

Remerciements

Nous

ASKRATNI OUAFA ET BOUREKKOUK NESRINE

Tenons à exprimer nos plus vifs remerciements à Dieu tout puissant de nous avoir donnée le courage, la volonté, la santé et la patience pour terminer ce travail.

Nous tenons à remercier chaleureusement les membres du jury présidés par

Madame ROUABEH Leïla d'avoir accepté de consacrer de leur temps pour

Juger ce travail.

On remercier très sincèrement notre encadreur de mémoire ; Madame ABED Nousseïba. Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger notre mémoire. Merci pour votre disponibilité, vos conseils, vos encouragements, pour le temps que vous nous avez consacré et surtout pour votre patience pendant la rédaction de ce travail. Nous vous en sommes sincèrement reconnaissants.

Nos remerciements vont également à Mme DALICHAOUCHE Imene d'avoir accepté de juger notre travail.

Merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de notre mémoire de fin de cycle.

Dédicaces

Nous dédions ce mémoire

♥ *À nos chers parents* ♥

♥ *À nos frères et sœurs* ♥

♥ *À tous nos amis* ♥

♥ *OUAFA* ♥ *ET* ♥ *NESRINE* ♥

TABLE DES MATIERES

RESUMES

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

INTRODUCTION.....1

CHAPITRE. 1 : SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE

1. GENERALITES

1.1. Appareil génital féminin.....3

1.2. Cycle Menstruel.....5

1.2.1. Définition.....5

1.2.2. Différentes phases du cycle.....5

1.2.2.1. La phase folliculaire ou pré-ovulatoire.....6

1.2.2.2. La phase lutéale ou post-ovulatoire.....7

1.3. Menstruation.....7

2. DYSMENORRHEE

2.1. Définition7

2.2. Types de la dysménorrhée.....7

2.2.1. Dysménorrhée primaire7

2.2.2. Dysménorrhée secondaire.....8

2.3. Etiologie.....8

2.4. Physiopathologie de la dysménorrhée.....8

2.4.1 physiopathologie de la dysménorrhée essentielle.....9

2.4.2 physiopathologie de la dysménorrhée organique.....10

2.5 Epidémiologie.....10

2.6 les facteurs associés.....10

2.7. Prise en charge.....11

2.7.1. Traitement non pharmacologique.....11

2.7.2. Traitement pharmacologique.....11

3. Indice de Masse Corporelle (IMC).....12

CHAPITRE. 2 : MATERIEL ET MÉTHODES

1. Description de l'échantillon.....	15
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	15
3. Recueil des données.....	15
4. Recueil des données et analyse statistique.....	15

CHAPITRE. 3 : RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée.....	16
1.1 Distribution de la population selon l'âge.....	16
1.2 Distribution de la population selon la situation familiale.....	16
2. caractéristique du cycle menstruel.....	17
2.1 Distribution de la population selon l'âge à la ménarche.....	17
2.2 Distribution de la population selon la durée de la menstruation.....	17
2.3 Distribution de la population selon l'abondance de la menstruation.....	18
2.4 Distribution de la population selon la durée du cycle.....	19
2.5 Distribution de la population selon la régularité.....	19
3. Caractéristiques de la dysménorrhée.....	20
3.1 Fréquence globale de la dysménorrhée.....	20
3.2 Distribution de la population selon les antécédents dysménorrhéiques.....	20
3.3 Incidence par rapport à la ménarche.....	21
3.4 Fréquence de la survenue de la dysménorrhée.....	21
3.5 Début des douleurs par rapport aux flux menstruel.....	22
3.6 Durée moyenne de la dysménorrhée.....	22
3.7 Localisation des douleurs.....	23
3.8 Intensité de la dysménorrhée.....	23
3.9 Attitude des sujets dysménorrhéiques en face de leurs douleurs.....	24
3.9.1 Consultation médicale.....	24
3.9.2 Soulagement de la douleur.....	24
3.10 Retentissements de la dysménorrhée.....	26
3.10.1 Diminution des capacités intellectuelles.....	26
3.10.2 Absentéisme.....	27
3.11 Signes accompagnateurs.....	28
4. Facteur de risque de la survenue de la dysménorrhée.....	29
4.1 Age.....	29
4.2 Ménarche.....	30

4.3 Durée de la menstruation.....	31
4.4 Abondance des règles.....	31
4.5 Durée du cycle.....	32
4.6 Régularité du cycle.....	33
5. Effet de l'IMC sur la dysménorrhée.....	33
5.1 Distribution des enquêtées selon l'IMC.....	33
5.2 Relation entre l'IMC et la dysménorrhée.....	34
5.2.1 Intensité des douleurs selon l'IMC.....	34
5.2.2 Fréquence des différents signes accompagnateurs à dysménorrhée selon l'IMC.....	35
5.2.3 Corrélation entre l'IMC et les paramètres la dysménorrhée.....	36
<u>CHAPITRE 4 : DISCUSSION</u>	37
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	
ANNEXES	
RÉFÉRENCES BIBLIGRAPHIQUES	

LISTE DES FIGURES

Figure. 1 : L'appareil génital féminin.....	3
Figure. 2 : coupe histologique de l'ovaire.....	4
Figure. 3 : Schéma d'une trompe utérine.....	4
Figure.4 : IMC-Classification de l'OMS.....	13
Figure. 5 : Répartition des sujets selon l'âge.....	16
Figure.6 : Répartition des sujets selon la situation familiale.....	16
Figure. 7 : Répartition de l'échantillon selon l'âge à la ménarche.....	17
Figure. 8 : Répartition des sujets selon la durée de la menstruation.....	18
Figure. 9 : Distribution de la population selon l'abondance de la menstruation.....	18
Figure. 10 : Distribution de la population selon la durée du cycle.....	19
Figure. 11 : Distribution de la population selon la régularité du cycle.....	19
Figure. 12 : Fréquence globale de la dysménorrhée.....	20
Figure. 13 : Répartition des antécédentes dysménorrhéiques.....	20
Figure. 14 : Incidence par rapport à la ménarche.....	21
Figure. 15 : Fréquence de la survenue de la dysménorrhée.....	21
Figure. 16 : La répartition des enquêtées selon la période des douleurs par rapport à la menstruation.....	22
Figure. 17 : Répartition de la population selon à la durée des douleurs.....	22
Figure. 18 : Répartition des sujets dysménorrhéiques selon le siège de la douleur.....	23
Figure. 19 : Répartition des sujets selon l'intensité de la douleur.....	24
Figure. 20 : Répartition des sujets selon le bénéfice d'une consultation médicales.....	24
Figure. 21 : Fréquence d'utilisation des différents médicaments.....	25
Figure. 22 : Répartition des sujets selon l'utilisation des moyens traditionnels.....	25

Figure. 23 : Répartition des enquêtées selon le moyen thérapeutique préféré.....	26
Figure. 24 : Retentissement de la dysménorrhée sur les capacités intellectuelles.....	27
Figure. 25 : Répartition des enquêtées selon leur absentéisme.....	27
Figure. 26 : Répartition des enquêtées selon leur façon d'absentéisme.....	28
Figure. 27 : Répartition des enquêtées selon la durée d'absentéisme.....	28
Figure. 28 : Fréquences des différents symptômes accompagnateurs à la dysménorrhée.....	29
Figure. 29 : la répartition des enquêtées selon l'IMC.....	34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau. 1 : Répartition de l'intensité de la dysménorrhée selon l'âge.....	30
Tableau. 2 : Répartition des sujets dysménorrhéique selon la ménarche.....	30
Tableau. 3 : Répartition dysménorrhéique selon la durée de la menstruation.....	31
Tableau. 4 : Répartition dysménorrhéique selon l'abondance de la menstruation.....	32
Tableau. 5 : Répartition de l'intensité de la dysménorrhée selon la durée du cycle.....	32
Tableau. 6 : Répartition de l'intensité de la dysménorrhée selon la régularité du cycle.....	33
Tableau. 7 : Répartition de l'intensité de la dysménorrhée selon l'IMC.....	34
Tableau. 8 : Répartition des différents symptômes selon l'IMC.....	35
Tableau. 9 : Le test khi ² deux entre l'IMC et l'intensité des douleurs et les signes accompagneurs à la dysménorrhée.....	36

LISTE DES ABREVIATION

AINS :	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AVC :	Accident vasculaire cérébral
DIU :	Dispositif intra-utérin
DP :	Dysménorrhée primaire
FSH:	Hormone folliculo – stimulante
HDL:	Cholestérol-high-density lipoprotein
HTA :	Hypertension Artérielle
IC :	Insuffisance Cardiaque
IMC :	Indice de Masse Corporelle
LDL:	Cholestérol-Low-Density Lipoprotein
LH:	Hormone Lutéinisante
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SAS :	Syndrome d'Apnée - Hypopnée -Obstructive du Sommeil
SHBG :	Sex Hormone-Binding Globuline
TENS :	Neuro-Stimulation Electrique Transcutanée

Objectifs

Estimer la fréquence de la dysménorrhée chez les adultes Constantinoises, déterminer ses caractéristiques et étudier la relation entre la dysménorrhée et l'IMC.

Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une enquête transversale fondée sur 50 sujets dans la Willaya de Constantine, en utilisant un questionnaire et une échelle visuelle analogique de la douleur.

Résultats

Nous avons enregistré une fréquence très élevée de la dysménorrhée de l'ordre de 82 %. Elle était sévère dans 44% des cas. Le taux de l'absentéisme des dysménorrhéiques est estimé à 30%. 24% des filles ayant déjà consulté un médecin. Dans notre échantillon, la dysménorrhée s'installe dans 18% des cas dès la première année post ménarche, elle dure moins de 24 heures pour la plupart des sujets. La plupart des enquêtées (64%) préfèrent l'automédication et les traitements non pharmacologiques. On a constaté que la fréquence des sujets qui souffrent de douleurs fortes diminue proportionnellement avec l'augmentation de l'IMC. D'autre part les fréquences les plus élevées de tous les signes accompagnateurs à la dysménorrhée sont enregistrées parmi les enquêtées en surpoids. Ces résultats sont statistiquement non significatifs ainsi que la corrélation de l'IMC avec les paramètres déterminant la dysménorrhée.

Conclusion

La dysménorrhée est très fréquente dans notre contexte Constantinois. Parallèlement à plusieurs études, notre recherche suggère un profil du cycle menstruel des adultes dysménorrhéiques. Ainsi, les enquêtées ont eu souvent leur ménarche à un âge précoce et ont une longue durée des règles. Nos résultats, bien que non significatifs, indiquent la possibilité que la dysménorrhée ne soit pas influencée par l'IMC dans notre population.

Mots clés

Dysménorrhée, IMC, Douleur, Symptômes accompagnateurs.

Abstract

Objective

Estimate the frequency of dysmenorrhea in adults in the Constantinian population, determine its characteristics and the relationship between dysmenorrhea and obesity.

Subjects and methods

We performed a cross-sectional survey based on 50 subjects in the Willaya of Constantine, using a questionnaire and a visual analogue pain scale.

Results

We recorded a very high frequency of dysmenorrhea in the order of 82%. It was severe in 44% of cases. The absenteeism rate for dysmenorrhoea patients is estimated at 30%. 24% of girls who have already consulted a doctor. In our sample, dysmenorrhea sets in in 18% of cases from the first year after menarche, it lasts less than 24 hours for most people. Most of the respondents (64%) prefer self-medication and non-pharmacological treatments. It has been found that the frequency of subjects suffering from severe pain decreases in proportion to the increase in BMI. On the other hand, the highest frequencies of all the signs accompanying dysmenorrhea are recorded among overweight respondents. These results are statistically insignificant as is the correlation of BMI with the parameters determining dysmenorrhea.

Conclusion

Dysmenorrhea is very common in our Constantinian context. Along with several studies, our research suggests a profile of the menstrual cycle of adults with dysmenorrhea. Thus, the respondents often had their menarche at an early age and have a long period of menstruation. Our results, although not significant, indicate the possibility that dysmenorrhea is not influenced by BMI in our population.

Key words

Dysmenorrhea, BMI, Pain, Accompanying symptoms.

الهدف

تقدير وتيرة عسر الطمث عند البالغين سكان قسنطينة، والعلاقة بين عسر الطمث والسمنة.

الموضوع والطريقة

أجرينا مسحاً مقطعيّاً على أساس 50 شخصاً في ولاية قسنطينة، باستخدام استبيان ومقياس بصري تناظري للألم.

النتائج

سجلنا نسبة عالية جداً من عسر الطمث في الترتيب 82%. كانت شديدة في 44% من الحالات. يقدر معدل الغياب لمرضى عسر الطمث بـ 30%. 24% من الفتيات اللاتي سبق لهن استشارة الطبيب. في العينة التي أجريناها، يظهر عسر الطمث في 18% من الحالات في السنة الأولى بعد الحيض، ويستمر أقل من 24 ساعة لمعظم الأشخاص. يفضل معظم المبحوثين (64%) العلاج الذاتي والعلاجات غير الدوائية. لقد وجد أن تكرار الأشخاص الذين يعانون من آلام شديدة يتناقص بما يتناسب مع زيادة مؤشر كتلة الجسم. من ناحية أخرى، تم تسجيل أعلى تردد لجميع العلامات المصاحبة لعسر الطمث بين المستجيبين الذين يعانون من زيادة الوزن. هذه النتائج غير ذات دلالة إحصائية كما هو الحال بالنسبة لعلاقة مؤشر كتلة الجسم مع المعلمات التي تحدد عسر الطمث

خاتمة

عسر الطمث شائع جداً في سياقنا في القسطنطينية. إلى جانب العديد من الدراسات، يقترح بحثنا لمحة عامة عن الدورة الشهرية للبالغين المصابين بعسر الطمث. وبالتالي، غالباً ما كان لدى المبحوثين دورة شهرية في سن مبكرة وفترة حيض طويلة. تشير نتائجنا، على الرغم من أنها ليست مهمة، إلى احتمال عدم تأثر عسر الطمث بمؤشر كتلة الجسم في مجتمعنا.

الكلمات الدالة

عسر الطمث، مؤشر كتلة الجسم، الألم، الأعراض المصاحبة.

La dysménorrhée est l'un des problèmes de santé les plus courants chez les jeunes adolescentes car il affecte 50 à 90% de la population générale (Margaret, et al., 2016).

La dysménorrhée fait référence à une douleur cyclique abdominale inférieure ou pelvienne généralement irradiant vers le dos ou les cuisses, survenant pendant la menstruation. Le mot dysménorrhée est dérivé des mots grecs, « dys » signifiant difficile, « meno » signifiant mois, et « rhea » signifiant flux (Chauhan, et al., 2012).

Il affecte la majorité des femmes en âge de procréer, 2 à 29% ayant douleur sévère. Les douleurs menstruelles commencent généralement un jour ou 2 jours avant le flux menstruel et a tendance à cesser après 1 ou 2 jours de menstruation (Ju, et al., 2014).

La dysménorrhée peut également être accompagnée de nausées, de malaise, de mal de dos ou douleur de flanc (Khodakarami, et al., 2015). En tant que condition débilitante, elle a un impact sur la qualité de vie, les rôles sociaux et professionnels des femmes.

La dysménorrhée est l'une des principales causes d'absentéisme répété chez les filles des écoles et des collèges. Données issues de diverses études conduites plus tôt montrent que l'absentéisme scolaire dû au primaire la dysménorrhée est de 34 à 50% (Barnard, et al., 2003 ; Bettendorf, et al., 2009). La dysménorrhée est divisée en deux types : dysménorrhée primaire et dysménorrhée secondaire. Primaire la dysménorrhée est celle dans laquelle il y a des crampes dans le bas abdomen au début des règles en l'absence de tout signe identifiable maladie pelvienne ; la dysménorrhée secondaire, en revanche, se réfère à règles douloureuses résultant d'une pathologie pelvienne identifiable telle que fibrome, adénomyose et maladie inflammatoire pelvienne (Berek, et al., 2011).

Il existe divers rapports concernant l'impact de la masse corporelle indice (IMC) sur la dysménorrhée (Gibbs, et al., 2008 ; Schuiling, et al., 2011). Plusieurs études ont indiqué divers facteurs physiologiques, culturels et psychologiques sont impliqués dans dysménorrhée. En outre, dans un régime alimentaire approprié, un âge inférieur, l'obésité, les antécédents familiaux et la fréquence réduite des repas du petit-déjeuner par semaine sont des facteurs affectant la fréquence de ce problème (Salmalian, et al., 2014 ; Eittah, et al., 2014).

Là est une forte prévalence de la dysménorrhée chez la femme de notre société ; donc, il nous faut clarifier les facteurs associés à la dysménorrhée chez les adolescents pour améliorer

leur qualité de vie. Par conséquent, la présente étude a été reprise pour évaluer la relation entre la dysménorrhée et IMC et son impact sur les activités quotidiennes des adolescentes.

L'objectif de notre étude est d'étudier la relation entre la dysménorrhée et l'IMC ; d'estimer la fréquence de la dysménorrhée chez les adultes Constantinoises ; de déterminer ses aspects cliniques et ses répercussions ; d'évaluer l'attitude des dysménorrhéiques en matière de recours aux soins et l'automédication.

CHAPITRE. 1

SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE

1. GENERALITES

1.1. Appareil génital féminin

Il assure la reproduction la production des gamètes féminins, l'accueil et l'acheminement des spermatozoïdes, la fécondation de l'ovocyte, le transit et l'implantation de l'œuf, le développement de l'embryon puis du fœtus, ainsi que son expulsion à la fin de la grossesse (Stéphanie, 2003).

