

Année 2020

2020 TOU3 1054
2020 TOU3 1055

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Lorraine de SAINT POL DAGNEAU de RICHECOUR
Charlotte LAFONT BROUCHET

Le 30 JUIN 2020

**PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU SYNDROME PREMENSTRUEL
EN MEDECINE GENERALE
Revue systématique de la littérature**

Directrice de thèse : Dr Leïla LATROUS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Monsieur le Professeur René ECOCHARD
Madame le Docteur Motoko DELAHAYE
Madame le Docteur Marielle CHARVET
Madame le Docteur Leïla LATROUS

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire associé	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		
		Professeurs Emérites	
		Professeur ADER Jean-Louis	
		Professeur ALBAREDE Jean-Louis	
		Professeur ARBUS Louis	
		Professeur ARLET Philippe	
		Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
		Professeur BOCCALON Henri	
		Professeur BOUTAULT Franck	
		Professeur BONEU Bernard	
		Professeur CARATERO Claude	
		Professeur CHAMONTIN Bernard	
		Professeur CHAP Hugues	
		Professeur CONTÉ Jean	
		Professeur COSTAGLIOLA Michel	
		Professeur DABERNAT Henri	
		Professeur FRAYSSE Bernard	
		Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
		Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
		Professeur JOFFRE Francis	
		Professeur LAGARRIGUE Jacques	
		Professeur LARENG Louis	
		Professeur LAURENT Guy	
		Professeur LAZORTHES Yves	
		Professeur MAGNAVAL Jean-François	
		Professeur MANELFE Claude	
		Professeur MASSIP Patrice	
		Professeur MAZIERES Bernard	
		Professeur MOSCOVICI Jacques	
		Professeur MURAT	
		Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	
		Professeur SALVAYRE Robert	
		Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
		Professeur SIMON Jacques	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADCUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétiq
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. ZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVÉS Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SÉRRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : **E. SERRANO**

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaires
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWTHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. TACK Ivan	Physiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	P.U. Médecine générale	
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Professeur Associé de Médecine Générale	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. BOYER Pierre	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Annie-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytopathologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIJI Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Manelle

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS DU JURY

Au président du jury

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse, merci de vous être rendu disponible si facilement. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur René ECOCHARD, vous avez accepté de juger ce travail de thèse et nous vous en sommes reconnaissantes. Merci pour votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à notre travail. Vos conseils et vos encouragements nous ont été précieux. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

A Madame le Docteur Murielle CHARVET, vous avez accepté de participer au jury de cette thèse et nous en sommes honorées. Merci pour votre disponibilité auprès des internes. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

A Madame le Docteur Motoko DELAHAYE, vous avez accepté de participer au jury de notre thèse et nous vous en sommes reconnaissantes. Merci pour votre disponibilité pédagogique auprès des internes. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

A notre directrice de thèse

A Madame le Docteur Leïla LATROUS, tu as accepté de nous accompagner dans ce travail de thèse. Merci de ton soutien et de tes encouragements. Ta disponibilité et tes conseils concrets nous ont beaucoup aidés. Sois assurée de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

REMERCIEMENTS DE CHARLOTTE

A mes maîtres de stage ambulatoire qui m'ont appris avec patience et bienveillance ce beau métier de médecin généraliste : Dr. Boivin, Dr. Rigal, Dr. Evenou, Dr. Nakhlé, Dr. Rico, Dr. Ribes, Dr. Latrous, Dr. Villette, Dr. Bourguignat, Dr. Camborde et Dr. Nguyen Van Phi. Aux spécialistes qui m'ont accueillie : Dr. de Caunes, Dr. Charvet, Dr. Allouche et Dr. Trividic Rumeau, merci pour les échanges que nous avons pu avoir et les enseignements que vous m'avez transmis. A l'équipe des Minimes et du service UCC de l'hôpital Garonne dont je garde un excellent souvenir. Aux urgences de Montauban où j'ai eu la chance de commencer mon internat. Sans oublier les urgences pédiatriques de Toulouse qui ont été des mois très formateurs.

A mes parents et à ma famille, merci pour votre présence et votre soutien inconditionnel depuis le début de mes longues études.

A ma famille qui m'a donné le goût de la médecine. A mon grand-père, mon père et mon grand frère pour votre humanité, votre rigueur et votre éthique, merci pour ces exemples de médecins que vous êtes pour moi.

A mes amis, sur qui je sais pouvoir compter. Merci pour votre fidélité et ces moments partagés tout au long de ces années de médecine.

A mon mari, Hélié, sans qui ce travail de thèse n'aurait pu aboutir, merci pour tes encouragements au quotidien et tes conseils avisés. A nos enfants, Karol et Abigaïl, merci pour la joie que vous m'avez donnée et qui m'a soutenue tout au long de mon internat.

A Lorraine, merci pour cette thèse, travailler à deux, en partageant des idées qui nous tiennent à cœur, fut une belle richesse. Notre complémentarité dans le travail était aussi un bel atout.

REMERCIEMENTS DE LORRAINE

A Charlotte, avec qui ce fut un plaisir de travailler, pour cette amitié naissante et prometteuse et pour ta patience, merci.

A Leïla, pour nous avoir aidé à cheminer dans la longue recherche du sujet et dans la réalisation de ce travail, merci.

A mon mari, Arnaud, pour ton soutien chaque jour et ton aide qui m'ont permis d'aller au bout de ce travail, merci.

A mes parents, pour leur présence et leur soutien dans tout ce que j'ai entrepris et en particulier durant ces longues études, merci.

A mes frères et sœurs, et en particulier Guirec qui m'a montré le chemin de la médecine, je ne vous dirai jamais assez merci.

A mes amis, sur qui je sais pouvoir compter, pour votre fidélité, merci.

Aux docteurs Monticelli, Calas, Camborde, Edouj, Basset, Blet, Lemahieu, Persil, Pernin, Collé et Priarollo, pour m'avoir appris la beauté de la médecine générale, merci.

A l'équipe du service de rééducation neuro-locomoteur et aux Dr Krams, Houles et Castex pour m'avoir accueillie lors de mon premier stage, et à l'équipe des urgences de Montauban et au Dr Nguyen Van Phi grâce à qui j'ai pu enrichir ma pratique, merci.

Au Dr Durand qui m'accueille dans son cabinet actuellement, pour ta confiance, merci.

A tous ceux qui auraient souhaité venir nous soutenir lors de la soutenance, ceux qui nous ont soutenu au cours de ce travail et que je n'ai pas cité,

MERCI

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ABREVIATIONS

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CJP : Critère de Jugement Principal

CJS : Critère de Jugement Secondaire

CO ou COC : Contraceptif Oral ou Contraceptif Oral Combiné

DHA et EPA : Acide DocosaHexaénoïque et Acide EicosaPentaénoïque.

DMS : Différence Moyenne Standardisée

DRSP : Daily Record of Severity of Problems (Annexe 8)

DS : Déviation Standard

ECR : Essai Contrôlé Randomisé

ECNR : Essai Contrôlé Non Randomisé

EI : Effets / Evènements Indésirables

IC : Intervalle de Confiance

IRSN : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

ITT : Intention de traiter

OR : Odds Ratio

PA et PS : Phosphatidic Acid complex et lecithin Phosphatidyl-Serine

PP : Per Protocole

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists

SPM : Syndrome PréMenstruel

TCC : Thérapie Cognitivo- Comportementale

TDPM : Trouble Dysphorique PréMenstruel

DEFINITIONS STATISTIQUES

❖ Biais

D'attrition

Dans les essais cliniques, il désigne le fait que des patients randomisés aient été écartés de l'analyse. Les patients inclus mais non analysés correspondent soit à des perdus de vue, soit à des données manquantes, ce qui rend dans les deux cas le critère de jugement manquant. Pour repérer l'existence éventuelle d'un biais d'attrition, il faut se poser la question suivante : le nombre de patients analysés est-il égal au nombre de patients randomisés ?

De sélection

Désigne une erreur systématique faite lors de la sélection des sujets à étudier. Ce terme regroupe tous les biais pouvant conduire à ce que les sujets observés ne constituent pas un groupe représentatif de la population cible. Ainsi, ils ne permettent pas de répondre aux questions posées dans le protocole. Les biais de sélection se produisent lors de l'échantillonnage. Ils sont liés aux critères d'inclusion des individus.

De publication

Tendance à publier plus d'expériences ayant obtenu un résultat positif statistiquement que d'expériences ayant obtenu un résultat négatif. Ce biais de publication donne aux lecteurs une perception biaisée vers le positif de l'état de la recherche.

❖ DMS : Différence moyenne standardisée, utilisée dans les méta-analyses

La différence moyenne standardisée est la différence absolue moyenne du score entre le groupe intervention et le groupe témoin divisée par la déviation standard de toutes les mesures selon l'instrument utilisé.

L'utilisation de la DMS ne change rien au fait que, dans une méta-analyse, ne peuvent être sommées que des études homogènes sur le plan clinique.

❖ Ecart type (ET) / Déviation standard (DS)

Synonymes, ils servent à mesurer la dispersion, ou l'étalement, d'un ensemble de valeurs autour de leur moyenne. Plus l'écart-type est faible, plus la population est homogène.

❖ Etude pilote

L'étude pilote est réalisée à petite échelle pour évaluer la dose minimale efficace du médicament testé et ses éventuels effets indésirables (EI) dans le but de déterminer la taille de l'échantillon de l'étude définitive. Elles jouent un rôle pivot dans la planification de recherches d'envergure et souvent coûteuses. Ainsi, ces études reproduites à petite échelle fournissent des informations importantes concernant la faisabilité des méthodes proposées. Les études pilotes visent à évaluer les critères d'admissibilité et les méthodes de recrutement, à améliorer les procédures du protocole telles que les procédures relatives à l'exploitation de l'équipement et aux mesures, à évaluer le respect du protocole par les cliniciens et les patients, à vérifier les procédures de collecte de données ainsi que la qualité des données et à examiner les enjeux liés à la sauvegarde et aux événements indésirables.

❖ Hétérogénéité, Test I²

Il mesure la non-concordance entre les études. Une valeur $I^2 < 0,25$ indique une hétérogénéité faible, des valeurs comprises entre 0,25 et 0,5 une hétérogénéité modérée et une valeur $> 0,5$ une hétérogénéité importante.

❖ OR : Odds Ratio ou rapport de cotes

L'odds ratio représente les chances qu'un résultat se produise pour une exposition particulière, par rapport aux chances que le résultat se produise en l'absence de cette exposition.

❖ Prévalence

La prévalence d'une maladie particulière représente le nombre de personnes atteintes par cette maladie à un instant donné.

❖ Stratification

La stratification consiste à diviser un échantillon d'une population en plusieurs sous-groupes selon la répartition d'un ou plusieurs critères donnés. Ceci est réalisé dans l'objectif de mesurer l'influence du ou des critères concernés sur la mesure effectuée. La stratification est importante au moment de la randomisation des patients dans un essai clinique comparatif car elle permet d'assurer une égalité de répartition du ou des critères concernés dans les différents groupes de l'essai clinique.

TABLE DES MATIERES

Abréviations	9
Définitions statistiques	10
Table des matières	12
Table des tableaux et des figures.....	15
Introduction	16
I. Généralités.....	16
II. Définition.....	16
III. Sommes-nous les premières à nous intéresser aux troubles prémenstruels ?.....	17
IV. Les critères diagnostiques du SPM	18
V. D'autres points sont encore débattus aujourd'hui, et méritent d'être éclairés	19
1. L'épidémiologie.....	19
2. L'étiologie.....	20
3. Le traitement.....	20
VI. Objectif de notre thèse.....	20
Matériel et méthode.....	21
I. Type d'étude.....	21
II. La sélection des articles.....	21
1. Les critères d'inclusion et d'exclusion	21
2. Les sources de données.....	22
3. Notre stratégie de recherche	22
4. Le processus de sélection.....	23
III. Evaluation de la qualité des articles	23
IV. Extraction des données	24
V. Analyse des données	25
Résultats	26
I. Sélection des articles	26
II. Extraction des données.....	26
III. Les résultats.....	28
1. Recommandations de bonne pratique.....	28

2.	Les traitements médicamenteux	29
3.	Les suppléments.....	38
4.	L'exercice physique.....	46
Discussion		54
I.	Forces et limites.....	54
1.	Forces de notre thèse	54
2.	Limites de notre thèse.....	55
II.	Résultats principaux	56
1.	Les traitements efficaces ; résultats fondés sur des preuves solides.....	56
2.	Les traitements efficaces mais nécessitant des recherches supplémentaires	58
3.	Les traitements n'ayant pas de preuve aujourd'hui, mais méritant d'autres recherches pour évaluer leur potentielle efficacité.....	65
4.	Les traitements qui ne montrent pas d'efficacité.....	68
III.	Hypothèses sur les résultats obtenus	69
IV.	Comparaison avec d'autres travaux étudiant le traitement du SPM.....	71
1.	Thèse sur le traitement du SPM.....	71
2.	Recommandations de bonne pratique de la RCOG	72
V.	Ouverture.....	73
1.	Autres traitements possibles dans la prise en charge du SPM.....	73
2.	Traitements en cours d'étude.....	74
3.	Axes de recherche suite à notre travail	75
Conclusion		76
Bibliographie.....		79
Annexes.....		85
	Annexe 1 : Physiologie du cycle menstruel.....	85
	Annexe 2 : Critères diagnostiques du trouble dysphorique prémenstruel.....	86
	Annexe 3 : Le DRSP - Daily Record of Severity of Problems.....	88
	Annexe 4 : Les grilles d'évaluation méthode et rapport.....	89
1.	Echelle CONSORT : qualité du rapport des essais randomisés	89
2.	Echelle JADAD : qualité de la méthode des essais randomisés.....	90

3.	Echelle MINORS : qualité des essais non randomisés	90
4.	Echelle PRISMA : qualité du rapport d'une revue systématique.....	91
5.	Echelle R-AMSTAR : évaluation de la méthode des revues systématiques	92
6.	Echelle AGREE II : évaluation des recommandations de bonne pratique	95
Annexe 5 : Evaluation de la méthode et du rapport des articles inclus		99
1.	CONSORT.....	99
2.	JADAD	105
3.	PRISMA	107
4.	R-AMSTAR.....	110
5.	AGREE II	111
6.	MINORS.....	111
Annexe 6 : Tableaux d'extraction des données		112
1.	Tableau d'extraction des données : revue générale	112
2.	Tableau d'extraction des données : médicaments	113
3.	Tableau d'extraction des données : suppléments	125
4.	Tableau d'extraction des données : exercice physique.....	142
Annexe 7 : Tableau des doses d'ISRS proposées.....		148
Annexe 8 : Grilles d'évaluation des symptômes utilisées dans les articles inclus.....		149
Annexe 9 : Exclusion des articles suite à la lecture complète		152
Annexe 10 : Exclusion suite à l'évaluation méthode ou rapport et suivant le thème....		161
Résumé / Abstract.....		1667

TABLE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

I. Tableaux

Tableau 1 : Equations de recherche sur les bases de données	22
Tableau 2 : Bilan des traitements médicamenteux	49
Tableau 3 : Bilan des traitements par suppléments	51
Tableau 4 : Bilan des exercices physiques	53

II. Figures

Figure 1 : Organigramme PRISMA pour la sélection des articles	27
Figure 2 : Arbre décisionnel de prise en charge du SPM proposé par le RCOG en 2016...	28

INTRODUCTION

I. Généralités

Certaines études estiment que 70% (1) des femmes en âge de procréer souffrent d'un syndrome prémenstruel (SPM). La plupart d'entre-elles ne soupçonnent pas l'existence de cette pathologie (2). Les cycles menstruels sont en effet source de grandes variations physiques, psychiques et comportementales, oscillant entre phases de bien-être, et de troubles. Pour ces femmes, ces troubles surviennent lors de la dernière quinzaine de leur cycle et atteignent leur paroxysme juste avant les menstruations.

Rares sont les femmes qui prennent le temps d'écouter et de comprendre leur cycle. Trop nombreuses sont celles qui avancent, chaque mois, aveugles. Certaines peuvent se confronter à un SPM puissant qui peut avoir un impact conséquent sur leur vie personnelle et professionnelle (3,4). Or, ces femmes sont sans savoir qu'il ne s'agit pas d'une question de « mauvais caractère », mais d'une pathologie que le soignant est appelé à soulager de son mieux. La connaissance de cette pathologie peut même devenir une force.

Les médecins n'ont pas non plus toujours le réflexe d'éduquer leurs patientes à observer les changements qu'elles vivent et à les mettre en relation avec leur cycle menstruel. Si le cycle féminin est de plus en plus étudié dans le cadre des douleurs menstruelles, le reste du cycle est rarement exploré en médecine générale. Le SPM est trop souvent banalisé et encore moins dépisté (5,6).

II. Définition

Le SPM est un trouble psycho-pathologique qui regroupe des troubles somatiques, psycho-affectifs et comportementaux. Sa spécificité réside dans son caractère cyclique. Ces manifestations se réveillent au début de la phase lutéale (annexe 1), deuxième partie du cycle après l'ovulation, et cèdent spontanément à l'arrivée ou au cours des menstruations (1,7,8). Son intensité peut être suffisamment sévère pour altérer significativement le quotidien de la femme. Il est alors associé à une diminution de la qualité de vie et de la productivité au travail. Il peut avoir des conséquences aussi bien psychosociales qu'économiques (3,4). Le SPM est classé selon son intensité : léger, modéré et sévère.

Nous n'incluons pas dans notre thèse une forme très sévère du SPM nommée le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM). Il est reconnu en tant que trouble psychiatrique dans le système de classification DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, mai 2013 (9) – Annexe 2).

III. Sommes-nous les premières à nous intéresser aux troubles prémenstruels ?

Non, bien au contraire ! Platon (428-348 av. JC) décrivait déjà l'utérus ravageant l'intérieur de la femme, lui causant ainsi des manifestations hystériques (10). Son contemporain, Hippocrate (460-377 av. JC), décrit l'utérus comme « la cause de toutes les maladies des femmes » (10).

En 1890, le psychiatre français Séverin Icard met en relief un lien entre troubles psychiques et cycles menstruels. Ses observations, tirées d'une étude clinique, révèlent déjà les symptômes du SPM : « La menstruation s'annonce pendant huit jours par des coliques, des picotements aux seins, des maux de tête. La fille devient méchante, irascible, furieuse à la moindre objection. L'époque terminée, tout rentre dans l'ordre » (11).

En 1912, Philippe Chaslin, psychiatre français, parle de « folie menstruelle » (12).

En 1931, Robert Frank, un gynéco-endocrinologue américain, expose pour la première fois la notion de « tension prémenstruelle ». Il introduit ainsi cette pathologie dans la recherche médicale. Dans son article intitulé *The hormonal causes of premenstrual tension*, il décrit « un état de tension et une tendance irrépressible à vaincre cette tension par un comportement imprévisible ».

En 1953, la notion de « syndrome prémenstruel » apparaît à la suite des travaux de Katharina Dalton et Raymond Green, médecin généraliste et endocrinologue anglais. Leur article, publié dans *le British Medical Journal*, établit le concept d'un syndrome englobant symptômes psychiques mais surtout physiques. Ils insistent sur le caractère périodique de cette maladie (1).

En 1978, Dr Dalton, dans son livre *Once a Month : The Original Premenstrual Syndrome Handbook*, recommande aux femmes d'adapter leur quotidien selon les phases de leur cycle : « Consultez votre journal avant d'organiser votre prochain dîner. Évitez les jours difficiles si vous avez une entrevue, un examen ou un test de conduite. Si vous êtes une journaliste,

n'acceptez pas un délai pour un article qui entrera en conflit avec le pire moment du mois. Si vous êtes au travail, informez votre employeur ou votre responsable du personnel ».

IV. Les critères diagnostiques du SPM

En 1994, la 10^{ème} édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) cite le syndrome de tension prémenstruel, synonyme de SPM. La CIM-10 signale que les symptômes doivent survenir durant la phase lutéale et s'estomper au cours des menstruations qui suivront. Aucun niveau de gravité, ou de déficience requis, ni aucun critère d'exclusion ou diagnostic différentiel n'est précisé (13). Cette classification a le mérite de reconnaître officiellement et de manière universelle le SPM comme une pathologie. Mais ces critères diagnostiques restent trop vagues. Depuis, pour combler ce vide, plusieurs pays ont défini leurs propres critères diagnostiques.

Ainsi en 2000 aux Etats-Unis, *l'American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) publie ses critères diagnostiques du SPM :

- Un ou plusieurs symptômes affectifs ou somatiques perturbateurs doivent s'être produits au cours des 5 jours précédant les règles, dans chacun des 3 cycles menstruels précédents.
- Ces symptômes doivent être soulagés dans les 4 jours suivant le début des règles et ne doivent pas réapparaître avant le 13^{ème} jour du cycle de la femme.
- Il doit exister une altération fonctionnelle importante dans les activités sociales ou professionnelles.
- Un enregistrement prospectif des symptômes sur deux mois doit avoir lieu (6).
- L'absence de pharmacothérapie, d'administration d'hormones ou de consommation de drogue ou d'alcool sont nécessaires pour la confirmation du diagnostic (13,14).

En 2016, au Royaume-Uni, *le Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG) actualise leurs recommandations de bonne pratique de 2007 au sujet du SPM, aussi bien sur le plan diagnostique que thérapeutique (15).

Au fil des années, plusieurs outils diagnostiques ont été élaborés. En 2013, d'après *l'International Society for Premenstrual Disorders*, la technique d'évaluation des patientes la plus appropriée serait le *Daily Record of Severity of Problems* (DRSP) (16,17). Cet outil permet une évaluation prospective des symptômes prémenstruels à travers un tableau que la

patiente doit remplir quotidiennement sur deux mois. Ce document recense 25 symptômes qui seront évalués, chacun, sur une échelle d'intensité allant de 1 à 6 (*Annexe 3*).

L'avancée de la médecine sur le SPM ne fait donc aucun doute. Cependant, la recherche scientifique à ce sujet est encore affectée par l'absence de consensus strict et universel sur ces critères diagnostiques (16). Cela induit une hétérogénéité dans les essais cliniques et limite ainsi de nombreuses études comme la nôtre.

V. D'autres points sont encore débattus aujourd'hui, et méritent d'être éclairés

1. L'épidémiologie

En premier lieu, la prévalence précise (*voir définitions statistiques*) du SPM est inconnue. Comme évoqué précédemment, les études épidémiologiques ne peuvent pas être exactes sans définition ni critères diagnostiques précis et communs à tous les pays (1,18). En conséquence, les chiffres retrouvés sont disparates.

- Selon un essai de l'année 2000 aux Etats-Unis, environ 70% à 90% des femmes en âge de procréer éprouvent au moins certains symptômes désagréables au cours de la phase prémenstruelle. Entre 20% et 40% de ce groupe, estiment avoir des symptômes suffisamment gênants pour être qualifiés de SPM (19). Le SPM pourrait donc atteindre entre 14% et 36% des femmes américaines en âge de procréer.
- Selon une étude de l'ACOG en 2001, environ 85% des femmes en âge de procréer signalent un ou plusieurs symptômes prémenstruels. Mais les SPM sévères, ayant un retentissement psychologique et physique sur le mode de vie, n'affectent que 5 à 10% des femmes.
- Une autre étude de l'ACOG de 2004, sur la base de plusieurs grandes études épidémiologiques, déclare qu'environ 90% des femmes signalent au moins un symptôme prémenstruel. Cependant, pour 50% des femmes en âge de procréer ces symptômes sont légers et non incommodants. Un diagnostic de SPM n'a donc pas lieu d'être pour elles (20).
- Un article du Lancet de 2008 de Yonkers et al., cite qu'environ 5 à 8% des femmes souffrent d'un SPM sévère (21).

- Selon une méta-analyse d'Ashraf et al. de 2014, la prévalence du SPM à l'échelle mondiale est de 47,8%. Les écarts allant de 12% en France à 98% en Iran (18).

Les résultats sont donc hétérogènes mais ils mettent en relief que le SPM touche une part suffisamment importante de femmes pour ne pas être négligé.

2. L'étiologie

Ensuite, l'étiologie du SPM reste vague et non établie. Une hypothèse qui revient souvent est une sensibilité cérébrale accrue aux variations cycliques physiologiques des hormones gonadiques et de leurs métabolites (1). Une cause principale, probablement multifactorielle ressort des études existantes. Elle impliquerait d'une part les systèmes neurobiologiques (22,23), le système hormonal (24,25), mais également l'environnement (26) et les habitudes de vie (27), la consommation de tabac et d'alcool (28,29), ainsi qu'un régime alimentaire de mauvaise qualité (30) source de carences minérales et vitaminiques (31). Les études sont souvent de faible qualité, d'où la nécessité de continuer les recherches afin d'aboutir à une étiologie claire qui pourrait être un guide dans le traitement du SPM.

3. Le traitement

Enfin, il n'existe pas aujourd'hui, en France, de recommandation ni de consensus concernant la prise en charge thérapeutique du SPM (1).

VI. Objectif de notre thèse

Les femmes en âge de procréer représentent environ 23% de la population française (32). Le SPM pourrait donc toucher jusqu'à une personne sur cinq en France (1). Dès lors, il nous paraît important de sensibiliser les lecteurs sur l'existence de cette pathologie pour une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Notre thèse a donc comme objectif de faire l'état des lieux des connaissances actuelles de la science sur la prise en charge thérapeutique du SPM en soins primaires, afin de déterminer les traitements reconnus et efficaces. C'est par la méthode rigoureuse d'une revue systématique de la littérature que nous avons choisi d'étudier cette question.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une revue systématique de littérature selon les critères PRISMA (*Annexe 4*). Nous avons travaillé à deux de manière indépendante avec mise en commun à chaque étape de la sélection des articles.

II. La sélection des articles

1. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion définis selon les critères PICOTS sont les suivants :

- **P** - Population : femmes en âge de procréer ayant un SPM évalué avant traitement.
- **I** - Intervention : traitement du SPM médicamenteux ou non, praticable en France et accessible au médecin généraliste.
- **C** - Comparateurs : placebo ou traitement actif.
- **O** - Résultats : le critère de jugement principal est de déterminer quels sont les traitements permettant l'amélioration des symptômes du SPM par la diminution ou l'arrêt des symptômes, le raccourcissement du temps du SPM ou l'amélioration de la qualité de vie des patientes.
- **T** - Dates : entre le 01/01/2000 et le 06/06/2019 (date d'extraction des données).
- **S** - Types d'articles sélectionnés : études analytiques expérimentales dont les essais et études cliniques comparatives randomisées, les revues systématiques de littératures ou méta analyses.
- Langues : français ou anglais.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Femme ayant un TDPM selon les critères diagnostiques du DSM-V.
- Etude chez les populations animales.
- Exclusion des traitements du TDPM, ne relevant pas de la médecine générale ou non accessibles en France.
- Les articles n'abordant pas la problématique étudiée.

- Pas de bras comparateur lors de l'élaboration des essais, devant le manque d'objectivité de ces études.
- Les langues non maîtrisées par les auteurs.
- Les articles datant d'avant 2000 (exclusion réalisée dans un deuxième temps).
- Les études observationnelles, les correspondances, les résumés des articles si l'article entier n'a pas été trouvé, les évaluations de pratique ainsi que les consensus d'expert.

2. Les sources de données

Nous avons utilisé des bases de données reconnues par la science : Medline via PubMed, Cochrane Library, et Web of Science (WOS).

Nous avons également réalisé des recherches dans la littérature grise et via les articles cités dans les revues systématiques afin de ne pas omettre d'articles pertinents qui n'auraient pas été trouvés dans les bases de données précédemment citées.

3. Notre stratégie de recherche

Nous avons établi une équation de recherche pour chaque base de données avec les mots clés adéquats : les termes MeSH ont été utilisés pour PubMed, puis réadaptés pour Cochrane Library et WOS.

Les données ont été extraites en Juin 2019.

Base de données	Equation de recherches	Nbre d'articles
PubMed pour Medline	"premenstrual syndrome" [Mesh] OR (premenstrual AND (syndrome* OR symptom* OR treatment OR disorder)) Langues : Anglais, Français	5437
Cochrane	premenstrual AND (syndrome OR symptom OR treatment OR disorder)	1181
Web of science	premenstrual AND (syndrome OR symptom* OR treatment* OR disorder*) Limites : Base de données WOS Langues : Anglais, Français	5893
Littérature grise	Recherche faite	0
	Total des articles retenus AVEC les doublons :	12511
	Total des articles retenus SANS les doublons :	8042

Tableau 1 : Equations de recherche sur les bases de données

Nous n'avions initialement pas mis de limite de date car les données sur le SPM nous semblaient intéressantes à garder. Mais devant l'abondance des données et l'obsolescence de traitements proposés dans les articles les plus anciens, une limite à partir de l'année 2000 a été appliquée par la suite.

4. Le processus de sélection

Le travail sur la sélection des articles a été fait de manière indépendante. Nous avons réalisé une mise en commun après chaque étape de sélection.

- Sélection initiale : première sélection des articles par la lecture des titres et des résumés.
- Éligibilité : récupération des articles retenus à la suite de la première étape, puis lecture du texte intégral.
- Inclusion : inclusion des articles pertinents et répondant aux critères d'inclusions préalablement définis par les PICOTS.

La sélection initiale a été mise en commun sans concertation. Nous avons ensuite recherché les articles retenus pour l'étape de l'éligibilité. Nous nous sommes ensuite concertées sur les articles à inclure. Si nous n'étions pas d'accord, nous demandions à notre directrice de thèse un troisième avis sur l'inclusion ou non de ces articles.

Finalement, nous avons décidé de ne garder que les articles traitant des traitements médicamenteux, des supplémentations et de l'exercice physique afin d'approfondir au mieux certaines prises en charge et éviter un travail superficiel. Nous nous sommes concentrées sur des traitements accessibles au médecin de soins premiers.

La prise en charge thérapeutique par la psychologie sera traitée dans le mémoire de Charlotte Lafont intitulé « la place de la psychothérapie dans la prise en charge du SPM ». Les traitements accessoires type phytothérapie et médecines alternatives pourront être repris dans un autre travail de thèse ou de mémoire.

III. Evaluation de la qualité des articles

Nous avons évalué chaque article, chacune de notre côté, sur le plan de leur méthode et du rapport de leurs données.

- Les revues systématiques ont été analysées par deux grilles d'évaluation. Le rapport des revues a été étudié par PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis – Annexe 4*). La méthodologie a été évaluée par la grille R-AMSTAR (*Revised Assessment of Multiple Systematic Review – Annexe 4*).
- Les essais cliniques randomisés ont été évalués grâce à la grille CONSORT 2010 (*Annexe 4*) pour le rapport et par la grille d'évaluation de Jadad (*Annexe 4*) pour la méthodologie.
- Une étude non randomisée a été étudiée par la grille MINORS (*Methodological Index for Non-Randomized Studies – Annexe 4*) pour la méthodologie et la qualité du rapport.
- La qualité de la méthodologie des recommandations de bonne pratique a été évaluée par la grille AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation – Annexe 4*).

Le détail des notes attribuées pour chaque article est indiqué dans les tableaux d'évaluation des articles disponibles en Annexe 5. Pour chaque article analysé, une note d'évaluation a été calculée afin de faciliter la comparaison de leur niveau de qualité. Elle est exprimée en pourcentage, obtenu selon la formule suivante :

$$\text{Pourcentage (\%)} = \frac{(\text{Score total} - \text{Score minimal})}{(\text{Score maximal} - \text{Score minimal})}$$

Les études ont été exclues à cette étape si la note d'évaluation de la méthode ou du rapport était inférieure au tiers de la note maximale. Ce choix a été fait en accord avec notre directrice de thèse, car nous souhaitons proposer des traitements validés par des études de qualité.

IV. Extraction des données

Nous avons créé une grille de lecture incluant toutes les données importantes à recueillir. Elle nous a permis de réaliser nos tableaux d'extractions des données qui présentent les informations des articles analysés. Les données extraites ont été classées en différentes catégories :

- La population étudiée
- L'intervention avec le critère de jugement principal, les mesures, les traitements étudiés et leur schéma d'administration
- Les principaux résultats : efficacité du traitement (statistiquement significatif ou non), le suivi et les effets indésirables
- Les risques de biais et la généralisation de l'étude
- Les modalités de financement et les conflits d'intérêts

V. Analyse des données

Nous avons ensuite réalisé une synthèse narrative des données du tableau d'extraction des données. L'évaluation de la qualité des articles réalisée préalablement nous a permis de prendre en compte la qualité des articles dans l'exposition des résultats. Privilégier les articles ayant un niveau de preuve plus élevé a ainsi été possible.

RESULTATS

I. Sélection des articles

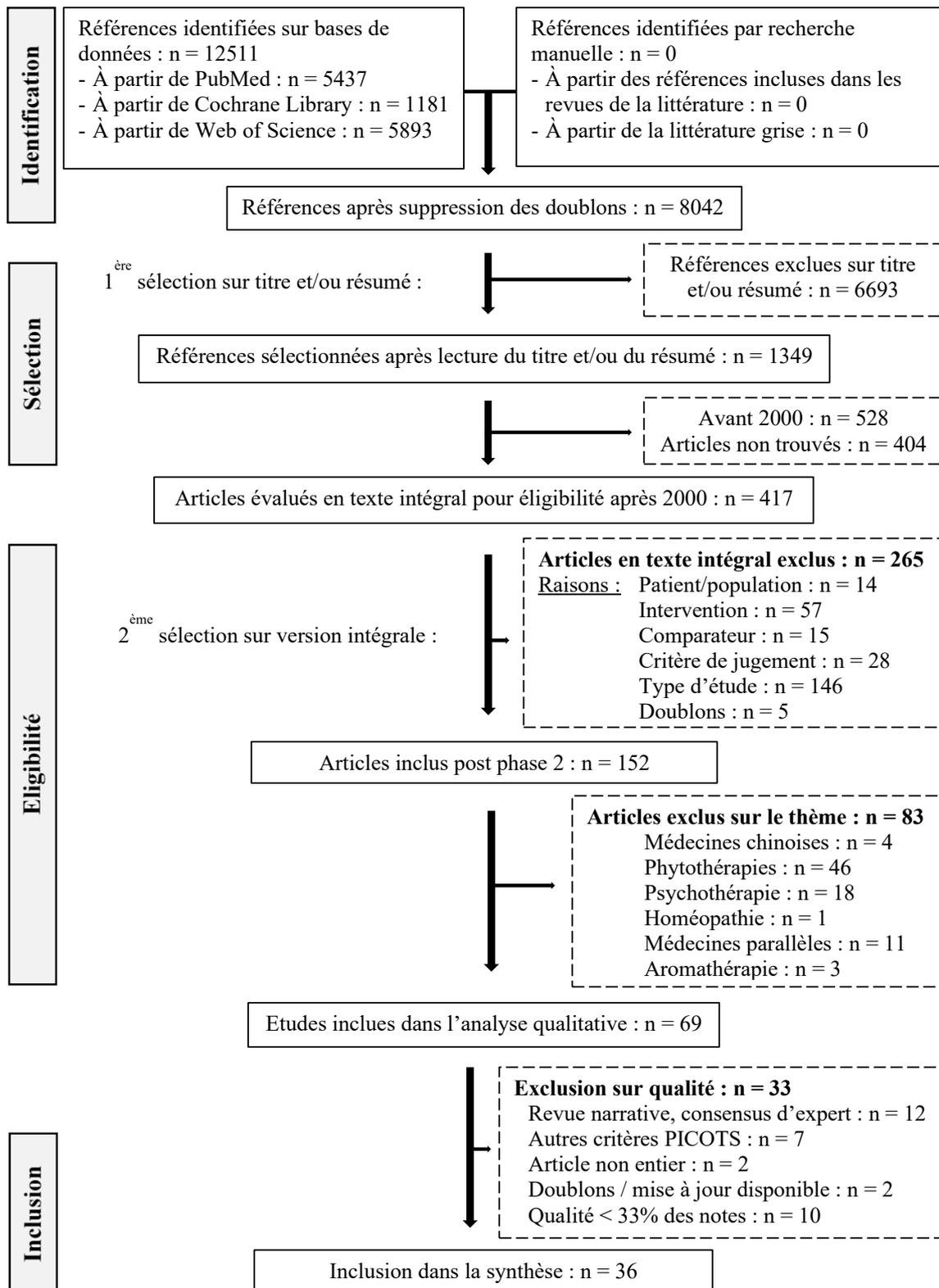
Les articles ont été sélectionnés sur les thèmes suivants : les traitements médicamenteux, les suppléments minéraux, vitaminiques ou en éléments essentiels et l'activité physique. Nous avons inclus 36 articles répondant à nos critères. Les différentes étapes sont répertoriées sur l'organigramme PRISMA (*figure 1*).

Notre recherche dans la littérature grise n'a retrouvé aucun article qui ne soit déjà dans la thèse.

II. Extraction des données

Les données des articles inclus ont été extraites dans un tableau détaillé en annexe 6. Les résultats ont été répertoriés dans 4 tableaux différents en fonction du type de traitement abordé.

Figure 1 : Organigramme PRISMA pour la sélection des articles

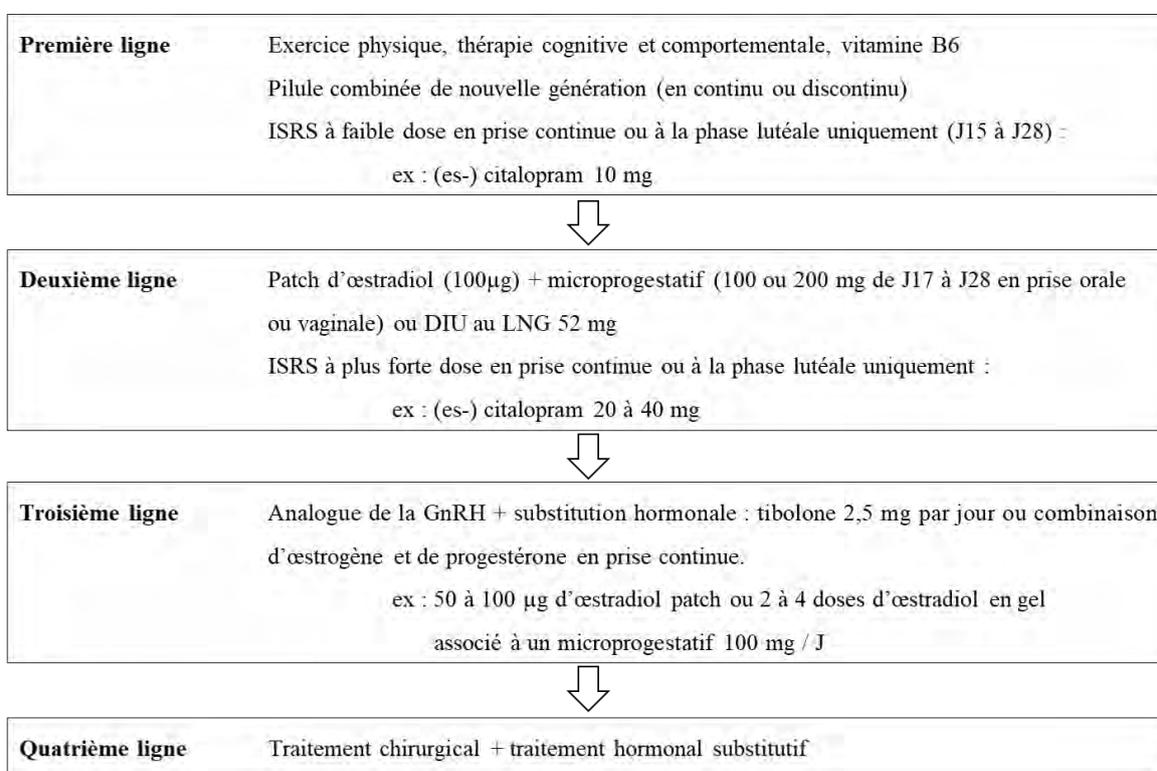


III. Les résultats

1. Recommandations de bonne pratique

Le RCOG anglais publia, en 2016, des recommandations de bonne pratique sur la prise en charge du SPM (15). Les auteurs insistèrent sur le fait que les premières lignes de traitements sont à réaliser par le médecin de premier recours dont les médecins généralistes. Lorsque les traitements proposés en première ou deuxième ligne sont inefficaces ou que la patiente souffre d'un TDPM, il est nécessaire de l'adresser à un gynécologue ou un psychiatre. La figure 2 montre l'arbre décisionnel proposé par le collège anglais.

Figure 2 : Arbre décisionnel de prise en charge du SPM proposé par le RCOG en 2016 (15)



NB : ISRS - Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine ; DIU - Dispositif intra utérin ; LNG - Lévonorgestrel.

Selon le collège anglais de gynécologie, les thérapies alternatives et complémentaires furent intéressantes à prendre en compte car elles pouvaient améliorer le SPM. Elles furent importantes dans la prise en charge globale des patientes. Cela dit, le collège recommanda de vérifier la présence effective du SPM avant de commencer un traitement car l'effet placebo est très important dans ce syndrome (36 à 40 %) (grade B). Les suppléments retenus dans ces recommandations furent la combinaison du calcium et de la vitamine D ainsi que la vitamine B6 seule.

Le collège retrouva que la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) semblait être d'un réel soutien associé au traitement par ISRS. Elle permettait de garder l'efficacité des ISRS plus longtemps à l'arrêt du traitement (Grade A).

Dans leur revue, les ISRS furent efficaces dans le traitement du SPM sévère (Grade A). Ils pouvaient être utilisés de manière discontinue, durant la phase lutéale ou en prise continue (Grade B).

Les traitements hormonaux efficaces et accessibles au médecin généraliste proposés furent d'une part la pilule oestroprogestative en continu (Grade B) qui agit sur l'arrêt de l'ovulation, d'autre part la supplémentation en œstrogène percutanée associée à un progestatif à dose minimale efficace pris durant la phase lutéale (Grade A).

2. Les traitements médicamenteux

Dans les 36 études que nous avons analysées, cinq traitements ont été étudiés dans le but de traiter le SPM.

Il s'agit de la progestérone, des progestatifs, de l'œstrogène combiné à un progestatif, de la quétiapine et de plusieurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine, paroxétine, sertraline, citalopram, escitalopram, fluvoxamine).

a) Les traitements ayant montré des résultats positifs

❖ Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Six études se sont penchées sur la question des ISRS dans le cadre du SPM.

Bilan global des résultats

Trois études démontrèrent l'efficacité significative des ISRS par rapport au placebo dans le traitement du SPM (33–35). Trois autres études étaient marquées par des résultats nuancés.

En effet, Marjoribanks et al. en 2013 (36) montrèrent une réduction des symptômes globaux du SPM. Mais les tailles de l'effet des résultats de cette revue furent faibles à modérées.

Freeman et al. en 2004 (37) notèrent que la plus grande diminution des symptômes prémenstruels avait lieu lors du premier cycle de traitement. Alors qu'au bout du troisième cycle, l'amélioration dans le groupe placebo s'était poursuivie progressivement et ne différait plus significativement des deux groupes de sertraline ($p = 0,11$).

Enfin, l'essai clinique de Yonkers et al. en 2013 (38), montra une amélioration significative du SPM sous fluoxétine pour les scores DRSP ($p < 0,02$) et CGI improvement (échelle

d'impression clinique globale sur la réponse au traitement) ($p < 0,04$). Mais les auteurs ne constatèrent pas d'amélioration du SPM sous fluoxétine au niveau des scores PMTS (échelle de tension prémenstruelle), CGI-severity (échelle d'impression clinique globale sur la sévérité du malade) et IDS (inventaire de la symptomatologie dépressive).

Les symptômes soulagés par les ISRS

Brown et al. en 2009 (35) montrèrent que les ISRS étaient efficaces dans le traitement des symptômes physiques (DMS -0,34 [IC 95% -0,45 à -0,22], $p < 0,00001$, $I^2 = 21\%$), relationnels (DMS -0,27 [IC 95% -0,46 à -0,017], $p < 0,00001$, $I^2 = 54\%$), et comportementaux (DMS -0,41 [IC à 95% -0,53 à -0,29], $p < 0,00001$, $I^2 = 32\%$).

Dimmock et al. en 2000 (33) conclurent, sur la base de sept études, que les ISRS étaient efficaces sur les plans physique et comportemental, sans variation significative de la DMS ($p = 0,386$). A partir de quatre essais de cette revue, dont les données pouvaient être extraites, les ISRS ont également eu un effet positif significatif dans le traitement de l'irritabilité prémenstruelle.

Marjoribanks et al. en 2013 (36) démontrèrent que les ISRS étaient efficaces sur les symptômes physiques, psychiques et comportementaux. Une dose modérée d'ISRS était plus efficace qu'une dose faible.

Dans l'essai clinique de Freeman et al. de 2004 (37), la sertraline améliora significativement des symptômes de l'humeur (irritabilité : $p < 0,006$, anxiété : $p = 0,03$, changement d'humeur : $p < 0,02$) et physiques (mastalgies : $p < 0,02$).

Comparaison entre les différents ISRS étudiés

Tous les ISRS étudiés, la fluoxétine, la paroxétine, la sertraline, le citalopram, l'escitalopram, se révélèrent efficaces (33–38) à l'exception de la fluvoxamine.

Deux revues systématiques ne rapportèrent pas de preuve significative du bénéfice de la fluvoxamine. Dans notre étude, ce dernier ISRS ne fut étudié que dans un seul et même petit essai de vingt participants (34,35).

Dimmock et al. en 2000 (33) étaient limités dans l'analyse de chaque médicament. En effet trois des médicaments, la paroxétine, la fluvoxamine et le citalopram, furent chacun étudiés dans un seul essai inclus. Les deux ISRS les plus étudiés dans cette revue furent la fluoxétine (sept essais, 398 participants) et la sertraline (cinq essais, 364 participants). La fluoxétine s'était montrée plus efficace que la sertraline.

Les schémas posologiques

Les schémas continus et discontinus, ce dernier correspondant à une prise du traitement seulement durant la phase lutéale, furent évalués dans cinq études (33–37).

Quatre études (33,35–37) conclurent qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux.

Dans l'essai clinique de Freeman et al. de 2004 (37), les schémas continus versus discontinus se révélèrent tous les deux efficaces ($p = 0.02$ versus $p = 0.009$).

Dimmock et al. en 2000 (33) ne montrèrent pas de différence significative entre les deux schémas ($p = 0,854$). Dans leur étude, quatre essais sur quinze inclus avaient un schéma discontinu.

Brown et al. en 2009 (35) conclurent à une efficacité significative du régime continu (DMS -0.72 [IC 95% - 0.92 à - 0.52], $p < 0.00001$) et du régime discontinu (DMS -0.35 [IC 95% - 0.49 à - 0.21], $p < 0.00001$). Cependant l'hétérogénéité des onze études évaluant le régime continu fut élevée ($I^2 = 52\%$). Celle des douze études évaluant le régime discontinu fut plus faible ($I^2 = 21\%$). Les auteurs soulignèrent que seulement deux études avaient directement comparé les différents schémas posologiques.

Dans la revue systématique de Marjoribanks et al. de 2013 (36), seulement trois études incluant 269 participantes comparèrent les deux schémas posologiques. Ils se révélèrent tous les deux efficaces. Mais le taux d'hétérogénéité était de 50%.

En revanche, la revue de Shah et al. de 2008 (34) conclut que le schéma discontinu était plus avantageux (OR 0,55 [IC 95% 0,45 à 0,68], $I^2 = 20\%$) que le régime continu (OR 0,28 [IC 95% 0,18 à 0,42], $I^2 = 70\%$). Une des études incluses évalua un autre schéma posologique débutant selon l'apparition des symptômes. Les résultats rapportèrent une taille de l'effet plus petite que les schémas posologiques discontinus ou continus (OR 0,67 [IC à 95% 0,14 à 3,32]). Les auteurs remarquèrent cependant le large intervalle de confiance de ce résultat.

Les posologies étudiées

Différentes posologies ont été étudiées mais il n'a pas été possible de toutes les comparer.

Ainsi, Brown et al. en 2009 (35) purent seulement comparer la fluoxétine à des doses faibles, 10 et 20mg, dans six études et à des doses élevées, 60 et 90mg, dans trois études. Ils retrouvèrent une efficacité significative pour chacune des doses : doses faibles : DMS -0.46 [IC 95% -0.71 à -0.20], $p = 0.0004$, $I^2 = 30.6\%$; doses élevées : DMS -1,19 [IC 95% -1,70 à -0,68], $p < 0,00001$, $I^2 = 38.8\%$.

De leur côté, Marjoribanks et al. en 2013 (36) montrèrent que les femmes recevant une dose élevée d'ISRS avaient une réponse dose-dépendante importante au traitement et un risque accru d'EI. Ils montrèrent également que de faibles doses d'ISRS étaient efficaces, bien que des doses modérées soient associées à un taux de réponse plus élevé.

Shah et al. en 2008 (34) ne firent pas d'analyse de sous-groupe examinant les médicaments par dose car il y avait trop peu d'études pour évaluer cette question. Dans leur revue, une étude permit aux patientes d'augmenter ou de diminuer la dose du médicament en fonction de leurs symptômes. Ce schéma posologique étant présent dans une seule étude, les auteurs notèrent que cette question ne pouvait pas être incluse dans une analyse groupée.

Dans la revue de Dimmock et al. de 2000 (33), l'analyse des doses des traitements fut limitée. En effet, tous les essais comparant la fluoxétine au placebo utilisaient une dose de 20 mg. Seulement un essai comparait des doses de fluoxétine de 20 et 60 mg avec un placebo. Une analyse dose-réponse de la fluoxétine ne pouvait donc pas être entreprise. Les auteurs retrouvèrent la même limite pour l'évaluation de la relation dose-réponse de la sertraline qui n'a pas pu être réalisée. Trois des essais présentaient un schéma discontinu et deux autres présentaient un schéma posologique flexible. Il n'y avait qu'un seul essai inclus étudiant la paroxétine et un autre étudiant le citalopram.

Majoribanks et al. en 2013 (36) proposèrent un tableau présentant les doses d'ISRS à prescrire (*Annexe 7*).

Le nombre de cycle de traitement et la réponse clinique

Une seule étude étudia cette question.

Dans leur revue, Brown et al. en 2009 (35) comparèrent les études incluses sur l'efficacité du traitement en fonction du nombre de cycles de traitement. Ce paramètre n'influçait pas la réponse au traitement. Aucun avantage n'avait été gagné avec 6 cycles de traitement par rapport à 2 ou 3 cycles. Cependant aucune étude de cette revue n'a directement comparé l'efficacité du traitement selon un nombre différent de cycle de traitement.

Les effets indésirables

Cinq des six études incluses indiquèrent que les EI rapportés n'étaient pas graves (37,38) ou supportables à doses faibles (33,35). La sécurité à long terme des ISRS a également été démontrée dans les études sur les troubles affectifs (33,35).

Les EI du traitement ne furent pas mentionnés dans la revue de Shah et al. en 2008 (34).

Les EI les plus fréquents furent : nausées, insomnies, baisse de la libido (33,35–38), somnolence, troubles de la concentration, dysfonction sexuelle (36), vertiges (36,38), bouche sèche, troubles gastro-intestinaux (36–38), cauchemars (37), asthénie (33,35,36), céphalées (35,37,38) et sudation (33,36).

