



Santé reproductive – problèmes spécifiques à l'adolescence

Rev Med Suisse 2005 ; 1 : 2577-84

S.-C. Renteria
P. De Grandi

Dr Saira-Christine Renteria
Consultation de gynécologie
de l'adolescence du Département de
gynécologie-obstétrique
Saira-Christine.Renteria@chuv.ch

Pr Pierre De Grandi
Département de gynécologie
obstétrique
CHUV, 1011 Lausanne
pierre.degrandi@chuv.ch

Sexual and reproductive health – specific problems in adolescence

The specificity of adolescent gynecology is uncontested and asks for a specific knowledge and approach. Even if the symptoms remain the same, differential diagnostic and therapeutic approach will be different, depending on the state of development (early puberty, late adolescence), during which they occur. The ignorance of specific pathologies (utero-vaginal malformation, ovarian pathologies related to the menstrual cycle) and therefore inadequate or retarded medical treatment might be the source of unnecessary sequelae. There are now many possibilities to acquire or improve one's knowledge and skills in this particular domain of gynecology. The medico-legal situation as well differs in many points from that of the adult.

La gynécologie de l'adolescence a ses spécificités incontestées et demande une approche et des connaissances particulières. Face aux mêmes symptômes, le diagnostic différentiel et l'approche thérapeutique ne seront pas identiques, dépendant de la phase du développement (puberté débutante, adolescence tardive) pendant lesquelles ils surviennent. Une méconnaissance des pathologies spécifiques (malformations utéro-vaginales, pathologies ovariennes fonctionnelles) et par conséquent des soins inadaptés ou retardés, peut être à l'origine de séquelles évitables. Il existe actuellement de multiples possibilités d'acquiescer ou de compléter ses connaissances dans ce domaine particulier de la gynécologie. La situation médico-légale se distingue également en plusieurs points de celle des adultes.

INTRODUCTION

La spécificité de la gynécologie à l'adolescence réside dans le fait qu'il s'agit d'une période de transition sur le plan biologique, psychologique et social (tableau 1) et qu'il existe des pathologies typiques de cette tranche d'âge ou susceptibles de se révéler à ce moment de la vie. Savoir apprécier le développement pubertaire permet au médecin de confronter anamnèse et clinique au stade de développement. L'approche diagnostique et relationnelle, les informations données et les options préventives mais aussi thérapeutiques, doivent aussi tenir compte du stade du développement psycho intellectuel. Les différences interindividuelles concernant ces variables sont plus importantes à l'adolescence (12 à 20 ans selon l'OMS) qu'à l'âge adulte. Une fille de quatorze ans peut ainsi à la fois témoigner d'une maturité psychosociale précoce et souffrir d'un retard de développement pubertaire somatique comme une autre fille de dix-sept ans peut avoir adopté une vie sexuelle correspondant à celle d'un adulte tout en n'ayant pas la maturité pour en assumer les aléas.

PATHOLOGIE DU DÉVELOPPEMENT PUBERTAIRE

Le vécu de la puberté dépend de son timing (en avance ou en retard par rapport aux autres et par rapport aux propres attentes du sujet) et des réactions de l'entourage d'où l'importance d'une neutralité bienveillante lors du bilan somatique. L'adrénarchie, la pubarque et/ou la thélararchie débutent normalement après l'âge de huit ans.¹ Le premier symptôme est souvent un fluor dys hormonal gênant. Un retard pubertaire est confirmé par l'âge osseux (tableau 2). Un volume ovarien de moins de un centimètre à l'échographie à neuf à dix ans est pathologique en présence d'un développement pubertaire amorcé puis arrêté et justifie des investigations. Un hypogonadisme hypergonadotrope parle en faveur d'une dysgénésie gonadique, des gonadotropines basses à normales par contre, en faveur d'un retard constitutionnel. Les troubles du comportement alimentaire, associés ou non à une activité sportive intensive, sont en augmentation et peuvent être la cause de retards pubertaires anorexiques.

