

Revue générale

Troubles des règles : quand explorer et comment traiter ?

RÉSUMÉ : L'adolescence est marquée chez les jeunes filles par la survenue des premières règles vers l'âge de 12,8 ans en France [1]. Les troubles des règles sont fréquents en période péri-pubertaire, caractérisés par la présence de saignement utérin abondant et de dysménorrhée. Bien que souvent fonctionnels en lien avec l'immaturité de l'axe gonadotrope [2], ces troubles ont un impact notable sur la qualité de vie de ces jeunes filles [3] et doivent savoir être explorés et traités de façon adaptée. En cas d'aménorrhée primaire définie par l'absence de règle à l'âge de 15 ans, une démarche diagnostique bien conduite doit être établie, à la recherche d'une pathologie susceptible d'altérer la fertilité ultérieure.



C. GARCZYNSKI
Service d'Endocrinologie pédiatrique,
CHU de TOULOUSE.

Aménorrhée primaire

Durant les deux à trois premières années après les premières règles, l'immaturité de l'axe gonadotrope est à l'origine d'une dysfonction ovulatoire expliquant la présence de cycles irréguliers chez environ 50 % des patientes [4], sans indication d'exploration à cette période. Toutefois, l'aménorrhée primaire définie par l'absence de règles après l'âge de 15 ans peut révéler une étiologie sous-jacente, susceptible d'altérer la fertilité ultérieure et doit faire l'objet d'une démarche diagnostique rigoureuse (*fig. 1*).

1. Démarche diagnostique

On précisera à l'interrogatoire et à l'examen clinique l'âge du début de développement pubertaire et le stade pubertaire, sans oublier de demander la présence d'antécédents familiaux de troubles du développement pubertaire, de troubles du cycle ou d'infertilité. L'évaluation de la croissance staturo-pondérale, de l'apport nutritionnel et de la réalisation d'une activité physique est également primordiale ainsi que le contrôle du poids et de la taille à l'examen clinique. La présence de douleurs pelviennes, d'une hyper-

androgénie, d'une galactorrhée et de signes d'hypercorticisme devra également être recherchée. Enfin, on n'omettra pas de rechercher une pathologie systémique dans ce contexte.

Concernant les examens complémentaires, on réalisera sur le plan biologique :

- un bilan gonadotrope : LH FSH estradiol (+ AMH) afin de préciser le caractère central ou périphérique de cette aménorrhée ;
- le taux de TSH afin d'évaluer la fonction thyroïdienne ;
- le taux de prolactine afin de rechercher une hyperprolactinémie ;
- les androgènes : testostérone, 17OH-Progesterone afin de rechercher une hyperandrogénie d'origine ovarienne ou surrénalienne ;
- un cortisol libre urinaire 24 h ou test au dexaméthasone acétate afin de rechercher un hypercorticisme ;
- un taux de BHCG afin de s'assurer de l'absence de grossesse ;
- NFS plaquettes, ionogramme sanguin, fonction rénale, bilan hépatique à la recherche d'une pathologie systémique.

Sur le plan morphologique, la réalisation d'une échographie pelvienne permettra

Revue générale

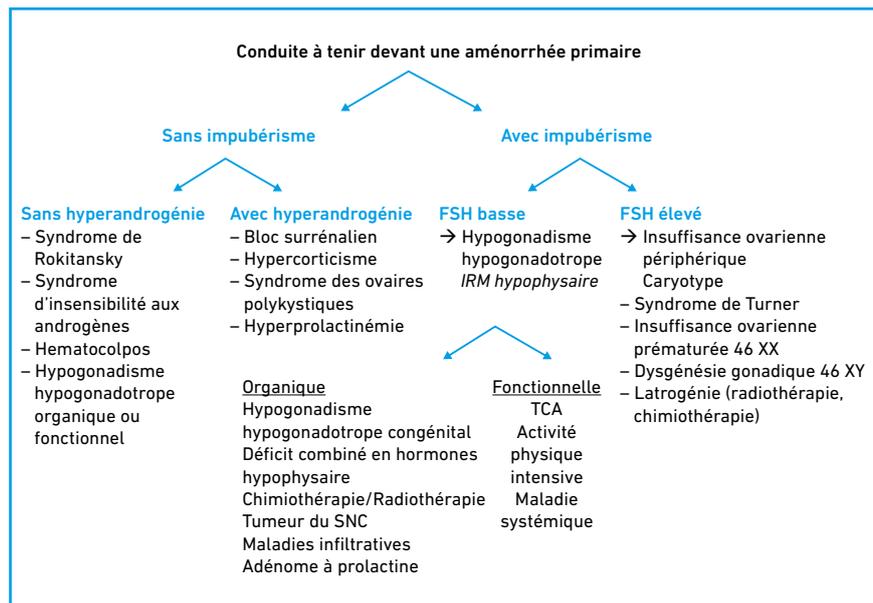


Fig. 1 : Conduite à tenir devant une aménorrhée primaire.

de rechercher la présence d'un utérus, de signes d'imprégnation estrogénique, d'évaluer les dimensions utérines et ovariennes.