Brown et al. en 2009 (35) rapportèrent une augmentation significative du nombre d’EI dans le groupe ISRS par rapport au groupe placebo. Dans la revue de Marjoribanks et al. en 2013 (36), le groupe ISRS avait des taux plus élevés d’EI comparé au groupe placebo. L’analyse des EI de cette revue fut homogène ($I^2 = 0$ à 4%).

Le taux de retraits des études dû à des EI du traitement fut plus élevé dans le groupe ISRS que dans le groupe placebo. En effet c’est le résultat que rapportèrent Brown et al. en 2009 avec un OR à 2,11 [IC à 95% 1,58 à 2,03], $p < 0,00001$. Dimmock et al. en 2000 (33) tombèrent d’accord sur ce point en trouvant un taux significativement plus élevé de retrait dans le groupe actif (OR = 2,42 [IC 95% 1,59 à 3,67]). Majoribanks et al., 2013 (36) conclurent aussi que les femmes prenant des ISRS étaient beaucoup plus susceptibles de se retirer des études comparées aux femmes du groupe placebo. Cela s’appliquait aux femmes prenant des ISRS à faible dose (OR 1,76 [IC 95% 1,13 à 2,75], $I^2 = 0\%$), à dose modérée (OR 2,55 [IC 95% 1,84 à 3,53], $I^2 = 0\%$) et à forte dose (OR 6,35 [IC 95% 2,88 à 14,00]). Dans l’essai de Freeman et al. en 2004 (37), 8% de retraits en raison d’EI furent comptés. La différence n’était pas significative ($p = 0,10$), mais il y avait plus de retraits dans le groupe actif ($n = 12$) que dans le groupe placebo ($n = 1$).

Dimmock et al. en 2000 (33) soulignèrent que de nombreux articles de leur revue n’avaient pas détaillé les EI ni le nombre de patientes impactées. Les données rapportées ne résultaient principalement que d’un seul groupe d’un essai, traité par des doses élevées de fluoxétine (60 mg).

❖ Les contraceptifs oraux combinés (COC) avec une faible dose de progestatifs

Dans leur essai, Jirath Wichianpitaya and Surasak Taneepanichskul en 2013 (39) étudièrent les COC dans le cadre du SPM. Ils montrèrent que, pour traiter les symptômes prémenstruels, les COC avec une faible dose de drospirénone étaient significativement plus efficaces que les COC avec une faible dose de désogestrel.

Dans cette étude, à la fin du 6ème cycle de traitement, les scores moyens WHAQ (Women’s Health Assessment Questionnaire) dans le groupe drospirénone continuaient de diminuer de

manière significative et de façon beaucoup plus importante contrairement au groupe désogestrel.

b) Les traitements ayant montré des résultats négatifs

❖ Les préparations non contraceptives à base d'œstrogènes

Dans leur revue, Naheed et al. en 2017 (40) évaluèrent cinq essais randomisés. Dans quatre essais, les œstrogènes étaient combinés avec un progestatif. Il s'agissait de la noréthistérone, la dydrogestérone et la médroxyprogestérone. Le cinquième essai comparait l'œstrogène seul à un placebo.

Efficacité du traitement

Naheed et al. en 2017 (40), conclurent que les préparations combinées non contraceptives à base d'œstrogènes ne sont pas significativement efficaces pour soulager les symptômes prémenstruels. Les auteurs soulignèrent que la qualité des preuves pour toutes les comparaisons était de faible qualité. Ils expliquaient ces résultats par l'imprécision des données, par l'existence d'un biais d'attrition élevé, et d'une hétérogénéité statistique et clinique.

En effet, un essai incluant onze femmes suggéra que l'œstrogène par voie orale en phase lutéale était inefficace ($p < 0,01$) pour soulager les symptômes prémenstruels.

Un essai compara différentes doses d'œstrogène, 100 ou 200 µg, sous forme de patch en prise continue associé à un progestatif dans chacun des bras (dydrogestérone ou médroxyprogestérone). Le résultat était trop imprécis pour pouvoir conclure (DMS -1,55 [IC 95% -8,88 à 5,78], $p = 0,68$).

Deux essais étudièrent des œstrogènes (patch ou implant sous-cutané) en prise continue associés à un progestatif, comparés à un placebo seul. Ils ne rapportèrent pas de preuve significative de leur efficacité par rapport au placebo (DMS -0,19 [IC 95% -0,4 à 0,03]).

Les effets indésirables

Trois études comparant les œstrogènes combinés à un progestatif, à un placebo signalèrent des abandons en raison d'EI. Mais les auteurs ne retrouvèrent pas de différence significative entre les groupes de traitement et les groupes placebo ($p = 0,33$). Cependant les données étaient incomplètes. Les EI retrouvés étaient : des mastalgies, des nausées, des céphalées, un prurit cutané, des réactions et irritations cutanées, une dysménorrhée et une prise de poids.

Dans l'étude comparant des patchs d'œstrogène à différentes doses, les preuves furent trop imprécises pour déterminer s'il y avait une différence entre les deux doses de patch concernant les taux de retrait dus aux EI ($p = 0,34$). Les données suggérèrent qu'il pouvait y avoir un risque global plus faible d'EI dans le groupe des 100 µg (RR 0,51 [IC 95% 0,26 à 0,99], $p = 0,05$, 1 ECR avec 107 femmes).

L'étude comparant un œstrogène per os à un placebo ne compta aucun abandon parmi les onze femmes incluses et n'a recensé aucun EI « significatif ». Mais la définition de « significatif » n'était pas précisée.

❖ La progestérone

Trois études évaluèrent la progestérone dans le traitement du SPM (41–44).

Efficacité du traitement

Progestérone en suppositoire ou pessaire

Sur dix essais inclus dans la revue systématique de Wyatt et al. de 2001 (41), huit évaluèrent la progestérone en suppositoire ou pessaire. Ils ne rapportèrent aucune preuve significative sur le bénéfice de la progestérone. Pour la réduction des symptômes prémenstruels, la progestérone en suppositoire ou pessaire était moins efficace que le placebo (DMS 0,04 [IC 95% 0,03 à 0,05]).

Progestérone micronisée, voie orale

Pour la progestérone micronisée orale, la DMS fut de -0,15 [IC 95% -0,17 à -0,12], montrant une légère amélioration pour les femmes prenant de la progestérone par voie orale (41).

Toutes voies d'administration confondues

Lors de la combinaison des résultats dans le méta-analyse, il n'y eut aucune différence cliniquement significative entre la progestérone et le placebo bien que le résultat fut statistiquement significatif en faveur de la progestérone (DMS -0,028 [IC 95% -0,017 à -0,0408]) (41).

Les deux revues systématiques de Ford et al. de 2006 et 2012 (42,43) incluent les deux mêmes essais regroupant 180 participantes. Ils évaluèrent le cyclogest per os ou par voie vaginale et l'utrogestan par voies rectale ou vaginale. Ils ne rapportèrent pas de preuve significative quant à leur efficacité dans le traitement du SPM.

Les symptômes soulagés par le traitement

Dans la revue de Wyatt et al. de 2001 (41), La progestérone en suppositoire, pessaire ou micronisée n'était pas efficace sur les symptômes comportementaux (DMS 0,011 [IC 95% -0,003 à 0,024]). Mais elle améliorait les symptômes physiques (DSM -0,088 [IC 95% -0,061 à -0,115]).

Les effets indésirables

Dans la revue de Wyatt et al. en 2001 (41), les données furent incomplètes : cinq essais sur quatorze n'avaient pas mentionné les EI. Certains n'avaient pas précisé le nombre de patientes impactées ou n'avaient pas détaillé les caractéristiques des EI. Il y avait un risque accru mais non significatif de retrait en raison d'EI dans le groupe progestérone (OR= 1,66 [IC 95% 0,43 à 6,79]).

Dans les deux autres revues (42,43), aucun EI grave ne fut constaté. Les essais inclus ne fournirent pas suffisamment de données numériques pour permettre une comparaison des risques entre les traitements actifs et les traitements placebo. Certaines participantes se sont retirées à cause d'évènement qu'elles soupçonnaient secondaires au traitement (4/141 pour Magill 1995 et 3/39 pour Vanselow 1996) (42,43).

❖ Les progestatifs

Efficacité du traitement

La revue systématique de Wyatt et al. en 2001 (41) évalua l'effet des progestatifs dans le traitement du SPM. Sur trois études incluses, deux utilisaient de la dydrogestérone et une de la noréthistérone et de la médroxyprogestérone. Sur un total de 378 femmes, 159 prenaient un traitement actif. Pris individuellement, la dydrogestérone ne montra pas d'efficacité significative. Le troisième essai comptait 48 femmes et présentait une amélioration significative de la noréthistérone uniquement sur les mastalgies ($p < 0,05$). La médroxyprogestérone était significativement efficace sur les mastalgies ($p < 0,01$). On notait aussi une amélioration significative par rapport au placebo au niveau de la tension, de l'irritabilité et de la gaieté ($p < 0,05$), qu'à partir du 2ème cycle. D'après la méta-analyse, les auteurs signalèrent une très légère différence dans les résultats en faveur des progestatifs dans la réduction des symptômes prémenstruels (DMS - 0,036 [IC 95% -0,059 à - 0,014]). L'OR correspondant était de 1,07 (IC 95% 1,03 à 1,11). Les résultats n'étaient pas cliniquement significatifs.

Khajehei Marjan et al. (44), dans leur essai de 2009, remarquèrent que la dydrogestérone était plus efficace que le placebo dans le traitement du SPM ($p < 0,05$). Cependant ce traitement avait une efficacité similaire à la combinaison calcium + vitamine D ($p > 0,05$).

Comparaison des différentes molécules étudiées

Du fait du manque d'essai et du faible nombre de participantes, les différents progestatifs n'ont pas pu être comparés entre eux (41).

Les symptômes soulagés par le traitement

Statistiquement les progestatifs furent plus efficaces pour soulager les symptômes physiques que les symptômes comportementaux. Mais la taille de l'effet n'était pas cliniquement significative : physiques (DMS – 0,16 [IC 95% - 0,13 à - 0,19]), comportementaux (DMS – 0,06 [IC 95% - 0,04 à - 0,07]).

Khajehei Marjan et al. en 2009 (44) précisèrent que la dydrogestérone était plus efficace que le placebo dans le traitement des troubles de la concentration, de la colère, de l'arthralgie et de la prise de poids ($p < 0,05$ pour chacun).

Les effets indésirables

Aucun détail sur les EI des progestatifs ne fut donné sauf pour la médroxyprogestérone qui provoqua des saignements hémorragiques pouvant durer plus de 10 jours. Un taux d'abandon secondaires aux EI fut plus élevé, mais non significatif, dans le groupe de traitement (OR 1,65 [IC 95% 0,86 à 3,21]) (41). Khajehei Marjan et al. en 2009 (44) ne notèrent aucune différence sur le plan des EI entre les groupes dydrogestérone, calcium + vitamine D et placebo.

❖ La quétiapine

Dans leur essai, Jackson et al. en 2015 (45) comparèrent l'efficacité de la quétiapine en complément d'un ISRS/IRSN chez les patients atteints de SPM / TDPM et ayant une réponse insuffisante au traitement seul par ISRS/IRSN. Vingt femmes furent incluses. L'ajout de cet antipsychotique atypique montra une amélioration des symptômes prémenstruels, mais celle-ci n'était pas significative.

3. Les suppléments

Des études proposèrent une prise en charge du SPM par des suppléments en minéraux, vitamines et autres éléments essentiels.

a) Les minéraux

❖ Le calcium

Trois essais cliniques étudièrent la supplémentation en calcium comme traitement du SPM (46–48). Il fut répertorié dans les traitements du SPM par trois revues systématiques (49–51).

Efficacité du traitement

Dans ces six études, le calcium était plus efficace que le placebo pour améliorer la sévérité des symptômes du SPM, comme dans l'essai de Samiepour S., Elahe Tavassoli and al. en 2016 (47) ($p < 0,001$).

Selon Samiepour Soheila et al. en 2016 (46), le calcium était plus efficace que le placebo sur la diminution des symptômes physiques ($p < 0,001$), psychiques ($p < 0,001$) et généraux ($p < 0,001$). Ils rapportèrent que le calcium avait un effet similaire à la vitamine B1 sur le plan des symptômes physiques mais semblait plus efficace sur le plan psychologique (46).

Selon Shobeiri Fatemeh et al. en 2017 (48), la supplémentation en calcium agissait significativement sur l'anxiété ($p = 0,001$), la dépression ($p = 0,001$), les changements somatiques ($p = 0,001$), la rétention d'eau ($p = 0,001$) et les changements émotionnels ($p = 0,001$).

Whelan Anne Marie et al. en 2009 (49) évoquèrent une bonne qualité de preuve de son efficacité. Dans cette revue, deux études montrèrent une efficacité significative sur les symptômes psychologiques ($p < 0,001$ et $p = 0,045$), la rétention d'eau ($p < 0,001$ et $p < 0,003$) et l'envie de nourriture ($p < 0,001$ et $p = 0,036$). La douleur ne fut améliorée que dans une seule étude de cette revue ($p < 0,05$).

Les posologies étudiées

Les dosages utilisés furent tous significativement plus efficaces que le placebo. Les trois essais inclus utilisèrent un traitement à 500 mg de calcium par jour en prise continue (46,47) ou discontinue, lors de la phase lutéale (48). Les trois revues systématiques rapportèrent des

supplémentations en calcium de 300, 500, 1000 voire 1200 mg par jour en prise continue (49,50).

❖ Le magnésium

Deux essais (52,53) et trois revues (49–51) étudièrent l'effet du magnésium sur le SPM.

Efficacité du traitement

Selon Ebrahimi Elham et al. en 2012 (52), le magnésium fut plus efficace que le placebo dans la gestion des symptômes dépressifs ($p < 0,001$), de rétention d'eau ($p < 0,001$), des symptômes anxieux ($p < 0,001$) et des changements somatiques ($p = 0,005$).

Fathizadeh Nahid et al. en 2010 (53) montrèrent que le magnésium était significativement plus efficace que le placebo pour l'anxiété ($p < 0,001$) mais moins efficace que la combinaison magnésium + vitamine B6. Le magnésium était plus efficace que le placebo sur les symptômes somatiques ($p = 0,005$).

Les résultats des trois revues systématiques montrèrent que le magnésium agissait principalement sur l'anxiété, mais sans taux de significativité. Seule la revue de Whelan Anne Marie et al. de 2009 (49) mit en avant un taux significatif ($p < 0,02$) dans une des trois études incluses. Whelan Anne Marie et al. en 2009 évoquèrent également l'inefficacité de l'oxyde de magnésium.

Les posologies étudiées

Ebrahimi Elham et al. en 2012 (52) et Fathizadeh Nahid et al. en 2010 (53) utilisèrent une supplémentation en magnésium de 250 mg par jour en prise continue. D'autres dosages étaient répertoriés dans les revues allant de 200 à 500 mg et une dose de 1200 mg par jour (49–51).

❖ Le zinc

Un seul essai étudia l'impact du zinc sur le SPM (54).

Efficacité du traitement

Siahbazi Shiva et al. en 2017 (54) montrèrent que le zinc sulfate était significativement plus efficace que le placebo dans l'amélioration de toutes les composantes du SPM ($0,001 < p < 0,044$).

Le zinc sulfate était significativement plus efficace que le placebo dans l'amélioration de la qualité de vie des patientes sur les composantes mentales et physiques à partir du 3ème cycle de traitement ($p = 0,042$) (54).

Les posologies étudiées

La dose de sulfate de zinc utilisée fut de 50 mg par jour en prise discontinue, du 16ème jour du cycle au 2ème jour du cycle suivant.

b) Les vitamines

❖ La vitamine B1

Trois études étudièrent l'effet de la vitamine B1 sur le SPM (46,47,55).

Efficacité du traitement

La vitamine B1 fut significativement plus efficace que le placebo ($p < 0,001$ (47)) pour améliorer les symptômes physiques ($p < 0,001$ (46), $p < 0,0001$ (55)), psychiques ($p < 0,001$ (46), $p < 0,0001$ (55)) et généraux ($p < 0,001$ (46)).

Samiepour Soheila et al. en 2016 (46) indiquèrent que la vitamine B1 semblait moins efficace que le calcium pour traiter les symptômes psychologiques et que le calcium n'était significativement pas plus efficace que la vitamine B1 sur les symptômes généraux ($p > 0,05$).

Les posologies étudiées

Trois schémas posologiques furent utilisés : 100 mg par jour en continu (46), 100 mg par jour en discontinu, onze jours par mois (47) ou 100 mg deux fois par jour, 1 semaine avant les règles (55).

❖ La vitamine B6

Efficacité du traitement

Les recommandations anglaises de 2016 classèrent ce traitement en première ligne dans la prise en charge du SPM. Ils l'inclurent dans l'arbre décisionnel malgré l'évocation d'une efficacité mitigée dans leur revue de littérature (15).

Trois études (52,56,57) ainsi que deux revues systématiques (49,50) évaluèrent, entre autres, l'utilisation de la vitamine B6 ou de la pyridoxine, sa forme active.

Selon Ebrahimi Elham et al. en 2012 (52), la vitamine B6 fut significativement plus efficace que le placebo sur les symptômes dépressifs, anxieux et de rétention d'eau ($p < 0,001$ pour chacun).

Whelan Anne Marie et al. en 2009 (49) et Avila Catharine en 2009 (50), indiquèrent que la vitamine B6 était peut-être efficace sur les symptômes psychologiques.

Masoumi Seyedeh Zahra et al. en 2016 (57) montrèrent une amélioration significative, sans contrôle placebo, des symptômes psychologiques ($p = 0,017$) et du SPM global ($p = 0,007$). Mais ils ne montrèrent pas d'amélioration des symptômes physiques ($p = 0,21$).

Retallick-Brown Hannah et al. en 2020 (56) montrèrent une amélioration du SPM non significative et non contrôlée par placebo.

Les posologies étudiées

Les doses utilisées furent de 40 mg (57) à 640 mg par jour (56). Le troisième essai ne précisa pas le dosage utilisé. Les revues avaient répertorié l'utilisation de 50 à 80 mg par jour en prise discontinue ou 100 à 500 mg par jour en prise continue (49,50). Les recommandations anglaises retinrent un dosage de 10 mg par jour à prendre en continu (15).

❖ La vitamine D

Une étude proposa l'utilisation de la vitamine D seule dans le traitement du SPM (58).

Efficacité du traitement

Selon Dadkhah Hajar et al. en 2016 (58), la vitamine D fut équivalente au placebo dans la gestion du SPM ($p = 0,30$).

Les posologies étudiées

Le dosage utilisé fut une prise de 200 mg par jour.

❖ La vitamine E

Un essai clinique (58) et trois revues systématiques (49–51) étudièrent la vitamine E seule dans la prise en charge du SPM.

Efficacité du traitement

Whelan Anne Marie et al. en 2009 (49) montrèrent que la vitamine E apportait un bénéfice non significatif sur les symptômes physiques et d'irritabilité. Deux études étaient incluses,

dont une montra une efficacité significative sur l'irritabilité, l'envie de sucré et les symptômes dépressifs ($p < 0,05$ à $p < 0,01$). L'autre étude ne montra aucune significativité.

Dadkhah Hajar et al. en 2016 (58), Avila Catharine en 2009 (50) et Stevinson C. et al. en 2001 (51) montrèrent que la vitamine E seule était équivalente au placebo dans le traitement du SPM ($p = 0.30$ (58)).

Les posologies étudiées

Les doses utilisées furent de 100 mg par jour en prise continue (58), 400 à 600 mg, ou de 400 UI par jour en prise continue (49,50).

c) Les combinaisons de minéraux et de vitamines

Les combinaisons étudiées furent les suivantes :

❖ Le calcium et la vitamine B1

Le calcium associé à la vitamine B1 fut étudié dans un essai clinique (47).

Efficacité du traitement

Selon Samiepour S. et al. en 2016 (47), la combinaison calcium + vitamine B1 fut plus efficace que le placebo dans la gestion du SPM ($p < 0,001$). L'association des deux semblait plus efficace que le calcium et la vitamine B1 seuls, mais il n'y avait pas de comparaison statistique entre les groupes.

Les posologies étudiées

Cette combinaison fut constituée de 500 mg de calcium pour 100 mg de vitamine B1 en une prise par jour pendant la phase lutéale.

❖ Le calcium et la vitamine B6

Une seule étude rechercha l'efficacité du calcium associé à la vitamine B6 dans le traitement du SPM (57).

Efficacité du traitement

Selon Masoumi Seyedeh Zahra et al. en 2016 (57), La vitamine B6 combinée au calcium fut significativement plus efficace que la vitamine B6 seule pour diminuer les symptômes physiques ($p = 0,03$), psychiques ($p = 0,003$) et le syndrome global ($p = 0,002$). L'étude n'avait pas comparé l'efficacité du calcium seul à cette combinaison.

Les posologies étudiées

Les doses utilisées furent de 500 mg de calcium et 40 mg de vitamine B6 deux fois par jour en prise continue.

❖ Le calcium et la vitamine D

Les recommandations anglaises de 2016 classèrent ce traitement en première ligne dans la prise en charge du SPM (15).

Efficacité du traitement

Dans leur essai, Khajehei Marjan et al. en 2009 (44) comparèrent la combinaison calcium + vitamine D au duphaston et à un placebo. L'étude montra que le calcium associé à la vitamine D était significativement plus efficace que le placebo. Cette efficacité était retrouvée, en particulier, sur les troubles de la concentration ($p < 0,05$), la perturbation des relations ($p < 0,05$), l'anxiété ($p < 0,05$) et les arthralgies ($p < 0,05$). L'efficacité de cette combinaison fut similaire à l'efficacité de la dydrogestérone ($p > 0,05$).

Les posologies étudiées

Les doses utilisées furent de 500 mg de calcium associé à 200 mg de vitamine D deux fois par jour du 15ème au 24ème jour du cycle.

❖ Le magnésium et la vitamine B6

Un essai clinique (53) et deux revues systématiques (50,51) étudièrent ce traitement.

Efficacité du traitement

Selon Fathizadeh Nahid et al. en 2010 (53), le magnésium associé à la vitamine B6 fut significativement plus efficace sur l'intensité du SPM que le magnésium seul ou le placebo ($p < 0,05$). Le traitement combiné était significativement plus efficace que le magnésium et le placebo sur la diminution des symptômes dépressifs ($p < 0,001$), anxieux ($p < 0,001$) et de rétention d'eau ($P < 0,001$).

Dans sa revue, Avila Catharine en 2009 (50) retrouva une efficacité de ce traitement principalement sur les symptômes anxieux.

Les posologies étudiées

Le dosage utilisé dans l'essai clinique fut de 250 mg de magnésium associé à 40 mg de vitamine B6 (53).

❖ Combinaison multi vitaminique

Un essai clinique étudia une combinaison multi vitaminique, l'EMPowerPlus, face à la vitamine B6 (56). Deux revues systématiques étudièrent aussi des combinaisons multi vitaminiques (50,51).

Efficacité du traitement

Retallick-Brown Hannah et al. en 2020 (56) montrèrent qu'EMPowerPlus semblait plus efficace que la vitamine B6 seule sur l'amélioration de la qualité de vie (différence de moyenne de 3,31 points [IC 95% : 0,30-5,95]). Les résultats ne montrèrent pas de différence significative entre les groupes vitamine B6 et EMPowerPlus dans la gestion des symptômes du SPM ($p > 0,05$).

Avila Catharine en 2009 (50) ainsi que Stevinson C. et al. en 2001 (51) ne retrouvèrent aucune preuve de l'efficacité des combinaisons multi vitaminiques sur les symptômes prémenstruels.

Les posologies étudiées

Seule la composition de l'EMPowerPlus fut détaillée. C'était un ensemble de 36 ingrédients, contenant une variété de vitamines, de minéraux, d'acides aminés et d'antioxydants. Les patientes devaient prendre 8 comprimés par jour (56). Avila Catharine ainsi que Stevinson C. et al. ne nommèrent ni ne détaillèrent les combinaisons étudiées.

d) Autres suppléments

❖ Les acides gras

Trois études recherchèrent l'efficacité de la supplémentation en acide gras dans le traitement du SPM (59–61).

Efficacité de l'oméga 3

Selon Behboudi-Gandevani Samira et al. en 2018 (61), l'oméga 3 fut significativement plus efficace que le placebo pour diminuer l'intensité du SPM ($[p = 0,01]$ pour tous les symptômes prémenstruels, sauf l'anxiété $[p = 0,02]$ et les interactions sociales $[p = 0,04]$). Cette étude montra que l'oméga 3 diminuait l'intensité et la durée des symptômes psychiques et physiques du SPM.

Selon Sohrabi Nahid et al. en 2013 (60) l'oméga 3 fut significativement plus efficace que le placebo, à 90 jours de traitement sur la sévérité des symptômes dépressifs (moyenne des

symptômes (\pm DS) à $0,95 \pm 0,73$ vs $3,43 \pm 0,65$ pour le placebo), des symptômes anxieux ($0,79 \pm 1,04$ vs $3,89 \pm 0,91$), de la nervosité ($2,15 \pm 0,93$ vs $6,09 \pm 0,86$), de la rétention d'eau ($0,74 \pm 0,15$ vs $2,41 \pm 0,19$) et de la perte de la concentration ($1,48 \pm 1,26$ vs $5,63 \pm 1,34$).

L'oméga 3 fut également significativement plus efficace que le placebo, après 90 jours de traitement, sur la durée des symptômes suivants : dépressifs (moyenne en jours : $2,12 \pm 0,25$ vs $7,46 \pm 0,02$ dans le groupe placebo), anxieux ($4,45 \pm 1,02$ vs $8,23 \pm 1,94$), la nervosité ($2,04 \pm 0,39$ vs $6,33 \pm 1,45$), la rétention d'eau ($3,32 \pm 1,01$ vs $8,38 \pm 2,32$), la perte de la concentration ($2,16 \pm 0,26$ vs $5,55 \pm 1,02$) et la tension mammaire ($4,35 \pm 1,31$ vs $7,85 \pm 2,08$). Les auteurs ne notèrent pas de taux de significativité dans cette étude.

Sohrabi Nahid et al. (60) réalisèrent une évaluation des symptômes à 45 puis 90 jours en rétrospectif. Ils montrèrent que les acides gras oméga 3 avaient permis une amélioration des symptômes d'autant plus importante que le traitement fut long. Cet effet fut retrouvé entre autres sur l'intensité des symptômes dépressifs ($1,85 \pm 0,73$ à 45 jours vs $0,95 \pm 0,73$ à 90 jours) et l'anxiété ($1,53 \pm 1,04$ à 45 jours vs $0,79 \pm 1,04$ à 90 jours).

Les posologies d'oméga 3 étudiées

Sohrabi Nahid et al. (60) utilisèrent 2g par jour d'oméga 3 (18% EPA + 12% DHA voir *abréviations*) en 2 prises par jour tout au long du cycle le premier mois, puis durant la phase lutéale des cycles suivants. Behboudi-Gandevani Samira et al. (61) utilisèrent 2g d'huile de poisson (180mg EPA et 120mg DHA) en 2 prises par jour, 10 jours par mois.

Efficacité de la phosphatidylsérine (PS) et du complexe d'acide phosphatidique (PA)

K. Schmidt et al. en 2018 (59) étudièrent la PS et le complexe PA. Les PA et PS étaient efficaces sur la gravité globale du SPM. En effet, la moyenne du DRSP diminua de 19,4% pour le groupe traité et de 8,92% dans le groupe placebo ($p = 0,001$).

Les symptômes physiques furent mieux pris en charge que les symptômes psychiques. En effet, une réduction significativement plus importante des symptômes physiques ($p = 0,002$) fut présente dans le groupe traité. Les améliorations de la dépression ($p = 0,068$) et de la colère ($p = 0,195$), elles, ne différèrent pas entre les groupes.

Les posologies de PA et PS étudiées

K. Schmidt et al. (59) demandèrent à leurs patientes de prendre 400 mg de PS et 400 mg de PA par jour en continu.

❖ La supplémentation en tryptophane

Cette supplémentation fut répertoriée dans une revue systématique (50).

Efficacité du traitement

Avila Catherine en 2009 (50) évoqua que l'augmentation du taux sanguin de tryptophane était significativement plus efficace que le placebo et qu'elle agit principalement sur les troubles de l'humeur du SPM.

Les posologies étudiées

La supplémentation en tryptophane fut réalisée via un complément alimentaire. L'un des compléments était un mélange de dextrose-maltodextrose en boisson. La deuxième étude de la revue utilisa une supplémentation en tryptophane de 6g par jour du 17ème jour du cycle au 3ème jour du cycle suivant.

e) Les effets indésirables

Aucun EI ne fut rapporté lors de l'utilisation du calcium, du magnésium ou du zinc sulfate, de l'oméga 3 ni des vitamines B1, B6, D ou E. Les combinaisons calcium + vitamine B1, calcium + vitamine B6 et magnésium + vitamine B6 furent également sûres. Les EI du placebo ne furent pas significativement différents des EI de la combinaison calcium + vitamine D (44).

Stevinson C. et al. (51) rapportèrent la survenue, au cours des traitements par combinaisons multi-vitaminiques, de céphalées et de quelques paresthésies des extrémités et de diarrhées.

K. Schmidt et al. (59) rapportèrent des tensions mammaires et une intensification du SPM, pour deux patientes traitées par PS et PA.

Des vertiges furent significativement plus fréquents dans le groupe supplémenté par 6g de tryptophane que dans le groupe placebo (50).

4. L'exercice physique

a) Type d'exercice physique

❖ Le yoga

Deux essais étudièrent le yoga dans le cadre du traitement du SPM (62,63).

Efficacité du traitement

Bharati en 2016 (62) compara les effets du yoga pratiqué cinq jours par semaine à la prise quotidienne de calcium. L'essai était contrôlé par un groupe témoin. Les résultats montrèrent, dans les deux groupes actifs, une diminution significative du nombre et de la gravité des symptômes prémenstruels ($p < 0,05$). Il y avait un plus grand nombre concerné par cette amélioration dans le groupe yoga que dans le groupe calcium : 90% versus 55%. Dans le groupe témoin les résultats n'étaient pas significatifs. De plus le nombre de symptômes augmenta après l'intervention.

Kamalifard et al. en 2017 (63) comparèrent les effets du yoga par rapport à un groupe témoin. Ils constatèrent une diminution significative des symptômes physiques, émotionnels et comportementaux dans le groupe yoga contrairement au groupe placebo après l'intervention ($p < 0,01$). Ils notèrent également une amélioration significative de la qualité de vie ($p < 0,01$).

❖ Les exercices d'aérobic

Quatre essais étudièrent l'impact de l'activité physique aérobic sur les symptômes prémenstruels (64–67).

Efficacité du traitement

El-lithy et al. en 2015 (64) comparèrent une activité sur tapis roulant associée à une supplémentation en vitamine B6 + calcium à un groupe témoin ne recevant que la supplémentation vitamine B6 + calcium. Ils notèrent une diminution significative de tous les symptômes prémenstruels dans le groupe d'étude, en particulier pour l'anxiété ($p < 0,001$), l'envie ($p < 0,002$), la dépression ($p < 0,001$), l'hyperhydratation ($p < 0,001$), les crampes menstruelles ($p < 0,001$), le mal de dos ($p < 0,002$), et le score total ($p < 0,001$). Le groupe témoin, quant à lui, montra une diminution significative uniquement au niveau du score de l'envie ($p < 0,02$).

Maged et al. en 2018 (65) étudièrent l'efficacité de la natation comme traitement du SPM. Après le traitement, ils constatèrent une amélioration significative, par rapport au groupe témoin, de l'anxiété, de la dépression, de la tension nerveuse, des changements d'humeur, du sentiment de perte de contrôle, de la coordination, de la confusion, des maux de tête, de la fatigue, des douleurs, de la sensibilité des seins et des crampes ($p < 0,0001$ pour tous sauf $p < 0,01$ pour changement d'humeur). Ils ne notèrent pas de diminution significative pour

l'irritabilité ($p < 0,86$), l'insomnie ($p < 0,79$), les pleurs ($p < 0,27$), les œdèmes ($p < 0,27$) ou l'envie de nourriture ($p < 0,94$).

Vishnupriya et Rajarajeswaram en 2011 (66) analysèrent les avantages des exercices d'aérobie à différentes intensités dans la gestion du SPM. Les auteurs rapportèrent que les résultats après traitement révélaient des niveaux inférieurs de douleur et de troubles de la concentration dans le groupe d'intensité légère. Ils montrèrent également une amélioration de la douleur, des troubles de la concentration, des effets négatifs et des changements de comportement dans les groupes d'intensité modérée et sévère. Les huit sous-items de « troubles de la concentration » étaient : l'insomnie, l'oubli, la confusion, la baisse de jugement, la difficulté de concentration, les accidents et la diminution de la coordination motrice. Le groupe d'intensité sévère montrait une amélioration associée à un taux accru d'effort perçu.

Les réactions autonomes, la rétention d'eau, le contrôle et l'excitation n'avaient pas différé de manière significative après l'intervention.

Mohebbi Dehnavi et al. en 2018 (67), déterminèrent l'effet de l'exercice d'aérobie sur la gravité des symptômes physiques du SPM. A la suite du traitement les résultats de cette étude montrèrent une diminution significative, par rapport au groupe témoin, des céphalées ($p = 0,001$), des nausées, de la constipation, des diarrhées ($p = 0,01$) et des œdèmes ($p = 0,001$). Ce n'était pas le cas des symptômes suivants : flush, ballonnement, fatigue, vertige, mastalgies, acné, augmentation de l'appétit.

b) Effets indésirables

Aucun EI ne fut mentionné dans cinq essais (62,64–67). Dans l'article de Kamalifard et al. en 2017, il n'y en avait pas (63).

Tableau 2 : Bilan des traitements médicamenteux

Traitement	Posologies	Nombre d'études	Nombre total de patientes incluses	Résultats positifs	Résultats négatifs	Effets indésirables
ISRS (33–38)	<p>Fluoxétine : Prise continue : 20, 60, 50 – 150 mg/j (33–36) ou 10mg versus calcium 600 mg, 2 prises/j (38) En phase lutéale : 20, 60, 50 à 150 mg/j (34–36)</p> <p>Sertraline : (33–37) Prise continue : 50 à 150 mg/j En phase lutéale : 25 à 150mg/j</p> <p>Paroxétine : Prise continue : 5 – 10 – 12,5 – 20 – 25 – 30 mg/j (33–36) En phase lutéale : 10 – 12,5 – 20 – 25 mg/j (34,35) ou 10mg les 4 1^{er} jours puis 20mg/j (35,36) A l'apparition des symptômes : 25 mg/j (34)</p> <p>Fluvoxamine : Prise continue : 50 – 150 mg/j (34) ou 50 puis 100 puis 150 mg/j, augmentation chaque semaine (35)</p> <p>Citalopram : Prise continue : 5 – 10 – 20 – 30 mg/j (33–36) En phase lutéale : 10 – 20 – 30 mg/j (34–36) En deux temps : 5mg en phase folliculaire et 10 – 30 mg/j phase lutéale (35,36)</p> <p>Escitalopram : En phase lutéale : 10 – 20 mg/j (36)</p>	- 4 RS - 2 ECR	<p>RS - 15 ECR : 904 (33) - 29 ECR : 2964 (34) - 40 ECR : 2294 (35) - 31 ECR : 4372 (36) → Soit : 10534</p> <p>ECR - 39 (38) - 167 (37)</p>	<p>- Les ISRS montrèrent une efficacité significative dans le traitement des symptômes prémenstruels face au placebo. (33–36)</p> <p>- Pas de différence significative de réduction des symptômes entre un traitement continu et intermittent. (33,35)</p> <p>- Des schémas posologiques intermittents se sont avérés être moins efficaces que les schémas posologiques continus. (34)</p> <p>- La fluoxétine était plus efficace que le calcium dans le traitement du SPM. (38)</p> <p>- Amélioration significative des symptômes du SPM dans les deux groupes (prise continue ou discontinue), comparé au placebo, mais pas à la fin du 3ème cycle. (37)</p>		<p>- sécurité à long terme des ISRS déjà démontrée dans les études sur les troubles affectifs (33,35), aucun EI grave (37,38). - EI non mentionné. (34) - EI dose-dépendants. (36)</p>
Pilules oestro-progestatives (39)	<p>- Ethinyl-œstradiol 20 µg + désogestrel 150 µg - Ethinyl-œstradiol 20 µg + drospirénone 3 mg</p> <p>Prise de J1 à J24 et 4 jours de placebo</p>	1 ECR	90	Le COC à une faible dose de drospirénone montra une efficacité significative sur le SPM et une réduction plus précoce des symptômes prémenstruels comparé au COC à une faible dose de désogestrel.		EI négligeables et comparables dans les deux groupes.

ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; ECR : essai contrôlé randomisé ; RS : revue systématique ; COC contraception orale combinée ; EI : effets indésirables

<p>Préparations œstrogéniques non contraceptives (40)</p>	<p>- <i>Implant sous-cutané</i> d'œstrogène + 5 mg de noréthistérone per os, 7 jours par cycle. - <i>Patch d'œstrogène</i> + 5 mg de noréthistérone per os, de J19 à J26. - <i>Patch</i> de 100 µg d'œstradiol + 1 mg de noréthistérone per os de J17 à J28. - <i>Patch</i> d'œstrogènes : 100 µg contre 200 µg + soit 10 mg/j de dydrogestérone, soit 5 mg/j d'acétate de médroxyprogestérone, de J17 à J26. - <i>Œstrogène per os</i> : 0.625 mg de premarin 15 jours avant les menstruations.</p>	<p>1 RS</p>	<p>305 (5 ECR)</p>		<p>- Preuves de très faible qualité pour soutenir l'efficacité des œstrogènes continus (pachs transdermiques ou implants sous-cutanés) associé à un progestatif, et de l'œstrogène oral en phase lutéale.</p>	<p>- données incomplètes.</p>
<p>Progestérone (41–43) Progestatifs (41,44)</p>	<p><u>Progestérone en suppositoire (rectal ou vaginal) :</u> - <i>Schéma non précisé</i> : 200 à 400mg/j - <i>Phase lutéale</i> : 200 à 800 mg/j - <i>En continu</i> : 400mg/j</p> <p><u>Progestérone micronisée :</u> - <i>Schéma non précisé</i> : 300 mg/j - <i>Phase lutéale</i> : 300 à 3600mg/j (41)</p> <p><u>Cyclogest (progestérone, pessaire)</u> <i>Prise discontinuée</i> : 400mg deux fois /J pendant les 14 jours avant les menstruations.</p> <p><u>Utrogestan (progestérone, per os ou vaginale)</u> 200 mg, 2 comprimés per os le soir et 1 le matin ou 200 mg, 2 suppositoires de progestérone vaginale la nuit et 1 le matin (42,43)</p> <p><u>Progestatif :</u> - Médroxyprogestérone 3 x 5 mg/j de J1 à J21 - Noréthistérone 3 x 5 mg/j de J1 à J21 - Dydrogestérone 2 x 10 mg/j de J12 à J26 ou jusqu'aux menstruations. (41) - Dydrogestérone 5mg/j de J15 à J24. (44)</p>	<p>3 RS 1 ECR</p>	<p>RS : - 909 : 13 ECR, dont 10 ECR de traitement par progestérone (531 femmes) et 3 ECR de traitement par progestatifs (378 femmes) (41) - 180 (2 ECR) (42,43) ECR : 180 (44)</p>	<p>La dydrogestérone était significativement plus efficace que le placebo pour diminuer l'intensité du SPM (44).</p>	<p>- efficacité non démontrée de la progestérone et des progestatifs dans le traitement du SPM (41–43) - Les doses élevées de progestérone ne changeaient pas l'efficacité (42,43) - Efficacité similaire du calcium + vitamine D et de la dydrogestérone (44).</p>	<p><u>Progestérone pessaire/suppositoire :</u> Augmentation ou diminution de la durée des menstruations. <u>Progestérone micronisée :</u> nausées, sédation (41). - EI bénins de la progestérone et retrouvés dans les groupes traitement et placebo (42,43). - EI de dydrogestérone retrouvés dans les groupes actifs et placebo (44). -EI de médroxyprogestérone : saignements hémorragiques.</p>
<p>Quétiapine (45)</p>	<p>Quétiapine LP à dose initiale de 12,5mg/jour, en phase lutéale, et augmentée progressivement en fonction des EI et de la réponse au traitement.</p>	<p>1 ECR</p>	<p>20</p>		<p>Amélioration non significative des symptômes dans le groupe actif.</p>	<p>EI fréquemment signalés : sédation légère.</p>

LP : libération prolongée ; SPM : syndrome prémenstruel

Tableau 3 : Bilan des traitements par suppléments

Traitement	Posologies	Nombre d'études	Nombre total de patientes incluses	Résultats positifs	Résultats négatifs	Effets indésirables
Calcium (46–51)	<i>Prise continue</i> : 500 mg / J (46,48) ou 300 mg, 1000 ou 1200 mg/J (49–51). <i>Prise discontinuée</i> : 500 mg / J, 11 jours par mois (47).	3 ECR 3 RS	ECR : 338 RS : 499 (2 ECR) (49), 499 (2 ECR) (50)	Le calcium était plus efficace que le placebo sur la sévérité et l'amélioration du SPM. (46,47,50) Il était efficace sur l'anxiété, la dépression, les changements somatiques, la rétention d'eau et les changements émotionnels (48). Bonne qualité de preuve de son efficacité (49).		Peu d'effets indésirables observés : nausées, constipation, flatulence dans une des études d'une revue.
Vitamine B1 (46,47,55)	<i>Prise continue</i> : 100 mg / J (46). <i>Prise discontinuée</i> : 100 mg / J à la phase lutéale (47) ou 100 mg en 2cp / J pendant 1 semaine (55).	3 ECR	372	La vitamine B1 était plus efficace que le placebo (46,47) en particulier pour les symptômes physiques et psychiques (55).	La vitamine B1 était moins efficace que le calcium sur les symptômes psychologiques (46).	Pas d'effet indésirable observé dans l'ensemble des études.
Vitamine B6 (49,50,52,56,57)	<i>Prise continue</i> : 8cp de 80mg /J (56), 40 mg de vitamine B6 / J (57) ou 100 à 500mg / J en continue (49). <i>Prise discontinuée</i> : 50 à 80mg / J (49,50).	3 ECR 2 RS	ECR : 200 RS : 1250 (13ECR) (49), 145 (3ECR) (50)	La vitamine B6 était plus efficace que le placebo sur les symptômes dépressifs, anxieux et la rétention d'eau (52). La vitamine B6 était peut-être efficace sur les symptômes psychologiques (49,50).	La vitamine B6 avait une efficacité identique au placebo sur le SPM global. Amélioration non significative du SPM au niveau psychiques et général (56,57)	Pas ou peu d'effets indésirables bénins.
Calcium et vitamine B1 (47)	<i>Prise discontinuée</i> : 100mg vitamine B1 + 500mg calcium / J en phase lutéale.	1 ECR	132	La combinaison était plus efficace que le placebo.		Effets indésirables non mentionnés.
Calcium et Vitamine B6 (57)	<i>Prise continue</i> : 500mg de calcium + 40 mg de vitamine B6 2 prises / J.	1 ECR	76	La combinaison était significativement plus efficace que la vitamine B6 seule pour diminuer le SPM.		Effets indésirables non mentionnés.
Calcium et Vitamine D (15,44)	<i>Prise discontinuée</i> : 500 mg de calcium + 200 mg de vitamine D, 2 prises / J, du 15 au 24ème jour du cycle.	1 ECR 1 Reco	ECR : 120 Recos : non évoqué.	Traitement de première ligne selon le RCOG. La combinaison était plus efficace que le placebo pour l'amélioration du SPM. Elle était efficace principalement sur les troubles de la concentration, les perturbations des relations, l'anxiété et les arthralgies.		Nausées, constipation : pas de différence de prévalence entre les groupes y compris placebo (44).
Magnésium (49–53)	<i>Prise continue</i> : 250 mg de magnésium / J (52,53), Entre 200 et 500 mg ou 1200mg / J (49,50).	2 ECR 3 RS	ECR : 184 RS : 153 (3ECR) (49), 69 (1ECR) (50)	Le magnésium était plus efficace que le placebo et la Vitamine B6 pour diminuer le craving, la rétention d'eau et l'anxiété. (52) Le magnésium était efficace principalement sur la gestion de l'anxiété (49–51,53).	L'oxyde de magnésium n'était pas efficace (49).	Peu d'effets indésirables : diarrhée et céphalée dans une étude d'une revue systématique.

Magnésium et vitamine B6 (50,51,53)	<i>Prise continue</i> : 250 mg de magnésium + 40 mg de vitamine B6 / J (53).	1 ECR 2 RS	ECR : 100 RS : 44 (IECR) (50)	La combinaison était plus efficace que le placebo et le magnésium seul sur le SPM. (51,53) Elle était efficace principalement sur les symptômes anxieux (50,51,53)	L'effet était identique au placebo sur les symptômes somatiques (53).	Effets indésirables non mentionnés.
Zinc sulfate (54)	<i>Prise discontinuée</i> : 50 mg de zinc / J de J16 à J2 du cycle suivant.	1 ECR	142	Le zinc sulfate améliorerait la qualité de vie des patientes. Il était efficace sur la sévérité du SPM.		Pas d'effet indésirable.
Vitamine D (58)	<i>Prise continue</i> : 200mg / J.	1 ECR	58		La vitamine D seule n'était pas plus efficace que le placebo.	Pas d'effet indésirable.
Vitamine E (49-51,58)	<i>Prise continue</i> : de 100 à 600 mg ou 400UI / J (49,50,58).	1 ECR 3 RS	ECR : 56 RS : 121 (2ECR) (49), 46 (1ECR) (50)	Les données montraient un bénéfice non significatif de la vitamine E sur les symptômes physiques et l'irritabilité (49).	La vitamine E était équivalente au placebo sur le SPM global (50,51,58)	Pas d'effet indésirable
PA et PS (59)	<i>Prise continue</i> : 400 mg de PS + 400mg de PA / J.	1 ECR	48	PS et PA étaient efficace sur la diminution du SPM global, et particulièrement sur les symptômes physiques.		Effets indésirables : tension mammaire, augmentation du SPM dans le groupe traité.
Acide gras oméga 3 (60,61)	<i>Prise continue puis discontinuée</i> : 2g en 2 prises par jour / J (12% DHA + 18% EPA) le premier mois, puis en phase lutéale. (60) <i>Prise discontinuée</i> : 2g d'huile de poisson (180mg EPA + 120mg DHA) en 2 prises / J, 10J par mois (61).	2 ECR	219	L'Omega 3 améliorerait le SPM (61). L'amélioration est d'autant plus importante que le traitement est long. Ils amélioraient les troubles psychiques, les œdèmes et de la rétention d'eau dès 45J. (60) La durée des symptômes a diminué à 90 J pour les symptômes psychiques, les œdèmes et les tensions mammaires. (60)		Aucun effet indésirable.
Combinaisons multi vitaminiques (50,51,56)	<i>Prise continue</i> : 8cp d'EMPowerPlus par jour (56). Pas de détail pour les autres suppléments en multivitamines.	1 ECR 2 RS	ECR : 78 (56) RS : 79 (50)	Amélioration significative de la qualité de vie par EMPowerPlus par rapport à la vitamine B6 seule (56).	Les combinaisons multi vitaminiques semblaient efficaces mais sans preuve significative (50,51).	Effets indésirables bénins peu nombreux : céphalée dans une étude d'une revue systématique.
Tryptophane (50)	<i>Prise discontinuée</i> : 6g de L-tryptophane / J ou boisson dextrose maltose en phase lutéale	1 RS	87 (2 ECR)	Significativement plus efficace que le placebo pour le traitement du SPM en particulier sur les symptômes psychologiques tels que l'humeur.		Incidence de vertiges plus importante dans le groupe tryptophane dans une des études de la revue.

PA et PS : phosphatidic acid complex et lecithin phosphatidyl-serine ; DHA : acide docosahexaénoïque et EPA : acide eicosapentaénoïque.

Tableau 4 : Bilan des exercices physiques

Traitement	Durée et fréquence des séances	Nombre d'études	Nombre total de patientes incluses	Résultats positifs	Résultats négatifs	Effets indésirables
Yoga (62,63)	<u>Yoga</u> Une heure par jour, cinq jours par semaine (31) Ou 10 semaines en 3 sessions de 60 minutes chacune. (36) vs calcium : 500 mg/j de per os (62) vs groupe témoin : Pas de yoga (63)	-1 ECNR -1 ECR	ECNR : 58 (62) ECR : 62 (63)	- Diminution significative du nombre et de la gravité des symptômes prémenstruels, dans les groupes yoga et calcium, contrairement au groupe témoin. (62) - Différence significative dans toutes les variables (émotionnelle, physique et comportementale) entre les deux groupes. (63)		- EI non mentionné (62) - Aucun EI (63)
Exercices physiques d'aérobie (64-67)	<u>Type d'exercice physique :</u> 1/ participation à des <i>exercices d'aérobie sur tapis roulant</i> , trois fois par semaine + Supplémentation par vitamine B6 50 mg /jour et calcium 1200 mg /J Vs groupe témoin : supplémentation seule (64) 2/ <i>Natation</i> , trois fois 30 minutes par semaine. Pas d'exercice les 3 premiers jours du cycle. Trois étapes : échauffement, natation et refroidissement ; Vs groupe témoin : pas de natation. (65) 3/ <i>exercice d'aérobie à différente intensité</i> , légère, modérée et sévère, 4 jours par semaine. Phase d'échauffement, exercices du haut du corps, exercices du bas du corps puis phase descendante (66) 4/ <i>Exercices d'aérobie</i> , trois fois 30 minutes par semaine ; Vs groupe témoin : pas de sport. (67)	4 ECR	226	- Diminution significative de tous les symptômes prémenstruels dans le groupe actif, contrairement au groupe témoin. (64) - Diminution significative de certains symptômes prémenstruels dans le groupe actif, contrairement au groupe témoin. (65) - Diminution significative des symptômes prémenstruels dans les groupes B et C avec effort modéré et sévère. (66) - Diminution significative de certains symptômes physiques du SPM dans le groupe actif contrairement au groupe témoin. (67)		Non mentionnés

DISCUSSION

I. Forces et limites

1. Forces de notre thèse

Notre thèse a suivi une méthode rigoureuse. En effet la revue systématique permet d'être objectif. Elle assure des résultats fiables et reproductibles. Elle est de ce fait un vrai apport à la communauté scientifique (68).

Respectant les recommandations PRISMA, nous avons travaillé en binôme (69). Être deux chercheuses assure des résultats objectifs et évite un biais de sélection. Nous avons travaillé de façon indépendante, en parallèle et en aveugle, tout au long des étapes d'inclusion des articles et ce jusqu'à la fin de l'évaluation qualité des études. Une troisième personne était sollicitée en cas de désaccord. La revue systématique de notre thèse a obtenu une note selon les critères qualité PRISMA de 90,91%.

Le biais de publication a été réduit par la prise en compte de plusieurs bases de données. Nous avons aussi limité ce biais en recherchant des articles dans la littérature grise. Mais les articles trouvés par ce moyen étaient déjà inclus dans l'étude par notre recherche sur base de données. Nous ne les avons donc pas notifiés. Cependant nous ne pouvons exclure totalement le fait d'être passées à côté de certaines publications récentes.