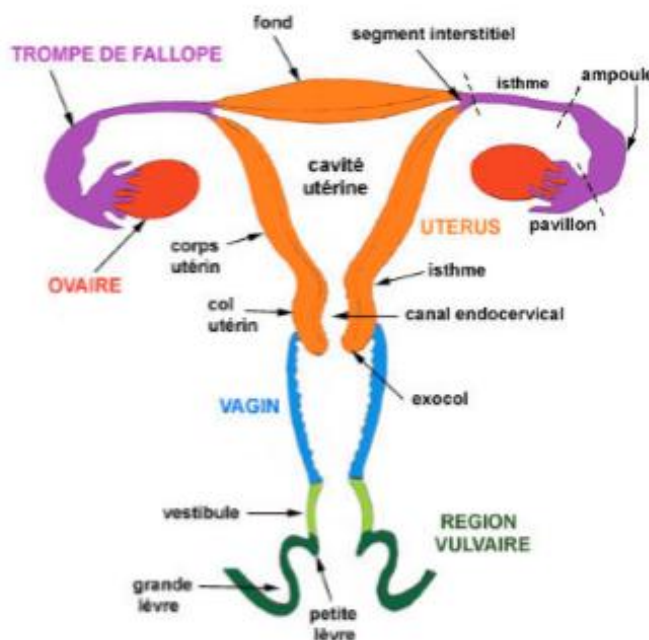


Figure.1 : Appareil génital féminin (Stéphanie., 2003).

1.1.1. Les ovaires

- **Morphologie**

Ce sont deux petits organes ovoïdes aplatis en forme d'amande, de 4 cm de long sur 1.5 cm d'épaisseur, situés latéralement à gauche et à la droite dans la cavité pelvienne. L'ovaire est rattaché au ligament large par un repli péritonéal, le mésovarium qui permet le passage des vaisseaux et des nerfs au niveau du hile (Stéphanie, 2003).

- **Histologique**

L'ovaire comprend une zone médullaire, formée de tissu conjonctif fibreux ou circulaire les nerfs, les vaisseaux sanguins et lymphatiques ; et une zone corticale comportant une couche conjonctive dense sous-épithéliale, l'albuginée qui confère sa teinte blanchâtre à l'ovaire. Sous l'albuginée, les follicules gamétogènes, éparpillés dans le stroma contiennent les ovocytes (Stéphanie, 2003).

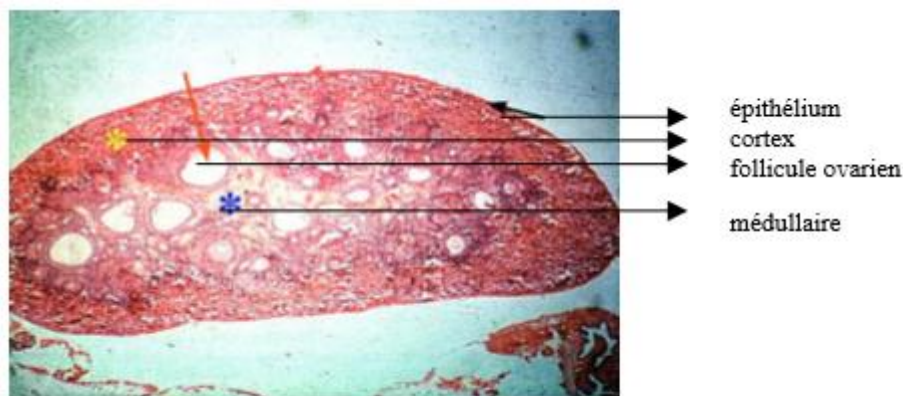


Figure.2 : Coupe histologique de l'ovaire (Stéphanie, 2003).

1.1.2 Les trompes

Ce sont deux formations tubulaires de 10 à 12cm de long, divisées en 4 segments :

- Le pavillon ou infundibulum, en forme d'entonnoir, est la partie mobile de la trompe située au voisinage de l'ovaire. Il s'ouvre dans la cavité abdominale et présente des franges qui participent à la captation de l'ovocyte lors de la ponte (Stéphanie, 2003).
- L'ampoule, le plus long, large et courbe, représente 2/3 de la trompe.
- L'isthme est un segment étroit et rectiligne.
- La portion interstitielle, très courte, située dans le corps de l'utérus.

Elles assurent le transport des spermatozoïdes, la captation de l'ovocyte facilitée par l'existence d'un courant séreux et la migration de l'ovocyte fécondé (Stéphanie, 2003).

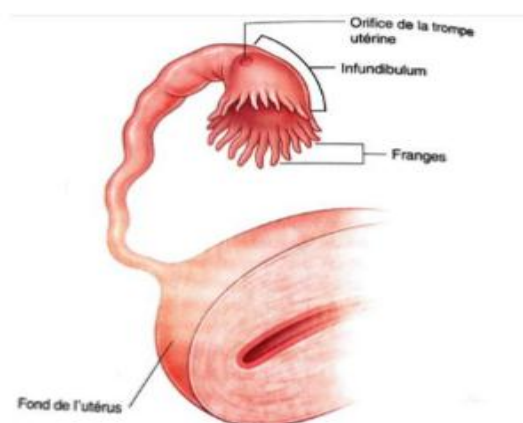


Figure. 3 : Une trompe utérine (Drake, et *al.*, 2015)

1.1.3. L'utérus

C'est un organe de 6 à 8 cm de long, situé dans la cavité péritonéale entre la vessie et le rectum. Le corps utérin a la forme d'un cône aplati creusé, il communique par l'isthme avec le

col utérin, composé de l'endocol et l'exocol, et avec le vagin. Il est constitué d'une muqueuse, l'endomètre, qui subissent des variations morphologiques et fonctionnelles au cours du cycle menstruel. La muqueuse endocervicale possède des glandes sécrétant la glaire cervicale, hydrogel présentant des modifications cycliques (Stéphanie, 2003).

1.1.4 Le vagin

C'est un conduit musculo-membraneux, de 7 à 9 cm de long, qui s'étend de l'utérus au vestibule de la vulve. Il est doté d'une grande élasticité qui permet l'extension de sa paroi lors du coït et le passage du fœtus lors de l'accouchement (Stéphanie, 2003).

1.2. Cycle Menstruel

1.2.1. Définition

Le cycle menstruel peut être défini comme une période au cours de laquelle le corps de la femme se prépare à l'éventuelle survenue d'une grossesse. La durée d'un cycle varie d'une femme à l'autre, et varie physiologiquement au cours de la vie d'une même femme. Durant les premiers mois suivant la puberté, les cycles sont souvent anovulatoires et ne suivent pas de rythme fixe. Peu à peu cependant, la durée des cycles se stabilise et se raccourcit pour atteindre en moyenne 28 jours, plus ou moins 3 jours. Le premier jour du saignement menstruel, ou menstruations, correspond au premier jour du cycle (Cole.la, et *al.*,2009).

1.2.2. Différentes phases du cycle

On peut distinguer deux principales phases au cours d'un cycle menstruel. Il commence par la phase folliculaire qui a une durée variable de 11 à 17 jours en moyenne. Au terme de ce délai, l'ovulation a lieu. Le cycle se poursuit alors par la phase lutéale, qui a une durée fixe de 14 jours. L'ensemble des événements se déroulant tout au long d'un cycle est finement régulé par les sécrétions hormonales ovariennes, qui sont elles-mêmes sous le contrôle de l'hypothalamus et de l'hypophyse. La variation des taux plasmatiques de ces hormones engendre des modifications cycliques du corps féminin, et en particulier de l'utérus (Cole.la, et *al.*,2009).

1.2.2.1. La phase folliculaire ou pré-ovulatoire

Lors de la première phase dite phase folliculaire, de J1 à l'ovulation (J14 en théorie), les follicules bloqués à différents stades de maturation dans les ovaires se mettent à évoluer et un seul d'entre eux arrivera à maturité. Cette phase folliculaire comprend plusieurs étapes de maturation du follicule, le taux plasmatique d'Hormone folliculo-stimulante (FSH) augmentant jusqu'à atteindre le seuil nécessaire pour

Déclencher la stimulation des follicules. Tout d'abord, les cellules entourant l'ovocyte grandissent, ce dernier croit de même et le follicule primordial devient un follicule primaire. Dès que l'ovocyte est entouré de plus d'une couche de cellules, il devient un follicule secondaire possédant un épithélium stratifié. Les cellules folliculaires composant l'épithélium sont appelées cellules granuleuses (Godin, 2018).

Il existe une communication importante entre l'ovocyte et ces cellules avec un échange d'ions, de métabolites et de signaux de signalisation. Au fur et à mesure de la maturation, une couche de tissu conjonctif se condense autour du follicule, formant la thèque. La thèque interne sécrète des androgènes qui sont transformés par la couche granuleuse en œstrogènes. En parallèle, l'ovocyte sécrète une substance riche en glycoprotéines qui va venir l'entourer et former une épaisse membrane transparente appelée zone pellucide. Ces glycoprotéines sont nécessaires à la fixation des spermatozoïdes si la fécondation a lieu (Godin, 2018).

Lorsqu'un liquide translucide commence à s'accumuler entre les cellules granuleuses, le follicule est appelé follicule secondaire mûr. L'accumulation de ce liquide constitue une cavité, l'antrum folliculaire, qui finit par séparer l'ovocyte des parois. Il est entouré d'une couche de cellules appelée corona radiata et baigne dans la cavité. Le follicule atteint environ 2,5 centimètres de diamètre et fait saillie à la surface externe de l'ovaire. Plusieurs follicules se développent à chaque cycle, chacun à un stade de maturation différent, mais un seul est assez mature lors du stimulus hormonal, c'est le follicule dominant. Celui – ci est plus riche en récepteurs à la FSH et donc sensible à des taux plus faibles de cette hormone (Godin, 2018).

Au fur et à mesure de sa croissance, il a sécrété de plus en plus d'œstrogènes qui exercent ensuite un rétrocontrôle négatif sur la sécrétion de FSH afin d'éviter la stimulation d'un nombre trop importants de follicules. Il est alors le seul à continuer sa maturation, on l'appelle aussi follicule de Graaf. C'est la sécrétion croissante et importante d'œstrogènes en fin de maturation qui va déclencher le pic d'Hormone lutéinisante (LH), et donc l'ovulation peu de temps après qui constitue la deuxième phase. Lorsque l'ovulation a lieu, la paroi de l'ovaire se rompt et expulse dans la cavité péritonéale l'ovocyte de ce

Follicule, encore entouré de sa corona radiata. Les autres follicules en cours de maturation subiront une dégénérescence et seront résorbés. Il arrive cependant que plusieurs follicules

soient expulsés en même temps, ce qui conduit alors à une grossesse multiple. Ce phénomène présent dans 1 à 2 % des ovulations a tendance à augmenter avec l'âge (Godin, 2018).

1.2.2.2. La phase lutéale ou post-ovulatoire

Commence après l'ovulation. Celle-ci dure toujours quatorze jours, quelle que soit la durée du cycle, soit de J14 à J28. Le follicule de Graaf vidé de son contenu se transforme sous l'influence de la LH. Les cellules granuleuses et les cellules de la thèque interne augmentent de volume en s'enrichissant en lipides pour former une nouvelle glande endocrine que l'on appelle corps jaune. Dès sa formation, celui-ci sécrète de la progestérone et une petite quantité d'œstrogènes. S'il n'y a pas de grossesse, le corps jaune commence à dégénérer au bout d'une dizaine de jours et cesse de produire des hormones. Il reste alors à la surface de l'ovaire une cicatrice appelé corpus albicans. Si au contraire, une grossesse est entamée, le corps jaune persiste jusqu'à ce que le placenta soit en mesure de sécréter des hormones pendant environ trois mois (Godin, 2018).

1.3. Menstruation

En l'absence d'implantation d'un œuf fécondé, la régression du corps jaune provoque la chute des taux circulants d'œstradiol et de progestérone. Au sein du réseau vasculaire utérin, seules les artères spiralées sont hormonées sensibles. La contraction spasmodique de leur média est responsable d'une ischémie entraînant la nécrose de la partie fonctionnelle de l'endomètre. Celle-ci sera éliminée avec du sang rendu incoagulable par un facteur fibrinolytique local lors de la menstruation (Blondel, 2014).

2. DYSMENORRHEE

2. 1. Définition

La dysménorrhée se définit par l'ensemble des douleurs pelviennes survenant au moment des règles. Plus que le terme de dysménorrhée (du grec dys pour gêne ou anomalie, mên pour mois et rhein pour écoulement), il faudra préférer le terme d'algoménorrhée. De façon physiologique chez la plupart des femmes, une douleur est ressentie au moment des règles, plus ou moins bien analysée par la femme : la dysménorrhée peut être définie comme une douleur au moment des règles assez notables pour que la femme en précise assez nettement le début et la fin, et qu'elle soit responsable d'absentéisme, de médication ou de perturbation de l'activité (Kolly, 2006).

La dysménorrhée est une douleur abdomino-pelvienne cyclique, rythmée par les règles, survenant juste avant leur début, durant le plus souvent un jour ou deux, parfois jusqu'après

les règles, et allant alors en crescendo. Ces souffrances, très variables d'intensité, allant de la simple gêne à la douleur paroxystique aiguë, sont spécifiques de l'apparition du flux menstruel (Kolly, 2006).

2.2. Types de la dysménorrhée

2.2.1. Dysménorrhée primaire

La dysménorrhée primaire (DP) survient généralement chez la jeune fille au cours des deux Premières années suivant l'arrivée des règles. Elle est caractérisée par une douleur s'apparentant à des crampes sus-Pubiennes qui apparaissent quelques heures avant le début des règles et peuvent durer jusqu'à deux ou trois jours, les symptômes n'étant pas forcément identiques d'un cycle à l'autre (Pélissier, 2005).

2.2.2. Dysménorrhée secondaire

La dysménorrhée secondaire apparaît plus tardivement après la puberté, généralement après vingt ou vingt-cinq ans. De durée plus longue, des douleurs peuvent aussi survenir en dehors des règles (Pélissier, 2005).

2.3. Etiologie

La dysménorrhée primaire peut s'agir d'une malformation utérovaginale qui forme un obstacle à l'écoulement du flux menstruel. La douleur est alors intense dès le premier épisode et s'accroît à chaque menstruation. Il faut également penser à l'endométriose juvénile lorsque la douleur est très invalidante et se prolongent au de la des règles (Pélissier, 2005). La dysménorrhée secondaire est généralement organique (Simon, 2011). Ses étiologies peuvent être une endométriose, une adénomyose, un myome, des polypes endométriaux. La douleur menstruelle est l'expression d'une hypoxie tissulaire, Elle peut également résulter d'une mauvaise tolérance à un dispositif intra-utérin ou d'une infection pelvienne chronique (Cohen, et *al.*, 1997).

2.4. Physiopathologie

2.4.1. Physiopathologie de la dysménorrhée essentielle

Concernant la dysménorrhée essentielle, la douleur menstruelle provient de l'hypoxie tissulaire résultant de l'hypercontractilité du myomètre et de la vasoconstriction de ses artérioles. Trois familles d'agents utérotoniques et vasoconstricteurs ont une responsabilité démontrée dans ce syndrome : les prostaglandines, l'arginine vasopressine et

les leucotriènes. La responsabilité de l'innervation utérine est également probable, mais encore mal identifiée à ce jour. Elle pourrait permettre d'expliquer la régression de la dysménorrhée après le premier enfant suite à une dénervation partielle physiologique (Ferreira, 2018).

Les mécanismes de la douleur résultent de la physiopathologie même de la dysménorrhée. Ainsi, le plus souvent, l'hypercontractilité du myomètre, la vasoconstriction artériolaire, et la sensibilisation des terminaisons nerveuses aux stimuli nociceptifs sont à l'origine même du symptôme douloureux (Ferreira, 2018).

2.4.2. Physiopathologie de la dysménorrhée organique

La physiopathologie des dysménorrhées organique découle nécessairement de la pathologie sous-jacente. On ne peut donc pas généraliser de mécanisme dans les dysménorrhées organiques puisque celles-ci sont assujetties aux pathologies qui les provoquent. Néanmoins les prostaglandines semblent jouer un rôle dans ces dysménorrhées (Ferreira, 2018).

2.5. Épidémiologiques

La dysménorrhée est une cause importante d'absentéisme au travail ou à l'université (Année Mondiale Contre la Douleur chez les Femmes, 2007) :

- Entre 40 et 90 % des femmes souffrent de dysménorrhée.
- La dysménorrhée primaire est plus fréquente entre 15 et 19 ans, puis recule par la suite.
- Entre 5 et 14 % des adolescentes ont un absentéisme scolaire régulier en raison de ces symptômes. Entre 13 et 51 % des femmes ont été absentes au moins une fois dans leur vie à l'école ou au travail à cause de la dysménorrhée.
- Dans de nombreuses cultures (en Méditerranée, chez les Musulmans, les Hindous ou les Chinois), les menstruations sont toujours un sujet tabou ou impur, ce qui signifie que les femmes ne signalent pas leur douleur et ne reçoivent pas les soins nécessaires.

2.6. Facteurs de risque associés

La présence de dysménorrhée et sa sévérité semblent liées à différents facteurs de risque :

-
- Un âge plus jeune à la ménarche (Grandi, et *al.*, 2012).
 - Le tabagisme (De Sanctis, et *al.*, 2015), avec une corrélation aux nombres d'années de tabagisme ou nombre de cigarettes consommées par jour
 - L'abondance ou la durée prolongée du flux menstruel (hyperménorrhée, ménorragies) (Grandi, et *al.*, 2012).
 - Une histoire familiale positive (De Sanctis, et *al.*, 2015).
 - Un indice de masse corporel faible est associé à un risque supérieur de dysménorrhée primaire (Année Mondiale Contre la Douleur chez les Femmes, 2007).
 - Une association négative a été décrite entre la consommation de fruits, d'œufs et de poisson et la dysménorrhée primaire, peut être en rapport avec la prise d'acides gras oméga3, de calcium et de magnésium (Année Mondiale Contre la Douleur chez les Femmes, 2007).
 - Les éléments psychosociaux sont également importants dans la mesure où une mauvaise santé mentale, des symptômes somatoformes, des capacités d'adaptation réduites, la dépression et l'anxiété jouent un rôle essentiel dans la dysménorrhée (Année Mondiale Contre la Douleur chez les Femmes, 2007).
 - La dysménorrhée primaire se manifeste souvent avec des nausées, des vomissements, des diarrhées, une fatigue et de l'irritabilité (Année Mondiale Contre la Douleur chez les Femmes, 2007).
 - La dysménorrhée secondaire, associée à l'endométriose, présente l'incidence d'une IUD, d'une maladie inflammatoire pelvienne, d'adénomyose, de myomes utérins et d'adhésions ou d'obstruction cervicale en raison d'anomalies de Müller (Année Mondiale Contre la Douleur chez les Femmes, 2007).