AMÉNORRÉE PRIMAIRE ET SECONDAIRE

L'incidence de l'aménorrhée primaire sans retard pubertaire est de 0,65%. L'examen gynécologique sert à exclure une atrésie hyménale, un septum trans-



Tableau 1. Grille du développement pubertaire selon K. Berg-Kelly, EuTeach, Module A1 : Definitions of Adolescence and Overview of bio-psycho-social development during adolescence, 2005

Développement	Adolescence débutante 10-13 chez les filles 11-14 chez les garçons	Milieu de l'adolescence 13-14 à 17 ans	Adolescence tardive 17-20 ans
Biologique	Développement des caractères sexuels secondaires	Modification de la morphologie corporelle globale (première adaptation). Changements métaboliques	Achèvement de la morphologie corporelle et du métabolisme final
Cognitif	Pensée concrète. Pas de réelle anticipation temporelle	Progression de la pensée abstraite mais l'avenir paraît encore irréel	L'avenir devient réel. Capacité d'anticipation. Pensée abstraite développée
Social	Révolte envers les parents, importance des amis du même sexe	Quelle est mon appartenance ? Importance des pairs y compris du sexe opposé	Identité définie Plus de proximité dans la relation avec les parents

verse ou une agénésie vaginale ou utérine (isolée ou syndrome de résistance aux androgènes).

Une aménorrhée primaire persistante avec une morphologie normale peut être due à une insuffisance ovarienne primaire après chimio- ou radiothérapie ou un diabète sévère. (tableau 3) Un prolactinome peut parfois déjà survenir à un jeune âge.

Des règles sporadiques sont physiologiques durant les premières années (cycles anovulatoires mais aussi grossesse !). Ce serait une erreur de céder au réflexe de prescrire un traitement oestro-progestatif en cas d'oligo-aménorrhée ou d'aménorrhée sans investigations et de masquer ainsi un symptôme clé d'une anorexie ou de passer à côté d'une hyperandrogénémie. Une oligo-aménorrhée de ≥ 2 ans, surtout si elle est précédée d'une ménarche tardive ou/et de signes d'hyperandrogénémie peut cacher des problèmes divers : prolactinome, insuffisance thyroïdienne, obésité, syndrome des ovaires polykystiques (PCOS), syndrome adrénogénital (SAG). 12% des filles qui présentent une dysgénésie gonadique mosaïque 46XX/45XO ont des cycles inauguraux. La T3 (jeûne) et souvent les gonadotropines sont abaissées mais pas nécessaires pour affirmer le diagnostic d'anorexie (envahissement de la pensée, refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimum normal compte tenu de l'âge et de la taille, aménorrhée de ≥ 3 mois). Il n'existe pas de consensus quant à

l'indication à la substitution hormonale pour prévenir une perte de la densité osseuse.

MALFORMATIONS GÉNITALES

La croissance des petites lèvres peut être asymétrique ou paraître excessive. Il est sage d'attendre la fin du développement pubertaire avant de conclure à une hypertrophie des petites lèvres (diamètre supérieur à cinq centimètres). La pseudo hypertrophie disparaît à la fin du développement. L'hypertrophie clitoridienne est associée à un hyperandrogénisme.

Tableau 2. Pathologie du développement pubertaire

Puberté tardive
Indication à l'investigation : Pas de développement pubertaire à 13-14 ans Aménorrhée à 15-16 ans
Evaluation : Histoire familiale, morphotype, examen des organes génitaux.
Examens paracliniques :
<ul style="list-style-type: none"> • Age osseux • FSH • LH • Prolactine • Oestradiol • Testostérone • DHEA-S