Les 69 articles inclus dans l'analyse qualité ont été évalués de façon indépendante par les deux chercheuses. Ainsi, chaque article a été analysé sur la qualité du rapport et sur la méthodologie de l'étude. Nous avons ensuite décidé d'exclure les articles de moins bonne qualité pour centrer notre travail sur les articles les plus fiables. Des 8042 articles au départ, nous nous sommes focalisés sur 36 articles, dont 11 revues systématiques, 17 essais contrôlés, randomisés et réalisés en double aveugle, 1 recommandation de bonne pratique, 3 essais contrôlés randomisés en simple aveugle, 3 essais contrôlés randomisés ouverts et un essai contrôlé ouvert non randomisé. Nous voulions prioriser la qualité des études à la quantité. Cela renforce les résultats de notre travail, dont nous pouvons tirer des conclusions plus solides et cela soutient d'autant plus les traitements que nous proposons en fin de thèse. Nous soulignons que nous avons exclu tout article non contrôlé par un placebo ou un autre traitement. En effet il a été démontré que les essais cliniques des traitements du SPM présentent un effet placebo important (15,70), ce qui rend essentiel la réalisation d'essais

contrôlés et rigoureux. La prolifération des traitements inefficaces pour le SPM est le résultat d'essais non contrôlés avec de grands effets placebos qui masquent les mauvaises réponses aux traitements (35).

Nous avons décidé de nous concentrer uniquement sur les traitements accessibles au médecin généraliste. En effet, par ce travail de thèse, nous voulions apporter un outil concret et proche de l'activité du médecin de soin premier.

De plus, nous avons choisi dans un second temps de restreindre notre question de recherche aux traitements qui nous paraissaient les plus pertinents. Cela nous a permis de rendre un travail probablement plus approfondi et sous-tendu d'une véritable réflexion.

Enfin, nous présentons des études aux résultats positifs et négatifs ce qui permet d'éclairer au mieux le lecteur et évite un biais de publication.

2. Limites de notre thèse

Un biais de publication est présent car nous avons restreint les langues au français et à l'anglais devant nos connaissances trop limitées des autres langues.

Nous avons choisi d'exclure tous les articles parlant exclusivement du TDPM car nous pensons qu'il doit être pris en charge en psychiatrie ou en gynécologie. Cependant au fur et à mesure de la thèse, le manque de définition claire du SPM nous a montré que la définition du SPM sévère est proche de celle du TDPM. Peut-être avons-nous exclu trop d'articles sur ce critère car certaines études utilisent le nom de SPM sévère sur des symptômes pouvant relever du TDPM et inversement. Ainsi les traitements efficaces dans le traitement du TDPM peuvent être efficaces dans celui du SPM sévère (71).

Devant l'obsolescence de certains traitements proposés dans les essais les plus anciens, nous avons choisi de délimiter notre recherche sur un critère de temps. Nous l'avons fait en discussion avec notre directrice de thèse. Nous avons choisi l'année 2000 car l'ACOG publia cette année-là ses critères diagnostiques du SPM. Cette définition permet une évaluation et un suivi plus précis du SPM ainsi qu'une meilleure comparaison de l'efficacité entre les traitements.

Nous avons dû exclure 404 articles qui étaient introuvables, autant sur le web qu'en bibliothèque. Ils entraînent un biais important de publication et de sélection.

Notre décision en cours d'étude de restreindre notre recherche à certains traitements a pu provoquer un biais dans notre analyse, mais cela ne nous semble pas avoir provoqué de biais

de publication. En effet notre équation de recherche était large, et nous a permis de récupérer de nombreux articles en rapport avec le traitement du SPM.

Les résultats n'ont pas pu faire l'objet d'une méta-analyse devant l'hétérogénéité flagrante des articles. En effet il y avait des différences au niveau de la conception des études, de leur méthodologie, mais également au niveau des nombreuses échelles diagnostiques du SPM (*Annexe 8*) et des traitements utilisés.

Notre thèse est également limitée par la qualité de certaines études, et par leur capacité à être généralisables à la population française. D'une part de nombreuses études ont de faibles échantillons, particulièrement celles traitant des supplémentations et de l'exercice physique. D'autre part, la plupart des études interventionnelles incluses avaient une durée courte de traitement de 2 à 3 mois. Cette longueur ne permet pas de conclure définitivement à l'efficacité du traitement sur le long terme. Enfin, les études sur les supplémentations étaient réalisées pour la plupart en Iran. La différence culturelle peut être un frein à la généralisation des traitements à la population occidentale.

Suite à notre sélection, notre travail ne considère pas tous les traitements à l'étude. Il n'est donc pas exhaustif. Notre volonté était, en premier lieu, d'analyser les traitements accessibles à la prise en charge allopathique du médecin généraliste. Cependant, certains traitements pouvant faire partie de la palette du médecin de soin premier, comme la psychothérapie, n'ont pas été inclus dans notre étude.

II. Résultats principaux

Un traitement efficace et sûr, pouvant être pris sur le long terme, est indispensable à la prise en charge thérapeutique du SPM. Nous avons donc classé les résultats de notre revue suivant leur force de preuve.

1. Les traitements efficaces ; résultats fondés sur des preuves solides

Les ISRS

Notre thèse soutient le fait que les ISRS sont des traitements efficaces dans le traitement des symptômes prémenstruels sévères.

Le mécanisme d'action des ISRS sur le SPM est méconnu. Une des hypothèses sur la physiopathologie des troubles prémenstruels suggère que le déficit se trouve au niveau du

fonctionnement du système sérotoninergique et en particulier au niveau du transporteur de la sérotonine (71). Le SPM présente des similitudes avec les symptômes des troubles affectifs déficitaires en sérotonine tels que la dépression, l'anxiété, l'agressivité, les troubles de l'appétit et l'irritabilité. Les ISRS sont couramment utilisés comme antidépresseurs et dans les troubles anxieux (35). Ils augmenteraient les niveaux extracellulaires de la sérotonine en inhibant sa recapture par les cellules présynaptiques et augmentant ainsi son action postsynaptique (35).

Dans les troubles affectifs, le traitement est efficace au bout de 4 à 8 semaines. Or, dans le cadre du SPM, les ISRS peuvent devenir efficaces en quelques jours. Cet effet découlerait de la nature cyclique du SPM et pourrait refléter l'action des ISRS à un site récepteur différent de celui des troubles affectifs (33).

Les forces

Six de nos articles rapportaient des preuves significatives (33–38) sur lesquelles nous pouvons nous appuyer devant la qualité de ces études (respectivement CONSORT : 75,8% ; 87,5%, PRISMA : 83,3% ; 66,7% ; 85,2% ; 79,6%). Chaque étude présentait des essais contrôlés randomisés, et trois sur six exigeaient un double aveuglement (34,37,38). Quatre articles inclus sont des revues systématiques de la littérature présentant des échantillons dont la taille permettait une généralisation à la population cible (33–36). Un diagnostic prospectif de SPM était imposé dans l'inclusion de deux revues (33,36) et d'un essai (37).

Les limites

Nous avons également noté certaines faiblesses dans ces articles. Les revues systématiques péchaient par le manque de rigueur de certains articles inclus (33–36). Dans une des revues systématiques, 24 essais sur 40 ne précisaient pas le système de randomisation. Les données sur l'allocation manquaient également et seulement cinq essais précisaient le double aveuglement (35). Une autre revue systématique recevait de ses auteurs un niveau de qualité faible à modérée des résultats devant une méthodologie jugée correcte dans seulement 4 des 31 articles inclus (36). Des revues systématiques ont inclus des essais en cross-over (33–36). Or ce design est jugé moins fiable que les essais en parallèle pour étudier le SPM (17). Enfin des méta-analyses ont été effectuées malgré des essais hétérogènes (33,35).

Conclusion

Des recherches futures sont nécessaires pour approfondir certains points. Effectivement, il faut éclairer les médecins sur le schéma posologique, continu ou discontinu. Nos résultats montraient des contradictions (33,35,38). D'autre part peu d'études comparaient directement l'efficacité des molécules entre elles, une donnée pourtant importante dans la prescription médicale. Enfin, la question de la posologie nécessite d'être creusée car souvent, dans les études actuelles, les doses ne pouvaient être comparées du fait d'études trop hétérogènes (33–35).

Malgré des limites de certaines études, nous disposons de résultats probants, fondés sur des études de qualité. Ainsi, nous jugeons qu'il est intéressant de prescrire les ISRS dans le traitement du SPM sévère. Nous proposons la sertraline en première intention car elle présente moins d'EI que les autres. De plus, il est intéressant de savoir qu'aux Etats-Unis, la fluoxétine, la sertraline et la paroxétine (schéma continu ou discontinu) sont autorisées par la *Food and Drug Administration* (FDA) dans le traitement du TDPM (72–74).

2. Les traitements efficaces mais nécessitant des recherches supplémentaires

a) Les pilules oestro-progestatives

L'efficacité d'un contraceptif oral combiné à une faible dose de drospirénone a été mise en avant dans un seul article de notre thèse (39).

Une des stratégies de traitement du SPM implique la suppression de l'ovulation (75). La drospirénone est un progestatif récent, dérivé de la 17α -spiro lactone ayant une activité anti-androgène et anti-minéralocorticoïde similaire au dérivé de la spiro lactone, la spironolactone. Le raccourcissement de l'intervalle sans pilule de 7 à 4 jours s'est révélé réduire considérablement les symptômes de TDPM. Cela permettrait une meilleure suppression de la production endogène de stéroïdes (76). De plus la drospirénone est pharmacologiquement similaire à la progestérone endogène, connue pour exercer un effet sédatif direct sur le système nerveux central. Une carence en progestérone augmenterait la nervosité, l'excitabilité, l'irritabilité, la tension, l'anxiété et l'agressivité (77). Par conséquent, les avantages de la drospirénone peuvent être liés à la similarité de sa structure chimique à la progestérone endogène contrairement à d'autres progestatifs tel que le désogestrel (39).

Les forces

Cette étude de qualité (CONSORT à 72,7%) était contrôlée et randomisée. L'analyse était faite en intention de traiter et aucun retrait de l'étude n'avait été noté, ce qui indiquait une bonne observance. L'étude durait trois mois de plus que les autres essais.

Les limites

Seuls les chercheurs étaient en aveugle. L'essai n'était pas contrôlé contre un placebo mais contre un autre COC au désogestrel.

Conclusion

Ce traitement montre des résultats solides bien que s'appuyant, dans notre thèse, sur un seul essai dont la conception n'est pas optimale. Cependant, plusieurs autres études ont attesté d'une réduction considérable des symptômes du TDPM suite à la prise de la drospirénone 3 mg combinée à de l'éthinylestradiol 20 µg (78–80). De plus, en 2006, ce traitement recevait l'approbation de la FDA pour prendre en charge le TDPM (81). Ce traitement nous paraît donc un bon choix chez les femmes souffrant de SPM et cherchant une contraception. Néanmoins, devant le possible risque thromboembolique plus élevé des CO contenant de la drospirénone comparée aux autres progestatifs (82), nous recommandons de ne pas le prescrire s'il existe des facteurs de risque cardio-vasculaires ou thromboemboliques. D'après notre travail, les autres contraceptifs oraux n'ont pas démontré à ce jour leur efficacité dans le cadre du SPM, ils ne sont donc pas une alternative thérapeutique à la drospirénone aujourd'hui (71).

b) Les suppléments

Les suppléments sont intéressants à considérer dans la prise en charge du SPM car très peu d'EI ont été retrouvés dans les études.

❖ Le calcium

Une étude était de bonne qualité (CONSORT 80% (48)), les deux autres avaient une qualité moyenne (CONSORT 57,6% (46) et 54,4 (47)). Seulement, la population était difficilement généralisable car elle était constituée uniquement d'étudiantes ou de patientes d'âges limités dans les trois études. Deux études eurent un suivi de 2 mois seulement (46,47) et une étude eut un petit échantillon de 66 patientes (48).

Toutes les études incluses retrouvèrent une efficacité du calcium seul autant sur les symptômes physiques que psychiques (46–48). Les études étaient en double (48), triple (46) ou quadri (47) aveugle avec un nombre conséquent de patientes pour deux d'entre elles (plus de 200).

Conclusion

D'autres études sont à réaliser pour confirmer l'efficacité du calcium dans le traitement du SPM. Nous pensons que la force des études est cependant suffisante pour dire que le calcium a sa place dans la prise en charge du SPM. Le dosage de 500 mg par jour nous paraît suffisant, efficace et à utiliser en première intention.

❖ La vitamine B1 seule

Le rôle physiologique principal de la vitamine B1 est de participer, en tant que co-enzyme, au métabolisme des glucides. Outre ce rôle, la vitamine B1 intervient dans la fonction des neurotransmetteurs et dans la conduction nerveuse (83).

Trois études de qualité moyenne ont étudié ce traitement dans notre revue (CONSORT à 57,6% (46), 54,4% (47) et 60,9% (55)) dans lesquelles les conflits d'intérêt étaient spécifiés et absents pour une seule étude (46). La généralisation des résultats n'était pas possible car toutes les études n'ont été faites que sur des étudiantes. Le nombre global des patientes était cependant satisfaisant : 574 femmes au total.

Selon nos résultats, la vitamine B1 était efficace sur les symptômes physiques et psychiques. Nous n'avons pas de comparaison chiffrée avec le calcium ou la combinaison calcium + vitamine B1. Une étude évoquait cependant que la vitamine B1 serait similaire au calcium sur les symptômes physiques et généraux.

Conclusion

D'autres études sont nécessaires afin de pouvoir affirmer et généraliser ces résultats à l'ensemble des femmes. Nous pensons que la vitamine B1 peut être utilisée dans le traitement du SPM, mais pas en première intention car la force des preuves n'est pas assez élevée.

❖ Les combinaisons du calcium avec des vitamines B1, B6 et D

Ces combinaisons ont été étudiées dans une étude chacune : calcium + vitamine B1 (47), calcium + vitamine D (44) et calcium + vitamine B6 (57). Chaque étude avait des petits

échantillons non généralisables et deux études présentaient une qualité moyenne (CONSORT 54,4% (47), 51,5% (57), 74,2 (44)).

La vitamine D est essentielle dans la physiologie du calcium et pourrait potentialiser son effet. Nous n'avons pas de comparaison avec le calcium seul pour déterminer si le calcium + vitamine D est plus efficace que le calcium seul. Nous ne pouvons donc pas conclure que la vitamine D apporte un effet supplémentaire au traitement.

La deuxième combinaison qui pourrait être intéressante à étudier plus longuement est le calcium + vitamine B1. La vitamine B1 est la seule à avoir montré une efficacité dans notre revue. On peut imaginer que, comme la vitamine B1 est également plus efficace que le placebo et similaire au calcium pour les symptômes généraux, la combinaison pourrait apporter un bénéfice dans le traitement du SPM. Pour pouvoir conseiller définitivement son utilisation, de plus amples études sont nécessaires. Nous proposons cependant d'inclure cette combinaison dans la prise en charge de première ligne du SPM au même titre que le calcium seul.

La combinaison calcium + vitamine B6 fut efficace dans notre étude. L'essai qui l'étudiait était de qualité moyenne avec une population limitée à 76 personnes et des résultats non généralisables. La vitamine B6 n'était pas un traitement efficace pour un SPM. Nous pensons donc qu'il n'est pas intéressant de garder cette combinaison.

Conclusion

Aucune comparaison entre le calcium seul et les différentes combinaisons n'ont été réalisées dans les études incluses. Nous ne pouvons donc pas déterminer si les vitamines potentialisent ou non l'effet du calcium. D'autres études sont nécessaires pour cela. Dans ces conditions, seule la combinaison avec la vitamine B1 nous semble intéressante à retenir devant l'efficacité des deux éléments pris séparément. Nous proposons donc de prescrire le calcium seul ou associé à la vitamine B1.

❖ Le magnésium

Une hypomagnésémie entraînerait une irritabilité neuromusculaire, une dépression, une fatigue, une agitation (84). Actuellement l'alimentation raffinée ne nous permet pas toujours d'avoir un apport suffisant en magnésium. Le SPM, qui présente les mêmes types de symptômes, pourrait être augmenté par une carence en magnésium.

Le magnésium était étudié dans deux études de qualité moyenne (51,5% (52) et 45,3 % (53)). Elles présentaient des limites à prendre en compte au niveau de la randomisation ou de l'aveugle. Les études gagnaient en force par le nombre satisfaisant de patientes et une généralisation possible des résultats.

Le magnésium seul est efficace principalement sur l'anxiété (52,53). Le type de magnésium utilisé est important car les biodisponibilités ne sont pas les mêmes. Ceci pourrait modifier l'efficacité du traitement. Les sels de magnésium organique tels que le lactate ou le bisglycinate sont à privilégier (85).

Conclusion

Nous pourrions retenir le magnésium seul dans notre prise en charge du SPM, mais son association avec la vitamine B6 reste préférable.

❖ Magnésium associé à la vitamine B6

Le magnésium et la vitamine B6 ont besoin l'un de l'autre pour agir et réguler leur activité. La vitamine B6 augmente l'efficacité du magnésium entre autres par l'augmentation de son absorption intestinale (85).

La combinaison magnésium + vitamine B6 était plus efficace que le magnésium seul dans un essai de qualité moyenne (CONSORT 43,5% (53)). La force de celui-ci vient de ses résultats généralisables, son absence de conflit d'intérêt et une méthode en aveugle bien mise en place.

L'efficacité de la combinaison se portait principalement sur les symptômes dépressifs et anxieux. Pour ces symptômes, cette combinaison semble être efficace et sûre.

Conclusion

De nouvelles recherches sont à réaliser pour asseoir ces résultats et la supériorité de l'association sur le magnésium. Selon nos résultats, nous proposons cependant de privilégier la combinaison magnésium + vitamine B6 au magnésium seul.

❖ Les acides gras

Les oméga 3 (EPA et DHA) sont des acides gras essentiels que notre corps ne produit pas en quantité suffisante par rapport aux besoins quotidiens. De plus, notre alimentation moderne ne permet pas un apport suffisant de ces acides gras. Tous les récepteurs transmembranaires sont constitué d'oméga 3 dont les récepteurs présents dans les synapses

du système sérotoninergique qui permettent entre autres la régulation des humeurs dépressives (86).

Les deux études de cette revue ne se valaient pas. La première, une étude pilote, était de qualité moyenne (CONSORT 60% (60)) avec un manque flagrant de détails dans les taux de signification et une évaluation rétrospective des symptômes. Elle ne permet donc pas à elle-seule de conclure à l'efficacité des oméga 3. La deuxième étude était de bonne qualité (CONSORT 70% (61)) avec une population généralisable et sans conflit d'intérêt. Son biais principal est qu'il manquait des informations sur la méthode en aveugle. D'après ces deux études, les oméga 3 sont plus efficaces que le placebo sur le SPM, dans sa globalité et sa durée.

Conclusion

Aux vues de ces résultats, il nous semble nécessaire de faire d'autres études pour mieux évaluer leur efficacité. Les oméga 3 semblent cependant être une bonne supplémentation à utiliser en première ligne ou en association d'un autre traitement car ces traitements ont très peu d'EI et ne peuvent qu'apporter un bénéfice à la patiente.

❖ Les acides gras phosphatidylsérine (PS) et acide phosphatidique (PA)

Les autres acides gras étudiés, PA et PS, furent efficaces sur les symptômes physiques uniquement. Les PS et PA sont des phospholipides importants dans la gestion des membranes cellulaires. L'étude incluse fut de bonne qualité (CONSORT 80% (59)). La limite principale de cette étude est son petit échantillon de 48 femmes.

Conclusion

De plus amples recherches doivent être réalisées. Le traitement n'est efficace que sur les symptômes physiques, son effet et son intérêt restent donc limités. Il peut être intéressant de le prescrire pour traiter les symptômes physiques ou pour potentialiser un autre traitement lorsque les symptômes physiques sont mal soulagés.

❖ Le Yoga

D'après les deux articles retenus dans notre travail, le yoga offre un moyen naturel, sûr et potentiellement efficace pour soulager les symptômes prémenstruels (62,63).

Les forces

Selon notre évaluation, il s'agissait d'études de bonne qualité (MINORS : 75% (62) et CONSORT : 80,6% (63)). Elles étaient chacune contrôlées par un groupe témoin. Une étude incluait des femmes de 20 à 45 ans ce qui permet de généraliser les résultats à la population cible (63).

Les limites

Un article n'était pas randomisé (62). Les études étaient conçues en simple aveugle, du fait de l'intervention. La population d'un des articles n'était pas représentative car très jeune (18-22 ans) et uniquement constituée d'étudiantes en médecine (62). Malgré un nombre de femmes incluses entre 50 et 100, les échantillons restaient limités (62,63). Aucune étude n'imposait un diagnostic prospectif avant l'inclusion des participantes.

Futures recherches

Le yoga est sans danger, il réduit le stress, tonifie le corps et lutte ainsi contre la sédentarité. Il nous paraît donc intéressant d'explorer et d'approfondir cette alternative thérapeutique. D'autres études avec une méthode rigoureuse, des échantillons plus importants ainsi qu'une tranche d'âge élargie seraient nécessaires. Cette prise en charge thérapeutique procure de nombreux avantages. La proposer dès à présent en première ligne de traitement du SPM, nous semble bénéfique.

❖ L'activité physique aérobie

L'efficacité de l'exercice aérobie sur la douleur peut être liée à la libération d'endorphine, contrebalançant les baisses possibles des niveaux d'endorphines dans les phases lutéale. De plus, des taux d'endorphine élevés ont été associés à une réduction significative de la dépression (66).

Selon les quatre articles retenus pour notre thèse, les exercices d'aérobie seraient un traitement potentiel du SPM (64–67).

Les forces

Les études étaient toutes randomisées et contrôlées par un groupe témoin. Un diagnostic prospectif de SPM était requis dans l'inclusion de deux d'entre elles (64,66). Plusieurs types d'exercices ont été examinés : la natation (65), des exercices sur tapis roulant (64), ainsi que des exercices du haut et du bas du corps (66).

Les limites

Ces essais affichaient cependant quelques faiblesses. Seuls les chercheurs étaient en aveugle (64–67). Les échantillons étaient de petite taille (64–67). La population n'était pas généralisable du fait de la petite taille des échantillons, d'un âge jeune et de certaines spécificités des participantes (64–67). Une étude manquait de précisions au niveau de ses résultats chiffrés (66).

Conclusion

Ces résultats sont prometteurs. Des recherches supplémentaires, agrémentées d'une plus grande puissance et d'une population représentative, seraient à réaliser. Il serait aussi intéressant de comparer différents types d'exercices aérobiques et d'explorer l'impact de la durée et de l'intensité de l'exercice. Comme le yoga, nous jugeons bon de prescrire dès aujourd'hui cette alternative thérapeutique, en dépit du fait qu'elle ne soit pas encore confirmée.

3. Les traitements n'ayant pas de preuve aujourd'hui, mais méritant d'autres recherches pour évaluer leur potentielle efficacité

a) La quétiapine

Cet antipsychotique atypique était étudié dans une étude pilote. Ce traitement serait proposé aux patientes en échec d'un traitement par ISRS. Les résultats de cette étude préliminaire ne sont pas significatifs (45).

Cet essai était randomisé et contrôlé par un groupe témoin. Il demandait un diagnostic prospectif avant l'inclusion des patientes. L'échantillon était représentatif. Cependant cette étude pilote, n'incluait que 20 femmes et ne précisait pas le schéma posologique des ISRS/ISRN.

Conclusion

Toutefois, les auteurs suggéraient que les résultats étaient encourageants. En effet, malgré les limites de ce petit essai, la quétiapine montrait un impact important dans la réduction de l'intensité des symptômes émotionnels. Des études d'une plus grande puissance s'avèrent utiles pour trancher sur l'intérêt de ce traitement. Nous jugeons bon d'attendre des résultats probants, avant de proposer cette prise en charge.

b) La progestérone et les progestatifs

La progestérone

Une hypothèse à l'origine de la recherche sur la progestérone serait que des niveaux réduits d'alloprégnanolone, métabolite de la progestérone, seraient associés à une dépression, des troubles anxieux et un TDPM (87). Or, la progestérone micronisée per os montrait un petit effet positif dans le SPM. D'après les auteurs cela pourrait être expliqué par sa capacité à augmenter les concentrations d'alloprégnanolone. La progestérone administrée sous forme de suppositoire ou pessaire n'augmenteraient pas la concentration de ces métabolites (41).

Les forces

Les articles étaient de bonne qualité, regroupant trois revues systématiques (41–43) n'incluant que des essais randomisés et contrôlés par placebo. 7 essais sur 12 au total avaient une durée de traitement entre 4 et 6 mois, donc plus longue que la moyenne. Tous imposaient un diagnostic prospectif du SPM et les trois revues systématiques incluaient des études avec des femmes en âge de procréer.

Les limites

Cependant la taille de l'échantillon total peut décevoir car reste limitée à 711 patientes (41–43). De plus deux des revues ont inclus uniquement les deux mêmes essais, dont l'un qui analysa seulement 22 sujets. Ces derniers étaient trop hétérogènes pour que leurs données soient combinées et leur méthodologie médiocre avec des données incomplètes et imprécises (42,43). Enfin 7 essais sur 12 étaient réalisés en cross over (41–43).

Conclusion

Les résultats ne montrèrent aucune efficacité significative de la progestérone, par rapport au placebo, sur les symptômes prémenstruels. Nous ne recommandons donc pas ce traitement. Cependant il serait intéressant de voir si des études, avec une taille d'échantillon plus grande et un nombre d'essais plus important, viendraient confirmer ou non nos résultats.

Les progestatifs

Les forces

Les deux articles traitant de ce traitement étaient de bonne qualité. Il s'agissait d'une revue systématique (PRISMA : 77,8%) et d'un essai contrôlé par placebo, randomisé en double aveugle (CONSORT : 74,2%) (41, 44).

Les limites

Au total seulement 4 essais étudiaient les progestatifs. Deux étaient réalisés en cross over. L'essai qui montrait une amélioration significative des résultats en faveur des progestatifs présentait des faiblesses. L'attribution des traitements n'était pas aléatoire et son échantillon était de petite taille, comptant seulement 35 femmes (41). Les résultats concernant la dydrogestérone étaient contradictoires. Deux essais présentaient un résultat négatif (41), et un essai montrait une efficacité supérieure au placebo mais similaire au calcium + vitamine D (44).

Conclusion

Devant ces résultats, nous ne recommandons pas l'utilisation des progestatifs dans le traitement du SPM. Mais, de même que pour la progestérone, nous remettons en question ce choix si des études de plus grande puissance et de meilleure qualité viennent infirmer nos résultats.

Aujourd'hui nous n'avons pas de preuve convaincante pour soutenir la prescription de la progestérone et des progestatifs dans le cadre du traitement du SPM (71,75).

c) Le tryptophane

Le tryptophane est un acide aminé essentiel dans la formation de la sérotonine (50). La sérotonine est un neurotransmetteur qui diminue les humeurs dépressives. La régulation de la sérotonine par les ISRS est efficace dans le SPM. Le tryptophane pourrait ainsi être une solution alternative de traitement du SPM. Son action permettrait une augmentation de la sérotonine dans les synapses.

Cette molécule fut étudiée dans une seule étude de la revue d'Avila Catharine (50). Les détails sur la qualité de l'étude étaient minimes et ne permettaient pas de conclure sur l'effet réel du traitement. Pour pouvoir l'utiliser, il nous semble cependant nécessaire de réaliser d'autres études de bonne qualité afin d'évaluer sa réelle efficacité.

d) Le zinc sulfate

Ce traitement apparaît dans une étude de moyenne qualité (CONSORT 66,7% (54)) dont les résultats sont généralisables. Le nombre de patientes est satisfaisant : 142 femmes. Cette étude fut limitée par un manque de détail sur la randomisation, un diagnostic rétrospectif et le suivi réalisé par le PSST (*the Premenstrual Symptoms Screening Tool – annexe 8*). Dans

cette étude, il montre une efficacité significative sur le SPM global et sur la qualité de vie. Ces résultats sont encourageant pour son utilisation, mais avant de conclure sur sa réelle efficacité, de meilleures études doivent être réalisées. Nous ne l'incluons donc pas dans nos conseils de traitements actuellement.

e) La vitamine B6

La vitamine B6 a été étudiée dans 3 essais randomisés (52,56,57), dont deux où il n'était pas contrôlé par placebo (56,57). Les revues disaient que la vitamine B6 était peut-être efficace dans le SPM (49,50). L'efficacité retenue était principalement sur les symptômes psychiques. Les données appuyant son efficacité restent cependant trop maigres pour conclure définitivement. Nous décidons donc de ne pas l'inclure dans notre prise en charge à moins que d'autres essais de bonne qualité ne soient réalisés.

4. Les traitements qui ne montrent pas d'efficacité

a) Préparations non contraceptives à base d'œstrogènes

Les données à l'appui sur les œstrogènes, par voie orale, sous forme de patch ou d'implant sous-cutané, sont de très faible qualité (40,71).

Le seul article inclus dans notre thèse présentait un bon niveau de qualité (PRISMA 90,7% (40)). Cette revue systématique est récente, datant de 2017. Elle n'incluait que des essais randomisés et contrôlés par placebo et le diagnostic de SPM devait être prospectif. La population était généralisable. Cependant trois des études étaient des essais en cross-over. L'échantillon globale de la revue systématique restait de petite taille. De plus les études incluses étaient hétérogènes et associées à un biais d'attrition élevé. Une communication complète des informations statistiques leur faisait défaut.

Conclusion

Face aux données récentes dont nous disposons par cette revue, notre avis est de ne pas proposer ce traitement à nos patientes. Si des résultats positifs voyaient le jour dans des études de qualité, nous remettrions en cause notre décision. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Les futurs essais cliniques devraient également comparer les EI et les voies d'administration des différents progestatifs qui sont associés à ces œstrogènes. En effet, il est évoqué que le lévonorgestrel intra-utérin engendrerait moins d'EI que per os (40).

b) Les compléments alimentaires multi vitaminiques

Les compléments multi vitaminiques étaient étudiés dans deux revues systématiques qui n'ont pas donné assez de détails sur les études et les tailles de l'effet (50,51). Cependant, elles s'accordaient sur le fait que cette supplémentation n'apportait pas plus de bénéfice que le placebo pour le traitement du SPM.

Dans l'étude de Retallick-Brown Hannah et al (56) (CONSORT 93,8%), « l'EMPower plus » avait quant à lui un bénéfice significatif sur la qualité de vie mais il n'avait pas d'effet sur les symptômes du SPM.

Nous avons décidé de ne pas inclure les combinaisons multi vitaminiques dans notre proposition de prise en charge devant le peu de preuve de l'efficacité de ces traitements.

c) Les vitamines D et E seules

La vitamine D était utilisée dans une étude de bonne qualité (CONSORT 75% (58)), qui n'a pas montré une efficacité supérieure au placebo. Même si cette étude est courte, il n'est pas raisonnable de traiter le SPM par vitamine D seule.

La vitamine E a montré un effet positif dans une seule étude sur les symptômes de dépression ou de manque (58). L'étude était de qualité moyenne et généralisable. Les revues affirmaient que la vitamine E n'avait pas sa place dans le traitement du SPM.

Conclusion

Au vu des faibles données concernant les vitamines D et E seules, il nous semble raisonnable de conclure qu'elles ne sont pas assez efficaces pour les utiliser dans le traitement du SPM. De plus grandes recherches sont à réaliser pour conclure que la vitamine E a sa place dans le traitement du SPM.

III. Hypothèses sur les résultats obtenus

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer les nombreux traitements étudiés dans le cadre du SPM et la variation de leur efficacité selon les différentes études incluses.

Premièrement l'effet placebo a une action non négligeable dans le SPM (17). Les recommandations anglaises (15) évaluent l'effet placebo à une diminution de 36 à 40% des symptômes du SPM. Chaque traitement doit donc être comparé au placebo pour conclure à sa réelle efficacité.

Deuxièmement, la cause du SPM serait multifactorielle mais son étiologie reste à définir aujourd'hui. Nous savons que de nombreux facteurs influencent l'apparition et l'intensité du SPM. Le stress, l'alimentation par des carences d'apport ou la culture seraient impliqués. L'évaluateur doit donc prendre en compte la femme dans sa globalité et les types de symptômes présents dans son SPM, afin d'adapter au mieux son traitement.

Troisièmement, il n'y a pas de définition internationale du SPM. L'évaluation de l'intensité des symptômes reste donc subjective. Les études sont ainsi difficilement comparables quant à l'efficacité d'un traitement. Actuellement le SPM n'est pas accepté dans les indications de traitements malgré le poids de l'ACOG (13). En effet, les organismes de réglementation, comme la FDA aux USA (*Food and Drug Administration*) et l'EMA en Europe (*agence européenne des médicaments*) exigent des indications cliniques et un service médical rendu précis. Aux USA, seule l'indication de TDPM est acceptée principalement parce qu'il est inclus dans DSM-V.

Quatrièmement, beaucoup d'études incluses ont été réalisées sur une durée courte de deux à trois cycles. Or la durée des cycles ainsi que les symptômes prémenstruels peuvent se modifier d'un mois à l'autre. Ces points peuvent d'une part poser des questions sur la possible généralisation des résultats. D'autre part, une durée plus longue de traitement serait souhaitable pour obtenir une vision plus objective. Selon un groupe d'experts, une durée d'au moins 3 mois est nécessaire pour conclure définitivement à l'efficacité d'un traitement dans le SPM, mais 6 mois seraient préférables (17).

Enfin, selon nos résultats, les progestatifs utilisés seuls sont inefficaces dans la gestion du SPM. Leur inefficacité pourrait venir du fait qu'ils sont utilisés entre J14 à J28 sans prendre en compte la variabilité des cycles féminins. Si la phase folliculaire est plus longue dans le cycle de traitement, le traitement est débuté alors avant l'ovulation. Il peut ainsi bloquer l'ovulation et ainsi inhiber la formation du corps jaune. Cela limiterait-il l'action de la progestérone ? Faire un test d'ovulation ou observer les signes décelant l'ovulation permettraient-ils de mieux utiliser les progestatifs et donc d'avoir un meilleur effet sur le SPM ? La réponse à ces questions pourrait réhabiliter ou confirmer l'inefficacité des progestatifs dans l'amélioration du SPM.

IV. Comparaison avec d'autres travaux étudiant le traitement du SPM

D'autres équipes ont fait l'état des lieux des thérapeutiques dont le médecin de soins primaires dispose pour soulager les patientes souffrant d'un SPM.

1. Thèse sur le traitement du SPM

En 2019, deux internes de médecine générale ont axé leur thèse sur ce thème (88). Leur revue systématique analysa 103 études publiées entre 2007 et 2018, extraites de la base de données PubMed. Elle portait sur les traitements médicamenteux, la médecine complémentaire (phytothérapie, compléments alimentaires, acupuncture, homéopathie), le yoga et le sport ainsi que la TCC. Leur méthodologie fut moins stricte et leurs critères d'exclusion moins restrictifs que les nôtres. Nous notons deux différences : la prise en compte du TDPM, ainsi que leur décision d'inclure des articles indépendamment de leur qualité.

Au niveau des résultats, nos travaux sont cohérents.

Leur équipe confirma l'efficacité prouvée des ISRS, avec les mêmes attentes dans les recherches futures. Elles proposent les neuroleptiques atypiques, contrairement à nous qui demandons plus de preuves pour le prescrire.

Les chercheuses approuvèrent le traitement par drospirénone / éthinyloestradiol dans le traitement du TDPM. Mais les études centrées sur le SPM étaient de trop faible qualité pour affirmer leurs résultats. Nous soutenons ce traitement dans le traitement du SPM, car ces deux pathologies partagent les mêmes symptômes. Leurs résultats sur les autres oestrogènes oraux étaient trop contradictoires. Cependant elles proposaient tout de même des traitements qui semblent être des pistes thérapeutiques mais qui mériteraient selon nous plus de recherche, comme l'association norgestrol acétate 2,5mg / 17 β - estradiol 1,5mg. Elles suggéraient également de traiter le SPM par dydrogestérone. Son efficacité étant similaire au calcium + vitamine D, nous avons jugé bon de préférer ce second traitement.

Sur le plan des suppléments, les chercheuses concluaient également à l'efficacité du calcium et des acides gras. Comme nous, elles demandaient plus d'études pour confirmer l'efficacité de la vitamine B1, leur résultat ne reposant que sur une étude pilote. A propos du zinc, elles demandaient plus de recherche avant de conclure à son efficacité. Contrairement à nos résultats qui encouragent la prescription du magnésium, elles n'ont pas pu conclure à ce sujet devant le peu d'études et la qualité médiocre de celles-ci. Leur revue n'incluait pas

d'articles sur les autres suppléments que nous abordons. Dans notre thèse, les études sur les suppléments ou compléments alimentaires furent plus nombreuses et de meilleure qualité. Nous avons donc pu conclure plus facilement sur l'efficacité ou non de ces traitements.

Nos travaux considèrent, tous deux, le yoga et l'activité physique aérobie comme des traitements intéressants à proposer, bien qu'il faille que des études futures viennent confirmer les résultats actuels.

2. Recommandations de bonne pratique de la RCOG (15)

Les recommandations de bonne pratique anglaises de la RCOG ont réalisé une revue de littérature incluant tous les types de traitements réalisables pour le SPM. L'arbre décisionnel est clair et permet d'avoir une vision globale de la prise en charge proposée. Suivant les données que nous avons, ils sont les premiers à avoir proposé un algorithme de prise en charge.

Au niveau des traitements médicamenteux, nos résultats sont en accord avec ceux de la RCOG quant à l'efficacité des ISRS dans le traitement du SPM. A noter qu'ils le proposent à faible dose dès la première ligne de traitement. Nous ne souhaitons proposer ce traitement qu'en troisième intention devant les EI plus importants que les autres alternatives thérapeutiques. La RCOG recommande également la CO combinée à une faible dose de drospirénone. Nos résultats nous poussent à cette même conclusion. Nous sommes également en accord avec eux sur le fait que ni la progestérone ni les progestatifs ne sont efficaces dans le traitement du SPM.

Cependant, des divergences apparaissent entre nos deux articles. Nos résultats ne soutiennent pas les préparations non contraceptives à base d'œstrogènes, alors qu'elles font partie de leur prise en charge. Ils analysent trois articles que nous retrouvons dans la revue systématique de Naheed et al., 2017 (40). En combinant les résultats de ces trois études, la méta-analyse révélait des preuves trop faibles pour encourager ce traitement.

Sur le plan des suppléments, nos résultats divergent sur plusieurs points.

La mise en avant dans leur arbre décisionnel de la vitamine B6 n'est pas soutenue par nos résultats. Nous ne retrouvons pas d'amélioration plus importante que le placebo pour ce traitement.

Nous sommes d'accord sur l'efficacité du calcium, du calcium + vitamine D et des acides gras. Mais devant des preuves de faible qualité, la RCOG n'a pas pu les inclure dans leurs

recommandations. Nous avons conscience qu'il est nécessaire d'avoir des études de meilleure qualité. Mais en attendant ces études, nous proposons tout de même de les utiliser en première ligne de traitement.

L'exercice physique est évoqué de manière très succincte dans leur document. Ils l'ont inclus dans leur recommandation de prise en charge, comme nous.

V. Ouverture

D'autres traitements, non étudiés dans notre revue, sont proposés pour traiter le SPM.

1. Autres traitements possibles dans la prise en charge du SPM

a) Médecine alternative et psychothérapie

Le RCOG (15) recommande de prendre en charge le SPM selon une approche holistique. Il est important de considérer les traitements alternatifs tels que la phytothérapie. Il est cependant nécessaire de prévenir les femmes que ces traitements n'ont pas encore prouvé leur efficacité.

Le RCOG (15) met en avant l'efficacité de certaines phytothérapies. Selon eux, le gattilier (ou Vitex Agnus Castus – VAC, une espèce d'arbuste) semblait aussi efficace que les ISRS et plus efficace que la vitamine B6 et le magnésium. Ce qui empêche le RCOG de les recommander est le manque de préparation standard du VAC.

Chardon du Ranquet M et de Chivré Q (88) quant à elles retrouvent deux plantes qui sont utilisables dans le cadre du SPM : le VAC et le millepertuis. Les inhalations de l'huile de néroli, de rose de Damas ou de lavande ainsi que la prise per os de safran semblaient également efficaces dans la gestion du SPM.

La psychologie a une place importante dans le SPM, ce qui expliquerait l'efficacité remarquable des TCC dans la gestion du SPM. Le RCOG recommande la TCC comme une option de traitement à proposer systématiquement pour le SPM. Les TCC seraient aussi efficaces que les ISRS mais avec un effet moins rapide. Cependant, combiner les TCC aux ISRS ne permet pas d'avoir une meilleure efficacité sur le SPM (15). Chardon du Ranquet M. et de Chivré Q. en 2019 (88) montraient que la TCC apportait un bénéfice par une meilleure compréhension du SPM et une meilleure gestion quotidienne des symptômes.

b) Traitements médicamenteux à initier par un spécialiste, médecine interventionnelle et chirurgicale

Ici, nous évoquerons simplement les traitements accessibles aux spécialistes, dont la patiente peut bénéficier en cas d'échec des premières lignes.

Les agonistes des hormones de libération de la gonadotrophine (GnRH) utilisés de manière continue suppriment le cycle, permettant ainsi une amélioration des symptômes du SPM (71). En pratique, il s'agit d'une injection mensuelle d'acétate de leuprolide à 3,75 mg. L'état hypo-oestrogénique qui en résulte produit des EI dont une diminution de la densité osseuse. Pour cette raison et son coût élevé, l'agoniste de la GnRH est réservé aux cas graves de SPM. Des études de qualité soutiennent ce traitement et précisent que l'ajout d'un traitement hormonal substitutif pour corriger les EI ne nuit pas à l'efficacité du traitement (89). Le RCOG, dans ses recommandations, présente les agonistes de la GnRH comme un traitement de troisième intention, après les ISRS et l'hormonothérapie.

Les symptômes réfractaires peuvent nécessiter une intervention chirurgicale d'hystérectomie totale avec une salpingo-ovariectomie bilatérale afin d'éliminer la cyclicité menstruelle. Pour s'assurer qu'une patiente bénéficierait d'un tel traitement, invasif et définitif, les agonistes de la GnRH devraient être utilisés au préalable afin d'évaluer le bénéfice et la tolérance d'un état hypo-oestrogénique (71,90,91). Le RCOG propose ce traitement en quatrième intention. Mais il insiste sur le fait que cette chirurgie ne peut être envisagée uniquement lorsque la prise en charge médicale a échoué, qu'un traitement de longue durée aux analogues de la GnRH est nécessaire ou que d'autres conditions gynécologiques indiquent une intervention chirurgicale (15).

2. Traitements en cours d'étude

Un essai clinique randomisé multicentrique est en cours de développement par une équipe française pour évaluer l'effet de la naltrexone à faible dose sur le SPM. L'hypothèse retenue est que le rebond de production d'endorphine provoqué par la dose limitée de naltrexone permettrait une augmentation du taux d'endorphine dans le corps. Dans certaines études, le taux élevé d'endorphine permettrait un équilibre des taux hormonaux et l'amélioration des douleurs chroniques. Actuellement, la naltrexone à faible dose est utilisée hors AMM dans le cadre, entre autres, de la sclérose en plaque ou de la fibromyalgie dans certains pays. Dans notre étude, l'efficacité de l'activité physique (64–67) pourrait venir entre autres d'une

augmentation du taux d'endorphine. Si cette hypothèse est vraie, la naltrexone à faible dose pourrait être une solution thérapeutique. Actuellement la naltrexone à faible dose, 2,4 mg, n'a pas d'AMM en France. Les préparations magistrales contenant ce produit sont limitées aux AMM existantes de la naltrexone à 50 mg (92).

Un autre traitement est à l'étude dans plusieurs pays (93,94). Il s'agit de la sepranolone. C'est un antagoniste de l'allopregnanolone, lui-même métabolite actif de la progestérone. L'allopregnanolone est sédatif à des concentrations élevées. Mais il peut provoquer des EI paradoxaux sur l'humeur à des taux correspondant aux concentrations retrouvées durant la phase lutéale. Les effets de l'allopregnanolone sont contrecarrés par la sepranolone, qui réduirait considérablement les symptômes d'humeur négatifs chez les femmes atteintes de TDPM (95).

3. Axes de recherche à la suite de notre travail

Il serait intéressant d'étudier les connaissances et les prises en charge des médecins généralistes dans le cadre du SPM. Le vécu des femmes face aux troubles prémenstruels et leurs ressentis face à la réaction du soignant seraient aussi enrichissant à étudier.

Nous pensons qu'il serait également intéressant de se pencher sur les traitements que nous n'avons pas étudiés et qui sont accessibles au médecin généraliste comme la psychothérapie ou la médecine alternative.

Pour évaluer la présence du SPM, une grille prospective d'évaluation des symptômes est nécessaire. Cependant aucune grille n'a été validée en France à ce jour. Un travail de recherche sur ce sujet serait pertinent.

CONCLUSION

Le SPM, au même titre que l'endométriose ou d'autres pathologies perturbant le cycle menstruel, doit être recherché au cours des consultations que nous effectuons, nous généralistes, lors du suivi gynécologique des patientes.

Ainsi, il serait bon que le médecin généraliste s'intéresse à l'histoire du cycle de la patiente. Les bases de la physiologie du cycle de la femme pourraient lui être expliquées. Cela l'aiderait à reconnaître les signes des différentes phases de son cycle. Elle pourrait ainsi mieux appréhender les problèmes, s'ils existent, et mieux comprendre ses différentes réactions physiques, psychiques et/ou comportementales. Le médecin généraliste pourrait aussi lui transmettre un schéma simplifié lui permettant de mieux se repérer (*Annexe I*).

Ensuite, il est nécessaire d'évaluer de manière systématique, par un interrogatoire orienté, la nécessité ou non de rechercher des pathologies dont le SPM. Il est indispensable d'écarter tout diagnostic différentiel du SPM tels que la dépression, l'anxiété, la péri-ménopause, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome de l'intestin irritable ou la maladie thyroïdienne (96). Si le diagnostic de SPM s'avère possible, la patiente doit remplir un questionnaire prospectif pendant deux ou trois cycles et le médecin généraliste la reverrait avec le document dûment complété.

Enfin, la prise en charge du SPM doit commencer s'il existe une perturbation de la vie quotidienne de la femme dans ses relations sociales ou au travail. Il est important d'identifier quel type de symptôme altère le plus sa qualité de vie afin d'adapter au mieux le traitement et sa posologie.

D'après notre recherche, il paraît judicieux de commencer un traitement par des suppléments et une activité physique qui n'engendrent que très rarement des EI.

En deuxième intention, un CO combiné à de la drospirénone pourrait être proposé aux femmes souhaitant une contraception et ne présentant aucun facteur de risque cardiovasculaire ou thromboembolique.

Si les symptômes persistent, un traitement par un ISRS à faible dose en premier lieu est envisageable. La dose pourra être progressivement augmentée selon la réponse

thérapeutique. La prise continue ou discontinue doit être décidée avec la patiente en fonction des EI ressentis et de son observance.

Pour aider les médecins généralistes à choisir la prise en charge thérapeutique la plus adéquate, nous proposons l'arbre décisionnel page suivante.

Toulouse, le 2 juin 2020

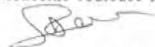
Vu, permis d'imprimer,

Le Doyen de La faculté de

Médecine de Toulouse-Purpan

D. Carrié

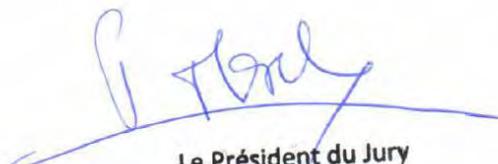
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan



Didier CARRIÉ

Vu

Toulouse le 1^{er} juin 2020



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Arbre décisionnel de prise en charge thérapeutique du syndrome prémenstruel

Diagnostic :

Utilisation du questionnaire DRSP¹
Diagnostic prospectif par note quotidienne des symptômes sur 2 à 3 mois

Première ligne de traitement

Syndrome prémenstruel global

Symptômes physiques, psychiques et comportementaux

- Yoga : une session d'une heure, trois fois par semaine
- Exercices physiques en aérobie : une séance de trente minutes, trois fois par semaine
 - Phase d'échauffement puis activité aérobie puis phase de refroidissement
- Calcium 500 mg / J
- Calcium 500 mg + vitamine B1 100 mg / J

et / ou²

Symptômes physiques	Symptômes comportementaux	Symptômes psychiques
<i>Symptômes physiques globaux</i> <ol style="list-style-type: none">1. <u>Calcium</u> 500 mg / J2. <u>Oméga 3</u> : 1g, 1.0.1, 10J3. 400 mg <u>PA</u> + 400 mg <u>PS</u> une prise / J	<i>Difficultés dans les interactions sociales</i> <ol style="list-style-type: none">1. <u>Calcium</u> 500 mg / J2. <u>Oméga 3</u> : 1g, 1.0.1, 10J	<i>Dépression</i> <ol style="list-style-type: none">1. <u>Calcium</u> 500 mg / J2. <u>Magnésium</u> 250 mg + <u>vitamine B6</u> 40 mg / J3. <u>Oméga 3</u> : 1g, 1.0.1, 10J
<i>Œdèmes des extrémités</i> <ol style="list-style-type: none">1. <u>Calcium</u> 500 mg / J2. <u>Oméga 3</u> : 1g, 1.0.1, 10J3. <u>Magnésium</u> 250 mg + <u>vitamine B6</u> 40 mg / J	<i>Diminution de l'intérêt</i> <ol style="list-style-type: none">1. <u>Calcium</u> 500 mg / J2. <u>Oméga 3</u> : 1g, 1.0.1, 10J	<i>Anxiété</i> <ol style="list-style-type: none">1. <u>Magnésium</u> 250 mg + <u>vitamine B6</u> 40 mg / J2. <u>Calcium</u> 500 mg / J3. <u>Oméga 3</u> : 1g, 1.0.1, 10J
<i>Fringales</i> <ul style="list-style-type: none">• <u>Calcium</u> 500 mg / J	<i>Difficultés de concentration</i> <ol style="list-style-type: none">1. <u>Calcium</u> 500 mg / J2. <u>Oméga 3</u> : 1g, 1.0.1, 10J	<i>Confusion ou irritabilité</i> <ul style="list-style-type: none">• <u>Oméga 3</u> : 1g, 1.0.1, 10J
<i>Troubles du sommeil</i> <ul style="list-style-type: none">• <u>Oméga 3</u> : 1g, 1.0.1, 10J		<i>Sautes d'humeur, colère</i> <ol style="list-style-type: none">1. <u>Calcium</u> 500 mg / J2. <u>Oméga 3</u> : 1g, 1.0.1, 10J

Deuxième ligne de traitement

Symptômes physiques, psychiques, comportementaux

Ethinyl-œstradiol 20 µg + drospirénone 3 mg

Prise de J1 à J24 puis 4 jours de placebo

⚡ Contre indication en cas de facteurs de risque cardiovasculaires et/ou thromboemboliques ⚡

Troisième ligne de traitement

Symptômes physiques, psychiques, comportementaux

1. Sertraline : faible dose : 25 à 50 mg / J ; dose moyenne : 100 mg / J
 2. Fluoxétine : faible dose : 10 mg / J ; dose moyenne : 20 mg / J ; dose élevée : 60 mg / J
 3. Paroxétine : faible dose : 10 à 12,5 mg / J ; dose moyenne : 20 ou 25 mg / J
- Une prise par jour d'un des traitements en continu ou discontinu³

¹ DRSP - Daily Record of Severity of Problems (Annexe 3)

² Les traitements de la première ligne sont à utiliser indépendamment ou en association suivant la patiente. L'exercice physique est à privilégier puis ajouter une ou plusieurs suppléments en fonction des symptômes.

