

La rubrique Premiers Choix Prescrire présente dans un format synthétique les éléments de choix essentiels pour faire face à diverses situations cliniques fréquentes. Ces textes proposent une aide concise pour identifier la situation, comparer les balances bénéfices-risques des différents soins, retenir les premiers choix adaptés et écarter les options plus dangereuses qu'utiles. En complément, les renvois et références cités dans ces synthèses permettent aussi de se reporter à des données plus détaillées en matière d'évaluation, d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses.

Douleurs liées à une endométriose pelvienne

L'essentiel sur les soins de premier choix

Actualisation : janvier 2023

POINTS-CLÉS

- Une endométriose pelvienne est une affection liée à la présence d'amas de cellules de l'endomètre en dehors de l'utérus. Quand elle est symptomatique, elle provoque des douleurs pelviennes intenses, parfois très invalidantes, surtout lors des règles ou des rapports sexuels.
- Le *paracétamol* est le traitement antalgique de premier choix.
- En l'absence d'un projet de grossesse à court terme, des traitements hormonaux, à effet contraceptif, visent à provoquer une atrophie des lésions d'endométriose et à diminuer ainsi la douleur. Parmi eux, une association à doses fixes *éthinyloestradiol* (20 à 40 microg) + *lévonorgestrel* par voie orale est le traitement de premier choix.
- Les patientes sont à orienter vers une équipe spécialisée en cas de : symptômes digestifs ou urinaires cycliques, évocateurs d'une endométriose profonde ; projet de grossesse à court terme ; persistance des douleurs malgré un traitement hormonal.

Une endométriose pelvienne est une affection estrogénodépendante qui touche les femmes entre la puberté et la ménopause. Elle est liée à la présence d'amas de cellules de muqueuse utérine (endomètre) en dehors de l'utérus (1).

Ces lésions sont le plus souvent localisées dans la cavité pelvienne :

- à la surface du péritoine qui recouvre les organes pelviens (endométriose pelvienne superficielle) ;
- dans la paroi musculaire d'organes tels que le vagin, la vessie, l'uretère ou le rectum (endométriose pelvienne profonde) ;
- sous la forme d'un kyste ovarien (endométriome) (1).

Il ne semble pas y avoir de lien entre l'étendue ou le type des lésions et les symptômes d'endométriose pelvienne (1).

Chez certaines femmes, les lésions d'une endométriose pelvienne n'ont aucune conséquence clinique (1).

La prévalence de l'endométriose est difficile à estimer : selon les études, elle touche entre 2 % et 70 % des femmes qui consultent pour des douleurs pelviennes (1).

Ne sont pas abordés dans cette situation pratique : le traitement de l'endométriose avec des lésions en dehors de la cavité pelvienne ; le traitement chirurgical de l'endométriose ; le traitement de l'endométriose chez les femmes enceintes ou qui allaitent.

Reconnaître



Douleurs pelviennes intenses, surtout lors des règles.

Une endométriose pelvienne est à évoquer chez les patientes qui ont des douleurs pelviennes intenses, surtout lors des règles (dysménorrhées), ou pendant ou après les rapports sexuels (dyspareunies). Ces douleurs perturbent parfois la vie quotidienne (1).

Une endométriose pelvienne profonde est à évoquer chez les patientes qui ont en plus les symptômes suivants, notamment quand ils surviennent ou s'accroissent au moment des règles :

- douleurs à la défécation ;

– troubles urinaires tels que difficultés à uriner, hématurie* ou besoin fréquent d'uriner (1).

Les douleurs provoquées par une endométriose étant peu spécifiques, leur cause n'est parfois identifiée qu'après plusieurs années (1).

Une endométriose est constatée chez certaines patientes atteintes d'infertilité (1).

En cas d'infertilité, il semble pertinent d'évoquer une endométriose surtout chez les femmes qui ont des manifestations douloureuses évocatrices (1).

Lors de l'examen gynécologique, certains signes sont évocateurs d'une endométriose pelvienne :

- douleur à la mobilisation de l'utérus ;
- palpation de nodules sensibles au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur ;
- visualisation, à l'aide d'un spéculum, de lésions vaginales bleutées (1).



