

endobreizh.

FILIÈRE DE SANTÉ BRETONNE POUR
LA PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE



CHU
Rennes

Dysménorrhées et tt hormonal chez les adolescentes

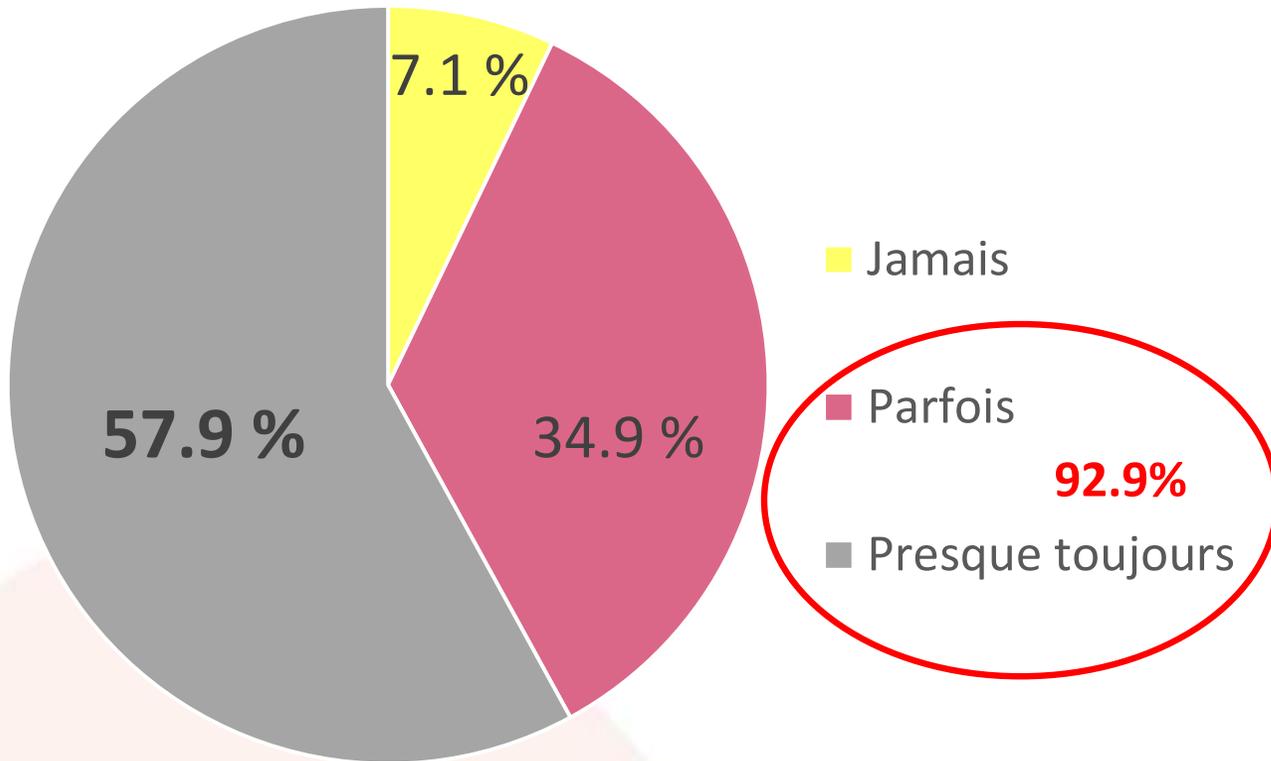
Maud Bidet



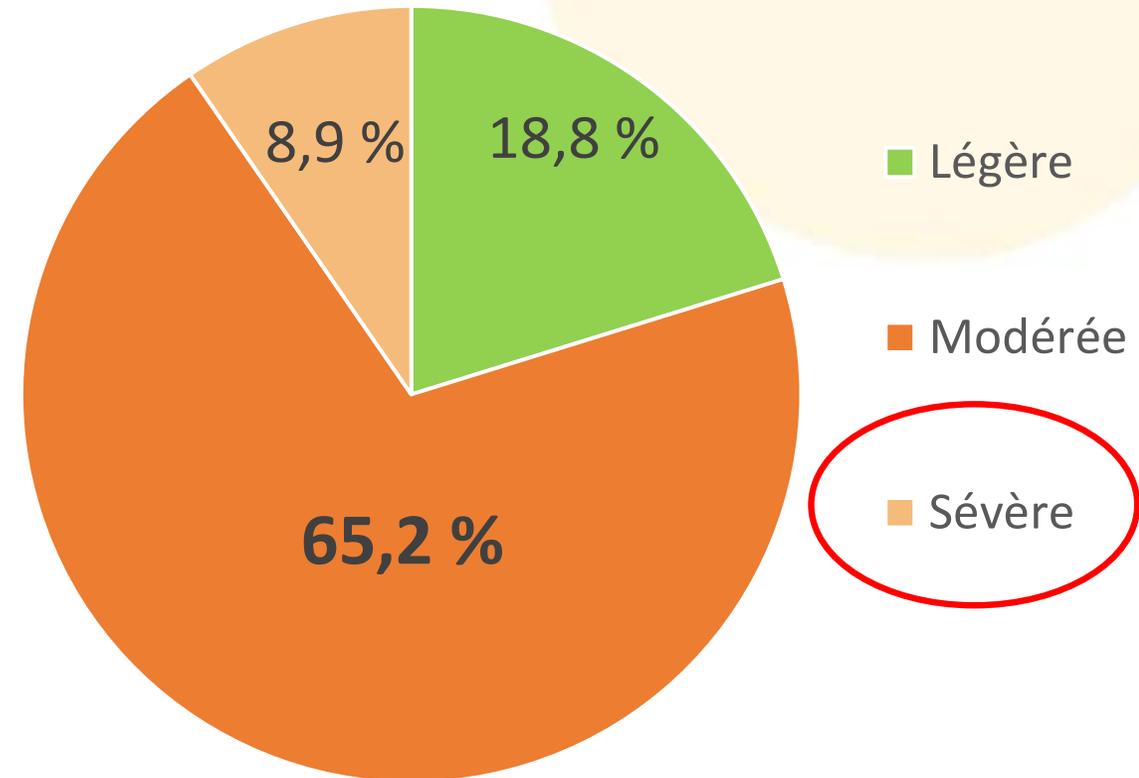
Saint Malo, le 7 avril 2023

Prévalence de la dysménorrhée chez les adolescentes

953 adolescentes âgées de 15-19 ans, Ile et Vilaine 2019



Dysménorrhée



Sévérité de la dysménorrhée

Tt de la dysménorrhée chez l'adolescente

- En cas d'échecs des traitements antalgiques de première intention (AINS) :

↳ **Tt hormonal**

- **Buts du traitement:**

- En cas de schéma avec règles:

- Règles < 7 jours, d'abondance nle, indolore ou d'une intensité minime (EN < 3)
- N'impactant pas les activités quotidiennes
- Sans Signes généraux;
- Recours nulle ou minime et efficace aux antalgiques.
- Aménorrhée si souhaitée ou souhaitable

- Diminution des Douleurs pelviennes chroniques, dyspareunies

TT hormonal chez l'adolescente

Risques vasculaires

Risque K en particulier K sein

Risques osseux



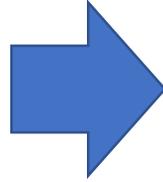
Crainte de la prise pondérale

