

MASTERCLASS

Femmes et règles abondantes

02 Octobre 2025

Dr Lucia Rugeri

Unité Hémostase Clinique

Service de gynécologie obstétrique

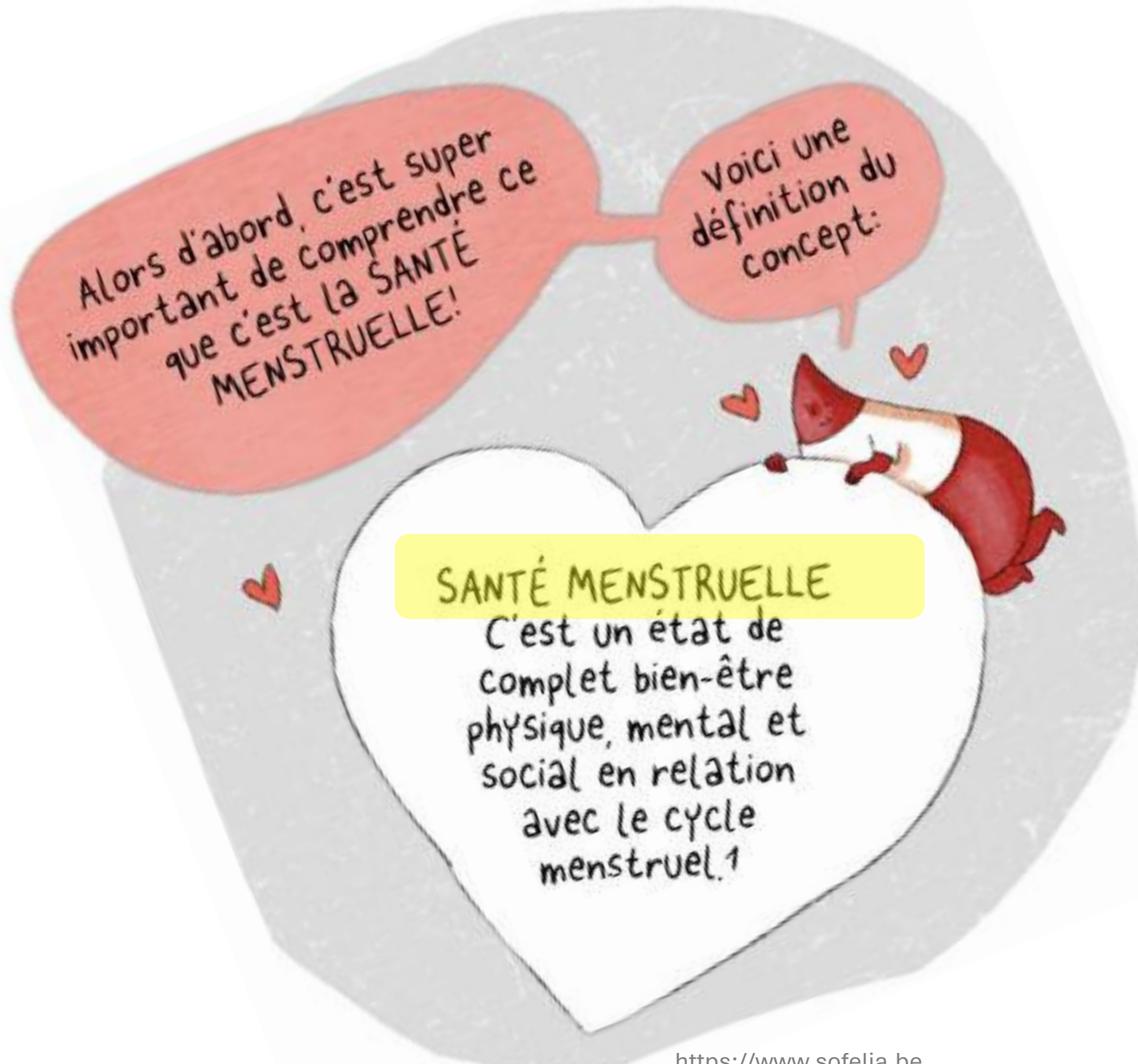
Dr Dehlia Moussaoui

Consultation de gynécologie pédiatrique
(CASAA)

Département de pédiatrie, gynécologie et
obstétrique

Cas 1 Julie 20 ans

- Règles abondantes depuis la ménarche, associées à des douleurs pelviennes chroniques, nausées, céphalées et malaises cataméniaux
- Absentéisme scolaire puis professionnel 1-2 jours par mois
- A arrêté la pratique de l'athlétisme à l'âge de 15 ans
- Voit moins ses amis car annule souvent en dernière minute
- Relations amoureuses et sexuelles compliquées



Alors d'abord, c'est super important de comprendre ce que c'est la SANTÉ MENSTRUELLE!

Voici une définition du concept:

SANTÉ MENSTRUELLE

C'est un état de complet bien-être physique, mental et social en relation avec le cycle menstruel.¹

<https://www.sofelia.be>

Hennegan et al. Sexual and Reprod Health Matters 2021



Une campagne de

SOFÉLIA

La Fédératrice des Centres de Planning familial belges

Anciennement



Parlons des règles...

Sang rougir!

Salé moi ?!

Non mais ça va pas la tête ?

Stop aux tabous liés aux règles !

C'est important de parler de la santé menstruelle à tout âge !

Ouais!

Et tout le monde est concerné par les règles !



equal.brussels



Éditeur responsable : Annette Van Gorp
Place Saint-Jean 1-3 1050 Bruxelles
Belgique - 02 512 00 00

Menstruations : ce qui est normal



CLINICAL REPORT

Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Committee on Adolescence

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS

Committee on Adolescent Health Care



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Menstruations : ce qui est normal



- Durée des règles: 2-7 jours
- Intervalle entre les règles: 21-45 jours (adolescence)
21-35 jours (adulte)
- Quantité du flux:
 - < 80ml par cycle menstruel
 - < 6 serviettes ou tampons/24h
 - protections peuvent rester en place > 2h sans fuite



7-2-1 rule

What is a heavy period?

1 in 5 women will experience heavy periods. Heavy periods may be a sign of a bleeding disorder. These symptoms should alert you:



Your period lasts 7 days or more



Need to change menstrual protection more often than every 2 hours



Passing blood clots larger than a 1€ coin

	TABLEAU 1	Signes évocateurs d'une anomalie de l'hémostase	
--	------------------	--	--

ISTH: International society on thrombosis and haemostasis – Société internationale de thrombose et d'hémostase.

Temporalité des saignements utérins anormaux

- Présence depuis la ménarche
- Présence pendant plus de 12 mois successifs

Sévérité des saignements utérins anormaux

- Nécessité d'une hospitalisation
- Nécessité d'une transfusion de sang
- Nécessité d'une supplémentation en fer
- Durée des règles supérieure à 7 jours
- Changement de protection toutes les deux heures ou plus souvent
- Caillots sanguins > 2,5 cm
- Nécessité de porter plusieurs protections en même temps
- Sensation d'inondation
- Absence de réponse au traitement standard
- Impact social, scolaire ou professionnel
- Réveils nocturnes
- Rupture de kystes ovariens hémorragiques avec hémopéritoine

Anamnèse hémorragique

- Score de saignement ISTH positif
- Antécédents familiaux positifs

MENSTRUAL CALENDAR

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				



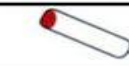
Quantification semi quantitative des règles

Score de HIGHAM

Nom :

Prénom :

DN :

Date :		Jour de règles								
Serviette ou Tampon		1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	Points
	1 point / linge									
										
	5 points / linge									
										
	20 points / linge									
										
Caillots										
Débordement										
									Total points	

Score supérieur à 100 = perte de sang supérieur à 80 ml =
ménorragie

<https://hemogyn.fr/remplir-mon-score-de-higham>

Pictorial Blood Loss Assessment Chart

[illegible]

Total Score (Sum of rows)

Scoring the Chart:

At the end of your period tabulate a "Total Score" by multiplying the total number of tallies in each row by the "Multiplying Factor" at the end of the row. Then sum the "Row Totals" to obtain the final "Total Score"

Example:

Ms. Smith in the first day of her period, she used 7 pads (5 lightly stained, 1 moderately and 1 heavy stained). She also used 1 moderately stained tampon and had 3 blood clots 1 small and 2 large. She also had one incidence of flooding.



Small blood clots (= Dime)	I				
Large blood clots (≥ Quarter)	II				
Menstrual accidents	I				
Total Score					

- Record any incidences of flooding (accidents) by placing a tally mark in the menstrual accident row.

Selon le “National Institute for Health and Care Excellence (NICE), la définition des saignements utérins anormaux (SUA) est basée sur:

- A. Un volume de perte de sang
- B. Une anémie par carence martiale
- C. Un score de Higham (PBAC) pathologique
- D. L'impact des saignements sur la qualité de vie

Selon le “National Institute for Health and Care Excellence (NICE), la définition des saignements utérins anormaux (SUA) est basée sur:

- A. Un volume de perte de sang
- B. Une anémie par carence martiale
- C. Un score de Higham (PBAC) pathologique
- D. L'impact des saignements sur la qualité de vie

Saignements utérins anormaux (SUA)

- Définition: flux menstruel excessif, qui interfère avec la qualité de vie de l'individu, sur le plan physique, émotionnel, social ou matériel.



Saignements utérins anormaux (SUA)

- Définition: flux menstruel excessif, qui interfère avec la qualité de vie de l'individu, sur le plan physique, émotionnel, social ou matériel.

- **30-40%** prévalence des personnes qui ont des SUA



Quelques chiffres



- Les SUA correspondent à la 1^{ère} cause d'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer
- Dans enquête européenne = 46 % des femmes touchées n'avaient jamais consulté dans ce contexte

Periods Shouldn't Bring Any Adolescents' World to a Full Stop. Period. An Online Survey of Adolescents' Experience of Menstruation

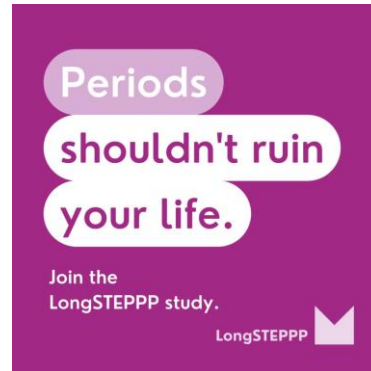


Courtney B. Munro^{1,2,3}, Emma N. Walker^{4,*}, Rachel Schembri^{3,5}, Dehlia Moussaoui¹, Sonia R. Grover^{1,2,3}

Troubles du cycle menstruel chez 1811 adolescentes:

- Dysménorrhée 84.8%
- Fatigue 83.2%
- Troubles de l'humeur 80.1%
- Nausées 75.4%
- Céphalées 44%

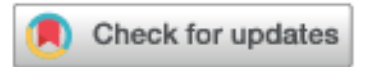
**Absentéisme scolaire à
cause des règles
1x/mois 21.4%**



Conséquences des troubles du cycle menstruel sur la qualité de vie

GYNECOLOGY

The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women



Mark E. Schoep, MD; Theodoor E. Nieboer, MD, PhD; Moniek van der Zanden, MD; Didi D. M. Braat, MD, Prof;
Annemiek W. Nap, MD, PhD

- 38% des femmes adultes ne peuvent pas poursuivre leurs activités quotidiennes durant leurs règles.

