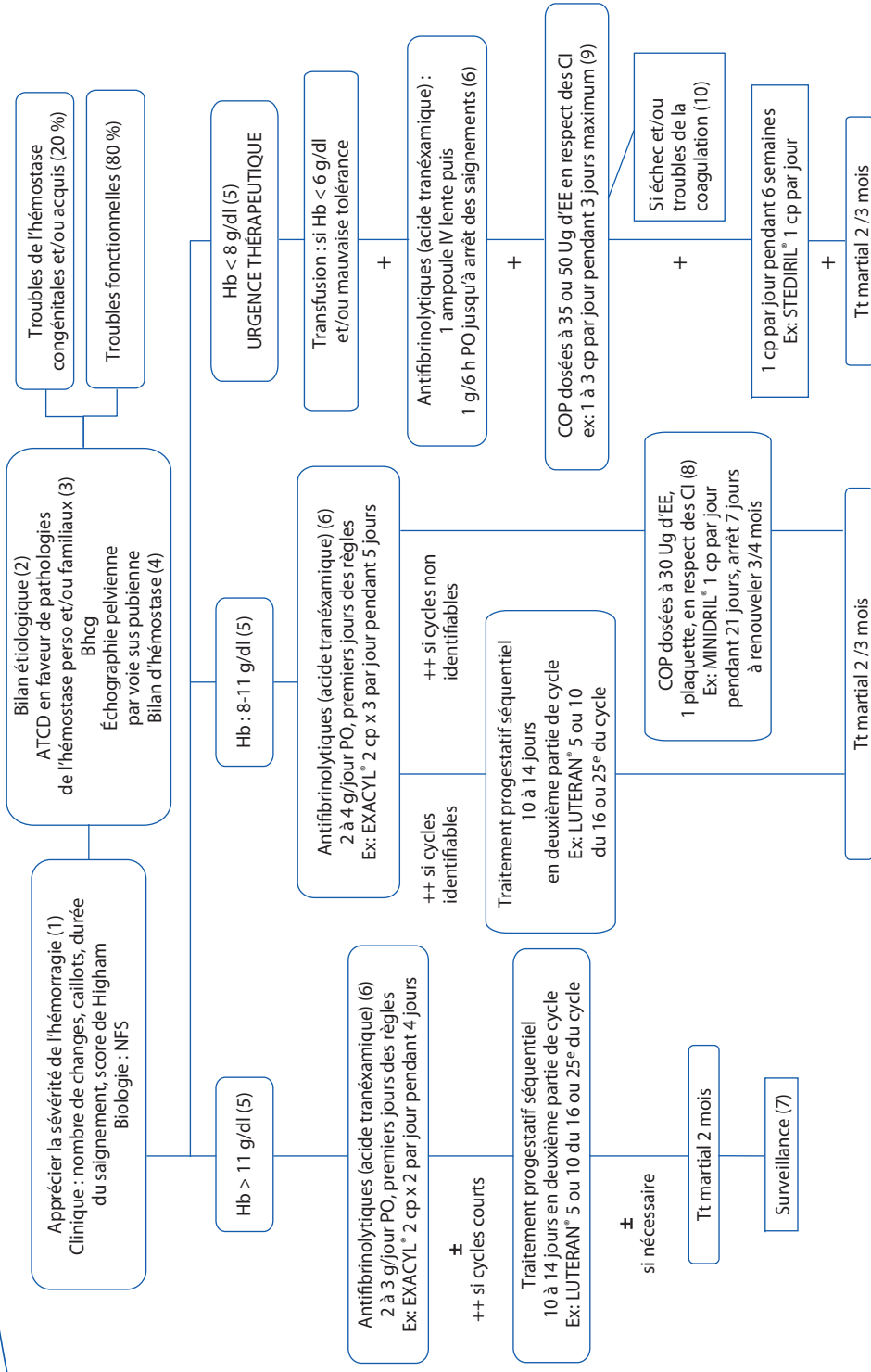


**M. Bidet**

Unité d'endocrinologie gynécologie et diabétologie pédiatrique, Centre de pathologies gynécologiques rares, Hôpital Necker Enfants Malades, 149 rue de sèvres, 75743 Paris, France



## ■ Abréviations

**COP :** contraception oestro-progestative  
**EE :** Ethynil Estradiol  
**Hb :** hémoglobine  
**NFS :** numération formule plaquettaire  
**PO :** per os

## ■ Références

Lukes A. Disorders of hemostasis and excessive menstrual bleeding: prevalence and clinical impact. Fertil Steril 2005;84:1345-51.  
De Raucourt E, Ternisien C. Prise en charge des méno-métrorragies : bonnes pratiques et valeur diagnostique de la biologie : hémostase- hématologie. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;37:5317-28.  
Kadir RA, Lukes AS, Kouides PA, et al. Management of excessive menstrual bleeding in women with hemostatic disorders. Fertil Steril 2005;84:1352-9.  
Higham JM, O'Brien PMS, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. Br J Obstet Gynecol 1990;97:734-9.

