

SAIGNEMENTS MENSTRUELS ABONDANTS À L'ADOLESCENCE : TRUCS ET ASTUCES POUR LES PÉDIATRES

Dehlia Moussaoui, Kerstin Ruoss



Dehlia Moussaoui

Kerstin Ruoss

Bien que les termes féminins soient utilisés dans le texte suivant, nous faisons référence à toutes les personnes ayant des menstruations, indépendamment de leur identité de genre.

Cas 1 Règles abondantes causées par un axe hypothalamo-hypophyso-ovarien immature avec présentation aiguë lors de l'arrivée aux urgences

Présentation de cas

La mère de Lucy (12 ans) a amené sa fille dans votre cabinet en raison d'une fatigue et de vertiges. Elle demande une consultation en urgence, car Lucy a fait une syncope à l'école. L'anamnèse révèle que Lucy a ses règles depuis 20 jours. Les saignements sont si intenses qu'elle doit mettre 3 serviettes hygiéniques l'une sur l'autre, et les changer 5 fois par jour. Lorsqu'on lui demande des précisions, elle ajoute qu'elle remarque parfois des caillots plus grands d'une pièce d'un franc.

Lucy a eu sa ménarche il y a 5 mois. Ses premières règles ont duré 6 semaines. Ses deuxième règles (actuelles) sont arrivées au bout de 4 mois.

Jusqu'à présent, l'adolescente était en bonne santé ; ni elle ni d'autres membres de sa famille n'ont eu de fortes hémorragies.

Lors de l'examen clinique, Lucy a l'air fatiguée et affaiblie. Son taux d'hémoglobine est de 81 g/l. On l'envoie aux urgences pour qu'elle y soit examinée plus en détail et traitée.

Les médecins des urgences confirment une anémie. L'anamnèse n'a fourni aucune donnée indiquant une tendance aux saignements accrue. L'anémie aiguë est provoquée par les menstruations irrégulières et prolongées, dont la cause est encore inconnue.

Cas 2 Menstruations abondantes causées par un trouble de la coagulation (présentation chronique)

Présentation de cas

Vous êtes le-la pédiatre de Jasmine, 14 ans. Lors d'un rendez-vous de contrôle, elle se plaint d'une fatigue et d'une perte de cheveux inhabituelle. L'examen clinique est sans particularité. Le bilan sanguin montre une formule sanguine dans la norme mais une carence en fer avec une ferritine à < 5 mcg/l. Vous complétez votre anamnèse pour investiguer l'origine de cette carence martiale. Elle mange de tout et ne présente pas de symptôme gastro-intestinal.

Elle a eu sa ménarche il y a 2 ans. Elle rapporte des règles régulières tous les 24-28 jours, d'une durée de 8-9 jours. Elle doit changer de serviette hygiénique toutes les heures pendant les 2 premiers jours, ce qui pose problème à l'école. La nuit, elle superpose deux serviettes l'une sur l'autre, mais il y a fréquemment des taches de sang sur les draps. Elle décrit des caillots d'une taille supérieure à 2,5 cm. Les règles de Jasmine sont ainsi depuis la ménarche, et sa mère ne s'est jamais inquiétée car les siennes sont similaires.

Dans les antécédents, Jasmine présente des épistaxis depuis l'enfance qui durent environ 15 minutes, et des gingivorragies occasionnelles au brossage des dents. Elle n'a jamais été opérée.

A l'anamnèse familiale, la mère de Jasmine avait présenté une hémorragie du post-partum après l'accouchement de Jasmine, qui avait nécessité un curetage et une transfusion érythrocytaire. Il n'y a jamais eu d'investigations hémostatiques chez la mère.

Discussion

La mise en évidence d'une carence martiale, avec ou sans anémie associée, ne doit pas seulement conduire à sa substitution, mais également à la recherche de son origine. Les causes d'une carence en fer à l'adolescence sont : un manque d'apport ; une malabsorption ; ou des pertes d'origine digestive ou gynécologique.

<https://doi.org/10.35190/Paediatria.f.2026.1.4>

Correspondance :
dehlia.moussaoui@hug.ch

Hémostase

Accueil et
modération en allemand
Prof Manuela Albisetti

Thrombose et thrombophilie en âge pédiatrique: enjeux diagnostiques et cliniques

PD Dr med. Mattia Rizzi,
Médecin associé, Lausanne
Présentation FR | diapositives EN

Die Therapie der Thrombose im Kindesalter – Altbekanntes und Neues

Dr. med. Alessandra Bosch,
Oberärztin, Zürich
Présentation DE | diapositives EN

Hämophilie: Welche Prophylaxe für welchen Patienten

Prof. Dr. Manuela Albisetti, Leitende Ärztin, Zürich
Présentation DE | diapositives EN

Roundtable

Am Roundtable nehmen alle oben genannte
Referent:innen sowie Dr. med. Jan Teller,
Vertreter des Vorstands pädiatrie schweiz und
Praxispädiater teil.