Tableau 3. Approche diagnostique en cas d'aménorrhée

Aménorrhée primaire	Aménorrhée secondaire
Réflexion guidée principalement par la morphologie de l'adolescent et le stade du développement	Réflexion et approche diagnostique se basant principalement sur les catégories d'étiologies possibles
Morphologie et développement des caractères sexuels secondaires normaux (Cave : exclure une grossesse !)	Grossesse ! Origine supra-hypothalamique et hypothalamique (FSH normale ou abaissée)
Absence de caractéristiques secondaires	Origine hypophysaire (FSH normale ou abaissée)
Organes sexuels : Ambiguïté, malformation/ congénitale, agénésie utéro-vaginale	Cause ovarienne/gonadique (FSH élevée)
Virilisation (SAG, pathologie adrénalienne)	Virilisation (PCOS, pathologie adrénalienne, SAG)
	Cause utérine acquise (Syndrome d'Aschermann, Tbc, sténose cervicale)
	Autres



L'absence partielle ou complète du vagin et de l'utérus (syndrome de Meyer-Rokitanski-Kuster-Hauser) va souvent de pair avec des malformations urinaires (agénésie rénale unilatérale dans 50%).² La création d'un néo-vagin est possible une fois la maturité psycho-sexuelle atteinte respectivement lorsque la jeune fille est prête pour la procédure thérapeutique, qu'elle soit chirurgicale (création d'un néovagin) ou conservatrice (forage et dilatation progressive par la patiente à l'aide d'un dispositif ad hoc), qui demande un investissement important de sa part.

Une malformation utéro-vaginale partielle avec cryptoménorrhée (duplicature utérine ou/et vaginale incomplète, septum vaginal transverse incomplet) avec une prévalence de 1‰ peut être à l'origine d'une survenue précoce de dysménorrhée.

Les malformations hyménales sont découvertes lors d'essais de pénétration (tampon hygiénique ou premières tentatives de rapports sexuels). Un hymen imperforé ou septum vaginal transverse, non diagnostiqué, se manifeste par une aménorrhée (cryptoménorrhée) et des douleurs abdominales progressives, coeliaques (hématomètre puis hématosalpinx) ayant débuté au moment prévu pour la ménarche (figure 1). Au lieu de parler d'introït «trop étroit» ou de consentir à un élargissement chirurgical hâtif en absence d'une anomalie confirmée, il est préférable d'approfondir l'anamnèse sexuelle (vaginisme, lubrification insuffisante, habilités érotiques lacunaires chez elle et son partenaire ou possible relation abusive).

PATHOLOGIES MAMMAIRES

L'intervalle de la thélarche jusqu'à la ménarche est de 2,3 ans en moyenne. La palpation d'un bourgeon mammaire ferme, des douleurs, une asymétrie transitoire et l'apparition



Figure 1. Hématocolpe et hématomètre sur septum vaginal transverse

de vergetures incitent à consulter. L'application d'acide rétinoïde à 0,25 puis 0,5% associés à une crème hydratante les atténue. Les mastites bactériennes se développent au départ des canaux galactophores. Une antibiothérapie débutée rapidement peut éviter abcès et fistulisation. La macromastie juvénile (incidence env. 1%) se distingue de l'hypertrophie mammaire par une croissance rapide en quelques mois et un déséquilibre entre la glande et la zone d'insertion du sein. Les agonistes de la dopamine

sont supposés, freiner cette croissance. La chirurgie plastique, en général pas avant l'âge de dix-huit ans, intervient dans les malformations mammaires (aplasie ou hypoplasie mammaire, seins en marteaux etc.). Une mauvaise image corporelle peut cependant témoigner d'une problématique intrapsychique plus profonde. 50% des fibroadénomes régressent après cinq ans. Des kystes des canaux galactophores peuvent apparaître très rapidement chez la jeune fille et disparaître spontanément. L'échographie mammaire et non la mammographie, est l'instrument d'imagerie par excellence à cet âge. La papillomatose juvénile avec des indurations nodulaires comporte un risque plus élevé de développer un cancer ultérieurement et nécessite des contrôles à vie. La tumeur phyllode, de croissance rapide mais généralement de bon pronostic, apparaît dans 3 à 5% à l'adolescence (période péripubertaire). L'incidence des tumeurs malignes est très faible.

