Diagnostic et traitement des troubles menstruels de l'adolescente

Anna Kathrin Erkert, Weinfelden; Dorit Hoffmann, Winterthur
Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Introduction

Les saignements anormaux sont parmi les raisons les plus fréquentes amenant à consulter en gynécologie de l'adolescente.
De nombreuses patientes ne consultent pourtant qu'après des semaines de saignements ininterrompus ou plusieurs mois d'aménorrhée. Il s'agit souvent d'un manque de connaissances sur le cycle normal, d'une souffrance subjective inégale ou d'un sentiment de pudeur voire de honte des jeunes patientes.

Une connaissance solide du cycle normal par les médecins de premier recours et sa transmission aux jeunes filles et à leurs parents sont les prémisses au dépistage précoce de pathologies. Il est peu connu qu'il existe des valeurs normales pour le cycle physiologique déjà dès la première année après la ménarche[1]. Des cycles menstruels réguliers sont un bon indicateur pour l'état de santé actuel d'une adolescente. L'anamnèse menstruelle devrait donc faire partie intégrante d'une consultation d'adolescentes.

Les cycles anovulatoires dus à l'immaturité de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien, encore physiologiques peu de temps après la ménarche, sont tenus pour la cause la plus fréquente des troubles menstruels. Il s'agit néanmoins d'un diagnostic d'exclusion, pouvant cacher une maladie endocrinienne, une grossesse ou une infection sexuellement transmissible. Des menstruations abondantes dès la ménarche évoquent un trouble de la coagulation.

Le diagnostic des saignements utérins anormaux inclut une anamnèse et un examen physique détaillés. Des investigations biologiques et par imagerie peuvent s'avérer nécessaires dans le cas individuel.
Le traitement s'oriente à la cause des saignements et est en général conservateur. On utilise les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), les anti-fibrinolytiques et une large palette de produits hormonaux. Une éventuelle anémie sera aussi traitée.

Épidémiologie du cycle menstruel

Dans les pays industrialisés l'âge moyen de la ménarche se situe actuellement entre 12 et 13 ans. Malgré l'accélération séculaire, ces trente dernières années l'âge de la ménarche est resté très stable. Cependant une forte augmentation du BMI pendant l'enfance peut entraîner un début plus précoce de la puberté[2, 3]. Pendant les 1-2 premières années qui suivent la ménarche, on rapporte en moyenne une durée du cycle entre 21 et 45 jours[4, 5]. La durée moyenne du cycle est de 32.2 jours[1]. Après 3 ans déjà 60-80% des filles ont des cycles entre 21 et 34 jours[1]. Pendant les deux premières années suivant la ménarche entre 55 et 82% des cycles sont anovulatoires en raison de l'immaturité de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien[6]. Dès la 5ème année après la ménarche la proportion de cycles ovulatoires monte à 80%.

La durée des menstruations se situe entre 2 et 7 jours. La perte normale de sang est de 30-40 ml[7]. Il est difficile pour les adolescentes de quantifier la perte de sang. Elles la sur- ou sous-estiment fréquemment. Il peut s'avérer utile de s'enquérir sur la quantité de tampons ou bandes utilisés. On considère normal de changer 3-6 tampons/bandes par jour ou 10-15 tampons/bandes par cycle. Un débordement nocturne, des changes toutes les heures ainsi que des pertes de plus de 80 ml ou de coagulats d'un diamètre > 2.5 cm nécessitent des investigations[8].

Aménorrhée primaire: pas de menstruations jusqu'au 16ème anniversaire ou 2.5-3 ans après la thélarche
Ménarche: typiquement entre 12 et 13 ans (médian 12,43 ans)
Durée du cycle: 20-45 jours, > 90 jours = aménorrhée
Durée des saignements: 2-7 jours
Intensité des saignements: typiquement 35 ml, pathologique > 80 ml, perte de coagulats > 2.5 cm (cave anémie)
3-6 bandes/tampons par jour
< 10-15 bandes/tampons par cycle

Tableau 1: Check-list de la menstruation normale

Cycle physiologique

Pour traiter des troubles du cycle, des connaissances de base du cycle normal et de ses modifications sont indispensables.
On divise le cycle menstruel en une phase folliculaire (phase proliférative), une phase ovulatoire et une phase lutéale (phase sécrétoire). Pendant la phase folliculaire se forme un follicule dominant, produisant des quantités croissantes d'œstrogène, ce qui enduit un épaississement de l'endomètre. Il existe une boucle de feedback négatif entre œstrogène, hormone lutéinisante (LH) et hormone folliculo-stimulante (FSH). Le dépassement d'un certain taux d'œstrogène déclenche une augmentation de LH, ce qui induit l'ovulation. Se forme alors le corps jaune (corpus luteum), produisant de l'œstrogène et de la progestérone qui stabilise l'endomètre et le prépare à l'implantation. En l'absence d'implantation le corps jaune se détruit, déclenchant la menstruation.