Crainte de l'acné

Crainte sur la fertilité

Impact environnemental

COP et risque vasculaire



Facteurs de risque veineux	Utilisation d'une COP
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Thrombophilie biologique connue	Contre-indication
Antécédents familiaux au 1 ^{er} degré de MVTE avant 50 ans	Contre-indication

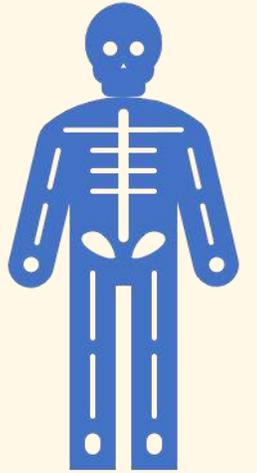
Facteurs de risque artériel	Utilisation d'une COP
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Tabac > 15 cigarettes/jour	Possible si pas d'autre FDRV
Antécédents familiaux 1 ^{er} degré IDM ou AVC avant 55 ans (homme) ou 65 ans (femme)	Contre-indication
Hypertension artérielle	Contre-indication
Dyslipidémie Non contrôlé Contrôlé	Contre-indication Possible si pas d'autre FDRV Contre-indication relative si dyslipidémie survenue avec COP
Diabète insulino-dépendant	Contre-indication si délai diabète > 20 ans ou si complications vasculaires
Diabète de type II	Possible si pas d'autre FDRV mais en seconde intention (1 ^{er} choix contraception microprogestative ou DIU cuivre)
Migraine avec aura	Contre-indication
Migraine simple	Possible si pas d'autre FDRV