2.7. Prise en charge

2.7.1. Traitement non pharmacologique

L'application d'une source de chaleur est un moyen simple et accessible à toutes pour limiter les douleurs menstruelles. La neuro-stimulation électrique transcutanée (TENS) à haute fréquence a fait preuve de son efficacité dans le soulagement de la dysménorrhée.

En ce qui concerne l'acupuncture, elle semble réduire les douleurs menstruelles mais les données sont limitées et nécessitent d'être confortées par d'autres études (Blondel, 2014).

L'homéopathie améliorerait la dysménorrhée selon une étude récente. L'exercice physique, quant à lui, n'a pas prouvé jusqu'à présent son intérêt dans la prise en charge de la dysménorrhée. Les études sur la manipulation vertébrale n'ont pas non plus conclu à une amélioration des symptômes (Blondel, 2014).

2.7.2. Traitement pharmacologique

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont à proposer en première intention. Les AINS ont une action anti prostaglandines. Il n'y a pour l'instant pas de preuve de supériorité d'un AINS en particulier. Certains AINS sont en libre accès dans les pharmacies et peuvent ainsi être pris en automédication (Blondel, 2014).

En cas de contre-indication aux AINS, ou s'il y a nécessité d'une contraception, le traitement de choix repose alors sur les inhibiteurs de l'ovulation. Les plus efficaces dans la dysménorrhée sont les oestro-progestatifs normo dosés et les progestatifs macrodosés. Les oestro-progestatifs minidosés sont moins efficaces mais suffisent parfois ; les microprogestatifs laissent persister une activité sécrétoire de l'endomètre ou parfois une ovulation et sont par conséquent inefficaces. En cas de résultats insuffisants malgré une bonne observance du traitement pendant au moins trois cycles consécutifs, les AINS et le traitement hormonal peuvent être pris conjointement. D'autres traitements peuvent être proposés à visée symptomatique. Les antalgiques et les antispasmodiques sont parfois suffisants dans les formes mineures. L'utilisation d'un dispositif intra-utérin (DIU) au lévonorgestrel une autre option thérapeutique qui s'offre aux adolescentes (Blondel, 2014).

3. Indice de Masse Corporelle (IMC)

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure du poids par rapport à la taille utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez les populations. L'IMC correspond au poids divisé par le carré de la taille, et est exprimé en kg/m^2 . Il doit être considéré comme une indication approximative à cause de niveau individuel, il ne correspond pas nécessairement à la même masse grasseuse selon les individus. La mesure de la circonférence abdominale est réalisée comme indicateur de l'excès de graisse qui est associé indépendamment de l'IMC, au développement de complications métaboliques et vasculaires de l'obésité (PRS, 2018).

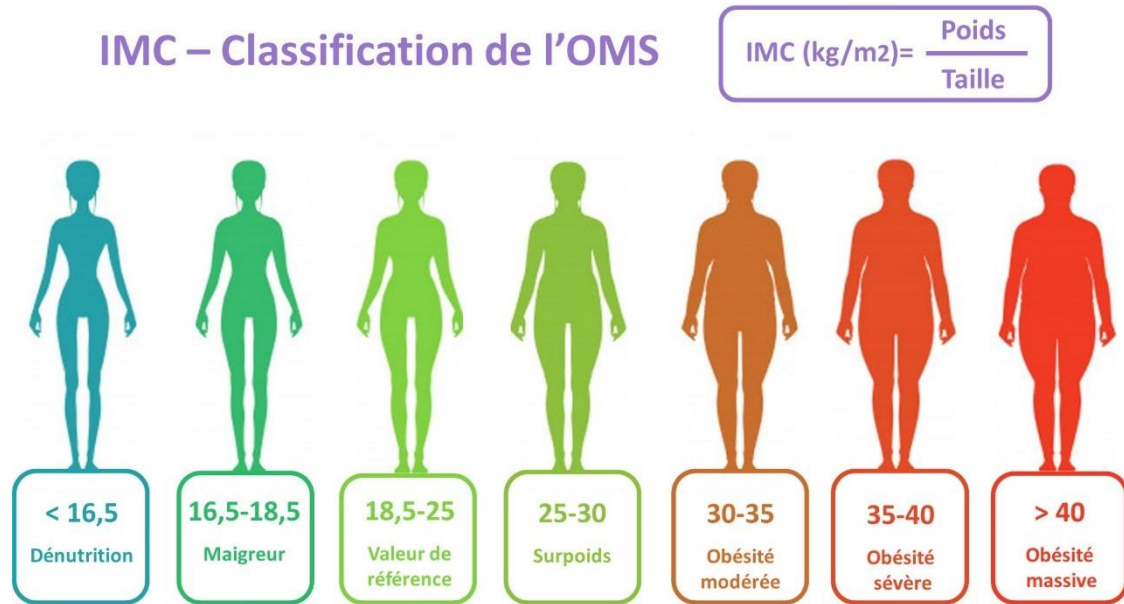


Figure.4 : IMC- Classification de l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé - Infographie réalisée par nos soins, 2020).

1. Description de l'étude

Il s'agit d'une enquête de type transversal et descriptive dans la willaya de constantine, réalisée au cours du mois de septembre 2020.

2. Population étudiée

Nous avons effectué un Echantionage aléatoire dans la willaya de Constantine pour obtenir un échantillon composé de 50 adultes âgées de 18 à 47 ans.

3. Critères d'inclusions

Sujets des adultes résidants à Constantine et âgées de 18 ans et plus et ayant répondu au questionnaire.

4. Critères d'exclusion

Sujets refusant de répondre au questionnaire et les femmes enceintes.

5. Recueil des données

Nous avons interrogé les sujets participants à cette étude en utilisant un questionnaire (Adham, 2014). Les différentes questions de l'interrogatoire visent à déterminer l'âge, l'âge à la ménarche, la régularité et la durée du cycle et des menstruations, la présence ou non de la dysménorrhée qui se définit par la présence des douleurs accompagnant la menstruation, ainsi que les symptômes cliniques et psychologiques, il comprend également des questions concernant la consultation médical et les traitements pharmacologiques et médicamenteux. Une échelle visuelle analogique de la douleur (Bruera, 1991) a été rempli par chaque sujet afin d'estimer l'intensité de la dysménorrhée.

6. Recueil des données et analyse statistique

Toutes les données et les renseignements consignés sur les questionnaires et les échelles visuelles analogiques ont été transposées et analysées à l'aide du logiciel « IBM SPSS Statistics 25 » et « Microsoft Excel 2016 » afin de réaliser les statistiques descriptives. Le teste chi 2 a été utilisé pour étudier la corrélation entre l'IMC d'un côté et l'intensité de la douleur et les fréquences des différents signes cliniques accompagnant la dysménorrhée de l'autre côté. (Valeur de $p < 0,05$: Différence significative ; Valeur de $p < 0,01$: Différence hautement significative ; Valeur de $p < 0,001$: Différence très hautement significative ; non significative si $p > 0.05$).

CHAPITRE. 3 : RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

1.1. Distribution de la population selon l'âge

La population échantillonnée est composée de 50 adultes de sexe féminin. Avec une moyenne d'âge de $26,54 \pm 5,85$. L'âge entre 18 et 27 ans représente la tranche d'âge majoritaire avec un taux de 74%. 18% d'individus appartenant à la classe de 28 à 37 ans et 8% des sujets sont âgés de 38 à 47 ans (Figure. 5).

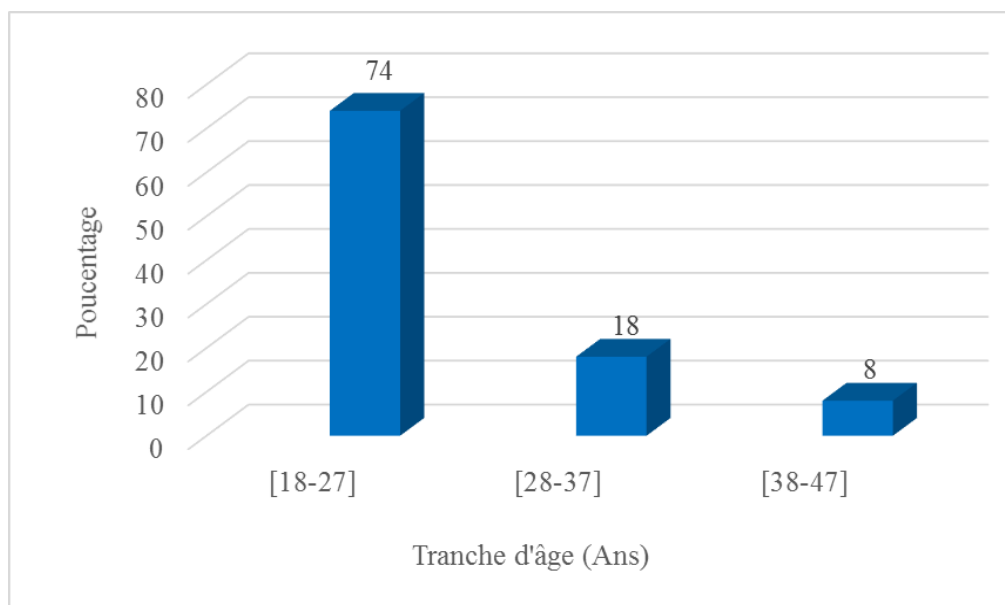


Figure. 5 : Répartition des sujets selon l'âge.

1.2. Distribution de la population selon la situation familiale

Dans cet échantillon la majorité des enquêtées sont célibataires (78%) et 22 % sont mariées (Figure. 6).

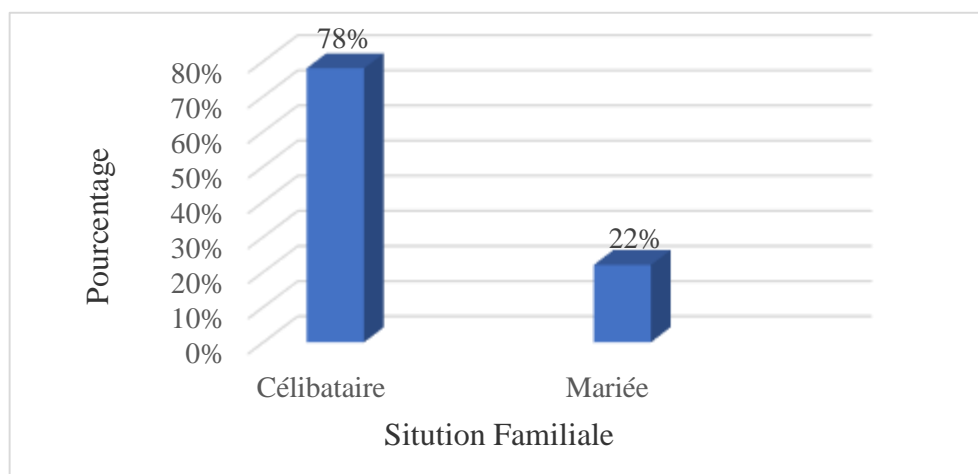


Figure. 6 : Répartition des sujets selon la situation familiale.

2. Caractéristiques du cycle menstruel

2.1. Distribution de la population selon l'âge à la ménarche

La moyenne d'âge à la ménarche de cet échantillon est de l'ordre de $12,82 \pm 1,52$. La majorité des enquêtées soit une fréquence de 60 % ont eu leur ménarche entre 10 et 13 ans et 22,4% l'ont eu à un âge entre 13 à 16 ans (Figure. 7).

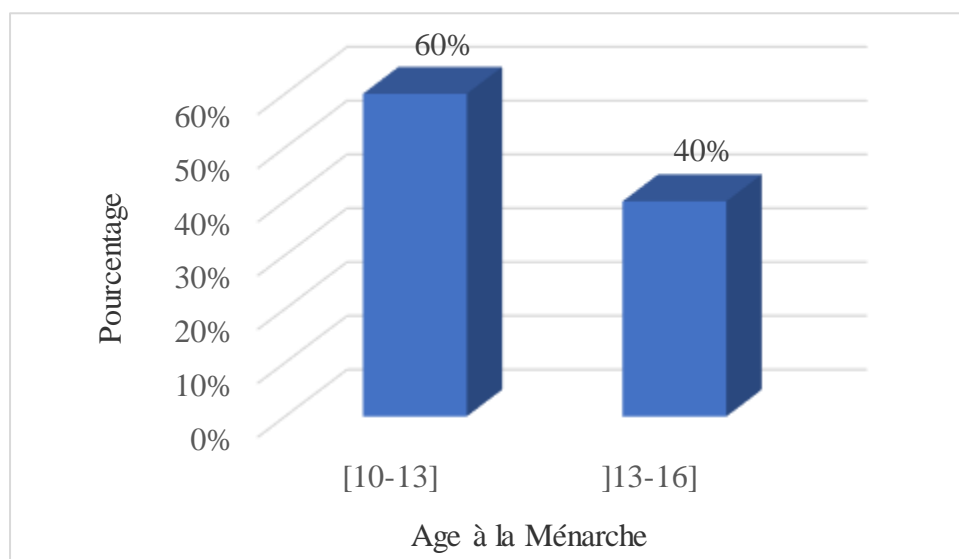


Figure. 7 : Répartition de l'échantillon selon l'âge à la ménarche.

2.2 Distribution de la population selon la durée de la menstruation

La durée de la menstruation varie entre 4 à 6 jours chez 82% des sujets. Elle est inférieure à 4 jours chez 10% et supérieure à 6 jours chez 8% des enquêtées (figure. 8).

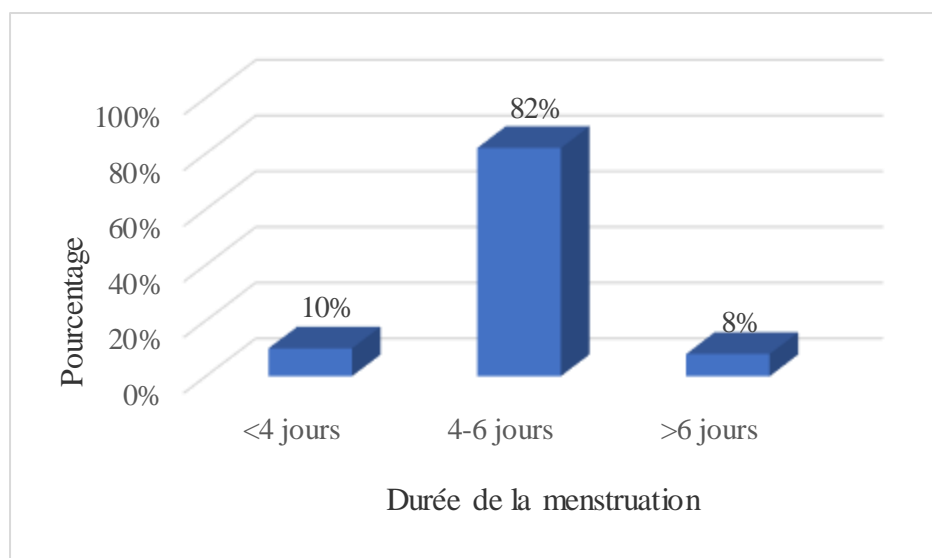


Figure. 8 : Répartition des sujets selon la durée de la menstruation.

2.3. Distribution de la population selon l'abondance de la menstruation

La menstruation est jugée d'abondance moyenne chez la plupart des enquêtées soit une fréquence de 74%. Elle est importante chez 24% et minime chez 2% (Figure. 9).

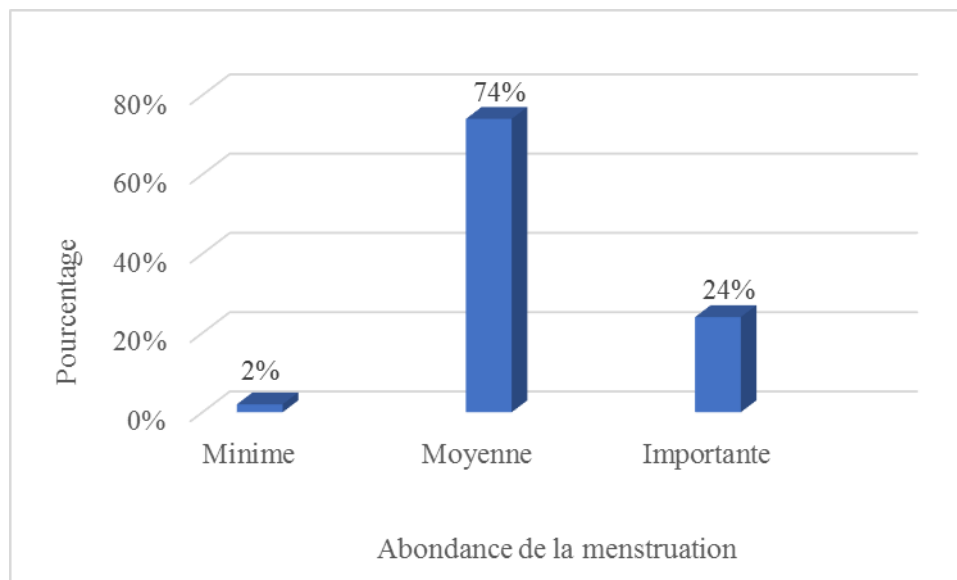


Figure. 9 : Distribution de la population selon l'abondance de la menstruation.

2.4. Distribution de la population selon la durée du cycle

Sur les 50 questionnées, 36% ont un cycle menstruel de 28 jours, 48% ont un cycle supérieur à 28 jours et 16% ont un cycle inférieur à 28 jours (Figure. 10).

