



# Métrorragies de l'adolescente

**Audrey Cartault**

Centre de référence des pathologies gynécologiques rares

Hôpital des enfants Toulouse

# cas clinique

**Mariana 12 ans  $\frac{1}{2}$**

consulte son médecin traitant pour règles prolongées et asthénie

1eres règles à 11 ans  $\frac{1}{2}$ , pas d'antécédant particulier

Durée des règles: 8 à 10 jours

Durée des cycles: 25 à 30 jours

Actuellement saignements depuis 15 jours

# Anamnèse

## les questions essentielles de l'interrogatoire:

- Âge ménarche, **fréquence et durée des règles**,
- Nombre de changes/j** ( excessif si  $> 6$  ), caillots, débordement: score de Higham
  
- Prise de médicaments : aspirine, anticomitiaux, hormones, oestro progestatif
- Notion d'une maladie générale connue
- Signes associés : leucorrhées, douleurs, fièvre

# Le score de Higham

Je suis suivie pour une pathologie de l'hémostase, mes règles sont abondantes

**! Médicaments à éviter**

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- Aspirine

**Comment remplir ma fiche de score de Higham ?**

Chaque tableau correspond à un épisode menstruel. Je compte, par jour de règles, le nombre de serviettes ou de tampons utilisés me référant au schéma visuel pour juger de l'abondance des pertes.

Je note chaque jour le nombre de changements utilisés dans la ligne correspondant à l'abondance des pertes

À la fin de l'épisode menstruel, j'additionne le nombre de changements utilisés par ligne que je multiplie par le nombre de points affectés à chaque niveau  
Exemple :  
2e ligne (abondance normale)  
12 changements multiplié par 5 = 60 points

Date :		Jours de règle								Total points
Serviette ou tampon	Nombre de pts/change	1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	
1	1				4	3				7
2	5		6	6						60
3	20	5								100
Caillots		X								167
Débordement			X							

Je juge de l'abondance des pertes selon 3 niveaux  
1 : pertes peu abondantes  
2 : pertes normales  
3 : pertes très abondantes

Je note par une croix les débordements (linge taché la nuit)

Je note par une croix la présence de caillots

Un score supérieur à 100 points correspond à un saignement supérieur à 80 ml du sang (définition de la **ménorragie**).  
Un score supérieur à 150 points nécessite la prise en charge des **ménométrorragies**.

Dans cet exemple, la patiente a utilisé :

- le 1er jour : 5 changes avec des pertes très abondantes
- le 2e jour : 6 changes avec des pertes normales
- le 3e jour : 6 changes avec des pertes normales
- le 4e jour : 4 changes avec des pertes peu abondantes
- le 5e jour : 3 changes avec des pertes peu abondantes

# cas clinique: suite

**Mariana 12 ans  $\frac{1}{2}$ , saignement depuis 15j**

Poids= 40 kg, Taille 155 cm

TA 8/5, pouls 100

Pâleur, asthénie

Examen clinique rassurant par ailleurs

Pas de douleur, abdomen souple

=> Mise sous Ac Tranexamique (Exacyl/Spotof)

# Métrorragies: quel examen clinique?

-Signes de gravité à rechercher : constantes hypotension, tachycardie, pâleur, malaise signes de déglobulisation,

-Signes d'endocrinopathies: thyroïde, hirsutisme

-Examen abdominal

-**Examen gynéco non nécessaire** sauf en cas de plainte particulière ou de doute sur une cause gynéco

# Métrorragies: quel bilan complémentaire en 1<sup>e</sup> intention?

-FNS plaquettes, Ferritine

-Bilan d'hémostase: TP, TCA, fibrinogène

-B HCG systématique

-Echographie pelvienne si douleur ou selon évolution

-Bilan hormonal en 2<sup>e</sup> intention

# **cas clinique: suite**

**Mariana 12 ans 1/2**

Au bout d'une semaine, saigne toujours

Pâleur, sueurs, essoufflement

Arrivée aux urgences suite épisode de malaise avec vomissement au collège en sport.

Hémoglobine micro méthode à l'arrivée = 4 g/dl

**anémie aigue avec déglobulisation  
sur probable anémie chronique**



# **CAT devant une hémorragie génitale**

## **grave: Hb < 8 g/l**

**Urgence thérapeutique:** risque choc

hypoTA, pouls, pâleur, sueurs

**Hospitalisation en urgence**

Bilan: FNSpl, TP, TCA, fibrinogène, Facteurs VIII, IX, XI et activité Willebrand

Test de Grossesse

**Objectif du traitement:**

**Assurer l'hémostase utérine: fortes doses d'estrogènes**

**Provoquer une lutéinisation de l'endomètre**

# Traitement d'une hémorragie génitale grave

## Phase Aigue, en hospitalisation:

-Perfusion, réhydratation

-Transfusion selon Hb et tolérance

- Ac Tranexamique (contre indiqué si épilepsie)

