

# Ménorragies dysménorrhée de l'adolescentes

DES GO 15 Oct 2012

Dr L Duranteau

Service d'endocrinologie et médecine de la  
reproduction pédiatrique

Le Kremlin Bicêtre

# JF 12 ans, vous est adressée pour ménorragies

Hospitalisée en pédiatrie pour Anémie à 5,7g/dl. Transfusion de 2 culots globulaires pédiatriques. Vous est adressée pour prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'anémie.







1. Quels éléments cliniques recherchez vous?
2. Demandez-vous des explorations complémentaires ? lesquelles et dans quel but ?
3. En fonction des résultats, quelles stratégies thérapeutiques sont préconisées et que proposez-vous?
4. Quel suivi à moyen terme recommandez-vous?

# PBAC score ou score de Higham

Pictorial Bleeding Assessment  
Calendar

NAME:  
DAY START:

SCORE:

	DAY							
<b>TOWEL</b>	1	2	3	4	5	6	7	8
								
								
								
<b>CLOTS/ FLOODING</b>								
<b>TAMPON</b>	1	2	3	4	5	6	7	8
								
								
								
<b>CLOTS/ FLOODING</b>								

Higham et al, (1990), Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart, British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 97, pp734-739. Reproduced with permission

- Interrogatoire
  - Profil des saignements & Atcd familiaux
- Clinique dont vulve, ostium vaginal
- $\beta$ hCG, NFS, plaquettes
  - TP, TCA, fibrinogène plus si anomalie (Cion Hémato)
- Echographie pelvienne
  - endomètre /morpho ovarienne / malformation congénitale

#### Causes par fréquence:

- Anovulations/dysovulations (péri-pubertaire+)
- Thrombopénies et Thrombopathies (20-30%)
- Déficits congénitaux de l'hémostase: M. Willebrand (15-20%)
- Pathologies graves: I hépatique/ I rénale
- Causes cervico-vaginales et utérines rares

# Utilisation dans le traitement des ménorragies chez l'adolescente

## Consensus ESHRE, 2007 (*HR Update, 2007*)

Hemoglobin 10–12 gm/100 ml

Reassurance and explanation

Menstrual calendar

Iron supplements

Cyclic progestin therapy or oral contraceptives

Re-evaluation in 6 months

Hemoglobin < 10 gm/100 ml

No active bleeding

Explanation

Iron supplements

Hormonal therapy

Reevaluation in 6 months

Acute hemorrhage

Transfusion

Fluid replacement therapy

Hormonal hemostasis (OC × 4; estradiol valerate 2–4 mg per day for 7–10 days; intravenous conjugated estrogen)

Progestogen therapy medroxyprogesterone acetate 10 mg per day for 7–10 days

Dilatation and Curettage when hormonal hemostasis fails

Hormonal follow-up treatment

Continue with cyclic progestogen for 10 days per month, cycle days 15–24

Oral contraceptives

# Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause

H. Marret \*, A. Fauconnier, N. Chabbert-Buffet, L. Cravello, F. Golfier, J. Gondry, A. Agostini, M. Bazot, S. Brailly-Tabard, J.-L. Brun, E. De Raucourt, A. Gervaise , A. Gompel, O. Graesslin, C. Huchon, J.-P. Lucot, G. Plu-Bureau, H. Roman, H. Fernandez

On behalf of the CNGOF<sup>1</sup>

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 152 (2010) 133–137

- De façon générale, en l'absence d'indication à un geste chirurgical,
- les contraceptifs EP sont indiqués:
  - chez l'adolescente, en 1<sup>ère</sup> intention (Grade C)
  - Grade B dans les autres cas(DIU au levonorgestrel/ Ac. Traxénamique, grade A)

**Formes mineures (hémodynamique stable, flux léger à modéré, Hb > 11 g/dl)**

Éducation et réassurance

± Traitement hormonal pendant plusieurs mois :

- progestatif du 16<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle

- pilule estroprogestative si contraception nécessaire

± Antifibrinolytiques pendant les règles

Supplémentation ferrique si anémie ferriprive

Calendrier menstruel

Suivi trimestriel

**Formes modérées (hémodynamique stable, flux modéré à abondant,  $8 < \text{Hb} \leq 11 \text{g/dl}$ )**

e, Traitement hormonal :

Pilule estroprogestative à 30-35 µg d'éthinyl estradiol à raison de 1 comprimé/j pendant 21 jours durant 1 à 3 mois, puis un progestatif du 16<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle

Progestatif en aigu (si contre-indication aux estrogènes par exemple) : acétate de chlormadinone, Lutéran® 10 à 20 mg/j jusqu'à l'arrêt des saignements