Échographie ou IRM pelviennes. Une échographie pelvienne par voie endovaginale ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne permet de confirmer une endométriose profonde chez 60 % à 85 % des patientes atteintes (1).

Ces techniques ne permettent pas de visualiser les lésions d'endométriose, en particulier quand elle est superficielle, chez au moins 20 % des patientes atteintes. En l'absence de signes à l'imagerie, une endométriose ne peut pas être écartée en confiance (1).

Une échographie pelvienne est cependant souvent utile pour écarter d'autres causes de douleurs pelviennes (1).

La confirmation d'une endométriose pelvienne, par cœlioscopie* effectuée par une équipe spécialisée, est surtout utile en cas de :

- projet de grossesse à court terme ;
- signes cliniques ou échographiques évoquant une endométriose profonde ou un endométriome ovarien (1).



Ne pas confondre avec d'autres causes de douleurs pelviennes. Une endométriose pelvienne est à distinguer d'autres causes de douleurs pelviennes, notamment :

- une adénomyose* ;
- des atteintes inflammatoires pelviennes liées à des infections sexuellement transmissibles, surtout par *Chlamydia trachomatis* ;
- un fibromyome* utérin ;
- des kystes ovariens ;
- une cystite ;
- une appendicite ;
- une grossesse extra-utérine ;
- une hernie abdominale ;
- une lithiase* urinaire chronique ;

- un cancer de l'ovaire ou de la vessie ;
- des violences, notamment sexuelles ;
- des troubles intestinaux bénins récurrents (syndrome de l'intestin irritable) (1à3).

+ "Chlamydie liée à un rapport sexuel" Premiers Choix Prescrire

+ "Fibromyome utérin" Premiers Choix Prescrire

+ "Cystite aiguë simple chez une femme" Premiers Choix Prescrire

+ "Troubles intestinaux bénins récurrents" Premiers Choix Prescrire

Facteurs de survenue



Exposition in utero à des perturbateurs

endocriniens. L'endométriose pelvienne semble plus fréquente dans certaines familles et chez les femmes qui ont été

exposées in utero au *diéthylstilbestrol* (DES). Un lien a aussi été évoqué entre l'endométriose et l'exposition in utero à d'autres perturbateurs endocriniens tels que : dioxines, phtalates, polychlorobiphényles (PCB) et pesticides organochlorés (1,4).

Évolution



Affection chronique sans aggravation.

L'évolution naturelle de l'endométriose pelvienne est peu connue, mais cette affection ne semble pas s'aggraver au cours du temps. En général, les douleurs liées à l'endométriose cessent à la ménopause, en raison du déclin des concentrations sanguines d'estrogènes (1).

Très rarement, les lésions d'endométriose pelvienne profonde se compliquent d'occlusion digestive ou d'obstruction d'un uretère avec altération de la fonction rénale (1).

Chez les patientes qui ont des lésions ovariennes d'endométriose (endométriomes), la fréquence de certains cancers de l'ovaire est augmentée : de l'ordre de 2 cancers supplémentaires pour 1 000 patientes suivies pendant 10 ans, sans lien de causalité démontré (1).

Chez les femmes enceintes, une endométriose pelvienne semble associée à un risque accru de placenta praevia*, d'hémorragies utérines et de naissances prématurées (5).

Traitements

Chez les patientes qui ont une endométriose pelvienne douloureuse, comme pour toute douleur chronique, sont à prendre en compte l'intensité de la douleur, mais aussi ses conséquences parfois graves, y compris sur l'humeur, les relations familiales et sociales, la vie sexuelle (1).

Le traitement des douleurs pelviennes repose d'abord sur la prise d'antalgiques non spécifiques. L'évaluation de ces médicaments a porté uniquement sur le soulagement des règles douloureuses (1).

Chez les patientes qui n'ont pas de projet de grossesse à court terme, un traitement hormonal, à effet contraceptif, visant à provoquer une atrophie des lésions d'endométriose et ainsi diminuer la douleur, est une option (1).

Après l'arrêt de ces traitements, quels qu'ils soient, les récurrences douloureuses sont fréquentes (1).