Cas 2: Jihane, 38 ans

Découverte MWD devant des SUA

Jihane, 38 ans

- Est adressée par son médecin traitant aux urgences pour anémie sévère et SUA
- A l'arrivée aux urgences, il n'est pas constaté de saignement utérin en cours
- A l'examen clinique: on retrouve une tachycardie modérée
 - Quels éléments rechercher à l'interrogatoire?
 - Quel examen clinique faites-vous ?
 - **Examen cutanéomuqueux : OUI** à la recherche d'ecchymoses
 - Examen gynécologique : **NON**, Pas systématique

Jihane, 38 ans

Les données à rechercher à l'interrogatoire:

- **ATCD médico-chirurgicaux : ATCD d'hémorragies spontanées, provoquées, SCORE ISTH BAT**
- **ATCD familiaux hémorragiques ?**
- **ATCD obstétricaux : GxPx; Hémorragie du post partum?**
- **Prises médicamenteuses (AINS, aspirine, anticoagulants...) et contraception ?**
- **Caractéristiques des règles : durée, nombre de change, caillots ? Signes de mauvaise tolérance, dysménorrhées associées... SCORE de Higham**

Evaluation du score hémorragique: ISTH BAT

Evaluation du score hémorragique											
Nom		Prénom		DDN							
Epistaxis		Cavité buccale		Chirurgies*		Hématomes					
0	0 ou faible (<5 min)	0	0 Non	0	-1 0 Hie dans au moins 2 chirurgies	0	0 Jamais			0	
1	> 5 min	1	Au moins 1 fois	0	0 chirurgie ou 0 Hie pour 1 chiru	0	1 Post traumatique non traité				
2	Consultation	2	Consultation	1	Hie dans < 25% chirurgies		2 Spontané non traité				
3	Cautérisation ou antifibrinolytiques	3	Hémostase chirurgicale ou antiFIB	2	Hie dans > 25% chirurgies		3 Spontané ou post trauma ayant justifié substitution				
4	Transfusion CGR ou substitution ou DD	4	Transfusion CGR ou substitution ou DDAVP	4	Transfusion CGR ou substitution ou DDAVP		4 Spontané ou post trauma ayant justifié chirurgie ou				
Ecchymoses		Saignements Gastrointestinaux		Ménorrhagies		Hémarthroses					
0	0 ou < 1 cm	0	0 Non	0	0 Non	0	0 Jamais			0	
1	spontané et > 1 cm	1	Secondaires: ulcère, HTTP....	1	Consultation		1 Post traumatique non traité				
		2	Spontanés	2	OP ou antiFIB		2 Spontané non traité				
2	Consultation	3	Hémostase chirurgicale, CGR ou substitution ou DDAVP ou	3	Curetage ou TTT martial	3	3 Spontané ou post trauma ayant justifié substitution				
		4	Hystérectomie, Transfusion CGR ou substitution ou DDAVP	4	Hystérectomie, Transfusion CGR ou substitution ou DDAVP	4	4 Spontané ou post trauma ayant justifié chirurgie ou				
Saignements plaies		Extractions dentaires		Hémorragies post partum		Hémorragies SNC					
0	0 ou minime (<5 min)	0	-1 Pas Hie dans au moins 2	-1	Pas Hie dans au moins 2	0	0 Jamais			0	
1	> 5 min	0	Aucune ou pas d'Hie dans au r	0	0 Aucun ou pas d'Hie dans au mo	0	1				
2	Consultation	1	Dans < 25% des extractions	1	Consultation		2				
3	Hémostase chirurgicale	2	Dans > 25% des extractions	2	Curetage ou TTT martial ou antiFIB		3	Sous dural			
4	Transfusion CGR ou substitution ou DD	3	Reprise	3	Transfusion CGR ou substitutio ou DDAVP		4	Intracérébral			
		4	Transfusion CGR ou substitution ou DDAVP	4	Hysterectomie						
DATE du SCORE						Score TOTAL					
						3					

Jihane, 38 ans

- Score ISTH BAT = 3
 - Pas d'antécédent hémorragique spontané
 - Pas de saignement rapporté après une appendicectomie, 1 HPP mais 2 accouchements non hémorragiques (dont 1 césarienne)

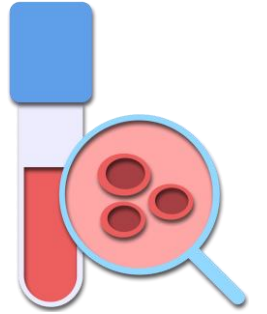
INTERPRETATION	
Homme Adulte	N= 0-3 AN = score > 5
Femme Adulte	0-5 AN = score > 6
Enfants < 18 ans	AN > 2

Intérêt et limites du score ISTH BAT

- Score établi pour évaluer les manifestations hémorragiques puis validé par l'ISTH pour explorer les maladies hémorragiques
- Chez les adolescents avec SUA, un ISTH-BAT >4 plutôt que le cut-off >2 chez enfants, est spécifique d'une maladie hémorragique
- Les valeurs normales augmentent avec l'âge dans une population de femmes normales :
 - Age 18-30 ans = 0-4
 - Age 52-88 ans = 0-6
- Adaptation des taux de référence du score ISTH BAT en fonction de l'âge peut augmenter la sensibilité et spécificité du score chez les femmes

Jihane, 38 ans

Quel bilan d'hémostase de 1^{ère} intention?



- TP, TCA, fibrinogène
- FVIII, FIX, FXI
- VWF: Act, VWF Ag
- Groupage sanguin?
- CRP?
- Tests plaquettaires?

Recommandations pour la pratique clinique

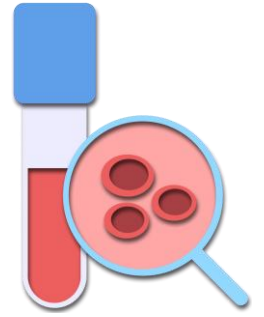
Prise en charge des ménorragies : recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)

R1.3 – Chez une femme adulte ayant des ménorragies, sans traitement hormonal et avec une échographie normale, il est recommandé de réaliser une numération formule sanguine, un bilan de coagulation et une recherche de la maladie de Willebrand.

QUALITÉ DE PREUVE BASSE, RECOMMANDATION FORTE

Jihane, 38 ans

Résultats du bilan biologique



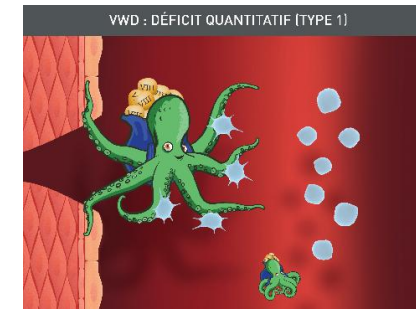
- NFS, ferritine : **anémie et/ou carence martiale**

- Hb = 9,1 G/L
- Ferritine = 8 µg/L

- Bilan de coagulation

- TP, TCA, Fibrinogène normaux
- FVIII = 52%
- VWF: Act = 25%
- VWF: Ag = 30%
- NP 175 giga/L

- Déficit en FWF de type 1 ?

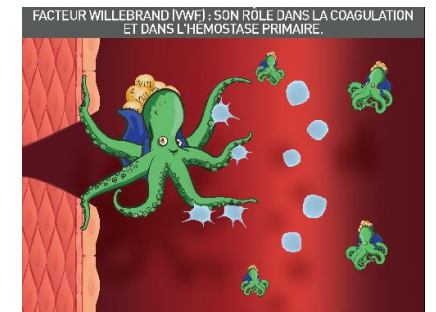
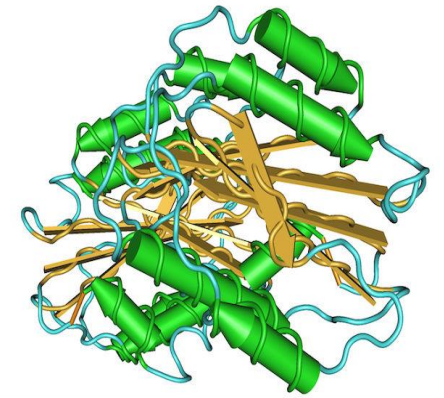


Maladies hémorragiques héréditaires

- Chez les femmes porteuses d'un déficit héréditaire, 75–80% présentent des SUA qui sont majoritairement la 1ère complication hémorragique de leur maladie
- **La plus fréquente: Maladie de Willebrand** dont les formes biologiques et cliniques sont extrêmement variables

Maladie de Willebrand (MWD)

- Prévalence
 - touche 0,01 % de la population générale
 - 5 à 36 % des adolescentes consultant pour ménorragies
- Rôle biologique du Facteur Willebrand:
 - Hémostase 1^{aire} = interaction avec Gp plaquettaires = adhésion et agrégation
 - Coagulation = Transport du FVIII



Maladie de Willebrand (MWD)

- On décrit:
 - Les déficits quantitatifs: Type 1 et Type 3 (complet)
 - Les déficits qualitatifs : 2A, 2B, 2M, 2N (en fonction du défaut fonctionnel du VWF)
- Le diagnostic repose sur les dosages:
 - VWF:Act , VWF:Ag, FVIII, NP, à interpréter en fonction du groupe sanguin et à distance d'un syndrome inflammatoire
- Explorations complémentaires pour définir le sous-type: VWF:CB, RIPA, multimères , biologie moléculaire

