

MÉNORRAGIES CHEZ L'ADOLESCENTE

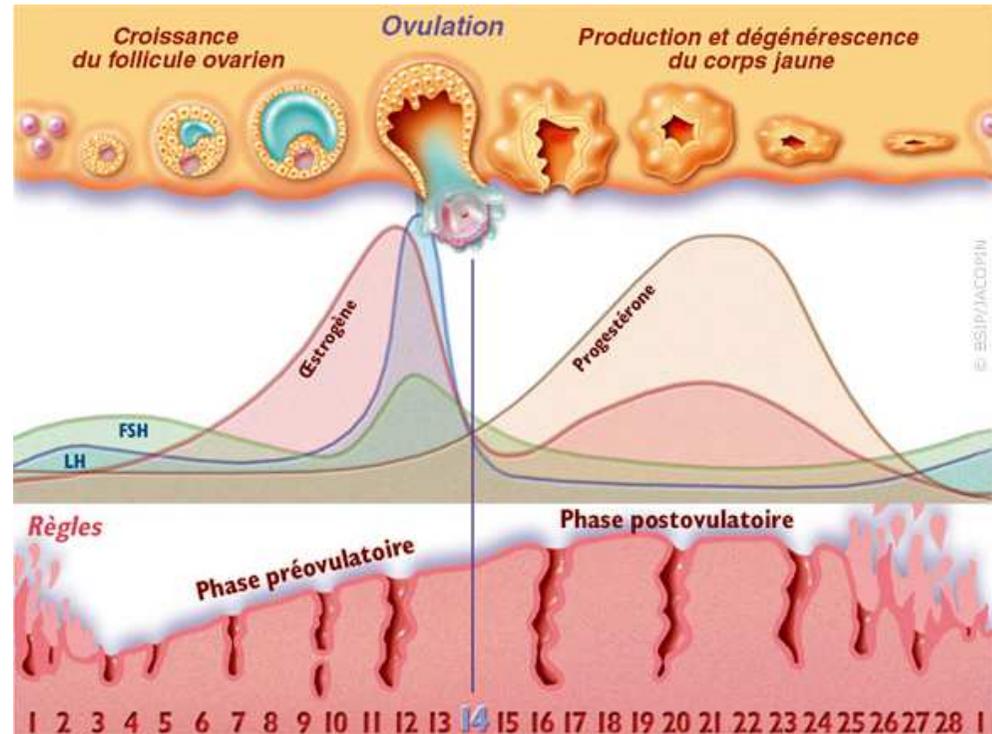
Mai 2016 Hà Nội

Dr Charlotte PAUL

Gynécologie médicale

Le Cycle Normal (1)

- Cycle menstruel :
 - 28 jours en moyenne
- Durée des règles :
 - 5 jours en moyenne
- Abondance :
 - 30 mL – 40 mL en moyenne
 - Excessif 60 à 80mL max



Le Cycle Normal (2)



- Premiers cycles :
 - Ménarche : 13 ans en moyenne
 - Variabilité des 1^{er} cycles importante
 - Axe hypothalamo-hypophysio-gonadique **Immature**
 - 50% des cycles sont irréguliers
 - 50 à 80% sont anovulatoires
- Deux ans environ après la ménarche :
 - Normalisation des cycles

Définitions

- Ménorragies
 - Saignements prolongés (plus de 7 jours)
 - Ou saignements abondants (supérieur à 80 mL par cycle)
- Métrorragies
 - Épisodes de saignements survenant à différents intervalles sans permettre d'identifier un cycle
- Polyménorrhée
 - Intervalles entre les saignements de moins de 21 jours

Définitions

- Ménorragies
 - Saignements prolongés (plus de 7 jours)
 - Ou saignements abondants (supérieur à 80 mL par cycle)
- Métrorragies
 - Épisodes de saignements survenant à différents intervalles sans permettre d'identifier un cycle
- Polyménorrhée
 - Intervalles entre les saignements de moins de 21 jours