 **Orienter certaines patientes vers une équipe spécialisée.** Chez les patientes qui ont des douleurs évocatrices d'endométriose pelvienne, la stratégie thérapeutique est à adapter, par une équipe spécialisée, en cas de :

- projet de grossesse à court terme ;
- symptômes digestifs ou urinaires cycliques, évocateurs d'une endométriose profonde ;
- persistance des douleurs après quelques mois de traitement hormonal (1).

Antalgiques non spécifiques

1^{er}
Choix

Médicamenteux

Paracétamol

Chez les patientes qui ont des douleurs pelviennes évocatrices d'une endométriose, le *paracétamol* par voie orale est l'antalgique de premier choix, malgré l'absence d'évaluation comparative dans cette situation (1).

À posologie maîtrisée, les effets indésirables du *paracétamol* sont rares : surtout des réactions d'hypersensibilité. Le principal risque auquel expose le *paracétamol* est lié aux surdoses, à l'origine d'atteintes hépatiques graves et parfois d'atteintes rénales aiguës (6).

+ "Paracétamol" Interactions Médicamenteuses Prescrire

Chez les adultes pesant 50 kg et plus, la dose de *paracétamol* par voie orale est de 500 mg à 1 000 mg par prise, sans dépasser 4 000 mg par jour (7).

Chez les adultes pesant moins de 50 kg, la dose est à limiter à 15 mg/kg par prise, sans dépasser 60 mg/kg par jour (7).

Traitements à écarter
lors d'une endométriose douloureuse.

 **Contraceptifs oraux contenant un progestatif qui expose à un surcroît d'effets indésirables.** Par rapport aux contraceptifs contenant du *lévonorgestrel*, les contraceptifs estroprogestatifs contenant de la *drosprénone* ou du *diénogest* ou un progestatif dit de 3^e génération (tel que le *désogestrel* et le *gestodène*) n'ont pas d'avantage démontré alors qu'ils exposent à un surcroît de troubles thromboemboliques. La *drosprénone* expose en outre à des hyperkaliémies, à des allongements de l'intervalle QT de l'électrocardiogramme et à des troubles du rythme cardiaque (24 à 27). La *chlormadinone* expose à un risque thromboembolique mal cerné (28).

 **Phloroglucinol.** Le *phloroglucinol*, un antispasmodique, n'a pas été évalué dans les douleurs menstruelles, liées ou non à une endométriose. Il expose à des réactions allergiques rares mais graves, dont des chocs anaphylactiques, et à des syndromes de Lyell* (29,30).

La toxicité hépatique du *paracétamol* est augmentée chez certains patients, notamment en cas d'affection hépatique, de consommation importante d'alcool, de jeûne de plus d'une journée ou de prise d'un médicament qui accélère le métabolisme du *paracétamol* (certains antiépileptiques ou le *millepertuis* par exemple). Chez ces patients adultes, il est prudent de ne pas dépasser 3 000 mg de *paracétamol* par jour, voire 2 000 mg chez ceux qui pèsent moins de 50 kg (6 à 8).

 **Gare à l'association de plusieurs substances contenant du paracétamol.** De nombreuses spécialités aux noms commerciaux différents, dont certaines utilisées en automédication, contiennent du *paracétamol*. La prise concomitante de plusieurs d'entre elles augmente le risque de surdose de *paracétamol*. Soignants et patients ont intérêt à vérifier le contenu des spécialités en se référant grâce à la dénomination commune internationale (DCI) (9,10).



Médicamenteux

Ibuprofène ou naproxène

Chez les patientes qui ont des douleurs pelviennes évocatrices d'une endométriose, en l'absence d'un projet de grossesse à court terme, un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) est une option pour soulager les douleurs, malgré l'absence d'évaluation comparative dans cette situation (1).

Chez les patientes indemnes d'endométriose, les AINS sont plus efficaces qu'un placebo et probablement plus que le *paracétamol* pour soulager les douleurs pelviennes liées aux règles (1).

L'*ibuprofène* et le *naproxène* sont les AINS de premier choix car ils exposent à moins d'effets indésirables que les autres (11).

+ "Anti-inflammatoire chez un adulte : choisir l'*ibuprofène* ou le *naproxène*" Fiche Infos-Patients

Le profil d'effets indésirables des AINS comporte surtout des : troubles digestifs fréquents tels qu'inconforts gastro-intestinaux, nausées et diarrhées en général bénignes, ulcères gastroduodénaux, perforations et hémorragies digestives, colites ; insuffisances rénales ; saignements ; aggravations d'infections (11).

