



Troubles du cycle à l'adolescence : une banalité ?



Rev Med Suisse 2010; 6: 1236-41

**M. Jacot-
Guillarmod
S.-C. Renteria**

Drs Martine Jacot-Guillarmod
et Saira-Christine Renteria
Département de gynécologie
et obstétrique
CHUV, 1011 Lausanne
martine.jacot-guillarmod@chuv.ch
saira-christine.renteria@chuv.ch

Menstrual disorders in adolescents: commonplace or worrisome?

The first menstrual cycles following menarche are often characterized by irregular and/or heavy bleeding. The adolescent patient may be worried by these episodes of bleeding. In 50-80% of cases these are anovulatory bleeding due to the immaturity of the gonadotrophic axis. Nevertheless pathologies such as von Willebrand disease, genital infection, polycystic ovary syndrome, eating disorders, a tumor or a pregnancy may be diagnosed by bleeding abnormalities. The challenge for the physician is to distinguish between bleeding abnormalities secondary to anovulation and pathologies where investigations and specific follow-up is mandatory. Adolescents who experience abnormal bleeding must be counseled according to their perceptions and expectations.

Les premiers cycles suivant la ménarche se manifestent fréquemment par des saignements irréguliers et/ou abondants qui sont source d'inquiétude pour l'adolescente. Il s'agit dans 50-80% des cas de cycles anovulatoires liés à l'immaturité de l'axe gonadotrope. Toutefois, des pathologies telles qu'une infection génitale, un trouble du comportement alimentaire, une maladie de von Willebrand, un syndrome des ovaires polykystiques, une tumeur ou une grossesse peuvent être révélées par des anomalies du cycle. Le défi pour le praticien est de distinguer les troubles du cycle liés à l'anovulation qui peuvent être banalisés des troubles associés à des pathologies nécessitant des investigations et une prise en charge spécifique parfois immédiate. Les adolescentes souffrant de cycles anovulatoires doivent pouvoir bénéficier d'un encadrement qui répond à leurs perceptions et attentes.

INTRODUCTION

Selon la croyance populaire, un cycle menstruel régulier de 28 jours est la norme. Tout écart, même de quelques jours, soulève chez l'adolescente et son entourage des inquiétudes quant à son intégrité féminine et sa fertilité.

La multiplication des applications smartphone dédiées au cycle menstruel témoigne du besoin de contrôle et de réassurance à ce sujet.

Ces perceptions erronées s'inscrivent dans une période de maturation qui se traduit fréquemment par des cycles irréguliers ou des saignements abondants. Peut-on, sachant cela, banaliser tout trouble du cycle alors que l'adolescente consulte avec cette plainte ?

La particularité des premiers cycles qui suivent la ménarche, actuellement située en moyenne à 12,9 ans, est liée à l'immaturité de l'axe gonadotrope responsable de cycles irréguliers ou de saignements abondants. Dans 50-80% des cas, ces cycles sont anovulatoires les dix-huit à vingt-quatre premiers mois, se traduisant parfois par une à deux menstruations par an. Selon certains auteurs cette incidence atteint même 95%.¹

Il s'agit de distinguer le cycle menstruel normal chez l'adolescente d'un trouble du cycle nécessitant des investigations. Néanmoins, un cycle considéré comme physiologique peut selon les représentations, les attentes et les activités de l'adolescente entraîner une gêne dont il faut tenir compte.

LES RÈGLES: UNE QUESTION CONTEXTUELLE?

La perception que toute femme a de son cycle, et a fortiori toute adolescente, dépend de multiples facteurs et s'inscrit dans le vécu personnel, familial et socioculturel. Ainsi, la perception d'un cycle normal ou pathologique varie d'une femme à une autre.