2. Étiologies

● Aménorrhée primaire et impubérisme

En l'absence de développement pubertaire, le bilan gonadotrope nous permettra de préciser l'origine centrale ou périphérique de cet hypogonadisme.

- >>> En cas de FSH élevé on évoque une insuffisance ovarienne d'origine périphérique. La réalisation d'un caryotype est alors primordiale afin de préciser l'étiologie, parmi laquelle on retrouvera :
- le syndrome de Turner : perte partielle ou totale du chromosome X ;
 - les insuffisances ovariennes prématurées 46 XX d'étiologie auto-immune, génétique ou par iatrogénie ;
 - les dysgénésies gonadiques 46 XY.

>>> En cas de FSH normale ou basse on parle d'insuffisance gonadotrope d'origine centrale. La réalisation d'une IRM hypophysaire est indiquée en association avec le bilan gonadotrope et permet-

tra de préciser l'étiologie parmi laquelle on retrouvera :

- les hypogonadismes hypogonadotropes d'origine génétique, dont le syndrome de Kallmann ;
- les adénomes à prolactine, les tumeurs hypophysaires ;
- les hypogonadismes hypogonadotropes fonctionnels chez les patientes atteintes d'anorexie ou de maladies chroniques ;
- les hypogonadismes hypogonadotropes iatrogènes (radiothérapie, chimiothérapie).

● Aménorrhée primaire associée à un développement pubertaire normal

>>> Sans hyperandrogénie

Parmi les causes d'aménorrhée primaire associée à un développement pubertaire normal sans hyperandrogénie, on retrouve les anomalies de développement génital parmi lesquelles on distingue :

- le syndrome de Rokitansky (MRKH) caractérisé par une aplasie utéro-vaginale avec la présence d'ovaires fonctionnels ;
- le syndrome d'insensibilité aux androgènes caractérisé par un caryotype XY, l'absence d'utérus et une faible pilosité ;

– l'imperforation hyménéale à l'origine d'anomalies obstructives douloureuses.

Ce tableau d'aménorrhée primaire associée à un développement pubertaire normal peut également être retrouvé en cas d'hypogonadisme central partiel ou acquis.

>>> Avec hyperandrogénie

Chez les patientes présentant une aménorrhée primaire avec hyperandrogénie, il convient de rechercher une étiologie surrénalienne à cette hyperandrogénie à savoir une hyperplasie surrénalienne, une tumeur surrénalienne ou un hypercorticisme. Une hyperprolactinémie, et une dysthyroïdie doivent aussi être recherchées. Le diagnostic d'exclusion étant le syndrome des ovaires polykystiques, très fréquent mais difficile à établir en période pubertaire du fait de la faible valeur prédictive des symptômes à cette période.

3. Prise en charge thérapeutique

>>> En cas d'aménorrhée primaire associée à un impubérisme, une induction pubertaire par 17β-estradiol par voie percutanée sera introduite de façon progressive, associée à un progestatif dans un second temps.

>>> En cas d'aménorrhée primaire associée à une hyperandrogénie, le traitement associera un traitement cosmétique à une pilule estroprogestative de deuxième génération, en l'absence de contre-indication. Des traitements spécifiques par hydrocortisone en cas d'hyperplasie surrénalienne ou par agoniste dopaminergique en cas d'hyperprolactinémie seront proposés, après avis auprès d'un spécialiste.

Les dysménorrhées

Les dysménorrhées sont un motif très fréquent de consultation à l'adolescence [3]. Celles-ci peuvent être fonc-

tionnelles en lien avec l'immaturation de l'axe gonadotrope, caractéristique de cette période. En effet, en l'absence d'ovulation efficace, il existe une carence en progestérone à l'origine d'une production de prostaglandines, ayant pour conséquence une hypercontractilité du myomètre et une vasoconstriction artériolaire [5]. Ces dysménorrhées s'améliorent dans la plupart des cas à distance des premières règles. Toutefois les dysménorrhées peuvent également être organiques, caractérisées par la présence d'une étiologie sous-jacente qui doit savoir être recherchée.

1. Démarche diagnostique

On précisera tout d'abord à l'interrogatoire l'âge du début de développement pubertaire et de la ménarche ainsi que la régularité des cycles et l'abondance du saignement. La recherche d'antécédents familiaux, notamment l'âge de la ménarche, la présence de dysménorrhée ou d'endométriose chez la mère est également nécessaire dans ce contexte.

