

Troubles gynécologiques et sexualité de l'adolescente

Audrey Cartault

Endocrinologie et gynécologie pédiatrique

Centre de référence des pathologies gynécologiques rares

Hôpital des enfants, Toulouse



Hôpital des Enfants



Plan

- Contraception de l'ado: les particularités
- Troubles des règles: métrorragies, dysménorrhées
- Endométriose de l'ado? Quand y penser
- Transidentité de l'ado: Comment accompagner?

Contraception de l'adolescente: quelques chiffres

- **Age moyen du 1^{er} rapport en France: 17 ans**
- 17% ados ont déjà eu des rapports sexuels à 15 ans.
- Durée moyenne de fréquentation lors du 1^e rapport: 3 mois
- Contraception d'urgence: moins de 1/2 femmes ont une connaissance correcte de leur utilisation
(Int J Gynecol Obstet 2013)
- **IVG chez les ados: chiffre qui ne baisse pas**

Particularités des Adolescentes

- NON Planification des Rapports sexuels
 - Caractère Sporadique ...
 - Imprévisible ...
- Période de la vie à Haute fertilité
- HAS: Recommandations d'une Double Protection
- Choisir un moyen de contraception efficace et réversible
- Adhésion de la patiente à son traitement

Méthode Barrière...contre les MST

- **Preservatifs:15 % d' échecs d' utilisation la 1e année**
- 80 % des ados sexuellement actives déclarent utiliser le préservatif mais seulement 17 % l' utilisent à chaque rapport
- Jusqu'à 40% de rupture de préservatif chez les ados.
- Si relation stable, contraception par pilule seule le + sv
- Spermicide, diaphragme, DIU déconseillés chez l'ado

Consultation pour 1^e contraception

- Rester simple
- Rassurer, mettre en confiance
- Limiter les informations et **Écouter**

- **Interrogatoire sur les antécédents familiaux**
 - Poser la question sur les cycles
 - Demander si sa mère a pris ou prend la pilule

- **Examen clinique succinct**
- Poids, Taille, Tension artérielle
- Examen gynéco et palpation des seins non nécessaires

Les Pilules Estro-progestatives

Association d'ethinyl œstradiol et d'un progestatif

- - selon le **dosage en EE**: mini dosée(30,20,15 μ)
- - selon le **progestatif**: 2^{ème} ou 3^{ème} generation
- - selon la **combinaison**: mono, bi ou triphasique
- - Selon le **remboursement...** (2e génération)

Contre indication absolue aux oestroprogestatifs:

dans le cas de maladies thrombogènes

Ou HTA non contrôlée

CI relatives: Hypercholestérolémie, Tabac, Diabète

En 1^e intention :

pilule oestroprogestative de 2^e génération dosé à 20 ou 30 μ g d'EE

Forme discontinu ou continu avec placebo

(Leeloo, Optilova, Minidril, Optidril...)

Autres types de contraceptifs

Contraception progestative:

Si CI à une contraception oestroprogestative

Inconvénients: Trouble du cycle et spotting fréquents

Microprogestatif : Desogestrel (Optimizette)

Macroprogestatif : Non

Implant: **Nexplanon**

DIU: possible si a déjà une sexualité

Norlevo: pilule du lendemain

- **Levonorgestrel 1.5 mg (LN)** depuis 2005, actuellement méthode de ref, gratuit et anonyme pour mineures

Action: inhibe le pic de LH et bloque l'ovulation

A prendre le plus tôt possible: dans les 12h pour une efficacité optimale (95% avt H24 contre 58% à H72)

Contre indications: grossesse, allergie aux excipients

Effets secondaires: céphalées, nausées, vomissements, trouble des règles

EllaOne: pilule du surlendemain

- Disponible depuis 2010; sur ordonnance, remboursée.
- Composition: **Ulipristal acetate 30 mg (UPA)**
- Indication: contraception d'urgence jusqu'à 120h (5jours) après un rapport non protégé
- Action: modulateur sélectif des réc de la progesterone forte affinité avec les rec de la progesterone inhibe ou retarde l'ovulation, agit aussi sur l'implantation
- Contre indications/ Effets indésirables: idem Norlevo

Troubles des règles de l'adolescente: métrorragies et dysménorrhées

Ménorragies: 12 à 13% dans population générale
37 % des adolescentes rapportent des menstruations
abondantes. Prédominant les 3 premières années de règles

Anémie par carence martiale: 5-10% des femmes réglées.

