

Pathologies gynécologiques de l'adolescente : comment les aborder ?

RÉSUMÉ : Les principaux enjeux du diagnostic d'une aménorrhée chez l'adolescente sont :

- éliminer une cause congénitale pouvant avoir un impact sur la prise en charge globale de la maladie ;
- rechercher une cause fréquente dont la prise en charge spécifique permettra la guérison ;
- en l'absence de cause évidente, initier une prise en charge précoce pour pallier à l'insuffisance estrogénique.

Les ménomérorragies sont le plus souvent fonctionnelles chez l'adolescente, liées à l'anovulation postpubertaire. Elles peuvent néanmoins être à l'origine d'une anémie aiguë et sévère, nécessitant une transfusion et un traitement rapidement efficace pour arrêter le saignement. Un traitement préventif hormonal doit être discuté pour prévenir le risque de complication.

La fréquence et l'impact sur la qualité de vie de la dysménorrhée de l'adolescente sont sous-estimés. La dysménorrhée est le plus souvent primaire, mais la résistance au traitement par les AINS pris de façon précoce doit faire rechercher une cause pelvienne ou, plus rarement, malformative.



→ L. DURANTEAU

Endocrinologue-Gynécologue,
Médecine des Adolescents,
Hôpitaux Paris-Sud (Bicêtre),
LE KREMLIN BICÊTRE.

Aménorrhées

L'aménorrhée de l'adolescente justifie une enquête étiologique clinique et paraclinique dans le but de faire un diagnostic précoce et de prédire au mieux la fertilité (**encadré**). Un certain nombre de situations pathologiques sont négligées avant la mise en route d'un traitement hormonal à l'origine d'un retard diagnostique qui pourra être préjudiciable au moment où la question de la fertilité se posera.

1. Définition

Les aménorrhées sont définies classiquement par l'absence de cycle menstruel chez la fille après l'âge de 15 ans. Néanmoins, l'association d'une aménorrhée à une absence ou un retard de développement des seins à l'âge de 13 ans doit précipiter l'enquête étiologique. La ménarche survient clas-

siquement 2 ans après les signes de poussée mammaire. Environ 50 % des cycles sont anovulatoires durant la première année, puis 95 % des cycles seront réguliers avec une période intermenstruelle pouvant varier de 21 à 45 jours 2 ans après. L'aménorrhée secondaire est l'interruption des cycles menstruels chez une jeune fille préalablement réglée. Les causes des aménorrhées primaires et secondaires

Encadré : Indications cliniques d'évaluation d'une aménorrhée chez l'adolescente

- Absence de ménarche à 15 ans.
- Absence de ménarche à 13 ans et absence de développement pubertaire.
- Absence de ménarche à 14 ans et signes cliniques évocateurs :
 - trouble du comportement alimentaire,
 - signes cliniques d'hyperandrogénie,
 - douleurs pelviennes périodiques.

REVUES GÉNÉRALES

Gynécologie

de l'adolescente se recouvrent, mais la probabilité d'une cause génétique ou utérine est plus forte en cas d'aménorrhée primaire. En dehors de la grossesse, l'aménorrhée secondaire est plus souvent le résultat d'une pathologie acquise. L'existence d'irrégularités menstruelles (à type de spanioménorrhée ou moins de 8 cycles par an) doit entraîner les mêmes investigations complémentaires.

En termes épidémiologique, les causes les plus fréquentes d'aménorrhée chez l'adolescente sont les aménorrhées liées à un syndrome des ovaires polykystiques et les aménorrhées hypothalamiques [1]. En pratique, il faudra dans tous les cas éliminer une éventuelle grossesse, puis un minimum d'investigations est utile pour orienter le diagnostic étiologique.

2. Démarche diagnostique

>>> **L'interrogatoire** peut apporter des éléments d'orientation diagnostique fondamentaux comme : l'existence dans la famille d'autres individus atteints d'hypogonadisme ou d'infertilité inexplicables tels que retard pubertaire, aménorrhée, infertilité ou d'anosmie ; des antécédents personnels de maladie chronique, de traitements spécifiques tels que radiothérapie, chimiothérapie ou traitement immunosuppresseur. La possibilité d'une grossesse doit être évoquée.