- CI idem adulte
- Pas d'examens complémentaires systématiques
- ↳ COP à faible risque vasculaire

Tt hormonal et os

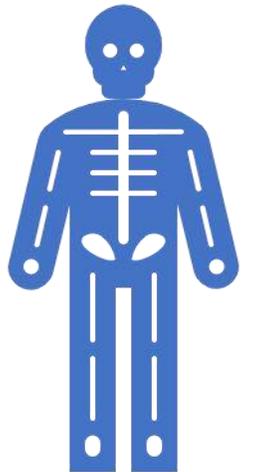
- **Taille définitive :**

- Après la ménarche, 5% de la taille définitive reste à acquérir.
- Effets de fortes doses d'estrogènes chez filles avec pronostic de grande taille :
 - 2 cm en moyenne si âge osseux > 13 ans.
- Pas d'impact négatif sur la taille finale si COP < 18 ans.



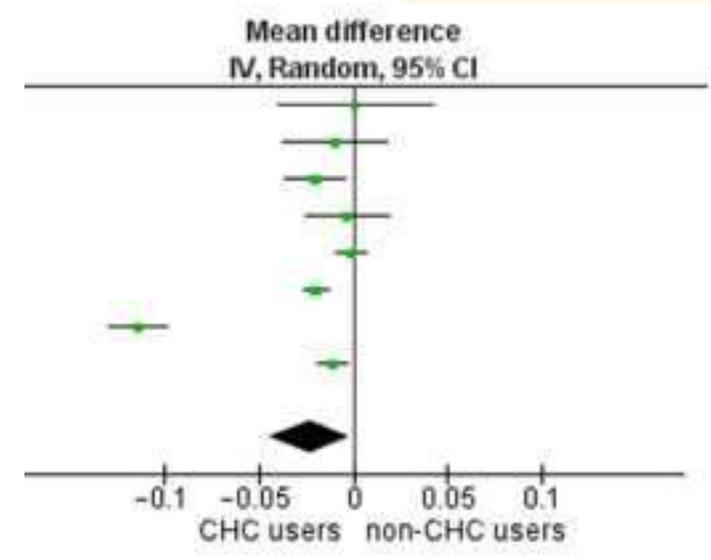
- **Pic de masse osseuse/Constitution masse osseuse :**

- Capital de masse osseuse augmente de 25 à 40 % au cours de la puberté
- 95 % du contenu minéral osseux est acquis à 16 ans, 3 ans en moy après la ménarche
- Période cruciale Stade de Tanner 3-4, 2 ans post ménarche.



COP et os

- **Goshtasebi 2019, méta analyse**
- Ados âgées de 12 à 19 ans, suivi de 12 et 24 mois
- 1535 à 12 mois et 885 à 24 mois
- ↘ significative de la DMO lombaire



Effets doses d'Ethinyl Estradiol ou combinaisons Oestro-progestatives ?? :
Résultats des études contradictoires.

Gresten J, 2016, Scholes 2011,

- Données contradictoires à interpréter avec prudence
- Probable faible effet négatif non systématique
- Signification clinique : risque fracturaire ostéoporotique ?

Tt hormonal et os

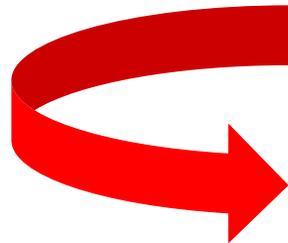
TT progestatif et os

- Implant, contraception microprogestative ou le DIU au LVN:
pas de données chez l'adolescentes et peu chez l'adulte qui sont rassurantes.
- DMPA: nbx études, toujours associé à une déminéralisation osseuse.

Agonistes LhRh et os : déminéralisation osseuse importante

Recommandations de la société américaine d'étude de l'ostéoporose 2016:

Evidence D de l'effet des COP sur la constitution de la masse osseuse.



- Apports calciques (grade A)
- Vitamine D (grade B)
- Activité physique (grade A)

Tt hormonal et risque de cancer

- ***Morsh, NEJM 2017***

- Etude de registre danois 1995-2012:

- 1.8M femmes suivies en moy 10.9 ans, âgées de 15 à 49 ans
- 11 517 cas de cancers du sein.

- **RR contraception hormonal vs absence de contraception hormonale: 1.2 (CI : 1.14-1.26).**

- ↗ avec le temps, RR > 10 ans: 1.38 (CI: 1.26-1.51).