Dysménorrhées:

Etude chez 4203 filles de 14 à 18 ans (Pr Sultan 2004, 2012)

21% des filles présentent des dysménorrhées
Dont 35 % rapportent un absentéisme scolaire
Dont 39% caractère familial

Souvent fonctionnelle et transitoire mais attention




Métrorragies: Anamnèse

les questions essentielles de l'interrogatoire:

- Âge ménarche, fréquence et durée des règles,
- Nombre de changes/j (excessif si > 8), caillots, débordement **score de Higham**
- Prise de médicament: aspirine, anticomitiaux, hormones, oestro progestatif
- Notion d'une maladie générale connue
- ATCD
- Signes associés : leucorrhées, douleurs, fièvre

Comment évaluer l'abondance du saignement: 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

Date :		Jour de règles								Points
Serviette ou Tampon		1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	
1				4	3					7
2			6							30
3										100
Caillots		X								Total 137
Débordement		X								

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: tres abondant

Je note par une croix
La presence de caillot
et de debordement ,

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

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

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

Examen clinique

-Signes de gravité à rechercher:

hypotension, tachycardie, paleur, malaise constantes, signes de déglobulisation, anémie aiguë → urgence médicale

-Signes d'endocrinopathies à rechercher: thyroïde, hirsutisme

-Examen abdominal

-Examen gynéco à faire ssi doute sur cause gynéco

bilan complémentaire de 1^e intention

-FNSpl, Ferritine, Bilan d'hémostase

-B HCG systématique

-Echographie pelvienne

-Bilan hormonal en 2^e intention

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

Etiologies des métrorragies pubertaires: causes organiques

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

Les plus fréquentes : **maladie de Willebrand** et PTI

-Les maladies générales et les pathologies endocriniennes

-Causes gynécologiques organiques

-Infections: vaginite, endométrite, salpingites

-Grossesse compliquée : avortement, GEU

-Tumeurs tractus génital

-Tumeurs secretantes de l'ovaire

Prise en charge d'une hémorragie génitale

Selon l'abondance

- Acide tranexanique per os à bonne dose: toujours
- Urgence thérapeutique, hospitalisation si hémorragie grave

Selon l'âge et selon la tolérance

- Pilule oestroprogestative pdt 3 à 6 mois
- Macroprogestatifs séquentiels 10 à 12 j par mois

Selon l'Hémostase

- Si normale : ttt progestatif ou oestroprogestatif transitoire
- Si anormale : POP en continu pdt plusieurs mois, possibilité de poursuivre la pilule en continue pour obtenir une aménorrhée thérapeutique

PAI pour l'école, éducation thérapeutique

Métrorragies

- Sévérité = abondance, durée, caillots
- Score Higham
- Témoin d'une anovulation (insuffisance lutéale)
- Responsables troubles fertilité si persistantes
- Peuvent révéler trouble de hémostasie

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^{ème} au 25^{ème} 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^e au 25^e 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 plus tard**

(hémostase utérine), 2cp le lendemain puis 1cp/j
pdt 6 semaines sans interruption
Traitement continu si anomalie hémostasie

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

Dysménorrhée de l'adolescente: Le plus souvent fonctionnelle

- 50 % des ados présentent des dysménorrhées, seulement 15% consulte pour cette indication
- **Dysménorrhée primaire:** le + svt fonctionnelle

Dysménorrhée fonctionnelle de l'adolescente:

C'est 80% des causes de dysmenorrhées

très commune pdt les 2-3 premières années de règles

Cycles anovulatoires, manque de progesterone et production excessive de prostaglandines (pro inflammatoires)

- Exacerbée par le stress, le tabac, l'alcool, le cannabis
- Signes associés: asthénie, céphalées, nausées, irritabilité

Mais à ne pas négliger...

Dysménorrhée de l'ado: fonctionnelle ou organique ?