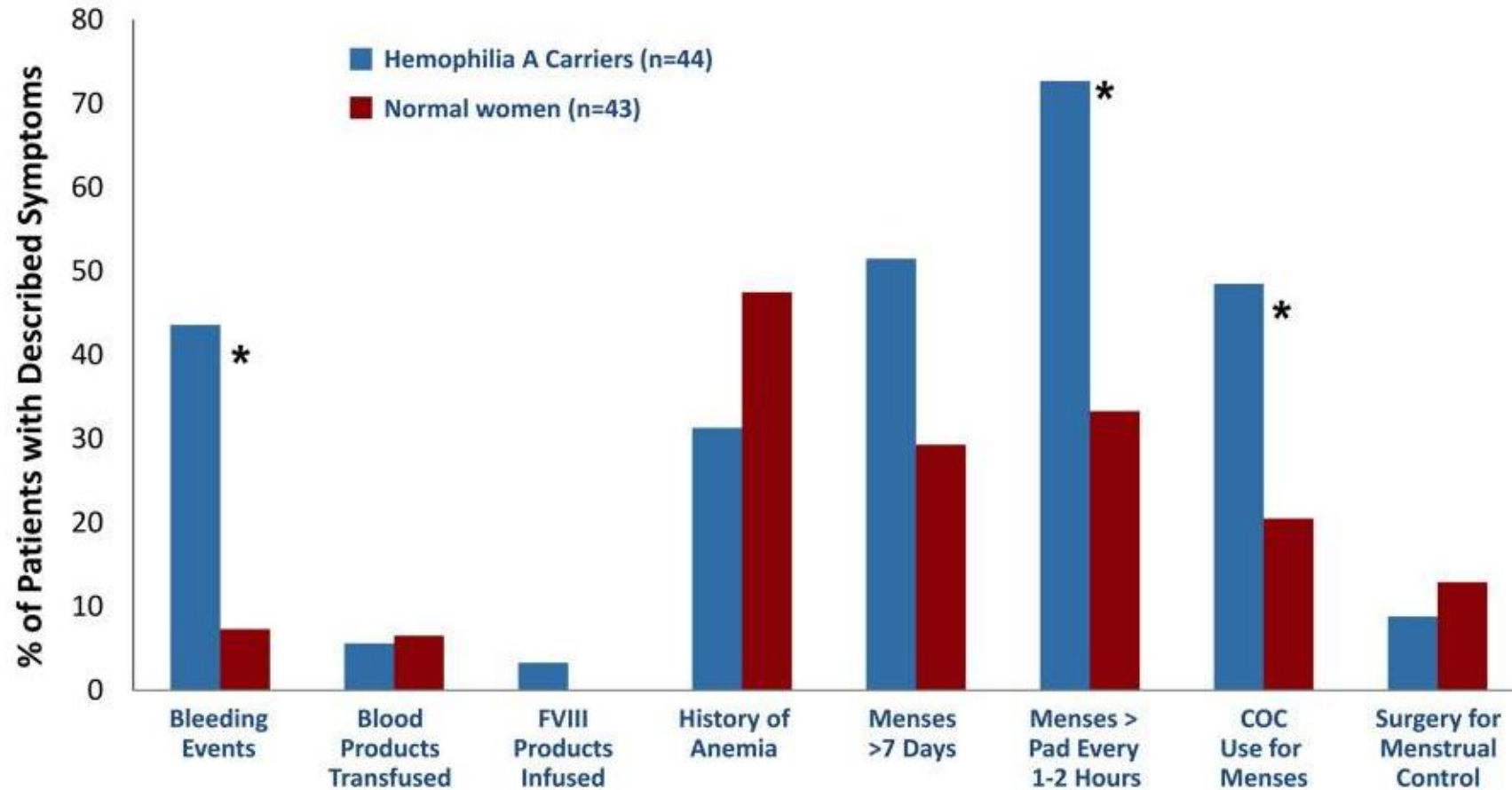
Maladies hémorragiques héréditaires

- L'hémophilie A ou B: anomalie liée à X mais certaines femmes peuvent présenter des formes mineures (conductrices) voire sévère.
- Dépistage systématique des potentielles conductrices avant la ménarche
- Les femmes sont largement sous diagnostiquées
 - Prévalence des femmes conductrices : 1 pour 3000 mais prévalence pas connue car les femmes et filles hémophiles sont sous incluses dans les bases internationales
 - Par exemple: sur 206 119 hémophiles inclus dans le rapport annuel de la WFH, seules 3,5% sont des femmes

Maladies hémorragiques héréditaires

- Plus rarement, les formes sévères (homozygotes) des autres déficits rares (par ordre de prévalence: FVII, FXI , FII, FV, FX, afibrinogénémie, FXIII, déficits combinés FV et FVIII) la prévalence de l'ordre de 1 per 500 000 to 1 per 2 millions
- Et encore plus rarement, les thrombopathies (Thrombasténie de GLZ, JBS, pool vide)

Hémophilie et SUA



*Fisher's Exact Chi Square p value <0.05

Les déficits rares en France

N= 683

• Déficit en FXI	261 (38%)
• Déficit en FVII	216 (32%)
• Déficit en FV	61 (9 %)
• Déficit en Fibrinogène (FI)	45 (7 %)
• Déficit en XIII	37 (5 %)
• Déficit en X	37 (5 %)
• Déficit en FV +VIII	25 (4 %)
• Déficit en FII	1

Autres déficits rares

Déficit XIII

- Environ **25-30%**
- Fausses couches précoces

*L.Rugeri. Br J Haematol. 2020.
Kadir RA. Haemophilia 2013.*

Déficit VII

- Déficit sévère : **≈ 75%**
- Prophylaxie débutée pour SAU (4/21)
- Traitement pour SAU (16/101)

*Registre STER.
Greifswald Factor FVII Deficiency Study Group.*

Déficit X

- Déficit sévère : **≈ 25%**
- Traitement pour SAU (64%)
- Transfusion (10%)

A Kadir. Haemophilia 2019.

Afibrinogénémie

- Manifestation **fréquente**
- D'intensité variable suivant la sévérité du déficit

*M. VIJAPURKAR, Hemophilia 2009
Y Zhang, Clin Appl Throm Hemost 2020*

Autres déficits rares

Déficit V

- Environ **50%**
- Série Française 61%

Viswabandya A et al. Am J Hematol. 2010
Palla R et al. Blood. 2015
Rugeri L SFTH CO 2025

Déficit VIII + V

- **40 à 100%**
- Série Française 57%

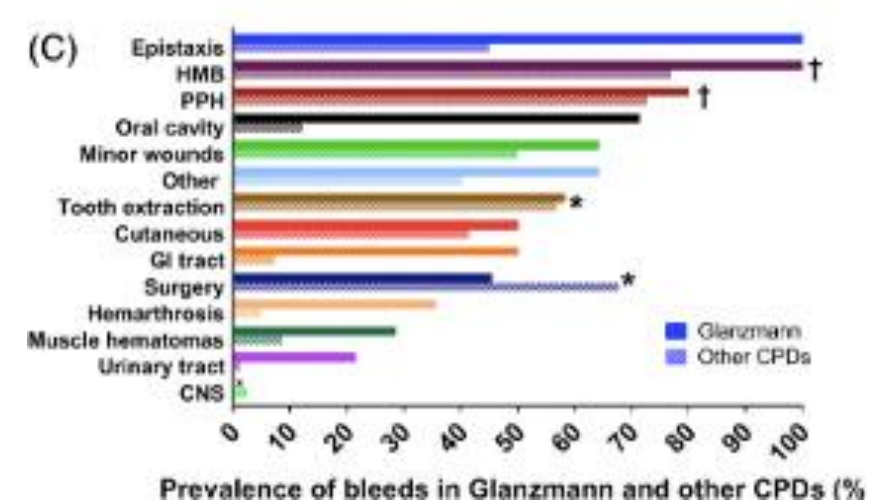
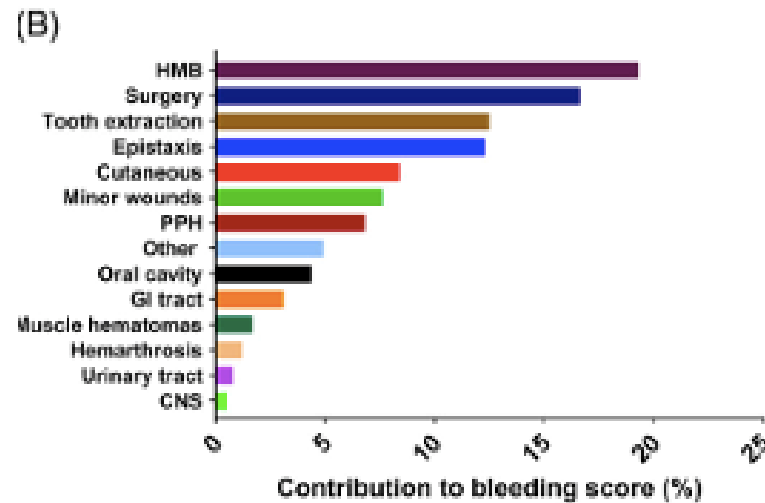
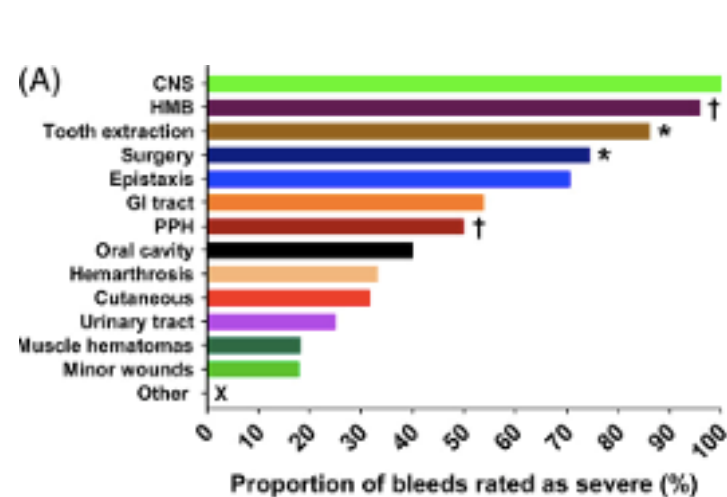
Viswabandya A et al. Am J Hematol. 2010
Palla R et al. Blood. 2015
Rugeri L SFTH CO 2025