- ***Hultstrand, lancet, 2022***

- Etude de registre suédois 2005-2017

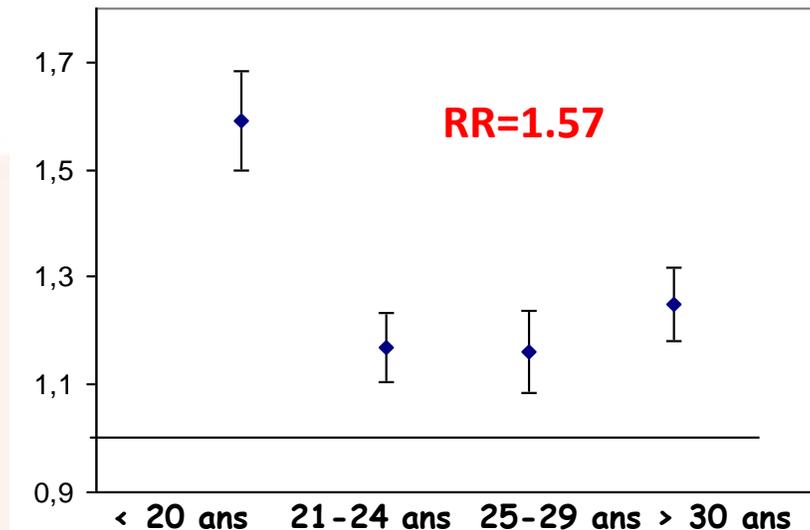
- 1.5M femmes adultes, âgées de 15 à 34 ans à l'inclusion, suivies en moy 8 ans.
- 3 842 cas de cancer du sein

- RR contraception hormonale combinée : 1.03 (CI 0.91-1.16)

- **RR contraception progestative : 1.32 (1.20-1.45)**

Tt hormonal et risque de cancer

- Risque lié à l'âge d'introduction du tt hormonal ?
- **Morsh, NEJM 2017**, Etude de registre danois :
- RR si COP < 20 ans : 2.2 (0.88-6.6), NS

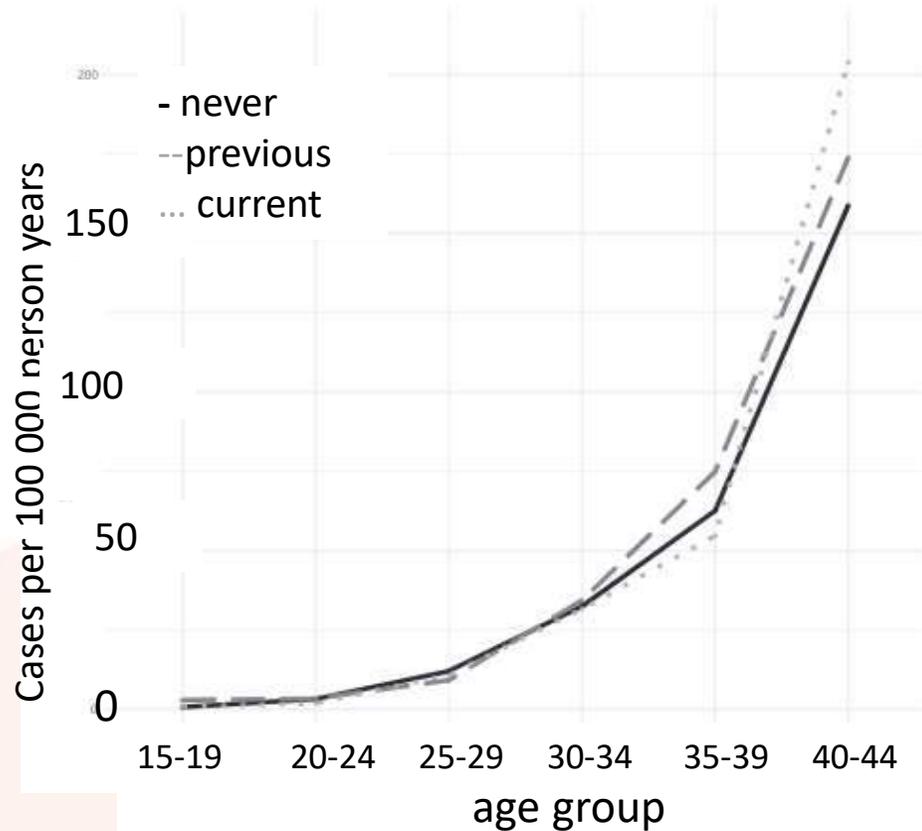


Métanalyse d'Oxford, Lancet 1996

53 297 femmes avec K du sein vs 100 239 femmes indemnes

Tt hormonal et risque de cancer

Surrisque de cancer chez l'adolescente:

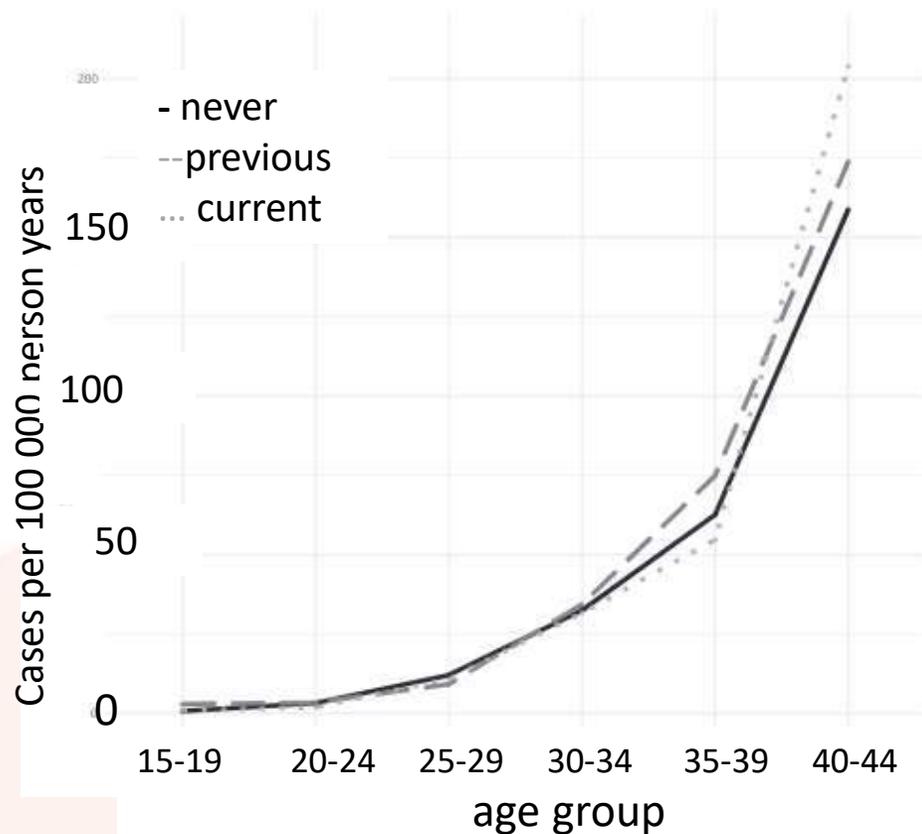


Hultstrand, lancet, 2022

Etude de registre suédois

Tt hormonal et risque de cancer

Surrisque de cancer chez l'adolescente:



Antécédent familial de Cancer du sein:

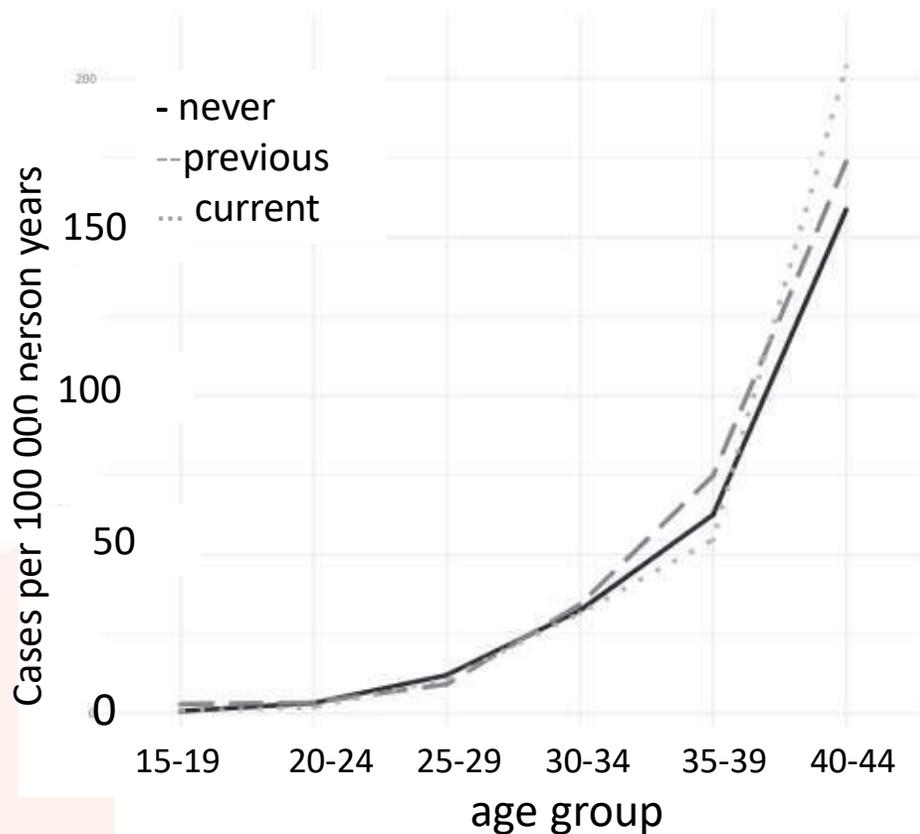
- ATCD familial sporadique: pas d' \nearrow du risque.
- Prédisposition génétique : Pas de CI
- COP réduit R K ovaire femmes mutées BRCA1 et 2.

