

Qualité de Vie pendant les menstruations chez les patientes porteuses d'un trouble héréditaire de l'hémostase : A propos de 31 patientes

Anis Fadhlouï¹, Mohamed Khrouf¹, Amel Chelbi², Kaouther Zahra², Emna Gouider², Fethi Zhioua¹, Anis Chaker¹, Balkis Meddeb³

1 : Service de Gynécologie Obstétrique et de Médecine de la reproduction - 2 : Centre d'hémophilie - 3 : Service d'hématologie
Hôpital Aziza Othmana Hôpital Aziza Othmana, Place du Gouvernement, Tunis, Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis, Université de Tunis El Manar

A. Fadhlouï, M. Khrouf, A. Chelbi, K. Zahra, E. Gouider, F.Zhioua, A. Chaker, B. Meddeb

A. Fadhlouï, M. Khrouf, A. Chelbi, K. Zahra, E. Gouider, F.Zhioua, A. Chaker, B. Meddeb

Qualité de Vie pendant les menstruations chez les patientes porteuses d'un trouble héréditaire de l'hémostase : A propos de 31 patientes

Quality of life during menstruation in women with an inherited bleeding disorder: A 31 cases study

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°12) : 856 - 861

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°12) : 856 - 861

R É S U M É

Prérequis : Les menstruations, par leur abondance et leur durée, peuvent être une source d'altération de la qualité de vie. Les femmes porteuses d'un trouble constitutionnel de l'hémostase (TCH) semblent y être plus exposées.

But : Evaluer le retentissement des pertes sanguines menstruelles sur la qualité de vie de femmes ayant un trouble constitutionnel de l'hémostase.

Méthodes : 31 patientes porteuses d'un TCH, ont répondu à un questionnaire de qualité de vie

Résultats : Le trouble constitutionnel de l'hémostase le plus fréquent est la maladie de Von Willebrand (MVW): 38,7%. 54,8% des patientes avaient une durée menstruelle supérieure à 6 jours. Le flux menstruel est normal chez 61,3% des patientes. L'état général en dehors des menstruations a été considéré comme moyen à mauvais par 35,5% des patientes. Le score évaluant le retentissement des menstruations sur la vie quotidienne avait une moyenne de 5,00 ± 3,47. Seulement 19,35% des patientes estiment que les dysménorrhées altèrent considérablement leur qualité de vie. Une altération de la qualité de vie a été constatée chez 64,5% des patientes selon le score A et chez 41,9% d'entre elles selon le score B. Pendant les menstruations 22,6% des patientes ont dû s'absenter de leurs travaux ou de l'école. D'un autre côté, 48,4% des patientes, ont été hospitalisées au moins une fois devant le flux menstruel abondant.

Conclusion : La qualité de vie des femmes porteuses d'un trouble constitutionnel de l'hémostase selon les différents scores paraît altérée lors des menstruations, même si du fait de l'effectif réduit de notre population d'étude, nous n'avons pas pu prouver de corrélation entre l'importance des pertes sanguines menstruelles et cette altération de la qualité de vie.

S U M M A R Y

Background: Menstruations, by their abundance and their duration, can be a source of impaired quality of life. Women with inherited bleeding disorders appear to be, specially at risk.

Aim: Assess the impact of menstrual blood loss on the quality of life for women with inherited bleeding disorders.

Methods: 31 women with various inherited bleeding disorders were interviewed. They completed a quality of life questionnaire.

Results: Von Willebrand disease was the most frequent inherited bleeding disorder in our population (38.7%). 54.8% of patients had a menstrual period more than 6 days 61.3% of them consider their menstrual flow to be normal. The general condition apart of the menstrual period was considered medium to poor in 35.5% of patients. The average score assessing the impact of menstruation on daily life was of 5.00 ± 3.47. Only 19.35% of patients felt that dysmenorrhea significantly affect their quality of life. Impaired quality of life was seen in 64.5% of patients according to score A and in 41.9% of them according to score B. During menstruation 22.6% of the patients didn't do to work or to school because of the menstrual flow. On the other hand, 48.4% of patients were hospitalized at least once for a heavy menstrual flow.