± Anti-ibrinolytiques pendant les règles

Supplémentation ferrique

Calendrier menstruel

Réévaluation à 1 mois

## Formes sévères (hémodynamique instable, flux abondant, Hb $\leq$ 8 g/dl)

e, Hospitalisation, perfusion  $\pm$  transfusion sanguine

Traitement hormonal :

Pilule estroprogestative à 50  $\mu$ g d'éthinyl estradiol 2 ou 3 comprimés par jour jusqu'à arrêt des saignements, puis diminution progressive sur quelques jours, et relais par une nouvelle plaquette pendant 21 jours pendant plusieurs mois, puis d'un progestatif du 16<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle

Progestatif en aigu (si contre-indication aux estrogènes par exemple) : acétate de nomegestrol, Luteryl®  
10 mg/j jusqu'à l'arrêt des saignements

$\pm$  Antiémétiques

$\pm$  Antifibrinolytiques intraveineux en aigu, puis per os pendant les règles

Supplémentation ferrique

Calendrier menstruel

Réévaluation à 1 mois



# JF 11 ans, pour dysménorrhée

C'est la maman qui vous amène Julie en consultation pour dysménorrhée.

1. Quels éléments d'interrogatoire sont utiles au diagnostic?
2. Demandez-vous des explorations complémentaires ? lesquelles et dans quel but ?
3. En fonction des résultats, quelle stratégie thérapeutique proposez-vous?
4. Quelle efficacité-vous espérez-vous de ce traitement?
5. Les résultats des explorations ne permettent pas un diagnostic certain. Quel suivi recommandez-vous?

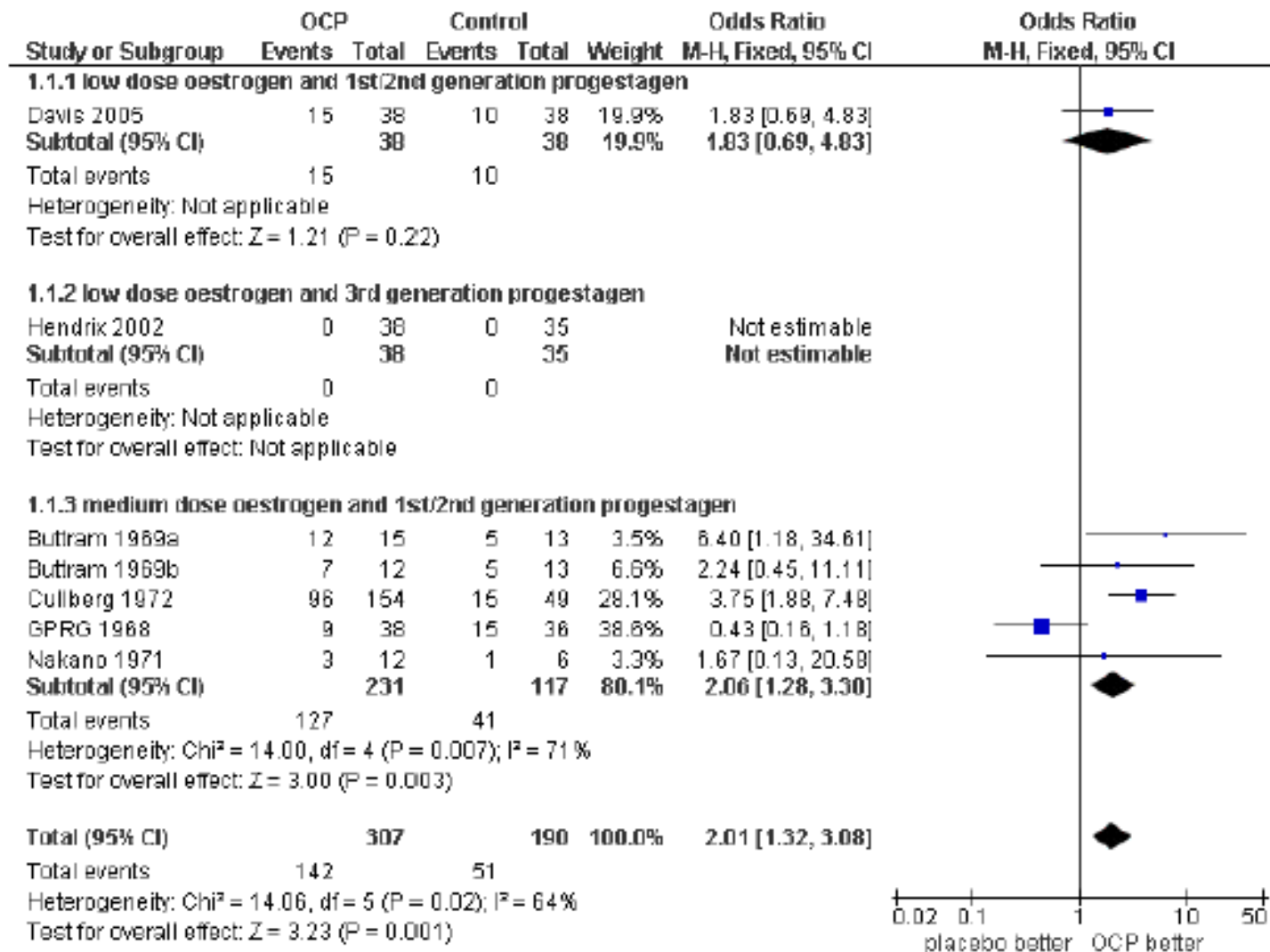
## Tableau 2.