Cycle «normal»

Du point de vue physiologique, le cycle est composé d'une phase folliculaire

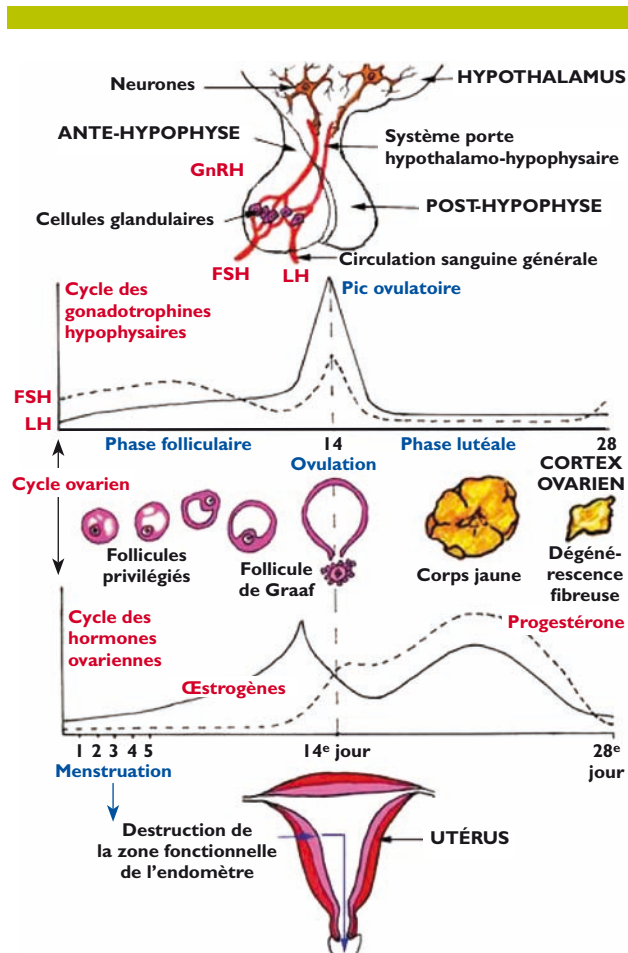


Figure 1. Cycle menstruel

Les conditions requises pour l'instauration et le maintien d'un cycle régulier sont multiples: axe gonadotrope fonctionnel (hypothalamus-hypophyse-ovaire), filière génitale intacte, endomètre réceptif et réserve folliculaire satisfaisante.
GnRH: gonadotropin releasing hormone; FSH: follicle stimulating hormone; LH: luteinizing hormone.

suivie d'une phase lutéale (figure 1). La durée du cycle est dictée par la phase folliculaire qui peut varier contrairement à celle de la phase lutéale qui est toujours de douze à quatorze jours à partir de l'ovulation. La durée du cycle n'est donc pas un reflet de son caractère ovulatoire ou non et n'autorise par conséquent aucune interprétation quant à la fertilité.

Comment évaluer le cycle?

Les différentes caractéristiques du cycle menstruel normal sont énumérées dans le tableau 1. L'anamnèse est une étape-clé dans l'identification d'un éventuel problème. Il s'agit donc de la conduire de manière à obtenir des informations détaillées en posant des questions concrètes et, éventuellement, par la démonstration de matériel d'hygiène menstruelle. Ainsi, des questions type dans l'investigation d'un saignement abondant peuvent être: utilisez-vous des tampons ou des bandes hygiéniques et de quel type (capacité d'absorption)? Combien de fois changez-vous de protection par jour? Observez-vous parfois des

Tableau 1. Définitions du cycle menstruel normal

- Durée moyenne du cycle: 28 jours (21-35)
- Durée moyenne des menstruations: 4 jours (1-7)
- Quantité moyenne de pertes sanguines: 30-40 ml
- Quantité maximale de pertes sanguines: 60-80 ml (environ six serviettes ou tampons par jour)

débordements nocturnes malgré l'utilisation de tampons ou bandes très absorbants?

Contrairement à certaines idées reçues, les jeunes filles virgo peuvent porter des tampons hygiéniques, et pas exclusivement de taille «mini». Les tampons ne sont pas toxiques. En effet, l'incidence du syndrome du choc septique est estimée au plus à trois à quatre cas pour 100 000 utilisatrices de tampons.²

Le score de Higham³ (figure 2) est utile pour quantifier et évaluer les pertes sanguines lorsqu'elles sont jugées abondantes. L'utilisation d'un calendrier menstruel constitue aussi une précieuse source d'informations.

L'anamnèse permet aussi de mettre à jour des difficultés que l'adolescente n'aborde pas spontanément comme l'impossibilité d'introduire un tampon vaginal, par exemple, qui peut simplement révéler un manque de connaissances anatomiques mais aussi une anomalie hyménale.