>>> **L'examen clinique** oriente d'emblée le diagnostic par :

- l'évaluation du statut pubertaire : développement des seins, pilosité pubienne et/ou sexuelle, la croissance en recherchant l'absence d'accélération de la vitesse de croissance ou un infléchissement de la courbe de croissance ;
- la recherche de signes cliniques spécifiques : une dysmorphie surtout si elle est associée à une petite taille évocatrice du syndrome de Turner, une anosmie ou hyposmie, une galac-

torrhée, une hyperandrogénie (acné, hirsutisme) ;

- l'évaluation de l'état nutritionnel, la recherche des troubles digestifs ;
- l'examen des organes génitaux externes : l'anatomie de la vulve, du clitoris (hypertrophie en faveur d'une hyperandrogénie), du vagin et sa trophicité, reflet de l'imprégnation estrogénique. Le test aux progestatifs (10 jours d'un traitement progestatif sous forme de 200 mg de progestérone micronisée ou 20 mg de dydrogestérone par jour) peut compléter cette évaluation pour confirmer l'imprégnation suffisante de l'endomètre s'il est positif.

3. Quelles explorations complémentaires pratiquer en première intention ?

La cause de l'aménorrhée est souvent orientée par la clinique qui détermine l'estrogénisation. En conséquence, les explorations utiles sont limitées :

- au dosage de β hCG plasmatiques au moindre doute, même en cas d'aménorrhée primaire ;
- au dosage plasmatique des gonadotrophines LH et FSH ;
- au dosage de la prolactine et de la TSH pour éliminer des causes simples ;
- le dosage des stéroïdes sexuels (estradiol, testostérone, autres androgènes) doit être orienté : le dosage de l'estradiol peut être intéressant pour évaluer le degré d'hypoestrogénie de façon plus rigoureuse qu'un test au progestatif ; le dosage des androgènes (essentiellement dosage de testostérone plasmatique) lorsqu'il existe des signes d'hyperandrogénie.

Ces premiers résultats permettent de discriminer en l'absence d'anomalie des organes génitaux, l'origine centrale, hypothalamo-hypophysaire de l'aménorrhée ou ovarienne.

L'échographie utérine et ovarienne est utile pour confirmer la présence d'un utérus, évaluer sa morphologie

et sa taille, ainsi que la morphologie et le volume des ovaires. Plus rarement, l'échographie ne retrouve pas de structure utérine dans le cas d'un syndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) ou d'insensibilité complète aux androgènes, alors que le développement des seins est normal.

À l'issue de ce bilan, le tableau clinique permet d'évoquer l'un des diagnostics les plus fréquents : le syndrome des ovaires polykystiques ou l'aménorrhée hypothalamique. Dans les autres cas, ce sont d'autres signes cliniques qui vont orienter :

- une insuffisance staturale, un défaut de développement pubertaire, une dysmorphie, une malformation cardiaque ou aortique connue, des antécédents d'otites fréquentes dans l'enfance qui évoquent alors un syndrome de Turner ou une mosaïque. On peut ainsi discuter de réaliser en première intention un caryotype ;
- une galactorrhée liée à une hyperprolactinémie ;
- des signes de dysthyroïdie (hypo ou hyperthyroïdie) ;
- une anosmie ;
- des signes d'une maladie générale, digestive ou rénale.

L'IRM hypophysaire sera pratiquée secondairement :

- en cas d'hyperprolactinémie confirmée ;
- en cas de déficit gonadotrope si on suspecte un processus tumoral ou infiltratif hypothalamo-hypophysaire (cassure de la courbe de croissance, autre déficit hypophysaire ou diabète insipide), ou une aménorrhée de type hypothalamique mais sans cause évidente.

Dans tous les cas, l'aménorrhée chez l'adolescente ne doit pas être négligée. Son exploration permet ainsi d'éliminer des causes rares mais qui ont un impact sur la fertilité ultérieure, qui reste le principal enjeu de ce diagnostic.

Ménométrorragies

1. Définition

Les ménométrorragies se définissent par des règles abondantes, de volume > 80 mL ou qui nécessitent plus de six protections par jour et/ou trop prolongées (> 7 J) et/ou trop fréquentes (cycles < 21 J) et/ou non cycliques. Elles sont fréquentes à l'adolescence et surviennent souvent dès la ménarche. Elles sont dites fonctionnelles car en rapport avec la dysovulation fréquente au cours de la période postpubertaire. Les ménométrorragies ne doivent pas occulter la recherche d'une anémie et, au cours d'un premier épisode, la recherche d'une anomalie de l'hémostase pour laquelle les ménorragie représentent souvent le premier mode de révélation.