SUA et thrombopathies

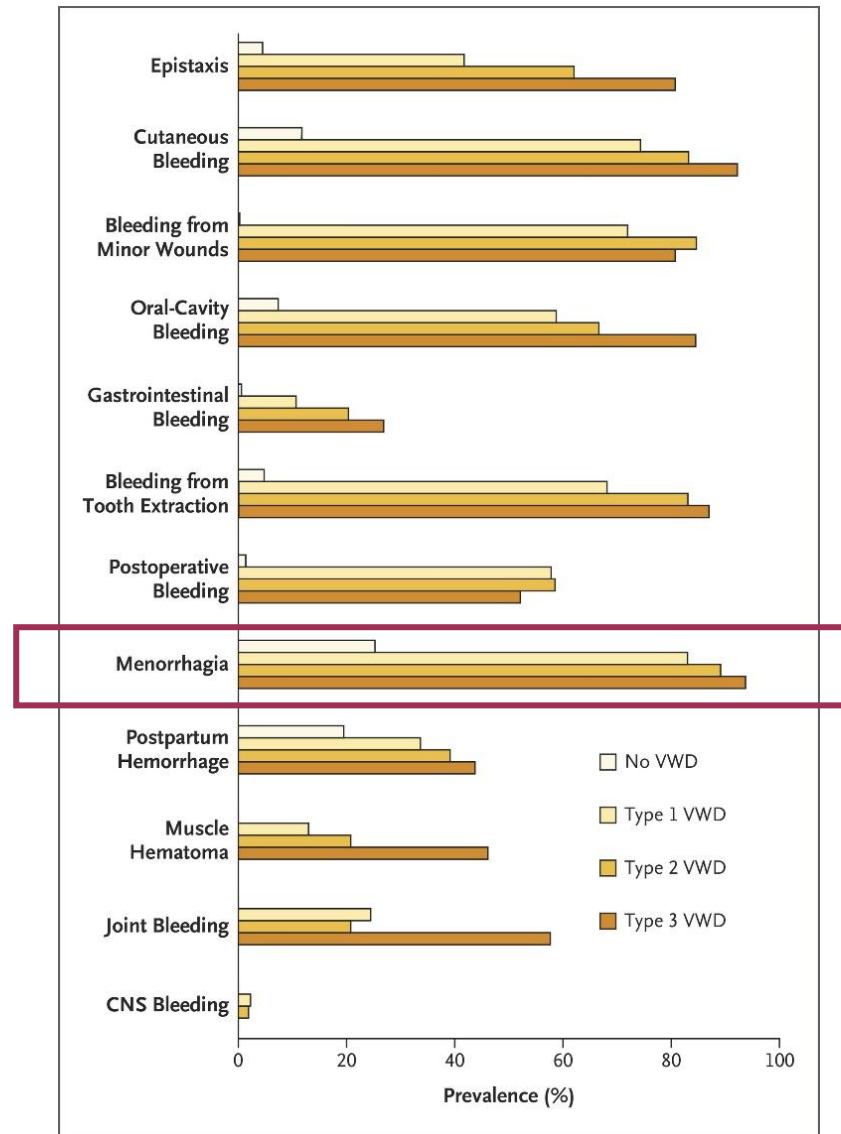
Sévères

Fréquentes

Variables suivant la Thrombopathie



SUA et MWD : Symptômes peu spécifiques



SUA et MWD

- **70 % - 81 %** des femmes
- 1^{er} et unique symptôme chez 1 femme /5
- 79 % des femmes les considèrent comme abondantes
- **16 % -20 %** ont une hystérectomie
- 7% ont reçu des CGR
- Diminution de la qualité de vie

Vandermeulen ASH Educ Program 2022

Kouides et al. Haemophilia 2000

De Wee et al. Thromb Haemost 2011

Xu et al. Haemophilia 2017

Les SUA nécessitent une prise en charge multidisciplinaire

- SAU sont **d'intensité variable** suivant les pathologies hémorragiques
- SAU sont **variables** pendant la vie génitale
- SAU nécessite un **traitement adapté**, +/- spécifique de la maladie hémorragique après avoir recherché les autres causes
- Importance de la prise en compte du désir de la patiente capitale pour bonne observance
- Dans tous les cas, le **traitement doit être réévalué**
- Objectif principal = **amélioration de la qualité de vie**

Expérience lyonnaise: Création d'un Hôpital de Jour multidisciplinaire pour le diagnostic et la prise en charge des règles hémorragiques

Depuis le 3 décembre 2021*, les patientes adressées par un professionnel de santé peuvent bénéficier de ce nouveau parcours de soin, unique en région Auvergne Rhône-Alpes.

Ce parcours s'adresse aux patientes souffrant de règles hémorragiques, ayant déjà consulté un professionnel de santé pour ce motif, et pour lesquelles les traitements de 1^{re} intention n'ont pas été satisfaisants.

Prise de rendez-vous

Avec le courrier du professionnel de santé adressant, les patientes peuvent prendre rendez-vous directement sur le site Internet des Hospices Civils de Lyon :

<https://www.chu-lyon.fr/service-de-gynecologie-obstetrique-croix-rousse>

Les patientes seront recontactées suite à leur demande de rendez-vous dans un délai maximal de 3 jours ouvrés.

Diagnostic en 3 heures

À leur arrivée en hôpital de jour, et dans un délai de 3 heures, les patientes suivent ce parcours :

- une échographie de l'utérus réalisée par un praticien spécialisé en échographie gynécologique
- une consultation avec un médecin gynécologue
- une consultation avec un médecin spécialiste en troubles de la coagulation
- un bilan biologique d'hémostase.

Une synthèse de la prise en charge sera présentée à la patiente et transmise au professionnel de santé adressant à l'issue de la prise en charge en hôpital de jour.

* À l'hôpital de la Croix-Rousse et ouverture courant 1^{er} semestre 2022 à l'hôpital Femme Mère Enfant.

www.chu-lyon.fr



Propositions thérapeutiques individualisées

- Traitements symptomatiques
 - Traitement martial si anémie et/ou ferritine basse (résultats disponibles dès la fin des consultations)
 - Traitement par acide tranéxamique
 - Traitements hormonaux adaptés aux ATCD, l'âge et le souhait des patientes
- Réalisation IRM pelvienne +/- consultation chirurgicale

Expérience lyonnaise

CLINICALARTICLE

Evaluation of coagulation disorders and iron deficiency in women with heavy menstrual bleeding

Lucia Rugeri^{1,2} | Yelena Fruchou² | Caroline Brodbeck² | Marianne Bastien² | Amandine Lioux² | Giulia Gouy² | Marion Cortet² | Gil Dubernard² | Yesim Dargaud¹

Int J Gynaecol Obstet July 2025

De janvier 2022 à janvier 2024: 454 ont été incluses

- Age médian = 29 (10-57) ans, IMC médian = 22,3 (15,8-58)
 - Score de Higham = 315 (60-2750)
- Etiologies gynécologiques
 - Aucune dans 60% des cas = SUA fonctionnelles
 - 14% adénomyose, 10,8% myomes, 5,7% polypes
- Etiologies sanguines
 - Déficit en VWF sévères = 0,7 % (VWF: Act et Ag < 30%)
 - Déficit modéré en VWF = 9,4 %

Evaluation of coagulation disorders and iron deficiency in women with heavy menstrual bleeding

Lucia Rugeri^{1,2} | Yelena Fruchou² | Caroline Brodbeck² | Marianne Bastien² | Amandine Lioux² | Giulia Gouy² | Marion Cortet² | Gil Dubernard² | Yesim Dargaud¹

Int J Gynaecol Obstet July 2025

- Carence martiale
 - Anémie (Hb < 120g/l) = 34,7%
 - Carence martiale
 - Ferritine < 15 µg/L = 41,8%
 - Ferritine < 30 µg/L = 72,5%

- Traitement de la carence martiale:
 - Fer oral= 75%
 - Fer IV = 9%
 - Transfusion CGR= 3,1%
 - Fer IV + transfusion CGR = 1,5%

- Acide tranéxamique : pris par seulement 30% des femmes

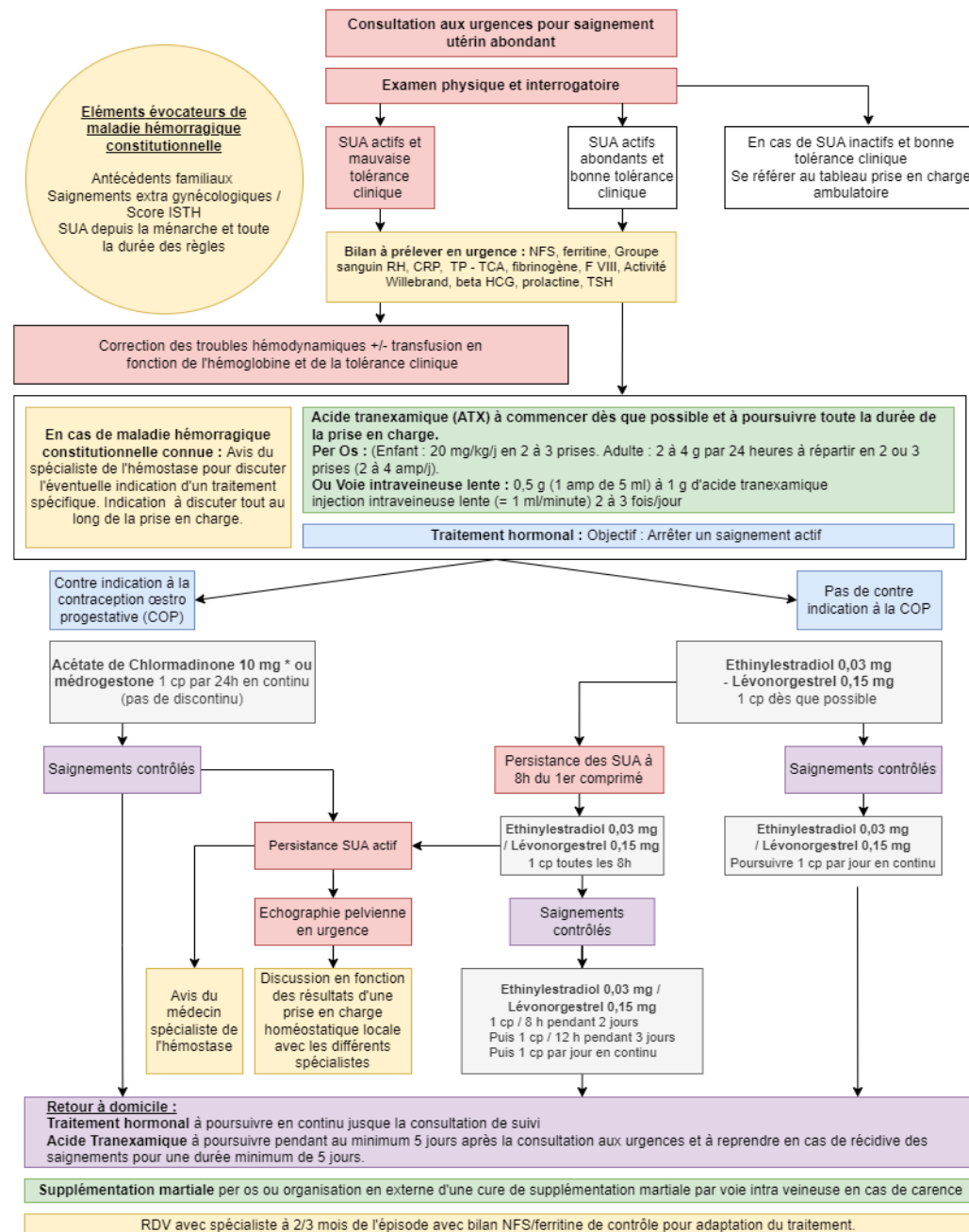
Cas 3 : Julie 13 ans
SUA et immaturité de l'axe hypothalamo-
hypophysaire

Julie 13 ans

- Ménarche il y a 5 mois, a eu deux cycles pour l'instant
- Saignement menstruel actuellement en cours depuis 18 jours, avec changement de serviettes toutes les 2h et passage de caillots > 2.5cm de diamètre
- Se présente aux urgences:
 - Tachycarde 125/min, hypotendue à 87/55mmHg, TRC à 3sec
- Bilan sanguin met en évidence une anémie à 54g/l microCYTAIRE, arégénérative et une ferritine <5mcg/l.