Les AINS exposent à de nombreuses interactions médicamenteuses, notamment par addition d'effets indésirables (11).

+ "AINS" Interactions Médicamenteuses Prescrire

Chez les adultes, l'*ibuprofène* par voie orale est à prendre à la dose de 200 mg à 400 mg par prise, environ toutes les 6 à 8 heures sans dépasser 1 200 mg par jour, en adaptant la posologie en fonction de l'intensité des symptômes. Au-delà de 1 200 mg par jour, la balance bénéfices-risques de l'*ibuprofène* est défavorable en raison notamment d'un risque cardiovasculaire accru (10,12).

La dose quotidienne usuelle de *naproxène* est comprise entre 500 mg et 1 000 mg (soit 550 mg à 1 100 mg de *naproxène* sous forme de sel de sodium). La répartition des prises tout au long de la journée varie selon le type de douleur (13).

+ "Vous prenez de l'*ibuprofène* (adulte)" Fiche Infos-Patients

+ "Ibuprofène ou naproxène voie orale, en cas de douleur aiguë" Infos-Patients Messages-clés Médicaments

 **Gare à l'association de plusieurs médicaments contenant de l'*ibuprofène*.** De nombreuses spécialités aux noms commerciaux différents contiennent de l'*ibuprofène*. La prise concomitante de plusieurs d'entre elles expose à une surdose et à un risque accru d'effets indésirables. Soignants et patients ont intérêt à vérifier le contenu des spécialités en se repérant à l'aide de la dénomination commune internationale (DCI) (10).

 **Médicamenteux**
Opioides

Les opioïdes tels que *codéine*, *tramadol*, *morphine* ou *oxycodone* n'ont pas été évalués dans le traitement des endométrioses douloureuses (1).

Quand le *paracétamol* et les AINS ne sont pas utilisables ou pas assez efficaces, un opioïde est une option dans les douleurs nociceptives (14).

Les opioïdes exposent à des : troubles digestifs fréquents (dont nausées, vomissements, constipations) ; troubles psychiques fréquents (dont somnolences, confusions et sensations vertigineuses) ;

dépansions respiratoires, allant jusqu'à l'arrêt respiratoire en cas de surdose (15).

Lors d'un traitement prolongé, les opioïdes exposent à une accoutumance* et à une dépendance*, avec syndrome de sevrage* en cas d'arrêt brusque (15).

Du fait de leurs effets indésirables graves, notamment des surdoses parfois mortelles et des dépendances*, il est prudent de ne pas banaliser l'utilisation des opioïdes, et en particulier d'éviter de commencer à la légère un traitement parfois lourd de conséquences pour les patients (16,17).

 **Non médicamenteux**
Acupuncture, phytothérapie

En traitement des douleurs liée à une endométriose, l'acupuncture et la phytothérapie n'ont pas d'efficacité antalgique démontrée au-delà de l'effet d'un placebo (1).

Les effets indésirables de l'acupuncture sont en général bénins, à condition de respecter les précautions pour limiter les risques infectieux et traumatiques. L'acupuncture expose à des nausées, vomissements, malaises, et rarement à des infections, blessures, cassures d'aiguilles (18,19).

Traitement hormonal

1er Choix **Médicamenteux**
Éthinylestradiol (20 à 40 microg) + lévonorgestrel par voie orale

Chez les patientes qui ont des douleurs pelviennes évocatrices d'une endométriose, en l'absence d'un projet de grossesse à court terme, une contraception estroprogestative est plus efficace qu'un placebo pour réduire les douleurs liées aux règles ou à des rapports sexuels. En l'absence de preuve d'une efficacité différente entre les estroprogestatifs évalués dans cette situation, le choix repose avant tout sur la comparaison de leurs profils d'effets indésirables respectifs (1).

Une association à doses fixes *éthinyloestradiol* (20 à 40 microg) + *lévonorgestrel* par voie orale est à préférer car elle expose à moins d'effets indésirables que les autres (1).