Les caractéristiques de la douleur devront être précisées, à savoir :

- son intensité notée de 0 à 10 sur une échelle numérique ;
- le moment de survenue de la douleur par rapport aux règles, afin de préciser son caractère protomérial et/ou téléomérial ;
- son caractère aggravant au fil du temps, cycle après cycle ;
- la présence de signes associés tels que des troubles digestifs, des céphalées ;
- la présence de signes évocateurs d'endométriose : dyspareunies profondes, douleurs pelviennes non cycliques, dyschésie, dysurie ;
- ses répercussions : absentéisme scolaire, troubles du sommeil.

La réalisation d'une échographie pelvienne permettra de rechercher une rétention par malformation utérovaginale, la présence d'un kyste ovarien ou de lésions d'endométriose. En cas de douleur résistante aux traitements mis en place, une IRM pelvienne devra être

réalisée en complément à la recherche de lésions d'endométriose.

2. Étiologies

Les caractéristiques de ces dysménorrhées permettront d'orienter vers une étiologie plutôt fonctionnelle ou organique.

>>> Les dysménorrhées fonctionnelles se caractérisent par des douleurs débutant le jour précédant les règles ou à J1 du cycle, durent environ deux à trois jours, s'améliorent les jours suivants et ne s'aggravent pas au fur et à mesure des cycles. Elles sont souvent accompagnées d'un cortège neurotonique et digestif.

>>> Les dysménorrhées d'origine organique s'aggravent généralement avec le temps. La recherche d'une étiologie sous-jacente, telle qu'une endométriose, un kyste ovarien ou une malformation utérine, est alors nécessaire.

3. Prise en charge thérapeutique

En première intention, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS ;

POINTS FORTS

- L'aménorrhée primaire se définit par l'absence de règles à partir de l'âge de 15 ans.
- Les dysménorrhées sont présentes chez environ 71 % des adolescentes à l'origine d'un fort impact sur leur qualité de vie, souvent source d'absentéisme scolaire [3].
- Définition d'un saignement utérin abondant :
 - saignements > 80 mL par cycle ;
 - d'une durée > 7 jours ;
 - cycles rapprochés < 21 jours.

tableau I) sont à débiter précocement en l'absence de contre-indication (insuffisance rénale, rein unique), idéalement un à deux jours avant le début des règles en association avec du paracétamol.

Un traitement par progestatif en deuxième partie de cycle peut y être associé par dydrogestérone (10 mg 2 cp par jour pendant 10 jours) ou médrogestone (5 mg 2 cp par jours pendant 10 jours) permettant de régulariser les cycles, de diminuer l'abondance des règles ainsi que le phénomène inflammatoire à l'origine des dysménorrhées. En cas d'inefficacité ou de besoin contraceptif, la mise en place d'une pilule estroprogestative ou progestative est une alternative thérapeutique efficace sur les dysménorrhées et peut être proposée sur un schéma continu afin de limiter les épisodes de règle.

Saignements utérins abondants

Les saignements utérins abondants sont définis par des règles d'abondance supérieure à 80 mL, d'une durée supérieure

AINS à introduire le jour précédant les règles en l'absence de contre-indication

- Ibuprofène 400 mg : Advil, Nurofen, Brufen × 1 à 3 par jour
- Acide méfénamique 250 mg : Ponstyl 500 mg × 1 à 3 par jour
- Flurbiprofène : Antadys 100 mg × 2 à 3 par jour
- Naproxène 500 mg : Naprosyne 500 × 1 à 3 par jour
- Naproxène sodique 550 mg : Apranax × 1 à 3 par jour

Tableau I : Traitement de 1^{re} intention des dysménorrhées de l'adolescente.

Revue générale

à 7 jours, ou par des cycles d'une durée inférieure à 21 jours [2]. Durant l'adolescence, ces troubles sont le plus souvent fonctionnels [2]. En effet, il existe une carence en progestérone et une sécrétion continue d'estradiol, à l'origine d'une prolifération endométriale inadaptée [2].

Les ménorragies fonctionnelles sont toutefois un diagnostic d'élimination et une étiologie sous-jacente doit savoir être recherchée, notamment la présence de troubles de l'hémostase présents dans 10 à 30 % des cas [2].

1. Démarche diagnostique

À l'interrogatoire, l'évaluation de l'abondance des saignements pendant les règles s'avère souvent difficile à appréhender de par sa subjectivité. Le score de Higham (fig. 2) est un outil utilisé par la patiente permettant ainsi de mieux les quantifier : un score supérieur à 100 correspondant à un saignement > 80 mL soit la définition des ménoménorragies.