Prise en charge

- Buts du traitement:
 - arrêt du saignement
 - restauration d'un état hémodynamiquement stable
 - traitement et prévention de l'anémie
- Deux phases de traitement:
 - aiguë en cas de saignement actif
 - maintenance, pour éviter la récurrence de saignements importants
- Le traitement hormonal est considéré en première ligne.



Prise en charge

1. Selon évaluation hémodynamique : réanimation, remplissage et transfusion de produits sanguins

Prise en charge

2. Traitement hormonal

Quelle est la première option de traitement hormonal pour arrêter un saignement menstruel en aigu?

- a. Pilule contraceptive progestative
- b. Pilule estroprogestative ou un progestatif oral
- c. Dispositif intra-utérin hormonal Mirena
- d. N'importe quelle méthode de contraception hormonale, selon les préférences de la patiente

Prise en charge

2. Traitement hormonal

Quelle est la première option de traitement hormonal pour arrêter un saignement menstruel en aigu?

- a. Pilule contraceptive progestative
- b. Pilule estroprogestative ou un progestatif oral
- c. Dispositif intra-utérin hormonal Mirena
- d. N'importe quelle méthode de contraception hormonale, selon les préférences de la patiente

Prise en charge

2. Traitement hormonal

- Pilule estroprogestative (EE 30mcg + progestatif relativement androgénique tel que le levonorgestrel) toutes les 6 heures
 - Après arrêt du saignement ou au max après 48h: schéma dégressif, soit 1cp 3x/jour, puis 1cp 2x/jour puis 1cp 1x/jour.
 - En l'absence de diminution des saignements après le 2^e comprimé → pilule dosée à 50mcg d'EE.
 - Poursuite 3-6 mois au minimum.
 - Effets secondaires: nausées, vomissements → associer un traitement antiémétique
 - Respecter les CI aux estrogènes.
- Si contre-indication aux estrogènes, traitement par progestatif seul:
 - Noresthisterone 5-10mg 4x/jour PO
 - Dydrogestérone 10mg 3x/jour PO

Prise en charge

3. Acide tranexamique (antifibrinolytique)

- 25mg/kg/dose 3-4x/j PO (max 1g 4x/jour)
- Si réponse insuffisante → 10mg/kg/dose 3-4x/jour IV.
- Peu de CI (épilepsie), peu ES

PNDS 2022 SF Pédiatrie :

https://www.sfpediatricie.com/sites/www.sfpediatricie.com/files/medias/documents/pnds_texte_saignement_uterin_abondant_0.pdf

Prise en charge

- En l'absence de réponse à un traitement médicamenteux, geste chirurgical à discuter
 - Tamponnade intra-utérine avec cathéter de Foley
 - Dilatation et curetage
 - Embolisation des artères utérines
 - Hystérectomie
- Critères d'hospitalisation à discuter au cas par cas : instabilité hémodynamique, saignement important dans contexte d'une anémie sévère, anémie chronique avec saignement actif.

Traitement de maintenance

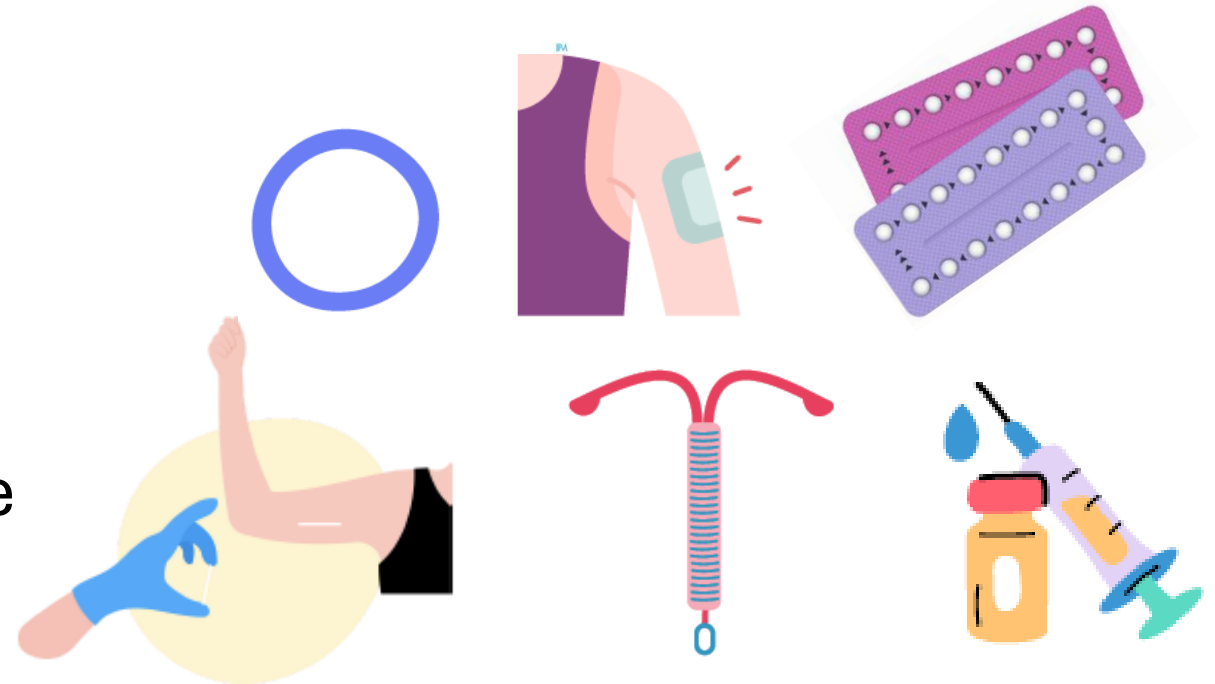
- Non-hormonal



- Hormonal

- Formulation oestro-progestative
- Formulation progestative

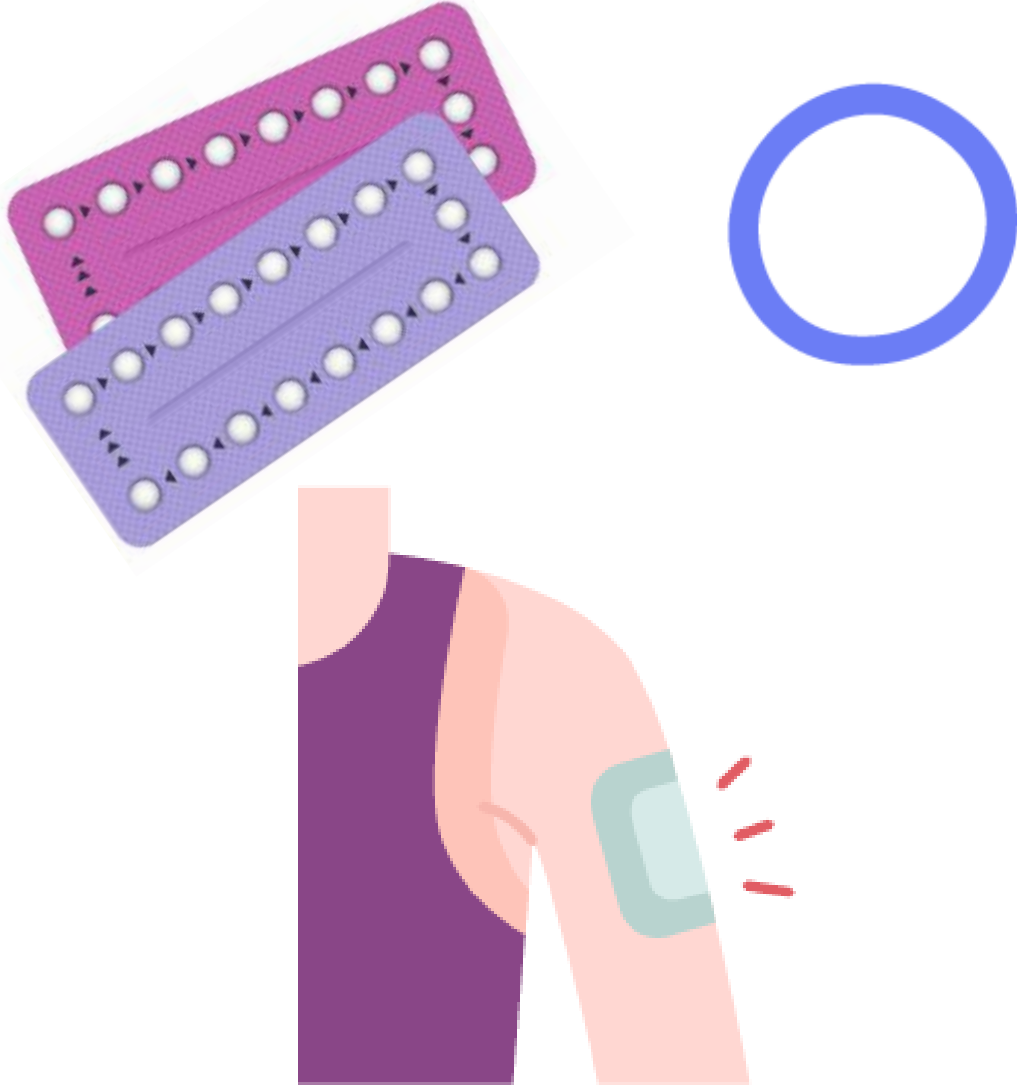
- Processus de décision partagée



Médicaments hormonaux



Méthodes oestro-progestatives



- Prise cyclique (21/7) : règles régulières
- vs Prise continue: aménorrhée 70%
- Très efficace pour diminuer douleur et abondance des règles
- Suppression de l'ovulation
- Effets secondaires: risque thrombo-embolique, possibles interactions médicamenteuses