Inscription jusqu'au 4 mai 2026.
[paediatricschweiz.ch/fr/
formation-continue](https://paediatricschweiz.ch/fr/formation-continue)

L'événement est reconnu par pédiatrie
suisse avec 2 crédits de formation
continue essentielle en pédiatrie. La
participation à la formation est
gratuite pour les membres de pédiatrie
suisse. Pour les non-membres, la parti-
cipation aux frais est de CHF 50.-.

Anamnèse menstruelle

Les saignements menstruels abondants étant la cause la plus fréquente de carence martiale à l'adolescence⁽¹⁾, une anamnèse menstruelle est donc indispensable. Elle doit inclure l'âge de la ménarche, la durée et la régularité du cycle menstruel, la durée des menstruations, l'abondance du flux et les symptômes menstruels éventuellement associés. L'utilisation d'un calendrier menstruel (sous format papier ou dans une appli sur smartphone) devrait être encouragée pour obtenir des données objectives et permettre d'observer l'évolution des cycles menstruels sur plusieurs mois. L'abondance du flux menstruel reste difficile à estimer en pratique, et le manque de comparaison possible fait qu'il est souvent difficile pour un individu d'estimer si ses menstruations sont « normales » ou « abondantes ». Par ailleurs, l'éducation menstruelle est généralement transmise au sein des familles, ce qui peut contribuer à biaiser la notion de « normalité » dans les familles où toutes les femmes ont des règles abondantes, p. ex. en lien avec un trouble de la coagulation. Des méthodes visuelles telles que le PBAC (Pictorial Blood Assessment Chart) permettent une évaluation semi-quantitative du saignement par la consigne du nombre de protections menstruelles utilisées quotidiennement et leur degré de saturation, ainsi que la présence d'éventuels caillots ou fuites⁽²⁾. Un PBAC score de 100 est considéré comme équivalent à une perte sanguine de 80ml, ce qui reflète des saignements menstruels abondants⁽³⁾. En pratique, le pédiatre peut rechercher des points d'appel évocateurs d'un saignement menstruel abondant, qui sont décrits dans le tableau 1.

Il est toutefois intéressant de souligner que la définition actuelle des saignements menstruels abondants est basée sur l'impact sur la qualité de vie⁽⁴⁾.

Red flags évoquant un saignement menstruel abondant
Durée des règles > 7 jours
Durée du cycle menstruel < 21 jours
Nécessité de changer de protection menstruelle toutes les 2 heures ou plus souvent
Nécessité de porter plusieurs protections menstruelles en même temps
Caillots sanguins d'une taille > 2,5 cm
Sensation d'inondation

Tableau 1. Red flags évoquant un saignement menstruel abondant.

Examens

Présentation initiale

Durant l'examen initial, on détermine la formule sanguine et on vérifie la présence d'une anémie ou d'une thrombocytopénie. En situation d'urgence, on oriente le traitement en fonction du taux d'hémoglobine actuel, tout en mesurant le taux de ferritine afin d'évaluer les réserves en fer. Si la carence martiale est importante, d'autres examens sont nécessaires. La détermination de la formule sanguine, y compris les réticulocytes, les paramètres de coagulation (Quick, INR aPTT, fibrinogène)^(5,6) ainsi qu'un test de grossesse chez les adolescentes sexuellement actives sont indispensables lors de la présentation initiale.

On peut mesurer la fonction thyroïdienne si on suspecte une hypothyroïdie. En cas de point d'appel, il est possible de contrôler le taux de gonadotrophines pour exclure une insuffisance ovarienne et le taux d'androgènes pour exclure une hyperandrogénie.