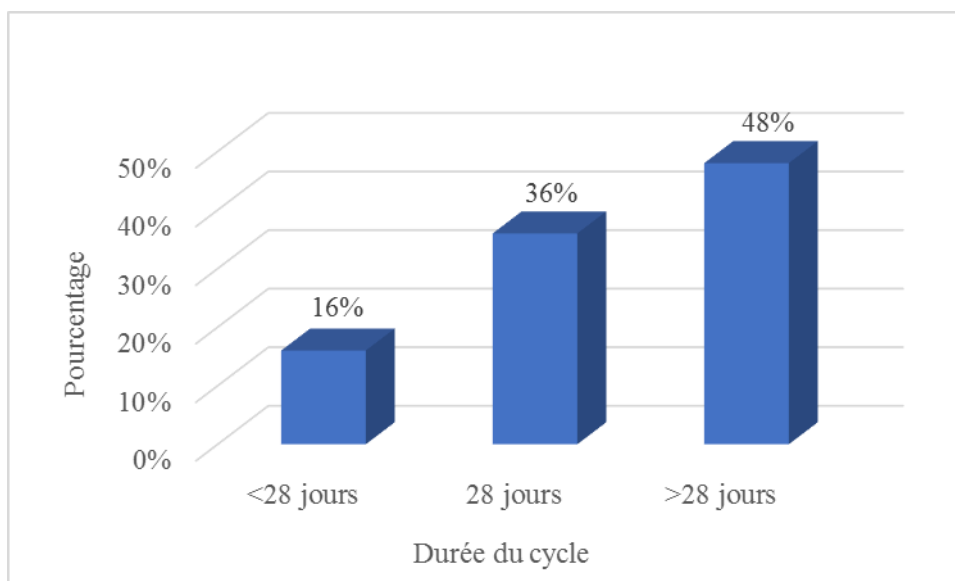


Figure. 10 : Distribution de la population selon la durée du cycle.

2.5. Distribution de la population selon la régularité du cycle

Plus que la moitié des sujets enquêtés (56%) ont un cycle menstruel régulier, et 44% ont rapporté une irrégularité de leur cycle (Figure. 11).

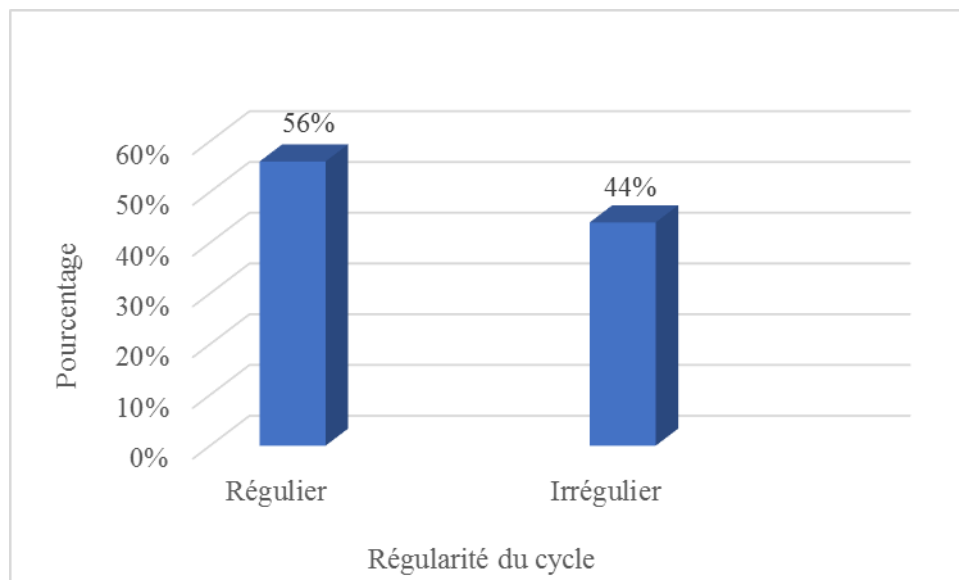


Figure. 11 : Distribution de la population selon la régularité du cycle.

3. Caractéristiques de la dysménorrhée

3.1. Fréquence globale de la dysménorrhée

Dans cet échantillon nous avons enregistré une fréquence très élevée de la dysménorrhée de l'ordre de 82 % (Figure. 12).

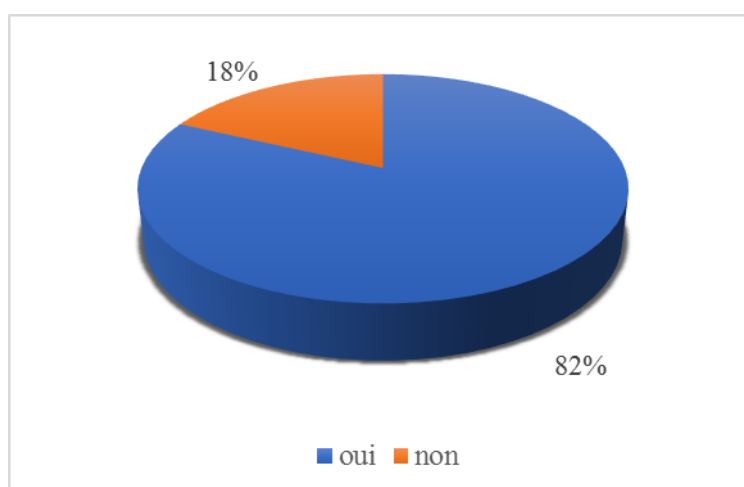


Figure. 12 : Fréquence globale de la dysménorrhée.

3.2. Distribution de la population selon les antécédents dysménorrhéiques

Parmi les 50 enquêtées, 76% ont un membre de la famille souffrant de dysménorrhée soit une sœur ou une mère (Figure. 13).

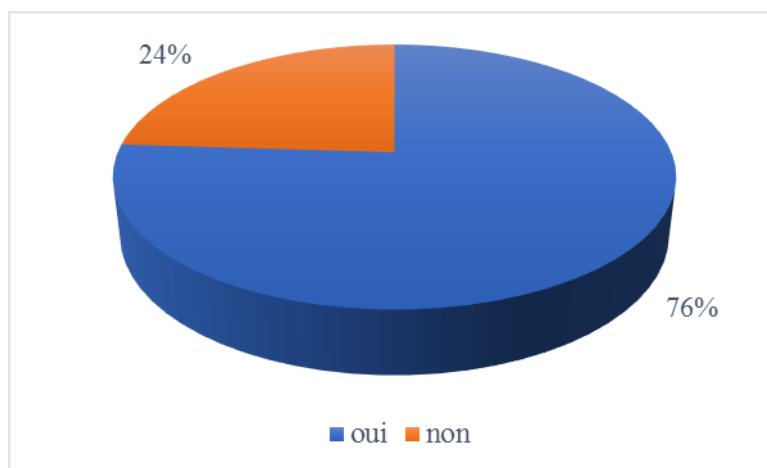


Figure. 13 : Répartition des antécédentes dysménorrhéiques.

3.3. Incidence par rapport à la ménarche

Nos résultats montrent que 18 % des sujets ont eu leur dysménorrhée dès la première année de la vie génitale, contre 82 % qui l'ont eu après une année de la puberté (Figure. 14).

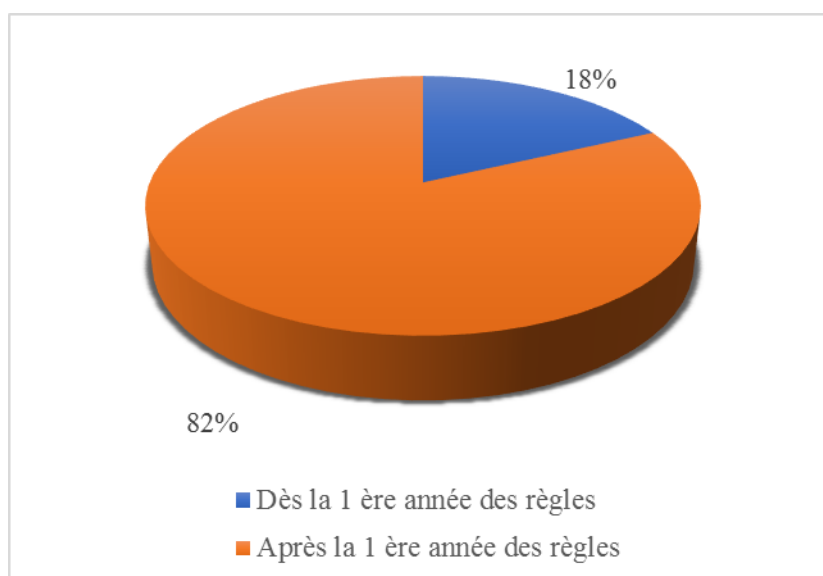


Figure. 14 : Incidence par rapport à la ménarche.

3.4. Fréquence de la survenue de la dysménorrhée

Parmi les 50 enquêtées, 46% présentent des douleurs chaque mois, et chez 10% les douleurs sont fréquentes. Tandis que chez 44% elles sont occasionnelles (Figure. 15).

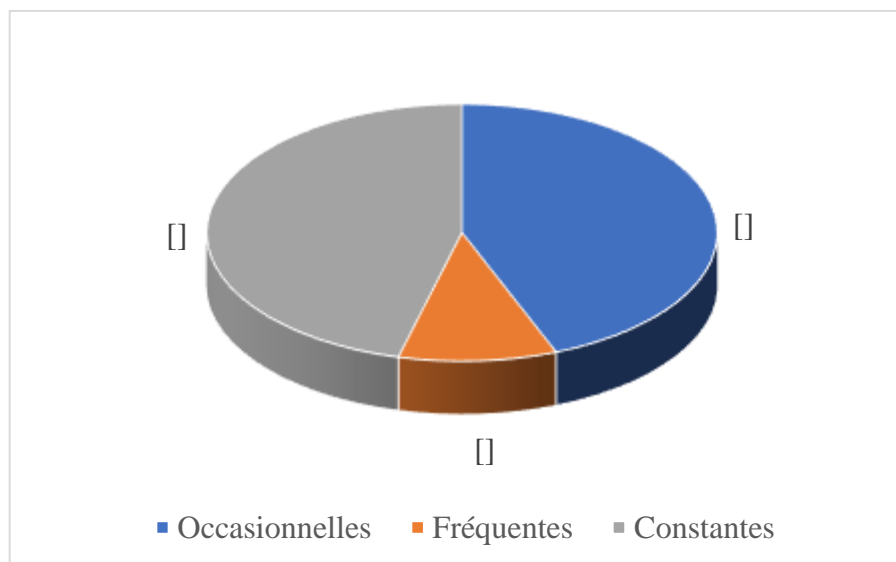


Figure. 15 : Fréquence de la survenue de la dysménorrhée.

3.5. Début des douleurs par rapport au flux menstruel

L'analyse des résultats révèle que 44 % des enquêtées ont des douleurs qui précèdent l'écoulement, 48 % ont des douleurs qui commencent avec le début du flux menstruel, dans 72 % des cas elles apparaissent au cours de toute la période de la menstruation et chez 8 % elles surviennent à la fin des règles (Figure. 16).

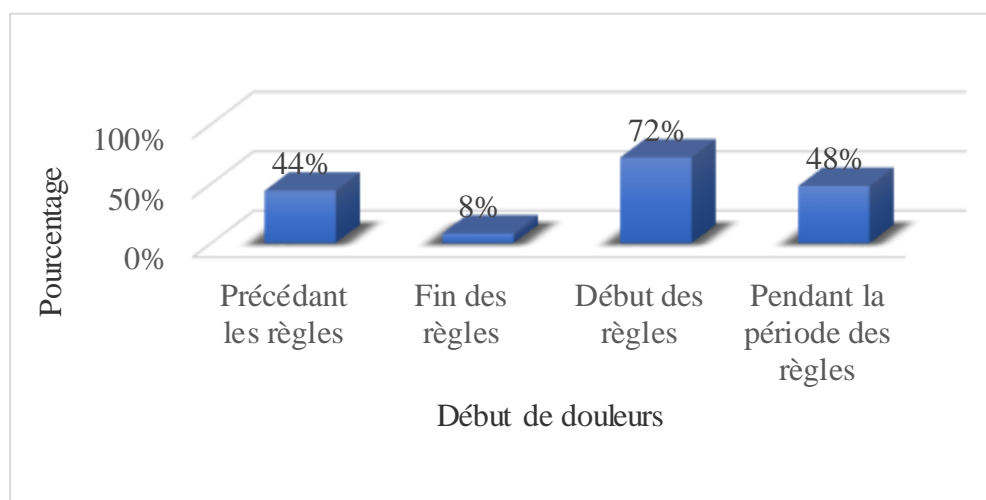


Figure. 16 : Répartition des enquêtées selon la période des douleurs par rapport à la menstruation.

3.6. Durée moyenne de la dysménorrhée

La durée moyenne de la dysménorrhée est inférieure à 24 heures pour la plupart des sujets soit une fréquence de 58 % (Figure. 17).

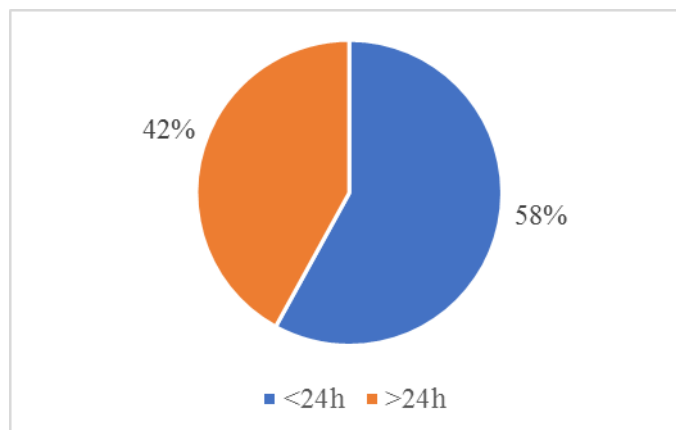


Figure. 17 : Répartition de la population selon à la durée des douleurs.

3.7. Localisation des douleurs

Nous avons constaté que 38 % des sujets souffrent de la douleur dans la partie basse de l'abdomen et 20 % dans la partie basse du dos. L'irradiation de la douleur aux membres inférieurs est notée dans 14 % des cas et l'association des trois localisations de la douleur a été constatée chez 56 % des enquêtées (Figure. 18).

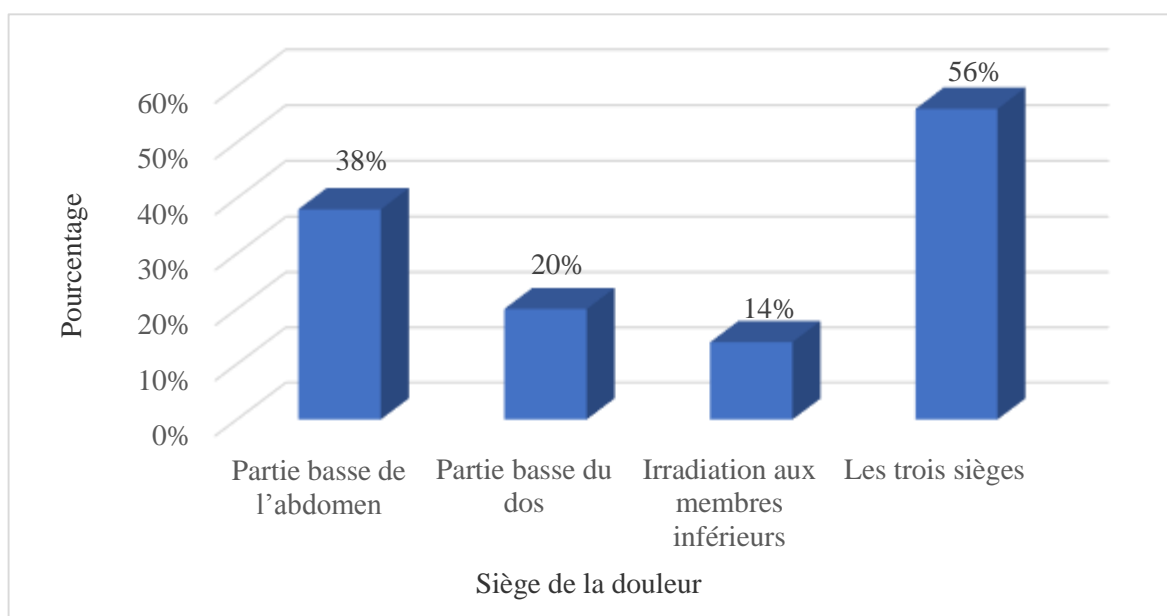


Figure. 18 : Répartition des sujets dysménorrhéiques selon le siège de la douleur.

3.8. Intensité de la dysménorrhée

La moitié des sujets déclarent qu'elles souffrent de douleurs modérées. L'intensité des douleurs est faible chez 6 % des enquêtées contre 44 % qui ont des douleurs fortes (Figure. 19).

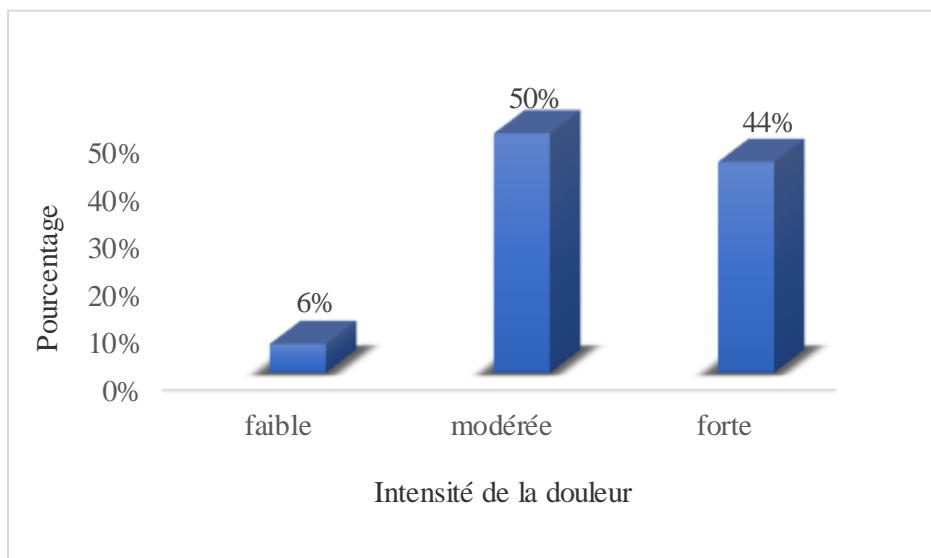


Figure. 19 : Répartition des sujets selon l'intensité de la douleur.

