

TROUBLE DU CYCLE CHEZ L'ADOLESCENTE

Jean-Michel BLONDEL

Cécile GALLO

20 Septembre 2008

Cas clinique n°1: Hémorragie génitale chez l'adolescente

Melle B., 13 ans, consulte pour méno-métrorragies persistantes depuis ses premières règles il y a 3 mois. Elle est inquiète et se plaint d'asthénie.

- 1) Réalisez-vous un bilan? Si oui, lequel?
Sinon, pourquoi?
- 2) Que proposez-vous à cette jeune fille?

1) • Oui, un bilan du retentissement des saignements s'avère nécessaire, ainsi que la recherche d'un trouble de l'hémostase:

- NFS

- Plaquettes, TS, TP, TCA

- Bilan ferrique

- ATCD d'épistaxis, gingivorragies lors de soins dentaires...

- ATCD familiaux

- Traitement (anti-coagulants...)

• Eliminer de principe une grossesse: B HCG (FCS, GEU, grossesse normalement évolutive):

2) Propositions thérapeutiques:

- Rassurer +++ car origine fonctionnelle dans 90% des cas
- Selon le taux d 'Hb, la tolérance clinique et l 'intensité des saignements:
 - Supplémentation martiale
 - Anti-fibrinolytique: Exacyl®, Dicynone®, Spotof®
 - AINS: diminution du flux menstruel
 - Soutien de phase lutéale
 - progestatif du 16° au 25° jour du cycle
 - Estro-progestatifs monophasiques
 - 30, 35 voire 50 µg d 'EE
 - Anti-émétiques si fortes doses d 'estrogènes

Exemples de schéma thérapeutique

- EP 30 µg: - 1 cp x 4/j pendant 48h
 - puis 1 cp x 3/j pendant 24h
 - puis 1 cp x 2/j pendant 24h
 - puis 1 cp/j jusqu' à la fin de la plaquette
 - pendant 3 mois
 - puis relais par un progestatif

- Stédiril®: - 1 cp x 3/j pendant 24h
 - puis 1 cp x 2/j pendant 24h
 - puis 1 cp/j jusqu' à la fin de la plaquette
 - pendant 3 mois
 - puis relais par un progestatif

Etiologies des méno-métrorragies à la puberté

1) Causes fonctionnelles = 90% des cas:

- soit liées à une hyper-estrogénie (hyperplasie de l'endomètre)
- soit liées à une hypo-estrogénie (atrophie endométriale)

—————> secondaires à une dysovulation

- desquamation anarchique d'un endomètre prolifératif, liée à des fluctuations des taux d'E2
- anomalie de sécrétion des facteurs locaux d'hémostase (PG...)

2) Causes organiques = 10% des cas

- Grossesse (GEU, FCS, grossesse débutante évolutive)
- Médicaments
- Troubles de l'hémostase, insuffisance rénale, hypothyroïdie
- Tumeur estrogéno-sécrétante (surrénalienne, ovarienne)
- Origine cervico-vaginale
- Infection génitale
- Traumatisme génital, corps étranger
- Polypes, fibromes, adénomyose
- Cancer vagin, col, endomètre

Cas clinique n°2: Spanioménorrhée

Melle F., 15 ans, consulte pour spanioménorrhée.

Ses cycles varient entre 45 et 60 jours avec parfois des périodes d'aménorrhée de plus de 3 mois.

Les premières règles sont survenues vers 12 ans et les cycles ont toujours été très longs.

Le développement pubertaire est par ailleurs normal.

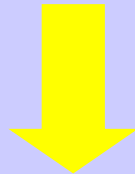
- 1) Proposez-vous à Melle F. d'explorer ce trouble du cycle?
- 2) Quels éléments cliniques recherchez-vous à visée étiologique?

1) Oui, ce trouble du cycle mérite d'être exploré

Idées reçues:

- ~~Les 2 premières années après la ménarche:
 - 80% des cycles sont irréguliers
 - 50% des cycles sont anovulatoires~~
- ~~La maturation de l'axe gonadotrope dure au moins 5 ans~~

C'EST FAUX!!!