Hultstrand, lancet, 2022

Etude de registre suédois

Tt hormonal et risque de cancer

Surrisque de cancer chez l'adolescente:



Hultstrand, lancet, 2022

Etude de registre suédois

Antécédent familial de Cancer du sein:

- ATCD familial sporadique: pas d' \nearrow du risque.
- Prédisposition génétique : Pas de CI
- COP réduit R K ovaire femmes mutées BRCA1 et 2.

Réduction du risque de K sous COP :

- K de l'ovaire
- K de l'endomètre
- K colorectal

TT hormonal et tumeurs

Méningiomes:

- ✓ Tumeurs de la femme âgée !!!!!
- ✓ Risque lié à la durée de prescription

= ADOS non a risque.

*ANSM: nouvelle
lettre d'information*

.....



Contraception et poids

- **COP** : pas d'effets rapportés sur le poids

Gallo, MF, 2014

- **Contraception progestative** : faible variation pondérale, < 2 Kg à 6 mois.

Lopez LM, 2016.

- Pilule coupable idéal
- Dépister troubles du comportement alimentaire



Contraception et fertilité



- ***Barnett C 2017.***
- Etude de cohorte américaine et européenne > 50 000 Femmes.
- Taux de G comparable à 2 ans de l'arrêt de la COP.

- **Effet protecteur ?**
- Chez ados avec endométriose et/ou à haut risque de développer de l'endométriose.



Contraception et acné :

Toutes les COP diminuent l'acné

Niveau de preuves faibles pour supériorité d'une contraception sur une autre.

Cochrane 2012.



Contraception progestative:

Absence d'effet protecteur voir léger surrisque d'acné

Contraception et impact environnemental

- **Pollutions des eaux:**
- Substances pharmaceutiques dont contraception
- Ethinyl Estradiol +++
- Effet sur les humains ?
- Féminisation des poissons mâles exposés.



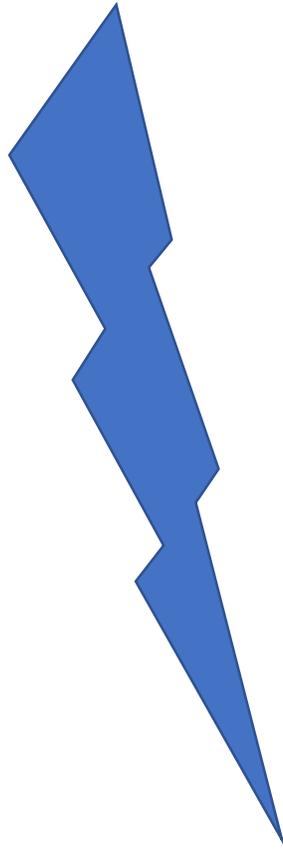
Développement de nouvelles
formules hormonales

Moyens de filtration existent

Effets secondaires *versus* Bénéfices secondaires

- **Effets secondaires:**

- Tension mammaire
- Nausées
- Spottings
- Céphalées
- Prise pondérale
- Acné



- **Bénéfices secondaires:**

- Contraception,
- Hors AMM pour le diénogest et macroprogestatifs.
- Diminution de l'acné
- Diminution de l'abondance des règles
- Régularisation des cycles
- Aménorrhée

Quel traitement hormonal ?