3.9. Attitude des sujets dysménorrhéiques en face de leurs douleurs

3.9.1. Consultation médicale

La plupart des sujets soit une fréquence de 76% n'ont pas consulté un médecin pour leurs douleurs. 24 % des enquêtés ont bénéficié d'un examen complémentaire (figure. 20).

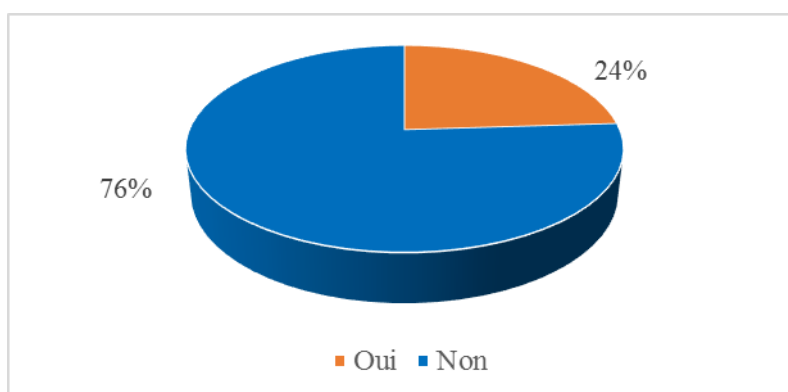


Figure. 20 : Répartition des sujets selon le bénéfice d'une consultation médicale.

3.9.2. Soulagement de la douleur

Le traitement médical est utilisé par 28% des sujets pour calmer leurs douleurs, contre 72% qui n'ont jamais utilisé un médicament. Le traitement médical a été efficace chez 97,3 % des enquêtées dysménorrhéiques. La majorité des sujets soulagent leur douleur en utilisant du Paracétamol (36%), suivis par ceux qui utilisent l'Ibuprofène et le Diclofénac sodium (12% et 10% respectivement) (Figure. 21).

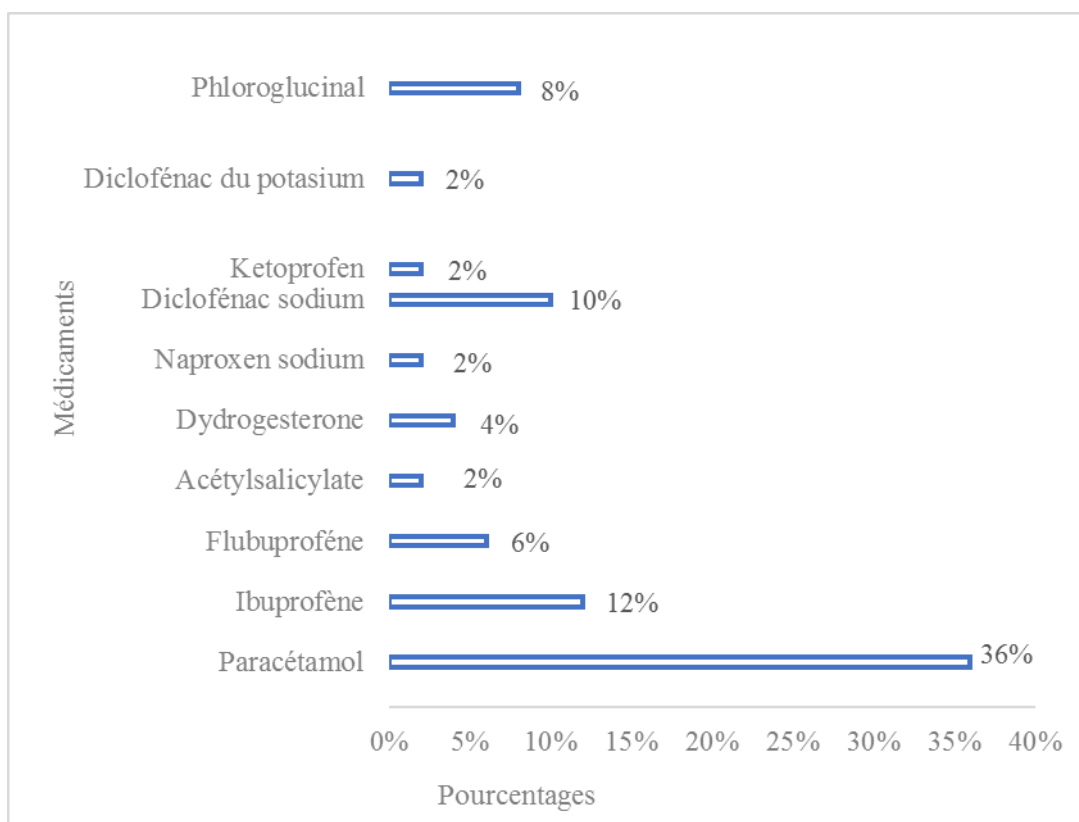


Figure. 21 : Fréquence d'utilisation des différents médicaments.

Un pourcentage de l'ordre de 64% des sujets utilisent les moyens traditionnels, qui sont essentiellement des boissons chaudes, des remèdes non pharmacologiques faits de fusion de cumin, de cannelle et d'autres herbes. Ces moyens traditionnels sont efficaces chez 58% des enquêtées (Figure. 22).

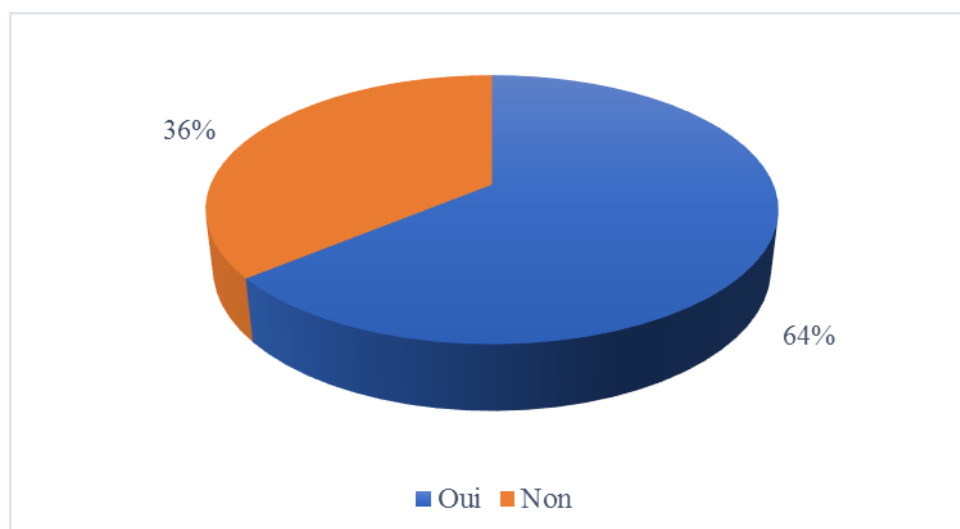


Figure. 22 : Répartition des sujets selon l'utilisation des moyens traditionnels.

L'analyse des données révèle que moitié des enquêtées préfèrent les moyens traditionnels, 44% préfèrent les médicaments, 2% préfèrent les deux méthodes de soulagement et 4 % ne préfèrent aucun de ces méthodes sous prétexte qu'ils sont inefficaces (Figure. 23).

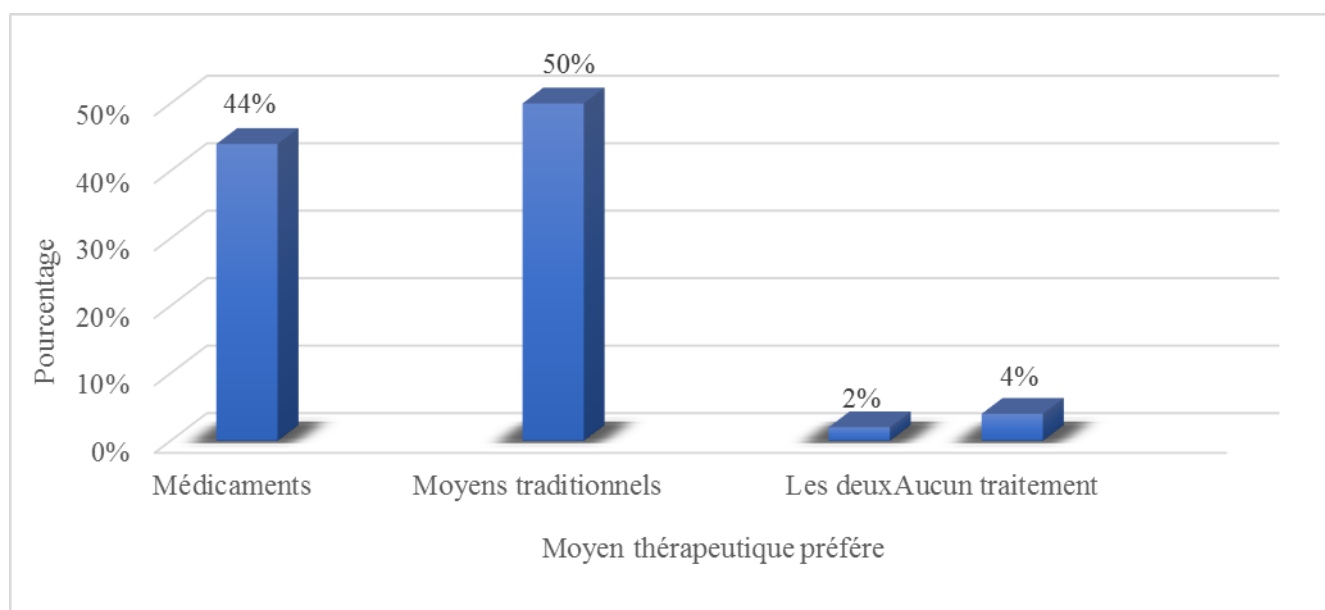


Figure. 23 : Répartition des enquêtées selon le moyen thérapeutique préféré.

3.10. Retentissements de la dysménorrhée

3.10.1. Diminution des capacités intellectuelles

Un pourcentage très élevé des sujets dysménorrhéiques (84%) déclare une diminution importante de leur capacité de concentration, ce qui paralyse le déroulement normal de leur activité quotidienne, et juste 16% n'ont jamais eu de problème pareil (Figure. 24).

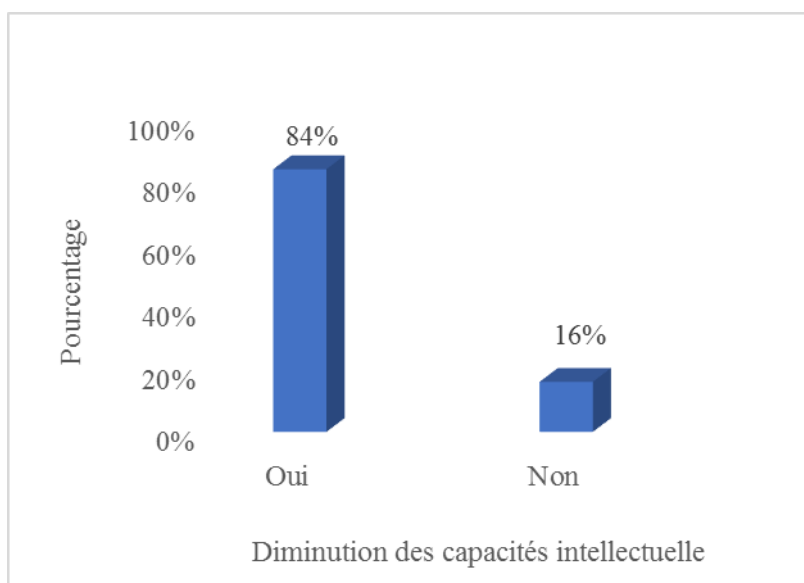


Figure. 24 : Retentissement de la dysménorrhée sur les capacités intellectuelles.

3.10.2. Absentéisme

Le taux de l'absentéisme universitaire et professionnel des enquêtées dysménorrhéiques est estimé à 30%, contre 70 % qui n'ont jamais absenté à cause de leurs dysménorrhée (Figure. 25).

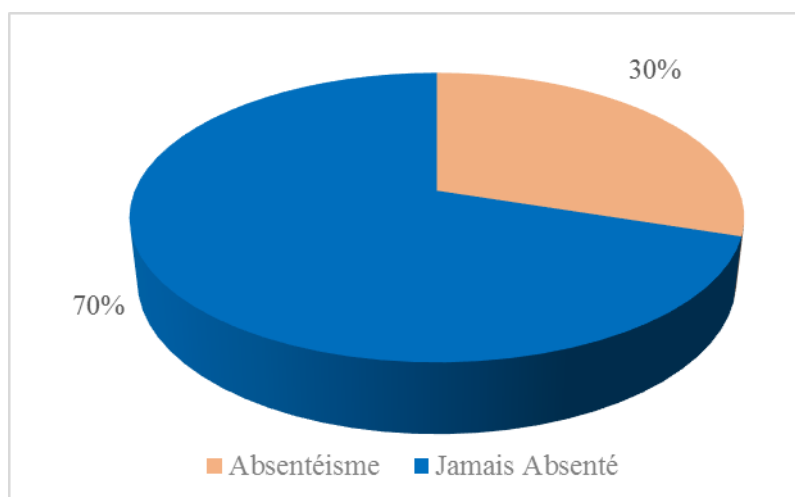


Figure. 25 : Répartition des enquêtées selon leur absentéisme.

Parmi les 30% des adultes qui ont absenté, 46,7% s'absentent de façon occasionnelle, 13,3% s'absentent fréquemment et 40% s'absentent toujours pendant la menstruation (Figure. 26). La plupart des sujets 80% s'absentent une seule journée alors que 20% s'absentent 2 jours (Figure. 27).

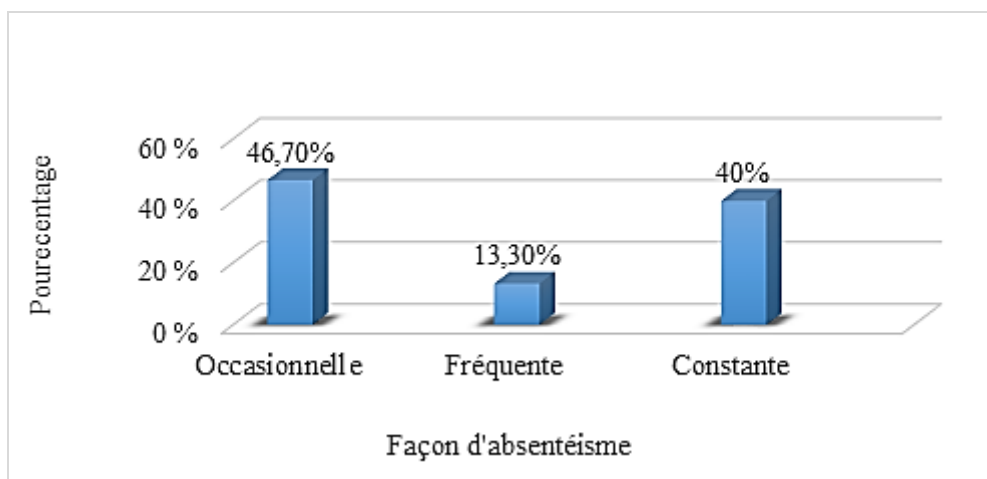


Figure. 26 : Répartition des enquêtées selon leur façon d'absentéisme.

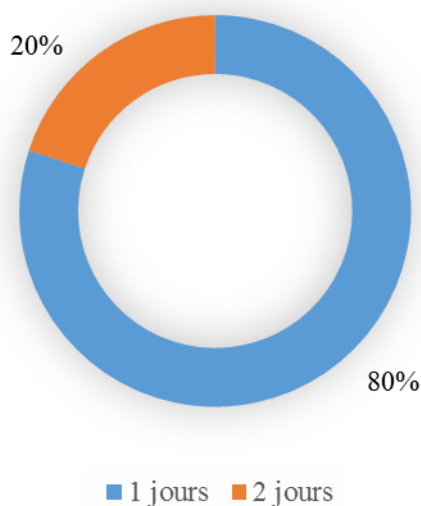


Figure. 27 : Répartition des enquêtées selon la durée d'absentéisme.

3.11. Signes accompagnateurs

Dans notre étude nous avons noté une variété de signes accompagnateurs à la dysménorrhée. 96 % des sujets souffrent de la nervosité au cours de leurs menstruations. Les douleurs des seins et le ballonnement abdominal accompagnent la dysménorrhée dans 60 %

des cas et 54 % des enquêtées déclarent qu'elles présentent des diarrhées au cours de leur dysménorrhée (Figure. 28).

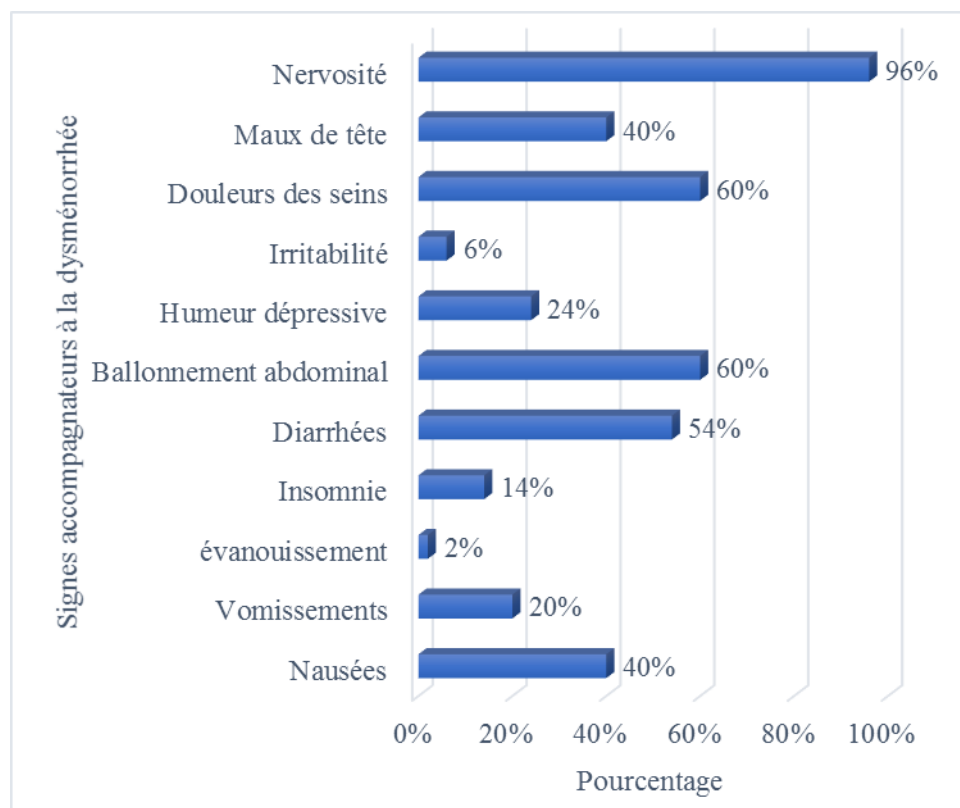


Figure. 28 : Fréquences des différents symptômes accompagnateurs à la dysménorrhée.