## ■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) Les ménorragies pubertaires surviennent dans les 2 premières années suivant les premières règles et concernent 2 à 5 % des adolescentes.

Elles sont définies par des saignements anormaux par leur abondance (> 80 ml) et/ou leur durée (nl ≤ 7 jours), plus ou moins associées à une anomalie de fréquence (nl ≥ 21 jours).

L'abondance des saignements est appréciée à l'interrogatoire par l'estimation du nombre de changes (nl ≤ 6/j), la présence de caillots, de débordements. Elle peut aussi être appréciée de manière semi quantitative par le score de Higham (hémorragie si > 100) (Tableau 1). Cliniquement, des signes d'anémie et de mauvaises tolérances sont recherchés (pâleur cutané-conjonctivale, dyspnée, tachycardie, tension artérielle, signes de choc). Biologiquement, la sévérité du saignement est appréciée par le taux d'hémoglobine.

(2) Dans 80 % des cas, les ménorragies pubertaires sont fonctionnelles, secondaires à une dysovulation ou une absence d'ovulation. Dans 20 % des cas environ, les ménorragies pubertaires peuvent révéler ou accompagner un trouble de l'hémostasie acquis ou congénital. La grossesse doit être éliminée, les autres causes organiques sont rarissimes. L'hypothyroïdie est classiquement rapportée, mais rare en pratique. D'autres causes de dysovulation peuvent être recherchées si arguments cliniques et/ou troubles des cycles supérieurs à 2 ans.

(3) En cas d'arguments personnels et/ou familiaux (Tableau 2), un bilan d'hémostasie est réalisé : NFS, TP-TCA, fibrinogène, temps de saignements (méthode de Duke, Ivy, PFA : TS *in vitro*), taux d'Antigène Willebrand (vWAg), activité cofacteur de la ristocétine (vWRCo), activité coagulante du Facteur VIII (FVIII : C). Avis des spécialistes de l'hémostasie, en cas d'anomalies.

(5) Le traitement des métrorragies pubertaires dépend de la cause et de la sévérité des saignements. L'hémodynamique et la profondeur de l'anémie définissent le degré d'urgence de la prise en charge.

(6) les antifibrinolytiques : acide tranéxamique-Exacyl® 20-25 mg/kg per os toutes les 6 à 8 h (jusqu'à 1,5 g par prise) ou 10 mg/kg intraveineuse toutes les 8 h (jusqu'à 1 g par prise) sont indiqués dans toutes les formes de ménorragies pubertaires.

(7) Une forme mineure ou modérée peut devenir grave si le saignement menstruel se prolonge, d'où la nécessité de vérifier

**Tableau I**  
Calcul de score de Higham, score d'évaluation objective des pertes sanguines menstruelles.

Date	Jour de règles								
	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
Serviette ou Tampon	1 point/linge								
	5 points/linge								
	20 points/linge								
Caillots									
Débordement									

**Tableau II**  
Arguments pour pathologie constitutionnelle de l'hémostasie

ATCD maladie hémorragique familiale  
Saignements après extraction dentaire  
Saignements après chirurgie  
Saignements abondants après petite blessure  
Epistaxis fréquentes, abondantes, bilatérales  
Gingivorragies abondantes et fréquentes  
Ecchymoses  
ATCD transfusionnels,  
Saignements gastro-intestinaux  
Hémorragies du SNC  
Hématomes ou hémarthroses spontanés.  
Anémie après premières règles

l'efficacité du traitement de façon rapprochée. La réalisation d'un calendrier menstruel peut être utile afin d'évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements.

(8) Les contre-indications à la COP rares à cet âge seront systématiquement recherchées, notamment les ATCD throm-

boemboliques familiaux survenus avant 50 ans. En cas de contre-indications à la COP, un progestatif dénué d'effets métaboliques sera prescrit, 21/28 J, (ex. : Lutéran® 10).

(9) En cas de forme grave, l'hémorragie génitale pourra être jugulée par une COP dosée au moins à 35 µg voir à 50 µg d'éthinyl estradiol (Stédirin®), 2 à 3 cp/j jusqu'à l'arrêt, pas au-delà de 3 jours, associée à un anti-émétique pour contrer les effets digestifs des fortes doses d'oestrogènes. Puis le relais se fera à 1 cp par jour.

(10) D'autres mesures peuvent être entreprises en aigu si échec ou troubles de la coagulation.

la DDAVP (desmopressin - Mimirin®) augmente la sécrétion du facteur VIII et du facteur de Willebrand (41). Elle est prescrite en intranasal à 300 µg pour plus de 50 kg ou en intraveineux. La transfusion de facteurs de coagulation est exceptionnelle. Le curetage hémostatique sous anesthésie générale serait indiqué si échec du traitement médical. En pratique son indication est exceptionnelle.

## Liens d'intérêts

L'auteur n'a pas communiqué ses conflits d'intérêts.