- Extrapolation des prises en charges chez l'adulte:
 - Niveau de preuves faibles.
- **COP en première intention**, monophasique faible risque vasculaire :
 - ↘ 70% des cas des dysménorrhées.
 - En schéma discontinu ou continu par ex à 3 mois si efficacité partielle et bonne tolérance.
 - 20 ou **30 G** ?
- **Tt microprogestatif**: en première intention ou en cas de CI au COP ou d'échecs.
 - ↘ 70% des cas des dysménorrhées
 - Risque de métrorragies.
- **Diénogest** : ↘ 81% des dysménorrhées , bonne tolérance.
- **Agonistes LhRh**:
avec une add back thérapie, > 16 ans, ≤ 12 mois. Exceptionnel.

Modalités de prescription



- **Entretien** en présence du parent puis seule :
- ATCD personnels, familiaux,
- HDM: cycles, dysménorrhée, douleurs pelviennes, abondance des menstruations, hyperandrogénie
- Vaccination
- **E clinique** : pesée, TA, peau, abdomen
- **Contexte socio-affectif**, RS, ATCD violences.
- Promotion des préservatifs en cas de RS

Climat de
Confiance

Ecoute
bienveillante

Sans jugement

Suivi de prescription

- **Consultation systématique à 4 ou 6 mois:**
- Evaluer efficacité et tolérance du traitement :
- Avec bilan métabolique
- +/- Imagerie pelvienne (IRM pelvienne)

- **Adaptation du tt :**
- Aménorrhée
- Si échecs: changement de molécule
- Si effets indésirables : adapter dose ou changement de molécule



Conclusion

- **Dysménorrhée fréquente > 9/10 filles, sévère < 1/10 filles.**
- **Impact important sur la qualité de vie.**

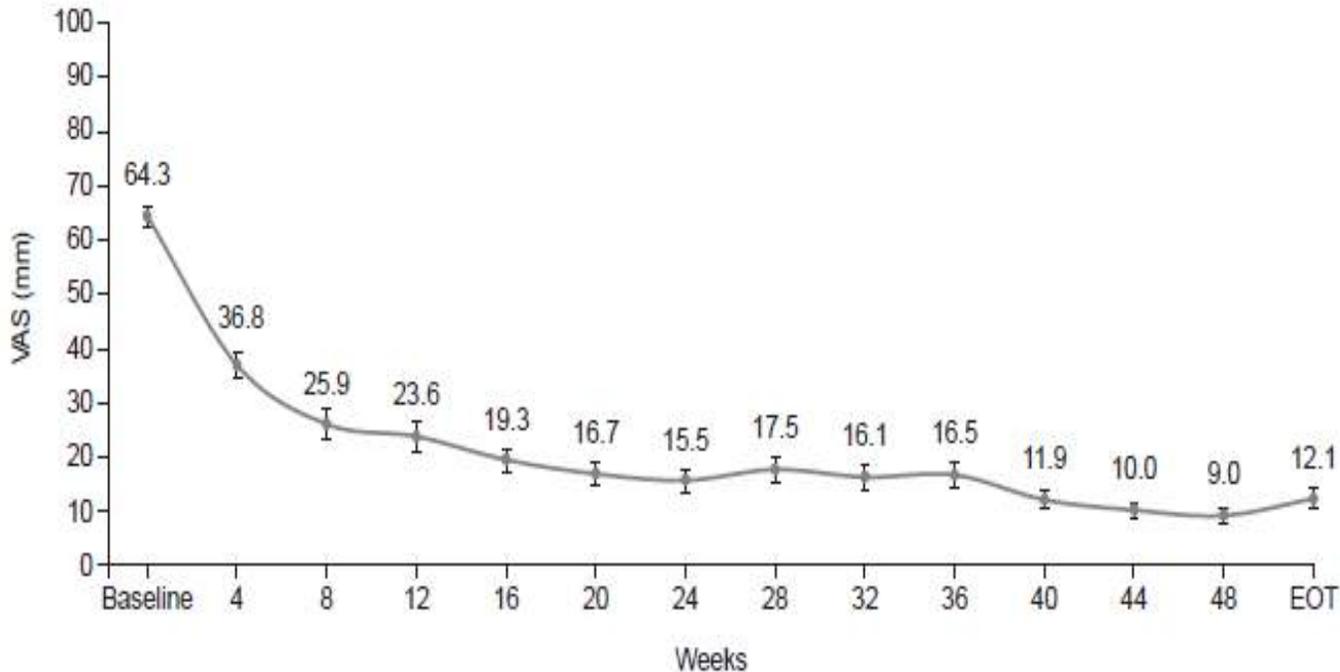
- **En cas d'échecs d'un tt antalgique de 1^{ère} intention**
- **Tt hormonal prescrit : efficace**
- **Faibles risques (or DMPA et Agonistes)**