³ La prise continue est au long cours sans pause, la prise discontinu correspond à la prise du traitement en deuxième partie du cycle (J14 à J28). Le choix entre les deux schémas se fait en fonction de l'observance de la patiente.

NB : Aucune AMM pour le traitement du syndrome prémenstruel n'a été validée en France aujourd'hui - La psychothérapie sera incluse en fonction des résultats d'une autre revue.

Arbre décisionnel réalisé à la suite d'une revue systématique de littérature dans le cadre d'un travail de thèse soutenu en juin 2020

BIBLIOGRAPHIE

1. Zaafrane F, Faleh R, Melki W, Sakouhi M, Gaha L. An overview of premenstrual syndrome. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. nov 2007;36(7):642-52.
2. Hylan TR, Sundell K, Judge R. The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment-seeking behavior: experience from the United States, United Kingdom, and France. *J Womens Health Gend Based Med*. oct 1999;8(8):1043-52.
3. Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V, et al. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. *J Reprod Med*. juill 2003;48(7):515-24.
4. Borenstein J, Chiou C-F, Dean B, Wong J, Wade S. Estimating direct and indirect costs of premenstrual syndrome. *J Occup Environ Med*. janv 2005;47(1):26-33.
5. Kraemer G, Kraemer R. Premenstrual Syndrome: Diagnosis and Treatment Experiences. *J Womens Health*. sept 1998;7(7).
6. Mishell DR. Premenstrual disorders: epidemiology and disease burden. *Am J Manag Care*. déc 2005;11(16 Suppl):S473-479.
7. Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français. CNGOF 2016 [Internet]. 2016 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_26/site/html/1.html
8. Endicott J, Halbreich U, Schacht S, Nee J. Premenstrual changes and affective disorders. *Psychosom Med*. déc 1981;43(6):519-29.
9. Guelfi P. La dépression dans le DSM-5 : nouveautés et débats. 2013;(24):5-6.
10. Campana A, Andreoli A, Lastrico A. Syndrome prémenstruel : Une mise au point [Internet]. 2017 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Syndrome_premenstruel.htm
11. Icard S (1860-1932) A du texte. La femme pendant la période menstruelle : étude de psychologie morbide et de médecine légale / par le Dr S. Icard,... 1890. page 56.
12. Chaslin P. *Eléments de sémiologie et de clinique mentales*. 1912.
13. Halbreich U. The diagnosis of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder--clinical procedures and research perspectives. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol*. déc 2004;19(6):320-34.
14. ACOG Committee on Practice Bulletins--Gynecology. ACOG Practice Bulletin: No 15: Premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol*. avr 2000;95(4):suppl 1-9.
15. Green L, O'Brien P, Panay N, Craig M on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2016;124(3).
16. Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health*. janv 2006;9(1):41-9.
17. O'Brien PMS, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, Epperson CN, et al. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMD Montreal consensus. *Arch Womens Ment Health*. févr 2011;14(1):13-21.
18. Ashraf D-M, Kouros S, Ali D, Sattar K. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *J Clin Diagn Res JCDR*. févr 2014;8(2):106-9.
19. Daniel C, Malone, Pharm D. Introduction: Managing the Spectrum of Premenstrual Symptoms. *Am J Manag CARE*. 1 déc 2005;11(16 Suppl):S471-2.

20. Johnson S. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. *Obstet Gynecol.* oct 2004;104(4):845–859.
21. Yonkers KA, O'Brien PMS, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet.* 5 avr 2008;371(9619):1200-10.
22. Matsumoto T, Asakura H, Hayashi T. Biopsychosocial aspects of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol.* janv 2013;29(1):67-73.
23. Halbreich U. The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology.* août 2003;28 Suppl 3:55-99.
24. Born L, Steiner M. Current management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Curr Psychiatry Rep.* déc 2001;3(6):463-9.
25. Milewicz A, Jedrzejuk D. Premenstrual syndrome: From etiology to treatment. *Maturitas.* 1 nov 2006;55:S47–S54.
26. Namavar Jahromi B, Pakmehr S, Hagh-Shenas H. Work stress, premenstrual syndrome and dysphoric disorder: are there any associations? *Iran Red Crescent Med J.* mars 2011;13(3):199-202.
27. Incebiyik A, Camuzcuoglu A, Hilali NG, Ulas T, Vural M, Camuzcuoglu H, et al. Serum oxidative stress, visfatin and apelin in healthy women and those with premenstrual syndrome. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* févr 2015;35(2):188-92.
28. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE. Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. *Am J Epidemiol.* 15 oct 2008;168(8):938-45.
29. Fernández MDM, Saulyte J, Inskip HM, Takkouche B. Premenstrual syndrome and alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 16 avr 2018;8(3):e019490.
30. Isgin-Atici K, Kanbur N, Akgül S, Buyuktuncer Z. Diet quality in adolescents with premenstrual syndrome: A cross-sectional study. *Nutr Diet J Dietit Assoc Aust.* 6 févr 2019;
31. Abdi F, Ozgoli G, Rahnemaie FS. A systematic review of the role of vitamin D and calcium in premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol Sci.* mars 2019;62(2):73-86.
32. Insee. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/accueil>
33. Dimmock P, Wyatt K, Jones P, O'Brien P. Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. *Lancet Lond Engl.* 30 sept 2000;356(9236):1131-6.
34. Shah NR, Jones JB, Aperi J, Shemtov R, Karne A, Borenstein J. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* mai 2008;111(5):1175-82.
35. Brown J, O'Brien PMS, Marjoribanks J, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 avr 2009;(2):CD001396.
36. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PMS, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 7 juin 2013;(6):CD001396.
37. Freeman E, Rickels K, Sondheimer S, Polansky M, Xiao S. Continuous or intermittent dosing with sertraline for patients with severe premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry.* févr 2004;161(2):343-51.

38. Yonkers K, Pearlstein T, Gotman N. A pilot study to compare fluoxetine, calcium, and placebo in the treatment of premenstrual syndrome. *J Clin Psychopharmacol.* oct 2013;33(5):614-620.
39. Wichianpitaya J, Taneepanichskul S. A comparative efficacy of low-dose combined oral contraceptives containing desogestrel and drospirenone in premenstrual symptoms. *Obstet Gynecol Int.* 2013;2013:487143.
40. Naheed B, Kuiper JH, Uthman OA, O'Mahony F, O'Brien PMS. Non-contraceptive oestrogen-containing preparations for controlling symptoms of premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 3 mars 2017;3:CD010503.
41. Wyatt K, Dimmock P, Jones P, Obhrai M, O'Brien S. Efficacy of progesterone and progestogens in management of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ.* 6 oct 2001;323(7316):776-80.
42. Ford O, Lethaby A, Mol B, Roberts H. Progesterone for Premenstrual Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 oct 2006;(4):CD003415.
43. Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol BWJ. Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 14 mars 2012;(3):CD003415.
44. Khajehi M, Abdali K, Parsanezhad M, Tabatabaee H. Effect of treatment with dydrogesterone or calcium plus vitamin D on the severity of premenstrual syndrome. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* mai 2009;105(2):158-61.
45. Jackson C, Pearson B, Girdler S, Johnson J, Hamer R, Killenberg S, et al. Double-blind, placebo-controlled pilot study of adjunctive quetiapine SR in the treatment of PMS/PMDD. *Hum Psychopharmacol.* nov 2015;30(6):425-34.
46. Samiepour S, Kiani F, Pour Y, Heydarabadi A, Tavassoli E, Zade R. Comparing the Effects of Vitamin B1 and Calcium on Premenstrual Syndrome (PMS) among Female Students, Ilam-Iran. *Int J Pediatr-Mashhad.* sept 2016;4(9):3519-28.
47. Samiepour S, Tavassoli E, Heydarabadi A, Daniali S, Alidosti M, Kiani F, et al. Effect of calcium and vitamin B1 on the severity of premenstrual syndrome: a randomized control trial. *Int J Pharm Technol.* 2016;8(3):18706-18717.
48. Shobeiri F, Araste F, Ebrahimi R, Jenabi E, Nazari M. Effect of calcium on premenstrual syndrome: A double-blind randomized clinical trial. *Obstet Gynecol Sci.* janv 2017;60(1):100-5.
49. Whelan A, Jurgens T, Naylor H. Herbs, vitamins and minerals in the treatment of premenstrual syndrome: a systematic review. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2009;16(3).
50. Avila C. The effects of nutritional supplementation on premenstrual syndrome (PMS) [PhD thesis]. [Lismore, NSW]: Southern Cross University; 2009.
51. Stevinson C, Ernst E. Complementary/alternative therapies for premenstrual syndrome: a systematic review of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* juill 2001;185(1):227-35.
52. Ebrahimi E, Khayati Motlagh S, Nemati S, Tavakoli Z. Effects of magnesium and vitamin b6 on the severity of premenstrual syndrome symptoms. *J Caring Sci.* déc 2012;1(4):183-9.
53. Fathizadeh N, Ebrahimi E, Valiani M, Tavakoli N, Yar M. Evaluating the effect of magnesium and magnesium plus vitamin B6 supplement on the severity of premenstrual syndrome. *Iran J Nurs Midwifery Res.* déc 2010;15(Suppl 1):401-5.
54. Siahbazi S, Behboudi-Gandevani S, Moghaddam-Banaem L, Montazeri A. Effect of zinc sulfate supplementation on premenstrual syndrome and health-related quality of life: Clinical randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res.* mai 2017;43(5):887-94.

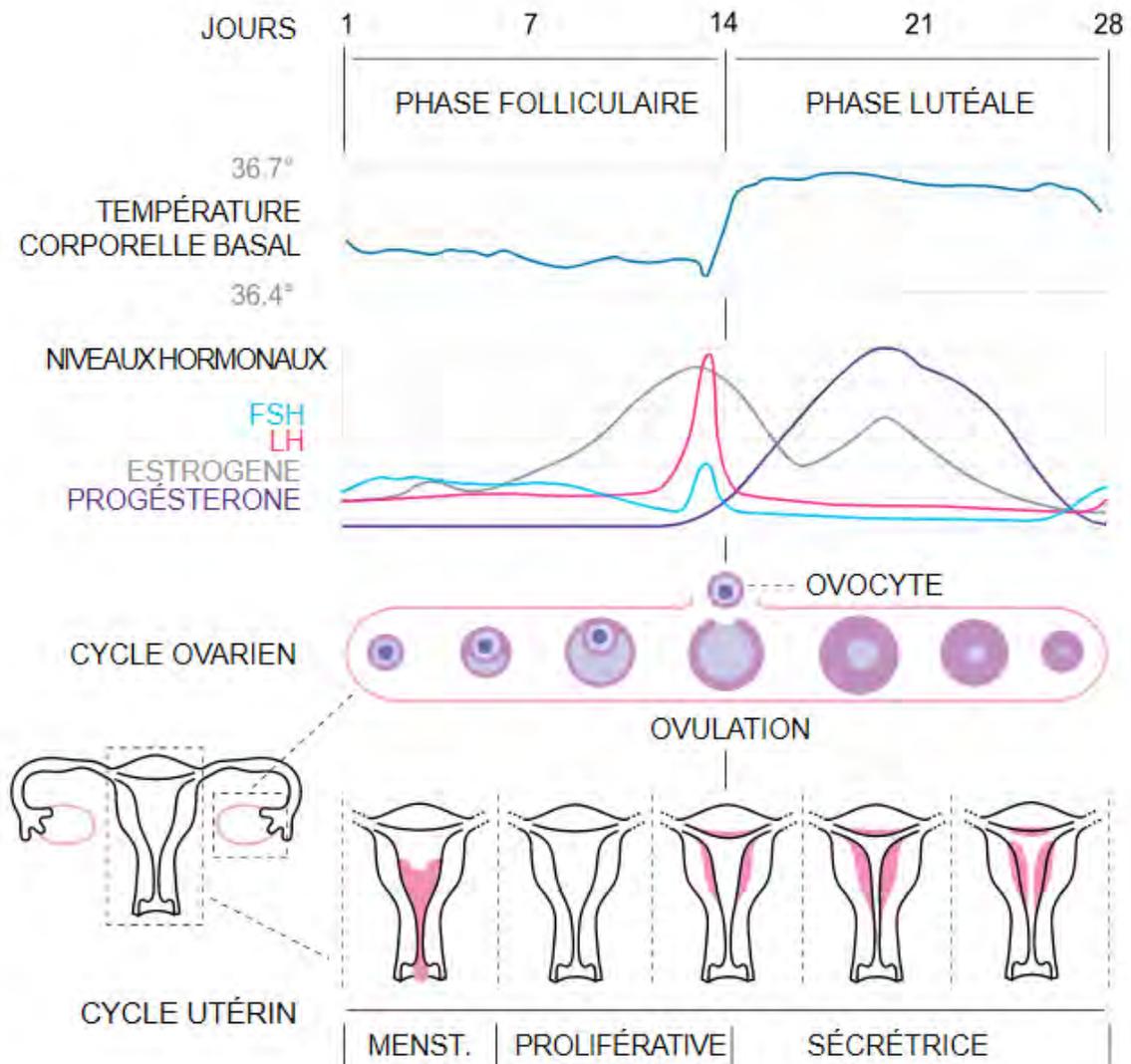
55. Abdollahifard S, Rahmanian Koshkaki A, Moazamiyanfar R. The effects of vitamin B1 on ameliorating the premenstrual syndrome symptoms. *Glob J Health Sci.* 29 juill 2014;6(6):144-53.
56. Retallick-Brown H, Rucklidge J, Blampied N. A Pilot Randomized Treatment-Controlled Trial Comparing Vitamin B6 with Broad-Spectrum Micronutrients for Premenstrual Syndrome. *J Altern Complement Med.* 2020;26(2).
57. Masoumi S, Ataollahi M, Oshvandi K. Effect of Combined Use of Calcium and Vitamin B6 on Premenstrual Syndrome Symptoms: a Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci.* mars 2016;5(1):67-73.
58. Dadkhah H, Ebrahimi E, Fathizadeh N. Evaluating the effects of vitamin D and vitamin E supplement on premenstrual syndrome: A randomized, double-blind, controlled trial. *Iran J Nurs Midwifery Res.* avr 2016;21(2):159-64.
59. Schmidt K, Weber N, Steiner M, Meyer N, Dubberke A, Rutenberg D, et al. A lecithin phosphatidylserine and phosphatidic acid complex (PAS) reduces symptoms of the premenstrual syndrome (PMS): Results of a randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Clin Nutr ESPEN.* avr 2018;24:22-30.
60. Sohrabi N, Kashanian M, Ghafoori S, Malakouti S. Evaluation of the effect of omega-3 fatty acids in the treatment of premenstrual syndrome: « a pilot trial ». *Complement Ther Med.* juin 2013;21(3):141-6.
61. Behboudi-Gandevani S, Hariri F, Moghaddam-Banaem L. The effect of omega 3 fatty acid supplementation on premenstrual syndrome and health-related quality of life: a randomized clinical trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* déc 2018;39(4):266-72.
62. Bharati M. Comparing the Effects of Yoga & Oral Calcium Administration in Alleviating Symptoms of Premenstrual Syndrome in Medical Undergraduates. *J Caring Sci.* sept 2016;5(3):179-85.
63. Kamalifard M, Yavari A, Asghari-Jafarabadi M, Ghaffarilaleh G, Kasb-Khah A. The Effect of Yoga on Women's Premenstrual Syndrome: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Int J Womens Health Reprod Sci.* juill 2017;5(3):205-11.
64. El-Lithy A, El-Mazny A, Sabbour A, El-Deeb A. Effect of aerobic exercise on premenstrual symptoms, haematological and hormonal parameters in young women. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* mai 2015;35(4):389-92.
65. Maged A, Abbassy A, Sakr Hend R, Elsayah H, Wagih H, Ogila Asmaa I, et al. Effect of swimming exercise on premenstrual syndrome. *Arch Gynecol Obstet.* avr 2018;297(4):951-9.
66. Vishnupriya R, Rajarajeswaram P. Effects of aerobic exercise at different intensities in pre menstrual syndrome. *J Obstet Gynaecol India.* déc 2011;61(6):675-82.
67. Mohebbi Dehnavi Z, Jafarnejad F, Sadeghi Goghary S. The effect of 8 weeks aerobic exercise on severity of physical symptoms of premenstrual syndrome: a clinical trial study. *BMC Womens Health.* 31 mai 2018;18(1):80.
68. Dupouy Julie, Kinouani Sherazade. Revue systématique de la littérature : chic et pratique! *Rev E Respect.* mars 2013;n°3:19-26.
69. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 21 juill 2009;339.
70. Rubinow DR, Roy-Byrne P. Premenstrual syndromes: overview from a methodologic perspective. *Am J Psychiatry.* févr 1984;141(2):163-72.
71. Yonkers KA, Simoni MK. Premenstrual disorders. *Am J Obstet Gynecol.* janv 2018;218(1):68-74.
72. Research Center for Drug Evaluation. FDA Approves Paroxetine for the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder [Internet]. P&T Community. 2003 [cité 30 avr 2020].

- Disponible sur: <https://www.ptcommunity.com/news/20030904/fda-approves-paroxetine-treatment-premenstrual-dysphoric-disorder>
73. Research Center for Drug Evaluation. FDA signs off on Zoloft for extreme PMS. [Internet]. 2002 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <http://edition.cnn.com/2002/HEALTH/conditions/05/21/zoloft.pms/>
 74. Research Center for Drug Evaluation. Fluoxétine approuvée par la FDA dans le traitement du TDPM [Internet]. FDA. 2019 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fda.gov/drugs/medication-health-fraud/public-notification-xcel-contains-hidden-drug-ingredient>
 75. Sa'adatu Bose Usman, Radha Indusekhar, O'Brien. Hormonal management of premenstrual syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 avr 2008;22(2):251-60.
 76. Rapkin AJ, McDonald M, Winer SA. Ethinyl Estradiol/Drospirenone for the Treatment of the Emotional and Physical Symptoms of Premenstrual Dysphoric Disorder: *Women's Health.* 7 sept 2016;3(4):395-408.
 77. Rübige A. Drospirenone: a new cardiovascular-active progestin with antialdosterone and antiandrogenic properties. *Climacteric J Int Menopause Soc.* oct 2003;6 Suppl 3:49-54.
 78. Marr J, Niknian M, Shulman LP, Lynen R. Premenstrual dysphoric disorder symptom cluster improvement by cycle with the combined oral contraceptive ethinylestradiol 20 mcg plus drospirenone 3 mg administered in a 24/4 regimen. *Contraception.* juill 2011;84(1):81-6.
 79. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M, Sampson-Landers C, Rapkin A. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol.* sept 2005;106(3):492-501.
 80. Yonkers KA, Foegh ML. A new low-dose, drospirenone-containing oral contraceptive (OC) with its new dosing regimen is effective in reducing premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *Fertil Steril.* sept 2004;82:S102-3.
 81. Research Center for Drug Evaluation. Information about Drospirenone [Internet]. FDA. 2019 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/information-about-drospirenone>
 82. Pearlstein T. Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: Therapeutic Challenges. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2 avr 2016;9(4):493-6.
 83. Agence Nationale de la Sécurité des Médicaments et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit - VITAMINE B1 B6 BAYER, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. Base de données des médicaments. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67202735&typedoc=R>
 84. Minetto D, Stirnemann J, Serratrice J. Le magnésium dans la pratique clinique quotidienne. *Rev Médicale Suisse.* 2016;12:1761-5.
 85. Avensac M. Le Magnésium dans la prise en charge du stress à l'officine [Thèse de doctorat d'université, biologie et santé]. [Toulouse]: Université Toulouse III, faculté des sciences pharmaceutiques; 2018.
 86. Unité de gérontopharmacologie clinique et la Pharmacie des HUG. Faut-il prescrire des suppléments d'oméga 3 chez la personne âgée? *Capp-info* 45; 2007.
 87. Kazuyoshi T, Shogo H. Allopregnanolone - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. 2016 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/topics/biochemistry-genetics-and-molecular-biology/allopregnanolone>

88. Chardon du Ranquet M, de Chivré Q. Le médecin généraliste face au syndrome prémenstruel : prise en charge thérapeutique. Angers; 2019.
89. Wyatt KM, Dimmock PW, Ismail KMK, Jones PW, O'Brien PMS. The effectiveness of GnRHa with and without « add-back » therapy in treating premenstrual syndrome: a meta analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* juin 2004;111(6):585-93.
90. Cronje WH, Vashisht A, Studd JWW. Hysterectomy and bilateral oophorectomy for severe premenstrual syndrome. *Hum Reprod Oxf Engl.* sept 2004;19(9):2152-5.
91. Reid RL. When should surgical treatment be considered for premenstrual dysphoric disorder? *Menopause Int.* juin 2012;18(2):77-81.
92. Ile-de-France A. Préparation magistrale en pharmacie d'officine : Préparations faisant l'objet de restrictions ou d'interdictions. juin 2016;20.
93. Bixo M, Ekberg K, Poromaa IS, Hirschberg AL, Jonasson AF, Andréen L, et al. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with the GABAA receptor modulating steroid antagonist Sepranolone (UC1010)-A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology.* juin 2017;80:46-55.
94. Shaughn O'Brien. A Study of Efficacy and Safety of Sepranolone (UC1010) in Patients With Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) - Full Text View - ClinicalTrials.gov [Internet]. *ClinicalTrials.gov.* 2018 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03697265>
95. Bixo M, Johansson M, Timby E, Michalski L, Bäckström T. Effects of GABA active steroids in the female brain with a focus on the premenstrual dysphoric disorder. *J Neuroendocrinol.* févr 2018;30(2).
96. ACOG. Premenstrual Syndrome (PMS) - FAQ [Internet]. ACOG, The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2015 [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Premenstrual-Syndrome-PMS?IsMobileSet=false>
97. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ.* 23 mars 2010;340:c869.
98. Slim K, Nini E, Forestier D, Brugère C, Kwiatkowski F, Panis Y, et al. Validation d'un index méthodologique (MINORS) pour les études non-randomisées. *Ann Chir.* déc 2003;128(10):688-93.
99. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):39-44.
100. Brosseau L, Laroche C, Guitard P, King J, Poitras S, Casimiro L, et al. La version franco-canadienne de l'outil Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR). *Physiother Can.* 2017;69(1):20-9.
101. Brouwers M. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (grille AGREE II). *Appraisal of guidelines research and evaluation;* 2009.
102. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health.* août 2003;6(3):203-9.
103. Budeiri D, Li Wan Po A, Dornan J. Clinical trials of treatments of premenstrual syndrome: entry criteria and scales for measuring treatment outcomes. *Br J Obstet Gynaecol.* août 1994;101(8):689-95.
104. Steiner M, Peer M, Macdougall M, Haskett R. The premenstrual tension syndrome rating scales: an updated version. *J Affect Disord.* déc 2011;135(1-3):82-8.

ANNEXES

Annexe 1 : Physiologie du cycle menstruel



Annexe 2 : Critères diagnostiques du trouble dysphorique prémenstruel

DSM-V, mai 2013 (9)

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

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

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

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

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

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

D. Les symptômes sont associés à une détresse cliniquement significative ou interfèrent avec le travail, l'école, les activités sociales habituelles ou les relations avec les autres (ex.

évitement des activités sociales, diminution de la productivité ou de l'efficacité au travail, à l'école ou à la maison).

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

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

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

Annexe 3 : Le DRSP - Daily Record of Severity of Problems (16)

Symptoms	Day of menstrual cycle (day 1 should be the start of the menstrual period)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Felt depressed, sad, down, or blue															
Felt hopeless															
Felt worthless or guilty															
Felt anxious, tense, keyed up, or on edge															
Had mood swings (e.g., suddenly felt sad or tearful)															
Was more sensitive to rejection or feelings were more easily hurt															
Felt angry, irritable															
Had conflicts or problems with people															
Had less interest in usual activities (e.g., work, school, friends, hobbies)															
Had difficulty concentrating															
Felt lethargic, tired, fatigued, or had a lack of energy															
Had increased appetite or overate															
Had cravings for specific foods															
Slept more, took naps, found it hard to get up when intended															
Felt overwhelmed or that I could not cope															
Felt out of control															
Had breast tenderness															
Had breast swelling, felt bloated, or had weight gain															
Had headache															
Had joint or muscle pain															
At work, school, home, or in daily routine, at least one of the problems noted above caused reduced productivity or inefficiency															
At least one of the problems noted above interfered with hobbies or social activities (e.g., avoided or did less)															
At least one of the problems noted above interfered with relationships with others															
Menstrual flow: H = heavy, M = medium, L = light or spotting; leave blank for no bleeding															
Totals															

Directions:
 Record the score for each item on each day using the following scale of 1 to 6: 1=not at all, 2=minimal, 3=mild, 4=moderate, 5=severe, 6=extreme.
 Add the scores in the column for the first day of menses. If the total score is less than 50, consider a diagnosis other than premenstrual syndrome. If the total score is greater than 50, record two cycles of symptoms. If more than three items have an average score of more than 3 (mild) during the luteal phase, add the scores of five-day intervals during the luteal and follicular phases. A luteal phase score that is 30 percent greater than the follicular phase score indicates a diagnosis of premenstrual syndrome.

Daily scoring sheet for patients to track symptoms related to premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder.

[Feuille de pointage quotidienne pour les patientes afin de suivre les symptômes liés au SPM et au TDPM.]

Adapted with permission from Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. Arch Womens Ment Health. Springer-Verlag, Wein. 2006;9(1):43.

Annexe 4 : Les grilles d'évaluation méthode et rapport

1. Echelle CONSORT (97) : qualité du rapport des essais randomisés

Titres et résumés	
1a	Identification de l'essai « randomisé » dans le titre
1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats, et conclusions
Introduction	
2a	Contexte scientifique, explication du bienfondé
2b	Objectifs spécifiques et hypothèses
Méthodes	
3a	Description du plan de l'essai, incluant les ratios d'allocation
3b	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tels que les critères d'éligibilité), raison expliquée
4a	Critères d'éligibilité des participants
4b	Structures et lieux de recueil des données
5	Interventions
6a	Critères « à priori » de jugement principal et secondaires définis, incluant comment et quand ils sont évalués
6b	Changement de quelconque critère de jugement après le début de l'essai, raison expliquée
7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminé ?
7b	Explication des analyses intermédiaires et règles d'arrêt (si applicable)
Randomisation	
8a	Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort
8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction
9	Mécanisme d'assignation secrète
10	Mise en œuvre
11a	Qui est en aveugle ? Comment sont-ils empêchés de savoir ?
11b	Si approprié, description de la similitude des interventions
12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires

12b	Méthodes utilisées pour les analyses supplémentaires
Résultats	
13a	Nombre de participants assignés par tirage au sort pour chaque groupe, et ont reçu le traitement destiné, analysés pour le critère de jugement principal
13B	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après randomisation, avec raisons
14a	Dates définissant les périodes de recrutement et suivi
14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu
15	Tableau montrant les caractéristiques démographique et clinique de chaque groupes
16	Effectifs analysés
17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, résultats pour chaque groupe, taille estimée de l'effet et sa précision
17b	Pour variables binaires, taille de l'effet en valeurs absolues et relatives recommandée
18	Analyses accessoires
19	Risques/ EI
Discussion	
20	Limites
21	"généralité"/ Validité Externe
22	Interprétation
Informations supplémentaires	
23	Enregistrement
24	Protocole
25	Financement
Total	

2. Echelle JADAD : qualité de la méthode des essais randomisés

Echelle de Jadad	
1	Etude décrite comme randomisée ?
2	Schéma de randomisation décrit et adéquat ?
3	Patients décrits comme aveugles ?
4	Evaluateurs décrits comme aveugle ?
5	Description des perdus de vues et retraits d'études
Total	

3. Echelle MINORS (98) : qualité des essais non randomisés

Items méthodologiques pour les études non-randomisées	Score*
---	--------

1. **Le but est clairement formulé** : la question posée par l'étude est suffisamment précise et tient compte des données de la littérature

2. **Inclusion de patients consécutifs** : tous les patients répondant aux critères d'inclusion ont été effectivement inclus dans l'étude durant la période concernée (pas d'exclusion ou détails des raisons de la non-inclusion)

3. **Recueil prospectif des données** : données recueillies selon un protocole établi avant le début de l'étude

4. **Critères de jugement adaptés au but de l'étude** : explication précise des critères utilisés pour évaluer le principal événement mesuré qui doivent être en accord avec la question posée par l'étude. Les critères de jugement devant aussi être évalués en intention de traiter

5. **Évaluation non-biaisée des critères de jugement** : évaluation en simple insu des critères objectifs et en double insu des critères subjectifs. Sinon, les raisons de l'absence d'insu devraient être détaillées

6. **Période de suivi adaptée au but de l'étude** : le suivi doit être suffisamment long pour permettre l'évaluation du critère de jugement principal et les possibles effets secondaires

7. **Taux de perdus de vue < 5 %** : tous les patients devraient être inclus dans l'étude du suivi. Sinon le taux de perdus de vue ne doit excéder celui de l'événement mesuré par le critère de jugement principal

8. **Calcul prospectif de l'effectif de l'étude** : informations sur le calcul de l'effet avec calcul des intervalles de confiance en fonction du taux attendu de l'événement mesuré par le critère de jugement principal. Information sur la probabilité d'erreur de type 1 et la puissance statistique dans la comparaison des critères de jugement

Items supplémentaires en cas d'étude comparative

9. **Un groupe contrôle adéquat** : ayant le test diagnostic ou le traitement jugé optimal (de référence) selon les données de la littérature

10. **Groupes contemporains** : le groupe contrôle et le groupe traité doivent être pris en charge au cours de la même période (pas de comparaison historique)

11. **Équivalence des groupes** : les groupes doivent être équivalents concernant les critères autres que les critères de jugement étudiés. Absence de facteurs pouvant biaiser l'interprétation des résultats

12. **Analyses statistiques adéquates** : les tests statistiques sont adaptés au type d'étude avec calcul des intervalles de confiance et du risque relatif si nécessaires

* Le score des items varie de 0 à 2 (0 non rapporté, 1 rapporté mais mal fait ou inadapté, 2 rapporté et bien fait ou adapté). Le score global idéal est 16 pour les études non-comparatives et 24 pour les études comparatives

4. Echelle PRISMA (99) : qualité du rapport d'une revue systématique

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I ²) for each meta-analysis.	

Page 1 of 2

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

5. Echelle R-AMSTAR (100) : évaluation de la méthode des revues systématiques

R – AMSTAR® – ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES REVUES SYSTEMATIQUES

*AMSTAR révisé

AMSTAR : a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews

Comment fonctionne la liste de contrôle R-AMSTAR?

La liste comporte, dans la colonne gauche, 11 questions sur la qualité de la revue. En fonction des critères présents dans la colonne droite, attribuer à chaque question un score de 1 à 4. La somme des scores constitue le score de qualité global de la revue systématique.

Éléments AMSTAR

1. Un plan de recherche établi a priori est-il fourni?

La question de recherche et les critères d'inclusion des études doivent être déterminés avant le début de la revue.

Critères	Score
A. Publication et (ou) inscription du protocole d'étude à l'avance	Commentaire :
B. Description des critères d'inclusion	
C. Question de recherche bien ciblée (critères PICO)	
Conditions d'attribution du score 3 critères—4, 2—3, 1—2, 0—1	
Explication A : Il doit être dit explicitement que le protocole a été publié ou inscrit, par exemple dans PROSPERO, registre de revues systématiques prospectif et multinational accessible en ligne. C. La question renferme les critères PICO, soit Population, Intervention (ou exposition), comparateur (ou témoins) et Résultats (Outcomes).	

2. La sélection des études et l'extraction des données ont-ils été confiés à au moins deux personnes?

Au moins deux personnes doivent procéder à l'extraction des données de façon indépendante, et une méthode de consensus doit avoir été mise en place pour le règlement des différends.

Critères	Score
A. Données extraites par au moins deux personnes, de façon indépendante (déclaration explicite ou implicite)	Commentaire :
B. Énoncé sur le processus de consensus pour le règlement des différends	
C. Résolution des désaccords entre les personnes ayant extrait les données conformément à la méthode établie (déclaration explicite ou implicite)	
Conditions d'attribution du score 3 critères—4, 2—3, 1—2, 0—1	

3. La recherche documentaire était-elle exhaustive?

Au moins deux sources électroniques doivent avoir été utilisées. Le rapport doit comprendre l'horizon temporel de la recherche et les bases de données interrogées (Central, EMBASE et MEDLINE, par exemple). Les mots clés et (ou) les termes MeSH doivent être indiqués et, si possible, la stratégie de recherche complète doit être exposée. Toutes les recherches doivent être complétées par la consultation des tables des matières de revues scientifiques récentes, de revues de la littérature, de manuels, de registres spécialisés ou d'experts dans le domaine étudié et par l'examen des références fournies dans les études répertoriées.

Critères	Score
A. Au moins deux sources électroniques ont été utilisées.	Commentaire :
B. L'horizon temporel et les bases de données interrogées sont indiqués	
C. Les mots clés et (ou) les termes MeSH sont indiqués et, si possible, la stratégie de recherche est exposée.	
D. Toutes les recherches sont complétées par la consultation des tables des matières de revues scientifiques récentes, de revues de la littérature, de manuels ainsi que de registres et par l'examen des références fournies dans les études répertoriées.	
E. Une recherche manuelle a été effectuée dans les revues.	
Conditions d'attribution du score 4 ou 5 critères—4, 3—3, 2—2, 1 ou 0—1	
Explication E : La recherche manuelle consiste à repérer les revues très pertinentes et à faire une recherche à la main, page par page, de leur contenu afin de relever d'éventuelles études admissibles.	

4. La nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion?

Les auteurs doivent indiquer s'ils ont recherché tous les rapports, quel que soit le type de publication, ou s'ils ont exclu des rapports (de leur revue systématique) sur la base du type de publication, de la langue, etc.

Critères	Score :
A. Les auteurs indiquent qu'ils ont recherché tous les rapports, quel que soit le type de publication.	Commentaire :
B. Les auteurs indiquent s'ils ont exclu des rapports sur la base du type de publication, de la langue, etc.	
C. « Les articles rédigés dans une langue autre que l'anglais ont été traduits » ou les lecteurs maîtrisaient assez bien la langue du rapport.	
D. Aucune restriction fondée sur la langue ou prise en compte des articles rédigés dans une langue autre que l'anglais	
<i>Conditions d'attribution du score</i> 3 ou 4 critères—4, 2—3, 1—2, 0—1	

5. Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie?

Une liste des études incluses et exclues doit être fournie.

Critères	Score :
A. Les études incluses doivent être réunies dans un tableau, une liste ou une figure; une simple liste de références ne suffit pas.	Commentaire :
B. Les études exclues doivent être réunies dans un tableau, une liste ou une figure qui sera intégré à l'article ou à un supplément.	
C. Les raisons de l'exclusion des études sérieusement prises en considération doivent être exposées de manière suffisamment claire.	
D. Le lecteur peut retracer aisément les études incluses et exclues dans la bibliographie, les références ou le supplément de l'article.	
<i>Conditions d'attribution du score</i> 4 critères—4, 3—3, 2—2, 1—1	
<i>Explication :</i> Les études exclues sont celles qui, après avoir été sérieusement prises en considération sur la foi du titre et (ou) du résumé, ont été rejetées après lecture du corps du texte.	

6. Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées?

Les données portant sur les sujets qui ont participé aux études originales, les interventions qu'ils ont reçues et les résultats doivent être regroupées, sous forme de tableau, par exemple. L'étendue des données sur les caractéristiques des sujets de toutes les études analysées (âge, race, sexe, données socio-économiques pertinentes, nature, durée et gravité de la maladie, autres maladies, par exemple) doit y figurer.

Critères	Score :
A. Les données portant sur les sujets qui ont participé aux études originales, les interventions qu'ils ont reçues et les résultats sont regroupées, sous forme de tableau, par exemple.	Commentaire :
B. Les auteurs précisent l'étendue des données sur les caractéristiques pertinentes des sujets des études analysées.	
C. L'information fournie semble complète et exacte.	
<i>Conditions d'attribution du score</i> 3 critères—4, 2—3, 1—2, 0—1	

7. La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée?

Les méthodes d'évaluation déterminées a priori doivent être indiquées (par exemple, pour les études sur l'efficacité pratique, le choix de n'inclure que les essais cliniques randomisés à double insu avec placebo ou de n'inclure que les études où l'affectation des sujets aux groupes d'étude était dissimulée); pour d'autres types d'études, d'autres critères d'évaluation seront à prendre en considération.

Critères	Score :
A. Les méthodes a priori sont indiquées.	Commentaire :
B. La qualité scientifique des études incluses semble valable.	
C. Le niveau de preuve est exposé, dûment reconnu ou pris en considération.	
D. La qualité des preuves est évaluée ou classée en fonction d'outils d'évaluation de la preuve.	
<i>Conditions d'attribution du score</i> 4 critères—4, 3—3, 2—2, 1 ou 0—1	
<i>Explications D :</i> Un outil d'évaluation de la preuve est un instrument qui sert à établir le niveau de preuve. Ex. : l'outil GRADE (Grading of Recommendation Assessment, Development and Evaluation).	

8. La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions?

Les résultats de l'évaluation de la rigueur méthodologique et de la qualité scientifique des études incluses doivent être pris en considération dans l'analyse et les conclusions de la revue, et formulés explicitement dans les recommandations.

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Les auteurs ont tenu compte de la qualité scientifique dans l'analyse et les conclusions de la revue.</p> <p>B. La qualité scientifique est formulée explicitement dans les recommandations.</p> <p>C. Les conclusions sont orientées vers la production de guides de pratique.</p> <p>D. L'énoncé de consensus clinique laisse entrevoir la révision ou la confirmation des recommandations de pratique.</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i> 4 critères → 4, 3 → 3, 2 → 2, 1 ou 0 → 1</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
---	-------------------------------------

9. Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées?

Si l'on veut regrouper les résultats des études, il faut effectuer un test d'homogénéité afin de s'assurer qu'elles sont combinables (chi carré ou I^2 , par exemple). S'il y a hétérogénéité, il faut utiliser un modèle d'effets aléatoires et (ou) vérifier si la nature des données cliniques justifie la combinaison (la combinaison est-elle raisonnable?).

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Les auteurs exposent les critères à partir desquels ils ont déterminé que les études analysées étaient assez semblables pour être combinées.</p> <p>B. Dans le cas des résultats regroupés, les auteurs ont fait un test d'homogénéité pour s'assurer que les études étaient combinables.</p> <p>C. Les auteurs ont pris acte du caractère hétérogène (ou non) des études.</p> <p>D. S'il y a hétérogénéité, les auteurs ont utilisé un modèle d'effets aléatoires et (ou) vérifié si la nature des données justifiait la combinaison.</p> <p>E. S'il y a homogénéité, les auteurs exposent la justification ou le test statistique.</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i> 4 ou 5 critères → 4, 3 → 3, 2 → 2, 1 ou 0 → 1</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
---	-------------------------------------

10. La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée?

Une évaluation du biais de publication doit comprendre une association d'outils graphiques (diagramme de dispersion des études ou autre test) et (ou) des tests statistiques (test de régression d'Egger, par exemple).

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Prise en compte du biais de publication ou de l'effet tronc</p> <p>B. Outils graphiques (diagramme de dispersion des études, par exemple)</p> <p>C. Tests statistiques (test de régression d'Egger, par exemple)</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i> 3 critères → 4, 2 → 3, 1 → 2, 0 → 1</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
---	-------------------------------------

11. Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés?

Les sources possibles de soutien doivent être déclarées, tant pour la revue systématique que pour les études qui y sont incluses.

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Présentation des sources de soutien</p> <p>B. Absence de conflit d'intérêts – On est ici dans la subjectivité; peut-être faudra-t-il y aller par déduction ou fouiller quelque peu.</p> <p>C. Prise en compte ou énoncé des sources de soutien ou des conflits d'intérêts dans les principales études incluses</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i> 3 critères → 4, 2 → 3, 1 → 2, 0 → 1</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
---	-------------------------------------

Score de qualité maximal : 44

Score de qualité :

PEROSH OSH Evidence Methods (Partnership for European Research in Occupational Safety and Health)

Byung et al. From Systematic Reviews to Clinical Recommendations for Evidence-Based Health Care: Validation of Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews (R-AMSTAR) for Grading of Clinical Relevance. The Open Dentistry Journal, 2010, 4: 84-91.

6. Echelle AGREE II (101) : évaluation des recommandations de bonne pratique

DOMAINE 1 : CHAMP ET OBJECTIFS						
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						
3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
DOMAINE 2 : PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS						
4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés,						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						
5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées,						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis,						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord

DOMAINE 3 : RISQUEUR D'ELABORATION DE LA RECOMMANDATION

7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Commentaires

8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Commentaires

9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Commentaires

11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Commentaires

12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Commentaires

14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

DOMAINE 4 : CLARTÉ ET PRÉSENTATION

15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Commentaires

16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Commentaires

17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

DOMAINE 5. APPLICABILITÉ

18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Commentaires

19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Commentaires

20. Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinés.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Commentaires

21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Commentaires

DOMAINE 6 : INDÉPENDANCE ÉDITORIALE

22. Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Commentaires

23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
-----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

ÉVALUATION GÉNÉRALE DE LA RPC

Choisissez, pour chacune des questions suivantes, la réponse qui correspond le mieux à la RPC évaluée :

1. Évaluez la qualité générale de la RPC.

1 De très mauvaise qualité	2	3	4	5	6	7 D'excellente qualité
-------------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------

2. Je recommanderais l'utilisation de la RPC.

Oui	
Oui, avec certaines modifications.	
Non	

Annexe 5 : Evaluation de la méthode et du rapport des articles inclus

1. CONSORT

Articles	Wichianpitaya 2013		Yonkers 2013		Freeman 2004		Jackson 2015		Mazari 2013	
	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha
Titres et résumés										
1a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Introduction										
2a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Méthodes										
3a	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
3b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
4a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4b	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
6a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
7a	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
7b	0	0	1	0	NC	NC	NC	NC	0	0
Randomisation										
8a	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
8b	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
9	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0
10	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
11a	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
11b	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0
12a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12b	1	0	1	1	0	1	0	1	NC	NC
Résultats										
13a	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
13B	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0
14a	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
14b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
15	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
16	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0
17a	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
17b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
18	0	0	0	1	1	1	1	1	NC	NC
19	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Discussion										
20	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
21	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1
22	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Informations supplémentaires										
23	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1
24	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
25	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Score	26	22	28	22	29	27	23	19	14	12
Note max	33		33		32		32		31	
Pourcentage global	72,7		75,8		87,5		65,6		41,9	

NB : Colonnes en gris : Articles exclus suite à l'évaluation de la méthode ou du rapport

(Références en annexe 10)

Articles	Sharma 2007		Schmidt 2018		Retallick-Brown 2020		Louie 2002		Samiepour et Kiani 2016	
	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha
Titres et résumés										
1a	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
1b	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1
Introduction										
2a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Méthodes										
3a	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1
3b	NC	NC	0	1	NC	NC	0	0	NC	NC
4a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4b	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
5	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
6a	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
6b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
7a	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1
7b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Randomisation										
8a	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
8b	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
9	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
10	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
11a	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1
11b	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1
12a	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
12b	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
Résultats										
13a	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1
13B	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1
14a	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
14b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
15	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
16	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1
17a	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
17b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	0	0
18	NC	NC	1	0	1	1	0	0	0	1
19	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Discussion										
20	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0
21	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
22	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Informations supplémentaires										
23	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1
24	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
25	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1
Score	14	13	28	27	30	30	7	6	17	21
Note max	31		33		32		33		33	
Pourcentage global	43,5		83,3		93,8		19,7		57,6	

Articles	Samiepour et Tavassoli 2016		Shobeiri 2017		Masoumi 2016		Khajehei 2009		Siahbazi 2017	
	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha
Titres et résumés										
1a	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
1b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Introduction										
2a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Méthodes										
3a	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
3b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
4a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
7a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7b	0	0	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Randomisation										
8a	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0
8b	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
9	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
10	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
11a	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
11b	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1
12a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12b	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Résultats										
13a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13B	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
14a	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1
14b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
15	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1
16	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1
17a	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
17b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0
19	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
Discussion										
20	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1
21	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
22	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Informations supplémentaires										
23	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
24	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
25	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
Score	18	19	25	28	17	17	22	27	21	23
Note max	34		33		33		33		33	
Pourcentage global	54,4		80,3		51,5		74,2		66,7	

Articles	Ghanbari 2009		Ebrahimi 2012		Fathizadeh 2010		Dadkhah 2016		Sohrabi 2013	
Chercheur	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha
Titres et résumés										
1a	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
1b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Introduction										
2a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Méthodes										
3a	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
3b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
4a	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
4b	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
7a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Randomisation										
8a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1
10	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
11a	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
11b	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1
12a	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
12b	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Résultats										
13a	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1
13B	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
14a	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1
14b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
15	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
16	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
17a	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
17b	1	0	0	0	NC	NC	NC	NC	NC	NC
18	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Discussion										
20	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
21	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
22	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
Informations supplémentaires										
23	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
Score	11	9	16	18	15	14	23	25	18	21
Note max	33		33		32		32		32	
Pourcentage global	30,3		51,5		45,3		75,0		60,9	

Articles	Behboudi-Gandevani 2018		Abdollahifard 2014		Pazoki 2016		El-Lithy 2015		Maged 2018	
	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha
Titres et résumés										
1a	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
1b	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Introduction										
2a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Méthodes										
3a	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
3b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
4a	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
4b	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
6a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
7a	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
7b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Randomisation										
8a	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
8b	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
11a	1	1	0	0	NC	NC	NC	NC	NC	NC
11b	1	1	1	1	0	0	NC	NC	NC	NC
12a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12b	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0
Résultats										
13a	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1
13B	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1
14a	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
14b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
15	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1
16	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1
17a	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1
17b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
18	1	0	1	1	NC	NC	1	0	0	0
19	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Discussion										
20	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
21	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
22	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
Informations supplémentaires										
23	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
24	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
25	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Score	24	22	19	20	16	9	15	12	22	19
Note max	32		32		30		30		30	
Pourcentage global	71,9		60,9		41,7		45,0		68,3	

Articles	Vishnupriya 2011		Abebe 2019		Mohebbi Dehnavi 2018		Khalatbari 2013		Kamalifard 2017	
	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha
Titres et résumés										
1a	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
1b	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
Introduction										
2a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Méthodes										
3a	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
3b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
4a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
6a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
7a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
7b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Randomisation										
8a	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
8b	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1
9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
11a	1	1	0	0	NC	NC	0	0	1	1
11b	NC	NC	NC	NC	0	0	NC	NC	NC	NC
12a	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
12b	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1
Résultats										
13a	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1
13B	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
14a	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1
14b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
15	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1
16	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
17a	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1
17b	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
18	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Discussion										
20	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0
21	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1
22	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1
Informations supplémentaires										
23	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Score	21	17	15	12	20	15	8	10	24	26
Note max	31		31		31		31		31	
Pourcentage global	61,3		43,5		56,5		29,0		80,6	

2. JADAD

Articles	Wichianpitaya 2013		Yonkers 2013		Freeman 2004		Jackson 2015		Nazari 2013	
	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
3	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0
4	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
5	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1
Score	4	4	4	4	5	5	5	2	2	2
Pourcentage	80		80		100		70		40	

Sharma 2007		Schmidt 2018		Retallick-Brown 2020		Louie 2002		Samiepour et Kiani 2016		Samiepour et Tavassoli 2016	
Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0
0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
1	1	5	5	5	5	3	3	3	3	4	3
20		100		100		60		60		70	

Shobeiri 2017		Masoumi 2016		Khajehei 2009		Siahbazi 2017		Ghanbari 2009		Ebrahimi 2012	
Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
5	5	3	3	5	5	3	3	3	2	3	3
100		60		100		60		50		60	

Fathizadeh 2010		Dadkhah 2016		Sohrabi 2013		Behboudi-Gandevani 2018		Abdollahifard 2014		Pazoki 2016	
Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NC	NC
1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
4	3	5	5	4	4	3	3	4	4	1	1
70		100		80		60		80		25	

El-Lithy 2015		Maged 2018		Vishnupriya 2011		Abebe 2019		Mohebbi Dehnavi 2018		Khalatbari 2013	
Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
3	2	3	3	4	3	1	1	3	3	1	1
62,5		75		87,5		25		75		25	

Kamalifard 2017	
Lo	Cha
1	1
1	1
NC	NC
1	1
1	1
4	4
100	

3. PRISMA

Article	Stevinson C. 2001		Kwan 2009		Kwan 2014		Wyatt 2001		Dimmock 2000	
	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo
Chercheur										
Titre										
1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
Résumé										
2	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
Introduction										
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Méthode										
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
9	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
10	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1
11	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
12	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1
13	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
14	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
15	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
16	NC	NC	NC	NC	NC	NC	1	0	1	0
Résultats										
17	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
18	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
19	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
20	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
21	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	NC	NC	NC	NC	NC	NC	1	0	1	0
Discussion										
24	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
25	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
26	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1
Financement										
27	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Score	16	13	11	12	11	11	23	19	24	21
Score maximal	25		25		25		27		27	
Pourcentage global	58,0		46,0		44,0		77,8		83,3	

Article	Naheed 2017		Ford 2006		Ford 2012		Shah 2008		Brown 2009	
	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo
Chercheur										
Titre										
1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0
Résumé										
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Introduction										
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
Méthode										
5	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
11	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1
12	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
13	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1
14	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1
15	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1
16	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Résultats										
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
19	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
20	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1
21	1	1	NC	NC	0	0	0	1	1	1
22	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
23	1	1	NC	NC	0	0	1	1	1	1
Discussion										
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Financement										
27	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
Score	25	24	16	19	14	16	17	19	22	24
Score maximal	27		25		27		27		27	
Pourcentage global	90,7		70,0		55,6		66,7		85,2	

Article	Marjoribanks 2013		Canning 2006		Whelan 2009		Avila 2009	
	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo
Chercheur								
Titre								
1	0	0	1	1	1	1	1	0
Résumé								
2	1	1	1	0	1	1	0	0
Introduction								
3	1	1	1	1	1	1	1	0
4	1	1	1	1	1	1	1	1
Méthode								
5	1	1	0	0	0	0	0	0
6	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1	1	1
8	0	0	0	1	1	1	0	1
9	0	1	1	1	1	1	1	0
10	1	1	0	0	1	1	0	1
11	1	1	1	0	1	1	0	0
12	1	0	0	0	0	1	0	1
13	1	0	0	0	0	0	0	0
14	1	1	0	0	NC	NC	NC	NC
15	1	0	0	0	0	0	0	0
16	0	1	0	0	NC	NC	NC	NC
Résultats								
17	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	0	0	1	1	1	1
20	1	1	0	1	0	1	1	1
21	1	1	0	0	0	0	NC	NC
22	1	1	0	0	0	0	0	0
23	1	1	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Discussion								
24	1	1	0	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1	1	1
Financement								
27	0	0	0	0	1	1	0	0
Score	22	21	12	13	17	19	13	13
Score maximal	27		26		24		23	
Pourcentage global	79,6		48,1		75,0		56,5	