Saignements menstruels abondants et troubles de la coagulation

Parmi les adolescentes avec un saignement menstruel abondant, 30 % ont un trouble de la coagulation sous-jacent⁽⁷⁾. La maladie de von Willebrand et les dysfonctions plaquettaires sont des causes fréquentes de saignement menstruel abondant, mais il arrive aussi qu'aucun diagnostic ne puisse être posé après des investigations biologiques poussées – on parle alors de saignement d'origine indéterminée (*bleeding disorder of unknown cause*)⁽⁸⁾. Il est important d'investiguer et d'identifier ces troubles de la coagulation pour proposer un traitement adapté et éviter des complications hémorragiques, par exemple à l'occasion d'un geste chirurgical ou lors d'un accouchement. Certains éléments de l'anamnèse devraient faire évoquer la possibilité d'un trouble de l'hémostase sous-jacent : des saignements menstruels abondants depuis la ménarche et pendant plus de 12 mois successifs, la sévérité des saignements menstruels, la nécessité d'une transfusion sanguine, la rupture de kyste ovarien hémorragique avec hémopéritoine, et des antécédents familiaux de tendance hémorragique^(1,9). Le score de saignement de la Société Internationale de Thrombose et d'Hémostase (ISTH-BAT score) permet d'évaluer la tendance hémorragique d'un individu via 14 items notés de 0 à 4 points selon la sévérité des symptômes⁽¹⁰⁾. Un score de saignement supérieur ou égal à 3 chez les adolescentes < 18 ans est considéré comme positif et doit conduire à des investigations supplémentaires.

En cas de suspicion de trouble de la coagulation sous-jacent (éléments anamnestiques en faveur d'une tendance hémorragique ou score ISTH-BAT positif), l'adolescente devrait être référée à un ou une spécialiste (gynécologue ou hématologue de l'enfant et de l'adolescent) pour des investigations supplémentaires^(5,8,9).

Formation continue

Diagnostic

En cas de saignements irréguliers et prolongés survenant dans les deux ans post ménarche, de crase simple normale et **d'absence de red flag pour un trouble de la coagulation**, le diagnostic le plus probable est un saignement utérin causé par un trouble ovulatoire (immaturité de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique). Ces saignements peuvent être aigus et fréquents, intenses et prolongés, ou chroniques et accompagnés de menstruations la plupart du temps irrégulières. Il s'agit alors d'un dérèglement dû à des cycles anovulatoires. Dans les 2 à 3 années qui suivent la ménarche, jusqu'à 80 % des cycles sont anovulatoires. La progestérone ne peut donc pas empêcher la prolifération des cellules endométriales. L'endomètre est épais et instable, il saigne de manière irrégulière, et le flux menstruel varie. C'est une des raisons pour lesquelles on ne fait pas nécessairement une échographie lors de l'évaluation initiale chez les adolescentes, chez qui une hémorragie par atrophie ou une tumeur sont rares, contrairement aux femmes adultes. On peut d'abord partir du principe qu'il faut traiter l'épaississement et l'instabilité de l'endomètre.

Traitement

Si le taux de ferritine est faible, nous recommandons une substitution par une préparation de fer(II). Les valeurs cibles sont de 30 µg/l.⁽¹¹⁾

L'emploi d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peut être envisagé afin de réduire les saignements en cas de légère hémorragie utérine anormale (Hb > 120 g/l) et en l'absence de signes d'un trouble de la coagulation.⁽¹²⁾ L'inhibition de la synthèse de la prostaglandine et l'effet vasoconstricteur obtenu peuvent réduire jusqu'à 30 % de l'hémorragie.

L'acide tranexamique (cyklokapron) est un anti-fibrinolytique qui peut être administré par voie orale et a une efficacité de 40–50 % de réduction du flux menstruel⁽¹³⁾. La posologie standard est de 1 g 3×/jour per os durant 5 jours. L'acide tranexamique est remboursé en Suisse. Il s'agit du traitement hémostatique de première intention des saignements menstruels abondants, que le-la pédiatre peut prescrire en cabinet.

Famille d'hormone	Traitements hormonaux	Dosage en cas de saignement aigu avec répercussions hémodynamiques et biologiques	Dosage en phase de maintenance ou si saignement sans répercussion hémodynamique	Risques et effets secondaires
Méthode œstro-progestative	Pilule combinée (diverses formulations, p. ex. EE 30mcg/LNG150 mg)	1 cp aux 6 h puis schéma dégressif lorsque saignement contrôlé ou après max 48 h	1×/jour de manière cyclique (21/7) ou continue	Nausées, céphalées, rétention hydrique, mastodynie, risque de thrombose veineuse et artérielle
	Patch contraceptif (EE 60 mcg/norelgestromin 6 mg – Evra®)		1×/semaine de manière cyclique (21/7) ou continue	
	Anneau vaginal (EE 270 mcg/etonogestrel 11,7 mg – Nuvaring®)		1×/3 semaines de manière cyclique (21/7) ou continue	
Méthode progestative seule	Dydrogestérone (Duphaston®)	10 mg 3×/jour puis schéma dégressif lorsque saignement contrôlé	10 mg 1–3×/jour	Pas d'effet contraceptif, céphalées, acné
	Noréthistérone acétate (Primolut N®)	5–10 mg 4×/jour puis schéma dégressif lorsque saignement contrôlé	5 mg 1–2×/jour	Pas d'effet contraceptif, céphalées, acné
	Depo- Medroxyprogestérone acétate (Depo Provera® ou Sayana®)		150 mg IM ou 104 mg SC toutes les 12 semaines	Céphalées, saignement irrégulier, trouble du métabolisme osseux (durée d'utilisation maximale recommandée de 2 ans)
	Pilule progestative seule (desogestrel 75 mcg – Cerazette® ou drospirenone 4 mg – Slinda®)		1×/jour en continu	Saignement irrégulier, céphalées, acné
	DIU Levonorgestrel 52 mg (Mirena®)		Durée d'utilisation jusqu'à 8 ans	Saignement irrégulier (en particulier les 3 premiers mois)