2. Conduite à tenir diagnostique

L'évaluation clinique initiale est fondamentale et a pour objectif:
– d'évaluer le degré de gravité immédiate;

– de rechercher des éléments de diagnostic étiologique sans que ceux-ci ne retardent le recours thérapeutique, en particulier lorsqu'il est urgent.

L'évaluation du degré de gravité repose sur:

– l'interrogatoire: il sous-estime souvent l'abondance des règles. Il est conseillé d'adapter les questions à l'adolescente (nombre de changes au cours d'une journée scolaire, d'une nuit, etc.). Les ménorragies perturbent les activités de la vie quotidienne et en particulier la scolarité, les activités extrascolaires. Elles sont sources d'absences et d'inaptitudes. L'interrogatoire doit s'aider d'outils de quantification comme le score de Higham (fig. 1). Un score supérieur à 100 correspond à un saignement supérieur à 80 mL;
– le caractère récent et brutal ou chronique, les antécédents d'épistaxis, de gingivorragies, d'ecchymoses sont à rechercher ainsi que la recherche d'antécédents familiaux évocateurs d'anomalie génétique de l'hémostase;

– la prise médicamenteuse est également à rechercher de principe;
– les signes cliniques de retentissement d'une anémie doivent être recherchés: "malaise", vertiges, hypotension artérielle, tachycardie, pâleur conjonctivale;
– l'examen gynécologique, d'abord vulvovaginal, est impératif pour rechercher un traumatisme, un corps étranger ou une lésion génitale qui saigne, puis gynécologique en cas de suspicion de grossesse, de douleurs pelviennes;
– la numération sanguine: non seulement taux d'hémoglobine mais numération plaquettaire sont essentiels initialement et guideront la thérapeutique. Le bilan d'hémostase de débrouillage est obligatoire (TP, TCA, temps de saignement). De façon secondaire, l'évaluation du fer sérique et de la ferritine, la recherche d'un déficit du facteur von Willebrand (vWF), l'étude des fonctions plaquettares sont orientées par le tableau clinique;
– le dosage des hCG plasmatiques de principe pour exclure une grossesse compliquée, une fausse couche ou une

Date :		Jour de règles								
Serviette ou tampon		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	Points
	1 point/linge									
										
	5 points/linge									
										
	20 points/linge									
										
Caillots										
Débordement										
									Total points	
• Durant les règles il faut noter, chaque jour le nombre de linge (serviette ou tampon) dans la case correspondant au degré d'imprégnation en sang. • En additionnant les points à la fin des règles, on obtient la valeur du score de Higham. • Un score supérieur à 100 points correspond à un saignement supérieur à 80 mL de sang (définition de la ménorragie).										

Fig. 1 : Score de Higham (ou bleeding pattern chart) : le score obtenu en évaluant l'abondance quotidienne des règles par des points permet de définir une ménorragie (score supérieur à 100).

REVUES GÉNÉRALES

Gynécologie

grossesse extra-utérine, est conseillé même si l'adolescente ne reconnaît pas avoir d'activité sexuelle.

3. Étiologies

Les ménorragies fonctionnelles qui représentent 80 à 90 % des causes sont un diagnostic d'élimination. Elles sont la conséquence de l'anovulation fréquente au cours de la période postpubertaire, entraînant une hyperestrogénie responsable d'endomètre hyperplasique (parfois mise en évidence à l'échographie lorsque la mesure est souhaitée).

Les diagnostics à éliminer d'emblée sont la grossesse et un trouble de l'hémostase. Le trouble de l'hémostase sera, lui, évoqué en cas des antécédents familiaux d'anomalies de l'hémostase, des antécédents personnels de saignements occultes, de traitement médicamenteux. Il s'agit souvent de pathologies constitutionnelles ou acquises résumées dans le **tableau I**. Dans une revue rapportant huit études ayant analysé la fréquence relative des affections en cause, le déficit du vWF serait en cause dans 5 à 36 % des cas : la maladie de von Willebrand serait le trouble de la coagulation le plus fréquent dans ces situations. Les dysfonctions plaquet-

taires seraient responsables de 2 à 44 %, les thrombopénies de 13 à 20 % des cas et, enfin, les déficits de facteurs de la coagulation pour 8 à 9 % [2]. Certaines études mettent en évidence une prévalence élevée d'anomalies de l'hémostase, en particulier de dysfonctions plaquettaires observées dans ce contexte, mais questionnent néanmoins l'impact clinique de certaines anomalies modérées [3].