4. Facteur de risque de la survenue de la dysménorrhée

4.1. Age

Nous avons constaté que la douleur est d'une intensité moyenne ou intense chez les sujets dont l'âge varie entre 38 et 47 ans et que la majorité (66,7%) des enquêtées âgées entre 28 et 37 ans déclarent leur souffrance de douleurs d'une intensité moyenne. Alors qu'une fréquence de 59,5% des sujets âgées entre 18 et 27 ans déclarent que l'intensité de leur douleur est forte (Tableau. 1).

Tableau. 1 : Répartition de l'intensité de la dysménorrhée selon l'âge.

Age	18-27	28-37	38-47
Dysménorrhée			
Nulle (0)	0%	0%	0%
Faible (1-3)	2,7%	11,1%	0%
Moyenne (4-6)	37,8%	66,7%	50%
Forte (7-10)	59,5%	22,2%	50%

4.2. Ménarche

Toutes les enquêtées qui ont eu leur ménarche entre 14 et 16 ans souffrent de douleurs d'une intensité moyenne ou intense (Tableau. 2). Les fréquences des sujets dont la douleur est forte dans tous les groupes d'âge de ménarche sont rapprochées.

Tableau. 2 : Répartition des sujets dysménorrhéique selon la ménarche.

Ménarche	10-11	12-13	14-16
Dysménorrhée			
Nulle (0)	0%	0%	0%
Faible (1-3)	9,1%	10,5%	0%
Moyenne (4-6)	45,5%	31,6%	45%
Forte (7-10)	45,5%	57,9%	55%

4.3. Durée de la menstruation

Nous avons noté une augmentation de l'intensité de la douleur proportionnellement avec l'augmentation de la durée de la menstruation. La majorité des sujets dont la durée du saignement supérieure à 6 jours (66,7%) déclarent qu'elles souffrent d'une douleur forte. Par ailleurs la plupart des sujets qui ont des douleurs faibles (7,1%) la durée de leur menstruation est de 4 à 6 jours (Tableau. 3).

Tableau. 3 : Répartition dysménorrhéique selon la durée de la menstruation.

Durée de la menstruation	<4 jours	4-6 jours	>6 jours
Dysménorrhée			
Nulle (0)	0%	0%	0%
Faible (1-3)	0%	7,1%	0%
Moyenne (4-6)	60%	38,1%	33,3%
Forte (7-10)	40%	54,8%	66,7%

4.4. Abondance des règles

Toutes les enquêtées qui ont une abondance minimale de la menstruation souffrent de douleurs fortes, et parmi les sujets dont l'abondance des règles est moyenne 48,6% ont des douleurs moyennes et 45,9% ont des douleurs fortes. 75% des sujets qui ont une menstruation importante souffrent de douleurs intenses (Tableau. 4).

Tableau. 4 : Répartition dysménorrhéique selon l'abondance de la menstruation.

Abondance des règles Dysménorrhée	Minime	Moyenne	Importante
Nulle (0)	0%	0%	0%
Faible (1-3)	0%	5,4%	8,3%
Moyenne (4-6)	0%	48,6%	16,7%
Forte (7-10)	100%	45,9%	75%

4.5. Durée du cycle

Parmi les sujets souffrants de douleurs fortes, l'intensité de la dysménorrhée est proportionnelle avec l'augmentation de la durée du cycle. Chez 63,6% des enquêtées ayant un cycle menstruel supérieur à 28 jours, l'intensité des douleurs est forte (Tableau. 5).

Tableau. 5 : Répartition de l'intensité de la dysménorrhée selon la durée du cycle.

La durée du cycle Dysménorrhée	<28 jours	28 jours	>28 jours
Nulle (0)	0%	0%	0%
Faible (1-3)	33,3%	0%	0%
Moyenne (4-6)	44,4%	38,9%	36,4%
Forte (7-10)	22,2%	61,1%	63,6%

4.6. Régularité du cycle

L'irrégularité du cycle menstruel semble être associée à une intensité moyenne et forte de la dysménorrhée. Une fréquence de 54,5% des sujets qui ont un cycle menstruel irrégulier souffrent de douleurs fortes (Tableau. 6).

Tableau. 6 : Répartition de l'intensité de la dysménorrhée selon la régularité du cycle.

Régularité Dysménorrhée	Régulier	Irrégulier
Nulle (0)	0%	0%
Faible (1-3)	0%	13,6%
Moyenne (4-6)	42,9%	31,8%
Forte (7-10)	57,1%	54,5%

5. Effet de l'IMC sur la dysménorrhée

5.1. Distribution des enquêtées selon l'IMC

La valeur moyenne de l'IMC est de $27,53 \pm 4,59$ Kg/m² avec un minimum de 16,09 Kg/m² et un maximum de 42,24 Kg/m². 2% des enquêtées présentent un poids insuffisant, 46% souffrent d'un surpoids et 22% d'obèse (Figure. 29).

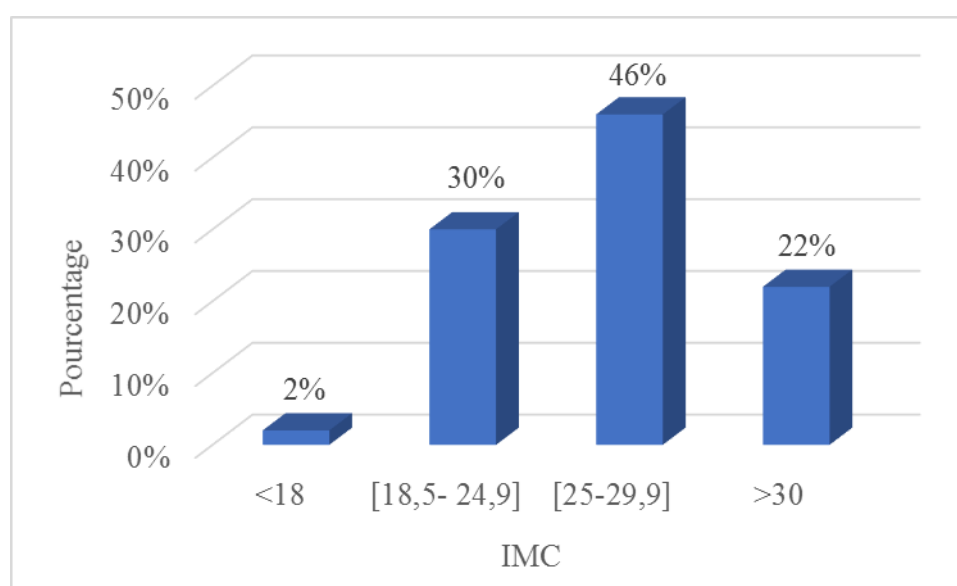


Figure. 29 : Répartition des enquêtées selon l'IMC.

5.2. Relation entre l'IMC et la dysménorrhée

5.2.1. Intensité des douleurs selon l'IMC

Toutes les enquêtées qui ont un poids insuffisant déclarent qu'elles souffrent de douleurs modérées. On constate également que la fréquence des sujets qui souffrent de douleurs fortes diminue proportionnellement avec l'augmentation de l'IMC (Tableau. 7).

Tableau. 7 : Répartition de l'intensité de la dysménorrhée selon l'IMC.

L'intensité de douleur \ IMC	<18,5	[18,5-24,9]	[25-29,9]	>30
Faible	0%	6,7%	4,3%	9,1%
Modérée	100%	40%	52,2%	54,5%
Forte	0%	53,3%	43,5%	36,4%

5.2.2. Fréquences des différents signes accompagnateurs à dysménorrhée selon l'IMC

L'analyse de nos données révèle que les fréquences les plus élevées de tous les signes accompagnateurs à la dysménorrhée sont enregistrées parmi les enquêtées en surpoids alors que les taux de ces symptômes parmi les sujets dont le poids est insuffisant sont nuls ou très faibles (Tableau. 8).

Tableau. 8 : Répartition des différents symptômes selon l'IMC.

IMC \ Signes	<18,5	[18,5-24,9]	[25-29,9]	>30
Nausées	5,6%	22,2%	61,1%	11,1%
Vomissements	0%	27,3%	45,5%	27,3%
Evanouissement	0%	0%	100%	0%
Insomnie	0%	42,9%	57,1%	0%
Diarrhée	0%	33,3%	48,1%	18,5%
Ballonnement abdominal	3,2%	35,5%	51,6%	9,7%
Humer dépressive	0%	25%	58,3%	16,7%
Irritabilité	0%	33,3%	33,3%	33,3%
Douleurs des seins	2,9%	34,3%	45,7%	17,1%
Maux de tête	5%	25%	60%	10%
Nervosité	2,1%	29,2%	47,9%	20,8%

5.2.3. Corrélation entre l'IMC et les paramètres la dysménorrhée

Le test χ^2 deux entre les valeurs de l'IMC d'un côté et l'intensité de la douleur et les différents signes accompagnateurs à la dysménorrhée de l'autre côté révèle que la corrélation de l'IMC avec les paramètres déterminant la dysménorrhée n'est pas significative. (Tableau. 9).

Tableau. 9 : Test khi² deux entre l'IMC et l'intensité des douleurs et les signes accompagnateurs à la dysménorrhée.

Variabes	Khi 2 Pearson	Ddl	P
IMC-Intensité des douleurs	97,864	94	0,372 NS
IMC-Nausée	47,917	47	0,435NS
IMC-Vomissement	46,875	47	0,478 NS
IMC-Evanouissement	50,000	47	0,355 NS
IMC-Isonomie	45,847	47	0,520 NS
IMC-Diarrhée	50,000	47	0,355 NS
IMC-Ballonement abdominal	50,000	47	0,355 NS
IMC-Humer dépressive	47,259	47	0,462NS
IMC-Irritabilité	50 ,000	47	0,355 NS
IMC-Douleurs des seins	45,238	47	0,546 NS
IMC-Maux de tête	47,917	47	0,435 NS
IMC-Nervosité	50,000	47	0,355 NS

NS : $P > 0.05$: Corrélation non significative.

CHAPITRE. 4 : DISCUSSION

La dysménorrhée est la plainte gynécologique la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer. La douleur abdominopelvienne commence le plus souvent au début des règles ou juste avant les premiers saignements. Elle s'accompagne pour beaucoup d'adultes à d'autres symptômes : maux de tête, vertiges, nausées et vomissements, douleurs des seins, fatigue, faiblesse ou évanouissement, sautes d'humeurs, irritabilité ou humeur dépressive. La douleur et ces symptômes récurrents ont des conséquences sur l'activité des jeunes filles et des femmes, affectant leur vie quotidienne plusieurs jours par mois et entravant de façon substantielle leur qualité de vie. La dysménorrhée est responsable d'un absentéisme scolaire de courte durée mais récurrent, d'interruption de la pratique sportive et des activités sociales (Alvin, 1982 ; Bergsjö, 1979).

L'objectif principal de cette étude est de réaliser une enquête transversale afin de déterminer la relation entre la dysménorrhée et l'IMC chez les adultes Constantinoises.

Nous avons réalisé une enquête menée auprès d'un échantillon de 50 sujets de sexe féminin dont l'âge se situe entre 18 et 47 ans. Nous avons adopté des mesures anthropométriques, poids et taille, pour déterminer les fréquences des sujets qui avaient une corpulence normale ou souffrants d'une surcharge pondérale. Les autres informations exploitées ont été recueillies à travers des questionnaires individuels.

Depuis quelques années, la dysménorrhée a connu un regain d'intérêt. Ainsi que plusieurs études étrangères ont été menées pour éclaircir les points méconnus, et sensibiliser les praticiens en attirant leur attention sur la grande fréquence et le retentissement social et économique de l'absentéisme scolaire, universitaire et professionnel des jeunes filles et des femmes dysménorrhéiques (Dawood, 1981 ; Dawood, 1990 ; Sultan, 2000).

James définit la dysménorrhée comme des douleurs sévères qui exigent la recherche d'aide médical ou la consommation des médicaments, ou qui retentissent sur les activités quotidiennes (James, 1991). Sultan a considéré aussi que la dysménorrhée est supérieure à la simple gêne pelvienne (Sultan, 2002). Cependant, Robinson, Jamieson et Thirza définissent la dysménorrhée comme des douleurs accompagnant la menstruation quelque soient leur degré d'intensité (Robinson, 1992 ; Jamieson, 1996 ; Thirza, 1999).

Notre étude a révélé une fréquence élevée de la dysménorrhée à 82%. Cette haute fréquence est en accord avec les données de certaines enquêtes, 91,2% pour une étude au Marrakech

(Adham, 2014), 80% pour une étude indienne (Agarwal, 2010) et de 82,2% a été signalée par une étude japonaise (Hirata, et *al.*, 2002), ainsi que des fréquences moins élevées ont été notées : 64% pour une étude en Mexique (Ortiz, 2010), par ailleurs, d'autres pourcentages plus bas de 16% a été enregistré par une étude effectuée par James (James, et *al.*, 1991).

Malgré la différence en fréquences de la dysménorrhée entre les études, on peut prononcer que la dysménorrhée concerne au moins une jeune fille ou une femme sur deux (Graesslin, et *al.*, 2004).

Dans notre étude, parmi les 82% dysménorrhéiques, 18% des enquêtées ayant les douleurs des règles dès la 1^{ère} année par rapport aux 82% ayant des douleurs après la première année. Ces résultats sont en accord avec les résultats d'Adham (Adham, 2014) qui a noté que 26,6 % ont eu leur dysménorrhée dès la première année de la vie génitale, contre 73,4 % qui l'ont eu après la première année.

De nombreuses études ont permis d'incriminer certains facteurs de risque de dysménorrhée. Harlow (Harlow et *al.*, 1996) a réalisé en 1996 une étude longitudinale sur les facteurs de risques impliqués dans la survenue de la dysménorrhée et sa sévérité. D'après ses résultats, l'âge précoce de la ménarche, la durée prolongée des menstruations et le surpoids prédisposent à la dysménorrhée. Le tabagisme augmenterait la durée de la symptomatologie.

Dans notre étude nous avons constaté que la douleur est d'une intensité moyenne ou intense chez les sujets dont l'âge varie entre 38 et 47 ans et que la majorité (66,7%) des enquêtées âgées entre 28 et 37 ans déclarent leur souffrance de douleurs d'une intensité moyenne.

En effet, plusieurs études déclarent que la dysménorrhée croît avec l'âge et l'ancienneté de la ménarche pour régresser à un âge avancé (Aderdour, et *al.*, 1995 ; Friednich, 1983 ; Klein et Litt, 1981 ; Mijanovic, 1990 ; Sundell, et *al.*, 1990).

Une étude Suédoise (Sundell, et *al.*, 1990) menée en deux temps a montré que la fréquence de la dysménorrhée dans une population de femmes âgées de 24 ans est de 67 % contre 72 % retrouvée dans la même population 5 ans auparavant. En outre, Osuga et *al.* (Osuga, et *al.*, 2005) ont trouvé, sur une population de femmes âgées de 20 à 49 ans, que la fréquence de la dysménorrhée diminue avec l'augmentation de l'âge.

Dans cette étude on a trouvé que 60 % des sujets ayant leur ménarche entre 10 et 13 ans. Le symptôme le plus noté durant la période de menstruation chez les sujets enquêtées est la

nervosité (96%) suivi par les douleurs des seins, la ballonnement abdominale (60%) et la diarrhée (40%), en revanche, les résultats de Adham (Adham, 2014) révèlent que La nervosité est le symptôme accompagnateur le plus fréquent avec une fréquence de (61%), suivie par les mastodynies chez (51,4%).

Dans cette étude nous avons noté une augmentation de l'intensité de la douleur proportionnellement avec l'augmentation de la durée de la menstruation. La majorité des sujets dont la durée du saignement supérieure à 6 jours (66,7%) déclarent qu'elles souffrent d'une douleur intense. Par ailleurs les sujets qui ont une douleur faible (7,1%) la durée de leur menstruation de 4 à 6 jours, et qui est en accord avec les résultats d'autres enquêtent, de Balbi (Balbi, 2000), Sundell (Sundell, 1990), Klein (Klein, 1981) et Andersch (Andersch, 2006), qui ont établi la longue durée des règles comme facteur de risque de l'intensité de la dysménorrhée.

Dans cette étude toutes les enquêtées qui ont une abondance minime de la menstruation souffrent de douleurs fortes. Par contre Balbi (Balbi, 2000) a montré que les douleurs sont plus importantes si le flux menstruel est plus abondant. Même résultat a été prononcé par Fignon (Fignon, 1995).

Parmi les sujets souffrants de douleurs fortes, l'intensité de la dysménorrhée est proportionnelle avec l'augmentation de la durée du cycle. Chez 63,6% des enquêtées ayant un cycle menstruel supérieur à 28 jours, l'intensité des douleurs est forte. Cependant, dans une étude de Sundell (Sundell, 1990), il n'y a pas de corrélation significative entre la durée du cycle et la sévérité de la dysménorrhée.