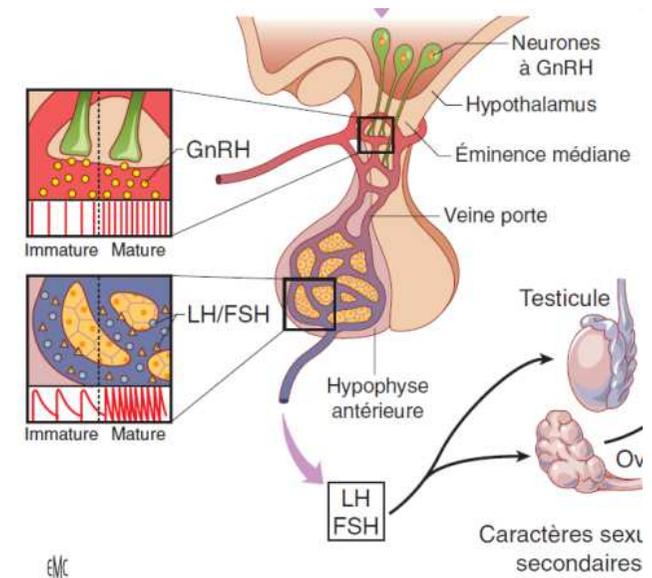
2 - 5% des adolescentes bien portantes

Etiologies : Fonctionnelles

Immaturité de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique

Pas de pic de LH = Pas d'ovulation = Pas de CJ

- Développement de l'endomètre sous effet des œstrogènes en première partie de cycle
- En absence de Corps Jaune : pas de sécrétion de Progestérone
- Conséquences :
 - Prolifération de l'endomètre
 - Desquamation anormale de l'endomètre



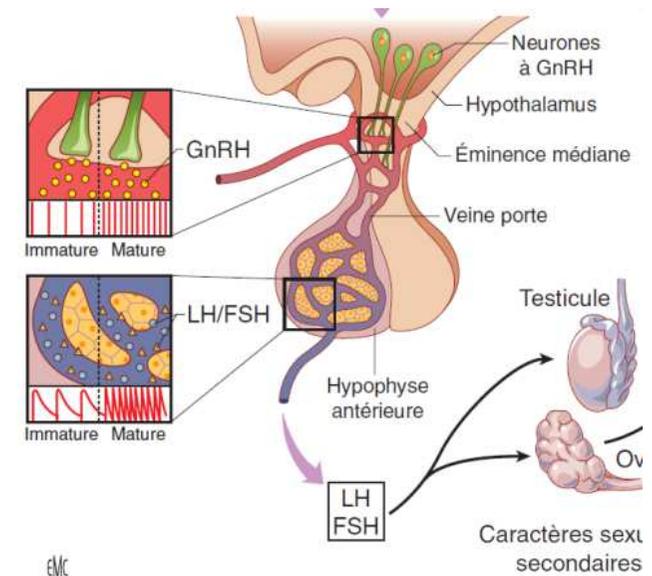
Etiologies : Fonctionnelles

Immaturité de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique

Pas de pic de LH = Pas d'ovulation = Pas de CJ

- Développement de l'endomètre sous effet des œstrogènes en première partie de cycle
- En absence de Corps Jaune : pas de sécrétion de Progestérone
- Conséquences :
 - Prolifération de l'endomètre
 - Desquamation anormale de l'endomètre

80% des cas



Etiologies : Organiques



- Causes gynécologiques
 - Infection génitale
 - **Grossesse** intra ou extra-utérine
 - Tumeur du tractus génital/ovaire
 - Contraception œstroprogestative mal prise ou inadaptée
- Les maladies générales
 - Anomalie du métabolisme des hormones : Rein / Foie
 - Pathologies endocriniennes
 - Dysthyroïdie surtout hypothyroïdie
 - Hyperandrogénie
- Les anomalies de l'hémostase
 - Maladie de **Willebrand**
 - Déficit en facteur de la coagulation, thrombopénies, thrombopathie...

Etiologies : Organiques



- Causes gynécologiques
 - Infection génitale
 - **Grossesse** intra ou extra-utérine
 - Tumeur du tractus génital/ovaire
 - Contraception œstroprogestative mal prise ou inadaptée
- Les maladies générales
 - Anomalie du métabolisme des hormones : Rein / Foie
 - Pathologies endocriniennes
 - Dysthyroïdie surtout hypothyroïdie
 - Hyperandrogénie
- Les anomalies de l'hémostase
 - Maladie de **Willebrand**
 - Déficit en facteur de la coagulation, thrombopénies, thrombopathie...