+ "Contraception" Premiers Choix Prescrire

Le profil d'effets indésirables des estroprogestatifs comporte surtout des : troubles digestifs ; troubles cutanés (dont des acnés et des chloasmas*) ; œdèmes ; céphalées ; modifications du poids ; tensions mammaires, troubles voire pertes totales de la libido, vaginites dont candidoses vaginales, modifications des règles (métrorragies*, aménorrhées*, ménorragies*) ; dépressions, suicides ; accidents thromboemboliques artériels et

veineux, hypertensions artérielles, diabètes et hyperlipidémies (20).

Les estroprogestatifs exposent à une faible augmentation du risque de cancers du col utérin et de cancers du sein, contrebalancée par une diminution du risque de cancers des ovaires et de cancers de l'endomètre (20).

De nombreux médicaments exposent à des échecs de la contraception estroprogestative. Ce sont notamment les inducteurs enzymatiques* tels que certains antiépileptiques, des antirétroviraux et le *millepertuis* (20).

+ "P2. Les inducteurs enzymatiques" Interactions Médicamenteuses Prescrire

+ "Estroprogestatifs à dose contraceptive" Interactions Médicamenteuses Prescrire



Médicamenteux

Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel

Un dispositif intra-utérin (DIU) délivrant environ 20 microg de *lévonorgestrel* (un progestatif) par jour semble plus efficace pour réduire les douleurs liées aux règles que l'absence de traitement. C'est une option chez les patientes qui ont des douleurs pelviennes évocatrices d'endométriose, en l'absence de projet de grossesse à court terme (1).

Les DIU au *lévonorgestrel* exposent à une augmentation des douleurs menstruelles et aux effets indésirables généraux des progestatifs (21à23).

+ "Progestatifs" Interactions Médicamenteuses Prescrire

©Prescrire

GLOSSAIRE

Les termes expliqués de façon concise dans ce glossaire sont signalés dans le texte par un astérisque (*)

accoutumance : diminution progressive de l'effet d'une substance administrée à dose fixe, ce qui conduit à augmenter la dose pour conserver le même effet.

adénomyose : présence d'amas de cellules endométriales à l'intérieur de la paroi musculaire de l'utérus.

aménorrhée : absence de règles chez une femme non ménopausée.

chloasma : taches pigmentées irrégulières du visage, observées surtout pendant et après une grossesse, nommées aussi masque de grossesse.

coelioscopie : alias laparoscopie, examen visuel de la cavité abdominale ou de la cavité pelvienne au moyen d'une caméra introduite dans la cavité abdominale via des trocars, après insufflation d'un gaz inerte.

dépendance : en addictologie, état psychique caractérisé par l'impossibilité à maîtriser la consommation d'une substance ou la pratique d'une activité malgré les conséquences néfastes (alias

addiction), conduisant à la répétition de cette consommation ou de cette pratique pour éviter les effets psychiques ou physiques liés à son arrêt (syndrome de sevrage).

fibromyome : alias fibrome, tumeur bénigne constituée de tissu musculaire lisse et de tissu fibreux, notamment dans la paroi de l'utérus.

placenta praevia : placenta anormalement implanté dans la partie inférieure de l'utérus, recouvrant en partie ou totalement l'orifice interne du col de l'utérus.

hématurie : présence de sang dans les urines, visible (macroscopique) ou non (microscopique).

inducteur enzymatique : substance qui augmente l'activité de nombreux systèmes enzymatiques de l'organisme, dont le cytochrome P450 impliqué dans le métabolisme des médicaments, et de transporteurs tels que la glycoprotéine P. En général, sa prise expose à une moindre efficacité de nombreux médicaments par accélération de leur transformation et de leur élimination ; et son arrêt expose à une surdose.

lithiase : présence d'une ou de plusieurs concrétions solides (calculs) dans un canal excréteur ou une cavité de l'organisme, notamment biliaire, salivaire ou urinaire.

ménorragie : règles anormalement abondantes ou prolongées.

métrorragie : saignement d'origine utérine survenant en dehors des règles ou après la ménopause.

syndrome de sevrage : ensemble des troubles somatiques et psychiques consécutifs à l'arrêt d'une substance dont un patient est dépendant.

syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell : atteintes rares mais graves de la peau, avec décollements bulleux de l'épiderme, et des muqueuses. Ces atteintes sont précédées en général de fièvre, courbatures, brûlures oculaires et dysphagie. Il s'agit de deux formes de la même affection, d'origine avant tout médicamenteuse, le syndrome de Lyell désignant la forme la plus grave, souvent mortelle.