Troubles du cycle

La littérature manque d'homogénéité dans les définitions pour les différents troubles du cycle rendant difficile la comparaison de recherches épidémiologiques aussi bien

Tampon ou bande	Jour de règles								Points
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	
1 point/ tampon ou bande									
5 points/ tampon ou bande									
20 points/ tampon ou bande									
Petit caillot									1 point
Grand caillot									5 points

- Chaque jour le nombre de bandes hygiéniques (ou tampons) est reporté dans la case correspondant au degré d'imprégnation en sang.
- Les points obtenus sont additionnés et, à la fin des règles, la somme obtenue équivaut à la valeur du score de Higham.
- Un score supérieur à 100 points correspond à un saignement supérieur à 80 ml (= hyperménorrhée).

Figure 2. Score de Higham modifié

Evaluation semi-quantitative par des questions concrètes, éventuellement, par la démonstration de matériel d'hygiène menstruelle.



Tableau 2. Nomenclature des troubles du cycle
Classification des troubles selon les différentes composantes et comparés au cycle dit normal.

Variations de la quantité

- Hyperménorrhée: saignement menstruel excessif (environ 80 ml/cycle) ou nécessité de changer de tampon/bande hygiénique toutes les 1-2 heures
- Hypoménorrhée: saignement de faible intensité

Variations du rythme ou de la durée

- Ménorragie: saignement menstruel prolongé (durée environ 7 jours)
- Aménorrhée: absence de menstruation
- Métorragie (ou spotting): saignement survenant à intervalle irrégulier
- Polyménorrhée: saignement survenant à un intervalle d'environ 21 jours
- Oligo-aménorrhée (ou spanioménorrhée): saignement survenant à un intervalle d'environ 45 jours

Variations de la perception sensorielle

- Disménorrhée: menstruation douloureuse
- Syndrome prémenstruel: ensemble de symptômes physiques, psychiques et émotionnels survenant en lien avec le cycle menstruel

Variation combinée

- Ménométrorragie: saignement prolongé à intervalle irrégulier

que l'évaluation de différentes approches thérapeutiques.⁴ La nomenclature proposée dans le présent article est explicitée dans le **tableau 2**.

Les cycles perçus comme irréguliers, abondants et la dysménorrhée (20-90% des adolescentes,⁵ 45% en Suisse⁶) représentent les plaintes gynécologiques les plus fréquentes à cet âge. Dans la perspective d'un diagnostic différentiel, il est nécessaire de distinguer les composantes du cycle, à savoir la quantité, le rythme et la possible douleur (**tableau 3**).

Comme déjà évoqué, il est important d'appréhender tout problème de cycle dans le contexte global de la jeune patiente. Le contexte influence non seulement la perception qu'une jeune fille a de son cycle mais aussi la décision de consulter.⁷

Les représentations varient selon l'origine ethnique, les croyances religieuses et celles transmises dans la lignée féminine. Les règles et le déroulement du cycle suscitent des interprétations qui ne correspondent que rarement à l'évaluation médicale.

Des travaux sociologiques retracent historiquement la perception des menstruations à travers les époques et les sociétés. Il est frappant de constater que les termes utilisés ont majoritairement des connotations négatives et qu'il faut attendre le XVII^e siècle pour voir apparaître en Angleterre une appellation plutôt neutre mais puritaine *at those monthly periods*.⁸ Il reste de cette imprégnation historique un important tabou lié aux règles, plus marqué dans certaines cultures.

Il est du rôle du praticien d'assurer à chaque adolescente l'accès aux connaissances sur le fonctionnement de son corps et les changements liés à son développement. Une des premières démarches thérapeutiques est souvent de l'informer que des cycles irréguliers peuvent être normaux mais qu'il est possible de traiter si ces troubles génèrent une gêne ou un inconfort. A titre d'exemple, la dysménorrhée est encore trop souvent interprétée par l'entourage de la jeune patiente comme un «passage obli-

Tableau 3. Diagnostic différentiel des troubles du cycle

Pathologies liées à la quantité

- Trouble de l'hémostase (20%): maladie de von Willebrand, déficit en facteur V, VII ou X
- Thrombocytopenie: leucémie, purpura thrombopénique idiopathique (PTI)
- Iatrogène: médicaments (anticoagulation), dispositif intra-utérin (DIU)
- Traumatisme: lacération vaginale
- Atteinte utérine: myome