Dysménorrhée secondaire:

Attention à une cause organique à rechercher d'emblée:
cause ovarienne, rétention utérine ou endométriose

Dysménorrhée d'origine organique:

- Malformations utérines: **hematocolpos**
cloison, hemi uterus borgne, synechies, uterus rétroversé
- **Endométriose** (terrain familial , risque x 6)
- oedème angio neurotique à manifestation digestive
- Grossesse extra uterine

***Toujours faire une échographie devant une
dysménorrhée secondaire ou qui s'aggrave.***

Bien caractériser la dysménorrhée:

Importance de l'interrogatoire

Reprendre le déroulement de l'histoire pubertaire

Fonctionnelle

Répétition mois après mois

Cortège neurotonique et digestif

Protoméniale- durée brève

Pas d'aggravation

Organique

Téléméniale

Augmente en intensité

Echographie +++



J1: 1er jour du cycle

Préméniale

Début J-1 ou J-2

Dysménorrhées: Importance de l'interrogatoire

- Histoire gynécologique
- 1eres règles, cycles, abondance
- ATCD personnels et familiaux:
endométriose, règles de la mère, kyste ovarien
- Description précise de la douleur
- **Ne pas banaliser, ne pas différer les examens
et la prise en charge**

Dysménorrhées:

Importance de l'examen clinique

- **Examen clinique globale et palpation abdominale**
 - Recherche de masse
 - Douleur, défense, localisation
- **Examen pubertaire, et signes associés (hyperandrogénie)**
- **Examen vulvaire si besoin**

Recherche de signe de sd retentionnel, hematocolpos

Traitement des dysménorrhées

1^{ère} Intention: traitement symptomatique

- **AINS** type Ibuprofene 400mg x 3 fois par jour

Ils diminuent la libération des prostaglandines

- **ANTALGIQUE** simple: Paracétamol 1gr x 3/j

- **TOCOLYTIQUES** : Antispasmodique

-**PROGESTATIF**: Ils diminuent la motricité utérine

Dydrogesterone 10 mg / Medrogesterone 5 mg

Du 15^e au 25^e jour du cycle, à dates fixes

2^{ème} Intention ou si nécessité d'une contraception:

Pilule estroprogestative

2^e génération, minidosées 20 ou 30 µg EE en continu si besoin

PEC des dysménorrhées

Importance d'une prise en charge globale

Traitement antalgique et hormonal mais pas que

PAI pour le collège ou lycée

Proposer des alternatives non médicamenteuses:

Sophrologie, relaxation, yoga, phytothérapie, acupuncture...

Endométriose de l'adolescente

- L'endométriose de l'ado est rare mais existe
- La fréquence est difficile à préciser
 - Limites d'âge variables selon les publications
 - Nombreuses lésions atypiques
 - Réticence à réaliser une coéloscopie chez l'ado
- **Retard diagnostic: âge moyen au diagnostic 17-18 ans**
- L'incidence augmente avec l'âge
- **Le plus souvent diagnostic après 3 et 5 ans de règles**
pour que le volume des lésions permette le diagnostic

Belaish: Endometriose de l'adolescente 2004

Adolescent Endometriosis. Attaran M, Falcone T. et al. J Minim Invasive Gynecol. 2015

Endometriosis in Adolescent and Young Girls: Matalliotakis et al J Pediatr Adolesc Gynecol 2017

Endométriose de l'ado: signes cliniques

- Le plus svt **dysménorrhées intenses**
avec absentéisme scolaire +++

Expression clinique identique à l'adulte mais pas que...

- circonstances de diagnostic fréquentes: **Algies pelviennes chroniques** et **dysménorrhées sévères résistantes aux COP et AINS**. Cela justifie une exploration
- Signes urinaires, cystalgie, diarrhées cataméniales et douleurs à la défécation pdt les règles sont à rechercher à l'interrogatoire

Endométriose de l'ado: objectiver les lésions

- L'évocation du diagnostic est avant tout clinique
- Examen gynéco non nécessaire chez la jeune fille
- Tous les examens d'imageries doivent être réalisés par des opérateurs entraînés
 - **Echographie pelvienne en 1^e intention:** éliminer une malformation des OGI, visualisation possible des lésions superficielles
 - **IRM pelvienne** (écrire ce que l'on recherche) visualise plutôt les lésions profondes mais une IRM normale n'élimine pas le diagnostic
- Coélioscopie plus rarement chez l'ado
Indiquée dans les formes douloureuses persistantes

Endométriose de l'ado: une PEC globale

-Prise en charge douleur: (PAI au collège/lycée)

Antalgiques simples, antispasmodiques

AINS mais attention: pas d'AINS au long cours

Hémostatiques: ac tranexamique si métrorragies associées

-Prise en charge non médicamenteuse de la douleur:

Sophrologie, relaxation, kiné, neurostimulation électrique...