DOULEURS ABDOMINALES

En cas d'apparition brutale, même si elles persistent ensuite à un seuil inférieur, il faut penser à la torsion d'annexe ou/et au kyste ovarien rompu, fréquent à l'adolescence, ou à une grossesse extra-utérine. L'anamnèse, le lien avec le cycle et l'échographie ad hoc puis de contrôle (en première partie du cycle!) devraient permettre de poser le diagnostic de syndrome douloureux périovulatoire ou de rupture de kyste fonctionnel, sans avoir recours aux techniques invasives. L'essentiel est de s'abstenir de toute extirpation intempestive des annexes lors d'une exploration chirurgicale pour préserver la fertilité. Une endométriose peut déjà se manifester à l'adolescence. Les maladies inflammatoires pelviennes sont fréquentes chez les adolescentes sexuellement actives.

HYGIÈNE MENSTRUELLE

Les premières règles surviennent entre 12,5 et 13 ans. Malgré l'introduction de nouveaux produits visant à faciliter l'hygiène menstruelle, il s'agit d'un apprentissage progressif pour la majorité et pour certaines filles d'un chemin de croix, jalonné de traces involontaires.³ Des slogans publicitaires comme «imagine-toi enfiler une robe de soie, aussi simple et confortable» ou la photo de filles très jeunes dans la piscine pendant les règles, les contraint à faire, comme si de rien n'était. L'élasticité hyménale permet en principe d'utiliser des tampons dès les premières règles. N'y parvenant pas, les filles ont beaucoup de peine à se confier d'où la nécessité de faciliter le dialogue. Les questions et les craintes sont de perdre le tampon (dans le corps ou à l'extérieur), les douleurs, en général liées à une insertion trop superficielle, la fréquence des changes (flux abondant: toutes les 3 à 6 heures; flux léger: toutes les 6 à 8 heures).

DYSMÉNORRHÉE – TROUBLES DU CYCLE

– Il n'existe pas de guidelines basée sur l'évidence, probablement parce que ces troubles ne sont à l'adolescence que rarement l'expression d'une pathologie gynécologique.



Le *Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG)* a donc défini comme prioritaire, au même titre que la grossesse et les infections sexuellement transmissibles, les pathologies suivantes : la dysménorrhée, le syndrome prémenstruel ainsi que l'oligo-aménorrhée comme symptôme d'anorexie-boulimie ou de PCOS.

45% des adolescentes souffrent de dysménorrhée se répercutant sur les activités sociales (20%) et dès lors sur l'absentéisme scolaire.⁴ La dysménorrhée primaire ou essentielle commence six mois à trois ans après la ménarche. Le syndrome prémenstruel qui y est parfois associé débute chez 30% des femmes qui en souffrent, à l'adolescence. L'automédication est la règle. Disposant de moyens thérapeutiques efficaces, c'est au médecin d'aborder l'anamnèse du cycle menstruel afin d'améliorer la qualité de vie de ces jeunes filles.

Si la douleur s'installe dès la ménarche (cf. malformations) ou lors d'apparition secondaire tardive (> 3 ans après la ménarche) et de non-réponse au traitement, il peut s'agir d'une dysménorrhée secondaire à une pathologie organique (endométriose, séquelles chirurgicales etc.).

Des conflits psychiques à la puberté et des facteurs familiaux peuvent jouer un rôle dans le déclenchement ou l'exacerbation de la douleur. Ce conditionnement provoque un cercle vicieux. Un début de la prise d'antalgie, la veille des règles, inhibe la synthèse des prostaglandines. Les AINS diminuent le flux menstruel et peuvent, pour un meilleur effet, être associés à un traitement par étamsylate (Dicynone®). Ce n'est pas le cas de l'acide salicylique qui augmente le flux menstruel. Les étapes suivantes sont les progestatifs en deuxième phase et la suppression ovulatoire (contraceptifs hormonaux monophasiques avec un effet progestatif prédominant avec ou sans suppression du cycle).