Pathologies liées au rythme

- Cycles anovulatoires: fonctionnel (80%), anorexie, sport, stress
- Infections: cervicite, endométrite, Pelvic inflammatory disease (PID) (*Chlamydia*)
- Grossesse: abortus, grossesse extra-utérine (GEU), maladie trophoblastique, complication postinterruption de grossesse, anomalie placentaire
- Endocrinopathies: trouble thyroïdien, hyperprolactinémie, ovaires polykystiques (PCO), insuffisance ovarienne, atteinte surrénalienne
- Traumatisme: abus sexuel, rétention de corps étranger (tampon)
- Iatrogène: chimiothérapie, radiothérapie, médicaments (contraception)
- Atteinte cervicale: polype, ectropion
- Tumeur: rhabdomyosarcome (vagin/col), tumeur ovarienne
- Malformation génitale: syndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser

Pathologies associées à la douleur

- Endométriose
- Kyste ovarien: torsion, rupture
- Traumatisme: lacération vaginale
- Infection: endométrite, PID
- Grossesse: GEU, abortus
- Malformation génitale méconnue: hémivagin borgne

gé» ou comme un symptôme fictif, négligeable.

Les règles survenant habituellement comme ultime étape du développement pubertaire, elles marquent l'accès au statut de femme, point de non-retour pour l'adolescente qui découvre son nouveau corps alors que son psychisme n'a peut-être pas encore assimilé cette réalité. Est-il dès lors étonnant que le vécu du cycle menstruel mais aussi la présence de certains troubles soient intimement liés à l'acceptation de l'adolescente de sa féminité?

LES RÈGLES: SYMPTÔME D'APPEL D'UNE PATHOLOGIE SOUS-JACENTE?

Les règles peuvent apparaître comme le signe extérieur de bon fonctionnement sur le plan de la santé reproductive et de la santé en général. Les troubles du cycle présents chez l'adolescente, lorsqu'ils ne sont pas attribuables aux seuls cycles anovulatoires, agissent comme révélateurs de pathologies.^{9,10} L'Académie américaine de pédiatrie et le Collège américain des gynécologues et obstétriciens incitent à intégrer l'anamnèse menstruelle des jeunes filles au même titre que tout autre signe vital dans le bilan de santé à l'adolescence.¹¹ L'identification de troubles du cycle peut permettre d'anticiper des problèmes de santé révélés parfois seulement à l'âge adulte, ou mettre en évidence une maladie systémique méconnue. C'est le cas pour le syndrome des ovaires polykystiques¹² (PCOS). Ce syndrome est caractérisé par une oligoménorrhée ou une aménorrhée secondaire accompagnée de signes cliniques et biologiques d'hyperandrogénie. Le syndrome



métabolique peut être discret à l'adolescence mais en l'absence de prise en charge adéquate il évolue à l'âge adulte vers une insulino-résistance sévère avec ses diverses complications. Cette issue rend une prise en charge précoce et si possible multidisciplinaire indispensable. L'aménorrhée secondaire ouvre un large volet de diagnostics possibles. Parmi ces diagnostics, une grossesse, un trouble du comportement alimentaire de type anorexie ou une hyperprolactinémie représentent les causes les plus fréquentes d'aménorrhée secondaire à l'adolescence et doivent être recherchés. Le diagnostic d'un trouble du comportement alimentaire impose la mise en place d'un encadrement où le trouble du cycle en soi ne constitue pas la priorité thérapeutique mais peut agir comme élément déclencheur à une prise de conscience et à l'instauration de mesures thérapeutiques. Quant à l'hyperprolactinémie chez l'adolescente, elle présente la particularité d'être rarement associée à un écoulement mammaire contrairement à ses manifestations chez l'adulte et l'absence de règles est souvent le seul signe clinique de ce dérèglement endocrinien.

L'hyperménorrhée chez la patiente adolescente peut être le premier signe d'un trouble de l'hémostase. La maladie de von Willebrand est la pathologie la plus communément associée à une hyperménorrhée à la ménarche. Elle touche 1% de la population générale et, parmi les adolescentes, une fille sur six qui consulte pour hyperménorrhée sévère est atteinte de cette maladie. Lorsque le diagnostic est posé à cet âge, cela permet d'anticiper la survenue de graves hémorragies et de prévenir une anémie chronique.