Tableau 2. Méthodes hormonales pour le traitement aigu et chronique des saignements utérins anormaux

Légende : DIU = dispositif intra-utérin, EE = ethinyl estradiol, IM = intra-musculaire, LNG = levonorgestrel, SC = sous-cutané

Des traitements hormonaux peuvent être prescrits pour diminuer le flux menstruel, voire supprimer les règles (Table 2). La plupart de ces méthodes sont contraceptives et, bien qu'elles soient utilisées à des fins de traitement des troubles du cycle menstruel, elles ne sont généralement pas remboursées en Suisse. Une exception est l'acétate de noréthistérone (non contraceptif) et, dans certaines conditions, le dispositif intra-utérin hormonal lévonorgestrel 52 mg (Mirena). Le choix entre les différentes méthodes dépendra des symptômes menstruels, des éventuelles contre-indications individuelles et des préférences personnelles.

Les méthodes oestroprogestatives (pilule, anneau vaginal ou patch) permettent une réduction de 70 % du flux menstruel et peuvent être utilisées de manière continue pour tenter de supprimer complètement les règles^(14,15).

Les progestatifs seuls sont tous associés à un risque de saignement irrégulier. Le dispositif intra-utérin hormonal (lévonorgestrel 52 mg, Mirena) reste le traitement le plus efficace des saignements utérins anormaux (SUA), avec une réduction du flux menstruel de 94 % après une année d'utilisation⁽¹⁶⁾. Contrairement aux idées reçues, il peut être inséré chez les adolescentes n'ayant jamais eu de rapport sexuel pénétratif, avec une sédation appropriée. La pilule contraceptive progestative (desogestrel ou drospirenone) est associée à un taux variable d'aménorrhée et de saignement irrégulier. L'acétate de noréthistérone se montre plus efficace pour contrôler les SUA mais n'a pas d'effet contraceptif⁽¹⁷⁾. Les injections d'acétate de médroxyprogestérone conduisent à une aménorrhée dans environ 50 % des cas après un an d'utilisation. Il est important de noter que l'implant sous-cutané n'est pas recommandé en première intention pour le traitement des SUA, en raison d'un risque important de saignements irréguliers et abondants.

Conclusion

Malgré une prévalence élevée à l'adolescence et un impact certain sur la qualité de vie, les saignements menstruels abondants sont encore souvent banalisés et peu investigués. Il est important que le-la pédiatre soit attentif aux points d'appel faisant évoquer un saignement menstruel abondant et qu'il puisse effectuer les investigations de base (FSC, ferritine et crase simple). En cas de suspicion de trouble de la coagulation sous-jacent, il doit adresser l'adolescente au-la spécialiste en hémostase pour investigations supplémentaires. Le-la pédiatre peut prescrire l'acide tranexamique pour traiter les saignements menstruels abondants, et adresser au besoin la jeune à une consultation de gynécologie pédiatrique pour discuter de l'introduction d'un traitement hormonal.

Messages-clés pour le-la pédiatre

- investiguer les causes d'une carence martiale, avec ou sans anémie, et pas seulement la substituer !
- prendre une anamnèse menstruelle chez les adolescentes
- encourager les jeunes à remplir un calendrier des règles
- connaître les causes les plus fréquentes de saignements menstruels abondants chez les adolescentes : axe hypothalamo-hypophyséogonadique immature et trouble de la coagulation
- investiguer des règles abondantes avec un bilan sanguin de base (FSC, ferritine et crase simple)
- référer au-la spécialiste en hémostase pédiatrique pour investigations supplémentaires si point d'appel pour une tendance hémorragique
- prescrire l'acide tranexamique
- référer au-la gynécologue pédiatre pour traitement hormonal

Pour la bibliographie, veuillez consulter notre version en ligne de l'article.

Dr med. Dehlia Moussaoui

Consultation ambulatoire de santé des adolescents et jeunes adultes, Service de pédiatrie générale, Département de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève

Dr. med. Kerstin Ruoss

Kinder- und Jugendgynäkologie, Universitäts-Kinderspital Zürich