13èmes Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest

23-24 novembre 2012 | Bordeaux

HEMORRAGIES GENITALES PRE PUBERTAIRES : Conduite à tenir

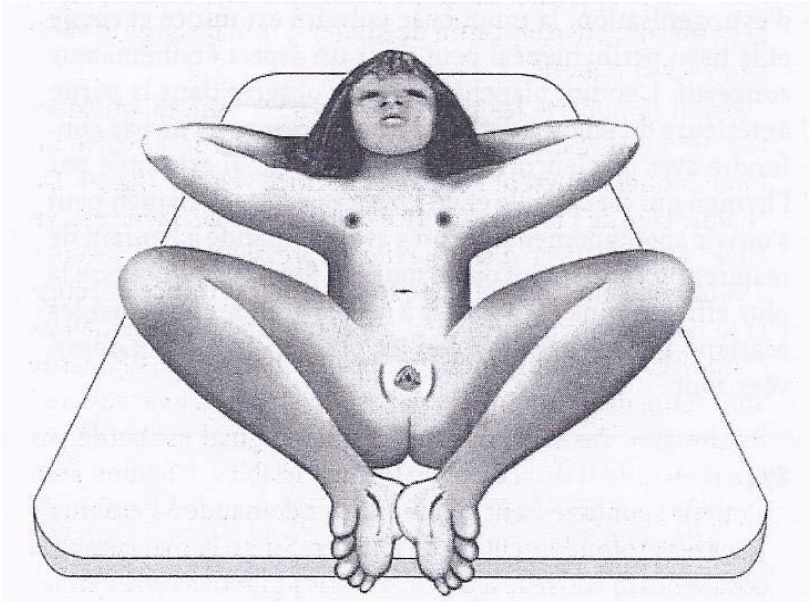
Dr Benoît Cammas

25 rue Boudet 33000 Bordeaux

Endocrinologie et Gynécologie pédiatriques

benoitcammas@yahoo.fr

EXAMEN GYNECOLOGIQUE DE LA FILLETTE PREPUBERE



Présence de la mère indispensable surtout < 13 ans

Position dite « en grenouille »