- **Suivi, dépistage endométriose.**
- **Ecoute bienveillante et réassurance.**
- **Prescription individualisée pour favoriser l'observance.**

Diénogest et adolescentes

Ebert et al, 2017, VISADO

- 100 patientes âgées en moy de 15 ans, avec endométriose ou suspectée. Diénogest 12 mois



Pain Assessment by Mean (SE) VAS During Study Period
(FAS) VAS range: 0 mm, absence of pain; 100 mm, unbearable pain.

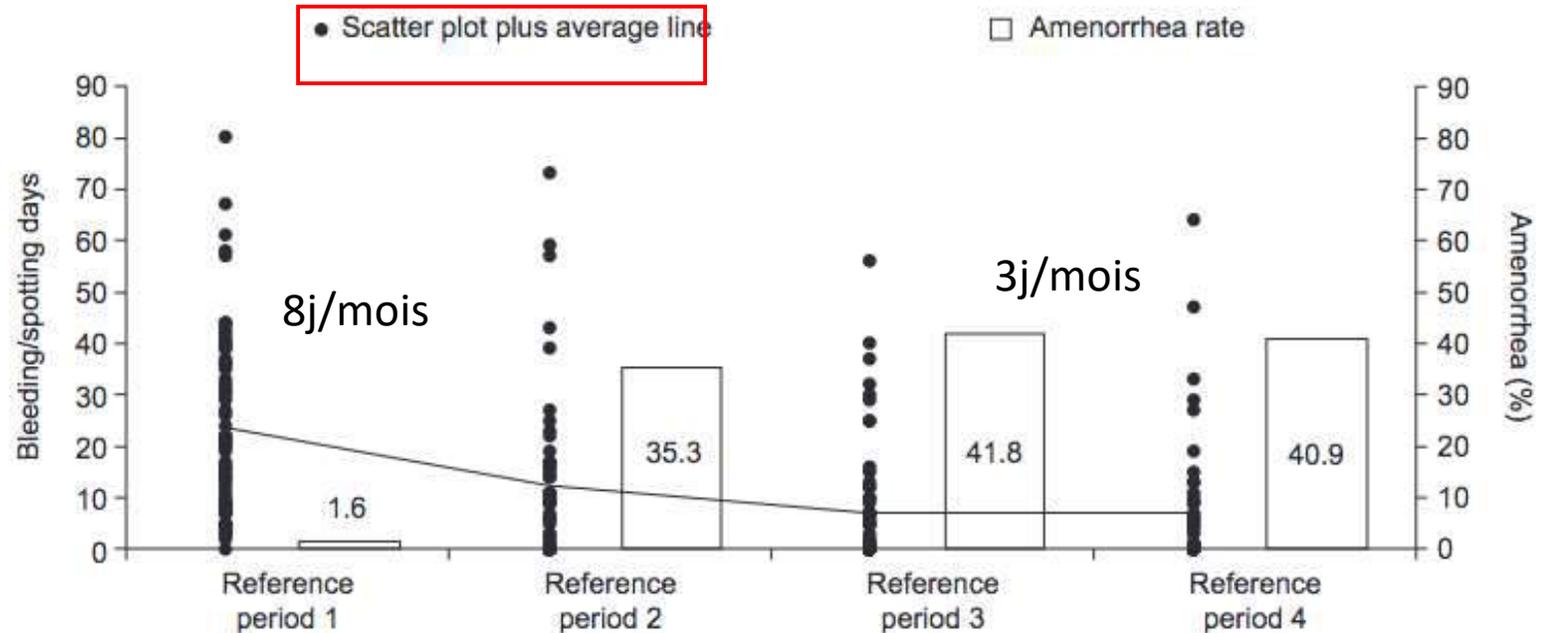
- ↘ Disménorrhées
- ↘ Douleurs pelviennes chroniques
- ↘ Dyspareunies

74% des ados très satisfaites à 3 mois
84% à 12 mois

Diénogest et adolescentes

Ebert et al, 2017, VISADO

- **Métrorragies**



- **Os:**

- Diminution de 1.2% DMO lombaire
- Récupération à 6 mois d'arrêt

- **Effets secondaires < 10% :**
Céphalées, nausées, prise pondérale