Noms commerciaux des médicaments en France F, Belgique B et Suisse CH

codéine + paracétamol – F CODOLIPRANE° ou autre ;

B DAFALGAN CODEINE° ou autre ; CH CO-DAFALGAN°

chlormadinone + éthinylestradiol 30 microg

– F BELARA° ; B BELLINA° ou autre ; CH BELARA° ou autre

désogestrel 150 microg + **éthinylestradiol** 20 microg

– F B CH MERCILON° ou autre

diénogest + éthinylestradiol 30 microg – F MISOLFA°,

CEDIEN° ; B LOUISE° ou autre ; CH VALETTE° ou autre

diénogest endométriose – F DIMETRUM° ou autre ;

B VISANETTE° ou autre ; CH VISANNE°

diéthylstilbestrol alias **DES** – F B CH (–)

drospirénone 3 mg + **éthinylestradiol** 20 microg

– F JASMINELLE° ou autre ; B CH YASMINELLE° ou autre

drospirénone 3 mg + **éthinylestradiol** 30 microg

– F JASMINE° ou autre ; B YASMIN° ou autre ;

CH YIRA 30° ou autre

drosprirénone + estérol – F CH DROVELIS° ;
B DROVELIS°, LYDISILKA°

gestodène + éthinyloestradiol – F MINULET° ou autre ;
B MINULET°, TRI-MINULET° ou autre ; **CH** GYNERA°
 ou autre

lévonorgestrel + éthinyloestradiol 30 microg
 à 40 microg – **F** MINIDRIL° ou autre ;
B MICROGYNON 30°, STEDIRIL 30° ou autre ;
CH MICROGYNON 30° ou autre

lévonorgestrel dispositif intra-utérin – **F B CH** MIRENA°
 et autres

millepertuis – F ARKOGEULES MILLEPERTUIS°
 ou autre ; **B** HYPERIPLANT° ; **CH** JARSIN° ou autre

naproxène – F B CH APRANAX° ou autre

oxycodone – F OXYNORM°, OXYNORMORO°,
 OXYCONTIN LP° ou autre ; **B CH** OXYNORM°,
 OXYCONTIN° ou autre

phloroglucinol – F SPASFON° ou autre ; **B CH** (–)

tramadol – F TOPALGIC° ou autre ; **B** CONTRAMAL°
 ou autre ; **CH** TRAMAL° ou autre

Recherche documentaire et méthode d'élaboration

Cette synthèse a été élaborée à partir des données publiées dans *Prescrire* jusqu'au n° 472 (février 2023) et dans *Interactions Médicamenteuses Prescrire 2022*, confrontées aux données publiées dans deux sources documentaires complémentaires : l'ouvrage de pharmacologie clinique Martindale The complete drug reference (site www.medicinescomplete.com) et l'ouvrage de médecine interne UpToDate (site www.uptodate.com), consultés pour la dernière fois le 30 janvier 2023. La validité des données citées dans cette synthèse est vérifiée grâce à la veille documentaire permanente mise en place par *Prescrire*. Les procédures d'élaboration de cette synthèse ont suivi les méthodes habituelles de *Prescrire*, notamment : vérification de la sélection des données et de leur analyse, contrôles de qualité multiples.

- 1- Prescrire Rédaction "Endométriose douloureuse. En absence de projet de grossesse : paracétamol et AINS, voire estroprogestatif ou DIU au lévonorgestrel" *Rev Prescrire* 2019 ; **39** (433) : 833-841.
- 2- Schenken RS "Endometriosis: clinical features, evaluation and diagnosis" UpToDate 2023.
- 3- Prescrire Rédaction "Signes d'appendicite chez les adultes. Rechercher plusieurs signes, comme chez les enfants" *Rev Prescrire* 2022 ; **42** (465) : 530-531.
- 4- Prescrire Rédaction "Risques confirmés des perturbateurs endocriniens" *Rev Prescrire* 2020 ; **40** (444) : 773-778.
- 5- Schenken RS "Endometriosis: Pathogenesis, epidemiology, and clinical impact" UpToDate 2023.
- 6- Prescrire Rédaction "Paracétamol" *Interactions Médicamenteuses Prescrire* 2023.
- 7- "Paracétamol" Répertoire commenté des médicaments, site www.cbip.be, février 2023.

