- L'efficacité du *danazol* dans la ménorragie n'est que peu documentée, et son usage n'est pas indiqué en raison de ses effets indésirables (androgènes surtout).

- La place des *analogues de la gonadoreline* est limitée; ces médicaments sont toutefois parfois utilisés, pendant une courte période, en attendant une intervention chirurgicale, ou en cas de ménorragie due à des fibromes utérins lorsque d'autres traitements ont échoué ou sont contre-indiqués.

### Traitement non hormonal

En présence d'un désir de grossesse, on optera pour l'acide tranexamique ou un AINS. Ces médicaments sont à prendre uniquement pendant la période des menstruations.

- L'*acide tranexamique* diminue les saignements de 30 à 60%. La posologie est de 2 à 4,5 g p.j. en plusieurs prises, pendant 4 jours environ (à prendre dès le début des saignements). L'acide tranexamique ne

semble pas augmenter le risque de thrombose, mais les (antécédents de) thromboembolies artérielles ou veineuses constituent des contre-indications, et la prudence est de mise chez les femmes présentant des facteurs de risque de thrombo-embolie. Il est préférable d'éviter la prise concomitante d'estroprogestatifs, ce qui augmenterait le risque de thrombo-embolie.

- Les AINS diminuent les saignements de 20 à 40%. Les preuves sont les plus importantes pour l'acide méfénamique [n.d.l.r.: non disponible en Belgique] et le naproxène (500 mg, suivi de 250 mg toutes les 6 à 8 heures; max. 1,25 g le premier jour, ensuite maximum 1 g p.j.). Les AINS ne peuvent pas être utilisés lorsque la ménorragie est due à des troubles de la coagulation. Il convient toujours d'exclure une grossesse étant donné que l'usage d'AINS en début de grossesse pourrait accroître le risque d'avortement spontané.

- L'*étamsylate* n'est pas conseillé dans le traitement de la ménorragie vu son efficacité très limitée (diminution des saignements de 13%).

### Références utiles

- Clarke J. Treatment of heavy menstrual bleeding. Patients prefer hysterectomy, but less radical treatment should be considered initially. *Brit Med J* 2010;341:c3771

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence). Heavy menstrual bleeding. Clinical guideline, janvier 2007. Via <http://guidance.nice.org.uk/CG44>

- Tranexaminic acid for treatment of menorrhagia. *The Medical Letter* 2010;52:54-5