20 à 40 mg/kg/j ampoule injectable toutes les 6h

IVL sur 1 à 2 heures

Relai per os ensuite 3 à 4 ampoules buvables/jr  
jusqu'à arrêt du saignement

# Traitement d'une hémorragie génitale grave

## Traitement hormonal:

L'objectif est d'assurer l'hémostase utérine par de fortes doses d'estrogènes

**pilule de 2<sup>e</sup> génération en 1<sup>e</sup> intention** (recommandations)

30µg Ethinylestradiol/levonorgestrel (MINIDRIL)

1cp toutes les 8h à 12 h soit 2 à 3 cp/jour jusqu'à arrêt du saignement (nausées) (Stediril n'est plus disponible)

-Si échec, discuter la pose d'un ballonnet par les gynéco

-Curetage utérin rarement nécessaire

# Traitement d'une hémorragie génitale grave

## Après arrêt du saignement

- Poursuite de la pilule 1cp/j 2 plaquettes en continu
- + Traitement martial

## Selon le bilan d'hémostase

- Si normal : Arrêt d'une semaine après la 2<sup>e</sup> plaquette
- Si anormal : pas d'arrêt...

Discuter l'indication d'une aménorrhée thérapeutique

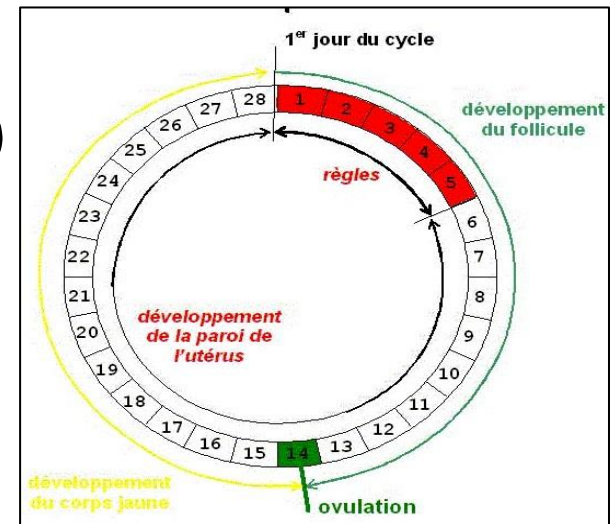
## Selon l'âge et selon la tolérance

- Poursuite de la pilule pdt 3 à 6 mois
- Macroprogestatif séquentiel

# Les métrorragies pubertaires

## Définition:

- Règles **trop abondantes** ( $> 80$  ml,  $> 6$  protections/j)
- Règles **trop prolongées** ( $> 7$  jours)
- Règles **trop fréquentes** ( $< 21$  jours)



## Étiologies:

**Le plus souvent fonctionnelles : 80 % des cas**

**Parfois organiques : 20 % des cas**

# Les métrorragies pubertaires: causes fonctionnelles ou organiques ?

## Fonctionnelles le + svt: 80 à 85 % des cas

- sécrétion continue d'estrogènes et absence de progestérone
- Développement de l'endomètre sous l'effet des estrogènes
- Pas d'ovulation donc pas de progestérone
- Desquamation irrégulière et incomplète de l'endomètre

## Organiques: dans 20 % des cas

# Les métrorragies pubertaires: causes organiques

-Les anomalies de l'hémostase ( 15 % des causes organiques)

- Les plus fréquentes : **maladie de Willbrand** et PTI
- Déficits de facteurs de coagulation (V, VII, VIII,X)
- Thrombopathies ( **thrombasthenie de Glanzmann** )
- Thrombopénies** ( plaquettes < 20 000 )
- Anomalies acquises : aplasies médullaires

# Les métrorragies pubertaires: causes organiques

-Les maladies générales et les pathologies endocriniennes

-Causes gynécologiques organiques

-Infection génitale

-Grossesse compliquée : avortement, GEU

-Tumeur du tractus génital: adénocarcinome, rhabdomyosarcome

-Tumeur sécrétante de l'ovaire: Choriocarcinome, tumeur de la granulosa



# CAT devant une hémorragie génitale modérée: Hb entre 8 et 11 g/l

- Evaluer le retentissement et l'absentéisme scolaire, arrêt du sport, ttt antalgique si besoin en évitant les AINS
- **Ac Tranexamique** po Exacyl/Spotof 2 à 3 g/j (CI si atcd convulsif)

- **Macroprogestatif séquentiel** 10 à 12 j/mois

Dydrogesterone, Medrogesterone en 2<sup>e</sup> partie de cycle

L'acétate de Chlormadinone n'est plus indiqué en 1<sup>ère</sup> intention. Alerte ANSM sur risque de méningiome en cas d'utilisation prolongée.