Segma dans sillon interlabial # leucorrhées

Hymen annulaire, semi-lunaire ou festonné

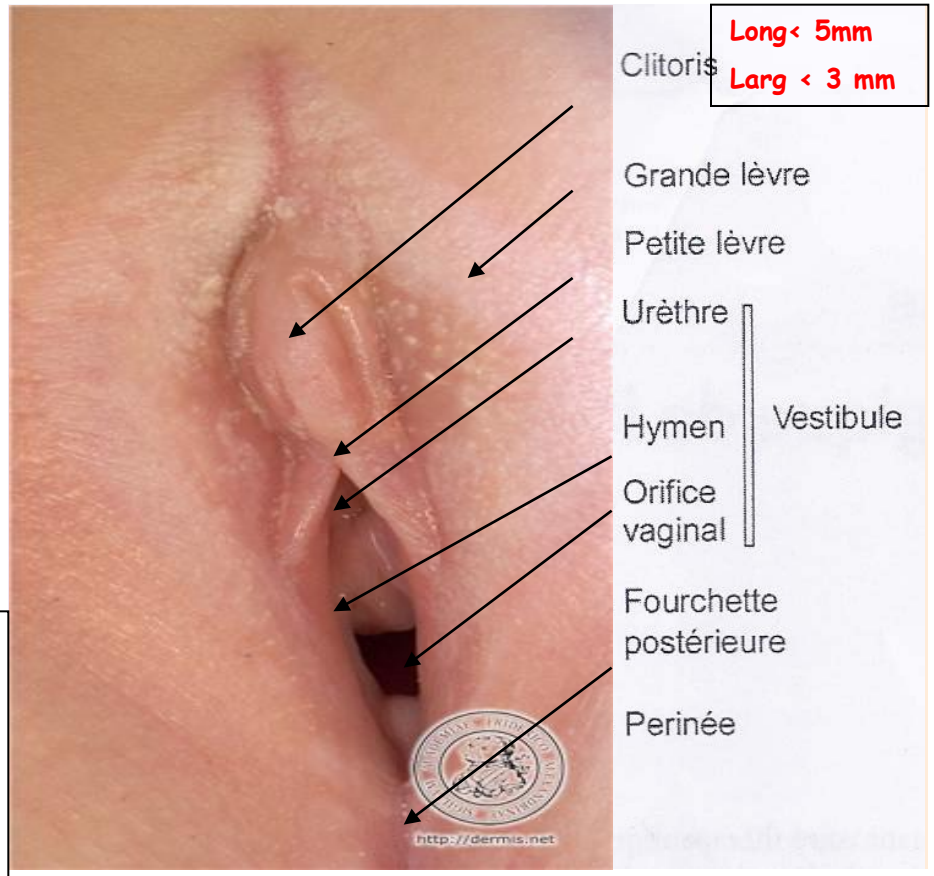
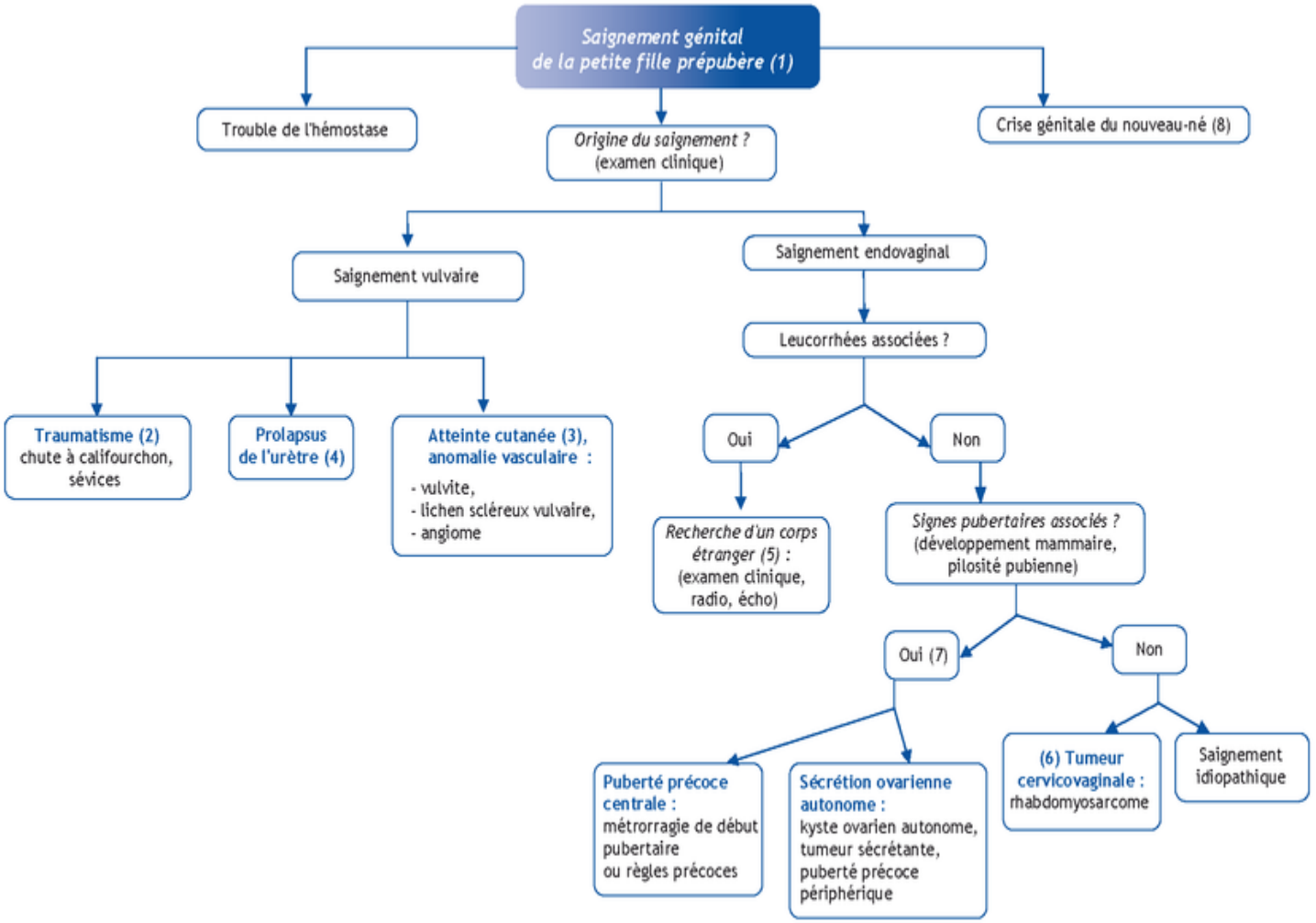