Troubles du cycle

Aménorrhée primaire

On définit l'aménorrhée primaire par l'absence de ménarche au 16ème anniversaire ou 2½-3 ans après la thélarche.
Il faut néanmoins inclure dans l'évaluation, outre l'âge chronologique, l'anamnèse familiale et le développement physique global, respectivement l'évolution de la puberté de l'adolescente. Si la thélarche ou la pubarche n'ont débuté qu'à l'âge de 13 ans, on ne peut pas s'attendre à une ménarche avant le 15ème anniversaire[9].

Aménorrhée secondaire

On parle d'aménorrhée secondaire lorsque les menstruations sont absentes pendant plus de 3 mois après des cycles jusqu'alors réguliers ou irréguliers. Une aménorrhée secondaire sera investiguée même si elle intervient peu de temps après la ménarche, le percentile 95 pour la durée du cycle menstruel étant de 90 jours déjà pendant la première année.

Étiologies et investigations

Les causes d'une aménorrhée primaire sont multiples. Outre un retard du développement constitutionnel cela peut cacher des malformations comme l'atrésie hyménale ou l'aplasie vaginale. On distingue l'aménorrhée symptomatique avec des douleurs cycliques de l'aménorrhée asymptomatique *(tabl. 2)*.

Toutes les causes à l'origine d'une aménorrhée primaire, exception faite de malformations occlusives, peuvent aussi occasionner une aménorrhée secondaire. Les adolescentes donnant souvent de fausses indications concernant leur activité sexuelle, une grossesse devrait toujours être exclue. Des causes fréquentes sont le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), des dysfonctions de la thyroïde et des troubles alimentaires.

Les investigations incluent, outre une anamnèse détaillée, l'examen physique et l'inspection des organes génitaux extérieurs. L'excès autant que le déficit pondéral nécessitent des investigations. L'activité sportive excessive peut également induire une aménorrhée. L'échographie abdominale chez l'adolescente sexuellement non active ou l'échographie vaginale après le premier rapport sexuel nous indique la forme et la taille de l'utérus, l'épaisseur de l'endomètre et permet aussi de mettre en évidence d'éventuelles malformations et les ovaires.

Les causes endocrines comme les troubles hyper- ou hypogonadotropes sont décelées par des investigations biologiques.

Saignements utérins anormaux

Selon la recommandation de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) de 2011, tous les troubles hémorragiques dès l'adolescence sont regroupés sous le terme de saignements utérins anormaux (AUB). Par AUB est décrite toute anomalie concernant le volume de sang, la régularité, la fréquence et la durée des saignements menstruels. Des termes mal définis come saignement utérin dysfonctionnel ne devraient plus être utilisés. Lors d'AUB chroniques ces anomalies sont présentes pendant la majorité des cycles des 6 mois précédents. Il faut différencier l'AUB aigu qui décrit un saignement important, nécessitant une intervention immédiate.

Alors que les AUB à l'âge adulte sont essentiellement dus à des causes structurelles (classification PALM selon la FIGO), les causes non structurelles prédominent pendant l'adolescence (classification COEIN selon la FIGO). En premier lieu sont à mentionner les hémorragies lors de cycles anovulatoires. D'autres causes fréquentes sont des troubles en début de grossesse ou des maladies sexuellement transmissibles. On trouve en outre chez jusqu'à 20% des patientes une coagulopathie. Dans la littérature les indications concernant la prévalence des différentes coagulopathies varient fortement (maladie von Willebrand 5-36%, troubles de la fonction plaquettaire 2-44%, thrombocytopénies 13-20%) [4].

