

# MÉNORRAGIES CHEZ L'ADOLESCENTE

---

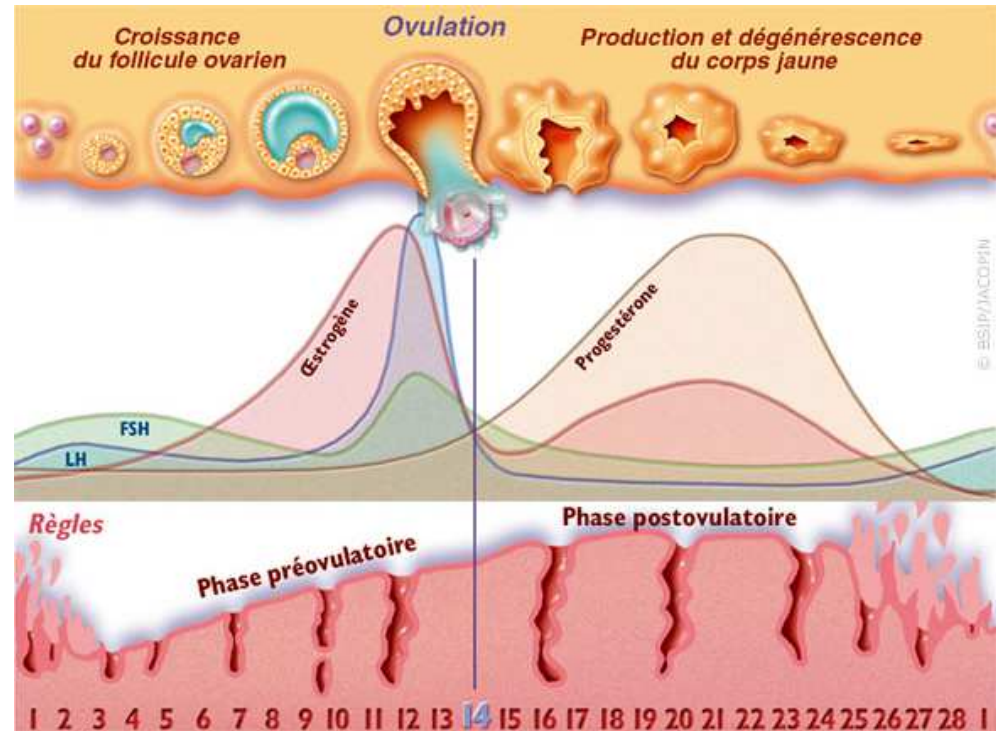
*Mai 2016 Hà Nội*

Dr Charlotte PAUL

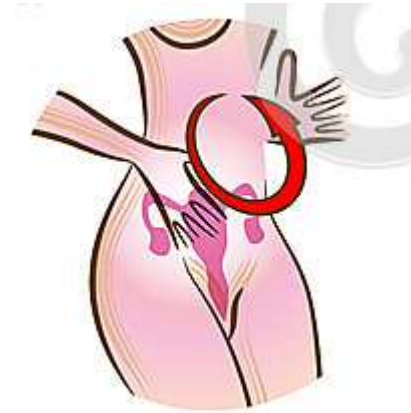
Gynécologie médicale

# 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<sup>er</sup> 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

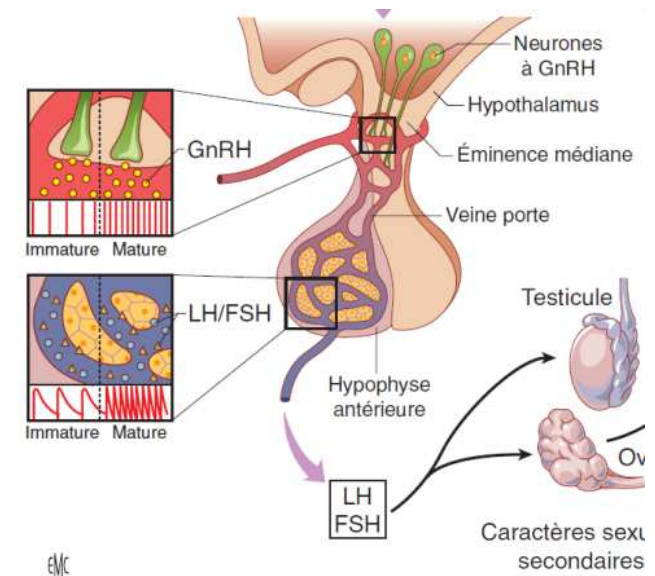
**2 - 5% des adolescentes bien portantes**

# 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



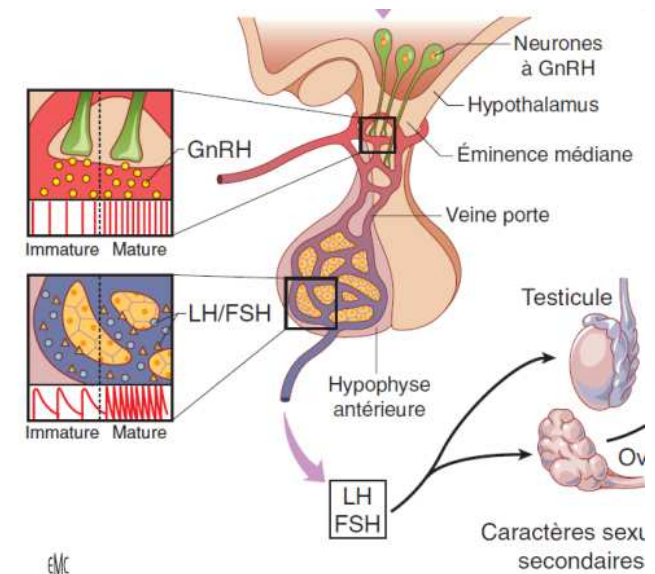
# Etiologies : Fonctionnelles

## 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<sup>er</sup> 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 CNGOF<sup>1</sup>

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<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle
  - Pilule œstroprogestative si contraception nécessaire
- $\pm$  Antifibrinolytiques pendant les règles
- Si anémie ferriprive : supplémentation ferrique

# Traitements - Formes modérées

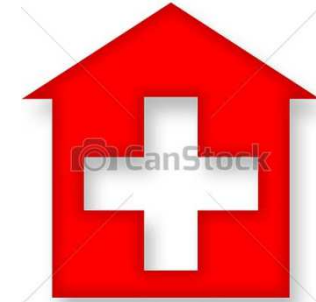


- **Hémodynamique stable, flux modéré à abondant  $8 < \text{Hb} \leq 11 \text{g/dl}$**
- **Traitement hormonal** :
  - **Pilule œstroprogestative** 30-35  $\mu\text{g}$  d'éthinyl-œstradiol\*
    - 1 comprimé par jour pendant 21 jours durant 1 à 3 mois
    - Puis Progestatifs du 16<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> 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  $\mu$ g d'éthinyl-œstradiol (Stédiril <sup>®</sup>)\*
    - 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  $\mu$ g d'éthinyl-œstradiol 3 à 6 mois
  - Puis Progestatifs du 16<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> 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, Luteryl<sup>®</sup> 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.*