Nous avons constaté que l'irrégularité du cycle menstruel semble être associée à une intensité moyenne et forte de la dysménorrhée. Une fréquence de 54,5% des sujets qui ont un cycle menstruel irrégulier souffrent de douleurs forte. Les résultats de Adham (Adham, 2014) n'ont pas révélé une relation significative entre la régularité du cycle menstruel et l'intensité de la dysménorrhée. L'étude d'Andersch (Andersch, 2006) rapporte aussi l'absence de toute liaison entre ces deux paramètres.

Dans notre étude nous avons noté une variété de signes accompagnateurs à la dysménorrhée. 96% des sujets souffrent de la nervosité au cours de leurs menstruations. Les douleurs des seins et le ballonnement abdominal accompagnent la dysménorrhée dans 60 %

des cas et 54 % des enquêtées déclarent qu'elles présentent des diarrhées au cours de leur dysménorrhée.

Pour Sultan (Sultan, et *al.*, 2000), l'asthénie est le symptôme accompagnateur le plus fréquent (70 %), suivie par les lombalgies (59 %) et l'irritabilité (57 %). En outre, les vomissements et les nausées sont retrouvés chez 30 % des jeunes filles dysménorrhéiques. Les céphalées sont présentes chez 29 %, les vertiges chez 28 %, les myalgies chez 27 %, les diarrhées chez 20 % et les lipothymies chez 17 %. Les mastodynies et le ballonnement abdominal se sont révélés être les plus fréquents dans l'étude Casablancaise (65 % et 45.7 %) (Aderdour, et *al.*, 1995).

Une étude Australienne (Thirza, et *al.*, 1999) a noté des sensations de fatigue chez 49.7 %, des troubles de l'humeur chez 37.2 %, des nausées chez 17.3 % et des diarrhées chez 12.5 %. En effet, elle a signalé que 27 % des filles rapportent que les signes accompagnateurs sont intolérables plus que la douleur elle-même. Cela illustre que les signes d'accompagnement participent pour beaucoup dans le retentissement de la dysménorrhée sur la vie de la patiente (Fignon, et *al.*, 1996).

En plus, d'autres signes accompagnateurs ont été rapportés : pollakiurie avec ou sans cystalgies et épisodes de pâleur ou rougeur du visage (Cohen, 1997).

Selon les données de la littérature la dysménorrhée est la première cause d'absentéisme scolaire, universitaire et professionnel chez les sujets de sexe féminin (Graesslin, et *al.*, 2004).

Notre étude a révélé un taux d'absentéisme universitaire et professionnel des enquêtées dysménorrhéiques estimé à 30%, contre 70 % qui n'ont jamais absenté à cause de leurs dysménorrhées. Des fréquences similaires ont été signalées par plusieurs auteurs : 33,6 % pour l'étude Casablancaise (Aderdour, et *al.*, 1995), 35 % pour l'étude de Sultan (Sultan, et *al.*, 2004) et 34 % pour une étude Suédoise (Sundell, et *al.*, 1990). Néanmoins, d'autre étude ont noté des taux plus élevés. Une étude américaine (Johnson, 1988) a rapporté un taux d'absentéisme à 46,5 %. L'étude de Houston et al (Houston, et *al.*, 2006) signale une fréquence de 43,2 %.

Un pourcentage très élevé des sujets dysménorrhéiques (84%) déclare une diminution importante de leur capacité de concentration, ce qui paralyse le déroulement normal de leur activité quotidienne. Ces résultats sont comparables à ceux de l'étude réalisée par Adham aux Maroc (Adham, 2014) qui révèlent qu'une fréquence de 78% des sujets souffrent d'une diminution de leur capacité de travail et de concentration. Un taux moins élevé a été rapportée

par Johnson (Johnson,1988) qui a trouvé que 59 % des adolescentes déclarent une diminution de leur activité. Même fréquence (59 %) a été soulignée par Chacko et al (Chacko, et *al.*, 2000).

Wilson (Wilson, et *al.*, 1989) signale que 55 % parmi 80 filles dysménorrhéiques rapportent que les douleurs affectent leur capacité de travail. Une étude Australienne (Thirza, et *al.*, 1999), effectuée sur 384 lycéennes, a révélé que 52 % des filles dysménorrhéiques déclarent une limitation de leur activité. Ainsi que 45 % sont limitées dans leur activité scolaire, 48 % sont limitées dans les activités sportives et 46 % sont limitées dans les activités sociales.

Il s'agit donc bien d'un phénomène de société avec un retentissement socio- économique non négligeable justifiant une prise en charge de qualité.

Notre étude a mis en évidence une automédication trop élevée. En effet, on a constaté un faible pourcentage des sujets qui ont déjà consulté un médecin pour leur douleur de règle (24 %). Cependant, une fréquence de 44 % des sujets utilisent un traitement médical pour soulager leur douleur. La majorité des sujets soulagent leur douleur en utilisant du Paracétamol (36%), suivis par ceux qui utilisent l'Ibuprofène et le Diclofénac sodium (12% et 10% respectivement).

Nos résultats vont en parallèle avec d'autres études. Sultan (Sultan, et *al.*, 2000) a signalé que plus que la moitié des adultes considèrent la dysménorrhée comme un phénomène normal et ne prennent aucun traitement. En outre, il a noté que les traitements utilisés sont présentés essentiellement par les antalgiques (29 %). Par contre, les anti-inflammatoires ne sont utilisés que dans 11 % des cas et les contraceptifs que dans 4 % des cas.

Johnson (Johnson, 1988), d'après son étude a montré le manque surprenant de connaissance du traitement efficace de la dysménorrhée chez les adultes. Ainsi, il a noté que seulement 54 % savent que certains médicaments pourraient être pris pour soulager les douleurs, et seulement 14,7 % ont pu nommer un anti-inflammatoire autre que l'aspirine. Thirza et *al.* (Thirza, et *al.*, 1999) déclarent également que plus que le quart des adultes ignorent que les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être pris pour traiter la dysménorrhée. En plus que la moitié (53 %) utilisent des simples analgésiques pour traiter leur douleur de règles et les anti-inflammatoires sont utilisés dans 42 % des cas et seulement 11 % ont déjà entendu que le traitement doit être pris avant le début des symptômes.

Il a été connu depuis des siècles que les femmes utilisent des remèdes alternatifs et complémentaires pour soulager leur douleur menstruelle (Foster, et *al*, 1999). Ainsi, l'usage de la chaleur comme mesure de confort pour la dysménorrhée (bouteille d'eau chaude, coussinet chauffant) a été longtemps rapporté (Durain, et *al.*, 1985) Akin et *al* (Akin, et *al.*, 2001) ont trouvé que la thérapie locale via un dispositif abdominal offre une amélioration des douleurs significativement supérieure à celle obtenue par un placebo, et ils suggèrent que la thérapie locale sera très utile pour les femmes qui ont du mal à utiliser les antalgiques par voie orale.

Il a été rapporté aussi que le changement du régime alimentaire peut apporter un plus aux femmes dysménorrhéiques. L'addition des suppléments de calcium, de magnésium et de la vitamine E, et la consommation du poisson, des œufs et des fruits offrent un soulagement des douleurs menstruelles (Balbi, et *al.*, 2000 ; Deutch, et *al.*, 2000 ; Ziaei, et *al.*, 2001).

En effet, les femmes trouvent que les préparations faites des herbes et des suppléments alimentaires sont des traitements naturels qui n'ont pas des effets secondaires (Durain, et *al.*, 1985).

Dans notre étude on a enregistré un pourcentage élevé de l'ordre de 64% des dysménorrhéiques utilisent les moyens traditionnels, qui sont essentiellement des boissons chaudes, des remèdes non pharmacologiques faits de fusion de cumin, de cannelle et d'autres herbes. Ces moyens traditionnels sont jugés efficaces chez 58% des enquêtées, nos résultats sont comparables à ceux d'Adham (Adham, 2014) qui a montré que plus que la moitié des dysménorrhéiques (51,5 %) ont déjà eu l'expérience de prendre un traitement traditionnel, et parmi ces sujets, 78,5 % déclarent qu'il est efficace. En outre, un pourcentage non négligeable des enquêtes utilisant un moyen de soulagement (35,2 %) préfèrent prendre un traitement traditionnel sous prétexte qu'il est efficace et n'entraîne pas des effets secondaires.

L'analyse de nos données révèle que toutes les enquêtées qui ont un poids insuffisant déclarent qu'elles souffrent de douleurs modérées. On a constaté également que la fréquence des sujets qui souffrent de douleurs fortes diminue proportionnellement avec l'augmentation de l'IMC. D'autre part les fréquences les plus élevées de tous les signes accompagnateurs à la dysménorrhée sont enregistrées parmi les enquêtées en surpoids alors que les taux de ces symptômes parmi les sujets dont le poids est insuffisant sont nuls ou très faibles. Ces résultats sont statistiquement non significatifs ainsi que la corrélation de l'IMC avec les paramètres

déterminant la dysménorrhée. Ces résultats, bien que non significatifs, indiquent la possibilité que la dysménorrhée ne soit pas influencée par l'IMC.

Des données contradictoires ont été publiées concernant le poids comme facteur de risque de la dysménorrhée. Pour certains auteurs, les douleurs sont indépendantes du poids et de la taille des sujets dysménorrhéiques, pour d'autres un IMC faible ou la perte de poids indépendamment de l'IMC augmenteraient la sévérité des douleurs (Hirata, *et al.*, 2002 ; Montero, *et al.*, 1996) tandis que d'autres études concluent à une influence négative du surpoids ou de l'obésité (Harlow, *et al.*, 1996 ; De Sanctis, *et al.*, 2017).

Nos données sont comparables aux résultats de plusieurs études. Une étude américaine publiée en 2014 (Marisa, 2014) rapporte qu'il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans les fréquences de dysménorrhée entre des femmes de poids corporel différents. Cette étude a montré que la probabilité de souffrir de dysménorrhée était plus élevée pour les groupes d'IMC d'insuffisance pondérale et obèses, bien que ces différences ne soient pas statistiquement significatives. Selon les auteurs de cette étude, les personnes souffrant d'insuffisance pondérale et de malnutrition ainsi que les personnes souffrant d'obésité morbide sont susceptibles de développer des maladies. La dysménorrhée peut être une maladie qui est plus susceptible d'affecter les femmes qui ne prennent tout simplement pas soin de leur corps. Dans le cas des femmes qui ont un poids insuffisant, elles peuvent limiter les apports alimentaires, ce qui entraîne des carences nutritionnelles, ce qui ne permettent pas à l'organisme de fonctionner de manière optimale. D'un autre côté, les femmes obèses peuvent abuser des aliments riches en calories et en graisses et négliger de faire suffisamment d'exercice physique, ce qui nuira également aux processus physiologiques normaux du corps (Marisa, 2014).

Un ensemble d'études ont rapporté qu'aucune corrélation entre l'IMC et la dysménorrhée n'a été noté. Des chercheurs suédois ont interrogé plusieurs milliers de femmes âgées de 19 ans, puis ont réalisé un suivi avec le même groupe de femmes 5 ans plus tard pour évaluer l'incidence de la dysménorrhée ainsi que les facteurs de risque impliqués. Les résultats de cette étude ont montré que ni la taille ni le poids n'avaient un effet sur la gravité ou la prévalence de la dysménorrhée (Sundell *et al.*, 1990).

Des chercheurs américains sont arrivés à la même conclusion, à savoir que l'IMC n'avait aucun lien avec aucun trouble menstruel, y compris la dysménorrhée. (Kritz-Silverstein, *et al.*, 1999).

Cependant, d'autres travaux ont montré qu'il y avait une différence significative entre la présence de dysménorrhée et l'IMC (Rad et *al.*, 1990). Une étude récente réalisée en 2020 en chine qui a étudié les facteurs de risque de la dysménorrhée parmi les femmes souffrant d'endométriose a montré que l'obésité était un facteur de risque de dysménorrhée sévère (Yunhui ; 2020).

Chauhan et *al.*, (2012) dans le but d'étudier la relation entre la dysménorrhée et l'IMC, ils ont noté une relation inverse et significative entre la prévalence de la dysménorrhée et de l'IMC. Dans cette étude la malnutrition est suggérée comme un facteur de risque de la dysménorrhée (Chauhan et *al.*, 2012). Selon les données de la littérature, le système nerveux central a un rôle dans l'augmentation de la sévérité des douleurs menstruelles, suggérées comme une cause potentielle de dysménorrhée. (Bettendorf et *al.*, 2008). Selon cette théorie, le stress psychologique associé à la perte de poids ou à la prise de poids peut être due à la différence dans la perception de la douleur et la sensibilité à la douleur entre ces individus et ceux qui ont un poids normal qui en résulte dans une expérience mentale différente de la douleur (Frisch, 1994).

CONCLUSION

La dysménorrhée primaire est un symptôme fréquent aussi bien chez l'adolescente que chez la femme adulte. En effet, notre étude a confirmé sa fréquence très élevée (82%) parmi les adultes Constantinoises.

Parallèlement à plusieurs études, notre étude suggère un profil du cycle menstruel des adultes dysménorrhéiques. Ainsi, les adultes dysménorrhéiques ont eu souvent leur ménarche à un âge précoce et ont une longue durée des règles.

A Constantine, la dysménorrhée continue à être une cause majeure d'absentéisme scolaire, universitaire et professionnel aussi bien d'une diminution des capacités intellectuelles des femmes. Et malgré les progrès réalisés dans la connaissance des mécanismes physiopathologiques de la dysménorrhée, les dysménorrhéiques souffrent toujours de leur douleur menstruelle. L'automédication est élevée, mais les traitements efficaces sont peu connus.

Dans notre étude, nous sommes concentrés sur la relation de l'Indice de Masse Corporelle et l'état de dysménorrhée. Cette étude a révélé une absence de corrélation significative entre l'IMC et les différents paramètres de la dysménorrhée. Nous avons constaté que la fréquence des sujets qui souffrent de douleurs fortes diminue proportionnellement avec l'augmentation de l'IMC. Nos résultats suggèrent que le surpoids est un facteur de risque de l'apparition des signes accompagnateurs à la dysménorrhée, cependant ces résultats sont non significatifs.

Des études complémentaires sont nécessaires afin de pouvoir tirer des conclusions définitives concernant la relation entre l'IMC et la dysménorrhée dans notre population.

ANNEXE

Questionnaire (Bruera, 1991).

Enquête sur la dysménorrhée de l'adulte

1-Nom et prénom.....

1-Age :

2- Faculté :

3- poids :, Taille :

4-L'âge de vos premières règles :

5-La durée des règles est : <4jours 4-6jours > 6jours

6-L'abondance des règles est : Minimale Moyenne Importante

7-La durée du cycle est : < 28jours 28 jours >28 jours

8-Votre cycle est : Régulier Irrégulier

9-Existe-t-il des membres de la famille (mère, sœurs) souffrant de douleurs des règles ?

Oui Non

10-Est-ce que le sujet de douleurs des règles reste tabou pour vous ?

Oui Non

12-Souffrez-vous des douleurs accompagnant les règles ? Oui Non

13-Ces douleurs sont apparues :

Dès la 1ère année des règles Après la 1ère année des règles

14-Ces douleurs sont :

Occasionnelles (quelques cycles) Fréquentes (plusieurs cycles) Constantes (tous les cycles)

15-Le début des douleurs par rapport aux règles est :

Précédant les règles Fin des règles Début des règles Pendant la période des règles

16-La durée des douleurs est : < 24h > 24 h

17-Ces douleurs intéressent :

Partie basse de l'abdomen Partie basse du dos Irradiation aux membres inférieurs

18-L'intensité des douleurs est :

Faible (simple gêne) Modérée Forte (nécessitant l'alitement)

19-Avez-vous déjà consulté un médecin pour ces douleurs ? Oui Non

20-Si oui, combien de fois : 1fois Plusieurs fois

21-Avez-vous consulté un : Généraliste Spécialiste

22-Avez-vous bénéficié d'analyses complémentaires ? Oui Non

23-Si oui, lesquelles ? Echographie

Autre :

24-Ces douleurs diminuent votre capacité de travail et de concentration ? Oui Non

25-Ces douleurs vous obligent-elles à vous absenter ? Oui Non

26-Si oui, vous vous absentez de façon :

Occasionnelle (quelques cycles) Fréquente (plusieurs cycles) Constante (tous les cycles)

27-Quelle est la durée de votre absentéisme par cycle ?.....

28-Prenez-vous des médicaments pour soulager vos douleurs ? Oui Non

29-Si oui, lesquels :

30-Ces médicaments soulagent-ils vraiment vos douleurs ? Oui Non

31-Utilisez-vous des moyens traditionnels pour soulager vos douleurs ? Oui Non

32-Si oui, vous les utilisez de façon : Occasionnelle Fréquente

33-Ces moyens soulagent-ils vos douleurs ? Oui Non

34-Vous préférez les : Médicaments prescrits par un médecin Moyens traditionnels

35-Parmi les signes suivant, lequel ou lesquels accompagne (ent) vos douleurs ?

Nausées Diarrhées Douleurs des seins

Vomissements Ballonnement abdominal Maux de tête

Evanouissement Humeur dépressive Nervosité

Insomnie Irritabilité

36-Ces douleurs augmentent d'intensité si :

Conflit familial Echec scolaire Choc affectif

Période des examens Stress quelle que soit la cause

Aucun de ces facteurs n'est incriminé

Echelle visuelle analogique de la douleur

VEUILLEZ ENTOURER CI-DESSOUS LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A CE QUE VOUS RESSENTEZ ACTUELLEMENT :										
Pas de douleur										Douleur maximale
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

RÉFÉRENCES
BIBLIGRAPHIQUES

Aderdour M, Abi F, Bartal M, Ghazali M. (1995). Etude de la dysménorrhée. Thèse présentée et soutenue en 1995 par Zafad S, à la fac de med à Casablanca.

Adham, 2014. « Prévalence de l'obésité à Marrakech ». Thèse de doctorat en Médecine. Option: Médecine. Université Cadi Ayyad. Marrakech.

Agarwal AK, Agarwal A. (2010). A study of dysmenorrhea during menstruation in adolescent girls. *Indian J Community Med* 2010 ;35 :159-64.

