

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

## Colloque de Pédiatrie de Genève du 16 novembre 2010

### Présentation de cas de gynécologie: synéchie des petites lèvres et dysménorrhée

Orateurs: Cas présentés par Dr Vincent Liberek et Dre M Jeannet, discuté par la Dre M. Yaron

Une fillette sans antécédent néonatal particulier, opérée à 3 semaines pour cure de hernie inguinale avec ovaire intermittent à droite, présente à 10 mois de vie, synéchie petite lèvre, traitement par Premarin ; à 2 ans, rechute de synéchie, vue par un chirurgien, traitement d'Ovestin avec succès mais rechute. A 3 ans et demi, présence d'une fusion des petites lèvres, mise sous Diprogenta; elle est vue en gynécologie pédiatrique: synéchie sévère ne laissant qu'une ouverture de 2mm sur le tiers postérieur. Traitement Ovestin prolongé. A 4 ans 8/12): compte tenu d'une synéchie sévère, avec gêne mictionnelle, douleurs, une intervention est pratiquée; contrôle post opératoire normal.

Plutôt que de synéchie des petites lèvres, il s'agit d'une adhésion vulvaire, courante en phase pré pubertaire avec une fréquence d'environ 3,3 %, entre 3 mois et 5-7 ans, avec un pic vers l'âge de 2 ans.

Facteurs de risque: les cas congénitaux familiaux sont décrits, excessivement rares; cela peut se voir avec une irritation locale, notamment le lichen scléreux; cela est décrit après les greffes (réactions de Greffe versus hôte impliquée); l'agression sexuelle n'est pas un facteur de risque.

La synéchie est probablement liée à un mauvais réglage de cicatrisation dans un contexte hypo-oestrogénique.

Les symptômes sont la déviation du jet urinaire, les douleurs à la miction, parfois les infections urinaires récidivantes.

Le diagnostic est clinique.

Un diagnostic différentiel se fait parfois avec l'imperforation hyménale, l'agénésie vaginale.

Le traitement consiste en l'application d'oestrogène (préparation sans alcool), d'une quantité équivalente à l'ongle du petit doigt, à appliquer d'une manière circulaire, 2x par jour pendant minimum 2 semaines, jusqu'à 2 à 3 mois. Les effets secondaires sont minimes: pigmentation vulvaire, irritation, stimulation mammaire, éventuellement pilosité fine.

La chirurgie doit se faire toujours sous anesthésie, pour éviter un traumatisme émotionnel; en post opératoire il faut appliquer une crème oestrogénique et de la vaseline pour éviter les rechutes; il y a 14 à 39% de rechute, on peut refaire un traitement topique oestrogénique.

Crème oestrogénique: par exemple Orthogynest. La Drsse Yaron n'a pas d'expérience avec la cortisone.

En cas de synéchie asymptomatique, il ne faut pas traiter mais observer. Il y a souvent ouverture spontanée sous l'effet de la sécrétion endogène d'oestrogène.

Le deuxième cas présenté est celui d'une fille de 11 ans présentant des cycles irréguliers, avec des menstruations de 7 jours abondantes et douloureuse. Un bilan sanguin est normal. Les AINS ne fonctionnent pas bien. Un traitement de Duphaston (dihydroprogestérone) n'apporte pas de soulagement, un traitement par pilule oestro-progestative est introduit.

La dysménorrhée est une douleur pelvienne chronique, d'une durée de plus 6 mois. Elle peut être primaire, sans lésion identifiable, ou secondaire à une pathologie pelvienne (par ex endométriose, malformation utérine)

La dysménorrhée est fréquente, 60 à 70% des jeunes filles souffrent de douleurs, 15% doivent interrompre leur activité.

Traitement: très souvent les jeunes emploie des moyens physiques (chaleur, massages), 30 à 70% emploie une antalgie (souvent mal dosée), 54% savent qu'un traitement est possible.

La dysménorrhée s'accompagne aussi d'autres symptômes (céphalées, vomissements, mal de dos, ....)

Un régime pauvre en poisson semble aggraver les douleurs, la cigarette également.

La cause probable de la dysménorrhée est la sous production de prostaglandine aboutissant à un déséquilibre de cytokines.

Diagnostic différentiel: il faut écarter une grossesse, des adhésions, une pathologie tubaire, une endométriose.

L'endométriose débute souvent dans l'adolescence, mais le diagnostic est souvent tardif. L'incidence n'est pas bien connue.

Il faut exclure également une anomalie mullerienne (par exemple imperforation hyménale, malformation utérine)

L'évaluation se fait par l'anamnèse, en tenant compte aussi de l'activité sexuelle, du risque de MST, de l'absentéisme scolaire.

L'anamnèse familiale est aussi importante

L'évaluation est différente selon si la jeune fille est encore vierge ou non

Lorsque les douleurs ne répondent pas aux AINS ni à la pilule, il faut se méfier pour une dysménorrhée secondaire à une pathologie (par ex endométriose) et envisager une laparoscopie.

En pratique:

Dans un premier temps, il faut donner une antalgie à dose efficace par AINS pendant 3 mois (par exemple ibuprofène, acide méfénamique ou autre (envisager celecoxib en cas de diathèse hémorragique))

Si il n'y a pas de réponse, un traitement hormonal soit par progestatif, soit par pilule contraceptive combinée

Traitement non traditionnel: magnésium pendant les règles, vitamine E 400 U, oméga 3, thé de rose, TENS (transcutaneous electrical neuro stimulation)

En cas de non réponse à ce traitement, il faut investiguer par imagerie et laparoscopie.

Par ailleurs il est nécessaire d'expliquer à l'adolescente la physiologie de la dysménorrhée.

Cycles irréguliers: en dehors de 21 à 42 jours de cycle, trop abondant si supérieur à 7 tampons.

Pilule microdosée, de 2<sup>eme</sup> génération à proposer: par exemple Miranova

Compte rendu du Dr V. Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)