DIAGRAMME DECISIONNEL :



© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. Avec le soutien institutionnel de Blédina

HEMORRAGIES D'ORIGINE VULVAIRE

Plaie de la vulve par chute à califourchon

- Cause la plus fréquente

-Anamnèse : vélo, équitation, passage d'une barrière

- Localisation antérieure : petite lèvre, clitoris, extension au périnée si traumatisme violent

- Plaie linéaire

-Saignement abondant

- Evolution rapidement favorable : cicatrisation en 1 à 2 jours

-Toute localisation postérieure doit faire évoquer un sévice

CAUSES DERMATOLOGIQUES VULVAIRES

VULVITES

- Hémorragie peu abondante : traces de sang dans les sous-vêtements

-Prurit intense : lésions de grattage ou fissure

-Association possible avec une dysurie et/ ou une constipation

-Examen : Erythème vulvaire avec traces de sang et/ou leucorrhées

-Vérification anite associée : origine streptococcique ? Oxyurose ?

-Flore microbienne variée non pathogène

-Absence de mycose en période prépubertaire

-Pic d'incidence entre 3 et 6 ans : autonomie pour la toilette

-Traitement : règles d'hygiène simples : toilette quotidienne, port de linge en coton, séchage après miction +/- chlorexidine aqueuse; fucidine locale; fluvermal en systématique ?

PRELEVEMENT BACTERIOLOGIQUE : INTERET TRES LIMITE

Table 2 Microbiology of the genital tract in cases and controls

Organism	*Case (%)*	*Control (%)*	*Difference*
Anaerobes	29 (58)	46 (92)	p = 0.0005
Diphtheroids	24 (48)	31 (62)	
Coagulase negative staphylococci	30 (60)	28 (56)	
Escherichia coli	15 (30)	17 (34)	
Streptococcus viridans	3 (6)	14 (28)	p = 0.003
Enterococcus	6 (12)	5 (10)	
Haemophilus influenzae	2 (4)	2 (4)	
Streptococcus pneumoniae	0	1 (2)	
Group G streptococcus	1 (2)	1 (2)	
Group B streptococcus	1 (2)	1 (2)	
Lactobacilli	(1 seen)	1 + 1 seen	
Proteus species	4 (8)	1 (2)	
Staphylococcus aureus	5 (10)	1 (2)	p = 0.08
Group A streptococcus	3 (6)	0	p = 0.07
Klebsiella species	1 (2)	0	
Candida albicans	1 (2)	0	
Streptococcus milleri	2 (4)	0	
Pseudomonas aeruginosa	1 (2)	0	
Enterobius	1 (2)	1 (2)	

50 Filles prépubères > 2 ans d'âge moyen 6,2 ans

Pas de différence significative entre les 2 groupes

Vulvovaginitis: clinical features, aetiology, and microbiology of the genital tract.Jaquiery A, et al. Arch Dis Child99

LICHEN SCLEREUX VULVAIRE

- Hémorragie peu abondante : traces de sang dans les sous-vêtements

-Fillette entre 2 et 4 ans

-Prurit intense avec lésion de grattage

-Fond nacré avec petits hématomes sous épithéliaux de la muqueuse au niveau de :

  -Petites lèvres

  -Face interne des grandes lèvres

  -Périnée parfois

-Traitement dermocorticoides pendant 2 mois

AUTRES LESIONS VULVAIRES

-Lésions vasculaires :

- -Angiomes
- -Dysplasies angiomateuses
- -Dysplasies artério-veineuses

-Condylomes :

- -Saignements rares
- -Lésions exophytiques
- -Contamination secondaire au contage obstétrical