Pilule progestative contraceptive

- Desogestrel (cerazette®) ou drospirenone (slinda®)
- Prise continue (28cp)
- Effets secondaires: saignement irrégulier



Progestatif oral

- Acétate de norethisterone (primolut®) ou dydrogestérone (duphaston®)
- Prise continue, 1-3x/jour
- Non contraceptif
- Macro-progestatifs seuls : d'ACÉTATE DE CHLORMADINONE et de NOMEGESTROL. Prescription soumise à des restrictions (risque accru de méningiomes)



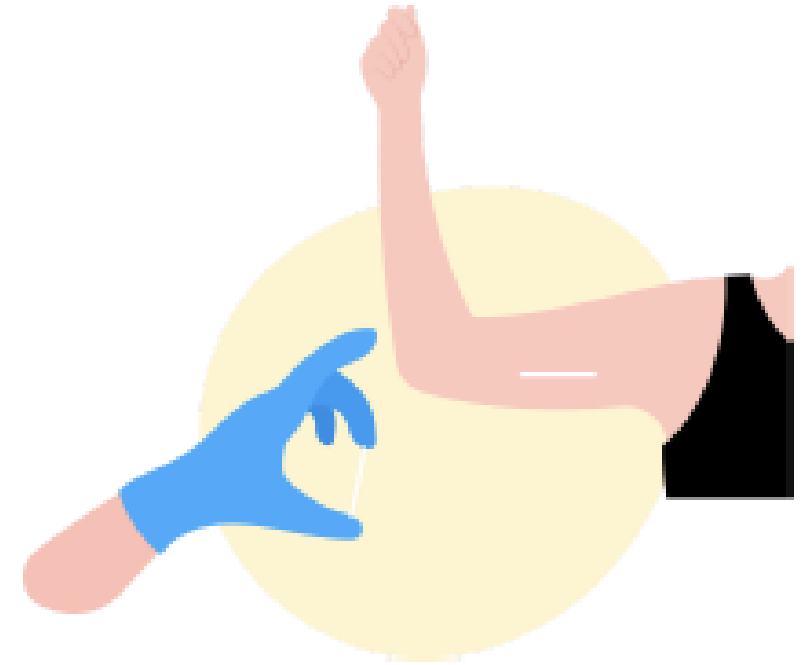
Progestatif injectable

- Acétate de medroxyprogestérone (depo provera[®] ou sayana[®])
- Injection intra-musculaire ou sous-cutanée toutes les 12 semaines
- Effets secondaires: saignement irrégulier, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids



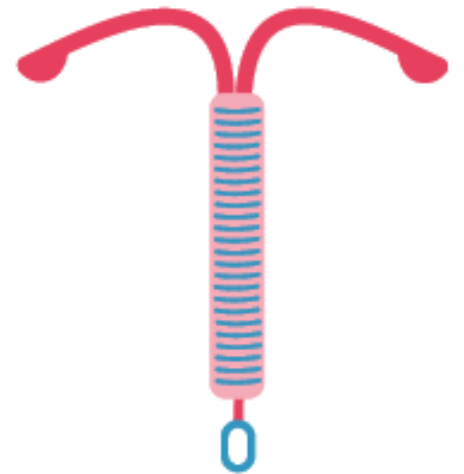
(Implant progestatif)

- Etonogestrel 68mg (implanon®)
- Insertion sous cutanée au niveau du bras
- Durée d'utilisation 3 ans
- Effets secondaires: saignement abondant et irrégulier, prise de poids

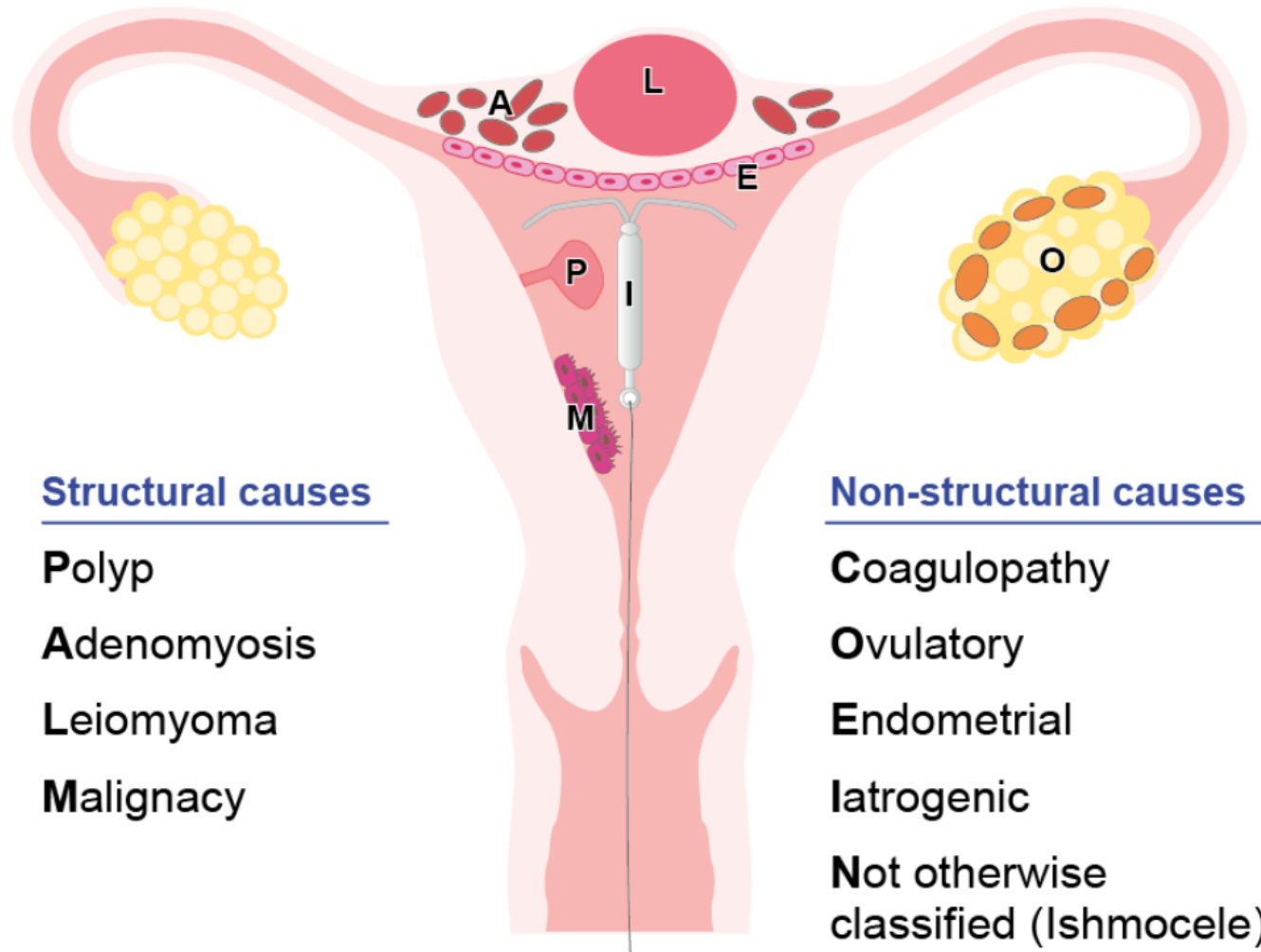


Dispositif intra-utérin hormonal

- Levonorgestrel 52mg (mirena[®])
- Méthode la plus efficace pour réduire la quantité du flux menstruel
 - réduction flux 94% à 1 an
 - aménorrhée 60-70% à 1 an
- Durée d'utilisation 8 ans
- Effets secondaires: saignement irrégulier surtout les 3 premiers mois