4. R-AMSTAR

Article	Stevinson C. 2001		Kwan 2009		Kwan 2014		Wyatt 2001		Dimmock 2000	
	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo
1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1
2	1	2	2	1	2	2	4	4	4	4
3	4	2	4	2	4	2	4	4	4	4
4	4	2	3	3	2	2	2	3	3	3
5	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4
6	3	3	2	2	2	4	4	1	4	1
7	1	1	4	3	4	2	4	4	4	3
8	3	2	1	2	1	1	3	2	3	4
9	1	1	1	1	1	1	3	3	3	4
10	1	1	1	1	1	1	4	2	4	3
11	1	2	1	1	1	2	3	2	3	2
Score	26	23	23	20	22	21	38	30	39	33
Pourcentage	40,9		31,8		31,8		69,7		75,8	

Article	Naheed 2017		Ford 2006		Ford 2012		Shah 2008		Brown 2009	
	Cha	Lo								
1	4	4	3	4	3	3	3	3	3	4
2	4	3	2	4	2	2	3	4	4	3
3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4
4	4	3	2	3	2	3	2	2	2	2
5	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4
6	4	3	4	4	4	3	4	1	4	4
7	4	3	1	3	4	2	4	2	2	2
8	4	3	2	3	3	1	4	4	3	3
9	3	1	1	2	1	1	2	3	4	4
10	1	2	1	2	1	2	4	3	2	2
11	3	2	2	1	2	2	3	2	3	1
Score	39	32	26	33	30	27	37	30	34	33
Pourcentage	74,2		56,1		53,0		68,2		68,2	

Article	Marjoribanks 2013		Canning 2006		Whelan 2009		Avila 2009	
	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo	Cha	Lo
1	3	4	3	3	3	3	3	2
2	4	4	1	1	4	4	1	1
3	3	3	3	3	4	3	3	3
4	3	2	1	2	2	3	3	2
5	4	4	1	2	2	1	4	3
6	4	4	4	2	4	2	4	2
7	4	4	1	1	1	2	4	3
8	4	4	1	2	1	3	3	3
9	4	3	1	1	1	1	1	1
10	2	4	1	1	1	1	1	1
11	3	1	1	1	2	3	0	1
Score	38	37	18	19	25	26	27	22
Pourcentage	80,3		22,7		43,9		40,9	

5. AGREE II

article	BJOG 2017	
	Lo	Cha
Chercheur		
Champs et objectifs		
1	5	5
2	3	5
3	2	2
Participation des groupes concernés		
4	6	4
5	1	1
6	6	1
Rigueur d'élaboration		
7	6	5
8	2	2
9	2	5
10	2	1
12	6	4
13	4	1
14	3	4
Clarté et présentation		
15	3	4
16	7	5
17	7	5
Applicabilité		
18	1	4
19	1	3
20	1	3
21	2	3
Indépendance éditoriale		
22	4	3
23	2	3
Evaluation générale		
note	4	4
appréciation	oui avec modification	oui avec modification
Total	82	82
Pourcentage	67,9	

6. MINORS

Article	Bharati 2016	
	Lo	cha
Chercheur		
1	2	2
2	2	2
3	2	2
4	2	2
5	0	0
6	2	1
7	2	2
8	0	1
9	2	2
10	2	2
11	1	0
12	1	2
Total	18	18
Pourcentage	75	

Annexe 6 : Tableaux d'extraction des données

1. Tableau d'extraction des données : revue générale

Titre	Population	Intervention	Principaux résultats	Financements / Conflits d'intérêts
<p>1. Article (15) Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. 2017 - Royaume-Uni <i>BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology</i></p> <p>2. Type d'étude Recommandation de bonne pratique</p> <p>3. Evaluation AGREE 2 : 67,9 % (CB : 82/118 - LR : 82/118)</p>	<p>Population cible : Professionnels de santé ambulatoire ou hospitalier prenant en charge les patientes atteintes du SPM.</p>	<p>1. Intervention Diagnostic, classification et prise en charge du SPM.</p>	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une prise en charge globale de la patiente est importante. Avant toute prise en charge, évaluer la présence et l'intensité du SPM car le placebo permet une diminution des symptômes de 36 à 40%. (Grade B). <p><u>Les traitements accessibles aux généralistes dans ces recommandations étaient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les traitements complémentaires efficaces étaient la combinaison calcium/vit D, le gattilier et le safran. - La TCC était moins rapidement efficace que la fluoxétine mais elle permettait un meilleur maintien après l'arrêt d'un traitement par ISRS (grade A). - Le COC à de la drospirénone était un traitement de première ligne pour le SPM. (Grade B). L'utilisation serait plus efficace en continu que de manière intermittente (accord d'expert). - L'œstradiol percutané associé à des progestatifs cycliques à dose minimale efficace était efficace pour la gestion des symptômes physiques et psychologiques du SPM sévère (Grade A). - Les ISRS étaient des traitements de première ligne du SPM sévère (Grade A). Leur prise peut être en phase lutéale ou en prise continue (Grade B). Lors de l'utilisation d'ISRS pour traiter le SPM, l'efficacité peut être améliorée et les EI minimisés par l'utilisation des ISRS les plus récents en prise discontinue (Grade B). <p>Algorithme de traitements proposés ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 : Exercice physique, TCC, vitamine B6, pilule en continu, ISRS en continu ou sur la phase lutéale, - 2 : 100µg d'œstradiol en patch + microprogestatif, - 3 : Analogue de la GnRH avec supplémentation hormonale (œstrogène + progestérone), - 4 : Traitement chirurgical avec ou sans supplémentation hormonale. 	<p>1. Financements Non mentionnés</p> <p>2. Conflit intérêt Aucun</p>

2. Tableau d'extraction des données : médicaments

Titre	Population étudiée	Intervention	Principaux résultats	Risques de biais / généralisation	Financement / conflit d'intérêt
<p>1. Article (39) Jirath Wichianpitaya and Surasak Taneepanichskul, A comparative efficacy of low-dose combined oral contraceptives containing desogestrel and drospirenone in premenstrual symptoms 2013 – Bangkok, Thaïlande <i>Obstetrics and gynecology international</i></p> <p>2. Type d'étude Essai contrôlé randomisé en simple aveugle</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 72,7% (CB : 22/33, LR : 26/33) JADAD : 80% (CB : 4/5, LR : 4/5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 18 à 35 ans - 90 femmes - Inclusion (I) : cycles menstruels réguliers (21 à 35 jours) ; pas d'hormone injectable ou d'implant contraceptif dans les 6 mois précédents ni de contraception orale ou DIU dans les 3 mois précédant l'étude, pas de traitement hormonal pendant l'étude ; éligibilité en post-avortement et en post-partum à partir de 3 cycles menstruels consécutifs avant l'étude. - Exclusion (E) : grossesse ou suspicion, allaitement ; tabac actif ; contre-indication à l'usage de COC ; trouble dysphorique prémenstruel. 	<p>1. Intervention Comparer l'efficacité d'une pilule oestro-progestative faiblement dosée contenant soit du désogestrel (DSG) soit de la drospirénone (DRP) dans le traitement du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes du SPM.</p> <p>3. Schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe 1 (n = 45) : éthinyloestradiol 20 µg + désogestrel 150 µg - Groupe 2 (n = 45) : éthinyloestradiol 20 µg + drospirénone 3 mg <p>4. Mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire WHAQ (Women's Health Assessment questionnaire – <i>Annexe 8</i>) au début de l'étude, à la fin du 3ème cycle et à la fin du 6ème cycle. C'est une auto-évaluation. - Critères diagnostiques du SPM selon l'ACOG 2000. 	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le COC à faible dose contenant de la DRP a montré, de façon significative, une efficacité et une réduction plus précoce des symptômes prémenstruels : score moyen du WHAQ : début de l'étude (DSG 19.49 ± 6.76), (DRP 21.33 ± 8.53) ; 3^{ème} cycle (DSG 19.07 ± 6.27) (DRP 14.78 ± 6.28) p < 0.000 ; 6^{ème} cycle (DSG 16.24 ± 6.48), (DRP 7.62 ± 2.46) p < 0.000. - Contraception efficace et bien tolérée. <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée : 6 cycles de traitement. - Analyse en intention de traiter si les femmes ont pris au moins 1 cycle de COC. - 5 analyses incomplètes. - EI négligeables et comparables dans les deux groupes : nausées, vertiges, aménorrhée, spottings et mastalgies. <p>Evaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population non généralisable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Age jeune. <p>2. Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Simple aveugle (les chercheurs sont aveugles). - WHAQ : résultats subjectifs et basés sur la mémoire récente. - Pas de contrôle placebo. 	<p>1. Financement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subvention reçue du fond de recherche de la faculté de médecine de l'université Chulalongkorn. <p>2. Conflit d'intérêt</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aucun.

<p>1. Article (38) Yonkers et al., A pilot study to compare fluoxetine, calcium, and placebo in the treatment of premenstrual syndrome. 2013 – Providence, New Haven (USA) <i>Journal of Clinical Psychopharmacology</i></p> <p>2. Type d'étude Essai randomisé en double aveugle, contrôlé par placebo</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 75,8% (CB : 22/33, LR : 28/33) JADAD : 80% (CB : 4/5, LR : 4/5)</p>	<p>- 18 à 48 ans - 39 femmes</p> <p>- I : cycles réguliers ; critères diagnostiques rétrospectifs définis par le DSM-IV sur au moins 9 des 12 derniers cycles précédant le dépistage ; contraception adéquate ; consentement verbal et écrit.</p> <p>- E : autre trouble psychiatrique grave de l'Axe I du DSM-IV, risque suicidaire ; traitement qui pourrait soit traiter le SPM (agoniste des hormones libérant les gonadotrophines, calcium ou autre psychotrope) ou dont l'association avec la fluoxétine ou le calcium est contre indiquée (digitaliques, certains antiarythmiques, certains antihistaminiques) ; antécédents d'hypersensibilité à la fluoxétine ou au calcium ; allaitement, grossesse ; insuffisance hépatique ou rénale, ulcère gastro-duodéal actif, malabsorption, maladie parathyroïdienne.</p>	<p>1. Intervention Evaluer l'efficacité de la fluoxétine et du calcium, chacun comparé au placebo, pour le traitement du SPM modéré à sévère.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes du SPM.</p> <p>3. Schéma - Groupe 1 (n = 13) : Fluoxétine 10mg - Groupe 2 (n = 13) : Calcium 600 mg - Groupe 3 (n = 13) : Placebo - Chaque traitement est pris 2 fois par jour, en prise continue.</p> <p>4. Mesure - DRSP (Daily Record of Severity of Problems – <i>Annexe 8</i>) : registre prospectif quotidien évaluant la gravité des symptômes. Il a été rempli tout au long de l'étude. - L'échelle de tension prémenstruelle (PMTS) - L'inventaire de la symptomatologie dépressive (IDS) - Score d'impression globale clinique de sévérité et d'amélioration (CGI)</p>	<p>1. Résultats - Plus de femmes montrèrent une amélioration dans le groupe fluoxétine que dans les deux autres groupes. - La taille de l'effet de la fluoxétine était beaucoup plus élevée (0,8 à 2,08) que celle du calcium qui était faible (0,10 à 0,44) voire ne montrait aucun avantage. - Cependant les différences étaient significatives, pour l'amélioration du SPM sous fluoxétine par rapport au placebo, uniquement pour les scores DRSP et CGI improvement ($p < 0,02$ et $p < 0,04$).</p> <p>2. Suivi - 4 cycles de traitement. - Aucun EI grave, EI dans les trois groupes mais plus nombreux dans le groupe calcium. - Pas de perdu de vue</p> <p>Evaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population non généralisable -Petite taille de l'échantillon.</p> <p>2. Biais et limites - Gravité de base plus élevée dans le groupe fluoxétine. - Biais d'attrition plus important dans le groupe fluoxétine. - Diagnostic initial rétrospectif. - Caractéristiques des groupes : dans les groupes calcium et placebo : plus de cas ayant eu ≥ 2 grossesses ou ayant un SPM déclaré depuis plus de 10 ans.</p>	<p>1. Financement - Subventions de la Donaghue Medical Research Foundation, de la Women's Health Research à Yale et de l'Institut national de la santé mentale. - SmithKline Beecham a fourni TUMS et le placebo associé. - Eli Lilly et Warner Chilcott ont fourni la fluoxétine et le placebo associé. -Redevances reçues d'Up To Date et une subvention de recherche de Pfizer.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Non mentionnés.</p>
--	--	---	---	---	--

<p>1. Article (37) Freeman et al., Continuous or intermittent dosing with sertraline for patients with severe premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder 2004 - <i>Pennsylvanie (USA)</i> <i>The American journal of psychiatry</i></p> <p>2. Type d'étude Essai stratifié randomisé en double aveugle, contrôlé par placebo</p> <p>3. Evaluation CONSORT 87,5% (CB : 27/32, LR : 29/32) JADAD 100% (CB : 5/5, LR : 5/5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 18 à 45 ans - 167 femmes - I : cycles réguliers (22 à 35 jours) ; test urinaire positif à une ovulation ; symptômes prémenstruels \geq 6 mois, atteinte modérée à grave de l'interaction sociale ; bonne santé générale, SPM confirmé par une évaluation quotidienne prospective des symptômes : Daily Symptom Rating Form (DSRF). - E : Diagnostic psychiatrique majeur de l'axe I (dépression majeure au cours de la dernière année, psychotropes) ; toute thérapie sans ordonnance à base de plantes ou autres pour traiter le SPM ; grossesse, allaitement, hystérectomie, endométriose ; pas de contraception approuvée médicalement ; graves problèmes de santé, risque suicidaire ; abus d'alcool ou de drogues au cours de la dernière année. 	<p>1. Intervention Efficacité de la sertraline en prise continue versus prise intermittente dans le traitement du SPM sévère. Déterminer les effets de la gravité des symptômes post-menstruels et des antécédents de dépression en tant que covariables de la réponse au traitement.</p> <p>2. Critère de jugement principal (CJP) Amélioration des symptômes prémenstruels, selon le score DSRF (Daily Symptom Rating Form – <i>Annexe 8</i>).</p> <p>3. Schéma - Groupe 1 (n = 56) : sertraline 50 à 100 mg/jour en prise continue - Groupe 2 (n = 56) : sertraline 50 à 100 mg/jour pendant la phase lutéale - Groupe 3 (n = 55) : placebo</p> <p>4. Mesure - Le DSRF utilisé pour le diagnostic prospectif sur 3 mois et la mesure du CJP.</p>	<p>1. Résultats - Amélioration significative des symptômes dans les deux groupes de traitement ($p < 0,01$). - Amélioration plus importante du score du DSRF dans les groupes de traitement, par rapport au groupe placebo : ✓ sertraline en continu vs placebo ($p = 0,02$). ✓ sertraline en discontinu vs placebo ($p = 0,009$). ✓ pas de différence significative sur les 3 cycles entre les deux groupes de sertraline ($p = 0,76$) - Pas de différence significative au 3ème cycle entre groupes actif et placebo ($p = 0,11$). - La réponse au traitement fut plus élevée chez les patientes avec un score de symptômes post-menstruel bas ($p = 0,002$). - Les antécédents de dépression majeure n'étaient pas associés à la réponse au traitement.</p> <p>2. Suivi - Durée de suivi : 3 cycles. - Sortie de l'étude : 49 sujets. - Aucun EI grave ; EI comparables, au 3ème cycle, entre les groupes placebo et sertraline en continu ($p = 0,38$). Dans le groupe de traitement intermittent : plus d'EI que le groupe placebo ($p = 0,03$).</p> <p>Evaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population généralisable</p> <p>2. Biais et limites - Durée de suivi courte. - 29% de perdus de vue. - Manque d'informations sur les données.</p>	<p>1. Financement - Subvention de l'Institut national de la santé infantile et du développement humain. - Le chlorhydrate de sertraline et le placebo ont été fournis par Pfizer, Inc., New York.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Non mentionné.</p>
--	---	--	---	--	--

<p>1. Article (45) Jackson et al., Double-blind, placebo-controlled pilot study of adjunctive quetiapine SR in the treatment of PMS/PMDD. 2015 - Caroline du nord (USA) <i>Human psychopharmacology</i></p> <p>2. Type d'étude Essai randomisé en double aveugle, contrôlé par placebo</p> <p>3. Evaluation CONSORT 65,6% (CB : 19/32, LR : 23/32) JADAD 100% (CB : 5/5, LR : 5/5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 18 à 45 ans - 20 femmes - I : SPM traité par dose stable et continue d'ISRS ou ISRN pendant au moins un cycle et réponse insuffisante au traitement ; moyens de contraception médicalement acceptés. - E : dépression majeure, syndrome de stress post-traumatique, dysthymie, trouble bipolaire, psychose, dépendance à une substance active ; maladie systémique active ou pouvant nuire à la participation : maladies cardiaques / pulmonaires / rénales / hépatiques, diabète, cancer, AVC, convulsions, malnutrition, cataracte ; chirurgie dans les 6 derniers mois ; grossesse ; surdité, c�cicit� ; < 8 ans d'éducation, ne pas parler anglais ; statines, corticost�ro�ides ; consommer régulièrement de l'alcool ; bilans sanguins anormaux. 	<p>1. Intervention Comparer l'efficacité de la quétiapine en complément chez les patientes atteintes de SPM ou de TDPM, ayant eu une réponse insuffisante sous ISRS/IRSN.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des SPM et TDPM évaluée par les scores PRISM et CGI (<i>Annexe8</i>)</p> <p>Critère de jugement secondaire : réductions des scores HAM-A et HAM-D. (<i>Annexe8</i>)</p> <p>3. Schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe 1 (n=10) : ISRS/ISRN + placebo - Groupe 2 (n=10) : ISRS/ISRN + quétiapine - Quétiapine LP à 12,5mg/jour initialement, pendant la phase lutéale. Augmentation progressive selon les EI et la réponse au traitement. <p>4. Mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic prospectif sur deux mois, basé sur le registre prospectif de l'impact et de la sévérité des symptômes prémenstruels (PRISM). - Echelle de dépression et d'anxiété d'Hamilton (HAM-D et HAM-A), échelle d'impression clinique globale (CGI). 	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration non significative des symptômes dans le groupe 2. - La quétiapine semblait avoir un plus grand impact sur la réduction de l'intensité des symptômes émotionnels (irritabilité, anxiété et labilité de l'humeur). <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée de suivi : 3 mois - Un sujet a quitté le groupe 2 à cause d'EI - Bonne tolérance de la quétiapine : l'EI le plus fréquemment signalé était une sédation légère. <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population non généralisable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femmes en échec d'un traitement du SPM par ISRS/ISRN. <p>2. Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée courte de suivi. - Petite taille de l'échantillon. - Pas d'information sur la prise continue ou discontinuée des ISRS/IRSN. 	<p>1. Financement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subvention de recherche initiée par l'investigateur d'AstraZeneca (Wilmington, DE, USA). <p>2. Conflit d'intérêt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucun.
---	--	--	--	---	---

<p>1. Article (41) Wyatt et al., Efficacy of progesterone and progestogens in management of premenstrual syndrome: systematic review 2001 - Stoke-on-Trent (UK) <i>BMJ (Clinical research ed.)</i></p> <p>2. Type d'étude Revue systématique de la littérature</p> <p>3. Evaluation PRISMA : 77,8% (CB : 23/27, LR : 19/27) R-AMSTAR : 69,7% (CB : 38/88, LR : 30/88)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 909 femmes - I : essais randomisés contrôlés par placebo, en double aveugle ; toutes langues ; âge de procréer ; diagnostic prospectif de SPM. 	<p>1. Intervention Evaluer l'efficacité de la progestérone et des progestatifs dans la gestion du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Réduction des symptômes globaux du SPM.</p> <p>3. Schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 essais de traitement par progestérone (531 femmes) - 3 essais de traitement par progestatifs (378 femmes) <p>4. Mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proportion de femmes dont les symptômes se sont améliorés avec un traitement par progestérone ou progestatif. - Calcul de la DMS. - Score de qualité : Jadad 	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - 11 essais ne montrèrent pas d'amélioration significative par rapport au placebo. 1 essai a montré un "avantage appréciable" de la progestérone versus placebo. 1 essai a montré une amélioration significative sous progestatif des symptômes physiques et des mastalgies par rapport au placebo. - Les progestatifs et la progestérone se montrèrent plus efficaces pour atténuer les symptômes physiques par rapport aux symptômes comportementaux. - Tous les articles inclus avaient un score JADAD ≥ 3. <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée : entre 2 et 6 mois. - EI : données incomplètes. - Risque accru mais non significatif de perte de vue des patientes en raison d'EI dans le groupe de traitement. <p>Méta-analyse avec évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population généralisable</p> <p>2. Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 essais en cross over. 	<p>1. Financement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucun financement externe. <p>2. Conflit d'intérêt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shaughn O'Brien : conférences remboursées par des laboratoires pharmaceutiques dont : Hoechst Marion Roussel, SmithKline Beecham, Eli Lilly, Sanofi Winthrop... - Financement du personnel de recherche par Searle, SmithKline Beecham, Eli Lilly et Sanofi Winthrop. - Il est marié à un membre de Zeneca Pharmaceuticals.
---	---	---	---	---	--

<p>1. article (33) Dimmock et al., Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. 2000 - <i>Stoke-on-Trent (UK)</i> <i>Lancet</i></p> <p>2. Type d'étude Revue systématique de la littérature</p> <p>3. Evaluation PRISMA : 83,3% (CB : 24/27, LR : 21/27) R-AMSTAR : 75,8% (CB : 39/88, LR : 33/88)</p>	<p>- 904 femmes</p> <p>- I : toutes langues incluses, essais randomisés contrôlés par placebo, score de Jadad ≥ 3 ; âge de procréer ; diagnostic prospectif de SPM.</p>	<p>1. Intervention Evaluer l'efficacité des ISRS dans le SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Réduction des symptômes globaux du SPM. Critère de jugement secondaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des symptômes physiques par rapport aux symptômes comportementaux. - Efficacité sur l'irritabilité prémenstruelle. - Différence de réponse en fonction du schéma posologique (continu ou discontinu). <p>3. Schéma 15 essais randomisés contrôlés par placebo, en double aveugle.</p> <p>4. Mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méta-analyse réalisée - Calcul de la DMS 	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - La DMS, pour la réduction des symptômes du SPM, était de $-1,066$ (IC à 95% de $-1,381$ à $-0,750$), en faveur des ISRS. - Les ISRS furent efficaces sur les plan physique et comportemental, sans variation significative de la DMS ($p = 0,386$). - Les ISRS avaient un effet positif significatif dans le traitement de l'irritabilité prémenstruelle. - Pas de différence significative de réduction des symptômes entre un traitement continu et discontinu, (DMS $-1,060$ [$-1,456$ à $-0,664$] vs $-1,134$ [$-1,817$ à $-0,451$], $p = 0,854$). <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le taux de retrait en raison des EI était significativement plus élevé dans les groupes de traitement actif que dans les groupes placebo (OR $2,42$ [$1,59$ à $3,67$]). - Leur sécurité à long terme a été démontrée dans les études sur les troubles affectifs. <p>Méta-analyse avec évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population généralisable</p> <p>2. Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptômes comportementaux principalement évalués et ce dans 13 essais sur 15. - Données manquantes sur les EI. La majorité des EI signalés étaient dans un seul essai. - Effet placebo important. - 5 essais en cross over. - Essais hétérogène ($p < 0,0001$) : différences de tailles des essais et de l'ampleur des DMS de chacun. 	<p>1. Financement -Subvention reçue par le ministère. <u>Dans l'étude :</u> - Pas de différence significative entre essais financés par des sociétés pharmaceutiques et ceux financés indépendamment, ($p = 0,06$).</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Non mentionné.</p>
--	---	--	---	---	--

<p>1. Article (40) Naheed et al. Non-contraceptive oestrogen-containing preparations for controlling symptoms of premenstrual syndrome. 2017 – Royaume Unis <i>The Cochrane database of systematic reviews</i></p> <p>2. Type d'étude Revue systématique de la littérature</p> <p>3. Evaluation PRISMA : 90,7% (CB : 25/27, LR : 24/27) R-AMSTAR : 74,2% (CB : 39/88, LR : 32/88)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - femmes en âge de procréer - 305 femmes - I : Diagnostic prospectif de SPM sur au moins deux cycles. - E : Troubles psychiatriques ; autodiagnostic du SPM ; traitement supprimant l'ovulation, hormonothérapie autre que des œstrogènes ou des progestatifs. <p>Remarque : les participantes prenant déjà un traitement psychotrope n'ont pas été exclues.</p>	<p>1. Intervention Déterminer l'efficacité et l'innocuité des préparations non contraceptives contenant des œstrogènes (oral, patch, implant et gel) dans la gestion du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Efficacité du traitement et analyse des EI. Critères de jugement secondaires : la qualité de vie, le niveau de satisfaction des participantes, les symptômes spécifiques du SPM (physiques, psychiques, fonctionnels).</p> <p>3. Schéma 5 essais randomisés contrôlés par placebo (4 au Royaume-Uni, 1 au Canada), dont 3 études cross-over et 2 en parallèles.</p> <p>4. Mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efficacité : le « Moos Menstrual Distress Questionnaire » (MDQ), le « Premenstrual Distress Questionnaire » (PDQ), et le « 28-question mental and physical symptoms daily ratings scale ». - DMS. - Evaluation de la qualité globale des preuves par le groupe de travail GRADE. 	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preuves de très faible qualité sur l'efficacité des œstrogènes en prise continue (patches ou implants sous-cutanés) plus progestatif sur les scores globaux de symptômes (DMS -0.27 [IC95 -0,47 à -0,07], p = 0.008, 3 ECR, 158 femmes, P = 63%). - Preuves de très faible qualité d'une étude basée sur 11 femmes suggérant que l'œstrogène oral en phase lutéale était inefficace pour contrôler les symptômes du SPM (P < 0.01). - Une comparaison entre des doses de 200 µg et de 100 µg d'œstrogène continu (patch) n'a pas été concluante en ce qui concerne l'efficacité. <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un essai n'a déclaré aucun EI significatif. Deux études ont signalé des abandons en raison d'EI. Une étude n'en a pas mentionné. Une étude a suggéré qu'il pourrait y avoir un risque global plus faible d'EI dans le groupe des 100 µg. <p>Méta analyse avec Evaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population généralisable</p> <p>2. Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualité de preuve très faible pour toutes les comparaisons. - Hétérogénéité statistique et clinique. - Biais d'attrition, de performance et de détection. - Manque de précisions dans plusieurs études. - Le 28-question mental and physical symptoms daily ratings scale", utilisé dans un essai, n'est pas un score validé - 3 études en cross over. - Pas de précision sur la définition d'un EI significatif. 	<p>1. Financement -Non mentionné.</p> <p>2. Conflit d'intérêt</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt. - O'Brien PMS a reçu des fonds de Bayer Women's Health, Abbvie Pharma, Umecrine Mood et Asarina Pharma pour son travail lié aux troubles prémenstruels, sur des problématiques sans rapport avec le sujet de cette étude.
--	---	--	--	---	---

<p>1. Article (42) Ford et al., Progesterone for Premenstrual Syndrome 2006 – UK + New Zealand <i>The Cochrane database of systematic reviews</i></p> <p>2. Type d'étude Revue systématique de la littérature</p> <p>3. Evaluation PRISMA : 70% (CB : 16/25, LR : 19/25) R-AMSTAR : 56,1% (CB : 26/44, LR : 33/44)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 18 à 45 ans. - 180 femmes - I : essais randomisés en double aveugle contrôlés par placebo ou autre traitement ; diagnostic prospectif de SPM sur au moins deux cycles, symptômes complètement disparus au début ou au cours des menstruations ; progestérone administrée en phase lutéale aux doses indiquées par toutes voies d'administration ; résultats de l'intervention active et du placebo enregistrés dans la même période d'étude. - E : troubles psychiatriques ; préparations hormonales (y compris contraception orale) ou autres traitements pour le SPM. 	<p>1. Intervention Evaluation de l'efficacité de la progestérone pour tout ou partie du SPM et analyse des EI associés à ce traitement.</p> <p>2. Critère de jugement principal - Amélioration globale des symptômes prémenstruels, et de certains symptômes. - Evaluation des EI.</p> <p>3. Schéma Sur 17 études sélectionnées : 2 ECR inclus comparant de la progestérone au placebo.</p> <p>4. Mesure - Echelles subjectives pour l'évaluation de la gravité des symptômes. - Magill 1995 : Les symptômes du SPM ayant le score quotidien le plus élevé sur une échelle à quatre points (0 = absent, 1 = léger, 2 = modérée, 3 = sévère). - Vanselow 1996 : MDQ : Questionnaire de Détresse Menstruelle de Moos.</p>	<p>1. Résultats Les études ont montré trois résultats différents :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les groupes, expérimental et témoin, montrèrent une amélioration des symptômes mais la différence entre eux n'était pas significative (Vanselow 1996). ✓ Le groupe expérimental montra une amélioration supérieure au groupe témoin mais la différence n'était pas significative sauf au premier cycle (Magill 1995) (analyse en ITT). <p>Le groupe expérimental montra une amélioration significativement meilleure que le contrôle dans tous les symptômes (Magill 1995) (analyse per protocole).</p> <p>2. Suivi - Durée de suivi : 4 semaines pour les deux essais. - Sortie de l'étude : Magill : 48, Vanselow : 11. - EI bénins, EI dans les groupes traitements et placebo, dont certains étaient des symptômes de SPM. - Quelques retraits à cause d'EI.</p> <p>Pas de méta-analyse</p>	<p>1. Population généralisable</p> <p>2. Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients ne respectant pas les critères d'inclusion. - Petit échantillon pour l'étude Vanselow (22 analysés). - Biais d'attrition dans les deux études. - MDQ est rétrospectif. - Echelles d'évaluation psychiatrique non validées pour le SPM : BDI et STPI (State-Trait Personality Inventory), de l'étude Vanselow (1996). - 1 étude en cross over. - Aveugle de l'étude cross over non mentionné. - Essais hétérogènes. 	<p>1. Financement - Source interne : aucune. - Source externe : non mentionnée.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Aucun.</p>
---	--	--	---	--	--

<p>1. Article (43) Ford et al., Progesterone for premenstrual syndrome. 2012 – <i>Royaume Unis et Nouvelle Zélande</i> <i>The Cochrane database of systematic reviews</i></p> <p>2. Type d'étude Revue systématique de la littérature</p> <p>3. Evaluation PRISMA : 55,6% (CB : 14/27, LR : 16/7) R-AMSTAR : 53% (CB : 30/44, LR : 27/44)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 18 à 45 ans - 180 femmes - I : essais randomisés en double aveugle, contrôlés par placebo ou autre traitement ; 2 cycles de diagnostic prospectif du SPM ; symptômes qui disparaissent au début ou au cours des menstruations ; progestérone administrée en phase lutéale, aux doses indiquées, par toutes voies d'administration ; résultats de l'intervention active et du placebo enregistrés dans la même période d'étude. - E : troubles psychiatriques, préparations hormonales (y compris la contraception orale) ou autres traitements pour le SPM 	<p>1. Intervention Evaluer l'efficacité de la progestérone pour tout ou partie des symptômes prémenstruels et analyse des EI associés à ce traitement.</p> <p>2. Critère de jugement principal -Amélioration globale des symptômes prémenstruels, ou de certains symptômes. - Evaluation des EI.</p> <p>3. Schéma Sur 16 études, deux ECR ont été inclus.</p> <p>4. Mesure - Echelles subjectives pour l'évaluation de la gravité des symptômes : - Magill 1995 : les symptômes du SPM ayant le score quotidien le plus élevé sur une échelle à quatre points (absent, léger, modérée, sévère). - Vanselow 1996 : MDQ, Questionnaire de Détresse Menstruelle de Moos.</p>	<p>1. Résultats - Magill 1995 : Les patientes analysées ont montré une amélioration significative de tous les scores de symptômes. L'analyse en ITT a montré une plus petite amélioration non significative sauf au premier cycle. - Les essais n'ont pas montré d'efficacité ou d'inefficacité de la progestérone pour le SPM. Pas de sous-groupes de femmes améliorées. Les doses élevées ne changeaient pas l'efficacité.</p> <p>2. Suivi - Durée de suivi : 4 semaines pour les deux essais. - EI bénins. - EI dans les groupes traitements et placebo, certains étaient eux-mêmes des symptômes communs de SPM. - Quelques retraits à cause d'EI.</p> <p>Pas de méta-analyse</p>	<p>1. Population généralisable</p> <p>2. Biais et limites <u>Pour les études incluses</u> - Données subjectives, - Petite taille d'échantillon, le MDQ est rétrospectif, une étude en cross over. - Echelles d'évaluation psychiatrique non validées pour le SPM : BDI et STPI, de l'étude Vanselow (1996). <u>Concernant la revue :</u> - Biais d'attrition. - Biais de signalement. - Traitement incomplet des données des études incluses. - Effets secondaires de la progestérone sur le long terme non évaluables. - Essais hétérogènes.</p>	<p>1. Financement -Non mentionné.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Aucun.</p>
--	---	--	--	--	---

<p>1. Article (34) Shah et al., Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. 2008 - USA/Canada <i>Obstetrics and gynecology</i></p> <p>2. Type d'étude Revue systématique de la littérature</p> <p>3. Evaluation PRISMA : 66,7% (CB : 17/27, LR : 19/27) R-AMSTAR : 68,2% (CB : 37/44, LR : 30/44)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - femmes en âge de procréer - 2 964 femmes - I : titre en anglais ; essai randomisé en double aveugle contrôlé par placebo ; toute dose d'ISRS et tout schéma posologique ; durée \geq 1 cycle menstruel ; critères diagnostiques du SPM disponibles ; dysphorie prémenstruelle, TDPM ; diagnostic confirmé par un professionnel de santé avant l'inclusion dans l'étude ; utilisation d'un score de gravité validé pour le SPM. - E : inhibiteurs non spécifiques de la sérotonine, essais croisés sans résultat à la fin de la première phase du traitement. 	<p>1. Intervention Evaluations de l'efficacité des ISRS sur les symptômes liés à un SPM sévère ou à un TDPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes prémenstruels.</p> <p>Critère de jugement secondaire : Evaluation de l'effet de divers types d'ISRS, de schémas d'administration différents et de l'utilisation de différents instruments de mesure des résultats.</p> <p>3. Schéma 29 études incluses.</p> <p>4. Mesure - Score de Jadad. - Calcul de la DMS, convertis en Odds Ratios (OR).</p>	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les ISRS furent efficaces pour traiter le SPM et le TDPM (OR 0,40 [IC 95% 0,31 - 0,51], I² = 66%). - Les schémas posologiques intermittents étaient moins efficaces (OR 0,55 [IC 95% 0,45 - 0,68]) que les schémas posologiques continus (OR 0,28 [IC 95% 0,18 - 0,42]). - Un ISRS n'était pas meilleur qu'un autre. Tous les ISRS montrèrent une amélioration significative à l'exception de la fluvoxamine (OR 2,59 [IC 95% 0,51 - 13,10]). - Les études incluses avaient un score Jadad \geq 3. - L'enregistrement quotidien de la gravité des problèmes (DRSP) était utilisé dans 7 études. - Les autres échelles utilisées étaient : l'échelle visuelle analogique (EVA), Le VAS-Mood et le VAS-Total (VAS = Visual Analog Scale). <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au moins un cycle de traitement. - EI non mentionnés. <p>Méta-analyse réalisée avec évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population généralisable</p> <p>2. Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deux essais en cross over - Pas de biais de publication 	<p>1. Financement</p> <ul style="list-style-type: none"> -Laboratoire Berlex. -L'Université de New York. <p>2. Conflit d'intérêt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr Shah : subventions de recherche de : GlaxoSmithKline, Novartis, Pfizer, AstraZeneca, Roche, Berlex. Il a été consultant pour Cerner Health Insights et LifeTech Research. - Dr Borenstein : Subventions de recherche et il était consultant pour Berlex. - Les autres auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt.
--	--	---	--	--	--

<p>1. Article (35) Brown et al., Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. 2009 – Nouvelle Zélande et Royaume Unis <i>The Cochrane database of systematic reviews</i></p> <p>2. Type d'étude Revue systématique de la littérature</p> <p>3. Evaluation PRISMA : 85,2% (CB : 22/27, LR : 24/2) R-AMSTAR : 68,2% (CB : 34/44, LR : 33/44)</p>	<p>-2294 femmes</p> <p>- I : essais randomisés contrôlés par placebo ; tout âge ; TDPM. Diagnostic médical du SPM : fait avant l'inclusion dans l'essai par un professionnel de santé ; toute dose et tout schéma posologique pour une durée ≥ 1 cycle menstruel.</p> <p>- E : Essais contrôlés quasi randomisés, études ouvertes ; autodiagnostic de SPM ; antidépresseurs tricycliques.</p>	<p>1. Intervention Evaluer l'efficacité des ISRS dans la réduction des symptômes du SPM sévère.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration globale des symptômes prémenstruels.</p> <p>Critères de jugement secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de certains symptômes prémenstruels (physiques, comportementaux, fonctionnels). - Evaluer l'efficacité d'un schéma intermittent vs continu. - Evaluer l'efficacité des différentes doses. <p>3. Schéma 40 études incluses. 22 études incluses dans la méta-analyse</p> <p>4. Mesure - Calcul de la DMS.</p>	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les ISRS étaient efficaces dans le traitement des symptômes prémenstruels (DMS -0,53 [IC 95% 0,68 à -0,39] ; $P < 0,00001$ et $I^2 = 57\%$). - Tous les ISRS étaient efficaces pour réduire les symptômes prémenstruels (fluoxétine : $p < 0,0004$, paroxétine : $p < 0,00001$, sertraline : $p < 0,00001$, citalopram : $p < 0,0001$). Hormis la fluvoxamine (DMS 0,34 [-0,55 ; 1,22]). - Les schémas posologiques continus et intermittents étaient tous les deux efficaces pour réduire les symptômes. - Les ISRS étaient aussi efficaces pour traiter les symptômes physiques, fonctionnels et comportementaux. <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les retraits dus à des EI étaient deux fois plus susceptibles de se produire dans le groupe actif. - Incidence significativement plus élevée d'EI dans les groupes actifs. - Les études sur les troubles affectifs ont montré leur innocuité à long terme. <p>Méta analyse avec évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. population généralisable</p> <p>2. Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de données sur l'allocation et l'aveugle dans plusieurs études. - Diagnostic très souvent basé sur des données subjectives. - 7 études en cross-over - analyse réalisée malgré des essais hétérogènes 	<p>1. Financement -Non mentionné.</p> <p>2. Conflit d'intérêt - PMS O'Brien a été financé pour son travail par plusieurs laboratoires : Bayer Schering, Hoechst Marion Roussel Ltd, Shire Pharmaceuticals, Beecham, Searle, Sanofi Winthrop... - Pas de conflit d'intérêt pour les autres auteurs. - Pas de biais de financement dans les essais. Un essai négatif a été financé par une société pharmaceutique (Veeninga 1990).</p>
---	--	---	--	---	---

<p>1. Article (36) Marjoribanks et al., Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. <i>2013 - Nouvelle Zélande et Royaume Unis</i> <i>The Cochrane database of systematic reviews</i></p> <p>2. Type d'étude Revue systématique de la littérature.</p> <p>3. Evaluation PRISMA : 79,6% (CB : 22/27, LR : 21/27) R-AMSTAR : 80,3% (CB : 38/44, LR : 37/4)</p>	<p>- 4372 femmes</p> <p>- I : ECR publiés ou non, essais croisés éligibles mais seules les données de la première phase sont incluses dans la méta-analyse ; tout âge ; diagnostic prospectif du SPM ou TDPM sur au moins deux mois, par outils de dépistage validés, fait avant l'inclusion, par un professionnel de la santé ; le SPM doit causer une détresse importante ou une altération de la vie quotidienne ; toute dose d'ISRS et tout schéma posologique ≥ 1 cycle menstruel.</p> <p>-E : études non randomisées ; antidépresseurs tricycliques ; autodiagnostic de SPM.</p>	<p>1. Intervention Evaluer l'efficacité et l'innocuité des ISRS pour le traitement du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes prémenstruels.</p> <p>Critères de jugement secondaires : Évaluation des EI et retraits de l'étude</p> <p>3. Schéma - 31 ECR - Comparaison de la fluoxétine, paroxétine, sertraline, escitalopram, citalopram et du placebo. - 2 semaines de traitement en phase lutéale ou prise tous les jours en continu.</p> <p>4. Mesure - Calcul de la DMS.</p>	<p>1. Résultats - Les ISRS ont réduit les symptômes globaux beaucoup plus efficacement que le placebo. ✓ La taille de l'effet était modérée quand les études rapportant les scores finaux étaient regroupées : ISRS à dose modérée (DMS -0,65 [IC 95% - 0,46 à - 0,84], 9 études, 1276 femmes, hétérogénéité modérée (I2 = 58%), preuves de faible qualité) ✓ La taille de l'effet était faible quand les études avec les scores de changement étaient regroupées : ISRS à dose modérée (DMS -0,36 [IC à 95% -0,20 à - 0,51], 4 études, 657 femmes, faible hétérogénéité (I2 = 29%), preuve de qualité modérée) - Les ISRS se sont montrés efficaces quel que soit le schéma posologique.</p> <p>2. Suivi - Les retraits dus à des EI étaient significativement plus susceptibles de se produire dans le groupe ISRS. - Les EI étaient dose-dépendant.</p> <p>Méta-analyse avec évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population généralisable</p> <p>2. Biais et limites - financement de sociétés pharmaceutiques pour au moins 21 des études - Qualité globale des preuves faible à modérée : ✓ Seules 4 études avaient des méthodes acceptables de randomisation et de dissimulation de l'allocation. ✓ 9 études avaient un risque élevé de biais d'attrition ou de rapport sélectif. - Biais de publication possible mais limité.</p>	<p>1. Financement -Non mentionné.</p> <p>2. Conflit d'intérêt - PMS O'Brien : financé dans le cadre de son travail par : Bayer Schering, Hoechst Marion Roussel Ltd, Shire Pharmaceuticals, Smith Kline Beecham, Eli Lilly, Searle, Sanofi Winthrop, Zeneca, Organon, Solvay Pharmaceuticals et Novo Nordisk. - Les autres auteurs n'ont pas de conflit d'intérêt.</p>
--	--	---	--	---	---

3. Tableau d'extraction des données : suppléments

Titre	Population étudiée	Intervention	Principaux résultats	Risques de biais, généralisation	Financement, conflit d'intérêt
<p>1. Article (59) K. Schmidt and al., a lecithin phosphatidylserine and phosphatidic acid complex (PAS) reduces symptoms of the premenstrual syndrome (PMS): Results of a randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. 2018 – Allemagne <i>Clinical nutrition ESPEN</i></p> <p>2. Type d'étude Etude prospective randomisée en double aveugle</p> <p>3. Evaluation qualité CONSORT : 83,3% (CB : 27/33 - LR : 28/33) JADAD : 100% (CB : 5/5 - LR : 5/5)</p>	<p>- 18 à 45 ans - 48 femmes</p> <p>- I : SPM diagnostiqué par un gynécologue, cycles réguliers (25-35j), accès à internet.</p> <p>- E : allergies aux molécules test, désordre psychiatrique, autres pathologies hors pathologies mineures, prise de traitement sauf ceux pour la thyroïde s'ils sont équilibrés, pas de supplémentation en cours, pas de régime ou d'activité physique excessive, plus de 5 cigarettes par jour, travail nocturne, employées du financeur, grossesse et allaitement.</p>	<p>1. Intervention Supplémentation en lécithine phosphatidylsérine (PS) et acide phosphatidique (PA).</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes du SPM évaluée sur la moyenne du DRSP et par le PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool).</p> <p>3. Schéma - 4 cp en 3 prises quotidiennes sur 3 cycles - Groupe PAS (n= 24) : 400 mg PS + 400 mg PA par jour - Groupe placebo (n = 24)</p> <p>4. Mesure - Daily Record of Severity of Problems (DRSP) rempli tous les soirs tout le long de l'étude et Screening-Instrument für Prämenstruelle Symptome (SIPS) : Version allemande du PSST rempli lors des visites des cycles 2,3,4,5. - prise de sang : cortisol, estradiol, progestérone et globuline liant les corticostéroïdes (CBG) et cortisol salivaire matin et soir.</p>	<p>1. Résultats - Réduction significativement plus importante de la gravité globale du SPM dans le groupe PAS que dans le groupe placebo. Diminution de la moyenne du DRSP de 19,4% pour le groupe PAS et 8,92% dans le groupe placebo (p = 0,001). - Réduction significativement plus importante des symptômes physiques (p = 0,002) dans le groupe traité. - Les symptômes psychiques étaient moins bien améliorés par le traitement. La diminution de la dépression était très peu significative par rapport au placebo (p = 0,068) et la colère ne différait pas entre les groupes (p = 0,195). - diminution significative du cortisol sérique pour le groupe PAS. Pas de modification significative pour les autres mesures y compris le SIPS.</p> <p>2. Suivi - 3 cycles de traitement - perdus de vue : 4 placebos et 4 traités. Analyse en ITT et PP.- EI : tension mammaire (1), augmentation du SPM (1) dans le groupe traité.</p> <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population généralisable</p> <p>Biais et limites -Petite taille d'échantillon -Beaucoup de perdus de vue,</p>	<p>1. Financement Financée par Lipogen Ltd. Réalisée par daacro GmbH & Co. KG, un organisme de recherche clinique.</p> <p>2. Conflit d'intérêt Aucun</p>

<p>1. Article (56) Retallick-Brown Hannah and al., A Pilot Randomized Treatment-Controlled Trial Comparing Vitamin B6 with Broad-Spectrum Micronutrients for Premenstrual Syndrome 2020 – Nouvelle-Zélande <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i></p> <p>2. Type d'étude Etude randomisée contrôlée en double aveugle.</p> <p>3. Evaluation CONSORT: 93,8% (CB: 30/32 - LR: 30/32) JADAD: 100% (CB: 5/5 - LR: 5/5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Femmes de plus de 18 ans - 78 patientes - I : cycles réguliers de 21 à 35 jours avec un SPM et pouvant donner son accord. - E : femmes enceintes ou qui le souhaite, allaitantes, avec traitement hormonal, ayant des troubles de l'humeur ou neurologiques, une thyroïde instable, des traitements neuroactifs, ou autres suppléments. 	<p>1. Intervention Comparaison de micronutriments et de la vitamine B6.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration du SPM sous traitement évalué par le DRSP.</p> <p>3. Schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe vitamine B6 (n = 37) : 80 mg de vit B6 - Groupe EMPowerPlus (n = 41) : 36 nutriments (vit A, C, D, E, B6, Ca, Zc, Mg...) - 4 comprimés matin et soir en continu <p>5. Mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enregistrement quotidien des symptômes via le DRSP. - Questionnaires accessoires à chaque fin de cycle de suivi : la dépression et l'anxiété (DASS-42), le stress quotidien (PSS-10), la qualité de vie (WQoLQ) et la qualité du sommeil (PSQI). 	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les deux traitements ont eu un effet modéré non significatif sur les 5 variables du DRSP (la moyenne totale des symptômes sur 6 jours, les symptômes psychologiques, somatiques, l'évaluation de l'impact et le jour le plus fort) - Pas de différence significative entre les groupes vitamine B6 et multi vitamines dans la gestion des symptômes du SPM (P > 0,05). - Les analyses accessoires n'ont pas montré de différence significative sauf pour la qualité de vie. L'EMPowerPlus a significativement amélioré la qualité de vie par rapport à la vit B6 seule. (Différence de moyenne entre les groupes de 3,31 points (IC 95% : 0,30-5,95)). <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 cycles - Perdus de vue : 8% : analyse en ITT et PP. - EI bénins non listés et peu nombreux. <p>Evaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population généralisable</p> <p>Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différence significative entre les groupes sur l'ATCD de bipolarité (p=0,031). - Utilisation de mesures de taille de l'effet descriptives (D de Cohen) ne permettant pas de déterminer la significativité des résultats. 	<p>1. Financements</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition des traitements par Truehope. - Bourse accordée dans le cadre de l'inscription en doctorat du premier auteur à l'université de Canterbury. <p>2. Conflit d'intérêt Non mentionnés.</p>
--	--	--	---	---	--

<p>1. Article (46) Samiepour Soheila and al. Comparing the Effects of Vitamin B1 and Calcium on Premenstrual Syndrome (PMS) among Female Students. 2016 – Ilam, Iran <i>International Journal of Pediatrics - Mashhad</i></p> <p>2. Type d'étude Etude clinique randomisée en triple aveugle</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 57,6 % (CB : 21/33 - LR : 17/33) JADAD : 60 % (CB : 3/5 - LR : 3/5)</p>	<p>- 18 – 30 ans - 210 étudiantes</p> <p>- I : IMC normal, cycles réguliers de 24 à 35 jours, présence d'un SPM sur 3 cycles consécutifs.</p> <p>- E : Allaitement, maladies physiques ou mentales, traitements sédatifs, hormonaux, antiépileptiques, antidépresseurs et contraceptifs. Prise de vitamines, régime alimentaire spécial, tabac et stress intense les 3 derniers mois.</p>	<p>1. Intervention Comparaison de l'effet du calcium et de la vitamine B1 sur le SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes physiques psychiques et généraux du SPM.</p> <p>3. Schéma - Groupe 1 (n = 70) : 100 mg vitamine B1 - Groupe 2 (n = 70) : 500 mg Calcium - Groupe 3 (n = 70) : placebo - Une prise par jour, 1 heure après les repas.</p> <p>4. Mesure - Evaluation diagnostique de 2 mois avant l'intervention. - Questionnaire dérivé du DSM-IV : réalisé pour l'étude, vérifié collégialement par 11 spécialistes. - Evaluation quotidienne des symptômes de J-7 à J+4 du début des règles.</p>	<p>1. Résultats - Réduction significative des symptômes physiques, psychiques et généraux du SPM dans tous les groupes (Ca, vit B1 et placebo) ($p < 0,001$). - La vitamine B1 et le calcium étaient plus efficaces que le placebo sur la diminution des symptômes physiques psychiques et généraux ($p < 0,001$ pour les deux comparaisons). - L'effet de la vitamine B1 était similaire à celle du calcium sur les symptômes physiques. Le calcium avait mieux réduit les symptômes psychologiques que la vitamine B1. Le calcium montrait une efficacité plus importante que la vitamine B1 sur les symptômes généraux mais de manière non significative ($p > 0,05$).</p> <p>2. Suivi - 2 mois de traitement - Pas d'EI observé - 24 sorties de l'étude</p> <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population non généralisable -étudiantes uniquement, âge limité.</p> <p>Biais et limites - Manque de motivation des patientes dans le suivi de l'étude. - Biais de suivi limité (perte de 24 patientes sur 234) - Analyse non en ITT - Etude courte</p>	<p>1. Financement Par l'université des sciences médicales d'Illam.</p> <p>2. Conflit d'intérêt Aucun.</p>
---	--	---	---	---	---