PROLAPSUS DE L'URETRE

- Plus fréquent chez les fillettes de race noire

-Très rarement des signes urinaires

-Hémorragie révélatrice

-Tuméfaction arrondie, framboisée

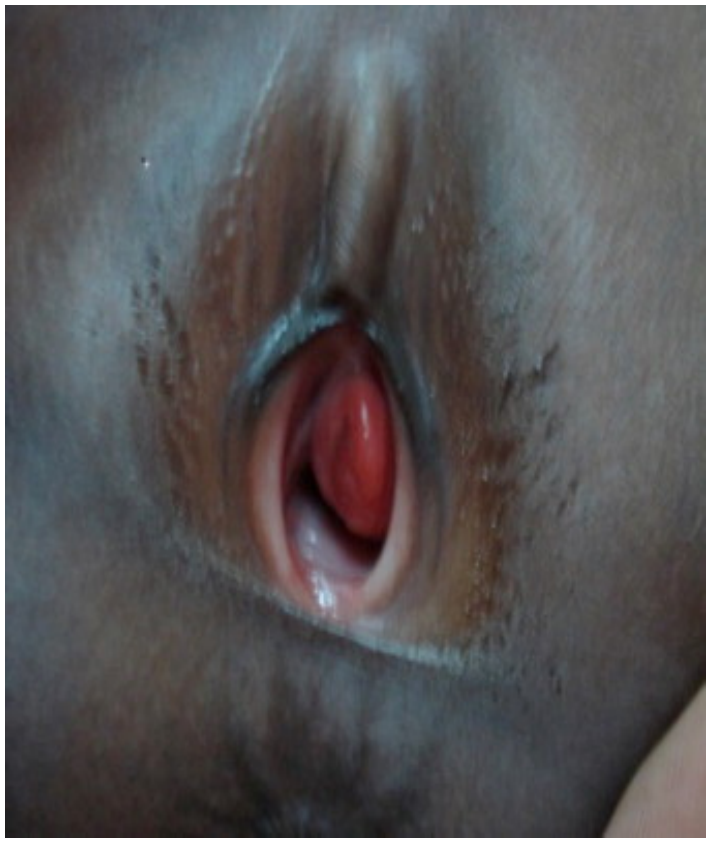
-Située sous le clitoris et pouvant masquer l'orifice vaginal

-Non douloureuse

-Prise souvent à tord pour une tumeur

-Traitement local par antiseptiques et dermocaorticoides + AINS per os

-Traitement chirurgical en l'absence d'amélioration après 48 h du traitement médical



HEMORRAGIES D'ORIGINE ENDO VAGINALE

VAGINITES PREPUBERES

- Rechercher un corps étranger : 5% des cas des vulvo vaginites et forte proportion en cas de vaginite sans vulvite : débris de coton ou de papier, boutons, perles, capuchon de stylo…

-Pic incidence : 3-6 ans

-Leucorrhées vaginales systématiques,

-abdondantes, fétides et striées de sang

-Corps étranger repéré à l'examen clinique

-Vaginoscopie systématique en cas de CE

-ASP et Echographie pelvienne souvent utiles

-Germes variés non spécifiques

-Prélèvement en l'absence de CE

-Traitement : amoxicilline 8 jours per os

-Cas particulier : vaginites spécifiques (MST) à gonocoque ou chlamydia

TUMEURS VAGINALES

-Rares

-Sang rouge endovaginal

-Récidivant, permanent ou abondant

-Le plus souvent maligne

-Vaginoscopie sous AG indispensable pour diagnostic et biopsie

-IRM pelvienne pour bilan d'extension ou diagnostique

-Rhabdomyosarcome (18-24 mois, 95% < 5 ans), botriosarcome, adénocarcinome ou tumeur du sac vitellin (1 an)

-Diagnostic clinique en faisant tousser l'enfant pour extérioriser la tumeur

-Pronostic variable : rhabdomyosarcome embryonnaire au pronostic plus favorable que d'origine alvéolaire