Constitutionnelle, familiale, idiopathique
Malformation, p. ex. atrésie hyménale, syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser
Dysgénésie gonadique
Insuffisance ovarienne hypergonadotrope
Troubles hypogonadotropes (hypothalamiques ou hypophysaires)
Hyperprolactinémie
Syndrome des ovaires polikystiques
Craniopharyngiome
Iatrogène (radiation, chimiothérapie)
Perte de poids, troubles alimentaires, activité sportive
Maladies chroniques, p.ex. cœliakie

Tableau 2: Causes d'aménorrhée primaire

Saignements utérins anormaux chroniques

Le plus souvent il s'agit de cycles anovulatoires avec persistance du follicule. Chez une fille obèse avec un hirsutisme et une acné modérée à sévère, signes d'une hyperandrogénie, combinés à une oligomenorrhée (durée du cycle >38 jours) [11], on évoquera un SOPK. Sur le plan physiopathologique, lors d'un cycle anovulatoire prolongé l'endomètre est soumis à une exposition chronique aux œstrogènes, ce qui induit une prolifération sans frein. L'absence d'augmentation du taux de LH au milieu du cycle empêche la formation d'un corps jaune produisant des gestagènes. La transformation sécrétoire n'a pas lieu et ont lieu des saignements en dehors des règles (spotting).

Le diagnostic des saignements utérins chroniques commence par une anamnèse détaillée, incluant l'âge, les cycles et ses anomalies, les maladies systémiques, la prise de médicaments, les changements de poids et l'anamnèse familiale concernant les coagulopathies. Il faut s'enquérir aussi des troubles concomitants comme la fièvre, les douleurs, les pertes vaginales, de l'activité sexuelle et d'éventuels traumatismes. À l'examen physique on évalue le stade pubertaire et d'œstrogénisation de l'hymen, on cherche des blessures génitales et on estime l'importance des saignements. En présence d'une bonne œstrogénisation et s'il y a déjà eu des rapports sexuels, on peut effectuer un examen par speculum. Cela permet de déceler les rares tumeurs du vagin. On évitera d'effectuer un examen vaginal en l'absence d'œstrogénisation et chez l'adolescente non active sexuellement. Dans ce cas l'échographie abdominale avec vessie pleine est un bon moyen pour évaluer les organes génitaux internes. Chez l'adolescente sexuellement active l'échographie peut se faire par voie vaginale. Elle permet d'apprécier l'épaisseur de l'endomètre utérin et de mettre en évidence des kystes et des tumeurs de l'ovaire.

Le bilan biologique initial comprend un test de grossesse urinaire ou plasmatique ainsi qu'une formule sanguine et la ferritine. Chez l'adolescente sexuellement active on exclura une cause inflammatoire des saignements, notamment par chlamydias. Les chlamydias peuvent être mises en évidence par PCR à partir de l'urine ou de sécrétions vaginales. Pour exclure une cause endocrine, p.ex. un SOPK, un trouble hyper- ou hypogonadotrope (insuffisance ovarienne, anorexie), un trouble de la fonction thyroïdienne ou une hyperprolactinémie (médicamenteuse ou tumorale), il est conseillé de doser, si possible entre le 3ème et 5ème jour du cycle, les paramètres suivants: LH, FSH, estradiol, TSH, prolactine, testostérone totale et libre, SHBG et S-DHEA.

Saignements utérins anormaux aigus

Par AUB aigu on entend une hémorragie importante, nécessitant, du point de vue cli-

nique, une intervention rapide afin d'éviter des pertes ultérieures de sang. Il peut survenir indépendamment d'AUB chroniques ou dans le contexte d'AUB chroniques (FIGO)[11), 12)].

L'examen clinique devrait se concentrer sur les signes de l'hémorragie aiguë (hypovolémie, anémie); outre la stabilisation hémodynamique, il s'agit en premier lieu de localiser les saignements et d'évaluer leur importance. Les premiers examens complémentaires comprennent un test de grossesse, une formule sanguine et le dosage de la ferritine. Chez la patiente instable sur le plan hémodynamique on prévoit rapidement la détermination du groupe sanguin, les tests pré-transfusionnels et les tests de coagulation standard.
Lors d'un premier saignement isolé les investigations endocriniennes ne sont pas nécessaires.