Conclusion: The quality of life during menstruation, in women with an inherited bleeding disorder, according to the different scores appear altered. Although because of the small size of our study population, we could not prove correlation between the importance of menstrual blood loss and the impairment of quality of life.

Mots-clés

Troubles constitutionnel de l'hémostase, ménorragies, dysménorrhée, qualité de vie

Key-words

Inherited bleeding disorder, menorrhagia, dysmenorrhea, quality of life

Les menstruations peuvent être une source d'embarras et de gêne pour beaucoup de femmes par leur impact sur la vie sociale et professionnelle. Les ménorragies sont définies objectivement par une perte sanguine de 80 mL ou plus (1). L'appréciation objective des pertes sanguines menstruelles est rendue possible grâce à un Système de Notation Graphique décrit par Higham en 1990 (2). En utilisant ce score nous avons constaté que les ménorragies sont plus fréquentes chez les femmes souffrant d'un trouble héréditaire de l'hémostase (TCH) avec une incidence de 90% (toutes pathologies confondues) contre 40% dans un groupe témoin ($p < 0,05$) (*Données personnelles non publiées*).

On se propose à travers cette étude d'évaluer la qualité de vie des femmes atteintes d'un trouble congénital de l'hémostase pendant leurs périodes menstruelles (avec ou sans ménorragies) et d'analyser les facteurs qui peuvent éventuellement la conditionner.

PATIENTES ET METHODES

Un questionnaire visant à apprécier les caractéristiques du cycle menstruel et notamment les pertes sanguines menstruelles et leur impact sur leur qualité de vie a été élaboré. Trente et une patientes porteuses d'un trouble constitutionnel de l'hémostase (TCH) et suivies conjointement au centre d'hémophilie et à la consultation de Gynécologie de l'Hôpital Aziza Othmana, ont accepté de s'y soumettre. Ces patientes avaient leurs menstruations depuis au moins deux ans.

Le diagnostic du trouble de l'hémostase en question est fourni par le dossier du centre d'hémophilie et aucune pathologie de l'hémostase n'a été écartée. Le questionnaire est mené par les docteurs FA ou KM.

Le questionnaire comporte cinq principaux items :

L'état général : Excellent (coté à 5), Très bon (4), Bon (3), Moyen (2), Mauvais (1)

Le retentissement des menstruations sur les activités quotidiennes (Bouger librement, Soulever des objets lourds, faire le ménage, marches prolongées, monter plusieurs étages, activités sportives)

Les activités sont très limitées par les menstruations (coté à 2)

Les activités sont moyennement limitées par les menstruations (1)

Les menstruations n'empêchent pas les activités quotidiennes (0)

Un score entre 0 et ≤ 4 correspond à l'absence de retentissement des menstruations sur les activités quotidiennes. Une score > 4 et ≤ 8 signe un retentissement modéré et lorsqu'il est > 8 , il correspond à un retentissement important.

La dysménorrhée :

Elle est cotée de 1 (pas de douleur) à 6 (douleur intense) en fonction de l'intensité de la douleur

Son influence sur les activités quotidiennes est également cotée de 1 (aucune interférence) à 6 (gêne extrême).

Nous avons considéré qu'une cotation de 1 ou 2 correspondait à une influence minime, de 3 ou 4 à une influence modérée et de 5 ou 6 à une interférence importante.

La qualité de vie pendant les menstruations.

Les patientes doivent répondre aux questions suivantes :

• SCORE A : Combien de fois pendant leurs règles se sentent elles :

Pleine de vie et d'énergie

Calme et sereine

Heureuse et bien dans sa peau

Chacune de ces réponses est cotée de 1 (à aucun moment) à 6 (tout le temps) et un score $A \leq 9$ signe une altération de la qualité de vie.

• SCORE Bt leurs règles se sentent elles :

Nerveuse

Triste et faible

Fatiguée ou Epuisée

Chacune de ces réponses est cotée de 1 (Tout le temps) à 6 (à aucun moment) et un Score $B \leq 9$ signe une qualité de vie altérée.

L'absentéisme et les hospitalisations pendant les règles, qu'ils soient en rapport avec l'abondance du flux menstruel ou avec l'intensité de la dysménorrhée.