80% des cycles sont ovulatoires 1 an après la ménarche!!!

→ Utile d'explorer si persistance de l'irrégularité menstruelle 2 ans après la ménarche

2) Signes cliniques d'orientation:

- Hyperandrogénie: hirsutisme, acné sévère, alopécie
- IMC, amaigrissement, balance énergétique négative ou au contraire surpoids, répartition androïde des graisses
- Galactorrhée
- Syndrome tumoral hypophysaire
- Bouffées vaso-motrices
- Morphotype de syndrome de Turner

- Les étiologies de spanioménorrhée et d'aménorrhée secondaire sont les mêmes en dehors des causes utérines acquises (synéchies post-infectieuses ou après geste endo-utérin)
- Les étiologies d'aménorrhée primaire et secondaire sont les mêmes sauf:
 - causes utérines (agénésie utérine, syndrome de Rokitanski-Kuster-Hauser...)
 - Imperforation hyménéale → douleurs pelviennes cycliques
 - Syndrome d'insensibilité aux androgènes (« testicule féminisant »): absence d'utérus
 - Aménorrhée primaire secondaire à un retard de croissance → Intérêt de l'âge osseux
- Le SOPK peut être une cause d'aménorrhée primaire!

3) Quel bilan paraclinique demandez-vous?

- Bilan biologique à faire entre J2 et J5 d'un cycle spontané ou déclenché par une courte séquence progestative en cas d'aménorrhée ou de spanioménorrhée sévère:

- E2, FSH, LH
- Prolactine
- Testostérone totale, Delta4-androstènedione
- 17 OH-progestérone (entre 8h et 10h)
+/- test au synacthène si 17OHP > 2 ng/ml

→ éliminer forme non classique de déficit en 21 hydroxylase

-Echographie pelvienne:

- Surface ovarienne et comptage folliculaire
- Dimensions utérines

4) Melle F. se plaint d 'hirsutisme et d 'acné.

La testostérone est à 0,7 ng/ml;

La 17OHP est à 1,2 ng/ml.

L 'échographie réalisée par voie sus-pubienne montre des surfaces ovariennes autour de 6 cm² (le comptage folliculaire n 'est pas contributif).

Quel diagnostic évoquez-vous?

- Cette patiente présente un syndrome des ovaires polymicrokystiques

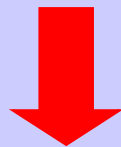
➔ MAIS DIAGNOSTIC D 'ELIMINATION!!!

- Rechercher de principe un syndrome de Cushing (clinique, SDHA, CLU/24H)

→ Hyperandrogénie biologique:

- Testostérone > 0,5 ng/ml
- Delta4-androstènedione > 2,2 ng/ml

→ Mais si testostérone > 1,5 ng/ml



Éliminer une tumeur androgéno-sécrétante
d'origine ovarienne ou surrénalienne

5) Quel traitement proposez-vous à cette patiente?

- Traitement de l'hirsutisme dans le SOPK:

→ Réduction de l'action de la LH

- Lutte contre l'hyperinsulinisme (réduction pondérale, activité physique)

→ aide à régulariser les cycles

- Traitement anti-gonadotrope:

- estro-progestatifs

- acétate de cyprotérone (toujours associé à un estrogène)

Ex: Androcur® 50 mg 1 cp/j 21 jours/28

+ Provames® 2 mg/jour per os 21 j/28

→ Plus efficace que Diane35 (2 mg/j d'acétate de cyprotérone seulement)

- En l'absence de plainte d'hirsutisme et de demande de contraception: intérêt de régularisation des cycles
 - dydrogestérone (Duphaston®) 10 mg 2 cp/j du 16° au 25° jour du cycle
 - lutte contre une hyperplasie de l'endomètre (surtout en cas d'aménorrhée)

Cas clinique n°3: Aménorrhée de l'adolescente

Melle D., 16 ans, consulte pour une aménorrhée primaire.