On s'attachera à dépister la présence d'antécédents familiaux de troubles de l'hémostase, d'épistaxis, de gingivorragies et de prise médicamenteuse. À l'examen clinique, des signes de mauvaise tolérance hémodynamique doivent impérativement être recherchés. Sur le plan biologique, le bilan comprendra une numération formule sanguine associée à un bilan martial, un taux de BHCG, un bilan d'hémostase de première intention (TCA, TP, fibrinogène) et un bilan hormonal (FSH, LH, estradiol, androgènes, T4L, TSH, prolactine). La recherche d'une maladie de Willebrand et l'étude des fonctions plaquettaires est à discuter en fonction de la présentation clinique. Sur le plan morphologique, une échographie pelvienne doit être réalisée afin de rechercher des signes de rétention intra-utérine, une lésion kystique ou tumorale d'origine ovarienne ou utérine.

2. Prise en charge thérapeutique

>>> En cas de forme grave avec un taux d'hémoglobine < 8 g/dL :

- indication à une hospitalisation avec mise en place d'un traitement antifibrinolytique (acide tranexamique en IV lent sur 1 à 2 h puis *per os* 20 mg/kg/jour) et une estrogénothérapie forte dose à visée hémostatique (pilule à 30 µg d'éthinylestradiol et lévonorgestrel : 2 cp par jour jusqu'à l'arrêt des saignements) ;
- une transfusion sera discutée en cas de taux d'hémoglobine < 6 g/dL ou de mauvaise tolérance initiale ;
- un traitement par pilule estroprogestative ou progestative en continue est ensuite proposé afin de permettre une aménorrhée thérapeutique ;
- une supplémentation martiale.

>>> En cas de formes modérées avec un taux d'hémoglobine > 8 g/dL :

- mise en place d'un traitement antifibrinolytique pendant les saignements (acide tranexamique 20 mg/kg/jour) ;
- à associer à un traitement par progestatif séquentiel 10 à 14 jours par mois (dydrogestérone 10 mg 2 cp, médrogestone 5 mg 2 cp) ou bien une pilule estroprogestative de deuxième génération de façon séquentielle ou continue ;
- une supplémentation martiale.

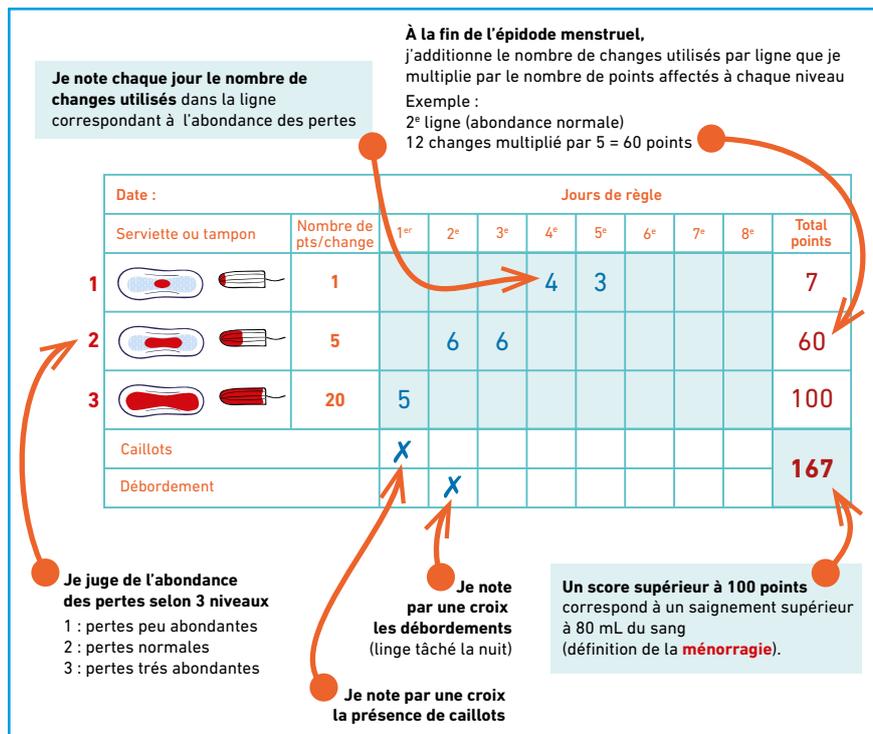


Fig. 2 : Score de Higham.

BIBLIOGRAPHIE

1. GAUDINEAU A, EHLINGER V, VAYSSIÈRE C *et al.* Age at onset of menarche: Results from the French Health Behaviour in School-aged Children study. *Gynecol Obstet Fertil*, 2010;38:385-387.
2. QUINT EH, SMITH YR. Abnormal uterine bleeding in adolescents. *J Midwifery Womens Health*, 2003;48:186-191.
3. ARMOUR M, PARRY K, MANOHAR N *et al.* The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health*, 2019;28:1161-1171.
4. HICKEY M, BALEN A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum Reprod Update*. 2003;9:493-504.
5. SULTAN C, GASPARI L, PARIS F. Adolescent dysmenorrhea. *Endocr Dev*. 2012;22: 171-180.

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