Le questionnaire comporte également des questions relatives aux caractéristiques menstruelles et aux manifestations hémorragiques extra-génitales ainsi que leurs fréquences. La durée des menstruations est jugée normale quand elle est de moins de 6 jours et prolongée quand elle est ≥ 6 jours. L'abondance du flux menstruel a été classée selon l'appréciation des patientes en normale et abondante. Les patientes ont été scindées en 2 groupes en fonction du nombre de serviettes hygiéniques : > 40 et ≤ 40 serviettes par cycles. Nous avons également précisé le type de serviette hygiénique utilisée à savoir : petites, moyennes ou grandes.

Analyse statistique :

Nous avons calculé des fréquences simples et des fréquences relatives pour les variables qualitatives ; des moyennes, des médianes et des écarts-types pour les variables quantitatives. La comparaison de deux moyennes sur séries indépendantes a été effectuée au moyen du test t de Student. La comparaison de pourcentages sur séries indépendantes quant à elle, a été effectuée par le test de chi-deux de Pearson. Dans tous les tests statistiques, le seuil de signification (p) a été fixé à 0,05.

RESULTATS

L'âge moyen des patientes était de 23,3 ans \pm 8,5 avec des extrêmes de 14 et de 41 ans.

Le trouble constitutionnel de l'hémostase le plus fréquent est la maladie de Von Willebrand (MVW) avec un taux de 38,7%. Les pathologies se répartissent comme indiqué dans le tableau 1.

Manifestations hémorragiques extra-génitales :

Parmi les 31 patientes interrogées, 21 (67,7%) avaient déjà présenté des gingivorragies, avec une fréquence qui dépasse les 5 épisodes/an dans plus de la moitié des cas (57,1%). Plus des deux tiers d'entre elles (71%) avaient déjà eu des épisodes d'épistaxis, mais avec une fréquence qui ne dépasse guère les 3 épisodes/an dans 72,7% des cas. La majorité des patientes rapporte la notion de tendance ecchymotique puisque 90,3%

d'entre elles (N=28) avaient présenté des ecchymoses le plus souvent de façon spontanée. Parmi les autres manifestations hémorragiques que les patientes avaient pu présenter par le passé, on note les hématomes et les hématuries (16,1%), les hématoméses (12,9%) et les rectorragies (9,7%).

Tableau 1 : Répartition des troubles constitutionnels de l'hémostase dans notre série

Pathologie	Nombre	%
Maladie de Willebrand	12	38,7%
Thrombasthénie de Glanzmann	7	22,6%
Maladie de Jean Bernard & Soulier	5	16,1%
Déficit en facteur VII	3	9,7%
Afibrinogénémie	2	6,5%
Déficit en facteur V et VIII	1	3,2%
Déficit en facteur X	1	3,2%

Caractéristiques menstruelles :

En matière de caractéristiques menstruelles, l'âge aux ménarches était en moyenne de $13,1 \pm 1,2$ avec des extrêmes de 11 et de 16 ans. La plupart des patientes (N= 27 - 87,1%) avaient des cycles réguliers et environ les 2/3 d'entre elles (67,9%) estimaient que la durée de leur cycle menstruel était normale (entre 28 et 35 jours). La moitié des patientes (N=16 - 51,6%) avaient reçu au moins une fois un traitement pour régulariser les cycles menstruels. La durée moyenne des menstruations était de 6 jours \pm 2 jours avec des extrêmes de 4 et de 15 jours, près des deux tiers des patientes (54,8%, N=17) avaient une durée menstruelle supérieure à 6 jours. Dix de ces 17 patientes (58,8%) avaient une durée menstruelle de plus de 7 jours. Le flux menstruel est considéré comme étant normal chez 61,3% (N=19) des patientes interrogées et abondant chez 32,3% (N=10) d'entre elles. Le nombre moyen de serviettes hygiéniques utilisées pendant les menstruations est de $15,9 \pm 13$ (extrêmes 2 et 60). La plupart des patientes employaient des serviettes de dimensions moyennes (58,1%) contre 22,7% qui utilisaient des grandes.