<p>1. Article (47) Samiepour S., Elahe Tavassoli and al. Effect of calcium and vitamin B1 on the severity of premenstrual syndrome: a randomized control trial 2016 – <i>Ilam, Iran International journal of pharmacy and technology</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique randomisé contrôlé en quadri aveugle</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 54,4 % (CB: 19/34 - LR: 18/34) JADAD: 70% (CB: 3/5 - LR: 4/5)</p>	<p>- 18 - 30 ans - 264 étudiantes</p> <p>- I : IMC normal, cycles réguliers (22 à 35 J), pas de traitement (antidépresseurs, hormones, contraception, vitamines, phytothérapie), pas de maladie mentale ou physique. Pas de contre-indication à la prise de suppléments.</p> <p>Diagnostic rétrospectif du SPM confirmé par la présence de 5 symptômes dans les 7 jours avant ou 4 jours après le premier jour du cycle.</p>	<p>1. Intervention Comparaison de l'effet du calcium, de la vitamine B1, du calcium + vitamine B1 et du placebo sur les symptômes du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration de l'intensité des symptômes du SPM.</p> <p>3. Schéma - Groupe 1 (n = 66) : 100 mg de vitamine B1 - Groupe 2 (n = 66) : 500 mg de Calcium - Groupe 3 (n = 66) : 100 mg de Vitamine B1 et 500 mg de Calcium - Groupe 4 (n = 66) : Placebo - Prise une fois par jour 1 semaine avant jusqu'à 4 jours après les règles, pendant 2 mois</p> <p>4. Mesure - Questionnaire : réalisé pour l'étude (tiré du DSM-IV et de la littérature) - Evaluation quotidienne des symptômes.</p>	<p>1. Résultats - Réduction significative de l'intensité du SPM dans tous les groupes après intervention ($p < 0,001$). - Passage de l'intensité de grave à modérée dans les groupes 1, 2 et 3. - La vitamine B1, le calcium et la combinaison calcium et vitamine B1 étaient plus efficaces que le placebo sur l'intensité du SPM ($P < 0,001$ pour chaque groupe). - La diminution de l'intensité moyenne du SPM était plus importante dans le groupe 3. Le calcium seul avait provoqué une diminution plus importante du SPM que la vitamine B1. Il n'y avait pas de comparaison statistique entre ces groupes. - Les diminutions moyennes des symptômes étaient dans cet ordre : Groupe 3 > Groupe 2 > groupe 1 > groupe 4.</p> <p>2. Suivi - 2 mois de traitement - Personnes incluses non analysées : 25 - EI non évoqué</p> <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population peu généralisable - Exclusion de 44 étudiantes réticentes : 308 incluables pour 264 incluses, 239 personnes dans l'analyse. - Age effectif : 18 à 25 ans.</p> <p>Biais et limites - Diagnostic initial rétrospectif - Biais d'attrition - Sans ITT - Etude courte</p>	<p>1. Financement - Soutien financier par l'Université des sciences médicales d'Illam - Médicaments fournis par la compagnie pharmaceutique Tehran Chimi, Iran</p> <p>2. conflit d'intérêt Non mentionné.</p>
---	---	---	---	---	--

<p>1. Article (48) Shobeiri Fatemeh and al., Effect of calcium on premenstrual syndrome: A double-blind randomized clinical trial. <i>Janvier 2017 – Iran</i> <i>Obstetrics & gynecology science</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique randomisé en double aveugle</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 80,3 % (CB : 28/33 - LR : 25/33) JADAD : 100% (CB : 5/5 - LR : 5/5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Âge non précisé - 66 étudiantes - I : Pas de traitement hormonal, SPM modéré ou sévère suivant le DSM-IV : 5 symptômes problématiques, dont un affectif, nécessitant un traitement. - E : Antécédent de problème psychologique majeur. 	<p>1. Intervention Evaluation de l'effet du calcium à faible dose sur la sévérité du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration de la sévérité des symptômes du SPM suivant le DRSP.</p> <p>3. Schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe expérimental (n = 33) : 500 mg de calcium - Groupe placebo (n = 33) - Une prise par jour après le déjeuner pendant 2 mois <p>4. Mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation du DRSP un mois avant le traitement et pendant les 2 mois de prise du traitement. Division des symptômes en 5 groupes : anxiété, dépression, changements émotionnels, rétention d'eau et changements somatiques. - Relevé prospectif du DRSP. 	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le calcium permettait une amélioration significative du SPM ($P < 0,01$) contrairement au placebo ($P=0,2$). - Le calcium était significativement plus efficace que le placebo pour diminuer l'intensité globale du SPM (au premier cycle : $p = 0,01$ et au deuxième cycle : $p = 0,001$). - Le calcium était significativement plus efficace pour améliorer les symptômes du SPM dans les catégories anxiété, dépression et changements somatiques. ($p = 0,001$ dans chaque catégorie). - Le calcium était plus efficace que le placebo pour améliorer la rétention d'eau et les changements émotionnels, le lien était significatif mais moins fort ($p = 0,032$). <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 mois de suivi post intervention - Un perdu de vue dans chaque groupe - Pas d'EI rapporté <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population non généralisable</p> <ul style="list-style-type: none"> -46 refus de participer pour 66 patientes incluses. -Etudiantes uniquement. <p>Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'ITT - Etude courte 	<p>1. Financement Non précisé.</p> <p>2. conflit d'intérêt Aucun</p>
--	---	--	---	--	--

<p>1. Article (57) Masoumi Seyedeh Zahra and al., Effect of Combined Use of Calcium and Vitamin B6 on Premenstrual Syndrome Symptoms: a Randomized Clinical Trial. <i>Mars 2016 – Hamadan, Iran Journal of caring sciences</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique randomisé, contrôlé, en double aveugle</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 51,5 % (CB : 17/33 - LR : 17/33) JADAD : 60% (CB : 3/5 - LR : 3/5)</p>	<p>- 20 - 30 ans - 76 étudiantes</p> <p>- I : Cycles réguliers (21-35J et 3-10 jours de menstruations) pas de maladies mentales ou physiques. Pas de décès de proche, ou d'évènement stressant ou angoissant ou de chirurgie dans les 3 mois précédents le début de l'étude. Pas de prise de traitements hormonaux, antidépresseurs ou de vitamines. Un BDI (Beck Depression Inventory) entre 1 et 10.</p> <p>- E : Grossesse et non-respect des critères d'inclusion.</p>	<p>1. Intervention Evaluation de l'impact d'une combinaison de calcium et de vitamine B6 sur les symptômes du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes du SPM évaluée par le DSR (Daily Symptom Record).</p> <p>3. Schéma - Groupe intervention (n = 38) : 500 mg de calcium + 40 mg de vitamine B6. - Groupe comparateur (n = 38) : 40 mg de vitamine B6. - 2 prises par jour du 16ème jour du cycle au 5ème jour du cycle suivant. Le tout pendant 2 mois consécutifs.</p> <p>4. Mesure - Utilisation des questionnaires : BDI et DSR pour la confirmation du diagnostic. - Evaluation quotidienne du DSR pour le suivi. Le score moyen des symptômes a été calculé à partir d'une semaine avant les menstruations jusqu'à cinq jours après.</p>	<p>1. Résultats - La vitamine B6 seule était efficace pour diminuer les symptômes psychiques (p = 0.017) et le SPM global (p = 0,007) mais pas les symptômes physiques (P=0,21). La diminution était significative mais non contrôlée par un placebo. - La combinaison de calcium et vitamine B6 était significativement efficace pour diminuer les symptômes physiques (p = 0.00), psychiques (p = 0.000) du SPM et le SPM global (p = 0.000). - La vitamine B6 combinée au calcium était significativement plus efficace que la vitamine B6 seule pour diminuer les symptômes physiques (p = 0.03), psychiques (p = 0.003) du SPM et le syndrome en général (p = 0.002)</p> <p>2. Suivi - 2 mois consécutifs de traitement - EI non mentionné</p> <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population non généralisable -26 refus de participer. - Etudiantes uniquement.</p> <p>Biais et limites - Pas d'explication de l'aveugle. - Etude courte.</p>	<p>1. Financement - Soutien financier par l'université de science et médecine d'Hamadan.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Aucun.</p>
---	---	--	--	---	--

<p>1. Article (44) Khajehi Marjan Effect of treatment with dydrogesterone or calcium plus vitamin D on the severity of premenstrual syndrome. <i>Mai 2009 – Shiraz, Iran International journal of gynaecology and obstetrics</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique randomisé contrôlé par placebo en double aveugle</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 74,2 % (CB : 27/33 - LR : 22/33) JADAD : 100 % (CB : 5/5 - LR : 5/5)"</p>	<p>- 18–26 ans. - 180 étudiantes</p> <p>- I : cycles réguliers (22 - 35J et 3 à 8J de règles), pas de traitements hormonaux contraceptifs, antipsychotiques ou vitaminiques, pas de CI aux traitements de l'étude, diagnostic prospectif du SPM sur deux cycles suivant les critères de l'ACOG et de l'American Psychiatric Association, symptômes gênant l'activité scolaire et les relations aux autres.</p> <p>- E : Régime riche en calcium ou vitamine D. Exacerbation de maladies type psychose, épilepsie, trouble de la personnalité. Patientes avec des symptômes légers ou un score GHQ-28 au-delà de 23.</p>	<p>1. Intervention Comparaison des effets de la dydrogesterone (Duphaston®) et du calcium associé à la vitamine D dans le SPM sévère.</p> <p>2. Critère de jugement principal Diminution du score moyen de sévérité du SPM évalué par le DSR (Daily Symptom Rating).</p> <p>3. Schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe 1 (n = 60) : 5 mg de dydrogesterone. - Groupe 2 (n = 60) : 500 mg de calcium + 200 mg de vitamine D. - Groupe comparateur (n = 60) : placebo. - 2 prises par jour du 15ème au 24ème jour du cycle. <p>4. Mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire DSR pour confirmer le SPM et pour le suivi (sur 7 points en phase folliculaire et sur 10 points en phase lutéale). - Utilisation du GHQ-28 (28-item General Health Questionnaire) pour évaluer le statut psychologique avant inclusion. - Enregistrement quotidien des symptômes en cours de traitement via le DSR. 	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les traitements par dydrogesterone et par la combinaison calcium + vitamine D étaient significativement plus efficaces que le placebo pour diminuer l'intensité du SPM ($p < 0.05$). - Leur efficacité était similaire sur l'intensité du SPM ($p > 0.05$). - La dydrogesterone était plus efficace sur les troubles de la concentration, la colère, l'arthralgie et la prise de poids ($p < 0.05$ pour chacun). - La combinaison du calcium et de la vitamine D était plus efficace sur les troubles de la concentration, la perturbation des relations, l'anxiété et l'arthralgie ($p < 0.05$ pour chacun). - Les deux traitements agissaient donc plus sur les symptômes émotionnels et physiques. <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 mois de traitement - EI : nausées et constipation principalement. Pas de différence de prévalence entre les 3 groupes, placebo compris. <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population non généralisable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etudiantes uniquement. - Exclusion de 70 personnes car besoin seulement de 180. <p>Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de détails sur l'aveugle. - Perdus de vues en cours mais pas d'ITT. - Etude courte. 	<p>1. Financement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fournisseur des traitements : Aburaihan Pharmaceutical Co, Tehran, Iran et Calcium-D par Darou Paksh Pharmaceutical Co, Tehran, Iran - Financement par la faculté de science médicale de Shiraz. <p>2. Conflit d'intérêt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non mentionné.
---	--	---	--	--	--

<p>1. Article (54) Siahbazi Shiva and al., Effect of zinc sulfate supplementation on premenstrual syndrome and health-related quality of life: Clinical randomized controlled trial. <i>Mai 2017 – Tehran, Iran</i> <i>The journal of obstetrics and gynaecology research</i></p> <p>2. Type d'étude</p> <p>Essai randomisé en double aveugle contrôlé par placebo</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 66,7 % (CB : 23/33 - LR : 21/33) JADAD : 60 % (CB : 3/5 - LR : 3/5)</p>	<p>- 20 à 35 ans - 142 femmes</p> <p>- I : cycles réguliers (21 à 35 J et moins de 7J de règles), IMC normal, et présence d'un SPM.</p> <p>- E : grossesse ou désir, allaitement, maladie psychiatrique ou chronique, forme sévère du SPM, traitement hormonal, psychiatrique, ou par supplémentation pendant l'étude et dans les 6 mois précédents. Les fumeuses et les végétariennes.</p>	<p>1. Intervention</p> <p>Evaluation de l'effet de la supplémentation en sulfate de zinc (SZ) sur le SPM et la qualité de vie des patientes.</p> <p>2. Critère de jugement principal</p> <p>- Amélioration des symptômes du SPM évaluée par le PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool).</p> <p>- L'objectif secondaire était l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé évaluée par le SF-12 (Short Form Health Survey).</p> <p>3. Schéma</p> <p>- groupe SZ (n = 71) : 50 mg de zinc - Groupe comparateur (n = 71) : placebo - 1 prise par jour, du 16ème jour du cycle au 2ème jour du cycle suivant.</p> <p>4. Mesure</p> <p>- Questionnaires : version iranienne du PSST et 12 items du SF-12. - diagnostic rétrospectif par le PSST pour le diagnostic, puis lors du suivi entre J7 et J10 du cycle menstruel au cours des 3 cycles de traitement.</p>	<p>1. Résultats</p> <p>- Le SZ a été significativement plus efficace que le placebo pour l'amélioration de toutes les composantes du PSST ($0,001 < p < 0,044$).</p> <p>- Le SZ améliorait donc significativement les symptômes du SPM.</p> <p>- Le SZ était significativement plus efficace que le placebo pour améliorer la qualité de vie des patientes sur les composantes mentales ou physiques à partir du 3ème cycle de traitement ($p = 0,042$).</p> <p>- Diminution significative de la prévalence du SPM modéré à sévère dans le groupe sulfate de zinc ($p < 0,001$).</p> <p>2. Suivi</p> <p>- 3 cycles de traitement. - 6 perdus de vue dans chaque groupe. - pas d'EI rapporté.</p> <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population généralisable</p> <p>Biais et limites :</p> <p>- pas d'ITT malgré les 12 perdus de vue. - manque de détails sur la randomisation - diagnostic et suivi rétrospectif des symptômes.</p>	<p>1. Financement</p> <p>- Fourniture des traitements par Alhavi, Tehran, Iran. - Publication d'une thèse, pas d'autre financement extérieur.</p> <p>2. Conflit d'intérêt</p> <p>-Aucun.</p>
---	--	---	--	--	---

<p>1. Article (52) Ebrahimi Elham and al., Effects of magnesium and vitamin B6 on the severity of premenstrual syndrome symptoms. <i>Déc 2012 - Isfahan, Iran</i> <i>Journal of caring sciences</i></p> <p>2. Type d'étude Essai randomisé multicentrique en double aveugle contrôlé par placebo.</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 51,5 % (CB : 18/33 - LR : 16/33) JADAD : 60 % (CB : 3/5 - LR : 3/5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Age 15 à 45 ans - 126 femmes - I : Age, SPM suivant les critères de l'association américaine de psychiatrie (APA), cycles réguliers, pas de dépression, d'anxiété, de maladies chroniques ou aiguës, pas de traitements ou de suppléments, pas d'exercice physique régulier. - E : grossesse, traitement hormonal, manque d'aisance dans la prise de traitement, et possibilité de quitter l'étude. 	<p>1. Intervention Evaluation de l'effet du magnésium et de la vitamine B6 sur la sévérité du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration de la sévérité du SPM.</p> <p>3. Schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe 1 (n = 42) : 250 mg de Magnésium - Groupe 2 (n = 42) : vitamine B6 - Groupe 3 (n = 42) : placebo - Le traitement est quotidien et continu tout le long du cycle. <p>4. Mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic prospectif du SPM sur 2 mois. - Le "menstrual diary forms" pour le diagnostic et quotidiennement au cours du suivi. - BDI (Beck depression inventory) et l'échelle de stress d'Holmes et Rahe pour éliminer une dépression et une anxiété majeure. 	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration significative ($p < 0,05$) de la sévérité du SPM dans tous les groupes. - La vitamine B6 et le magnésium ont été significativement plus efficaces que le placebo particulièrement dans les sous-groupes du SPM suivant : dépression, rétention d'eau et anxiété ($p < 0,001$). - Les changements somatiques étaient moins bien améliorés par les deux traitements même s'ils avaient permis une amélioration plus importante que le placebo ($p = 0,005$). - La vitamine B6 semblait plus efficace que le magnésium sur les symptômes liés à la dépression alors que les symptômes de manque et de rétention d'eau semblaient mieux contrôlés par le magnésium (comparaison sans analyse statistique). Les deux traitements avaient une efficacité similaire sur les symptômes somatiques et l'anxiété. <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 mois de traitement - EI mentionnés : aucun <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population généralisable</p> <p>Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de détails sur l'aveugle. - Etude courte. 	<p>1. Financement : -Support financier par l'université médicale d'Isfahan.</p> <p>2. conflit d'intérêt : -Aucun.</p>
---	--	---	--	---	---

<p>1. Article (53) Fathizadeh Nahid and al., Evaluating the effect of magnesium and magnesium plus vitamin B6 supplement on the severity of premenstrual syndrome. <i>Déc 2010 - Iran</i> <i>Iranian journal of nursing and midwifery research</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique randomisé, contrôlé, en double aveugle</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 45,3 % (CB : 14/32 - LR : 15/32) JADAD : 70 % (CB : 3/5 - LR : 4/5)</p>	<p>- 15-45 ans - 150 femmes</p> <p>- I : Un SPM selon l'APA, cycles réguliers, pas de dépression ou d'anxiété, pas de maladie chronique ou aiguë, de traitement ou de supplémentation en cours, pas d'exercice physique régulier.</p> <p>- E : grossesse, souhait d'utiliser une contraception ou prendre un traitement hormonal. Pas de suivi régulier du questionnaire, mauvaise prise des traitements. Souhait d'arrêt des traitements.</p>	<p>1. Intervention Evaluation de l'effet du magnésium seul et de la combinaison magnésium et vitamine B6 sur le SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration de la sévérité du SPM évaluée par le "PMS daily symptom record".</p> <p>3. Schéma - Groupes 1 (n = 50) : 250 mg de Mg, - Groupe 2 (n = 50) : 250 mg de Mg + 40mg de vitamine B6 - Groupe 3 (n = 50) : placebo - 1 cp par jour tout au long du cycle.</p> <p>4. Mesure - Diagnostic prospectif du SPM sur 2 mois avec le "PMS daily symptom record" (formulaire d'enregistrement quotidien des symptômes). - Poursuite pendant 2 mois du relevé du formulaire d'enregistrement quotidien des symptômes. L'intensité des symptômes était notifiée dans ce questionnaire.</p>	<p>1. Résultats - Le score moyen des symptômes était amélioré dans les 3 groupes (p < 0.001). - L'amélioration de l'intensité du SPM était significativement plus importante dans le groupe combiné par rapport au magnésium seul ou au placebo (p < 0.05). - Le traitement combiné était significativement plus efficace que le magnésium et le placebo sur la diminution des symptômes dépressifs, anxieux et de rétention d'eau (p < 0,001 dans les 3 cas). - Le magnésium était également significativement plus efficace que le placebo pour l'anxiété (p < 0,001). - La magnésium et la combinaison avaient une efficacité similaire mais plus importante que le placebo pour les symptômes somatiques. (p = 0,005) - Les symptômes de craving étaient aussi bien améliorés par le placebo que par les deux autres traitements (p = 0,20).</p> <p>2. Suivi - 2 mois de traitement. - Perdus de vues : groupe 1 : 12, G2 : 9, et G3 : 13. - EI non mentionnés.</p> <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population généralisable</p> <p>Biais et limites - Randomisation mal décrite sauf pour l'aveugle. - Pas de justification des perdus de vue, et pas d'ITT - Etude courte</p>	<p>1. Financement - Financement par l'université médicale et de science d'Isfahan. - Traitements délivrés et préparés par la faculté de pharmacie d'Isfahan.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Aucun</p>
---	---	--	--	---	--

<p>1. Article (58) Dadkhah Hajar and al, Evaluating the effects of vitamin D and vitamin E supplement on premenstrual syndrome: A randomized, double-blind, controlled trial. <i>Mars 2016 - Isfahan, Iran Iranian(58) journal of nursing and midwifery research</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique randomisé, contrôlé, en double aveugle</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 75 % (CB : 25/32 - LR : 23/32) JADAD : 100 % (CB : 5/5 - LR : 5/5)</p>	<p>- 15 à 45 ans - 86 patientes</p> <p>- I : diagnostic suivant les critères de l'APA et le formulaire "Daily Symptom Record".</p> <p>- E : dépression, anxiété, grossesse, contraception ou traitement hormonal, exercice physique, non prise des traitements, ou questionnaire complété de façon irrégulière. Souhait d'arrêt du traitement.</p>	<p>1. Intervention Evaluation de l'effet des vitamines D et E sur les symptômes du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration de la sévérité du SPM évaluée par le "daily symptom record"(DSR).</p> <p>3. Schéma - Groupes 1 (n = 30) : 200 mg de vitamine D - Groupe 2 (n = 28) : 100 mg de vit E - Groupe 3 (n = 28) : placebo - 1 prise quotidienne tout au long du cycle.</p> <p>4. Mesure - Evaluation quotidienne de 2 mois par le DSR pour le diagnostic puis de 2 mois pour le suivi, avec évaluation de l'intensité de chaque symptôme. - BDI (Beck depression inventory) et l'échelle de stress d'Holmes pour éliminer une dépression et une anxiété majeure.</p>	<p>1. Résultats - Diminution significative de la moyenne des symptômes dans les 3 groupes (p < 0.05). - Différence entre les groupes non significative : les vitamines D ou E seules ne sont pas plus efficaces que le placebo (p = 0.30). - Cependant la vitamine E est un peu plus efficace pour diminuer les symptômes que la vitamine D ou le placebo. - La vitamine E est plus efficace que la vitamine D et le placebo sur les symptômes de manque (p < 0,0001) et la dépression (p = 0,0001). La vitamine D et la vitamine E sont similaires face à l'anxiété et les changements somatiques, et pas mieux que le placebo dans la rétention d'eau.</p> <p>2. Suivi - 2 mois de traitement. - EI recherchés mais non exposés.</p> <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population généralisable</p> <p>Biais et limites -Etude courte</p>	<p>1. Financement -Par l'université médicale et de science d'Isfahan.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Aucun</p>
---	---	--	--	--	--

<p>1. Article (60) Sohrabi Nahid and al., Evaluation of the effect of omega-3 fatty acids in the treatment of premenstrual syndrome: ""a pilot trial"". <i>Juin 2013 - Tehran, Iran Complementary therapies in medicine</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique randomisé, contrôlé, en double aveugle</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 60,9 % (CB : 21/32 - LR : 18/32) JADAD : 80 % (CB : 4/5 - LR : 4/5)</p>	<p>- 20 à 45 ans - 139 femmes</p> <p>- I : niveau d'éducation au-delà du lycée, cycle normal, régulier et durée de menstruation de 3 à 7 jours, IMC de 19 à 26, un SPM diagnostiqué par un questionnaire durant 3 mois consécutifs.</p> <p>- E : grossesse, allaitement, aménorrhée, ATCD : prise de drogue, tabac ou alcool, maladie psychiatrique, toute maladie somatique. Traitement hormonal, supplémentation, coagulopathie, allergie aux crustacés. Tout évènement stressant dans les 3 mois précédents l'inclusion.</p>	<p>1. Intervention Evaluation de l'effet de l'acide gras omega3 sur la prise en charge des symptômes du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration de la sévérité moyenne et diminution de la durée des symptômes évaluées par une échelle visuel analogique ponctuelle.</p> <p>3. Schéma - Groupe A (n = 70) : 2 cp d'1g d'oméga 3 (DHA 12% et EPA 18%) - Groupe B (n = 69) : placebo - Une prise par jour pendant 30 jours le premier mois puis, les 2 mois suivants, une prise par jour de 8 jours avant à 4 jours après les règles.</p> <p>4. Mesure - Questionnaire diagnostic pendant 3 mois basé sur les critères diagnostics de l'ACOG. - Echelle visuel analogique (EVA) pour évaluer la sévérité et la durée de chaque symptôme. Fait avant l'entrée dans l'étude, puis à 45 jours et à 90 jours.</p>	<p>1. Résultats - Amélioration significative (versus placebo) de la sévérité des symptômes dépressifs, anxieux, de nervosité, de boursoufflage, de rétention d'eau et de perte de la concentration dans le groupe A, à 1,5 et à 3 mois. - La dépression, la nervosité, l'anxiété, la tension mammaire, les œdèmes et les céphalées étaient mieux améliorés à 90J qu'à 45J. - A 45 jours, la durée des symptômes dépressifs et d'œdèmes uniquement étaient significativement diminués par l'oméga 3. - A 90 jours l'oméga 3 diminuait significativement la durée des symptômes suivants : la dépression, la nervosité, l'anxiété, les troubles de la concentration, les œdèmes et la tension mammaire. - Utilisation des sédatifs significativement moins importante dans le groupe oméga 3 (p = 0,001).</p> <p>2. Suivi - Traitement de 3 mois. - Evaluation à 1,5 et à 3 mois par EVA. - 14 perdues de vue. - EI non mentionnés.</p> <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population non généralisable -Niveau d'éducation élevé.</p> <p>Biais et limites - Pas de suivi prospectif des symptômes. - Taux de significativité non notifié dans l'article et les tableaux.</p>	<p>1. Financement -Non évoqué.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Aucun</p>
--	--	---	--	--	---

<p>1. Article (49) Whelan Anne Marie and al., Herbs, vitamins and minerals in the treatment of premenstrual syndrome: a systematic review. 2009 – Halifax, Canada <i>Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology</i></p> <p>2. Type d'étude Revue systématique</p> <p>3. Evaluation PRISMA : 75 % (CB : 17/24 - LR : 19/24) R-AMSTAR : 43,9 % (CB : 25/44 - LR : 26/44)</p>	<p>- Nombre de femmes dans les études par type de traitement : vit B6 : 1250 - Ca : 499 - Mg : 153 - vit E : 121.</p> <p>- I : Essai clinique randomisé et contrôlé, français ou anglais, toutes les études jusqu'à 2008, patiente avec SPM ou TDPM, essai avec un seul traitement étudié sans combinaison de produits, mesure de l'évolution de la gravité des symptômes du SPM/TDPM.</p> <p>- E : uniquement satisfaction des patientes étudiée, pas de groupe contrôle (placebo ou traitement reconnu).</p>	<p>1. Intervention Identifier des herbes, des vitamines et des minéraux préconisés pour le traitement du SPM ou du TDPM, et déterminer leur efficacité sur l'amélioration de la sévérité du SPM par une revue systématique.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration de la sévérité des symptômes du SPM ou du TDPM.</p> <p>3. Schéma - 62 traitements identifiés, essais randomisés de qualité trouvé pour 10 d'entre eux seulement. - 29 études incluses étudiant 10 traitements : phytothérapie (10) vitamine B6 (13), vitamine E (1), calcium (2) et magnésium (3)</p> <p>4. Caractéristique des études : Hétérogénéité entre les études sur la durée des essais, le contenu et les doses des produits et les mesures des résultats.</p>	<p>1. Résultats - Seul le calcium avait une bonne qualité de preuve de son efficacité dans le SPM : 2 études avec une efficacité significative sur les symptômes psychologiques ($p < 0,001$ ou $p = 0,045$) la rétention d'eau ($p < 0,001$ ou $0,003$) et l'envie de nourriture ($p < 0,001$ ou $= 0,036$). La douleur n'a été amélioré que dans une seule étude ($p < 0,05$).</p> <p>- La vitamine B6 était peut-être efficace.</p> <p>- Des données préliminaires montraient un bénéfice pour : le magnésium sur l'anxiété ($p < 0,02$; 1/3 étude de bonne qualité), vitamine E (2 études dont une montrait une efficacité sur l'irritabilité, l'envie de sucré et les symptômes dépressifs ($p < 0,05$ à $< 0,01$) et l'autre ne montrait aucune significativité) - L'oxyde de magnésium n'était pas efficace pour le traitement du SPM.</p> <p>Pas de méta-analyse possible.</p>	<p>Biais et limites - Pas de méta-analyse possible. - Etudes de faible qualité méthodologique et de durée limitée. - Biais de publication. - Manque de certains chiffres sur les résultats.</p>	<p>1. Financement -Fonds de dotation de la pharmacie de Dalhousie</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Non mentionnés.</p>
--	--	---	---	--	--

<p>1. Article (61) Behboudi-Gandevani Samira and al., The effect of omega 3 fatty acid supplementation on premenstrual syndrome and health-related quality of life: a randomized clinical trial. <i>Déc 2018 – Tehran, Iran Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique randomisé, multicentrique, équilibré (1:1), contrôlé par placebo, et en double aveugle.</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 71,9 % (CB : 22/32 - LR : 24/32) JADAD : 60 % (CB : 3/5 - LR : 3/5)</p>	<p>- 20-35 ans - 95 patientes</p> <p>- I : Patientes adressées par un médecin généraliste, souffrant d'un SPM sur 4 des 6 cycles précédents l'étude, IMC normal (18.5–25 kg/m2).</p> <p>- E : ATCD de maladie chronique (coagulopathie, diabète, cardiaque, rénale, psychologiques) tabac, alcool, supplémentation ou traitement hormonal en cours, allergie aux poissons et fruits de mer, cycles irréguliers, grossesse ou allaitement, évènement stressant dans les 3 mois avant l'étude.</p>	<p>1. Intervention Evaluation de l'effet de la supplémentation en omega 3 sur les symptômes du SPM et la qualité de vie des patientes.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes du SPM et de la qualité de vie relative à la santé.</p> <p>3. Schéma - Groupe intervention (n = 47) : 1g d'huile de poisson par capsule contenant : 180 mg d'acide eicosapentaénoïque (EPA) et 120mg d'acide docosahexaénoïque (DHA). - Groupe contrôle (n = 48) : placebo. - 2 capsules par jour sur 10 jours consécutifs, de 8 jours avant à 2 jours après les règles.</p> <p>4. Mesure Mesure rétrospective du SPM lors des visites mensuelles un mois avant l'intervention puis lors des 3 cycles de traitement par les questionnaires suivant : - Premenstrual Symptoms' Screening Tool (PSST) pour les symptômes. - "12-item short form health survey" (SF-12), questionnaire abrégé, pour la qualité de vie.</p>	<p>1. Résultats - L'omega 3 permettait une amélioration significative de l'ensemble des symptômes par rapport au placebo (p = 0,01 pour tous sauf l'anxiété [p = 0,02] et les interactions sociales [p = 0,04]) - L'omega 3 a permis une amélioration significative de la qualité de vie (p < 0,001), mais elle était similaire au placebo. La différence entre les deux groupes n'était pas significative (p = 0,52 pour la composante mentale et p = 0,32 pour la composante physique). - L'étude ne pouvait démontrer que le placebo a un effet plus important que de ne pas donner de traitement.</p> <p>2. Suivi - 3 mois de traitement. - 45 patientes dans chaque groupe pour analyse. - EI : aucun. Mais deux exclus suite à des maux d'estomac dans le groupe traité.</p> <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population généralisable</p> <p>Biais et limites - Manque d'informations sur l'aveugle. - Mesure rétrospective des symptômes.</p>	<p>1. financement -La société pharmaceutique Zakaria Tabriz, Iran a fourni les traitements.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Aucun</p> <p>Essai réalisé dans le cadre d'une thèse de fin d'étude.</p>
--	---	---	---	--	---

<p>1. Article (50) Avila Catharine, The effects of nutritional supplementation on premenstrual syndrome (PMS) - Chapitre 2 : systematic review of nutritional intervention in PMS. 2009 – <i>Lismore, Australie</i> <i>Thèse de fin d'étude</i></p> <p>2. Type d'étude Revue systématique</p> <p>3. Evaluation PRISMA : 56,5 % (CB : 13/23 - LR : 13/23) R-AMSTAR : 40,9 % (CB : 27/44 - LR : 22/44)"</p>	<p>- Nombre de patientes par traitement : Ca : 499 - Mg : 69 - VitB6 : 145 - Vit E : 41 - tryptophane : 87 - EPO : 37 - multivitriments : 79.</p> <p>- I : Patientes avec SPM, essai contrôlé, randomisé en parallèle ou en cross over, anglais.</p> <p>- E : Evaluation rétrospective du SPM. Évaluation de symptômes individuels du SPM (type mastalgies) et femmes n'ayant pas de SPM.</p>	<p>1. Intervention Déterminer l'efficacité et la sureté des suppléments nutritionnelles pour le traitement du SPM léger à modéré.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes du SPM et évaluation des éventuels EI.</p> <p>3. Schéma - 34 études incluses - Les traitements évoqués : pyridoxine (vit B6) (3), calcium (2), magnésium (3) vitamine E (1), EPO et EPO combiné à d'autres nutriments (2), suppléments augmentant le taux de tryptophane (2) et les combinaisons de nutriments (2).</p> <p>4. Caractéristique des études : Pas de méta-analyse possible devant hétérogénéité des articles.</p> <p>5. Mesure Evaluation de la qualité : Jadad, grille réalisée pour l'étude sur les critères consort.</p>	<p>1. Résultats - Le calcium et l'augmentation du taux de tryptophane étaient significativement plus efficaces que le placebo dans le traitement du SPM. Le tryptophane était plus efficace sur les troubles de l'humeur. - La combinaison du magnésium et de la vitamine B6 était efficace dans le traitement des symptômes anxieux. - Le magnésium, la vitamine B6 seuls et la combinaison multi vitaminique ($p < 0.02$) seraient peut-être efficaces dans le traitement du SPM. - La vitamine E ($p > 0,05$), l'EPO (lipides) étaient équivalent au placebo</p> <p>Pas de méta analyse possible.</p>	<p>Biais et limites - Etude faite par un seul chercheur ; risque de biais de sélection. - Etudes incluses de qualité médiocre pour beaucoup. - Non exposition des taux de significativité des études sources.</p>	<p>1. financement Non évoqué.</p> <p>2. conflit d'intérêt Non mentionnés.</p> <p>Etude réalisée dans le cadre d'une thèse de fin d'étude.</p>
---	---	--	---	---	---

<p>1. Article (55) Abdollahifard Sareh and al., The effects of vitamin B1 on ameliorating the premenstrual syndrome symptoms. 2014 - Jahrom, Iran <i>Global journal of health science</i></p> <p>2. Type d'étude Essai randomisé, contrôlé, en double aveugle</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 60,9 % (CB : 20/32 - LR : 19/32) JADAD : 80 % (CB : 4/5 - LR : 4/5)</p>	<p>- 18-30 ans - 100 étudiantes</p> <p>- I : SPM, cycles réguliers (24 à 35 jours dont 3 à 8J de règles).</p> <p>- E : maladie physique ou mentale, traitement hormonale, contraceptif, antidépresseurs, supplémentation par vitamines ou phytothérapie, exercice physique régulier, évènement stressant dans les 3 derniers mois précédents l'étude.</p>	<p>1. Intervention Evaluation de l'effet de la vitamine B1 sur les symptômes du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration de l'intensité des symptômes du SPM.</p> <p>3. Schéma - Groupes intervention (n = 50) : 100 mg de vitamine B1 - Groupe placebo (n = 50) : 100 mg de poudre d'amidon - 1 cp matin et soir, 1 semaine avant les règles pendant 3 cycles consécutifs.</p> <p>4. Mesure - Utilisation du "PMS provisional diagnosis form", "daily status record form" et "Beck Depression Inventory" pour l'inclusion, 2 mois avant l'intervention. - Utilisation quotidienne du "daily status record form" au cours du traitement pour évaluer la moyenne des symptômes.</p>	<p>1. Résultats - Diminution significative des symptômes dans les deux groupes (p < 0.001). - La réduction moyenne des symptômes psychologiques du SPM étaient de 35.08 ± 0.50 points pour le groupe vitB1 contre 0.08 ± 0.46 points pour le groupe placebo. - Pour les symptômes physiques, la réduction moyenne était de 21.20 ± 0.63 point pour la vitamine B1 contre 4.76 ± 0.46 points pour le placebo. - La vitamine B1 était significativement plus efficace que le placebo pour diminuer les symptômes physiques (p < 0,0001) et psychologiques (p < 0.0001).</p> <p>2. Suivi - 3 mois de traitement - 20 perdus de vues sur questionnaires ou prise de traitement ou EI. - Pas d'EI majeur.</p> <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>Population non généralisable - Beaucoup de perdus de vue.</p> <p>Biais et limites</p>	<p>1. Financements - Traitements fournis par Tehran Daroupakhsh Co. - Financement par l'université de Jahrom.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Non mentionnés.</p>
--	--	---	--	---	---

<p>1. Article (51) Stevinson C. and al., Complementary/ alternative therapies for premenstrual syndrome: a systematic review of randomized controlled trials. 2001 - Exeter, Angleterre <i>American journal of obstetrics and gynecology</i></p> <p>2. Type d'étude Revue systématique</p> <p>3. Evaluation PRISMA : 58 % (CB : 16/25 - LR : 13/25) R-AMSTAR : 40 % (CB : 26/44 - LR : 23/44)</p>	<p>- I : essai randomisé, contrôlé par un traitement complémentaire/alternatif publié dans une revue contrôlée par des pairs. Patiente avec SPM. Pas de restriction de langage.</p> <p>- E : Un seul symptôme du SPM (ex : mastalgies), autre désordre du cycles (ex : dysménorrhée). Les traitements déjà étudiés récemment dans une revue systématique et reconnus comme efficaces (ex : vitamines B6).</p>	<p>1. Intervention Evaluation des preuves de l'efficacité de certaines thérapies alternatives/complémentaires du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Efficacité des traitements pour l'amélioration du SPM.</p> <p>3. Schéma - 27 études - Traitement par supplémentation en calcium (2), magnésium (3), vitamine E (2), multi nutriments (5) et boisson glucidique (1), phytothérapie (7), thérapie alternative (7)</p> <p>4. Caractéristique des études Hétérogénéité des traitements et des mesures utilisées.</p>	<p>1. Résultats - Les traitements qui semblaient efficace : le calcium pour le SPM dans sa globalité, le magnésium combiné à la vitamine B6 dans les symptômes anxieux, la combinaison de magnésium + vit B6 + levures après 6 mois de prise pour 5 des 7 groupes des symptômes étudiés. - Le magnésium seul est peut-être efficace. - La vitamine E et les suppléments multi vitaminiques n'ont pas montré de preuve de leur efficacité.</p> <p>2. Suivi : EI : - calcium : nausées, flatulence, constipation - magnésium : diarrhée, céphalée - vitamine E : aucun - multivitamines : quelques céphalées.</p> <p>Pas de méta-analyse</p>	<p>Biais et limites - Nombreuses études de faible niveau de preuve. - Etudes incluses courtes. - Peu de détails sur les études en particulier sur les populations, les seuils de significativité (p) ...</p>	<p>1. Financements -Non mentionnés.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Non mentionnés.</p>
--	--	---	---	--	--

4. Tableau d'extraction des données : exercice physique

Titre	Population étudiée	Intervention	Principaux résultats	Risques de biais, généralisation	Financement, conflit d'intérêt
<p>1. Article (62) Bharati, Comparing the Effects of Yoga & Oral Calcium Administration in Alleviating Symptoms of Premenstrual Syndrome in Medical Undergraduates. 2016 - Jodhpur Rajasthan, Inde <i>Journal of caring sciences</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique non randomisé</p> <p>3. Evaluation MINORS : 75% (CB 18/24 et LR 18/24)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 18 à 22 ans - 58 étudiantes en médecine - I : femmes en bonne santé, cycles menstruels réguliers (21 à 35 jours), ne variant pas plus de 4 jours. - E : Antécédent de maladie psychiatrique ; médication prolongée ; maux de dos chroniques ; utilisation de contraceptifs. 	<p>1. Intervention</p> <p>Evaluer les effets du yoga et du calcium par voie orale sur les symptômes prémenstruels.</p> <p>2. Critère de jugement principal</p> <p>Amélioration de la moyenne des symptômes du SPM.</p> <p>3. Schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe yoga (n = 20) : une heure par jour, cinq jours par semaine pendant trois mois sous la surveillance d'un instructeur expert et formé. - Groupe calcium (n = 20) : 500 mg/j de calcium carbonate par voie orale, pour 3 mois. - Groupe témoin (n = 18) : pas de traitement. <p>4. Mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic prospectif sur deux mois selon les critères validés de l'ACOG. - Nombre moyen de symptômes du SPM par groupe. - Poids, fréquence cardiaque, pression artérielle. 	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yoga : 90% des sujets ont signalé une diminution de la gravité des symptômes existants ($p < 0,05$) et une réduction du nombre de leurs symptômes. - Calcium : 55% des sujets ont montré une baisse de la gravité et du nombre de symptômes ($p < 0,05$). - Témoin : pas de changement significatif du nombre ni de la gravité des symptômes ($p > 0,05$). <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée du suivi : 3 mois - EI : non mentionné - Pas de perdu de vue <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population non généralisable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeune âge - Etudiantes en médecine <p>2. Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petite taille d'échantillon - Essai ouvert non randomisé - Caractéristiques des groupes non mentionnées 	<p>1. Financement</p> <ul style="list-style-type: none"> -Non mentionné <p>2. Conflit d'intérêt</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aucun

<p>1. Article (64) El-Lithy et al., Effect of aerobic exercise on premenstrual symptoms, haematological and hormonal parameters in young women 2015 - <i>Le Caire, Egypte Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique contrôlé randomisé</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 45% (CB 12/30 et LR 15/30) JADAD : 62,5% (CB 2/4 et LR 3/4)</p>	<p>- 16 à 20 ans - 30 participantes</p> <p>- E : Antécédents d'endométriose, de maladies inflammatoires pelviennes, de toute pathologie pelvienne, de diabète ou de maladies thyroïdiennes ; prise de pilules contraceptives orales, d'agents psychotropes, tout programme d'exercice régulier antérieur.</p>	<p>1. Intervention Etudier l'effet de l'exercice aérobic associé au calcium et à la vitamine B6 sur le SPM, les paramètres hormonaux et hématologiques par rapport à l'effet du calcium et de la vitamine B6.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes du SPM. Critère de jugement secondaire : modification des paramètres hormonaux et hématologiques.</p> <p>3. Schéma - Groupe actif (n = 15) : exercices en aérobic sur tapis roulant, trois fois par semaine associés à la même supplémentation que le groupe témoin. - Groupe témoin (n = 15) : vitamine B6 (50 mg / J) et calcium (1 200 mg / J), une fois par jour.</p> <p>4. Mesure - Questionnaire sur le SPM, le Menstrual Symptom Questionnaire (MSQ), pour le diagnostic prospectif sur 2 mois et à la fin de l'étude. - Bilan sanguin complet et dosages hormonaux au début et après la fin de l'intervention.</p>	<p>1. Résultats - <u>Résultats CJP</u> : ✓ Groupe actif : diminution significative de tous les symptômes suite au traitement sur les scores individuels et le score total. ✓ Groupe témoin : diminution significative du score des symptômes de l'envie (p < 0,02), aucune différence significative pour le reste.</p> <p>- <u>Résultats du CJS</u> : ✓ Groupe actif : augmentation significative de l'hémoglobine, de l'hématocrite, du nombre de globules rouges et du nombre de plaquettes après traitement. Diminution significative de la prolactine, de l'œstradiol et des niveaux de progestérone. ✓ Groupe témoin : suite au traitement, aucune différence significative hématologique et hormonale.</p> <p>2. Suivi - Durée : 3 mois - EI : non mentionnés - Pas de perdu de vue</p> <p>Evaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population non généralisable - Age jeune</p> <p>2. Biais et limites - Petite taille d'échantillon - Données incomplètes - Essai ouvert</p>	<p>1. Financement -Non mentionné</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Aucun</p>
--	--	--	--	--	---

<p>1. Article (65) Maged et al, Effect of swimming exercise on premenstrual syndrome 2018 - <i>Le Caire, Egypte Archives of gynecology and obstetrics</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique contrôlé randomisé</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 68,3% (CB 19/30 et LR 22/30) JADAD : 75% (CB 3/4 et LR 3/4)</p>	<p>- 18 à 25 ans - 100 femmes</p> <p>- I : femmes vierges, non fumeuses, ne buvant pas d'alcool, haut niveau d'éducation et universitaire.</p> <p>- E : problèmes cardio-pulmonaires ou orthopédiques ; médicaments hormonaux ou qui affectent les hormones (ex : antidépresseurs) pris au cours des 3 mois précédents l'étude ; toutes anomalies de l'ovulation ou maladies inflammatoires pelviennes, anomalies endocriniennes, thyroïdiennes, hypophysaires ou ovariennes.</p>	<p>1. Intervention Étudier l'efficacité de la natation, comme exercice d'aérobie, sur la gravité des symptômes du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Diminution des symptômes du SPM.</p> <p>3. Schéma - Groupe 1 (n = 54) : natation - Groupe 2 (n = 46) : groupe contrôle - Schéma : 30 minutes /J, 3 fois par semaine pendant 3 mois. Pas d'exercice les 3 premiers jours du cycle menstruel. - Trois étapes dans l'exercice : échauffement, natation et refroidissement.</p> <p>4. Mesure - Evaluation initiale du SPM par le DSR (Daily Symptom Report) sur 3 mois consécutifs. - Confirmation du diagnostic par un gynécologue. - DSR complété au début et à la fin de l'étude.</p>	<p>1. Résultats - La natation eut un effet bénéfique sur la plupart des symptômes physiques et psychologiques du SPM. - Lors de l'évaluation post-traitement, il y avait une différence très significative entre les groupes 1 et 2 sur les symptômes prémenstruels à l'exception de l'irritabilité, de l'insomnie, des pleurs, de gonflement ou d'envie de nourriture.</p> <p>2. Suivi - Durée de suivi : 3 mois - EI : non mentionnés - perdus de vue : groupe 1 = 2, groupe 2 = 11 - Suivi du mauvais programme d'entraînement : groupe 1 = 17</p> <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population non généralisable -Femmes vierges, jeunes, haut niveau d'éducation et universitaire.</p> <p>2. Biais et limites - Pas d'étude de l'effet à long terme de la natation et de la réapparition des symptômes après l'arrêt de l'exercice. - Essai ouvert. - 30% de perdus de vue.</p>	<p>1. Financement -Non mentionné</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Aucun</p>
---	--	---	---	--	---

<p>1. Article (66) Vishnupriya and al., Effects of aerobic exercise at different intensities in premenstrual syndrome. 2011 - Inde, Pondichéry <i>Journal of obstetrics and gynaecology of India</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique contrôlé randomisé</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 61,3% (CB 17/31 et LR 21/31) JADAD : 87,5% (CB 3/4 et LR 4/4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 15 à 25 ans. - 61 femmes - I : critères diagnostiques du SPM de l'ACOG. - E : troubles cardiovasculaires, maladie thyroïdienne, insuffisance rénale ; traitement pour toute maladie systémique ; filles non menstruées ; grossesse. 	<p>1. Intervention Analyse des avantages potentiels des exercices d'aérobic, à différentes intensités, dans la gestion du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes du SPM.</p> <p>3. Schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe A (n = 20) : intensité légère, 35 - 60% de FC max. - Groupe B (n = 20) : intensité modérée, 60 - 80% de FC max. - Groupe C (n = 21) : intensité sévère, 80 - 90% de FC max. - L'exercice : phase d'échauffement puis exercices du haut du corps, exercices du bas du corps puis phase descendante. - 4 entraînements par semaine. → FC max = Fréquence Cardiaque maximale= 220 - âge <p>4. Mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire sur les symptômes prémenstruels, VO2 max, capacité vitale forcée (FVC), ventilation volontaire maximale (MVV) et profil lipidique (HDL, LDL, TGL). - Questionnaire MSQ à remplir aux phases menstruelle, prémenstruelle et inter menstruelle. 	<p>1. Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution significative des symptômes prémenstruels dans les groupes B et C. - L'analyse de variance (ANOVA) pour les items MSQ a révélé que les filles qui font régulièrement de l'exercice aérobic montrent des niveaux menstruels significativement inférieurs ($p \leq 0,05$) dans les trois groupes. - Les niveaux de LDL n'ont pas changé de manière significative. Mais les taux HDL, TGL, VO2 max, FVC, et MVV se sont considérablement améliorés dans les groupes B et C, mais sont restés inchangés dans le groupe A. <p>2. Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée de l'intervention : 6 semaines. - EI : non mentionnés. - 2 sujets n'ont pas suivi le programme et 6 n'avaient pas eu d'exploration lipidique. <p>Pas d'évaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population non généralisable -Age jeune</p> <p>2. Biais et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aveugle impossible pour les patientes, chercheurs aveugles - Petite taille de l'échantillon 	<p>1. Financement -Non mentionné</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Non mentionné</p>
---	--	---	---	--	---

<p>1. Article (67) Mohebbi Dehnavi, The effect of 8 weeks aerobic exercise on severity of physical symptoms of premenstrual syndrome: a clinical trial study 2018 - <i>Masshad, Iran BMC women's health</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique contrôlé randomisé</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 61,3% (CB 15/31 et LR 20/31) JADAD : 75% (CB 3/4 et LR 3/4)</p>	<p>- 70 étudiantes</p> <p>- I : cycles menstruels réguliers (21 à 35 jours et temps de saignement de 3 à 10 jours) ; SPM (selon le questionnaire de dépistage provisoire, ayant 4 sur 11 sur le questionnaire "mark").</p> <p>- E : grossesse ; autres programmes de sport ; traitements au long cours, traitement hormonal, maladies chroniques, troubles neurologiques, psychologiques, endocrinologiques, maladie inflammatoire pelvienne, dépression sévère (score > 40 sur le score de dépression de Beck), événements indésirables ou stressants au cours des 3 derniers mois précédents l'étude.</p> <p>- <u>Les critères d'exclusion au cours de l'étude :</u> souhait de sortir de l'étude ; grossesse ; sortir du cycle menstruel normal ; l'absence de questionnaire (3 jours consécutifs et 5 jours interrompus) ; effets indésirables et stressants.</p>	<p>1. Intervention Evaluation de l'effet de l'exercice aérobic sur la gravité des symptômes physiques du SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des signes physiques du SPM.</p> <p>3. Schéma - Groupe d'intervention (n = 35) : 8 semaines d'exercices aérobies, trois fois par semaine et 30 min par séance. - Groupe contrôle (n = 35) : pas de sport.</p> <p>4. Mesure - Le rapport des symptômes quotidiens du SPM : rempli systématiquement par les unités de recherche, deux fois par semaines à la fin de chaque séance d'exercice, vérifiant le pouls et l'enregistrement dans le questionnaire de BORG. Enregistrement quotidien de l'intensité des exercices selon l'échelle de Borg.</p>	<p>1. Résultats Certains symptômes physiques du SPM s'étaient significativement améliorés par l'exercice d'aérobic ($p < 0,01$), contrairement au groupe contrôle.</p> <p>2. Suivi - Durée 8 semaines. - EI non mentionnés. - 5 perdus de vue dans le groupe contrôle.</p> <p>Evaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population non généralisable -Etudiantes, âge jeune.</p> <p>2. Biais et limites - Petit échantillon - Essai ouvert</p>	<p>1. Financements - L'université Mashhad des sciences médicales.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Aucun</p>
---	---	--	--	---	--