Faire préciser, chez la fille très jeune, la fréquence du changement des bandes ou des tampons hygiéniques sert à évaluer le risque d'anémie ferriprive. Les mini-tampons promus pour les jeunes filles et les serviettes hygiéniques Tanga utilisés par coquetterie ont un pouvoir d'absorption limité. Par ailleurs certaines écoles, notamment primaires, ne disposent pas de dispositif permettant d'y glisser discrètement le matériel usagé. Dans la grande majorité des hyperménorrhées (perte de plus de 80 ml/menstruation, change (> 1 fois/1,5-2h) et «fuites» nocturnes gênantes) il s'agit d'une dysfonction hormonale et plus rarement d'une diathèse hémorragiques (prévalence de la maladie de von Willebrand 0,1-1%).

HYPERANDROGÉNÉMIE

La production élevée de LH à la puberté peut conduire à une augmentation des androgènes. Une légère hyperinsulinémie est donc à considérer comme normale. Chez ces adolescentes, l'association d'un inhibiteur de l'ovulation, avec ou sans antiandrogènes, à la métformine (par ex. Glucophage®) contrebalance la résistance à l'insuline induite par la pilule.⁵ L'épilation, et surtout au visage, la décoloration et l'application d'éflornithinhydrochlorid (Vaniqa®), sont des mesures complémentaires souvent nécessaires.⁶ Il est important de ne pas oublier que 1 à 10% des filles hirsutes présentent un SAG.

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

9% des filles en Suisse et 3,2% des garçons de quinze à vingt ans ont déjà été traités pour une infection sexuellement transmissible.^{4,7} Le risque d'acquérir une infection sexuellement transmissible est particulièrement élevé chez les adolescents malgré l'augmentation de l'utilisation du préservatif compte tenu du fait que le nombre de quatre «lifetime partners» est resté stable depuis 1987.⁸ Les efforts d'éducation sexuelle de ces dernières années ont été dirigés vers la prévention et le dépistage du virus HIV. Ainsi 11,7% adolescents ont fait un test HIV une fois et 5,1% plusieurs fois.⁷ En raison des risques de complication à long terme (grossesse extra-utérine, infertilité et douleurs pelviennes chroniques), il est important de proposer également un dépistage de Chlamydia aux adolescentes sexuellement actives. Il a récemment été démontré que la nature de l'expérience émotionnelle (sentiment négatif en relation avec l'activité sexuelle ou les raisons y menant) et le comportement à risque (choix d'un partenaire à risque, relation abusive, partenaires multiples) sont liés.⁹ (tableau 4) La prise en considération du vécu émotionnel de l'adolescente offre donc une meilleure prédiction de l'acquisition d'une infection sexuellement transmissible.¹⁰

CONTRACEPTION

Les adolescentes suisses questionnées en 2002 ont dans 76% des cas utilisé le préservatif lors du dernier rapport

Tableau 4. Etapes du counseling et de l'exploration anamnétique progressive systématique au cours de l'entretien avec l'adolescente

Expérience contraceptive	Contraception à l'occasion du premier rapport sexuel Problèmes techniques, compliance
Raisons motivant l'activité sexuelle	Expériences positives et négatives
Avis du partenaire	Communication avec le partenaire (évent. difficultés)
Niveau d'éducation sexuelle Source d'information	Connaissances : fertilité, risque d'IST, contraception post-coïtale
Personne significative (coach), aide requise	Situation médicale et légale
Contraception «idéale»	Adaptation à la réalité (jeux de rôle)
Quo vadis : relation actuelle et projection dans le future	Fidélité, confiance. Contraception au changement de partenaire
Evaluation du risque individuel (ISTI/HIV)	Ev. test-VIH, év. vaccination HBV
Définir une stratégie	Planification du suivi, définir les objectifs et de la fréquence («contrat») Coût de la contraception. Possible soutien financier



sexuel (RS), suivi de la contraception hormonale orale (8%) ou dépôt (1%), du retrait (7%) et de la contraception d'urgence ou contraception post-coïtale CPC dans 8%. Bien que le médicament soit en vente sans ordonnance dans les pharmacies, les adolescentes âgées de moins de seize ans sont obligées de consulter (dans les 72 heures) en milieu médical. Cet acte, qui est peut-être le premier pas vers une contraception sûre, doit être salué positivement. Considérant que l'imprégnation hormonale physiologique est déjà maximale et que la contraception hormonale n'interfère pas avec la maturation de l'axe hypothalamo-hypophysaire-ovarienne, on peut prescrire «la pilule» dès la ménarche.