Traitements de la dysménorrhée en France.

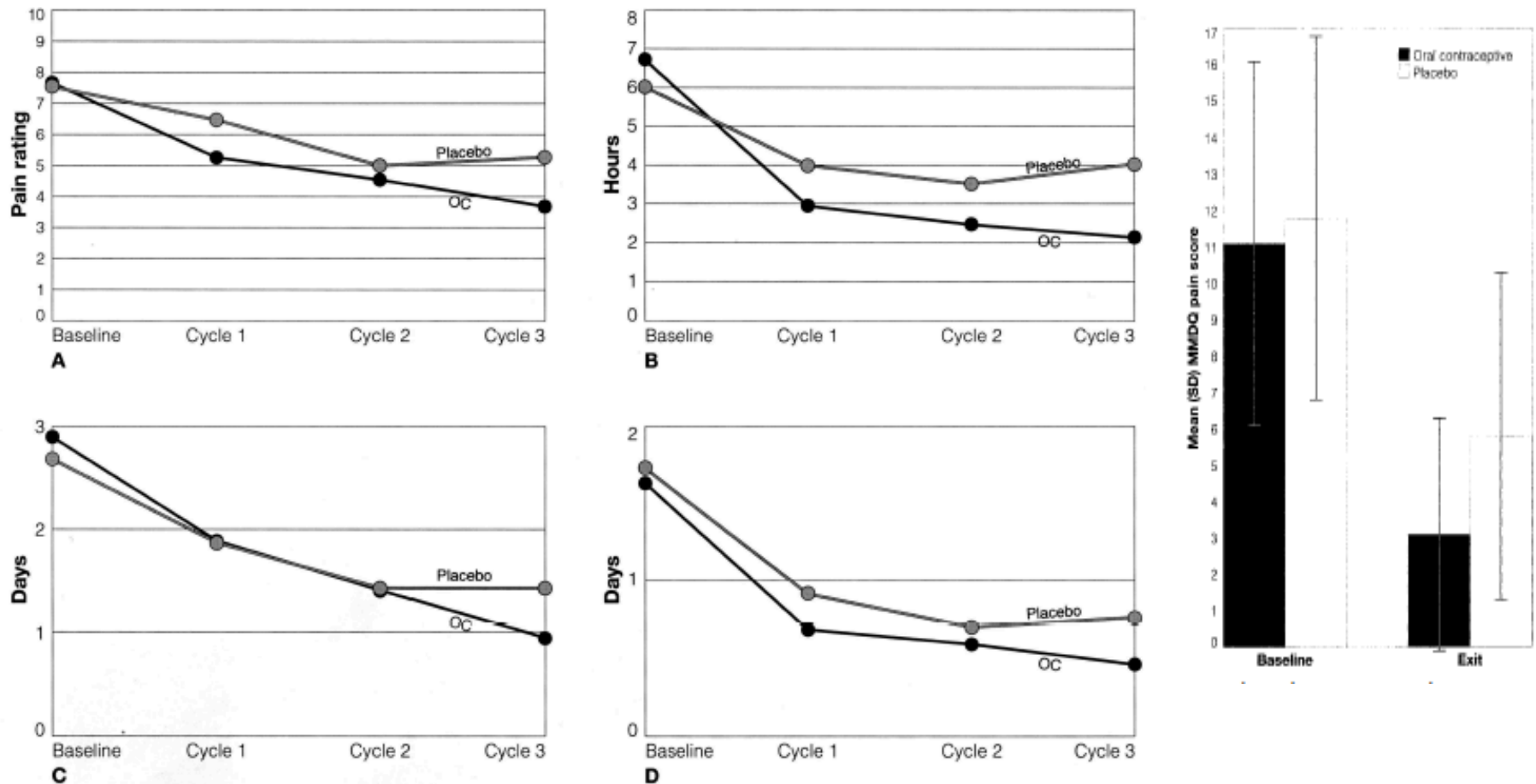
Produits	Posologie journalière
Acide méfénamique 250 mg (Ponstyl <sup>®</sup> )	500 mg × 1 à 3
Ibuprofène 200 mg et 400 mg (Advil <sup>®</sup> , Nurofen <sup>®</sup> , Brufen <sup>®</sup> )	400 mg × 1 à 3
Flurbiprofène 100 mg (Antadys <sup>®</sup> , Cebutid <sup>®</sup> )	100 mg × 2 à 3
Naproxène 500 mg (Naprosyne <sup>®</sup> )	500 mg × 1 à 3
Naproxène sodique 550 mg (Apranax <sup>®</sup> )	550 mg × 1 à 3