Il existe des pathologies telles l'endométriase, certaines malformations génitales ou des infections pelviennes qui se manifestent par une dysménorrhée. La dysménorrhée membraneuse, rare, correspond à l'expulsion de la décidue endométriale en un bloc tissulaire et génère souvent beaucoup d'inquiétude.

LES RÈGLES: UN SIGNE D'ALARME À NE PAS NÉGLIGER?

Parmi les pathologies révélées, il s'agit de déceler les critères de sévérité qui imposent une prise en charge immédiate.¹³ Ces critères comprennent la durée du trouble, la sévérité des symptômes cliniques et leur répercussion dans le quotidien de la jeune patiente. Une dysménorrhée ou hyperménorrhée sévère, difficile à gérer, peut être à l'origine d'un absentéisme scolaire ou d'un retrait social, par exemple. Dans le vaste diagnostic différentiel des métrorragies (tableau 3), il y a des situations où le trouble du cycle est l'expression clinique d'une pathologie sous-jacente. Les métrorragies peuvent aussi bien révéler un tampon oublié qu'une grossesse méconnue, par exemple, et signifier une grossesse extra-utérine, un abortus ou la complication d'une interruption de grossesse. La suspicion d'une infection génitale lors de métrorragies doit faire rechercher une infection, en particulier à *Chlamydia*. La sévérité des symptômes accompagnants, tels que fièvre, altération de l'état général et douleurs abdominales, dicte la prise en charge ambulatoire ou hospitalière. Dans les cas d'infections génitales, plus la prise en charge spécifique

est rapide, meilleur est le pronostic en termes de fertilité. Les métrorragies sont parfois le témoin d'une tumeur génitale, le rhabdomyosarcome étant la plus fréquente (4-6% des néoplasies chez la fillette et l'adolescente), ou ovarienne (kystes fonctionnels fréquents, tumeurs malignes très rares < 20 ans) qui impose une prise en charge urgente.

Par conséquent, le bilan initial d'évaluation de métrorragies doit comprendre un test de grossesse et la recherche de germes responsables de maladies sexuellement transmissibles (*Chlamydia*, gonocoques) en cas d'activité sexuelle possible, un examen gynécologique minutieux et/ou une échographie.

Qu'en est-il de l'hémorragie aiguë?

L'hémorragie aiguë, *dysfunctional uterin bleeding* (DUB), est définie par un saignement excessif, parfois prolongé, de l'endomètre sans cause organique identifiée. Dans 90% des cas, l'hémorragie est associée à un cycle anovulatoire. L'hypothèse physiopathologique stipule un manque de rétrocontrôle négatif des œstrogènes sur la sécrétion de FSH (*follicle stimulating hormone*) dont la chute, dans un cycle normal, entraîne une diminution du taux d'œstrogènes. Ainsi, la sécrétion d'œstrogènes continue d'être stimulée entraînant un épaissement excessif de l'endomètre. L'hospitalisation est parfois nécessaire pour stabiliser la patiente sur le plan hémodynamique. Le traitement est hormonal. L'objectif de ce traitement est d'administrer des œstrogènes pour tarir le saignement en accentuant la prolifération endométriale tout en administrant des progestatifs qui stabilisent l'endomètre. Il existe différents schémas thérapeutiques reconnus selon les critères d'une médecine basée sur les preuves. L'utilisation de pilules contraceptives œstroprogestatives est habituelle.^{4,14}

CONCLUSION: LES TROUBLES DU CYCLE SONT-ILS À BANALISER?

Puisqu'il est habituel que les premiers cycles suivant la ménarche soient irréguliers tant sur le plan de la fréquence des menstruations que sur le plan de la quantité des

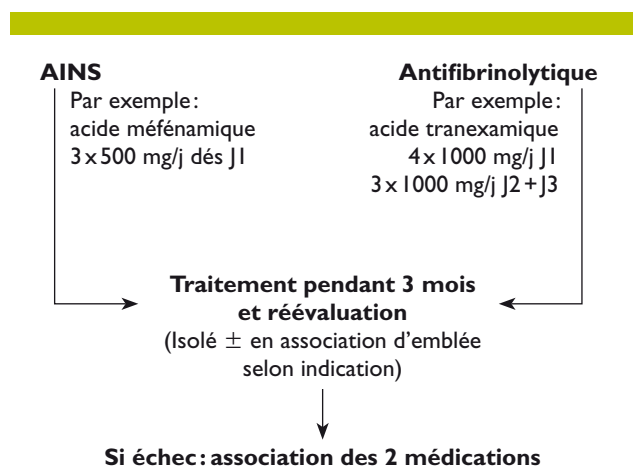


Figure 3. Prise en charge thérapeutique lors d'hyperménorrhée (± dysménorrhée). AINS: anti-inflammatoires non stéroïdiens.



saignements, quand faut-il s'en inquiéter?