-Prise en charge psychologique: (qualité de vie)

soutien de la patiente et de sa famille

-Management of painful endometriosis in adolescents: Sauvan M, Chabbert-Buffet N, Geoffron S, Legendre G, Wattier JM, Fernandez H. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018

-Recommandations HAS dec 2017

Endométriose de l'ado: Traitement médical

Prise en charge médicamenteuse: traitement hormonal

-Pilule estroprogestative 2^e génération en 1^{ère} intention,
20 ou 30 µg d'EE discontinu ou continu
mais attention à la croissance

-Microprogestatif continu en 2^e intention
mais attention à la minéralisation osseuse

Autre traitement plus spécifique à discuter avec spécialiste

-Management of painful endometriosis in adolescents: Sauvan M, Chabbert-Buffet N, Geoffron S, Legendre G, Wattier JM, Fernandez H. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018

-Recommandations HAS dec 2017

En conclusion:

Dysménorrhées et métrorragies de l'ado

Ne pas banaliser les troubles des règles de l'adolescente même si le plus souvent fonctionnels et transitoires.

Prendre le temps de bien caractériser la douleur

Évaluer l'abondance du saignement

Prescrire une échographie pelvienne au moindre doute

Une dysménorrhée invalidante et qui s'aggrave nécessite tjs une prise en charge médicale adaptée

Savoir penser à l'endométriose devant une douleur atypique, pas tjs rythmée par les cycles, s'aggravant progressivement et résistant au traitement habituel

Questions de genre:

La dysphorie de genre:

Définition = inadéquation entre le genre exprimé d'un individu et le genre assigné à la naissance associée à une notion de souffrance

Début des signes précoces et persistance des signes dans la durée, Aggravation de la souffrance à la puberté.

Absence d'anomalie de la différenciation sexuelle.

Puberté normale, et bilan hormonal normal.



ne pas confondre...

- Sexe biologique: mâle ou femelle, qui est inscrit dans le corps (organes génitaux, chromosomes)
- Le genre: féminin, masculin ou aucun
- L'attirance sexuelle: peut s'orienter vers le sexe opposé (hétérosexualité), vers le même sexe (homosexualité), vers les deux (bisexualité voir même pansexualité) ou vers aucun (asexualité).



Le diagnostic de transidentité

- Le diagnostic est basé sur le discours du patient:
« **autodiagnostic** »
- Attention à la médiatisation et à la vulgarisation
- Enjeux sociaux, juridiques, éthiques...
- Effet réseaux sociaux chez les ados: discours « identique »
- Nombre de retour en arrière faible chez l'adulte
Mais non connu chez l'enfant et l'adolescent?



Quelle prise en charge proposer chez l'enfant et l'adolescent ?

- **Accompagnement bienveillant, se laisser du temps**
- **évaluation** psychiatrique et endocrinologique, confirmation du diagnostic
- PEC multidisciplinaire pédiatre/pedopsy/psychologue

- **4 axes de transition complémentaires:**

Transition Sociale/ Hormonale/ Chirurgicale/ Juridique

1/ **transition sociale:** 1 an au moins

Accompagnement de la transition sociale, soutien familial

Lien avec acteurs de proximité: méd scolaire, généraliste, psycho, psychiatre

2/ **Transition hormonale:** possible à partir de 16 ans mais attention

3/ **Transition chirurgicale** après 18 ans, non systematique

4/ **Transition légale ou juridique** après 18 ans pour le changement d'état civil

En conclusion

L'adolescence est une période charnière avant la vie d'adulte mais aussi une période de vulnérabilité et de fragilité

Importance de la mise en confiance et de l'écoute

Il ne faut pas banaliser les troubles des règles de l'adolescente

Merci de votre attention