20% des cas

Prise en charge (2)

- Examen Clinique

- Signes de gravité
 - Constantes : Tension artérielle, pouls...
 - Signes d'anémie
- Signes cutanés
 - Pétéchies / Ecchymoses...
- Examen gynécologique en cas de signes associés



Prise en charge (3)

Examens complémentaires



• En première intention

- NFS : **taux d'Hémoglobine Hb** et numération des plaquettes
- Bilan de coagulation (d'autant plus si anomalies dès les 1^{er} règles)
 - TCA = temps de céphaline activée : voie intrinsèque de la coagulation
 - TP = taux de prothrombine : voie extrinsèque de la coagulation
 - Fibrinogène plasmatique
- Bilan martial : ferritine
- Echographie pelvienne

• En fonction du contexte

- *β*human chorionic gonadotrophin βhCG plasmatique
- Fonctions hépatiques et rénales
- TSH
- Dépistage de la maladie de Willebrand

Traitements

- Objectifs
 - Stopper les saignements
 - Prévenir les récurrences
- La prise en charge dépend de la gravité de la situation
- Le traitement est médical
- Associé à l'éducation des jeunes patientes



Review

Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause

H. Marret *, A. Fauconnier, N. Chabbert-Buffet, L. Cravello, F. Gólfier, J. Gondry, A. Agostini, M. Bazot, S. Brailly-Tabard, J.-L. Brun, E. De Raucourt, A. Gervaise , A. Gompel, O. Graesslin, C. Huchon, J.-P. Lucot, G. Plu-Bureau, H. Roman, H. Fernandez

On behalf of the CNGOF¹

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, French College of Obstetricians & Gynaecologists), 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris, France

Traitements - Formes mineures



- **Hémodynamique stable, flux léger à modéré Hb > 11 g/dl**
- Éducation et réassurance
- Calendrier menstruel
- Suivi trimestriel
- \pm Traitement hormonal pendant plusieurs mois :
 - Progestatifs du 16^e au 25^e jour du cycle
 - Pilule œstroprogestative si contraception nécessaire
- \pm Antifibrinolytiques pendant les règles
- Si anémie ferriprive : supplémentation ferrique

Traitements - Formes modérées

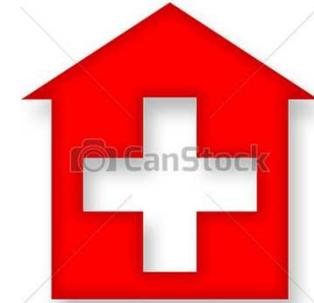


- **Hémodynamique stable, flux modéré à abondant $8 < \text{Hb} \leq 11 \text{g/dl}$**
- Traitement hormonal :
 - **Pilule œstroprogestative** 30-35 μg d'éthinyl-œstradiol*
 - 1 comprimé par jour pendant 21 jours durant 1 à 3 mois
 - Puis Progestatifs du 16^e au 25^e jour du cycle
- \pm Anti-fibrinolytiques pendant les règles
- Supplémentation ferrique
- Calendrier menstruel
- Réévaluation à 1 mois

*si contre-indication aux œstroprogestatifs : **Progestatifs**

- Ex : Acétate de Nomegestrol, Luteryl® 10 mg par jour jusqu'à arrêt des saignements

Traitement - Formes sévères



- **Hémodynamique instable, flux abondant Hb \leq 8 g/dl**
- Hospitalisation, perfusion \pm transfusion sanguine
- **Traitement hormonal :**
 - **Pilule œstroprogestative** 50 μ g d'éthinyl-œstradiol (Stédiril®)*
 - 2 ou 3 comprimés les premières 24h et jusqu'à arrêt des saignements
Maximum 3 jours
 - Puis 1 comprimé par jour pendant 6 semaines
 - Relais par Pilule œstroprogestative 30-35 μ g d'éthinyl-œstradiol 3 à 6 mois
 - Puis Progestatifs du 16^e au 25^e jour du cycle
- \pm Antiémétiques
- \pm **Antifibrinolytiques** intraveineux en aigu, puis per os pendant les règles
- Supplémentation ferrique
- Calendrier menstruel
- Réévaluation à 1 mois

*si contre-indication aux œstroprogestatifs : **Progestatifs**

- Ex : Acétate de Nomegestrol, Lutenyl® 10 mg par jour jusqu'à arrêt des saignements

Conclusions

- 80% des ménorragies chez l'adolescente sont d'origine fonctionnelle
- Ne pas méconnaître une cause organique
 - Anomalie de l'hémostase
- Explorer les anomalies persistantes au-delà des deux ans suivant la ménarche
- La prise en charge repose sur un traitement médical
- Le traitement est fonction du tableau et de la sévérité de l'anémie



Références – Liens Utiles



Traités EMC, 2011, Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente
E. Thibaud et al.