Septante pour cent des filles souhaiteraient une contraception permettant d'avoir moins ou pas de règles. Reste à s'interroger sur le fait que les filles qui ressentent les règles comme gênantes ou honteuses ont une attitude plus positive vis-à-vis de la suppression des règles que celles qui ont une bonne image corporelle. Beaucoup de filles connaissent la possibilité de supprimer les règles et l'utilisent occasionnellement (vacances, sport, période d'examen). Aborder ce fait ouvertement permettrait de rassurer et d'améliorer la sécurité contraceptive.

EDUCATION SEXUELLE

Une meilleure connaissance du corps et l'observation de son fonctionnement permettent de répondre aux angoisses diffuses, qui sont déclenchées et entretenues par le symptôme (par ex. la dysménorrhée) ou la crainte d'effets secondaires consécutifs au traitement (par ex. régularisation du cycle par l'hormonothérapie). L'information peut parfois être thérapeutique en soi. Elle a un effet rassurant tout en donnant les premiers éléments de réponse aux interrogations de l'adolescente, ce qui va également améliorer l'adhésion au projet thérapeutique.

VIRGINITÉ

Les adolescentes sont encore sous l'emprise de fausses croyances (perforation de l'hymen pendant le premier rapport sexuel RS, saignement obligatoire, sport ou tampons hygiéniques compromettant son intégrité).¹¹ Les faits s'y opposent (saignement au premier RS seulement chez 40% des femmes, parfois réapparition d'un saignement après une période d'abstinence).

Dans les cultures où la valeur morale d'une famille est définie par le respect des lois sociales aux dépens des besoins affectifs, émane parfois un besoin de preuve par défaut de confiance. Le constat de virginité, confirmant la présence de l'hymen en tant que structure anatomique, peut permettre de ramener le dialogue dans la famille et éviter des maltraitances. La réalité est que certaines filles pratiquent des techniques sexuelles alternatives afin d'éviter une pénétration vaginale mais sans avoir accès à une protection adéquate. Il est dès lors nécessaire de les questionner sur leur expérience sexuelle et non sur la présence ou l'absence de RS (virginité physique vs. virginité psychologique). Certaines que l'on croit surprotégées, ont en fait un comportement sexuel désorganisé avec des prises de risque insensées. Ce comportement semble avoir une fonction

auto-punitif déclenchée par un sentiment de culpabilité, suite à la transgression des lois culturelles ou familiales.

GROSSESSE NON DÉSIRÉE

Dans le canton de Vaud ce sont ProFa et l'Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents (UMSA) qui ont été mandatées par le médecin cantonal pour conduire et attester les entretiens, rendus obligatoires, pour les mineurs de moins de seize ans (majorité sexuelle atteinte à seize ans), par la nouvelle loi sur l'interruption de grossesse entrée en vigueur en 2002. Afin de justifier la spécificité de ce mandat et de garantir une cohérence, les deux institutions ont élaboré un consensus en collaboration avec le médecin cantonal.¹²

ADOLESCENTE ET FUTURE MÈRE

Les études récentes montrent que le jeune âge ne présente pas de risque obstétrical particulier. Mais avoir un enfant, répondre à ses besoins et l'éduquer toute en vivant sa propre adolescence, tout en terminant sa scolarité ou en faisant un apprentissage, est un pari difficile, surtout si l'adolescente ne dispose pas d'un soutien familial. Le mandat du tuteur général est d'assister la mère dans cette tâche et de protéger les droits de l'enfant. Le risque de négligence et de maltraitance est par contre statistiquement plus élevé.