Traitement

Tous les saignements ne nécessitent pas un traitement immédiat. En présence d'une hémoglobine et d'un status normaux, il suffit souvent d'informer l'adolescente, de lui remettre un calendrier des règles et de fixer un contrôle 3 mois plus tard. Si les saignements sont discrets à modérés (Hb non inférieure à 10 g/dl), pour une adolescente ne souhaitant pas de contraception, on essayera d'abord un traitement non hormonal, avec des AINS come l'ibuprofène (3x400 mg/jour), le naproxène (250-500 mg/jour) ou l'acide méfénamique (3x500 mg/jour), éventuellement dans un dosage adapté à l'âge. Chez l'adulte la réduction des pertes de sang par les AINS peut atteindre jusqu'à 20%[13)]. Il n'existe pas de données pour les adolescentes.

L'acide tranexamique (dès le premier jour des règles 3-4x 1 g/jour) réduit les saignements plus efficacement que les AINS[14)], mais provoque souvent des nausées et augmente possiblement le risque thromboembolique[11)].

Le gattilier pendant 3-6 mois peut contribuer à normaliser le cycle. On attribue l'effet entre autre à des propriétés dopaminergiques et à la réduction du taux de prolactine. La sécrétion de FSH et LH est normalisée et le cycle stabilisé. Le mécanisme d'action n'est par contre pas entièrement élucidé.

L'hémorragie aiguë demande des mesures immédiates. Pour la patiente instable sur le plan hémodynamique s'appliquent les règles habituelles de prise en charge d'urgence. Chez toutes les patientes les symptômes concomitants tels la douleur et la nausée devraient aussi être traités, par des analgésiques et antiémétiques.

Les saignements doivent être interrompus et les cycles suivants stabilisés. C'est généralement possible par des traitements hormonaux. Les interventions chirurgicales telles l'abrasion ou l'ablation de l'endomètre sont à considérer, chez l'adolescente, comme des solutions de dernier recours et peuvent être évitées dans 90% des cas[8)]. À long terme on traitera l'anémie par des préparations à base de fer, incidemment aussi par voie intraveineuse. Afin d'éviter des dosages erronés l'analyse détaillée de la coagulation ne sera faite qu'une fois les valeurs biologiques normalisées.

Par l'administration d'un contraceptif hormonal combiné à des doses élevées il est en général possible d'interrompre une hémorragie aiguë sévère. Il existe plusieurs recommandations concernant le dosage pendant les premiers jours. Généralement on débute par une micropilule (0.03 mg éthinylestradiol/ 0.15 mg lévonorgestrel) toutes les 6-8 heures. On réduit progressivement la dose jusqu'à 1 cp/jour dès le 5ème jour. Si le dosage est très élevé, il faut surtout surveiller le risque accru de thrombose. L'adjonction d'un antiémétique est raisonnable. Après au moins une semaine sans saignements les médicaments sont stoppés pour 3-5 jours, ce qui provoque une hémorragie de privation. À titre prophylactique la médication pourra ensuite se poursuivre avec le dosage normal[11)].

Une alternative au traitement des saignements chroniques juvéniles avec un endomètre plat est la monothérapie par œstrogènes (p. ex. 2 mg estradiol valérate) pendant 10 jours suivie d'un traitement combiné (p. ex. 2 mg estradiol valérate et 2 mg diénogest) pour 12-14 jours[15)].

En présence de contre-indications à l'utilisation d'œstrogènes ou de réserves chez des patientes très jeunes, le traitement monohormonal par un gestagène est une bonne alternative. Pour ce traitement l'endomètre ne devrait pas être trop mince (dénudé). On utilise la noréthistérone (Primolut®) 1-2x 5 mg/ jour ou la dydrogestérone (Duphaston®) 1-2x 10 mg/jour pendant 14 jours[15)]. Pour prévenir les récidives lors d'AUB chroniques, les deux médicaments peuvent être prescrits, chez l'adolescente sans souhait de contraception, du 15ème au 26ème jour du cycle pour au moins 3 à 6 mois.

Pour réduire l'intensité des saignements d'AUB chroniques s'avère très efficace aussi une pilule combinée avec le gestagène diénogest. En Suisse sont disponibles deux préparations, une monophasique contenant de l'éthinylestradiol (Valette®) et une quadriphasique avec de l'estradiolvalérate (Qlaira®).

L'administration de contraceptifs oraux ne régularise pas seulement les saignements mais atténue aussi la dysménorrhée souvent concomitante. La prise est souvent plus simple que la monothérapie à base de gestagènes pendant la 2ème moitié du cycle et offre une contraception fiable.