8- Prescrire Rédaction "Alcool ou jeûne : gare à la dose de paracétamol" *Rev Prescrire* 2022 ; **42** (461) : 189-190.

9- Prescrire Rédaction "Paracétamol : gare aux surdoses involontaires" *Rev Prescrire* 2010 ; **30** (325) : 827.

10- Prescrire Rédaction "Mal aux dents chez les adultes et grands enfants" *Rev Prescrire* 2008 ; **28** (299) : 680-681.

11- Prescrire Rédaction "AINS" *Interactions Médicamenteuses Prescrire* 2023.

12- Prescrire Rédaction "AINS et troubles cardiovasculaires graves : surtout avec les coxibs et le diclofénac" *Rev Prescrire* 2015 ; **35** (384) : 748-750.

13- "Naproxen" Martindale, The Pharmaceutical Press 2023.

14- Prescrire Rédaction "Les antalgiques opioïdes dits faibles. Codéine, dihydrocodéine, tramadol : pas moins de risques qu'avec la morphine" *Rev Prescrire* 2015 ; **35** (385) : 831-838.

15- Prescrire Rédaction "Opioïdes : morphine, etc." *Interactions Médicamenteuses Prescrire* 2023.

16- Prescrire Rédaction "Une tendance à la hausse du nombre d'hospitalisations et de morts liées à l'usage d'antalgiques opioïdes en France" *Rev Prescrire* 2020 ; **40** (441) : 533-538.

17- Prescrire Rédaction "Arrêter un usage prolongé de tramadol. Proposer un accompagnement avec diminution progressive des doses, voire une substitution" *Rev Prescrire* 2021 ; **41** (458) : 917-921.

18- Prescrire Rédaction "Acupuncture : à la recherche d'une efficacité clinique spécifique" *Rev Prescrire* 2000 ; **20** (208) : 523-529.

19- Prescrire Rédaction "Troubles fonctionnels intestinaux récurrents : une évolution bénigne, des traitements symptomatiques" *Rev Prescrire* 2008 ; **28** (295) : 359-364.

20- Prescrire Rédaction "Estroprogestatifs à dose contraceptive" *Interactions Médicamenteuses Prescrire* 2023.

21- Prescrire Rédaction "Prévenir les grossesses non désirées : informer femmes et hommes pour choisir une contraception" *Rev Prescrire* 2009 ; **29** (308) : 447-450.

22- Prescrire Rédaction "Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel : des effets indésirables mieux connus" *Rev Prescrire* 2014 ; **34** (364) : 102.

23- Prescrire Rédaction "Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel : un afflux de notifications en 2017 en France" *Rev Prescrire* 2018 ; **38** (415) : 351-352.

24- Prescrire Rédaction "Progestatifs" *Interactions Médicamenteuses Prescrire* 2023.

25- Prescrire Rédaction "Prescrire en questions - Contraception progestative par voie orale : le lévonorgestrel est-il encore le premier choix en 2021 ?" *Rev Prescrire* 2021 ; **41** (454) : 629-631.

26- Prescrire Rédaction "Drosprirénone non associée - Slinda° et contraception orale" *Rev Prescrire* 2020 ; **40** (442) : 583.

27- Prescrire Rédaction "Éthinyloestradiol + diénogest - Misolfa°, Oedien° dans la contraception ou l'acné" *Rev Prescrire* 2019 ; **39** (426) : 245-246.

28- Prescrire Rédaction "Les copies du mois - éthinyloestradiol + chlormadinone : risque thromboembolique mal cerné" *Rev Prescrire* 2015 ; **35** (381) : 504.

29- Prescrire Rédaction "Antispasmodiques dans les douleurs abdominales. Avec précautions, parfois pinavérium ou menthe poivrée" *Rev Prescrire* 2020 ; **40** (437) : 195-202.

30- Prescrire Rédaction "Phloroglucinol" *Interactions Médicamenteuses Prescrire* 2023. Traitements à écarter lors d'une endométriose douloureuse.