Enfin, les ménorragies peuvent relever d'une cause organique (0 à 5 % des cas) : elles ne sont pas isolées et sont liées à des étiologies cervico-vaginales et utérines, ou tumorales rares, ou encore à des pathologies graves de type insuffisance hépatique ou rénale.

4. Conduite thérapeutique

Il n'existe pas à ce jour de recommandations de prise en charge thérapeutique des ménorragies de l'adolescente. Toutefois, les principes suivants s'appliquent :

- si l'anémie est mal tolérée et/ou si le taux d'hémoglobine est inférieur à 8 g/dL, une hospitalisation en urgence est souhaitable. Il est nécessaire dans un premier temps de corriger l'anémie (transfusion en cas d'anémie sévère mal tolérée, supplémentation martiale);
- les traitements hormonaux sont efficaces pour arrêter le saignement;
- un traitement de fond associé à du fer dans les 3 premiers mois est proposé pour éviter les récives au long cours de l'anémie.

Les différents traitements sont représentés par :

- les traitements hormonaux (principalement estrogènes ou estroprogestatifs) :
 - durant la phase de saignements (2 à 3 jours) : des estrogènes seuls à forte dose, soit 4 à 8 mg d'estradiol ou 100 à 200 µg d'éthinylestradiol (EE), ou sous forme d'estroprogestatifs oraux dosés à 50 µg d'EE, fractionnée en deux ou quatre prises;

- en relais après résolution du saignement : des estroprogestatifs sous forme de pilule minidosée à 30 µg d'EE en continu pendant 1 ou 3 mois en fonction de la gravité de l'anémie ; soit un progestatif (dydrogestérone) de façon séquentielle 10 ou 14 jours/mois (J16 à J25 ou J14-J28 du mois) pour réduire l'hyperplasie endométriale et le flux menstruel ;

– les antifibrinolytiques en association, essentiellement en période de saignement, sous forme d'acide tranexamique à la dose de 20 mg/kg/j en deux ou trois prises orales ;

– exceptionnellement, le stérilet au progestatif mais dont l'insertion est délicate chez l'adolescente.

En conclusion, les ménométrorragies chez l'adolescente ne doivent pas être négligées. Elle doit faire éliminer une grossesse et rechercher une pathologie de la coagulation.

Dysménorrhée de l'adolescente

1. Définition et épidémiologie de la dysménorrhée chez l'adolescente

La dysménorrhée primaire ou fonctionnelle de l'adolescente est un syndrome paroxystique douloureux précédant ou accompagnant les règles, en l'absence de pathologie pelvienne associée. Elles sont liées à la production de prostaglandines utérines induisant l'hypercontractilité du myomètre et la vasoconstriction artériolaire. Les douleurs pelviennes précèdent ou débutent quelques heures après le début des règles et durent 2 à 3 jours. Elles peuvent être accompagnées de symptômes variés à type d'asthénie, de myalgies, de céphalées, nausées, vomissements, diarrhée ou d'anxiété, d'irritabilité, voire de dépression. La dysménorrhée touche jusqu'à 90 % des adolescentes [4], a un impact non négligeable sur la qualité de vie et est

Pathologies constitutionnelles

- Maladie de Willebrand
- Conductrice d'hémophilie
- Déficit de facteurs de la coagulation : V, VII, X
- Thrombopathies
 - Thrombasthénie de Glanzmann
 - Maladie de Bernard-Soulier

Pathologies acquises

- Thrombopénies centrales des aplasies médullaires ou au cours des chimiothérapies
- Thrombopénies périphériques (PTI)
- Dysfonctions plaquettaires, en particulier liées aux médicaments

TABEAU I : Principales causes de troubles de la coagulation pouvant être à l'origine de ménométrorragies chez l'adolescente.

responsable d'un absentéisme scolaire sous-estimé.

2. Diagnostic positif et étiologique

La dysménorrhée primaire est un diagnostic d'interrogatoire. L'examen clinique est négatif, en particulier l'examen abdominal et gynécologique, essentiellement vulvovaginal. L'épreuve thérapeutique confirme le diagnostic. L'imagerie n'est pas systématique et pourrait être réalisée seulement si l'examen clinique est anormal, ou en cas de dysménorrhée réfractaire au traitement.