# Dysménorrhée (Cochrane, 2010, 7 RCTs)

**Figure 3. Forest plot of comparison: 1 Combined OCP versus placebo or no treatment, outcome: 1.1 Pain improvement.**



# Dysménorrhée de l'adolescente: effets des contraceptifs EP



**Fig. 3.** Secondary pain outcomes. **A.** Rating of worst pain. **B.** Hours of pain on worst day. **C.** Days of any pain. **D.** Days of severe pain. Mean values for oral contraceptive (OC) or placebo group at baseline and by menstrual cycle.

Davis. OCs for Dysmenorrhea in Adolescents. *Obstet Gynecol* 2005.

## Oral contraceptives and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis

Paolo Vercellini <sup>1,2,\*</sup>, Brenda Eskenazi <sup>3</sup>, Dario Consonni <sup>4</sup>,  
Edgardo Somigliana <sup>1,2</sup>, Fabio Parazzini <sup>1</sup>, Annalisa Abbiati <sup>1,2</sup>,  
and Luigi Fedele <sup>1</sup>

*HR Update, 2011*

	« current users »	« past-users »	« ever-users »
Cross-sectional	1.09 (0.59-2.01)	0.98 (0.64-1.49)	
Cas-contrôles	0.49 (0.27-0.88)	1.11 (0.49-2.55)	
Cohortes	0.57 (0.40-0.80)	1.60 (1.40-1.82)	
Ensembles des études	0.63 (0.47-0.87)	1.21 (0.94-1.56)	1.19 (0.89-1.60)

Ccl avoir utilise des OP tôt est associé à une endoemtriose car ils ont été utilisés pour la traiter

# Endométriose de l'adolescente : peut on prédire la présence d'une endoemtriose

## **Table 1**

### **Markers at Adolescence Associated with the Development of Endometriosis**

Family history of endometriosis (especially in first-degree relatives)
Primary severe dysmenorrhea
Absenteeism from school at time of menses
Dysmenorrhea resistant to nonsteroidal anti-inflammatory drug treatment
Noncontraceptive use of oral contraceptives for dysmenorrhea

De Ziegler et al Fertil steril 2011 ou 12

# Endométriose de l'adolescente

**Table IV** Endometriosis risk according to the indication for oral contraceptive use prescription.

(A)	Control N = 566	Endometriosis, N = 410			OR adjusted <sup>a</sup>		
No previous OC use	160 (28.3) <sup>b</sup>	46 (11.2)					
Previous OC use to treat severe primary DM	37 (6.5)	78 (19)			5.6 (3.2–9.8)		
Previous OC use indicated for other indications	369 (65.2)	286 (69.8)			2.6 (1.8–4.1)		
(B)	Control N = 566	Endometriosis			OR adjusted <sup>a</sup>		
		SUP N = 47	OMA N = 120	DIE N = 243	SUP	OMA	DIE
No previous OC use	160 (28.3) <sup>b</sup>	7 (14.9)	27 (22.5)	12 (4.9)			
Previous OC use to treat severe primary DM	37 (6.5)	6 (12.8)	15 (12.5)	57 (23.5)	3.5 (0.9–13.5)	1.9 (0.8–4.3)	16.2 (7.8–35.3)
Previous OC use indicated for other indications	369 (65.2)	34 (72.3)	78 (65)	174 (71.6)	28 (1.1–7.1)	1.3 (0.8–2.1)	64 (3.2–12.7)

OC: oral contraception; DM: dysmenorrhea.

<sup>a</sup>Variables evaluated on regression: age, gravidity, infertility.

<sup>b</sup>Reference category for adjusted odds ratio on logistic regression.