Les saignements sont réduits efficacement aussi par l'application d'une spirale hormonale, qui représente par ailleurs une alternative pour les adolescentes qui souhaitent une contraception mais ont des contre-indications aux médicaments hormonaux[16)].

Conclusion

Les saignements anormaux sont fréquents pendant l'adolescence et ne devraient pas être banalisés, mais diagnostiqués et traités. Les conditions sont de bonnes connaissances du développement de la puberté, du cycle normal et de ses anomalies. L'évaluation de la sévérité des troubles se base sur une anamnèse détaillée et un examen approfondi. Selon les constatations un minimum d'analyses complémentaires suffit. Typiquement les indications anamnestiques des adolescentes concernant les pertes de sang s'écartent de la réalité. En raison de leur manque d'expérience elles évaluent mal les symptômes. Le traitement dépendra non seulement des constations objectives mais aussi de la souffrance subjective de la jeune fille. On tiendra compte de cofacteurs comme le souhait de contraception et la compliance, aussi des parents. Un entretien, la remise d'un calendrier menstruel et prévoir un contrôle après 3 mois peut suffir dans un premier temps et représenter une bonne occasion pour d'ultérieurs entretiens préventifs.

Références

1) Flug D, Largo R, Prader A. Menstrual patterns in adolescent Swiss girls: a longitudinal study. Ann Hum Biol 1984; 11: 495-508
2) Commitee on Adolescent Health Care. (Dez 2015). Commitee Opinion Number 651.

3) Hillard PJ. Menstruation in Adolescents: What`s normal? Medscape J Med 2008; 10 (12): 295
4) Fareeda Haamid DO, MPH, AE, JE Dietrich MD, M. Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents. Journal of Pediatric Adolescent Gynecol 2017: 1-6
5) World health Organization task Force on Adolescent Reproductive Health. WHO multicenter study on menstrual and ovulatory patterns in adolescent girls. Journal of Adolescence Health Care 1986;7: 229-235.
6) Pecchioli Y, Oyewumi L, Lisa M Allen, Kives S. The utility of Routine Ultrasound in the Diagnosis and management of Adolescents with Abnormal uterine Bleeding. J. Pediatric and Adolescent Gynecology 2017; 30: 239-42.
7) Oppelt PG, Dörr HG. (2015). Kinder- und Jugendgynäkologie. Thieme.
8) Bennett AR, Gray SH. What to do when she`s bleeding through. The recognition, evaluation, and management of abnormal uterine bleeding in adolescents. Curr Opin Pediatr 2014; 26): 413-9
9) Anthuber S, Deppe C. Menstruationsprobleme bei Jugendlichen. Der Gynäkologe 2015; 4: 278-84.
10) Strowitzki T, Frank-Hermann P. Juvenile Blutungsstörungen. Gynäkologische Endokrinologie 2007; 2: 62-5.
11) Stute P. Abnorme uterine Blutung. Gynäkologische Endokrinologie 2012; 3: 199.
12) Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS for the FIGO Menstrual Disorder Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Fertility and Steriltity 2011; 95): 2204-8.
13) Williams CE, Creighton SM. Menstrual Disorders in Adolescents: Review of Current Practice. Horm Res Paediatr 201; 78: 135-43.
14) Wilkonson JP. Management of Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. J Pedatr Adolesc Gynecol 2010;23): 22-30.
15) Oppelt PG, Baier F. Kinder- und Jugendgynäkologische Dauerbrenner. Gynäkologische Endokrinologie 2016; 4: 249-57.
16) Gemzell-Danielson K, Schellschmitt I. A randomized, phase II study describing the efficiacy, bleeding profile and safety of two low-dose levonogestrel - intrauterine contraceptive systems and Mirenareleasing intrauterine. Fertility and Sterility 2012; 97 (3): 616-22 e3.

Correspondance
Anna Kathrin Erkert
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Praxis
Rathausstrasse 17
8570 Weinfelden
kathrin.erkert@hin.ch

Dr. med. Dorit Hoffmann
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Kantonsspital Winterthur
Brauerstrasse 15
8401 Winterthur
dorit.hoffmann@ksw.ch

Les auteurs certifient qu'aucun soutien financier ou autre conflit d'intérêt n'est lié à cet article.