<p>1. Article (63) Kamalifard et al, The Effect of Yoga on Women's Premenstrual Syndrome: A Randomized Controlled Clinical Trial 2017 - Tabriz, Iran <i>International Journal of Womens Health and Reproduction Sciences</i></p> <p>2. Type d'étude Essai clinique contrôlé randomisé</p> <p>3. Evaluation CONSORT : 80,6% (CB 26/31 et LR 24/31) JADAD : 100% (CB 4/4 et LR 4/4)</p>	<p>- 62 femmes - 20 à 45 ans</p> <p>- I : diagnostic de SPM selon le questionnaire PSST ; menstruations régulières ; ne pas être athlétique ; pas de médicament chimique, à base de plantes ou contraceptif ; pas de dépression, ni de pathologie des voies génitales ; pas d'alcool ni de tabac, pas de drogue illicite ou de caféine ; pas de maladie articulaire, polyarthrite rhumatoïde ou chirurgies qui pourraient affecter l'exercice de yoga.</p> <p>- E : ne pas avoir la volonté de poursuivre l'enquête ; avoir connu un exercice de yoga avant.</p>	<p>1. Intervention Evaluation de l'effet de du yoga sur le SPM.</p> <p>2. Critère de jugement principal Amélioration des symptômes du SPM.</p> <p>3. Schéma - Groupe yoga (n = 31 / 26 analysées) : yoga pendant 10 semaines en 3 sessions de 60 minutes. - Groupe témoin (n = 31 / 28 analysées) : pas de yoga.</p> <p>4. Mesure -Le PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool) complété 2 mois avant l'intervention pour le diagnostic puis au début et à la fin de l'intervention. Il évaluait les symptômes émotionnels, comportementaux, physique et la qualité de vie.</p>	<p>1. Résultats - Les résultats n'ont montré aucune différence significative entre le groupe yoga et le groupe de contrôle, avant l'intervention. - Après l'intervention, une différence significative était constatée dans toutes les variables du SPM (émotionnelle, physique et comportementale) entre les deux groupes (p < 0,001). Il a également été constaté une amélioration significative au niveau de l'impact du SPM sur la vie quotidienne (p < 0,001).</p> <p>2. Suivi - Durée : 10 semaines - Aucun EI - 8 perdus de vue</p> <p>Evaluation de la taille de l'effet et sa précision (IC)</p>	<p>1. Population généralisable</p> <p>2. Biais et limites - Petit échantillon. - Détection de l'exactitude des réponses recueillies auprès des sujets était au-delà des capacités du chercheur. - PSST : évaluation rétrospective. - Simple aveugle (chercheurs = aveugles). - Similarité entre les groupes sauf pour : le statut d'emploi plus élevé dans le groupe témoin et l'âge plus élevé dans le groupe yoga.</p>	<p>1. Financements -Université Tabriz des sciences médicales.</p> <p>2. Conflit d'intérêt -Aucun</p>
---	---	--	---	---	--

Annexe 7 : Tableau des doses d'ISRS proposées (36)

ADDITIONAL TABLES

Table 1. Classification of SSRI doses used by included studies

SSRI	Low dose	Moderate dose	High dose
Fluoxetine*	10 mg daily	20 mg daily	60 mg daily
Sertraline*	25-50 mg daily	100 -105 mg daily	
Paroxetine*	10-12.5 daily	20-30 daily	
Citalopram**		20-50 daily	
Escitalopram**	10 mg daily	20 mg daily	

* Based on suggested doses for PMDD (Micromedex 2013)

**Based on suggested doses for depression (Micromedex 2013) as PMDD data not available

Annexe 8 : Grilles d'évaluation des symptômes utilisées dans les articles inclus

Nom	Abréviation	Traduction	Questions évaluées	Commentaires
EVALUATION DU SYNDROME PREMENSUEL				
Daily Record of Severity of Problems (16)	DRSP	Registre quotidien sur la gravité des problèmes	Evaluation du SPM	- division en 5 groupes de symptômes : anxiété, dépression, changements émotionnels, rétention d'eau et changements somatiques - Sur 21 points - enregistrement prospectif
Premenstrual Symptoms Screening Tool (102)	PSST	Outil de dépistage des symptômes prémenstruels	Intensité du SPM	- score diagnostique rétrospectif. - symptômes émotionnels, comportementaux, physiques et la qualité de vie
Screening-Instrument für Prämenstruelle Symptome	SIPS	Version allemande du PSST		
PMS Daily Symptom Record/Daily Status Record Form	DSR / DSRF	Enregistrement quotidien des symptômes du SPM	Evaluation du SPM	Score diagnostique et suivi prospectif
Prospective Record of the Impact and Severity of Premenstrual Symptoms	PRISM	Registre prospectif de l'impact et de la sévérité des symptômes prémenstruels	Symptômes prémenstruels	Diagnostic prospectif et suivi
Women's Health Assessment questionnaire	WHAQ	Questionnaire d'évaluation de la santé des femmes	Santé globale des femmes	Autoévaluation rétrospective ?
Menstrual diary forms		Formulaire de journal menstruel	Symptômes prémenstruels	
(Moos) Menstrual Distress Questionnaire / Premenstrual Distress Questionnaire (103)	MDQ / PDQ	Questionnaire de Détresse Menstruelle	Symptômes prémenstruels et menstruels.	Score diagnostique prospectif et suivi Evalue 47 symptômes dans 8 clusters : excitation, réactions autonomes, changements de comportement, concentration, contrôle, effet négatif, douleur, rétention d'eau.
Menstrual symptom questionnaire (103)	MSQ	Questionnaire sur les symptômes menstruels	Symptômes menstruels et prémenstruels.	25 symptômes, score sur 125 points. Questionnaire rétrospectif

Echelle visuelle analogique	EVA		Evaluation de l'intensité des symptômes	
PMS provisional diagnosis form		Formulaire de diagnostic provisoire du SPM	Evaluation des symptômes prémenstruels	Utilisation lors de l'inclusion dans l'étude
28-question mental and physical symptoms daily ratings scale (40)		Échelle d'évaluation quotidienne des symptômes mentaux et physiques en 28 questions	Evaluation du SPM	Questionnaire non validé 12 items sur les symptômes mentaux, 9 sur les physiques et 7 sur des informations diverses (intérêt sexuel, consommation d'alcool, tabagisme, menstruations et événements extérieurs)
Premenstrual tension syndrome rating scale (104)	PMTS rating scale	Echelle de notation de la tension prémenstruelle	Evaluation de la tension prémenstruelle	Evaluation par l'évaluateur et par la patiente en parallèle puis mise en relation des résultats. Évaluation rétrospective.
CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES				
12-item short form health survey	SF-12	Enquête de santé abrégée en 12 points	Qualité de vie	Utilisation pour des critères de jugement secondaires
Women's Quality-of-Life Questionnaire	WQoLQ	Questionnaire sur la qualité de vie des femmes	Qualité de vie	Evaluation de la qualité de vie dans quatre domaines de bien-être : physique, psychologique, social et spirituel
Pittsburgh Sleep Quality Index	PSQI	Index de qualité du sommeil	Qualité du sommeil	Mesure rétrospective de la qualité et des perturbations du sommeil sur une période d'un mois à l'aide d'auto-rapports.
Depression Anxiety Stress Scale	DASS-42	Échelles d'anxiété, de stress et de la dépression	Dépression et anxiété	Utilisation pour l'inclusion ou l'exclusion avant l'intervention. 42 symptômes dont 14 dans le DASS-dépression, 14 dans le DASS-stress et 14 dans le DASS-anxiété
Beck Depression Inventory	BDI	Inventaire de la dépression de Beck	Dépression	Utilisé pour les critères d'inclusion et d'exclusion avant l'intervention. 21 items recherchés.
Inventory for depressive symptomatology	IDS	Inventaire de la symptomatologie dépressive	Dépression	Mesure des signes et symptômes de la dépression
Hamilton Rating Scale for Depression	HAM-D ou HRSD	Echelle de dépression d'Hamilton	Dépression	17 items recherchés. Lors du suivi, le faire toutes les semaines

28-item General Health Questionnaire	GHQ-28	Questionnaire général sur la santé	Evaluation du statut psychologique	Utilisé pour les critères d'inclusion et d'exclusion avant l'intervention. Outil de dépistage du risque psychiatriques en milieu médical : 28 points de la détresse émotionnelle.
Echelle de stress d'Holmes et Rahe			Anxiété	Utilisation dans le cadre des critères d'inclusion / exclusion
Hamilton Anxiety Scale	HAM-A	Echelle d'anxiété d'Hamilton	Anxiété	14 items sur les symptômes psychiques et physique de l'anxiété. Pour le diagnostic et le suivi
10-item Perceived Stress Scale	PSS-10	Échelle de stress perçu	Stress quotidien	Utilisation pour l'inclusion ou l'exclusion avant l'intervention.
Clinical global impressions scale	CGI	Score d'impression clinique globale de sévérité et d'amélioration	Etat clinique et social global du patient	Mesure sommaire globale par le clinicien prenant en compte : les antécédents du patient, des circonstances psychosociales, des symptômes, le comportement et l'impact des symptômes.
Borg questionnaire		Echelle de Borg	Intensité des exercices physiques / évaluation du niveau d'effort	Evaluation du taux d'effort perçu par le patient

Annexe 9 : Exclusion des articles suite à la lecture complète

Références des articles	Motif d'exclusion
Exclus sur la population :	
Nyberg S, Bäckström T, Zingmark E, Purdy R, Poromaa I. Allopregnanolone decrease with symptom improvement during placebo and gonadotropin-releasing hormone agonist treatment in women with severe premenstrual syndrome. <i>Gynecological endocrinology</i> . mai 2007;23(5):257-266.	Patients avec un TDPM. Mauvais objectif principal
Freeman E, Jabara S, Sondheimer S, Auletto R. Citalopram in PMS patients with prior SSRI treatment failure: a preliminary study. <i>Journal of womens health & gender-based medicine</i> . juin 2002;11(5):459-464.	Patiente en échec de traitement par ISRS
Dvivedi J, Kaur H, Dvivedi S. Effect of 1 week « 61-points relaxation training » on cold pressor test induced stress in premenstrual syndrome. <i>Indian J Physiol Pharmacol</i> . sept 2008;52(3):262-6.	Les femmes qui n'ont pas toutes un SPM
Hernandez-Reif M, Martinez A, Field T, Quintero O, Hart S, Burman I. Premenstrual symptoms are relieved by massage therapy. <i>J Psychosom Obstet Gynaecol</i> . mars 2000;21(1):9-15.	Femmes avec un TDPM
Appleton SM. Premenstrual Syndrome: Evidence-based Evaluation and Treatment. <i>Clin Obstet Gynecol</i> . mars 2018;61(1):52-61.	Femmes avec un SDPM
Frye CA. Progesterone attenuates depressive behavior of younger and older adult C57/BL6, wildtype, and progesterone receptor knockout mice. <i>Pharmacology Biochemistry and Behavior</i> . oct 2011;99(4):525-31.	Essaie sur des souris
Kornstein SG, Harvey AT, Rush AJ, Wisniewski SR, Trivedi MH, Svikis DS, et al. Self-reported premenstrual exacerbation of depressive symptoms in patients seeking treatment for major depression. <i>Psychol Med</i> . mai 2005;35(5):683-92.	Femmes dépressives Pas de SPM
Gao X, Sun P, Qiao M, Wei S, Xue L, Zhang H. ShuYu capsule, a Traditional Chinese Medicine formulation, attenuates premenstrual syndrome depression induced by chronic stress constraint. <i>Mol Med Rep</i> . déc 2014;10(6):2942-8.	Essaie sur des rats
Li F, Feng J, Gao D, Wang J, Song C, Wei S, et al. Shuyu Capsules Relieve Premenstrual Syndrome Depression by Reducing 5-HT3AR and. <i>Neural Plast</i> . 2016;2016:7950781.	Essaie sur des rats
Kaleli S, Aydin Y, Erel CT, Colgar U. Symptomatic treatment of premenstrual mastalgia in premenopausal women with lisuride maleate: a double-blind placebo-controlled randomized study. <i>Fertil Steril</i> . avr 2001;75(4):718-23.	Femmes en préménopauses uniquement.
Umar. The Effect of Anaerobic and Aerobic Exercise on Endurance and Non Endurance Athletes on Premenstrual Syndrome (PMS). In: Abdullah AG, Nandiyanto ABD, Danuwijaya AA, éditeurs. 1st Annual Applied Science and Engineering Conference (aasec), in Conjunction with the International Conference on Sport Science, Health, and Physical Education (icsshe). 2017. p. UNSP 012183.	Patientes athlètes en endurance ou non
Ho HP, Olsson M, Westberg L, Melke J, Eriksson E. The serotonin reuptake inhibitor fluoxetine reduces sex steroid-related aggression in female rats: an animal model of premenstrual irritability? <i>Neuropsychopharmacology</i> . mai 2001;24(5):502-10.	Essais sur des rats
Peters W, Freeman MP, Kim S, Cohen LS, Joffe H. Treatment of Premenstrual Breakthrough of Depression With Adjunctive Oral Contraceptive Pills Compared With Placebo. <i>J Clin Psychopharmacol</i> . oct 2017;37(5):609-14.	Patiente avec des troubles psychiatriques sans réel SPM
Vigod SN, Ross LE, Steiner M. Understanding and treating premenstrual dysphoric disorder: an update for the women's health practitioner. <i>Obstet Gynecol Clin North Am</i> . déc 2009;36(4):907-24, xii.	Femme ayant un SDPM uniquement.
Exclus sur l'intervention :	
Hausenblas HA, Heekin K, Mutchie HL, Anton S. A systematic review of randomized controlled trials examining the effectiveness of saffron (<i>Crocus sativus</i> L.) on psychological and behavioral outcomes. <i>J Integr Med</i> . juill 2015;13(4):231-40.	Intervention trop large sur plusieurs pathologies
Ernst E, Lee MS, Choi T-Y. Acupuncture in Obstetrics and Gynecology: An Overview of Systematic Reviews. <i>American Journal of Chinese Medicine</i> . 2011;39(3):423-31.	Etude sur efficacité générale de l'acupuncture
Pang Y, Liu H, Duan G, Liao H, Liu Y, Feng Z, et al. Altered Brain Regional Homogeneity Following Electro-Acupuncture Stimulation at Sanyinjiao (SP6) in Women With Premenstrual Syndrome. <i>Frontiers in Human Neuroscience</i> . 31 mai 2018;12:104.	Evaluation des réponses cérébrales
Perry M, Judge M, Millar D, McDonald D. An exploratory pilot of factors associated with premenstrual syndrome in minority women. <i>International Journal of Nursing Sciences</i> . juin 2015;2(2):118-22.	Évaluation des facteurs de risques ou bénéfiques
Frankel R, Sjaarda L, Ye A, Michels KA, Mumford SL. ASSOCIATION BETWEEN ANTIOXIDANT VITAMINS AND SYMPTOMS OF PREMENSTRUAL SYNDROME. <i>Fertility and Sterility</i> . sept 2015;104(3):E109-10.	Association entre des taux biologiques et des symptômes
Heskes AM, Sundram TCM, Boughton BA, Jensen NB, Hansen NL, Crocoll C, et al. Biosynthesis of bioactive diterpenoids in the medicinal plant <i>Vitex agnus-castus</i> . <i>Plant Journal</i> . mars 2018;93(5):943-58.	Étude de biochimie
Aydin Y, Atis A, Kaleli S, Uludağ S, Goker N. Cabergoline versus bromocriptine for symptomatic treatment of premenstrual mastalgia: a randomised, open-label study. <i>European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology</i> . juin 2010;150(2):203-206.	Traite d'un symptôme unique.
Slavin M, Barach E, Farmer S, Luba R, Earleywine M. Cannabis and symptoms of PMS and PMDD. <i>Addiction Research & Theory</i> . 2017;25(5):383-9.	Traitement non accessible en France.
Ekenros L, Backstrom T, Hirschberg AL, Friden C. Changes in premenstrual symptoms in women starting or discontinuing use of oral contraceptives. <i>Gynecological Endocrinology</i> . 4 mai 2019;35(5):422-6.	Ne relève pas du traitement du SPM
Wuttke W, Jarry H, Christoffel V, Spengler B, Seidlova-Wuttke D. Chaste tree (<i>Vitex agnus-castus</i>) pharmacology and clinical indications. <i>Phytomedicine</i> . mai 2003;10(4):348-57.	Etude la biochimie

Kolbin A, Vilum I, Kurylev A, Balykina Y, Proskurin M. Cost-Effectiveness Analysis of Use of Dydrogesterone in Premenstrual Syndrome. <i>Value Health</i> . nov 2014;17(7):A508.	Etude coût efficacité
Sammon CJ, Nazareth I, Petersen I. Diagnosis and management of premenstrual syndrome in UK general practice: a study using the health improvement network. <i>Pharmacoepidemiology and Drug Safety</i> . sept 2015;24:136-7.	Ne relève pas du traitement du SPM
Bertone-Johnson ER, Chocano-Bedoya PO, Zagarins SE, Micka AE, Ronnenberg AG. Dietary vitamin D intake, 25-hydroxyvitamin D3 levels and premenstrual syndrome in a college-aged population. <i>J Steroid Biochem Mol Biol</i> . juill 2010;121(1-2):434-7.	Étude du lien entre le taux et les symptômes
Fanaei H, Khayat S, Kasaean A, Javadimehr M. Effect of curcumin on serum brain-derived neurotrophic factor levels in women with premenstrual syndrome: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. <i>Neuropeptides</i> . avr 2016;56:25-31.	Ne relève pas de l'efficacité du traitement du SPM
Waddell G, Pelletier J, Desindes S, Anku-Bertholet C, Blouin S, Thibodeau D. Effect of endometrial ablation on premenstrual symptoms. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> . juin 2015;22(4):631-6.	Traitement non accessible en médecine générale
Heydari N, Dehghani M, Emamghoreishi M, Akbarzadeh M. Effect of Melissa officinalis capsule on the mental health of female adolescents with premenstrual syndrome: a clinical trial study. <i>International journal of adolescent medicine and health</i> . 2018;Article Number: 20170015.	Evalue la santé mentale et non un traitement du SPM
Klein-Laansma CT, Rutten ALB, Jansen JPCH, van Wietmarschen H, Jong MC. Evaluation of a Prognostic Homeopathic Questionnaire for Women with Premenstrual Disorders. <i>Complement Med Res</i> . 2018;25(3):173-82.	Etude le pronostic et non la thérapeutique
Rubinow DR, Schmidt PJ. Gonadal steroid regulation of mood: the lessons of premenstrual syndrome. <i>Front Neuroendocrinol</i> . juill 2006;27(2):210-6.	Etude de pharmacodynamie
Studd J, Cronje W, Vashisht A. Hysterectomy and bilateral oophorectomy for severe premenstrual syndrome - Reply. <i>Human Reproduction</i> . avr 2005;20(4):1114-1114.	Traitement non accessible en médecine générale
Cronje WH, Vashisht A, Studd JWW. Hysterectomy and bilateral oophorectomy for severe premenstrual syndrome. <i>Hum Reprod</i> . sept 2004;19(9):2152-5.	Traitement non accessible en médecine générale
Chen H-Y, Huang B-S, Lin Y-H, Su IH, Yang S-H, Chen J-L, et al. Identifying Chinese herbal medicine for premenstrual syndrome: implications from a nationwide database. <i>BMC Complement Altern Med</i> . 27 juin 2014;14:206.	Etude le schéma de prescription
Huber J, Gruber C. Immunological and dermatological impact of progesterone. <i>Gynecol Endocrinol</i> . déc 2001;15 Suppl 6:18-21.	Etude de pharmacodynamie
Oertelt-Prigione S. Immunology and the menstrual cycle. <i>Autoimmunity Reviews</i> . mai 2012;11(6-7):A486-92.	Etude la physiopathologie
Kim E-H, Pascua PNQ, Song M-S, Baek YH, Kwon H-I, Park S-J, et al. Immunomodulation and attenuation of lethal influenza A virus infection by oral administration with KIOM-C. <i>Antiviral Res</i> . juin 2013;98(3):386-93.	Ne traite pas du traitement du SPM
von Holzen JJ, Capaldo G, Wilhelm M, Stute P. Impact of endo- and exogenous estrogens on heart rate variability in women: a review. <i>Climacteric</i> . juin 2016;19(3):222-8.	Ne traite pas du traitement du SPM
Lukes AS, McBride RJ, Herring AH, Fried M, Sherwani A, Dell D. Improved premenstrual syndrome symptoms after NovaSure endometrial ablation. <i>J Minim Invasive Gynecol</i> . oct 2011;18(5):607-11.	Traitement non accessible en médecine générale
Miller MN, Miller BE, Chinouth R, Coyle BR, Brown GR. Increased premenstrual dosing of nefazodone relieves premenstrual magnification of depression. <i>Depress Anxiety</i> . 2002;15(1):48-51.	Traitement plus accessible
Kaiser G, Kues JN, Kleinstaub M, Andersson G, Weise C. Methods for coping with premenstrual change: Development and validation of the German Premenstrual Change Coping Inventory. <i>Women Health</i> . oct 2018;58(9):1062-79.	Ne traite pas du traitement du SPM
Rasgon N, Serra M, Biggio G, Pisu MG, Fairbanks L, Tanavoli S, et al. Neuroactive steroid-serotonergic interaction: responses to an intravenous L-tryptophan challenge in women with premenstrual syndrome. <i>European Journal of Endocrinology</i> . juill 2001;145(1):25-33.	Etude la physiopathologie
Rasgon N, McGuire M, Tanavoli S, Fairbanks L, Rapkin A. Neuroendocrine response to an intravenous L-tryptophan challenge in women with premenstrual syndrome. <i>Fertil Steril</i> . janv 2000;73(1):144-9.	Etude la physiopathologie
Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 15 févr 2012;(2):CD006586.	Traitement du SDPM
Studd J. Ovariectomy for menstrual madness and premenstrual syndrome--19th century history and lessons for current practice. <i>Gynecol Endocrinol</i> . août 2006;22(8):411-5.	Etude historique
Graziottin A, Serafini A. Perimenstrual asthma: from pathophysiology to treatment strategies. <i>Multidisciplinary Respiratory Medicine</i> . 1 août 2016;11:30.	Ne traite pas du traitement du SPM
Ekenros L, Hirschberg AL, Backstrom T, Friden C. Postural control in women with premenstrual symptoms during oral contraceptive treatment. <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> . janv 2011;90(1):97-102.	Ne traite pas du traitement du SPM
Robinson RL, Swindle RW. Premenstrual symptom severity: impact on social functioning and treatment-seeking behaviors. <i>J Womens Health Gend Based Med</i> . sept 2000;9(7):757-68.	Ne traite pas de l'efficacité du traitement du SPM
Doyle C, Ewald HAS, Ewald PW. Premenstrual syndrome: an evolutionary perspective on its causes and treatment. <i>Perspect Biol Med</i> . Spring 2007;50(2):181-202.	Etude étiologique
Crow EM, Jeannot E. Premenstrual Syndrome: Symptomatic and Diagnosed Prevalence, Dualistic Treatment Approach - A Cross-Sectional Study in Ukraine. <i>Int J Prev Med</i> . 2017;8:66.	Etude diagnostique
Wyatt KM, Dimmock PW, Frischer M, Jones PW, O'Brien SP. Prescribing patterns in premenstrual syndrome. <i>BMC Womens Health</i> . 19 juin 2002;2(1):4.	Etude des schémas de prescription
Sammon CJ, Nazareth I, Petersen I. Recording and treatment of premenstrual syndrome in UK general practice: a retrospective cohort study. <i>BMJ Open</i> . 18 mars 2016;6(3):e010244.	Etude des schémas de prescription
Bocchieri E, Thys-Jacobs S. Role of calcium metabolism in premenstrual syndrome. <i>Expert Rev Endocrinol Metab</i> . sept 2008;3(5):645-55.	Etude de la physiopathologie

Knaapen L, Weisz G. The biomedical standardization of premenstrual syndrome. <i>Stud Hist Philos Biol Biomed Sci.</i> mars 2008;39(1):120-34.	Etude historique
Leminen H, Heliövaara-Peippo S, Halmesmaki K, Teperi J, Grenman S, Kivela A, et al. The effect of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system on premenstrual symptoms in women treated for menorrhagia: secondary analysis of a randomized controlled trial. <i>Acta Obstet Gynecol Scand.</i> mars 2012;91(3):318-25.	Inaccessible en médecine générale
Kues J, Janda C, Krzikalla C, Andersson G, Weise C. The effect of manipulated information about premenstrual changes on the report of positive and negative premenstrual changes. <i>Women & health.</i> 2018;58(1):16-37.	Ne traite pas du traitement en médecine générale
Jang D, Kim MD, Lee SJ, Kim IJ, Park SI, Won JY, et al. The effect of uterine artery embolization on premenstrual symptoms in patients with symptomatic fibroids or adenomyosis. <i>J Vasc Interv Radiol.</i> juin 2014;25(6):833-838.e1.	Inaccessible en médecine générale
Kato S, Shiraishi K, Koshida S, Mune M, Omagari K. The effects of tocopherol administration on pretibial edema in young women with premenstrual syndrome. <i>Acta medica nagasakiensia.</i> 2008;53(3):59-64.	Ne traite pas du SPM
Ussher JM. The ongoing silencing of women in families: an analysis and rethinking of premenstrual syndrome and therapy. <i>Journal of Family Therapy.</i> nov 2003;25(4):388-405.	Ne traite pas du traitement du SPM
Halbreich U. The pathophysiologic background for current treatments of premenstrual syndromes. <i>Curr Psychiatry Rep.</i> déc 2002;4(6):429-34.	Etude physiopathologique
Gise LH. The PMDD phenomenon: Breakthrough treatments for premenstrual dysphoric disorder (PMDD) and extreme premenstrual syndrome (PMS). <i>Psychiatric Services.</i> sept 2003;54(9):1294-1294.	Ne traite pas du traitement du SPM
Henshaw C. The premenstrual syndromes: PMS and PMDD. <i>British Journal of Psychiatry.</i> sept 2008;193(3):263-263.	Ne traite pas du traitement du SPM
Steiner M, Peer M, Macdougall M, Haskett R. The premenstrual tension syndrome rating scales: an updated version. <i>J Affect Disord.</i> déc 2011;135(1-3):82-8.	Etude diagnostique
Robinson GE. The problem with premenstrual syndrome. <i>Can Fam Physician.</i> nov 2002;48:1753-8.	Ne traite pas du traitement du SPM
Freeman EW, Rickels K, Sammel MD, Lin H, Sondheimer SJ. Time to relapse after short- or long-term treatment of severe premenstrual syndrome with sertraline. <i>Arch Gen Psychiatry.</i> mai 2009;66(5):537-44.	Ne traite pas du traitement du SPM
Borsook D, Maleki N, Becerra L, McEwen B. Understanding Migraine through the Lens of Maladaptive Stress Responses: A Model Disease of Allostatic Load. <i>Neuron.</i> 26 janv 2012;73(2):219-34.	Ne traite pas du traitement du SPM
Walker AF, De Souza MC, Marakis G, Robinson PA, Morris AP, Bolland KM. Unexpected benefit of sorbitol placebo in Mg intervention study of premenstrual symptoms: implications for choice of placebo in RCTs. <i>Med Hypotheses.</i> mars 2002;58(3):213-20.	Ne traite pas du traitement du SPM
Naheed B, Uthman O, O'Mahony F, Kuiper J, O'Brien P. Gonadotropin-releasing hormone (GnRH) analogues for premenstrual syndrome (PMS). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].</i> 2014;(10).	Traitement spécialisé
Wyatt KM, Dimmock PW, Ismail KMK, Jones PW, O'Brien PMS. The effectiveness of GnRHa with and without « add-back » therapy in treating premenstrual syndrome: a meta analysis. <i>BJOG.</i> juin 2004;111(6):585-93.	Traitement spécialisé
Di Carlo C, Palomba S, Tommaselli GA, Guida M, Di Spiezio Sardo A, Nappi C. Use of leuprolide acetate plus tibolone in the treatment of severe premenstrual syndrome. <i>Fertil Steril.</i> févr 2001;75(2):380-4.	Traitement spécialisé
Exclus sur le comparateur	
Stevinson C, Ernst E. A pilot study of Hypericum perforatum for the treatment of premenstrual syndrome. <i>BJOG.</i> juill 2000;107(7):870-6.	Pas de bras comparateur
Ussher J, Hunter M, Cariss M. A woman-centred psychological intervention for premenstrual symptoms, drawing on cognitive-behavioural and narrative therapy. <i>Clinical psychology & psychotherapy.</i> oct 2002;9(5):319-331.	Pas de bras comparateur
Zhang H, Zhu M, Song Y, Kong M. Baduanjin exercise improved premenstrual syndrome symptoms in Macau women. <i>Journal of Traditional Chinese Medicine.</i> 15 août 2014;34(4):460-4.	Pas de bras comparateur
Choudhary A, Mishra J. Effect of 16 weeks yogic intervention in premenstrual syndrome. <i>International journal of pharma and bio sciences.</i> 2013;4(1):B207-B212.	Pas de bras comparateur
Borges LE, Andrade RP, Aldrighi JM, Guazelli C, Yazlle MEHD, Isaia CF, et al. Effect of a combination of ethinylestradiol 30 microg and drospirenone 3 mg on tolerance, cycle control, general well-being and fluid-related symptoms in women with premenstrual disorders requesting contraception. <i>Contraception.</i> déc 2006;74(6):446-50.	Pas de groupe contrôle
Tsai S-Y. Effect of Yoga Exercise on Premenstrual Symptoms among Female Employees in Taiwan. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 16 juill 2016;13(7).	Pas de groupe contrôle
Norouzi Javidan A, Haghollahi F, Ramezanzadeh F, Yekaninejad MS, Amiri Z, Noroozi M, et al. Effects of ethinyl estradiol plus desogestrel on premenstrual symptoms in Iranian women. <i>Acta Med Iran.</i> 2014;52(11):837-43.	Pas de bras comparateur
Momoeda M, Sasaki H, Tagashira E, Ogishima M, Takano Y, Ochiai K. Efficacy and safety of Vitex agnus-castus extract for treatment of premenstrual syndrome in Japanese patients: a prospective, open-label study. <i>Adv Ther.</i> mars 2014;31(3):362-73.	Pas de bras comparateur
Berger D, Schaffner W, Schrader E, Meier B, Brattstrom A. Efficacy of Vitex agnus castus L. extract Ze 440 in patients with pre-menstrual syndrome (PMS). <i>Arch Gynecol Obstet.</i> nov 2000;264(3):150-3.	Pas de bras comparateur
Taneepanichskul S, Jaisamrarn U, Phupong V. Efficacy of Yasmin in premenstrual symptoms. <i>Arch Gynecol Obstet.</i> juin 2007;275(6):433-8.	Pas de bras comparateur
Bahrami A, Avan A, Sadeghnia HR, Esmaeili H, Tayefi M, Ghasemi F, et al. High dose vitamin D supplementation can improve menstrual problems, dysmenorrhea, and premenstrual syndrome in adolescents. <i>Gynecol Endocrinol.</i> août 2018;34(8):659-63.	Pas de bras comparateur
Anil A, Peker T, Goktas T, Kilic S, Erbas D. Importance of acupuncture on premenstrual syndrome. <i>Clin Exp Obstet Gynecol.</i> 2012;39(2):209-13.	Pas de bras comparateur

Lamarche LJ, Driver HS, Forest G, Koninck JDE. Napping during the late-luteal phase improves sleepiness, alertness, mood and cognitive performance in women with and without premenstrual symptoms. <i>Sleep and Biological Rhythms</i> . avr 2010;8(2):151-9.	Pas de bras comparateur
Quaranta S, Buscaglia MA, Meroni MG, Colombo E, Cella S. Pilot study of the efficacy and safety of a modified-release magnesium 250 mg tablet (Sincromag) for the treatment of premenstrual syndrome. <i>Clin Drug Investig</i> . 2007;27(1):51-8.	Pas de bras comparateur
Prilepskaya VN, Ledina A, Tagiyeva A, Revazova FS. Vitex agnus castus: Successful treatment of moderate to severe premenstrual syndrome. <i>Maturitas</i> . 1 nov 2006;55:555-63.	Pas de bras comparateur
Exclus sur le critère de jugement principal	
Sangthawan M, Taneepanichskul S. A comparative study of monophasic oral contraceptives containing either drospirenone 3 mg or levonorgestrel 150 micro g on premenstrual symptoms. <i>Contraception</i> . janv 2005;71(1):1-7.	Etude de prévalence
Contreras C, Azamar-Arizmendi G, Saavedra M, Hernández-Lozano M. A five-day gradual reduction regimen of chlormadinone reduces premenstrual anxiety and depression: a pilot study. <i>Arch Med Res</i> . oct 2006;37(7):907-913.	Traitement du SDPM
Purdue-Smithe AC, Manson JE, Hankinson SE, Bertone-Johnson ER. A prospective study of caffeine and coffee intake and premenstrual syndrome. <i>Am J Clin Nutr</i> . 1 août 2016;104(2):499-507.	Etude d'incidence
Lombardi I, Luisi S, Quirici B, Monteleone P, Bernardi F, Liut M, et al. Adrenal response to adrenocorticotropic hormone stimulation in patients with premenstrual syndrome. <i>Gynecological Endocrinology</i> . févr 2004;18(2):79-87.	Etude étiologique
Fothergill DJ. Common menstrual problems in adolescence. <i>Arch Dis Child Educ Pract Ed</i> . déc 2010;95(6):199-203.	Etude étiologique
O'Brien S. Diagnosis and management of premenstrual disorders. <i>British Medical Journal</i> . 4 août 2011;343:d5032.	Etude les effets tératogènes des IRSR.
Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M. Concurrent use of oral contraceptives with antidepressants for premenstrual syndromes. <i>J Clin Psychopharmacol</i> . oct 2001;21(5):540-2.	Evaluation du changement de réponse au traitement suivant un autre facteur.
Fruzzetti F, Lazzarini V, Ricci C, Quirici B, Gambacciani M, Paoletti AM, et al. Effect of an oral contraceptive containing 30 microg ethinylestradiol plus 3 mg drospirenone on body composition of young women affected by premenstrual syndrome with symptoms of water retention. <i>Contraception</i> . sept 2007;76(3):190-4.	L'objectif est l'évaluation du poids sous POP.
Nalibaeva DU, Madjidova YN. Effectiveness of substitutive hormone therapy with dyfaston in the medical treatment of psychovegetative disorders in female premenstrual syndrome. <i>European Journal of Neurology</i> . août 2007;14:100-1.	Ne traite pas de l'amélioration du SPM
Locklear TD, Huang Y, Frasier J, Doyle BJ, Perez A, Gomez-Laurito J, et al. Estrogenic and progestagenic effects of extracts of <i>Justicia pectoralis</i> Jacq., an herbal medicine from Costa Rica used for the treatment of menopause and PMS. <i>Maturitas</i> . juill 2010;66(3):315-22.	Etude du mécanisme du traitement
Khodakarami B, Babakhani N, Masoumi S, Farhadian M. Investigating the effect of group counseling on severity of premenstrual syndrome among high school girls in Hamedan. <i>Journal of pharmaceutical sciences and research</i> . 2017;9(11):2196-2199.	Etude de prévalence
Lopez LM, Kaptein A, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 23 janv 2008;(1):CD006586.	Etude sur le SDPM
Tsai F-H, Chu I-H, Lin T-Y, Liang J-M, Hsu H-T, Wu W-L. Preliminary evidence on the effect of Yoga on the reduction of edema in women with premenstrual syndrome. <i>European Journal of Integrative Medicine</i> . janv 2017;9:63-8.	Evaluation d'une méthode diagnostique
Douglas S. Premenstrual syndrome. Evidence-based treatment in family practice. <i>Can Fam Physician</i> . nov 2002;48:1789-97.	Revue narrative
Belokrinskaya TE, Frolova N, Suturina L, Svistunova A, Tugarinova AM. Prevalence of premenstrual disorders in female students and the effects of vitex agnus castus extract. <i>Bjog-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> . juin 2013;120:186-186.	Etude de prévalence
Klein-Laansma CT, Jong M, von Hagens C, Jansen JPCH, van Wietmarschen H, Jong MC. Semi-Individualized Homeopathy Add-On Versus Usual Care Only for Premenstrual Disorders: A Randomized, Controlled Feasibility Study. <i>J Altern Complement Med</i> . juill 2018;24(7):684-93.	Etude de faisabilité
Klein-Laansma CT, Jansen JCH, van Tilborgh AJW, Van der Windt DAWM, Mathie RT, Rutten ALB. Semi-standardised homeopathic treatment of premenstrual syndrome with a limited number of medicines: feasibility study. <i>Homeopathy</i> . juill 2010;99(3):192-204.	Etude de faisabilité
Landen M, Erlandsson H, Bengtsson F, Andersch B, Eriksson E. Short onset of action of a serotonin reuptake inhibitor when used to reduce premenstrual irritability. <i>Neuropsychopharmacology</i> . févr 2009;34(3):585-92.	2tudie la rapidité de l'action
Rafieian-Kopaei M, Movahedi M. Systematic Review of Premenstrual, Postmenstrual and Infertility Disorders of Vitex Agnus Castus. <i>Electron Physician</i> . janv 2017;9(1):3685-9.	Etude toutes les données sur VAC
Moslehi M, Arab A, Shadnoush M, Hajianfar H. The Association Between Serum Magnesium and Premenstrual Syndrome: a Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. <i>Biol Trace Elem Res</i> . 18 mars 2019;	Etude le taux sérique
Bakay K, Ulubasoglu H, Atan T, Alacam H, Guven D, Batioglu S. The effect of physical activity on the levels of the hormones, serotonin and melatonin in premenstrual syndrome. <i>Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology</i> . 2018;45(3):425-7.	Etude le taux sérique
Oates J. The Effect of Yoga on Menstrual Disorders: A Systematic Review. <i>Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> . juin 2017;23(6):407-17.	Etude les troubles menstruels en général.
Mirghafourvand M, Malakouti J, Charandabi SM-A, Farshbaf-Khalili A, Ghanbari-Homayi S. The Effects of Lemon balm (<i>Melissa officinalis</i> L.) Alone and in Combination With <i>Nepeta menthoides</i> on the Menstrual Bleeding in Students With Premenstrual Syndrome: A Randomized Controlled Trial. <i>Iranian Red Crescent Medical Journal</i> . déc 2016;18(12):e28941.	Effet sur le saignement menstruel
Ranjbar F, Akbarzadeh F, Asadlou M. The Effects of Sertraline in Controlling Refractory Hypertension in Women with Premenstrual Syndrome. <i>Iran J Psychiatry</i> . oct 2016;11(4):234-8.	Effet du traitement sur l'hta

Morowatisharifabad MA, Karimiankakolaki Z, Bokaie M, Fallahzadeh H, Geraylo S. The effects of training married men about premenstrual syndrome by pamphlets and short messages on marital satisfaction. Health Educ Res. déc 2014;29(6):1005-14.	Effet sur la satisfaction du couple
Olah KS. The use of fluoxetine (Prozac) in premenstrual syndrome: is the incidence of sexual dysfunction and anorgasmia acceptable? J Obstet Gynaecol. janv 2002;22(1):81-3.	Etude des effets secondaires
Zamani M, Neghab N, Torabian S. Therapeutic effect of Vitex agnus castus in patients with premenstrual syndrome. Acta Med Iran. 2012;50(2):101-6.	Etude comment prendre le traitement
Ghaffarilaleh G, Ghaffarilaleh V, Sanamno Z, Kamalifard M. Yoga positively affected depression and blood pressure in women with premenstrual syndrome in a randomized controlled clinical trial. Complement Ther Clin Pract. févr 2019;34:87-92.	Effet sur la dépression faisant partie du SDPM.
Exclusion sur le type de l'étude et langue	
Chou P, Morse C, Xu H, Wiebrecht A. A controlled trial of chinese herbal medicine for premenstrual syndrome. Deutsche zeitschrift fur akupunktur. 2009;52(1):53-54.	En Allemand
Freeman EW, Sondheimer SJ, Rickels K, Martin PG. A pilot naturalistic follow-up of extended sertraline treatment for severe premenstrual syndrome. J Clin Psychopharmacol. juin 2004;24(3):351-3.	Etude observationnelle
Naheed B, Kuiper J, O'Brien S. A systematic review-ovarian suppression with GnRH analogues for management of PMS. BJOG. 2016;123:186-.	Résumé de l'étude
Acupressure and Training for Coping With PMS. 2019; Disponible sur: https://www.cochranefulltext.com/central/doi/10.1002/central/CN-01919550/full	Etude non complète
Halbreich U. Algorithm for treatment of Premenstrual Syndromes (PMS): Experts' recommendations and limitations. Gynecological Endocrinology. janv 2005;20(1):48-56.	Recommandation d'expert
Gracia CR, Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Sheng L, Frye C. Allopregnanolone Levels Before and After Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Treatment of Premenstrual Symptoms. Journal of Clinical Psychopharmacology. août 2009;29(4):403-5.	Edito à l'auteur
Klein-Laansma C, Jong M, Von Hagens C, Jansen J, Van Wietmarschen H, Jong M. An international pragmatic, randomised controlled pilot study comparing individualised homeopathic add-on treatment and usual care only in women with premenstrual disorders (PMD). BMC complementary and alternative medicine. 2017;17.	Résumé de l'étude
Halbreich U, O'Brien S, Eriksson E, Backstrom T, Yonkers KA, Freeman EW. Are there differential symptom profiles that improve in response to different pharmacological treatments of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder? Cns Drugs. 2006;20(7):523-47.	Revue narrative
Murakami K, Sasaki S, Takahashi Y, Uenishi K, Watanabe T, Kohri T, et al. Association between Hardness (Difficulty of Chewing) of the Habitual Diet and Premenstrual Symptoms in Young Japanese Women. Environ Health Insights. 18 janv 2010;3:53-61.	Etude observationnelle
Quilliam S. Breaking the cycle: a psychological approach to supporting premenstrual syndrome patients. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. janv 2008;34(1):61-2.	Lettre aux lecteurs
Shehata N. Calcium versus oral contraceptive pills containing drospirenone for the treatment of mild to moderate premenstrual syndrome: a double blind randomized placebo controlled trial. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. mars 2016;198:100-104.	Article rétracté
Mirando S. Cerazette for premenstrual tension. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. juill 2005;31(3):255-255.	Édito à l'auteur
Vleck JP, Safranek SM. Clinical inquiries. What medications are effective for treating symptoms of premenstrual syndrome (PMS)? J Fam Pract. oct 2002;51(10):894.	Revue narrative
Hunter M. Cognitive behavioural interventions for premenstrual and menopausal symptoms. Journal of Reproductive and Infant Psychology. août 2003;21(3):183-93.	Etude observationnelle
Freeman EW. Continuing controversies in the recognition and management of premenstrual syndromes. Womens Health (Lond). sept 2006;2(5):665-8.	Revue narrative
Born L, Steiner M. Current management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Curr Psychiatry Rep. déc 2001;3(6):463-9.	Revue narrative
Tasaka K. Current strategy of gynecologists for the treatments of premenstrual syndrome (PMS) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in Japan. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. déc 2007;28:55-55.	Résumé de l'étude
Weisz G, Knaapen L. Diagnosing and treating premenstrual syndrome in five western nations. Soc Sci Med. avr 2009;68(8):1498-505.	Etude observationnelle
O'Brien S, Rapkin A, Dennerstein L, Nevatte T. Diagnosis and management of premenstrual disorders. BMJ. 3 juin 2011;342:d2994.	Revue narrative
Walsh S, Ismaili E, Naheed B, O'Brien S. Diagnosis, pathophysiology and management of premenstrual syndrome. Obstetrician & Gynaecologist. avr 2015;17(2):99-104.	Revue narrative
Isgin-Atici K, Kanbur N, Akgul S, Buyuktuncer Z. Diet quality in adolescents with premenstrual syndrome: A cross-sectional study. Nutr Diet. 6 févr 2019;	Etude observationnelle
Murakami K, Sasaki S, Takahashi Y, Uenishi K, Watanabe T, Kohri T, et al. Dietary glycemic index is associated with decreased premenstrual symptoms in young Japanese women. Nutrition. juin 2008;24(6):554-61.	Etude observationnelle
Pakgohar M, Ahmadi M, Salehi Surmaghi M, Mehran A, Akhondzadeh S. Effect of Hypericum perforatum L. for treatment of premenstrual syndrome. Journal of medicinal plants. 2005;4(15):33-42.	Arabe
Shahhosseini Z, Abedian K, Danesh M. Effect of starch dietary regimen on treatment of premenstrual syndrome. European Psychiatry. 2011;26.	Résumé de l'étude

Yurt M, Mercanligil S, Kabaran S. Effect of sufficient dietary calcium intake in women with premenstrual syndrome. Clinical nutrition Conference: 38th european society for clinical nutrition and metabolism congress, ESPEN Denmark Conference start: 20160917 Conference end: 20160920. 2016;35:S26.	Résumé de l'étude
Ahangar KS, Gatab TA. Effectiveness of anger management training anger on the severity of symptoms premenstrual syndrome. <i>European Psychiatry</i> . 2011;26.	Résumé de l'étude
Takeda T, Kondo A, Koga S, Hayakawa J, Hayakawa K, Hiramatsu K, et al. Effectiveness of ethinylestradiol/drospirenone for premenstrual symptoms in Japanese patients with dysmenorrhea: Open-label pilot study. <i>J Obstet Gynaecol Res</i> . oct 2015;41(10):1584-90.	Etude observationnelle
Ghasemzadeh A, Nazari NH. Effects of group counseling with cognitive-behavioural approach on reducing premenstrual syndrome. <i>European Psychiatry</i> . 2012;27.	Résumé de l'étude
Lamarche L, De Koninck J. Effects of napping on mood among women with significant premenstrual symptoms. <i>Journal of Sleep Research</i> . sept 2006;15:227-227.	Résumé de l'étude
Gao H-M, Gao X, Ma B-X, Li L-M. Electroacupuncture treats premenstrual syndrome based on neuroscience principles. <i>Taiwan J Obstet Gynecol</i> . févr 2016;55(1):147.	Résumé de l'étude
Kaplanoglu M, Aban M. Ethinyl estradiol-drospirenon versus vitex agnus-castus extract in efficacy of the treatment of premenstrual syndrome. <i>Journal of clinical and analytical medicine</i> . 2016;7:225-228.	Langue étrangère
Marr J, Heinemann K, Kunz M. Ethinylestradiol 20 mcg/drospirenone 3mg combined oral contraceptive administered in a 24/4 regimen in the treatment of premenstrual dysphoric disorder-related symptoms and functional impairment: a randomized, multicenter, double-blind, parallel study. <i>International journal of gynaecology and obstetrics</i> . 2009;107:S619.	Résumé de l'étude
Kashanian M, Sohrabi N, Ghafoori SS, Malakouti SK. Evaluation of the effect of omega-3 fatty acids in the treatment of premenstrual syndrome. <i>European Neuropsychopharmacology</i> . oct 2014;24:5736-5736.	Résumé de l'étude
Yonkers KA, Simoni M. Evidence-Based Treatments for Premenstrual Disorders. <i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i> . août 2018;219(2):215-6.	Résumé de l'étude
Stoddard JL, Dent CW, Shames L, Bernstein L. Exercise training effects on premenstrual distress and ovarian steroid hormones. <i>Eur J Appl Physiol</i> . janv 2007;99(1):27-37.	Etude observationnelle
Steiner M, Pearlstein T, Cohen LS, Endicott J, Kornstein SG, Roberts C, et al. Expert guidelines for the treatment of severe PMS, PMDD, and comorbidities: the role of SSRIs. <i>J Womens Health (Larchmt)</i> . févr 2006;15(1):57-69.	Consensus d'expert
Ismaili E, Walsh S, O'Brien PMS, Backstrom T, Brown C, Dennerstein L, et al. Fourth consensus of the International Society for Premenstrual Disorders (ISPMDD): auditable standards for diagnosis and management of premenstrual disorder. <i>Arch Womens Ment Health</i> . déc 2016;19(6):953-8.	Consensus d'expert
Shulman LP. Gynecological management of premenstrual symptoms. <i>Curr Pain Headache Rep</i> . oct 2010;14(5):367-75.	Revue narrative
Sidani M, Campbell J. Gynecology: select topics. <i>Prim Care</i> . juin 2002;29(2):297-321, vi.	Revue narrative
Homeopathic add-on treatment versus usual care for premenstrual disorders (PMD). 2012; Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01868345/full	Résumé de l'étude
Jones A. Homeopathic treatment for premenstrual symptoms. <i>J Fam Plann Reprod Health Care</i> . janv 2003;29(1):25-8.	Etude observationnelle
Danno K, Colas A, Terzan L, Bordet M-F. Homeopathic treatment of premenstrual syndrome: a case series. <i>Homeopathy</i> . janv 2013;102(1):59-65.	Etude observationnelle
Usman SB, Indusekhar R, O'Brien S. Hormonal management of premenstrual syndrome. <i>Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol</i> . avr 2008;22(2):251-60.	Revue narrative
Ghazanfarpour M, Kaviani M, Asadi N, Ghaffarparand F, Ziyadlou S, Tabatabaee HR, et al. Hypericum perforatum for the treatment of premenstrual syndrome. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> . avr 2011;113(1):84-5.	Résumé de l'étude
Renckens CNM. Hysterectomy and bilateral oophorectomy for severe premenstrual syndrome. <i>Hum Reprod</i> . avr 2005;20(4):1113-4; author reply 1114.	Edito à l'auteur
Frye GM, Silverman SD. Is it premenstrual syndrome? Keys to focused diagnosis, therapies for multiple symptoms. <i>Postgrad Med</i> . 1 mai 2000;107(5):151-4, 157-9.	Revue narrative
Herr JR. Is sleep disorder treatment appropriate for premenstrual syndrome? <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> . janv 2003;82(1):99.	Lettre à l'auteur
Gepshtein Y, Plotnikoff GA, Watanabe K. Kampo in women's health: Japan's traditional approach to premenstrual symptoms. <i>J Altern Complement Med</i> . mai 2008;14(4):427-35.	Etude observationnelle
Kimura Y, Takamatsu K, Fujii A, Suzuki M, Chikada N, Tanada R, et al. Kampo therapy for premenstrual syndrome: efficacy of Kamishoyosan quantified using the second derivative of the fingertip photoplethysmogram. <i>J Obstet Gynaecol Res</i> . juin 2007;33(3):325-32.	Etude observationnelle
Kornstein SG, Pearlstein TB, Fayyad R, Farfel GM, Gillespie JA. Low-dose sertraline in the treatment of moderate-to-severe premenstrual syndrome: efficacy of 3 dosing strategies. <i>J Clin Psychiatry</i> . oct 2006;67(10):1624-32.	Résumé de l'étude
Winther K, Shytte E, Rein E, Hedman C. Major symptoms of premenstrual tension (PMS) are reduced by femal, a herbal product. XVI FIGO world congress of o & g. 2000;Abstract book 3:51.	Résumé de l'étude
Pritham UA. Managing PMS & PMDD. Exploring new treatment options. <i>AWHONN Lifelines</i> . nov 2002;6(5):430-7.	Etude observationnelle
Malone DC. Managing the spectrum of premenstrual symptoms. <i>Am J Manag Care</i> . déc 2005;11(16 Suppl):S471-472.	Résumé de l'étude
New PMS guidelines released. Recommendations focus on diagnosis and treatment. <i>AWHONN Lifelines</i> . juill 2000;4(3):61-2.	Revue narrative