AGRESSION SEXUELLE

De 14,4% à 33,8% des adolescentes ont été victimes d'abus sexuel.⁴ Cette fréquence est plus élevée chez les filles toxicomanes. Il est fréquent que la révélation n'ait lieu qu'à l'adolescence. Le viol sur rendez-vous «*date rape*» est également spécifique de l'adolescence. 51% des filles, examinées au DGO pour un constat de viol, connaissaient leur agresseur et n'en parlent de ce fait que tardivement. La consultation LAVI. (Loi pour l'aide aux victimes d'infraction) propose une information concernant la procédure juridique, un soutien psychologique et si nécessaire une aide financière rapide. Selon la nouvelle Loi cantonale vaudoise sur la protection des mineurs (art. 26) toute personne qui dans l'exercice de sa fonction auprès d'adolescents a connaissance d'un mineur en danger dans son développement a le devoir de le signaler au Service de protection de la jeunesse (SPJ) ou à l'autorité pénale (atteinte à l'intégrité sexuelle).¹³ Le médecin doit également tenir compte de l'avis de l'adolescente, à condition qu'elle ne soit pas en danger immédiat. L'accompagnement vise à donner un sens au signalement et à encourager l'adolescente à déposer elle-même, seule ou avec ses proches, une plainte pénale. Gérer une telle situation seule est déconseillé. Il est dès lors, possible de se référer à un groupe de référence ou un groupe de prévention hospitalier. Lorsqu'une victime de > 18 ans ne souhaite pas, dans un premier temps, déposer une plainte, il faut au moins proposer un constat médico-légal. Les prélèvements resteront à l'Institut de Médecine Légale où ils seront stockés pendant une année au minimum. Les soins sont couverts par l'assurance accident ou à défaut par l'assurance maladie de base selon la LAMAL.



EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

Un examen gynécologique est indiqué en cas de suspicion de dysménorrhée secondaire, de méno-métrorragies et de pertes suspectes (corps étranger, infection, rhabdomyosarcome), de syndrome inflammatoire pelvien, d'aménorrhée primaire ou à la demande. L'exploration vaginale, si possible indolore, nécessite un vaginoscope et non un spéculum dit *virgo*, qui est réservé aux filles sexuellement actives. Exemple : Le diagnostic rapide d'un hymen non perforé avec hématomètre permet un drainage rapide et évite des conséquences sur la fertilité ultérieure. Le dépistage cervical débute, en absence de risques, deux à trois ans après les premiers RS. Le dépistage de Chlamydia par PCR dans les urines est, par contre, proposé aux adolescentes sexuellement actives. La détection d'un virus HPV au cours des trois premières années atteint jusqu'à 70% des filles, dont trois quarts seront à nouveau négatives après vingt-quatre mois. Seulement 1,4 à 2,5% des filles HPV positives présenteront un CIN bas grade/LSIL, signe d'une répllication virale, dont 90% régresseront spontanément.

DISPOSITIONS LÉGALES

Les adolescents ont droit à la confidentialité dans les limites de leur capacité de discernement. L'évaluation en incombe au médecin.¹⁴ Il est cependant irrecevable de refuser de principe une contraception à une jeune fille qui demande la confidentialité sous prétexte qu'elle est trop jeune. La capacité de prendre des décisions personnelles est liée aux étapes développementales cognitives et affectives (en principe acquise vers 14-15 ans) et présume une assise stable des valeurs personnelles.

FORMATION

Une étude récente auprès de praticiens suisses a confirmé leur besoin de formation dans le domaine de la gynécologie de l'adolescence. La GYNEA¹⁵ aussi bien que EuTEACH¹⁶ organisent régulièrement des formations continues. La Fédération Internationale de Gynécologie Infantile et Juvénile (FIGIJ) dispose d'une liste de centres spécialisés, prêts à accueillir des médecins, désireux d'approfondir

leur formation, avec la possibilité de certification ultérieure. La Société Suisse de Pédiatrie est en train d'élaborer un curriculum pour la médecine de l'adolescence dont un volet sera consacré aux problèmes gynécologiques.