1) Proposez-vous d'emblée un bilan étiologique?



Oui, inutile d'attendre pour réaliser un bilan d'aménorrhée après 15 ans

2) Quels éléments cliniques seront contributifs à visée étiologique?

- Développement pubertaire (classification de Tanner):
 - développement mammaire
 - pilosité pubienne

→ délai d'environ 2 ans entre apparition du bourgeon mammaire et survenue des premières règles

- Croissance staturo-pondérale



La puberté ne peut débuter qu'à partir:

- d'un âge osseux de 11 ans
 - éliminer retard pubertaire secondaire à un retard de croissance
- d'un seuil minimal de masse grasse

3) Melle D. présente un impubérisme.

Quels éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique peuvent être utiles pour orienter le diagnostic?

4) Quel bilan paraclinique de première intention demandez-vous?

3) Anamnèse et examen clinique:

- ATCD familiaux (âge de la ménarche, développement pubertaire ménopause précoce)
- Médicaments: hyperprolactinémisants (anti-émétiques, psychotropes)
- IMC, évolution pondérale, sélection alimentaire (éviction lipides...) activité physique intensive
 - balance énergétique négative en faveur d'une AHF (poids normal le plus souvent!!!)
- Galactorrhée (rare en l'absence d'imprégnation estrogénique)
- Syndrome tumoral hypophysaire: céphalées, troubles visuels
- Anosmie, hyposmie
- Bouffées vaso-motrices (absentes en l'absence d'imprégnation estrogénique antérieure)
- Morphotype évocateur d'un syndrome de Turner

4) Bilan paraclinique:

- Age osseux

- pas d'exploration du retard pubertaire si âge osseux < 11 ans
- exploration du retard de croissance

- Dosages biologiques +/- après test aux progestatifs:

- E2, FSH, LH
- Prolactine

- Echographie pelvienne (sus-pubienne):

- Hauteur utérine
- si < 25 mm = absence de développement pubertaire
- Taille des ovaires

Conduite à tenir devant une aménorrhée primaire

- Eliminer de principe une grossesse: pas si rare que ça!
- Rechercher un retard de croissance
- Localiser l'anomalie de l'axe gonadotrope:
 - Hypothalamique (pulsatilité de la GnRH)
 - Hypophysaire
 - Ovariennne
 - Utérine
- Retard pubertaire simple = diagnostic d'élimination
 - Rare chez la fille
 - Diagnostic différentiel = HGHG organique

Aménorrhée primaire et impubérisme

↓
Age osseux > 11 ans

- E2 effondré
- FSH et LH élevées

↓
Insuffisance ovarienne primitive prématurée

(Syndrome de Turner, radiothérapie, chimiothérapie, auto-immunité...)

↓
Caryotype

- E2 bas
- FSH et LH basses ou « normales »

↓
Hypogonadisme hypogonadotrope = IRM

↓
Organique

- Congénital: Kallmann...
- Acquis: tumeurs hypothalamo-hypophysaires

↓
Fonctionnel

↓
Hyperprolactinémie
AHF

5) Vous diagnostiquez chez Melle D. un syndrome de Turner (mosaïque caryotypique).

Quel traitement vous semble le plus adapté?

- Induction de la puberté: faibles doses d'estrogènes (17B estradiol)
 - surveillance développement mammaire et utérin
- Puis secondairement: traitement estro-progestatif
 - Déclenchement des règles
 - Prévention de l'ostéoporose

CONCLUSION

- Rester rassurant en cas de méno-métrorragies chez l'adolescente
- Se méfier des idées reçues concernant l'irrégularité des premiers cycles menstruels
 - > Débuter les explorations si persistance d'un trouble du cycle 2 ans après la ménarche
 - > Ne pas prescrire un traitement de régularisation des cycles sans un bilan au préalable
- Adapter le traitement à la demande: régularisation des cycles, traitement d'une hyperandrogénie, contraception