- **Pilule oestroprogestative de 2<sup>e</sup> génération**

20 ou 30 µg Ethinylestradiol/levonorgestrel

Contre indication: HTA et Atcd thromboembolique perso ou familial

# Métrorragies

- Sévérité = abondance, durée, caillots
- Score Higham
- Témoin d'une anovulation (insuffisance lutéale)
- Peuvent révéler trouble de hémostase

## Faible abondance

Règles régulières, augmentation abondance  
(5 à 10 changes/j +/- durée (7 à 30 jours))

## Moyenne abondance

> 10 changes/j +/- longues (> 1 mois),  
Higham > 100 (> 80ml)

## Hémorragie génitale grave:

**Hb < 8g/dl**

**URGENCE THERAPEUTIQUE**

### BILAN

- NFSpl (anémie)
- Hémostase TP-TCA
- BHCG si contexte
- Echographie pelvienne si possible

### BILAN

TA, pouls  
NFSpl, hémostase, BHCG  
Recherche hyperandrogénie : testo, DHA, 17OHP  
Prolactine, TSH, T4 libre  
Echo pelvienne : hauteur utérine, signes de rétention, tumeur ovarienne sécrétante, kyste

- Pose VVP, scope TA, FC

### BILAN

- NFSpl, hémostase, groupage, BHCG
- Estradiol, testostérone, DHA, 17OHP
- TSH, T4 libre
- Echo pelvienne

### TRAITEMENT

EXACYL 1 ampoule 1 g per os/6h, max 4/jour  
tant que dure le saignement (ou 2 cp x 4/j)

DYDROGESTERONE 10mg 2 cp/j  
du 16<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour du cycle  
Ou autre macroprogestatif

+ traitement martial si anémie

### TRAITEMENT

EXACYL 1 ampoule 1 g per os/6h, max 4/jour  
tant que dure le saignement (ou 2 cp x 4/j)

Si croissance non terminée

Macroprogestatif du  
16<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle

+ traitement martial si anémie

Si croissance terminée

Pilule à 20 ou 30µg d'EE  
si pas de CI

**2 plaquettes à la suite**  
puis arrêt d'une semaine

### TRAITEMENT

- 1) **EXACYL 1 ampoule 500mg IVL 1h toutes les 6h**, puis EXACYL 1 ampoule buvable 1 g /6h  
Max 4 ampoules IV/j et 8 ampoules PO/j  
Si ins rénale : max 2 ampoules PO/j
- 2) Transfusion à discuter si Hb < 6g/dl
- 3) **MINIDRIL 2cp prise immédiate ± 1cp/ 8 à 12h** (hémostase utérine), puis 1cp/j pdt 6 semaines sans interruption  
Traitement continu si anomalie hémostase
- 4) Traitement martial

Prévoir consult gynéco péd à 3 mois avec échographie pelvienne  
(mesure ligne endométriale en fin de cycle)

Contrôle Hb à 1 mois  
Risque vomissements

# Programme d'éducation thérapeutique EHMA

Pour les jeunes filles qui présentent des métrorragies pubertaires  
Education thérapeutique Hémorragie de la Ménarche de l'Adolescente

## Comment remplir la fiche du score de Higham?

Chaque tableau correspond à un épisode menstruel  
 Compter par jour de règles le nombre de serviettes ou de tampon utilisés  
 en se référant au schéma visuel pour juger de l'abondance

Tableau 1. Calcul du score de Higham, score d'évaluation objective des pertes sanguines menstruelles.

Date :		Jour de règles								
Serviette ou Tampon		1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	Points
1					4	3				7
2				6						30
3				5						100
Caillots		X								Total
Débordement		X								137

Un score supérieur à 100 points correspond à un saignement supérieur à 80 ml de sang (définition de la ménorragie).

Je juge de l'abondance des pertes selon les 3 niveaux  
 1 : peu abondant  
 2 : normal  
 3 : très abondant

Je note chaque jour le nombre de changes  
 J'additionne le nombre de changes par ligne  
 Que je multiplie par le nombre de points affectés à chaque niveau  
 Exemple: 5 changes de 20 points = 100 points

Je note par une croix  
 La présence de caillot  
 et de débordement.

J'additionne tous les points de la colonne de droite avoir le total.  
 Un score supérieur à 100 points correspond à un saignement de 80 ml  
 Un score supérieur à 150 points nécessite une prise en charge adaptée

## PAI pour la scolarité

### Livret personnel: Est-ce que mes règles sont abondantes ?

Mois de .....  
 1er jour de règles .....  
 Durée en Jours.....  
 Score de Higham .....  
 J'ai pris de l'Exacyl .....ampoules en tout  
 Je commence le traitement Hormonal le .....

Mois de .....  
 1er jour de règles .....  
 Durée en Jours.....  
 Score de Higham .....  
 J'ai pris de l'Exacyl  
 .....ampoules en tout  
 Je commence le traitement Hormonal le .....

# Conclusion: métrorragies de l'adolescente

- Importance de l'interrogatoire et de la recherche des signes de mauvaise tolérance
- **Score de Higham**: bon outil pour évaluer l'abondance des saignements et l'efficacité des traitements.
- PNDS en cours d'écriture ( 2023)

## **PEC des SUA: saignements utérins abondants**

- Ne pas banaliser les troubles des règles de l'adolescente  
Le plus souvent fonctionnels et transitoires.  
Nécessite une prise en charge adaptée