



Les troubles du cycle menstruel chez la sportive.

Et si c'était la Triade ?

Edouard HERVE

Ostéopathe du sport

Physionutrition

www.cliniquesportperformance.com





10 points à retenir

“70% des cyclistes et 50% en course à pied”



Les “dangers” du sport chez la sportive amateur et professionnelle.

La Triade de l'athlète féminine.

Le nombre de femmes et de jeunes filles faisant régulièrement de l'activité physique ou participant à des compétitions a spectaculairement augmenté ces trente dernières années.

Depuis les années 1980, un plus grand nombre de recherches portant sur les effets de l'exercice sur les femmes ont été effectuées.

1) Les 3 signes de la Triade : définit en 1992 puis révisée en 2007, 1er signe “l'aménorrhée” est remplacé par “troubles menstruels”, “ostéoporose” par “densité minérale osseuse basse” et “anorexie” par “insuffisance des apports alimentaire”

2) Les Sports à risques :

Pour certaines sportives la minceur est primordiale pour la performance. Les sports à risques sont les sports d'endurance (Triathlon, running, cyclisme, athlétisme..), les sports de catégorie de poids (sports de combats) et sports esthétiques (gym, patinage, bodybulding). La triade toucherait 70% des cyclistes et 50% en course à pied.

3) Diminution de la performance :

Les sportives s'entraînent pour améliorer leurs performances mais en ne respectant pas une disponibilité énergétique minimale, elles vont vers une chute de la performance .

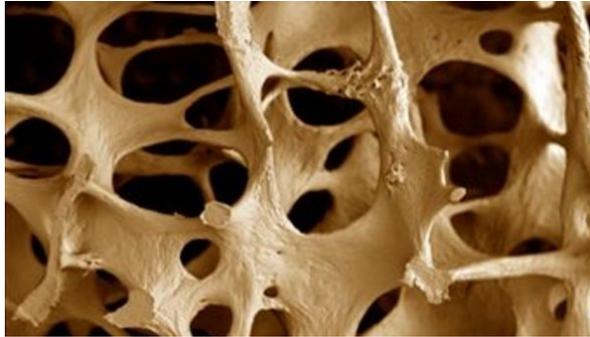
4) La disponibilité énergétique :

C'est la différence entre les apports et les dépenses énergétiques. Elle doit être d'environ 30 kcal/kg de masse maigre (MM) soit environ **1350 kcal/J** pour une sportive de 60 kg. (dont 45 kg de MM) pour une fonction ovarienne normale.

Une alimentation équilibrée, variée et correspondant aux dépenses énergétiques de la journée d'entraînement doit être indispensable. Un déficit énergétique est la pierre angulaire de la triade. N'hésitez pas à en parler à un spécialiste en nutrition sportive.

5) Les troubles du cycle :

Ce déficit énergétique engendre donc des troubles des règles. C'est le symptôme le plus reconnaissable de la Triade. Ces troubles peuvent être une infertilité, des



spanioménorrhées (règles minimales), des ménométrorragies (règles abondantes et anarchique), oligoménorrhée (règles espacées), dysménorrhée (règles douloureuses) et au final une **aménorrhée** (absence de règle). Si une aménorrhée est présente depuis au moins 6 mois alors les premiers troubles de la masse osseuse apparaissent.

6) L'ostéoporose :

Elle est la conséquence d'une aménorrhée supérieure à 6 mois. Elle est réversible. Elle est plus importante dans les sports non traumatisants (cyclisme). Les **fractures de fatigues** peuvent en être un signe révélateur. Pour la traiter, la prise de traitements médicamenteux hormonaux n'est pas démontré. Il faut corriger le déficit énergétique jusqu'à une prise de poids et une augmentation de la masse grasse (MG). L'ostéoporose est diagnostiquée par une ostéodensitométrie prescrite par votre médecin.

7) Déficit énergétique :

Des apports alimentaires inadéquats ne s'accompagnent pas obligatoirement d'un amaigrissement car le poids peut rester stable en raison de la réduction de la dépense calorique de repos. Les apports hyperglucidiques ne sont pas suffisants et altèrent la synthèse d'ostrogènes si **les lipides** représentent moins **de 20%**.

8) anorexie et boulimie:

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) peuvent passer de l'anorexie athlétique (AA) à l'anorexie mentale ou à la boulimie. L'AA est un déficit énergétique du au sport intensif et à l'idée qu'il faut maigrir pour performer. Il faut faire très attention à cela pour ne pas basculer à une IMC<18,5 et une MG<13% qui tend vers une diminution de la performance.

Le risque est de tomber dans l'anorexie mentale qui se manifeste par une perturbation psychologique de l'image du corps.. Cette pathologie doit être traitée par médecins, nutritionniste et psychologue réunis.

9) La sportive la + à risque :

- Est une perfectionniste avec des objectifs élevés
- A un désir puissant de plaire aux autres
- Fonde sa propre valeur sur la réussite et la performance
- Est prête à tolérer la douleur et à se sacrifier pour atteindre ses objectifs.
- Est critique à son propre égard
- Se concentre sur le maintien d'un "poids idéal" et d'un niveau de masse grasse optimal.
- Pratiquant les sports d'endurance, sports esthétiques et sports à catégories de poids.
- Pression de l'entourage (entraîneurs)
- La Bigorexie, l'addiction au sport.