CONCLUSIONS

Nombres de pathologies gynécologiques se manifestant à l'adolescence sont spécifiques de cette tranche d'âge (apparition, révélation) ou demandent une approche diagnostique et thérapeutique qui diffère de celle de l'adulte. Le contrat qui lie le médecin à la mineure exige une connaissance des dispositions légales. Le médecin a plus encore que chez l'adulte non seulement un mandat thérapeutique mais aussi préventif. Que ce soit en présence ou en absence de pathologie organique, il est nécessaire de tenir compte du mode de vie, des interrogations et des craintes ainsi que du vécu de l'adolescente, afin d'identifier les problèmes actuels et à venir, que l'adolescente a plus de peine à anticiper. ■

Implications pratiques

- Connaître la nature du développement normal à l'adolescence et ses variantes (ex. développement mammaire initialement souvent asymétrique) permet d'éviter une surmédicalisation inutile
- Savoir diagnostiquer de manière précoce et efficace les difficultés se manifestant souvent à l'adolescence (malformations utéro-vaginales, dysménorrhée primaire, hyperandrogénémie, anorexie, infection à Chlamydia, grossesse) permet d'en limiter les conséquences physiques et psychosociales
- Dépister les problématiques sous-jacentes (*hidden agenda*) et offrir à l'adolescente un accès aux soins, si nécessaire confidentiel, en connaissance des dispositions légales spécifiques en vigueur (confidentialité, protection des mineures) contribue à préserver la santé reproductive et à prévenir une grossesse chez l'adolescente

Bibliographie

- 1 ** Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Pediatric and Adolescent Gynecology. 1998;4th edition.
- 2 Kim HH, Laufer MR. Developmental abnormalities of the female reproductive tract. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1994;6:518-25.
- 3 Mahr E. Das Erleben der ersten Menstruation. *Geburts-hilfe und Frauenheilkd* 1987;47:812-6.
- 4 Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento I, et al. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002), SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002, Lausanne. *Raisons de santé* 2004;95a.
- 5 Ibanez L, de Zegher F. Flutamide-metformin plus ethinylestradiol-drospirenone for lipolysis and antiatherogenesis in young women with ovarian hyperandrogenism: The key role of metformin at the start and after more than one year of therapy. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:39-43.
- 6 Renteria SC, Laurance V, Michaud PA. Consultation gynécologique chez l'adolescente: Le syndrome des ovaires polykystiques. *Med Hyg* 2002;60:2095-2101.
- 7 Narring F, Michaud P-A, Wydler H, Davatz F, Villaret M. Sexualité des adolescents et sida: Processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. *Raisons de santé* 1997;4.
- 8 Koffi-Blanchard MC, Dubois-Arber F, Michaud PA, Narring F, Paccaud F. Hat sich der Beginn der Sexualität bei Jugendlichen in der Zeit von Aids verändert? *Literaturübersicht von 1972 bis 1992. Schweiz Med Wochenschr. Journal Suisse de Médecine* 1994;124:1047-55.
- 9 * Rickert VI, Sanghvi R, Wiemann CM. Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspect Sexual Reprod Health* 2002;34:178-83.
- 10 ** Whitten KL, Rein MF, Land DJ, Reppucci ND, Turkheimer E. The emotional experience of intercourse and sexually transmitted diseases: A decision-tree analysis. *Sex Transm Dis* 2003;30:348-56.
- 11 ProFa. Sexualité: Questions. www.ciao.ch.
- 12 UMSA, ProFa. Pratique de counseling lors d'une demande d'interruption de grossesse chez les mineures de moins de 16 ans. *Consensus* 2003.
- 13 Grand Conseil du Canton de Vaud. Loi sur la protection des mineurs (LPM). 2004.
- 14 Wasserfallen JB, Stiefel F, Clarke S, Crespo A. Appréciation de la capacité de discernement des patients: Procédure d'aide à l'usage des médecins. *Bulletin des Médecins Suisses* 2004;85:1701-4.
- 15 Comité du Groupement Suisse de Gynécologie de l'Enfant et de l'Adolescente. www.gynea.ch. 2005.
- 16 EU-Teach working group. www.euteach.ch.

* à lire
** à lire absolument