-Traitement : chimiothérapie et/ou chirurgie d'exérèse

HEMORRAGIES D'ORIGINE UTERINE

MENARCHE TRANSITOIRE

-exceptionnelle

-Mise en place d'un début pubertaire

-Un épisode unique avant la mise en place des signes pubertaires physiologiques

-Épisodes cycliques pendant 3 mois puis complètement régressifs

-Installation pubertaire normale par la suite

PUBERTE PRECOCE

-Avant l'âge de 8 ans

-Métrorragies récidivantes

-Développement mammaire

-Pilosité pubienne non systématique

-Accélération de la Vitesse de croissance

-Maturation osseuse avancée :

  -Age osseux > Age chronologique

-Diagnostic échographique :

  -hauteur utérine > 35 mm

  -Ligne de vacuité utérine présente

  -Rapport col/corps < 1

  -Volumes ovariens > 2 ml

PUBERTE PRECOCE PERIPHERIQUE (1)

-Kyste ovarien sécrétant des oestrogènes de façon autonome

-Pouvant s'intégrer dans le SD de Mac Cune Albright :

- -tâche cutanée hémi corporelle brun chamois
- -dysplasie osseuse
- -Autres sécrétions hormonales pathologiques

-Mutation du gène codant pour la fraction alpha des récepteurs couplés au protéine G : R-LH et R-FSH (sanguin ou liquide de kyste)

-Pic d'incidence : 2-4 ans

-Kyste ovarien > 1 cm de grand axe anéchogène

-Traitement : discuter ponction du liquide de kyste en l'absence de régression > 4 semaines

+/- anti oestrogènes FEMARA ®

PUBERTE PRECOCE PERIPHERIQUE (2)

-Tumeur ovarienne sécrétante des oestrogènes : tumeur de la granulosa

-Rares

-Pic d'incidence entre 7 et 9 ans

-Marqueur tumoral : AMH et Inhibine B

-Echographie : Tumeur solide, hétérogène, souvent volumineuse

-Traitement chirurgical +/- chimiothérapie selon extension

-Bon pronostic des formes juvéniles par rapport aux formes adultes

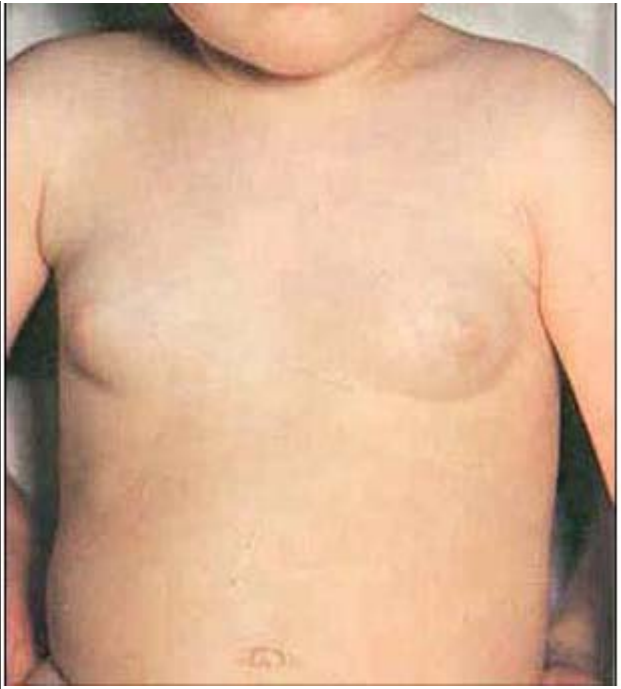
PUBERTE PRECOCE CENTRALE

-Sécrétion prématurée de gonadotrophines hypophysaires FSH et LH

-Test LHRH : pic LH > pic FSH > 5 Mui/l

-IRM cérébrale et hypothalamo hypophysaires pour éliminer une tumeur cérébrale : rare mais d'autant plus fréquente si âge d'apparition précoce

-Freination de la puberté par agonistes LHRH : Enantone LP 11,25 mg toutes 12 semaines



CONCLUSION

-Aucune cause retrouvée dans 20% des cas

-Évoquer une cause rectale ou urinaire

-Examen gynécologique très informatif : vulvaire, vaginal ou utérin ?

-Recherche de leucorrhées indispensable

-Vaginoscopie en cas de saignement vaginal répété ou permanent en l'absence de signe pubertaire

-Echographie pelvienne indispensable en cas de puberté précoce : cause périphérique fréquente en cas de métrorragie initiale