AMELI. Douleurs lors des règles [modifié le 13 juillet 2018 ; consulté le 1 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/reglesdouloureuses/douleurs-regles>.

Année Mondiale Contre la Douleur chez les Femmes De vraies Femmes, une vraie Douleur (2007). « Dysménorrhée. Copyright International Association for the Study of Pain, September 2007. References available at www.iasppain.org.

Andersch B, Milsom I. (1982). An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol*; 144: 655-60.

Alvin P.E, Litt I.F. (1982). Current status of the etiology and management of dysmenorrhea in adolescence. *Pediatrics* 1982 ; 704 :516-525.

Apfel Baum M, Roman M, Dulus M. (2000). Diététique et Nutrition. Edition Masson. P :162-535.

Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, Goodale MP, Hinkle RT, Smith RP. (2001). Continuous low- level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 343-9.

Balbi C, Musone R, Menditto A, Prisco LD. (2000). Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. *Eur J of Obstet Gynecol and Reprod Biol* 2000; 91: 143-8.

Banikarim C, Chacko M.R., Kelder S.H. (2000). Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic femal adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 1226-9.

Bersjot P.- (1979). Socio-economic implications of dysmenorrhea. *Acta Obstetric Gynaecology scand*, 1979; suppl. 87 :67-68.

Bettendorf B, Shay S, Tu F. Dysmenorrhea: Contemporary perspectives. *Obstet Gynecol Surv* 2008 ; 63 :597-603.

Blondel Vendé Pauline. (2014). La Dysménorrhée De L'adolescente : A Propos d'une Enquête Descriptive Auprès De 907 Lycéennes De L'agglomération Rounnaise, Thèse De Doctorat en médecine. Université de Rouen.

Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. "The Edmonton Symptom assessment system". *Journal of Palliative Care*. 1991 ; 7(2) : 6-9.

Chauhan M, Kala J. Relation between dysmenorrhea and body mass index in adolescents with rural versus urban variation. *J Obstet Gynaecol India* 2012 ; 62 :442-5.

CNGOF. Le cycle menstruel [modifié le 31 mai 2016 ; consulté le 14 janvier 2018]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/103-le-cycle-menstruel> 129.

Cohen J. (1997). Les dysménorrhées. In : Charpon C, Benhamou D, Belaisch JA, Dubuisson JB. La douleur en gynécologie. ArnetteBlakwell, Paris : 131-50.

Cole LA, Ladner DG, Byrn FW. (2009). The normal variabilities of the menstrual cycle. *Fertil Steril.* 2009;91(2):522-527.

Dawood MY. (1990). Dysmenorrhea. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 168-78.

Dawood MY. (1981). Overall approach to the management of dysmenorrhea. In: Dawood MY, editor. *Dysmenorrhea.* Baltimore: Williams and Wilkins; 1981. p. 261-79.

Durain D. (2004). Primary dysmenorrhea: assessment and management update. *Journal of Midwifery, Women's Health* 2004; 49: 520-8.

Deutch B. et al. (2000). Menstrual discomfort in Danish women reduced by dietary supplements of OMEGA-3 PUFA and B12 (fish oil or seal oil capsules). *Nutrition Research* 2000; 20: 621-31.

De Sanctis V, Soliman aT, Elsedfy H, Soliman NA, Soliman R, El Kholy M. (2017). Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different country. *Acta Bio-Medica Atenei Parm.* 16 janv 2017 ;87(3) :233-46.

De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Bozzola M, et al. Primary Dysmenorrhea in Adolescents: Prevalence, Impact and Recent Knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev PER.* Déc 2015;13(2):512-20.

FAO. (2005). Profil Nutritionnel de l'Algérie – Division de l'Alimentation et de la Nutrition.

Ferreira Andréa. (2018). « Evolution des dysménorrhées sous contraception intra-utérine au lévonorgestrel ». Mémoire pour le diplôme d'état en science maïeutiques. Université PIERRE ET MARIE CURIE-FACULTE DE MEDECINE.

Fignon A, Pagneux J, Perrotin J, Marret H, Akpadza K, Body G. (1995). Dysménorrhée. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Gynécologie ; 161-A-10, 7p.*

Fransen M, March L Ananthcoomasamy A, (2009). "Obesity and the musculo skeletal system," *Curr Opin Rheumatol*, vol. 21:71-7, 2009.

Friedrich M.A. (1983). Dysmenorrhea. *Women Health* 1983; 8: 91-106.

Frisch RE. The right weight: Body fat, menarche and fertility. *Proc Nutr Soc* 1994 ;53 :113-29.

Foster S, Tyler VE. (1999). Tyler's honest herbal: A sensible guide to herbs and related remedies. New York: The Haworth Press.

- Gaziano J.M., Berger K., Rexrode K.M., Cook N.R., Buring J.E., Kurth T., (2002).** Body mass index and the risk of stroke in men.: Arch Intern Med.
- Grace Mtawali, Manuel Pina, Maria Angle, Cathrine Murphy. (1998).** Le cycle menstruel et sa relation avec les méthodes contraceptives. Une référence pour les formateurs en santé de la reproduction. Edition INTRAH. P 80.
- Graesslin O., Dedecker F., Gabriel R., Quereux F., Quereux C. (2004).** Dysménorrhée. EMC- Gynécologie obstétrique 2004 ; 1 : 55 – 67.
- Grandi G, Ferrari S, Xholli A, Cannoletta M, Palma F, Romani C, et al.** Prevalence of menstrual pain in young women: what is dysmenorrhea? J Pain Res. 2012; 5:169-74.
- Gelaye B, Sacco S, Brown WJ, Nitchie HL, Ornello R, Peterlin BL. (2017).** Body composition status and the risk of migraine: A meta-analysis. Neurology. 9 mai 2017 ;88(19) :1795-804.
- Godin ribout. (2018).** « Dysménorrhée et endométriose ». Thèse pour l'obtention de titre de docteur en pharmacie.
- Haffner S.M. (2006).** Relationship of metabolic risk factors and development of cardiovascular disease and diabetes.: Obesity.
- Halner V., Vrbikova J. (2009).** Obesity and polycysticovary syndrome.: Obstet Facts.
- Halstedt C. (1999).** Obesity: effects on the liver and gastro-intestinal system.: Curr Opin Gastroenterol.
- Harlow SD. (1996).** To longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in to cohort of women college. Br J Obstet Gynecol 1996; 103: 1134-42.
- Houston A.M., Abraham A., Huang Z., D'Angelo L.J. (2006).** Knowledge, attitudes, and consequences of menstrual health in Urban adolescent females. J Pediatr Adolesc Gynecol 2006; 19: 271-5.
- Hirata M, Kumabe K, Inoue Y. (2002).** [Relationship between the frequency of menstrual pain and bodyweight in female adolescents]. Nihon Koshu Eisei Zasshi Jpn J Public Health. juin 2002;49(6):516-24.
- Ilanne-Parikka P, Laaksonen DE, Eriksson JG, Lakka TA, Lindstr J, Peltonen M, Aunola S, Keinanen-Kiukaanniemi S, Uusitupa M, Tuomilehto J. (2010).** Finnish Diabetes Prevention Study Group Leisure-time physical activity and the metabolic syndrome in the Finnish diabetes prevention study. Diabetes Care 33(7): 1610–1617.

- Janzon L., Almer L.O. (1976).** Low vascular fibrinolytic activity in obesity.: Thromb Res.
- Jacotot B, Campillo B. (2003).** Nutrition Humaine. Edition Masson. P :216-217.
- Jamieson DJ, Steege JF. (1996).** The Prevalence of Dysmenorrhea, Dyspareunia, Pelvic pain, and Irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 55-8.
- James FR, Large RG, Bushnell JA, Wells JE. (1991).** Epidemiology of pain in New Zealand. *Pain* 1991; 44: 279-83.
- Jeffcoate T.N.A. (1975).** Principales of gynecology. Fourth Ed. London, Butterworths, 1975, pp: 537.
- Johnson J. (1988).** Level of knowledge among adolescent girls regarding effective treatment for dysmenorrhoea. *J Adolesc Health Care* 1988; 9: 398-402.
- Ju H, Jones M, Mishra GD. (2015).** A U-Shaped Relationship between Body Mass Index and Dysmenorrhea: A Longitudinal Study. *PLOS ONE* 10(7): e0134187.
- Kahn S.E., Utzschneider K.M. (2006).** Review: the role of insulin resistance in non-alcoholic fatty liver disease.: *J Clin Endocrinol Metab*.
- KARAOUZENE.NS. (2014).** Facteur prédictifs et altérations métaboliques et immunologiques de l'obésité : comparaison entre les personnes jeunes et âgées. Thèse de doctorat en biologie.
- Kessler R., Canuet M., Weitzenblum E. (2008).** Obesity-hypoventilation syndrome : *Rev Mal Respir*.
- Klein JR, Litt IF. (1981).** Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics* 1981; 68: 661-4.
- Kolly Aly Dembélé. (2006).** La Disménorrhée Chez L'adolescente : Aspects Cliniques Et Thérapeutiques Au Centre De Sante De Référence De La Commune V Du District De Bamako (A Propos De 214 Cas). Thèse De Doctorat en Médecine. Université De Bamako.
- Kritz-Silverstein, D., Wingard, D. L., & Garland, F. C. (1999).** The association of behavior and lifestyle factors with menstrual symptoms. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, (8)9, 1185-1193. doi: 10.1089/jwh.1.1999.8.1185.
- Latthe P. (2006).** Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 1 avr 2006;332(7544):749-55.
- Lau, David C.W. (2007).** James D. Douketis, Katherine M. Morisson, Irene M. Hramiak, Arya M. Sharma, et Ehud Ur. Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [Summary] ». *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 176 (8): S1-13.doi: 10.1503/cmaj.061409.2006 2007.
- L. Drake R, Wayne Vogl A, Mitchell AWM. (2015).** Gray's anatomie pour les étudiants. 3ème éd. Elsevier Masson.

- Marisa Richard. 2014.** Dysmenorrhea and Body Mass Index. Thesis of Master of science. Eastern Michigan University
- Mc Culloch C.E., Iribarren C. (2006).** Darbinian J., Go A.S., Hsu C.Y., Body mass index and risk for end-stage renal disease.: *Ann Int Med.*
- Montero P, Bernis C, Fernandez V, Castro S. (1996).** Influence of body mass index and slimming habits on menstrual pain and cycle irregularity. *J Biosoc Sci.* Juill 1996 ;28(3) :315-23.
- Mostafa Rad, Marzieh Torkamannejad Sabzevari, Sedigheh Rastaghi, Zahra Mohebbi Dehnavi. (2018).** The relationship between anthropometric index and primary dysmenorehea in female high school students. *Journal of Education and Health Promotion.* Vol 7.
- Mignardot, J. (2011).** Obésité et troubles du contrôle postural rôles de certaines contraintes morphologiques et sensori-motrices [THESE DE DOCTORAT]. Université de Grenoble.
- Milani R.V., Ventura H.O., Lavie C.J. (2009).** Obesity and cardiovascular disease. Risk factor, paradox, and Impact of Weight Loss.: *J Am Coll Cardiol.*
- Mijanovic C. D. (1990).** Correlation between certain factors in maturation and primary dysmenorrhoea in adolescence. *Jugosl. Ginekol. Perimetol;* 1990; 30: 79-82.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., Gakidou, E. (2014).** Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9945), 766-781. Doi :10.1016/s0140-6736(14)60460-8
- OCDE. (2017).** Surpoids et obésité chez les adultes. Éditions OCDE, Paris, (2010), 86-87. doi:http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr.
- OMS. (1997)** Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapports techniques Juin 1997. [Online]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42734/1/WHO_TRS_894_fre.pdf
- OMS. (2004).** Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series, No 854,1995.
- OMS. (2003).** Obésité. Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Série de rapport technique N°894 ; OMS Genève.
- Ornello R, Ripa P, Pistoia F, Degan D, Tiseo C, Carolei A, et al. (2015).** Migraine and body mass index categories: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Headache Pain.* 28 mars 2015; 16 :27.
- Ortiz MI. (2010).** Primary dysmenorrhoea among Mexican university students: prevalence, impact and treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010 ; 152 : 73-7.

Organisation Mondiale de la Santé - Infographie réalisée par nos soins, (2020).

Osuga Y., Hayashi K., Kobayashi Y. et al. (2005). Dysmenorrhea in Japanese women. *Inter J Gynecol Obstet* 2005; 88: 82-3.

Pavlovic JM, Vieira JR, Lipton RB, Bond DS. (2017). Association Between Obesity and Migraine in Women. *Curr Pain Headache Rep.* 25 août 2017 ;21(10) :41

Pélissier C. (2005). Les Disménorrhées Et Leur Traitement Médical, Dans paris : Mises A Jour En Gynécologie Médical. Collège National Des Gynécologues Et Obstétriciens Français. p. 89-97.

Pélissier Langbort C. (2005). Les dysménorrhées et leur traitement médical. Dans : CNGOF. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. 2005 [consulté le 11 décembre 2017]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GM_137_pelissier.pdf -Pi-Sunyer, The Medical Risks of Obesity.: *Postgrad Med*, 2009 November.

Robinson J, Plicht AS, Weisman CS, Nathanson CA, Ensminger M. (1992). Dysmenorrhea and use of oral contraceptives in adolescent women attending a family planning clinic. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 578-83

Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc.*2000 ; 32(5) :963-75. Review.

Sciences de la vie et de la terre. (2018). La reproduction, une fonction contrôlée par les hormones. [Consulté le 6 octobre 2018]. Disponible sur : http://eric.lacouture.free.fr/lycee/1ereES/cours_1ereES_ch1.htm.

Simon. (2011). Disménorrhée. *Rev Med Brux.*32, 252-5.

Sobczyk R. (1980). Dysmenorrhea: the neglected syndrome. *J Reprod Med* 1980 ; 25 : 198-201.

Stéphanie l'évéque, (2003). Etude comparative des résultats de l'ICSI au CHU de Nantes selon origine des spermatozoïdes. Thèse de docteur en pharmacie.

Sultan C, Paris F, Atta G, Legasal P, Lumbroso S, Dumas R. (2000). Epidémiologie de la dysménorrhée de l'adolescente en France. In : Sultan C. La puberté féminine et ses désordres. Eska Paris: 219-28.

Sundell G, Milsom I, Andersch B. (1990). Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *Br J Obstet Gynaecol* 1990 ; 97 : 588-94.

Touilami na, 2017. « Etude de la prévalence de l'obésité dans la population de Ouled », mémoire master, Université Mimoun (Tlemcen-Algérie).

Thirza I. J. Hillen, Shannon L. Grbavac, Philippa J. Johnston, et al. (1999). Primary Dysmenorrhea in Young Western Australian Women: Prevalence, Impact and Knowledge of treatment. In: *J adolesc health* 1999; 25: 40-5.

Turi, B.C. ; Codogno, J.S. ; Fernandes, R.A. ; Monteiro, H.L. 2015. Walking and spending on health in adult system users' Brazilian public health: cross-sectional retrospective study. *Science and Collective Health*, 20 (11), 3561-1568.

Widholm O, Kantero R. (1971). Menstrual patterns of adolescent girls according to the chronological and gynecological ages. *ActaObstet Gynecol Scand* 1971; 50: 19.

Wilson C, Keye W. (1989). A survey of adolescent dysmenorrhoea and premenstrual symptom frequency. *J Adolesc health care* 1989; 10: 317-22.

Yunhui Tang, Mingzhi Zhao, Luling Lin, Yifei Gao, George Qiaoqi Chen, Shouzhen Chen, Qi Chen. 2020. Is body mass index associated with the incidence of endometriosis and the severity of dysmenorrhoea: a case– control study in China? *BMJ Open*;10: e037095. doi:10.1136/ bmjopen-2020-037095.

Ziaei S, Faghihzadel S, Sohrabvand F, Lamyian M, Emamgholy T. A. (2001). randomised placebocontrolled trial to determine the effect of vitamin E in treatment of primary dysmenorrhoea. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 1181-3.

Université des Frères Mentouri Constantine 1-Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie
Département de Biochimie et de Biologie Moléculaire et Cellulaire

Spécialité : Physiologie Cellulaire et Physiopathologie

Noms et prénom : Askratni Ouafa

Bourekhouk Nesrine

Date de soutenance : le 23 / 05 / 2021

Titre : DYSMENORRHEE ET IMC

Objectifs : Estimer la fréquence de la dysménorrhée, déterminer ses caractéristiques chez les adultes Constantinoises et étudier la relation entre la dysménorrhée et l'IMC.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une enquête transversale fondée sur 50 sujets dans la Willaya de Constantine, en utilisant un questionnaire et une échelle visuelle analogique de la douleur.

Résultats : Nous avons enregistré une fréquence très élevée de la dysménorrhée de l'ordre de 82 %. Elle était sévère dans 44% des cas. Le taux de l'absentéisme des dysménorrhéiques est estimé à 30%. 24% des filles ayant déjà consulté un médecin. Dans notre échantillon, la dysménorrhée s'installe dans 18% des cas dès la première année post ménarche, elle dure moins de 24 heures pour la plupart des sujets. La plupart des enquêtées (64%) préfèrent l'automédication et les traitements non pharmacologiques. On a constaté que la fréquence des sujets qui souffrent de douleurs fortes diminue proportionnellement avec l'augmentation de l'IMC. D'autre part les fréquences les plus élevées de tous les signes accompagnateurs à la dysménorrhée sont enregistrées parmi les enquêtées en surpoids. Ces résultats sont statistiquement non significatifs ainsi que la corrélation de l'IMC avec les paramètres déterminant la dysménorrhée.

Conclusion : La dysménorrhée est très fréquente dans notre contexte Constantinois. Parallèlement à plusieurs études, notre recherche suggère un profil du cycle menstruel des adultes dysménorrhéiques. Ainsi, les enquêtées ont eu souvent leur ménarche à un âge précoce et ont une longue durée des règles. Nos résultats, bien que non significatifs, indiquent la possibilité que la dysménorrhée ne soit pas influencée par l'IMC dans notre population.

Mots clés : Dysménorrhée, IMC, Douleur, Symptômes accompagnateurs.