Attention à :

IMC<18
MG <13 %



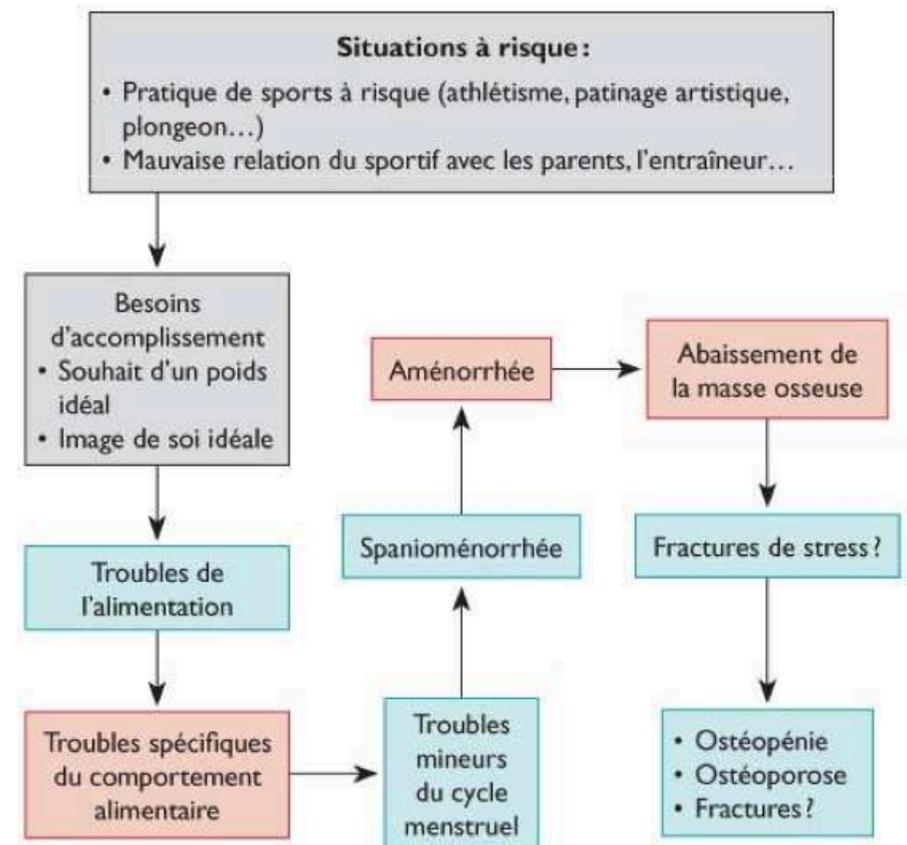
10) Prévention et traitements :

La meilleure prévention de la triade est l'éducation des athlètes, des entraîneurs, des éducateurs et des parents. Mettre l'accent sur les bonnes habitudes de vie, sur l'importance de la santé et les risques de la triade. Les sportives ne doivent pas hésiter à en parler à une équipe pluridisciplinaire tel que médecin du sport, nutritionniste et psychologue car les conséquences (carences, fatigues, fractures, dépression, anorexie et mortalité) peuvent être désastreuses pour leur santé.

Plus l'athlète commence jeune (6 à 12 ans) avec un entraînement intensif qui plus est dans une discipline d'endurance ou de Gymnastique, plus l'adolescente a de risques de développer des TCA.

Le traitement consiste à augmenter les apports énergétiques (**un bilan nutritionnel individuel est nécessaire**) et en particulier les Lipides (au moins **20%**) jusqu'à une prise de poids et une augmentation de la MG.

Si la sportive n'adhère pas au traitement, il faut restreindre l'entraînement en commençant par 1 entraînement en moins par semaine et parfois interdire la compétition si elle présente une anorexie.





Les diagnostics différentiels :

Les causes d'aménorrhée sont multiples et doivent être diagnostiquées par votre médecin/gynécologue :

- Penser à une grossesse

- Le déficit énergétique jusqu'à l'anorexie :

Cela reste la cause n°1 chez la sportive
On l'appelle l'aménorrhée hypothalamique fonctionnelle

- Syndrome d'ovaire MicroPolykystique (SOMPK)

- Glucocorticoïdes au long cours

- origine tumorale hypothalamo-hypophysaire, ovarienne ou surrénale

La contraception chez la sportive :

La pilule oestroprogestative est utilisée par environ 60% des sportives. Celles qui ne l'utilisent pas c'est pour essentiellement ne pas prendre de poids.

Mais pour 75% d'entre elles, leur motif de prise de la pilule n'est pas la contraception mais les bénéfices secondaires...

La liste est nombreuse, par ex régulariser ou décaler les cycles pour ne pas avoir de règles durant la compétition, diminuer les pertes de sang pour minimiser les risques d'anémie, éviter la dysménorrhée (douleur) et corriger le syndrome prémenstruel qui abaisserait le niveau de performance...

Les avantages de la prise en continu des pilules monophasiques (on saute les 7 jours d'arrêt) sont donc nombreux mais cela dérègle le système hormonal et engendre une surcharge de toxines qui ne peut s'évacuer. L'idéal est de se faire traiter en ostéopathie pour éviter les douleurs pré-menstruelles et les effets secondaires.

D'après Martineau, dans les cas de sport à hauts risques de blessures de LCA (**ski**, foot, rugby) si la compétition tombe entre deux plaquettes il vaut mieux continuer la prise.

Les contraceptions progestatives pures (orale ou implants) ne sont pas recommandées chez les sportives ainsi que le stérilet au cuivre.

Il est indispensable d'anticiper la prise en charge et non pas la veille de la compétition donc consulter votre gynécologue et votre ostéopathe en amont.



Bibliographie :

Gynécologie du Sport,
risques et bénéfices de l'activité physique
chez la femme de Thierry ADAM chez
Springer

Santé Athlé Juin 2009

Edouard HERVE
Ostéopathe du Sport, Physionutrition

edouard.herve@gmail.com

www.clinicsportperformance.com