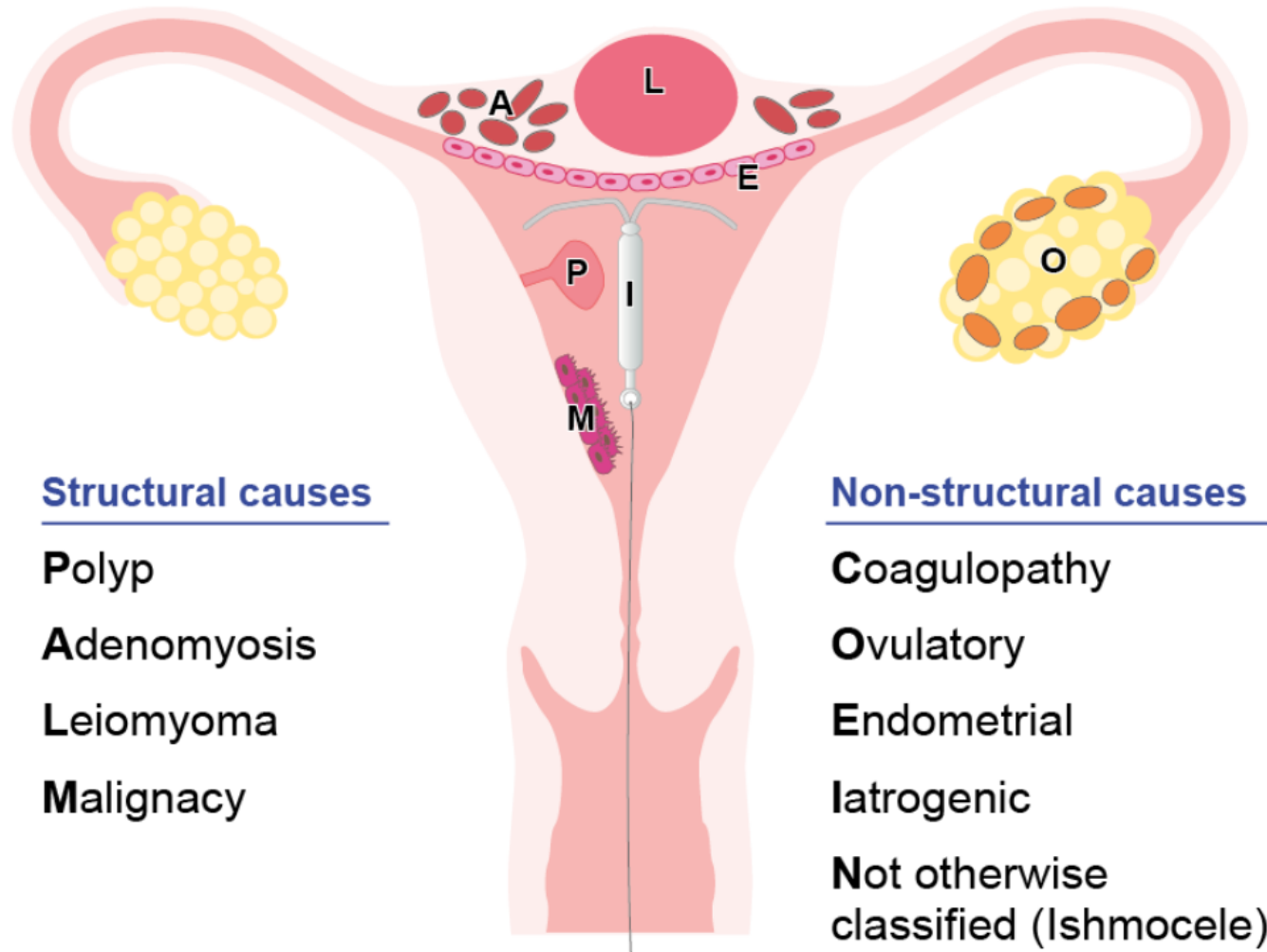
Saignements utérins anormaux: causes



PALM-COEIN

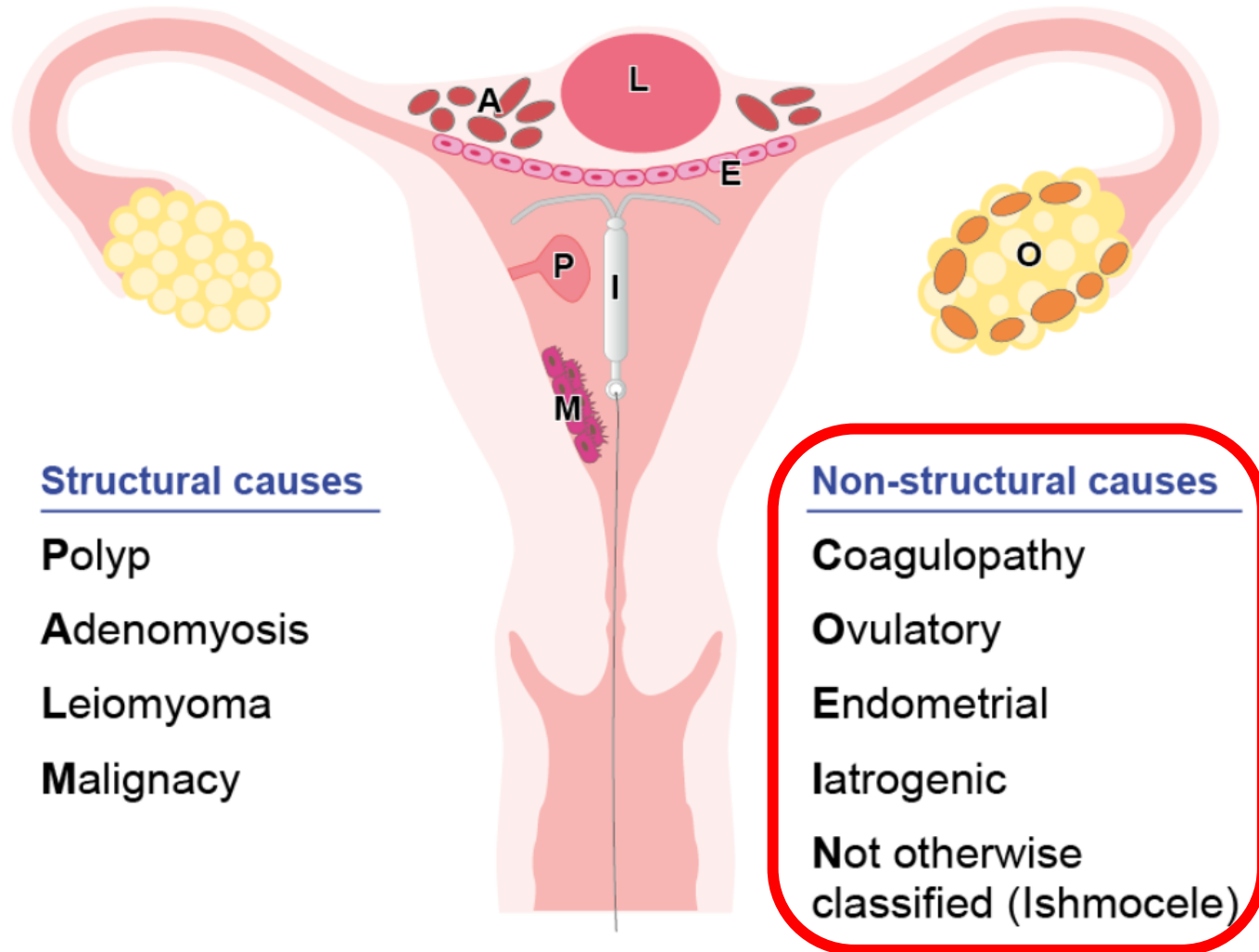


Quelles sont les causes les plus fréquentes de SUA à l'adolescence?



- A. Structurelles
- B. Non-structurelles
- C. 50-50%

Quelles sont les causes les plus fréquentes de SUA à l'adolescence?



A. Structurelles

B. Non-structurelles

C. 50-50%

Cas 4, Rose 10 ans
Thrombasthénie de Glanzmann

Rose, 10 ans

- Rose, 10 ans, prépubère, connue pour un trouble des fonctions plaquettaires
- Diagnostic d'une thrombopathie de type Glanzmann à la naissance devant un purpura
- ATCD hémorragiques:
 - Episodes épistaxis récidivants : Traitements à la demande par rFVIIa
- Score hémorragique = 8
- Pas d'ATCD chirurgical
- Consultation de suivi dans un CRC:
 - Quel examen clinique?
 - Quel examens complémentaires ?
 - Quels conseils thérapeutiques ?
 - Quels traitements ?

Pourquoi une prise en charge multidisciplinaire?

Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS)

Saignements Utérins Abondants (SUA)
chez la jeune femme atteinte
de maladies hémorragiques rares
constitutionnelles ou acquises (MHCA)

Novembre 2022

L'évaluation précoce des SUA et le dépistage biologique éventuel permettront de diminuer le temps de recours aux soins, d'adapter le traitement hormonal, d'adapter ou proposer un traitement anti hémorragique spécifique de la maladie (injection de facteur de coagulation, transfusion de plaquettes, modification du traitement anticoagulant....etc), de traiter l'éventuelle anémie aigüe et d'améliorer la qualité de vie qui peut être altérée chez ces patientes (26) (29).

Dans les suites, une consultation spécifique multidisciplinaire d'évaluation doit être systématiquement programmée dans les 6 mois post ménarche.

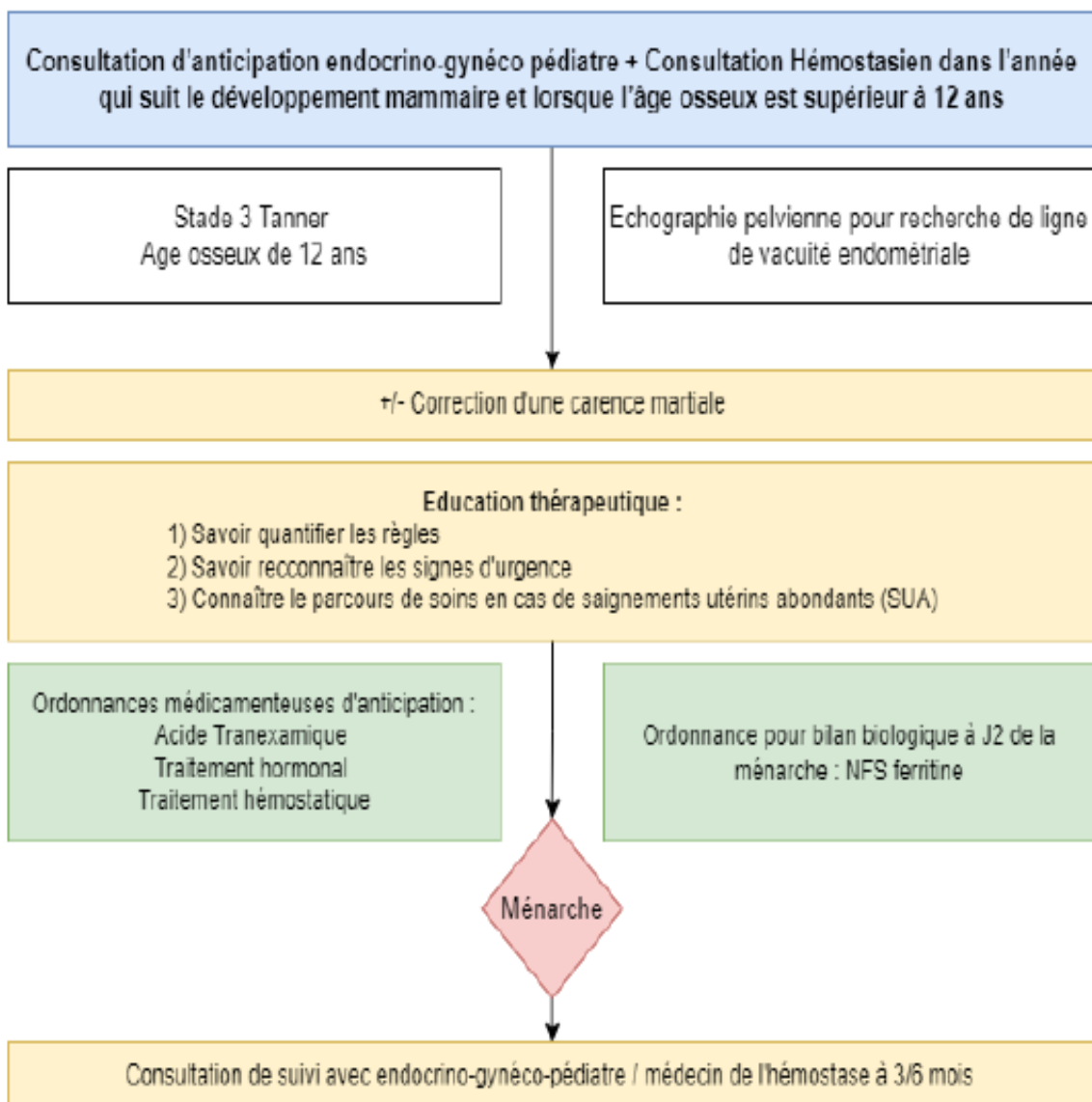


Gestion des ménométrorragies de l'adolescente connue pour une anomalie de l'hémostase

Vers l'âge de 10 ans : consultation systématique en hémostase (consultation, CTH ou CRTH) et auprès d'un endocrinologue pédiatre ou gynéco pédiatre (réfèrent identifié pour la patiente et sa famille) avec : évaluation du stade pubertaire, explications sur le score de Higham, prescription écho pelvienne, ordonnances anticipées (Exacyl, surveillance biologique...)