La dysménorrhée secondaire est liée à une pathologie pelvienne sous-jacente. À l'adolescence, il faut éliminer une malformation obstructive du tractus génital (corne rudimentaire, utérus didelphe avec septum vaginal transverse obstructif ou avec sténose cervicale...) souvent avec une imagerie, échographie ou plus souvent IRM pelvienne. Les autres étiologies possibles sont les kystes ovariens, les pathologies utérines (adénomyose, polypes endométriaux). Les douleurs pelviennes sont cycliques ou acycliques, associées à des métrorragies ou à une dyspareunie. L'autre diagnostic à évoquer est l'endométriose, qui affecterait jusqu'à 75 % des adolescentes présentant des douleurs pelviennes chroniques résistant au traitement médical. Il n'y pas de corrélation entre l'intensité des lésions et la sévérité des symptômes. L'IRM pelvienne est le meilleur examen pour évaluer les lésions d'endométriose. Une revue des études ayant exploré par coelioscopie les adolescentes présentant une dysménorrhée, conclut à des lésions d'endométriose observées dans près de 2/3 des cas, en particulier en cas de dysménorrhée sévère ou résistante au traitement [5].

3. Prise en charge thérapeutique au long cours

Le traitement repose sur un traitement d'épreuve en première intention par

Traitements de la dysménorrhée en France	
Produits	Posologie journalière
Acide méfénamique 250 mg (Ponstyl)	500 mg × 1 à 3
Ibuprofène 200 mg et 400 mg (Advil, Nurofen, Brufen)	400 mg × 1 à 3
Flurbiprofène 100 mg (Antadys, Cebutid)	100 mg × 2 à 3
Naproxène 500 mg (Naprosyne)	500 mg × 1 à 3
Naproxène sodique 550 mg (Apranax)	550 mg × 1 à 3

TABEAU II.

les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Les AINS sont efficaces dans 75 % des cas lorsqu'ils sont pris précocement 1 à 2 jours avant le début des règles et jusqu'à la fin de l'épisode douloureux, par exemple l'ibuprofène à la dose de 400 mg toutes les 8 heures. D'autres AINS peuvent être utilisés (**tableau II**). Des antalgiques (type paracétamol) peuvent être associés. En cas d'inefficacité des AINS correctement pris (il est important de vérifier la prise suffisamment précoce des AINS avant de conclure à une inefficacité ou une résistance au traitement) ou si une contraception est souhaitée, un traitement hormonal de type pilule pourra être proposé. Des effets bénéfiques sur la dysménorrhée ont été prouvés pour la contraception combinée estroprogestative. La contraception progestative pure à faible dose serait également efficace. Il faudra éviter de recourir chez l'adolescente à un traitement progestatif à forte dose en raison de l'hypoestrogénie associée qui serait délétère sur la masse osseuse et la qualité de vie.

Une étude française a analysé chez des femmes présentant une endométriose sévère les facteurs de risque de développer une maladie profonde à l'âge adulte sont : des antécédents familiaux d'endométriose, un absentéisme pendant la période des règles et un usage précoce et prolongé des contraceptifs oraux [6]. Certains auteurs recommandent la réalisation d'une coelioscopie à titre exploratoire et thérapeutique en cas de dysménorrhée sévère et/ou réfractaire aux AINS et à la pilule. Toute dysménorrhée de l'adolescente ou de l'adulte

jeune non soulagée par un traitement médical, à type d'AINS ou de traitement hormonal, doit faire suspecter une dysménorrhée secondaire et être explorée par une IRM pelvienne. Le traitement efficace d'une dysménorrhée précoce évocatrice d'endométriose pourrait réduire la gravité de la maladie pelvienne à long terme.

Pour en savoir plus

Duranteau L. Aménorrhée de l'adolescente. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Pédiatrie, 4-107-B, 20, 2011.

Bibliographie

1. GOLDEN NH *et al.* The pathophysiology of amenorrhea in the adolescent. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2008; 1135:163-178.
2. AHUJA SP *et al.* Overview of bleeding disorders in adolescent females with menorrhagia. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2010;23:S15-S21.
3. SERAVALLI V *et al.* Prevalence of hemostatic disorders in adolescents with abnormal uterine bleeding. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2013;26:285-289.
4. PARKER MA *et al.* The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population-based study of Australian teenagers. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2010;117:185-192.
5. JANSSEN EB *et al.* Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 2013;19:570-582.
6. CHAPRON C *et al.* Markers of adult endometriosis detectable in adolescence. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2011;24:S7-S12.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.