Rapkin AJ. New treatment approaches for premenstrual disorders. Am J Manag Care. déc 2005;11(16 Suppl):S480-491.	Revue narrative
New treatment approved for severe premenstrual symptoms. FDA Consum. oct 2000;34(5):4.	Résumé de l'étude
Naheed B, O'Brien S. Non-contraceptive estrogen-containing preparations for premenstrual syndrome: a systematic review. Bjog-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. juin 2013;120:487-487.	Résumé de l'étude
Hu L-Y, Chen P-M. Olanzapine treatment of premenstrual onset psychosis: a case report. Gen Hosp Psychiatry. août 2013;35(4):452.e1-3.	Etude observationnelle
Coffee AL, Kuehl TJ, Willis S, Sulak PJ. Oral contraceptives and premenstrual symptoms: comparison of a 21/7 and extended regimen. Am J Obstet Gynecol. nov 2006;195(5):1311-9.	Etude observationnelle
Sulak PJ. Ovulation suppression of premenstrual symptoms using oral contraceptives. Am J Manag Care. déc 2005;11(16 Suppl):S492-497.	Etude observationnelle
Lei Z, Yanhan D, Yi W, Shengdao X, Weining X. Perimenstrual asthma: Report of a case with therapeutic intervention of oral prednisone. J Asthma. déc 2018;55(12):1328-30.	Etude observationnelle
Wuttke W. Phytotherapy in the treatment of mastodynia, premenstrual symptoms, and menstrual cycle disorders. Gynakologe. janv 2000;33(1):36-9.	Langue étrangère
PMS: what it is and what you can do about it. Am Fam Physician. 15 oct 2011;84(8):929-30.	Fiche d'information patient
Wyatt K, Dimmock P, Jones P. Poor-quality studies suggest that vitamin B(6) use is beneficial in premenstrual syndrome. West J Med. avr 2000;172(4):245.	Revue narrative
Baker LJ, O'Brien PMS. Potential strategies to avoid progestogen-induced premenstrual disorders. Menopause Int. juin 2012;18(2):73-6.	Revue narrative
Levin AM. Pre-menstrual syndrome: a new concept in its pathogenesis and treatment. Med Hypotheses. 2004;62(1):130-2.	Revue narrative
Kruger S, Lindstaedt M. Pregabalin and edema in young women suffering from premenstrual syndrome. Pharmacopsychiatry. juill 2010;43(5):202-3.	Etude observationnelle
Akgul S, Kanbur N. Premenstrual disorder and the adolescent: clinical case report, literature review, and diagnostic and therapeutic challenges. Int J Adolesc Med Health. nov 2015;27(4):363-8.	Etude observationnelle
Studd J, Savvas M, Watson N. Premenstrual disorders. American Journal of Obstetrics and Gynecology. août 2018;219(2):215-215.	Résumé de l'étude
Yonkers KA, Simoni MK. Premenstrual disorders. Am J Obstet Gynecol. janv 2018;218(1):68-74.	Consensus d'expert
Premenstrual Disorders. Am Fam Physician. 1 août 2016;94(3):Online.	Fiche d'information patient
Ismail K, O'Brien P. Premenstrual syndrome. Current obstetrics & gynaecology. 2001;11(4):251-255.	Consensus d'expert
Braverman PK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. J Pediatr Adolesc Gynecol. févr 2007;20(1):3-12.	Revue narrative
Cronje WH, Studd JWW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Prim Care. mars 2002;29(1):1-12, v.	Revue narrative
Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. Am Fam Physician. 1 août 2016;94(3):236-40.	Revue narrative
Qurishi R, Sonneborn C, de Jong-Arts M, de Jong C. Premenstrual syndrome and self-medication with opioids. J Addict Med. févr 2013;7(1):79-82.	Etude observationnelle
Domoney CL, Vashisht A, Studd JWW. Premenstrual syndrome and the use of alternative therapies. Ann N Y Acad Sci. nov 2003;997:330-40.	Revue narrative
Bakhshani NM, Hosseinbor M, Shahraki Z, Sakhavar N. Premenstrual syndrome symptomatology among married women of fertile age based on methods of contraception (hormonal versus non-hormonal methods of contraception). Glob J Health Sci. 9 déc 2013;6(2):105-11.	Etude observationnelle
Ryu A, Kim T-H. Premenstrual syndrome: A mini review. Maturitas. déc 2015;82(4):436-40.	Revue narrative
Naheed B, O'Brien S. Premenstrual syndrome: changes in diagnostic classification and management approach over 18 years. Bjog-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. juin 2012;119:209-10.	Résumé de l'étude
Milewicz A, Jedrzejuk D. Premenstrual syndrome: From etiology to treatment. Maturitas. 1 nov 2006;55:S47-54.	Revue narrative
Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. Am Fam Physician. 15 avr 2003;67(8):1743-52.	Revue narrative
Helmerhorst FM, Lopez LM, Kaptein AA. Premenstrual syndrome. Lancet. 9 août 2008;372(9637):446; author reply 446-447.	Lettre à l'auteur
O'Brien S, Studd J. Premenstrual syndrome. Menopause Int. juin 2012;18(2):39-40.	Editorial
Premenstrual syndrome. a message from preventive medicine and your physician. Prev Med. juill 2001;33(1):7-8.	Fiche d'information patient
Kessel B. Premenstrual syndrome. Advances in diagnosis and treatment. Obstet Gynecol Clin North Am. sept 2000;27(3):625-39.	Revue narrative
O'Brien S. Premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: Pathophysiology, definition of the disease and treatment options. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. déc 2007;28:55-55.	Résumé de l'étude
Kleinstaeuber M, Witthoef M, Hiller W. Psychotherapy versus psychopharmacotherapy for premenstrual syndrome: a meta-analysis. International Journal of Behavioral Medicine. août 2010;17:111-2.	Lettre à l'auteur
Pearlstein T. Psychotropic medications and other non-hormonal treatments for premenstrual disorders. Menopause Int. juin 2012;18(2):60-4.	Revue narrative

Kashanian M, Mazinani R, Jalalmanesh S. Pyridoxine (vitamin B6) therapy for premenstrual syndrome. <i>Int J Gynaecol Obstet.</i> janv 2007;96(1):43-4.	Résumé de l'étude
Labruzzo B, Chasuk R, Kendall S. Q/Which complementary therapies can help patients with PMS? <i>Journal of family practice.</i> 2009;58(10):552+559.	Revue narrative
Kroll-Desrosiers AR, Ronnenberg AG, Zagarins SE, Houghton SC, Takashima-Uebelhoeer BB, Bertone-Johnson ER. Recreational Physical Activity and Premenstrual Syndrome in Young Adult Women: A Cross-Sectional Study. <i>PLoS One.</i> 2017;12(1):e0169728.	Etude observationnelle
Sundstrom Poromaa I, Mansour D, Sommer W, Korver T. Reduction of menstrual and premenstrual symptoms in women treated with norgestrel acetate/17beta-oestradiol in comparison with drospirenone/ ethinylestradiol. <i>European journal of contraception and reproductive health care.</i> 2012;17:S95-S96.	Résumé de l'étude
Verma RK, Chellappan DK, Pandey AK. Review on treatment of premenstrual syndrome: from conventional to alternative approach. <i>J Basic Clin Physiol Pharmacol.</i> 12 mars 2014;	Revue narrative
Yonkers K. Review: progesterone or progesterone lead to a marginal reduction in premenstrual syndrome symptoms. <i>Evid Based Ment Health.</i> mai 2002;5(2):56.	Résumé de l'étude
Dimmock P, Wyatt K, Jones P. Review: selective serotonin reuptake inhibitors reduce symptoms in premenstrual syndrome. <i>Evidence-based medicine.</i> 2001;6(3):75-.	Résumé de l'étude
Shah NR, Jones JB, Aperi J, Shemlov R, Karne A, Borenstein J. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of General Internal Medicine.</i> avr 2007;22:58-58.	Résumé de l'étude
Mollison J. Size does matter and homeopathic treatment of premenstrual symptoms - Reply. <i>Journal of Family Planning and Reproductive Health Care.</i> juill 2003;29(3):172-172.	Lettre à l'auteur
Cox M. Size does matter and Homeopathic treatment of premenstrual symptoms. <i>J Fam Plann Reprod Health Care.</i> juill 2003;29(3):172; author reply 172.	Réponse de l'auteur
Kent A. Studies on the physiology and alternative treatment of premenstrual syndrome. <i>Rev Obstet Gynecol.</i> Spring 2008;1(2):91.	Résumé de l'étude
Studd J. Suppression of cyclical ovarian function in the treatment of severe premenstrual syndrome. <i>Menopause Int.</i> déc 2007;13(4):182-4.	Revue narrative
Tjandrawinata RR, Nofiarny D, Susanto LW, Hendri P, Clarissa A. Symptomatic treatment of premenstrual syndrome and/or primary dysmenorrhea with DLBS1442, a bioactive extract of <i>Phaleria macrocarpa</i> . <i>Int J Gen Med.</i> 2011;4:465-76.	Etude observationnelle
Wu W-L, Lin T-Y, Chu I-H, Liang J-M. The acute effects of yoga on cognitive measures for women with premenstrual syndrome. <i>J Altern Complement Med.</i> juin 2015;21(6):364-9.	Etude observationnelle
Shafaie F, Shirazi H, Kamalifard M, Ghojzadeh M. The effect of foot medical zone-therapy reflex on the intensity of PMS symptoms in students (Double-blind random controlled clinical trial). <i>Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility.</i> 2018;21(7):10-19.	Langue étrangère
Shin KR, Ha JY, Park HJ, Heitkemper M. The effect of hand acupuncture therapy and hand moxibustion therapy on premenstrual syndrome among Korean women. <i>West J Nurs Res.</i> mars 2009;31(2):171-86.	Etude observationnelle
Cicek G. The effect of regular aerobic exercises on premenstrual syndrome in sedentary women. <i>Baltic Journal of Health and Physical Activity.</i> 2018;10(2):34-42.	Etude observationnelle
Abdnezhad R, Simbar M, Sheikhan Z, Mojab F, Nasiri M. The effect of <i>Salvia</i> (Sage) extract on the emotional symptoms of premenstrual syndrome. <i>Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility.</i> 2017;20(10):84-94.	Langue étrangère
Kamranpour SB Farzad LRTAS. The effect of valerian on the severity of premenstrual syndrome symptoms. <i>Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility.</i> 2015;18(161):1-9.	Langue étrangère
Abdollahifard S, Maddahfar M. The effect of vitamin B1 on depression related to premenstrual syndrome. <i>Bipolar Disorders.</i> juill 2016;18:162-162.	Résumé de l'étude
Abdollahifard S, Maddahfar M. The effect of vitamin B1 on fatigue associated with premenstrual syndrome. <i>Tropical Medicine & International Health.</i> sept 2015;20:254-254.	Résumé de l'étude
Abdollahifard S, Maddahfar M. The effect of vitamin B1 on sleep disorders associated with premenstrual syndrome. <i>Tropical Medicine & International Health.</i> sept 2015;20:253-4.	Résumé de l'étude
Abdollahifard S, Maddahfar M. The effect of vitamin B1 on the change of appetite related to premenstrual syndrome in young women. <i>European Psychiatry.</i> avr 2017;41:S898-9.	Résumé de l'étude
Pazoki H, Bolouri G, Farokhi F, Azarbayjani M, Hadi M, Banaei M. The effective of fennel (<i>Foeniculum Vulgare</i>) to reduce the severity of pre-menstrual syndrome (PMS) symptom in young girls. <i>International journal of fertility and sterility.</i> 2013;7:115-116.	Résumé de l'étude
Min A-K. The effects of an educational program for premenstrual syndrome of women of Korean industrial districts. <i>Health Care Women Int.</i> août 2002;23(5):503-11.	Etude observationnelle
Davoudi I, Mazidi S, Honarmand M. The effects of group cognitive-behavioral/narrative therapy of premenstrual syndrome of female university-students. <i>Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility.</i> 2012;15(11):7-15.	Langue étrangère
Tofighiyan T, Kooshki A, Hassan Rakhshani M. The effects of omega-3 fatty acids on premenstrual syndrome. <i>Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility.</i> 2013;15(32):23-28.	Langue étrangère
Suh H, Ryoo J. The effects of St. John's wort on premenstrual syndrome: a randomised double-blind, placebo-controlled study. <i>European neuropsychopharmacology [papers of the 23rd european college of neuropsychopharmacology (ECNP) congress, amsterdam, the netherlands, 28 august-01 september 2010].</i> 2010;20(Suppl. 3):S838.	Résumé de l'étude
Abdollahifard S, Maddahfar M. The effects of vitamin B1 on ameliorating the mental symptoms of premenstrual syndrome. <i>Tropical medicine and international health.</i> 2015;20:253.	Résumé de l'étude

Abdollahifard S. The effects of vitamin B1 on the mental and behavioral symptoms related to premenstrual syndrome. Journal of Psychosomatic Research. juin 2015;78(6):588-588.	Résumé de l'étude
Kashanian M, Mazinani R, Afshar A. The evaluation of the effectiveness of pyridoxine (vitamin B6) for the treatment of premenstrual syndrome: A double blind randomized clinical trial. European Psychiatry. avr 2008;23:S381-S381.	Résumé de l'étude
Kashanian M, Mazinani R, Jalalmanesh SH, Babayan SH. The evaluation of the effectiveness of pyridoxine (vitamin B6) for the treatment of premenstrual syndrome. European Psychiatry. mars 2007;22:S276-7.	Résumé de l'étude
Kashanian M, Mazinani R, Jalalmanesh S, Ahari SB. The evaluation of the effectiveness of Pyridoxine (vitamin B6) for the treatment of premenstrual syndrome: A double blind randomized clinical. Annals of Nutrition and Metabolism. 2007;51:100-100.	Résumé de l'étude
Behboodi Moghadam Z, Kheirkhah M. The impact of Valerian root extract on psychological and behavioral symptoms in premenstrual syndrome. Iranian journal of reproductive medicine. 2014;12(6 SUPPL. 1):43.	Résumé de l'étude
Panay N. The management of premenstrual syndrome in late reproductive years and perimenopause (perimenopausal health). Maturitas. 2017;100:105-.	Résumé de l'étude
Malik R, Bhat MDA. The management of Premenstrual syndrome: A review. Bangladesh Journal of Medical Science. janv 2018;17(1):16-20.	Revue narrative
Marasinghe JP, Don CKH, Amarasinghe AAW. The new extended regimen for the management of premenstrual symptoms needs to be properly assessed. Am J Obstet Gynecol. oct 2007;197(4):436; author reply 436-437.	Lettre à l'auteur
Coffee AL, Kuehl TJ, Willis S, Sulak PJ. The new extended regimen for the management of premenstrual symptoms needs to be properly assessed. American Journal of Obstetrics and Gynecology. oct 2007;197(4):436-7.	Réponse de l'auteur
Dorsch V. The premenstrual syndromes PMD and PMDD. Premenstrual dysphoric disorder-myth or disorder in need of treatment? Gynakologe. févr 2018;51(2):110-6.	Langue étrangère
Brown S. The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. juill 2009;35(3):204-204.	Critique d'article
Safarzadeh A, Zare S, Yousefabad SR, Ghoreishinia G. The relationship between Exercise and premenstrual syndrome. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2016;5(9):183-9.	Etude observationnelle
Makara-Studzinska M, Morylowska-Topolska J, Sztanke M, Pasternak K. THE ROLE OF BIOELEMENTS IN IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUFFERING FROM THE PREMENSTRUAL SYNDROME (PMS). Journal of Elementology. déc 2011;16(4):659-64.	Revue narrative
Daley A. The role of exercise in the treatment of menstrual disorders: the evidence. Br J Gen Pract. avr 2009;59(561):241-2.	Résumé de l'étude
Backstrom T, Andreen L, Birzniece V, Bjorn I, Johansson I-M, Nordenstam-Haghjo M, et al. The role of hormones and hormonal treatments in premenstrual syndrome. CNS Drugs. 2003;17(5):325-42.	Revue narrative
Schulte P, Verkaik A, Kamperman A, Van Westrhenen R. The treatment of premenstrual syndrome with preparations of Vitex Agnus Castus (Chaste-berry): A systematic review and meta-analysis. European Psychiatry. avr 2017;41:S907-8.	Résumé de l'étude
Ross LE, Steiner M. Therapeutic patents for the treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: historical perspectives and future directions. Expert Opinion on Therapeutic Patents. oct 2003;13(10):1491-9.	Consensus d'expert
Santos JM, Cobo JV, Martinez I, Moya A, Carmona JM, Galvez E. Treatment of premenstrual disorder in primary assistance: preliminary results. European Neuropsychopharmacology. oct 2005;15:S447-S447.	Résumé de l'étude
Studd J. Treatment of premenstrual disorders by suppression of ovulation by transdermal estrogens. Menopause Int. juin 2012;18(2):65-7.	Revue narrative
Loch EG, Selle H, Boblitz N. Treatment of premenstrual syndrome with a phytopharmaceutical formulation containing Vitex agnus castus. J Womens Health Gend Based Med. avr 2000;9(3):315-20.	Etude observationnelle
Georgantopoulou C, Field S. Treatment of premenstrual syndrome with the desogestrel-only pill (Cerazette) in an adolescent girl. J Pediatr Adolesc Gynecol. juin 2009;22(3):e1-3.	Etude observationnelle
Panay N. Treatment of premenstrual syndrome: a decision-making algorithm. Menopause Int. juin 2012;18(2):90-2.	Revue narrative
Choi JW, Kim CY, Jeong BS. Treatment-seeking behaviors among Korean university women with premenstrual symptoms. European Neuropsychopharmacology. sept 2003;13:S208-S208.	Résumé de l'étude
Bosarge PM. Understanding and treating PMS/PMDD. Nursing. nov 2003;Suppl:13-4, 17.	Etude observationnelle
Domoney CL, Vashisht A, Studd JWW. Use of complementary therapies by women attending a specialist premenstrual syndrome clinic. Gynecol Endocrinol. févr 2003;17(1):13-8.	Etude observationnelle
Zaafra F, Faleh R, Melki W, Sakouhi M, Gaha L. [An overview of premenstrual syndrome]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). nov 2007;36(7):642-52.	Revue de littérature non systématique
NCT01782040. Auriculotherapy in the Cares to the Premenstrual Syndrome. . 2013; Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01540238/full	Bon article non trouvé
Mitwally MF, Kahn LS, Halbreich U. Pharmacotherapy of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder: current practices. Expert Opin Pharmacother. nov 2002;3(11):1577-90.	Consensus d'expert
Exclus car doublons	
Acupressure and premenstrual syndrome (PMS). 2016;	Doublons
Comparison of the Effect of Matricaria Chamomilla Extract and Mefenamic Acid on intensity of premenstrual syndrome. 2012;	Doublons
Taavoni S, Barkhordari F, Gooshegir S, Haghani H. Effect of royal jelly on premenstrual syndrome: a randomized, triple-blind, placebo controlled trial. Gynecological endocrinology. 2016;32:52-.	Doublons

Maccougall M. Poor-quality studies suggest that vitamin B6 use is beneficial in premenstrual syndrome. West J Med. avr 2000;172(4):245.	Doublons
Comparison of the effect of dydrogesterone and calcium plus vitamin D on the severity of premenstrual syndrome. IRCT138711201548N2. [Internet]. 2009;	Doublons

Annexe 10 : Exclusion suite à l'évaluation de la méthode ou du rapport et suivant le thème

Références des articles	Motif d'exclusion
Exclusion sur le thème	
Chou P, Morse C, Xu H. A controlled trial of Chinese herbal medicine for premenstrual syndrome. J Psychosom Obstet Gynaecol. Sept 2008;29(3):185-192.	Médecine chinoise
Jing Z, Yang X, Ismail K, Chen X, Wu T. Chinese herbal medicine for premenstrual syndrome. Cochrane database of systematic reviews (Online) [Internet]. 21 janv 2009;(1).	Médecine chinoise
Jang H-S, Lee MS. Effects of qi therapy (external qigong) on premenstrual syndrome: a randomized placebo-controlled study. J Altern Complement Med. Juin 2004;10(3):456-62.	Médecine chinoise
Jang H-S, Lee MS, Kim M-J, Chong ES. Effects of Qi-therapy on premenstrual syndrome. Int J Neurosci. Août 2004;114(8):909-21.	Médecine chinoise
Winther K, Campbell-Tofte J, Motawei A, Pedersen F, Roos S, Hansen A, et al. A double-blinded, randomized, placebo controlled, parallel study of pollen pistil extract (Serelys) on women reporting irritability as predominant PMS symptom. Journal of herbal medicine. Juin 2018;12:23-32.	Phytothérapie
Ozgoli G, Selselei E, Mojab F, Majd H. A randomized, placebo-controlled trial of Ginkgo biloba L. In treatment of premenstrual syndrome. J Altern Complement Med. Août 2009;15(8):845-851.	Phytothérapie
Winther K, Hedman C. Assessment of the effects of the herbal remedy femal on the symptoms of Premenstrual Syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Current therapeutic research - clinical and experimental. Mai 2002;63(5):344-353.	Phytothérapie
Delaram M, Kheiri S, Hodjati MR. Comparing the Effects of Echinophora-platyloba, Fennel and Placebo on Pre-menstrual Syndrome. J Reprod Infertil. Juill 2011;12(3):221-6.	Phytothérapie
Akbarzadeh M, Moshfeghy Z, Dehghani M, Emamghoreishi M, Tavakoli P, Zare N. Comparison of the effect of Melissa Officinalis capsule and care educational programs on the intensity of physical, mental and social symptoms of premenstrual syndrome in high school female students. International journal of women's health and reproduction sciences. 2018;6(1):18-26.	Phytothérapie
Sharifi F, Simbar M, Mojab F, Majd HA. Comparison of the effects of Matricaria chamomila (Chamomile) extract and mefenamic acid on the intensity of premenstrual syndrome. Complement Ther Clin Pract. Févr 2014;20(1):81-8.	Phytothérapie
Agha-Hosseini M, Kashani L, Aleyaseen A, Ghoreishi A, Rahmanpour H, Zarrinara AR, et al. Crocus sativus L. (saffron) in the treatment of premenstrual syndrome: a double-blind, randomised and placebo-controlled trial. BJOG. Mars 2008;115(4):515-9.	Phytothérapie
Khayat S, Fanaei H, Kheirkhah M, Moghadam ZB, Kasaieian A, Javadimehr M. Curcumin attenuates severity of premenstrual syndrome symptoms: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Complement Ther Med. Juin 2015;23(3):318-24.	Phytothérapie
Esmailpour M, Ghasemian S, Alizadeh M. Diets enriched with whole grains reduce premenstrual syndrome scores in nurses: an open-label parallel randomised controlled trial. Br J Nutr. Mai 2019;121(9):992-1001.	Phytothérapie
Matsumoto T, Kimura T, Hayashi T. Does Japanese Citrus Fruit Yuzu (Citrus junos Sieb. Ex Tanaka) Fragrance Have Lavender-Like Therapeutic Effects That Alleviate Premenstrual Emotional Symptoms? A Single-Blind Randomized Crossover Study. J Altern Complement Med. Juin 2017;23(6):461-70.	Phytothérapie
Schellenberg R, Zimmermann C, Drewe J, Hoexter G, Zahner C. Dose-dependent efficacy of the Vitex agnus castus extract Ze 440 in patients suffering from premenstrual syndrome. Phytomedicine. 15 nov 2012;19(14):1325-31.	Phytothérapie
Bryant M, Cassidy A, Hill C, Powell J, Talbot D, Dye L. Effect of consumption of soy isoflavones on behavioural, somatic and affective symptoms in women with premenstrual syndrome. Br J Nutr. Mai 2005;93(5):731-9.	Phytothérapie
Shobeiri F, Masoumi SZ, Sourinezhad H, Ahmadiania H, Babaei M, Bekhradi R, et al. EFFECT OF EVENING PRIMROSE ON PREMENSTRUAL SYNDROME: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences. Janv 2018;5(1):390-4.	Phytothérapie
Akbarzadeh M, Dehghani M, Moshfeghy Z, Emamghoreishi M, Tavakoli P, Zare N. Effect of Melissa officinalis Capsule on the Intensity of Premenstrual Syndrome Symptoms in High School Girl Students. Nurs Midwifery Stud. Juin 2015;4(2):e27001.	Phytothérapie
Delavar MA, Ebrahimi S, Esmailzadeh S, Khamse A. Effect of Peppermint Oil on Premenstrual Syndrome: A Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Study. Iranian Red Crescent Medical Journal. Mars 2019;21(3):e84657.	Phytothérapie
Taavoni S, Barkhordari F, Goushegir A, Haghani H. Effect of Royal Jelly on premenstrual syndrome among Iranian medical sciences students: a randomized, triple-blind, placebo-controlled study. Complement Ther Med. Août 2014;22(4):601-6.	Phytothérapie
Khayat S, Kheirkhah M, Behboodi Moghadam Z, Fanaei H, Kasaieian A, Javadimehr M. Effect of treatment with ginger on the severity of premenstrual syndrome symptoms. ISRN Obstet Gynecol. 2014;2014:792708.	Phytothérapie

Takeda T, Shiina M, Chiba Y. Effectiveness of natural S-equal supplement for premenstrual symptoms: protocol of a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. <i>BMJ Open</i> . 18 juill 2018;8(7):e023314.	Phytothérapie
Chung M-S, Kim G-H. Effects of <i>Elsholtzia splendens</i> and <i>Cirsium japonicum</i> on premenstrual syndrome. <i>Nutr Res Pract</i> . Août 2010;4(4):290-4.	Phytothérapie
Lotfipour-Rafsanjani SM, Ravari A, Ghorashi Z, Haji-Maghsoudi S, Akbarinasab J, Bekhradi R. Effects of Geranium Aromatherapy Massage on Premenstrual Syndrome: A Clinical Trial. <i>International Journal of Preventive Medicine</i> . 5 nov 2018;9:98.	Phytothérapie
Sodouri M, Masoudi Alavi N, Fathizadeh N, Taghizadeh M, Azarbad Z, Memarzadeh M. Effects of <i>Zataria Multi-Flora</i> , Shirazi thyme, on the Severity of Premenstrual Syndrome. <i>Nurs Midwifery Stud</i> . Déc 2013;2(4):57-63.	Phytothérapie
Malik R, Firdose K, Bhat M. Efficacy of <i>Nardostachys jatamansi</i> DC. In the management of premenstrual syndrome: a randomized controlled study. <i>Journal of herbal medicine</i> . 2018;14:17-21.	Phytothérapie
Rocha Filho EA, Lima JC, Pinho Neto JS, Montarroyos U. Essential fatty acids for premenstrual syndrome and their effect on prolactin and total cholesterol levels: a randomized, double blind, placebo-controlled study. <i>Reprod Health</i> . 17 janv 2011;8:2.	Phytothérapie
Ma L, Lin S, Chen R, Zhang Y, Chen F, Wang X. Evaluating therapeutic effect in symptoms of moderate-to-severe premenstrual syndrome with <i>Vitex agnus castus</i> (BNO 1095) in Chinese women. <i>Aust N Z J Obstet Gynaecol</i> . Avr 2010;50(2):189-93.	Phytothérapie
Sampalis F, Bunea R, Pelland MF, Kowalski O, Duguet N, Dupuis S. Evaluation of the effects of Neptune Krill Oil on the management of premenstrual syndrome and dysmenorrhea. <i>Altern Med Rev</i> . Mai 2003;8(2):171-9.	Phytothérapie
Kashani L, Saedi N, Akhondzadeh S. Femicomfort in the treatment of premenstrual syndromes: a double-blind, randomized and placebo controlled trial. <i>Iran J Psychiatry</i> . Spring 2010;5(2):47-50.	Phytothérapie
Delaram M, Heydarnejad M. Herbal remedy for premenstrual syndrome with fennel (<i>Foeniculum vulgare</i>) - Randomized, placebo-controlled study. <i>Advances in clinical and experimental medicine</i> . 2011;20(4):509-512.	Phytothérapie
Dante G, Facchinetti F. Herbal treatments for alleviating premenstrual symptoms: a systematic review. <i>J Psychosom Obstet Gynaecol</i> . Mars 2011;32(1):42-51.	Phytothérapie
Ghazanfarpour M, Abdollahian S, Khadivzadeh T, Kaviani M. <i>Hypericum perforatum</i> and Vitamin B6 as a Treatment for Premenstrual Syndrome. <i>Jundishapur Journal of Natural Pharmaceutical Products</i> . Mai 2017;12(2):e34093.	Phytothérapie
Heydari N, Abootalebi M, Jamalimoghadam N, Kasraeian M, Emamghoreishi M, Akbarzadeh M. Investigation of the effect of aromatherapy with <i>Citrus aurantium</i> blossom essential oil on premenstrual syndrome in university students: A clinical trial study. <i>Complement Ther Clin Pract</i> . Août 2018;32:1-5.	Phytothérapie
Irct2014031710324n17. The effect of combined lemon balm-nepeta menthoides and only lemon balm on student's pms (premenstrual syndrom) and quality of life. [Internet]. 2014;	Phytothérapie
Beiranyand SP, Beiranvand NS, Moghadam ZB, Birjandi M, Azhari S, Rezaei E, et al. The effect of <i>Crocus sativus</i> (saffron) on the severity of premenstrual syndrome. <i>European Journal of Integrative Medicine</i> . Févr 2016;8(1):55-61.	Phytothérapie
Mandana, Saki, Soheila, Akbari, Mojgan S, Mohammad Javad Tarrahi. The effect of primrose oil on the premenstrual syndrome among the female students in Lorestan University of Medical Sciences: A triple blind study. [Internet]. 2014;	Phytothérapie
Behboodi Moghadam Z, Rezaei E, Shirood Gholami R, Kheirkhah M, Haghani H. The effect of Valerian root extract on the severity of pre menstrual syndrome symptoms. <i>J Tradit Complement Med</i> . Juill 2016;6(3):309-15.	Phytothérapie
Ataollahi M, Akbari SAA, Mojab F, Alavi Majd H. The effect of wheat germ extract on premenstrual syndrome symptoms. <i>Iran J Pharm Res</i> . Winter 2015;14(1):159-66.	Phytothérapie
Maleki-Saghooni N, Karimi FZ, Behboodi Moghadam Z, Mirzaii Najmabadi K. The effectiveness and safety of Iranian herbal medicines for treatment of premenstrual syndrome: A systematic review. <i>Avicenna J Phytomed</i> . Avr 2018;8(2):96-113.	Phytothérapie
Ryoo J-G, Chun S-I, Lee Y-J, Suh H-S. The effects of St. John's wort on premenstrual syndrome in single women: a randomized double-blind, placebo-controlled study. <i>Clinical psychopharmacology and neuroscience</i> . 2010;8(1):30-37.	Phytothérapie
Gerhardsen G, Hansen AV, Killi M, Fornitz GG, Pedersen F, Roos SB. The efficacy of Femal in women with premenstrual syndrome: a randomised, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, multicentre study. <i>Adv Ther</i> . Juin 2008;25(6):595-607.	Phytothérapie
Canning S, Waterman M, Orsi N, Ayres J, Simpson N, Dye L. The efficacy of <i>Hypericum perforatum</i> (St John's wort) for the treatment of premenstrual syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. <i>CNS Drugs</i> . Mars 2010;24(3):207-25.	Phytothérapie
Mirghafourvand M, Malakouti J, Charandabi SMA, Khalili AF, Homayi SG. The efficacy of lemon balm (<i>Melissa officinalis</i> L.) Alone and combined with lemon balm-Nepeta menthoides on premenstrual syndrome and quality of life among students: A randomized controlled trial. <i>Journal of Herbal Medicine</i> . Sept 2016;6(3):142-8.	Phytothérapie
Hicks SM, Walker AF, Gallagher J, Middleton RW, Wright J. The significance of « nonsignificance » in randomized controlled studies : a discussion inspired by a double-blinded study on St. John's wort (<i>Hypericum perforatum</i> L.) For premenstrual symptoms. <i>J Altern Complement Med</i> . Déc 2004;10(6):925-32.	Phytothérapie
Verkaik S, Kamperman AM, van Westrhenen R, Schulte PFJ. The treatment of premenstrual syndrome with preparations of <i>Vitex agnus castus</i> : a systematic review and meta-analysis. <i>Am J Obstet Gynecol</i> . Août 2017;217(2):150-66.	Phytothérapie
He Z, Chen R, Zhou Y, Geng L, Zhang Z, Chen S, et al. Treatment for premenstrual syndrome with <i>Vitex agnus castus</i> : A prospective, randomized, multi-center placebo-controlled study in China. <i>Maturitas</i> . 20 mai 2009;63(1):99-103.	Phytothérapie
Schellenberg R. Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo-controlled study. <i>BMJ</i> . 20 janv 2001;322(7279):134-7.	Phytothérapie

Ma L, Lin S, Chen R, Wang X. Treatment of moderate to severe premenstrual syndrome with Vitex agnus castus (BNO 1095) in Chinese women. <i>Gynecol Endocrinol</i> . Août 2010;26(8):612-6.	Phytothérapie
Cerqueira RO, Frey BN, Leclerc E, Brietzke E. Vitex agnus castus for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. <i>Arch Womens Ment Health</i> . Déc 2017;20(6):713-9.	Phytothérapie
Kleinstaub M, Witthoft M, Hiller W. Cognitive-behavioral and pharmacological interventions for premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. <i>J Clin Psychol Med Settings</i> . Sept 2012;19(3):308-19.	Psychothérapie
Lustyk MKB, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. <i>Arch Womens Ment Health</i> . Avr 2009;12(2):85-96.	Psychothérapie
Rezaee H, Mahamed F, Amidi Mazaheri M. Does Spousal Support Can Decrease Women's Premenstrual Syndrome Symptoms? <i>Glob J Health Sci</i> . 23 août 2015;8(5):19-26.	Psychothérapie
Izadi-Mazidi M, Davoudi I, Mehrabzadeh M. Effect of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Health-Related Quality of Life in Females With Premenstrual Syndrome. <i>Iran J Psychiatry Behav Sci</i> . Mars 2016;10(1):e4961.	Psychothérapie
Han J, Cha Y, Kim S. Effect of psychosocial interventions on the severity of premenstrual syndrome: a meta-analysis. <i>J Psychosom Obstet Gynaecol</i> . 2 juill 2018;1-9.	Psychothérapie
Maddineshat M, Keyvanloo S, Lashkardoost H, Arki M, Tabatabaiechehr M. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS). <i>Iran J Psychiatry</i> . Janv 2016;11(1):30-6.	Psychothérapie
Bastani F, Hashemi S. Effects of a web based lifestyle education on general health and severity of the symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS) among female students: a randomized controlled trial. In: Baskan GA, Ozdamli F, Kanbul S, Ozcan D, éditeurs. <i>4th World Conference on Educational Sciences (wces-2012)</i> . 2012. P. 3356-62.	Psychothérapie
Nazari NH, Birashk B, Ghasezadeh A. Effects of group counseling with cognitive-behavioral approach on reducing psychological symptoms of Premenstrual syndrome (PMS). Uzunboylu H, éditeur. <i>World Conference on Learning, Teaching & Administration - 2011</i> . 2012;31:589-92.	Psychothérapie
Ussher J, Perz J. Evaluating the relative efficacy of a self-help and minimal psycho-educational intervention for moderate premenstrual distress conducted from a critical realist standpoint. <i>Journal of reproductive and infant psychology</i> . 2006;24(4):347-362.	Psychothérapie
Ussher JM, Perz J. Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behaviour therapy (CBT) for Premenstrual Disorders (pmds), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial. <i>Plos One</i> . 2017;12(4):e0175068.	Psychothérapie
Gharacheh S, Zeinodini Z, Zaker B, Nazari NH. Group Counseling Interventions for Premenstrual Syndrome. In: Bekirogullari Z, Minas MY, éditeurs. <i>Iccbs 2014 - the Annual International Conference on Cognitive - Social, and Behavioural Sciences</i> . 2014. P. 40-4.	Psychothérapie
Kues JN, Janda C, Kleinstaub M, Weise C. Internet-based cognitive behavioural self-help for premenstrual syndrome: study protocol for a randomised controlled trial. <i>Trials</i> . 2 déc 2014;15:472.	Psychothérapie
Busse JW, Montori VM, Krasnik C, Patelis-Siotis I, Guyatt GH. Psychological intervention for premenstrual syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Psychother Psychosom</i> . 2009;78(1):6-15.	Psychothérapie
Shariati K, Ghazavi H, Saedi M, Ghahremani S, Shariati A, Aryan H, et al. Psychotherapy for Depression and Anxiety in Premenstrual Syndrome (PMS): A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>International Journal of Pediatrics-Mashhad</i> . Mars 2019;7(3):9169-79.	Psychothérapie
Taghizadeh Z, Shirmohammadi M, Feizi A, Arbabi M. The effect of cognitive behavioural psycho-education on premenstrual syndrome and related symptoms. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i> . Oct 2013;20(8):705-13.	Psychothérapie
Askari S, Behroozi N, Abbaspoor Z. The Effect of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Premenstrual Syndrome. <i>Iranian Red Crescent Medical Journal</i> . Févr 2018;20(2):e57538.	Psychothérapie
Panahi F, Faramarzi M. The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Anxiety in Women with Premenstrual Syndrome. <i>Depress Res Treat</i> . 2016;2016:9816481.	Psychothérapie
Karimi Z, Dehkordi MA, Alipour A, Mohtashami T. Treatment of premenstrual syndrome: Appraising the effectiveness of cognitive behavioral therapy in addition to calcium supplement plus vitamin D. <i>Psych J</i> . Mars 2018;7(1):41-50.	Psychothérapie
Yakir M, Kreitler S, Brzezinski A, Vithoulkas G, Oberbaum M, Bentwich Z. Effects of homeopathic treatment in women with premenstrual syndrome: a pilot study. <i>Br Homeopath J</i> . Juill 2001;90(3):148-53.	Homéopathie
Armour M, Ee CC, Hao J, Wilson TM, Yao SS, Smith CA. Acupuncture and acupressure for premenstrual syndrome. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2018;(8):CD005290.	Thérapie alternative physique
Kim S-Y, Park H-J, Lee H, Lee H. Acupuncture for premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. <i>BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology</i> . Juill 2011;118(8):899-915.	Thérapie alternative physique
Koleini S, Valiani M. Comparing the Effect of Auriculotherapy and Vitamin B6 on the Symptoms of Premenstrual Syndrome among the Students who Lived in the Dorm of Isfahan University of Medical Sciences. <i>Iran J Nurs Midwifery Res</i> . Oct 2017;22(5):354-8.	Thérapie alternative physique
Mohamed MA, El Bandrawy AM, Gabr AA. Do foot reflexology and relaxation training decrease premenstrual symptoms in adolescent females. <i>International Journal of Physiotherapy</i> . Oct 2016;3(5):472-8.	Thérapie alternative physique
Jang SH, Kim DI, Choi M-S. Effects and treatment methods of acupuncture and herbal medicine for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: systematic review. <i>BMC Complement Altern Med</i> . 10 janv 2014;14:11.	Thérapie alternative physique
Choi J-H. Effects of kinesio taping and hot packs on premenstrual syndrome in females. <i>J Phys Ther Sci</i> . Sept 2017;29(9):1514-7.	Thérapie alternative physique
Cho S-H, Kim J. Efficacy of acupuncture in management of premenstrual syndrome: a systematic review. <i>Complement Ther Med</i> . Avr 2010;18(2):104-11.	Thérapie alternative physique

Bazarganipour F, Taghavi S-A, Allan H, Beheshti F, Khalili A, Miri F, et al. The effect of applying pressure to the LIV3 and LI4 on the symptoms of premenstrual syndrome: A randomized clinical trial. <i>Complement Ther Med. Avr 2017</i> ;31:65-70.	Thérapie alternative physique
Lim C, Park Y, Bae Y. The effect of the kinesi taping and spiral taping on menstrual pain and premenstrual syndrome. <i>J Phys Ther Sci. Juill 2013</i> ;25(7):761-4.	Thérapie alternative physique
Habek D, Habek JC, Barbir A. Using acupuncture to treat premenstrual syndrome. <i>Arch Gynecol Obstet. Nov 2002</i> ;267(1):23-6.	Thérapie alternative physique
Johny M, Kumar SS, Rajagopalan A, Mukkadan JK. Vestibular stimulation for management of premenstrual syndrome. <i>J Nat Sci Biol Med. Juin 2017</i> ;8(1):82-6.	Thérapie alternative physique
Matsumoto T, Asakura H, Hayashi T. Does lavender aromatherapy alleviate premenstrual emotional symptoms?: a randomized crossover trial. <i>Biopsychosoc Med. 2013</i> ;7:12.	Aromathérapie
Uzuncakmak T, Ayaz Alkaya S. Effect of aromatherapy on coping with premenstrual syndrome: A randomized controlled trial. <i>Complement Ther Med. Févr 2018</i> ;36:63-7.	Aromathérapie
Heydari N, Abootalebi M, Jamalimoghadam N, Kasraeian M, Emamghoreishi M, Akbarzaded M. Evaluation of aromatherapy with essential oils of <i>Rosa damascena</i> for the management of premenstrual syndrome. <i>Int J Gynaecol Obstet. Août 2018</i> ;142(2):156-61.	Aromathérapie
Exclusion au moment de l'évaluation qualité car non-respect des critères PICOTS	
Maharaj S, Trevino K. A Comprehensive Review of Treatment Options for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. <i>J Psychiatr Pract. Sept 2015</i> ;21(5):334-50.	Revue non systématique
Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. <i>Psychoneuroendocrinology. Août 2003</i> ;28 Suppl 3:39-53.	Revue non systématique
De Souza M, Walker A, Robinson P, Bolland K. A synergistic effect of a daily supplement for 1 month of 200 mg magnesium plus 50 mg vitamin B6 for the relief of anxiety-related premenstrual symptoms: a randomized, double-blind, crossover study. <i>Journal of women's health & gender-based medicine. Mars 2000</i> ;9(2):131-139.	Compilation de plusieurs articles sans méthode validée par nos critères
Abdi F, Ozgoli G, Rahnamaie FS. A systematic review of the role of vitamin D and calcium in premenstrual syndrome. <i>Obstet Gynecol Sci. Mars 2019</i> ;62(2):73-86.	Mauvais critère de jugement principal
Girman A, Lee R, Kligler B. An integrative medicine approach to premenstrual syndrome. <i>Am J Obstet Gynecol. Mai 2003</i> ;188(5 Suppl):S56-65.	Revue non systématique
Freeman EW, Halbreich U, Grubb GS, Rapkin AJ, Skouby SO, Smith L, et al. An overview of four studies of a continuous oral contraceptive (levonorgestrel 90 mcg/ethinyl estradiol 20 mcg) on premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome. <i>Contraception. Mai 2012</i> ;85(5):437-45.	Revue non systématique
Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Rickels K, Sondheimer SJ. Clinical subtypes of premenstrual syndrome and responses to sertraline treatment. <i>Obstet Gynecol. Déc 2011</i> ;118(6):1293-300.	Revue non systématique
Witjes H, Creinin MD, Sundstrom-Poromaa I, Martin Nguyen A, Korver T. Comparative analysis of the effects of norgestrel acetate/17 beta-estradiol and drospirenone/ethinylestradiol on premenstrual and menstrual symptoms and dysmenorrhea. <i>Eur J Contracept Reprod Health Care. Août 2015</i> ;20(4):296-307.	Mauvais critère de jugement principal
Sharma B, Misra R, Singh K, Sharma R, Archana. Comparative study of effect of anuloma-viloma (pranayam) and yogic asanas in premenstrual syndrome. <i>Indian J Physiol Pharmacol. Déc 2013</i> ;57(4):384-9.	Type d'étude : cas témoins
Daley A. Exercise and premenstrual symptomatology: a comprehensive review. <i>J Womens Health (Larchmt). Juin 2009</i> ;18(6):895-9.	Revue non systématique
Stute P, Bodmer C, Ehlert U, Eltbogen R, Ging A, Streuli I, et al. Interdisciplinary consensus on management of premenstrual disorders in Switzerland. <i>Gynecol Endocrinol. Mai 2017</i> ;33(5):342-8.	Consensus d'expert
Nevatte T, O'Brien PMS, Backstrom T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, et al. ISPMDS consensus on the management of premenstrual disorders. <i>Arch Womens Ment Health. Août 2013</i> ;16(4):279-91.	Consensus d'expert
Panay N. Management of premenstrual syndrome. <i>J Fam Plann Reprod Health Care. Juill 2009</i> ;35(3):187-94.	Revue non systématique
Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK. Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. <i>Ann Pharmacother. Juill 2008</i> ;42(7):967-78.	Revue non systématique
Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. <i>J Psychiatry Neurosci. Nov 2000</i> ;25(5):459-68.	Consensus d'expert
Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. <i>Am Fam Physician. 15 oct 2011</i> ;84(8):918-24.	Revue non systématique
Yonkers KA, O'Brien PMS, Eriksson E. Premenstrual syndrome. <i>Lancet. 5 avr 2008</i> ;371(9619):1200-10.	Revue non systématique
Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol BWJ. Progesterone for premenstrual syndrome. <i>Cochrane Database Syst Rev. 15 avr 2009</i> ;2:CD003415.	Doublon avec deux autres articles.
Wyatt KM, Dimmock PW, O'Brien PM. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. <i>Cochrane Database Syst Rev. 2002</i> ;4:CD001396.	Revue mise à jour, nouvelle version disponible
Abdollahi R, Abiri B, Sarbakhsh P, Kashanian M, Vafa M. The Effect of Vitamin D Supplement Consumption on Premenstrual Syndrome in Vitamin D-Deficient Young Girls: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. <i>Complement Med Res. 17 mai 2019</i> ;1-7.	Population spécifique non inclusibles
Freeman EW. Therapeutic management of premenstrual syndrome. <i>Expert Opin Pharmacother. Déc 2010</i> ;11(17):2879-89.	Consensus d'expert
Freeman EW, Stout AL, Endicott J, Spiers P. Treatment of premenstrual syndrome with a carbohydrate-rich beverage. <i>Int J Gynaecol Obstet. Juin 2002</i> ;77(3):253-4.	Article non entier
Kaewrudee S, Kietpeerakool C, Pattanittum P, Lumbiganon P. Vitamin or mineral supplements for premenstrual syndrome. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2018</i> ;1).	Protocole uniquement, article entier non trouvé

Exclusion suite à la l'évaluation de la méthode	
Louie KD. Calcium carbonate for premenstrual syndrome. Canadian Family Physician. avr 2002;48:705-7.	< 1/3 de la note pour la méthode ou le rapport
Pazoki H, Bolouri G, Farokhi F, Azerbayjani M. Comparing the effects of aerobic exercise and Foeniculum vulgare on pre-menstrual syndrome. Middle east fertility society journal. 2016;21(1):61-64.	< 1/3 de la note pour la méthode ou le rapport
Canning S, Waterman M, Dye L. Dietary supplements and herbal remedies for premenstrual syndrome (PMS): a systematic research review of the evidence for their efficacy. Journal of Reproductive and Infant Psychology. nov 2006;24(4):363-78.	< 1/3 de la note pour la méthode ou le rapport
Ghanbari Z, Haghollahi F, Shariat M, Foroshani AR, Ashrafi M. Effects of calcium supplement therapy in women with premenstrual syndrome. Taiwan J Obstet Gynecol. juin 2009;48(2):124-9.	< 1/3 de la note pour la méthode ou le rapport
Abebe K, Deyuo M, Aychiluhim W. Effects of selected therapeutic aerobic exercise on remedial case of premenstrual syndrome in case of Arba Minch University. Pedagogics Psychology Medical-Biological Problems of Physical Training and Sports. 2019;23(2):54-8.	< 1/3 de la note pour la méthode ou le rapport
Nazari H, Yari F, Jariani M, Marzban A, Birgandy M. Premenstrual syndrome: a single-blind study of treatment with buspirone versus fluoxetine. Arch Gynecol Obstet. mars 2013;287(3):469-72.	< 1/3 de la note pour la méthode ou le rapport
Kwan I, Onwude JL. Premenstrual syndrome. BMJ Clin Evid. 2009;2007.	< 1/3 de la note pour la méthode ou le rapport
Kwan I, Onwude JL. Premenstrual syndrome. BMJ Clin Evid. 25 août 2015;2015.	< 1/3 de la note pour la méthode ou le rapport
Sharma P, Kulshreshtha S, Singh GMS, Bhagoliwal A. Role of bromocriptine and pyridoxine in premenstrual tension syndrome. Indian J Physiol Pharmacol. déc 2007;51(4):368-74.	< 1/3 de la note pour la méthode ou le rapport
Khalatbari J, Salimynezhad S. The Effect of Relaxation on Premenstrual Syndrome in Dormitory Students of Azad Tonekabon University of Iran. In: Uzunboylu H, Demirok M, éditeurs. 3rd World Conference on Psychology, Counseling and Guidance, Wcpcg-2012. 2013. p. 1580-4.	< 1/3 de la note pour la méthode ou le rapport

AUTEUR : Charlotte LAFONT BROUCHET et Lorraine de SAINT POL DAGNEAU de RICHECOUR

TITRE : Prise en charge thérapeutique du syndrome prémenstruel en médecine générale ; revue systématique de littérature.

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Leïla LATROUS

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine Toulouse Purpan – 30 Juin 2020

Introduction : Le syndrome prémenstruel affecte de nombreuses femmes sur les plans physique, psychique et comportemental.

Objectifs : Faire l'état des lieux des connaissances actuelles de la science afin de déterminer les traitements efficaces du syndrome prémenstruel, accessibles aux soins premiers.

Matériel et méthode : Une revue systématique de la littérature a été réalisée à partir des bases de données PubMed, Cochrane Library et Web Of Science, entre 2000 et 2019. Une qualité de la méthode et du rapport des informations était exigée.

Résultats : 36 articles ont été inclus et analysés. Les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine sont des traitements efficaces et validés dans plusieurs pays. D'autres traitements se sont montrés efficaces mais nécessitent d'être confirmés par des études supplémentaires. Il s'agit de suppléments telles que le calcium, le calcium + vitamine B1, le magnésium + vitamine B6, l'oméga 3, de l'exercice physique en aérobie et du yoga et d'un contraceptif oral combiné à une faible dose de drospirénone.

Conclusion : Le médecin généraliste dispose actuellement de différentes prises en charge pour soulager ses patientes. Mais des essais plus puissants et représentatifs de la population cible sont nécessaires afin de valider l'efficacité de certains de ces traitements.

Mots clefs : *syndrome prémenstruel, troubles prémenstruels, prise en charge thérapeutique, traitement*

TITLE: Therapeutic management of premenstrual syndrome in general medicine: A systematic review of the literature

Introduction: PMS affects many women physically, psychologically and behaviourally.

Objectives: Taking stock of current scientific knowledge in order to determine effective treatments for PMS accessible to primary care.

Material and method: A systematic review of the literature was conducted using the PubMed, Cochrane Library and Web Of Science databases between 2000 and 2019. Quality of method and reporting of information was required for included articles.

Results: 36 articles were included and analyzed. Selective serotonin inhibitors are effective treatments that have been validated in several countries. Furthermore, other treatments have been shown to be effective but need to be confirmed by additional studies. These include supplements such as calcium, calcium + vitamin B1, magnesium + vitamin B6, omega 3, aerobic exercise as well as yoga and an oral contraceptive combined with a low dose of drospirenone.

Conclusion: The general practitioner currently has various treatments to relieve his patients. But more powerful trials representative of the target population are needed to validate the effectiveness of some of these treatments.

Key words: *premenstrual syndrome, premenstrual disorders, therapeutic management, treatment*

Discipline administrative : Médecine générale