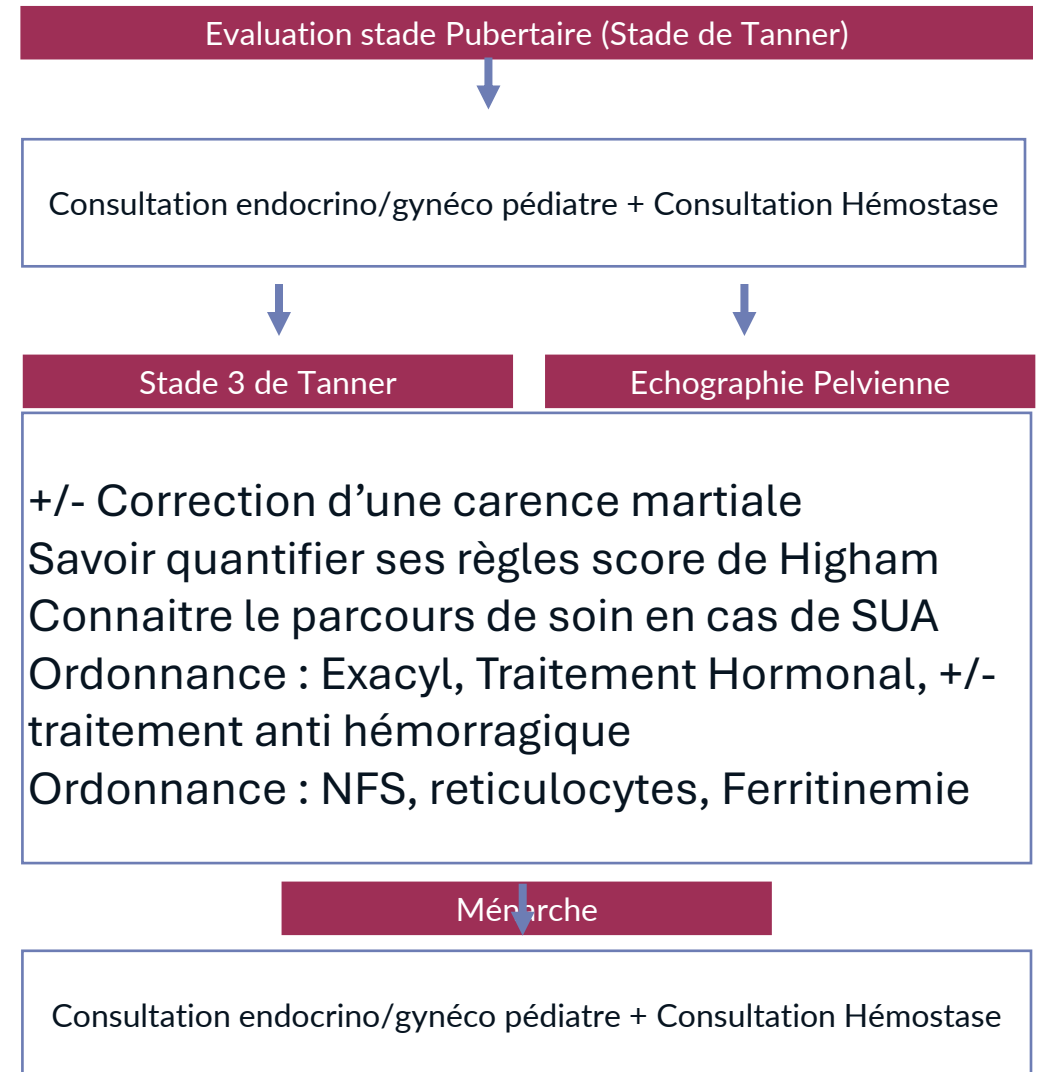
- La ménarche est une situation à risque
- 80 % des patientes rapportent des ménorragies.
- Les autres causes doivent être recherchées.
- Retentissement sur leur qualité de vie très précocement

La prise en charge, lorsque la pathologie est connue depuis l'enfance, aura pour but d'anticiper les premières règles et d'éviter ces épisodes de ménorragies par une collaboration gynécologue-hématologue et une éducation de la jeune fille et de ses parents.



SUA chez adolescente porteuse d'une MHH

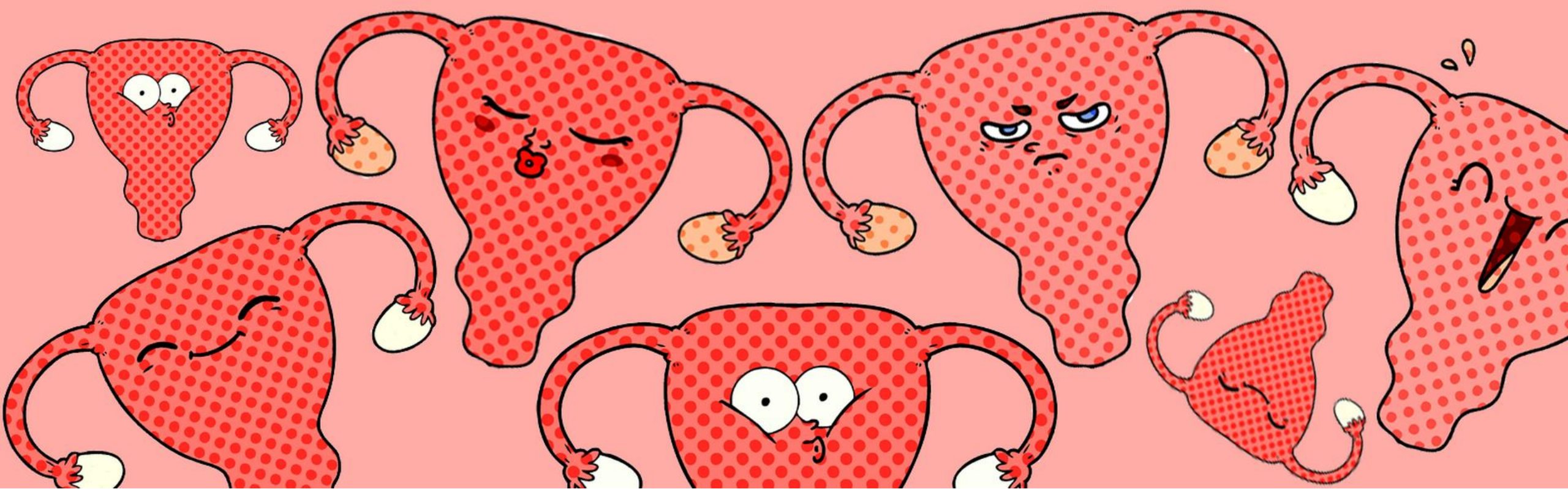
- **Anticipation**
- **Variable** selon la maladie Hémorragique
- **Evaluation pubertaire**
- **Discussion**, réassurance
- **Prévalence** : 12 à 37%
 - Cycle anovulatoire
 - Immaturité de l'axe hypothalamo-hypophyso ovarien
- **Evaluation**



Moyens thérapeutiques



- Acide tranexamique (50 mg/kg) en 3 à 4 prises pendant toute la durée des règles
- Oestroprogestatif- progestatif contenant au moins 30µg d'éthinyl-estradiol en continue
- Traitement spécifique à adapter au cas par cas: Facteur de la coagulation : rFVIIa, Transfusion Plaquettaire,



Merci pour votre
attention!

lucia.rugeri@chu-lyon.fr

dehlia.moussaoui@hug.ch

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

Hemogyn



HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

 **UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**



SAVE THE DATE
Mercredi 26 Novembre 2025
1^{ère} journée du Club Femmes et Hémostase
ENS - LYON

Hemogyn

9H15 Accueil des participants (Pr Ajzenberg- Dr Rugeri)

Matin : Séances plénières

9 H30 -10H30 Modérateur: Pr Nadine Ajzenberg (Hôpital Bichat -AP-HP)

Anémie par carence martiale : Diagnostic et traitement chez la femme dans le contexte des SUA et de la grossesse

Dr Guillaume Rollin (Hôpital Jean Verdier -AP-HP), Mme Gwendoline Dorel (CHU St Etienne), Dr Anne Sophie Bouthors Ducloy (CHRU Lille)

10 H30 – 11H Modérateur : Pr Pierre Morange (AP-HM)

Risque thrombotique et oestroprogestatifs (données récentes) : Pr Jonathan Doux fils (Université Namurs, Belgique)

Pause café 11H – 11H30

11H30- 12 H30 : Modérateur Pr Yesim Dargaud (HCL)

Séquelles de la MTEV : Spécificités du syndrome post thrombotique chez la femme – HTAP et grossesse

Dr Géraldine Poenou (CHU Saint Etienne), Pr Cécile Tromeur (CHU Brest)

12H30 – 13H Modérateur Pr Lionel Bouvet (HCL)

Acide tranéxamique en 2025. Bénéfices /risque dans l'HPP et les SUA

Dr Anne Sophie Bouthors Ducloy (CHRU Lille), Dr Lucia Rugeri (HCL)

Pause déjeuner

Après midi : Tables rondes à partir de cas cliniques

14H-15H : Pathologies vasculo placentaires en 2025 : Quelles étiologies ? quels bilans ? quels traitements?

Dr Antony. Atallah, (HCL), Dr Olivier Thiebaugeorges (Clinique Rive Gauche, Toulouse), Dr Céline Bazin (HCL)

15H-16h30 : Interruption Volontaire de Grossesse : Prévention du risque hémorragique et/ou thrombotique

Pr Agostini (AM-HP) , Dr Giulia Gouy (HCL), Dr Julie Perlier (HCL), Dr Capucine Messien (Emanea, Lyon)

Fin de la journée 17H

- **Lieu** : ENS Lyon Site Descartes, Bâtiment BUISSON, 19 allée de Fontenay, 69007 Lyon
- **Tarifs**
 - Symposium : 15 euros
 - Symposium + repas : 30 euros
- **Modalités d'inscription**
 - Inscription sur [https://hemogyn.fr// delphine.mestre@chu-lyon.fr](https://hemogyn.fr//delphine.mestre@chu-lyon.fr)
 - Par virement: un RIB sera envoyé lors de l'inscription par mail

Comité d'organisation

Pr N. Ajzenberg, Dr A. Atallah, Dr AS Bouthors Ducloy, Pr L Bouvet, Pr P. Morange,
Dr G. Poenou, Dr L. Rugeri, Dr O. Thiebaugeorges