L'évaluation d'une jeune patiente présentant un probable trouble du cycle doit permettre de déterminer quelle adolescente nécessite un traitement médical après d'éventuelles investigations complémentaires et quelle adolescente peut bénéficier d'une attitude expectative jusqu'à la maturation complète de l'axe gonadotrope.

Il est par conséquent essentiel de connaître le mécanisme des premiers cycles menstruels et les possibles affections liées à des irrégularités du cycle afin de ne pas banaliser à tort toute anomalie de saignement chez une patiente adolescente.

Selon les circonstances, la prise en charge vise à régulariser le cycle et soulager de possibles douleurs après avoir exclu une éventuelle pathologie associée (figure 3).

Le médecin joue souvent un rôle de réassurance par une information ciblée et adaptée à l'adolescente qui complète l'éducation sexuelle. ■

Implications pratiques

- > 50-80% des troubles du cycle suivant la ménarche sont la conséquence de cycles anovulatoires liés à l'immaturation de l'axe gonadotrope
- > L'anamnèse est l'étape-clé dans l'investigation d'un trouble du cycle
- > Les troubles du cycle à l'adolescence parfois révèlent des pathologies sous-jacentes telles que, par exemple, un syndrome des ovaires polykystiques, une maladie de von Willebrand, une grossesse méconnue, un trouble du comportement alimentaire ou une infection génitale à *Chlamydia* qu'il faut savoir identifier afin de proposer une prise en charge adéquate

Bibliographie

- 1 ** Deligeorgiou E, Tsimaris P, Deliveliotou A, et al. Menstrual disorders during adolescence. *Ped Endocrinol Rev* 2006;1:150-9.
 - 2 Schlievert PM, Tripp TJ, Peterson ML. Reemergence of staphylococcal toxic shock syndrome in Minneapolis-St.Paul, Minnesota, during the 2000-2003 surveillance period. *J Clin Microbiol* 2005;43:2875-6.
 - 3 Higham JM, O'Brien PM, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:734-9.
 - 4 Fraser AS, Critchley HOD, Munro MG, et al. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Hum Reprod* 2007;22:635-43.
 - 5 Davis AR, Westhoff CL. Primary dysmenorrhea in adolescent girls and treatment with oral contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001;14:3-8.
 - 6 Renteria S-C. Quand les règles n'ont plus la cote: Quid de la contraception hormonale œstroprogestative administrée en cycles longs? *Rev Med Suisse* 2008;4:2246-50.
 - 7 Bitzer J, Tschudin S, Stadlmayer W. Die Menstruation und ihre Bedeutung für die Frauengesundheit. *Zentralbl Gynakol* 2005;127:282-7.
 - 8 Woolcock JG, Critchley HOD, Munro MG, et al. Review of the confusion in current and historical terminology and definitions for disturbances of menstrual bleeding. *Fertil Steril* 2008;90:2269-80.
 - 9 Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Dysfunctional uterine bleeding. In: *Pediatric and adolescent gynecology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005; 270-86.
 - 10 ** Benjamins L. Practice guideline: Evaluation and management of abnormal vaginal bleeding in adolescents. *J Pediatr Health Care* 2009;23:189-93.
 - 11 * American academy of pediatrics, American college of obstetricians and gynecologists. Menstruation in girls and adolescents: Using the menstrual cycle as a vital sign. *Pediatrics* 2006;118:2245-50.
 - 12 Demir SC, Kadayifcy TO, Vardar MA, et al. Dysfunctional uterine bleeding and other menstrual problems of secondary school students in Adana, Turkey. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000;13:171-5.
 - 13 Adams Hillard PJ, Deitch HR. Menstrual disorders in the college age female. *Pediatr Clin North Am* 2005;52:179-97.
 - 14 * Levin SB. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19:49-51.
- * à lire
** à lire absolument