Etat général :

L'état général en dehors des menstruations a été considéré comme moyen à mauvais chez 35,5% des patientes (N=11) interrogées et bon à très bon chez les 64,5% restantes (N=20).

Le retentissement des menstruations sur les activités quotidiennes :

Les valeurs du score évaluant le retentissement des menstruations sur la vie quotidienne ont varié de 00 à 11 avec une moyenne de $5,00 \pm 3,47$. Le score était de plus de 8 (limitation importante) chez 19,35 % des patientes (N=6) et il était > 4 et ≤ 8 (limitation modérée) chez 35,48 % (N= 11).

La dysménorrhée :

Le score moyen de l'intensité des dysménorrhées était de $2,51 \pm 1,45$ (extrêmes 1 à 6). Le taux de femmes estimant avoir des

dysménorrhées intenses (≥ 4) est de 21,8% (N=7), celles dont les dysménorrhées sont d'intensité moyenne sont au nombre de 7 soit 21,8%, les autres ont une dysménorrhée d'intensité faible. Onze patientes (35,5%) ont eu recours à un traitement médical afin de soulager les dysménorrhées (des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans 54,5% des cas, des antalgiques dans 27,3% des cas et la pilule œstroprogestative dans 18,2% des cas).

La cotation moyenne de l'influence des dysménorrhées sur la vie quotidienne est de $2,16 \pm 1,79$ (extrêmes 1 à 6). Seulement 6 patientes (19,35%) estiment que les dysménorrhées altèrent considérablement leur qualité de vie (score ≥ 5), les autres patientes estiment que le retentissement est modéré (N=3, 9,67%) ou inexistant (N=22, 70,96%).

La qualité de vie pendant les menstruations :

Le score A de l'évaluation de l'influence des menstruations sur la qualité de vie avait une valeur moyenne de $8,43 \pm 4,9$, alors que la valeur moyenne du score B était de $10,45 \pm 4,57$. Une altération de la qualité de vie (score ≤ 9) a été constaté chez 64,5% (N=20) des patientes selon le score A et chez 41,9% (N=13) d'entre elles selon le score B.

L'absentéisme et les hospitalisations pendant les règles :

Pendant les menstruations 22,6% des patientes (N=7) doivent s'absenter de leurs travaux ou de l'école, en raison de la gêne occasionnée par le flux menstruel. D'un autre côté, 48,4% des patientes (N=15), ont été hospitalisées au moins une fois devant le flux menstruel abondant.

La dysménorrhée a été à l'origine d'un absentéisme chez seulement 16,1% (N=5) des patientes interrogées, alors que 3 d'entre elles (9,6%) ont été amenées au moins une fois aux urgences pour y recevoir un traitement antalgiques. Ceci étant, aucune patiente n'a été hospitalisée pour une dysménorrhée intense.

Nous avons par ailleurs analysé les corrélations entre les différentes caractéristiques menstruelles et la qualité de vie des patientes étudiées.

Influence de la durée des règles (Tableau 2):

Les menstruations étaient de durée normale chez 14 patientes (45,16%) et de durée prolongée chez 17 autres (54,84%).

Parmi les patientes ayant un flux menstruel de durée normale, 5 d'entre elles (35,7%) avaient un état général moyen à mauvais alors que 6 des 17 patientes ayant une durée menstruelle prolongée rapportaient un état général moyen à mauvais. La durée des règles, ne semble pas avoir d'influence significative sur l'état général.

Les patientes interrogées s'absentent plus fréquemment en cas de menstruations prolongées (7,1% vs 35,3% d'absentéisme), même si cela demeure à la limite de la significativité ($p=0,073$). Le taux d'hospitalisation est de 35,3% en cas de menstruations prolongées contre 64,3% lorsque les règles durent moins de 6 jours. La durée des menstruations n'a pas d'influence significative sur le taux d'hospitalisation.

La valeur moyenne du score A lorsque les menstruations durent normalement est de $9,35 \pm 4,78$ et elle est de $7,62 \pm 5,01$ quand la durée des règles est supérieure ou égale à 6 jours. Concernant le score B sa valeur moyenne est de $11 \pm 4,54$ lorsque les menstruations ne dépassent pas les 6 jours, alors qu'il est de $10 \pm 4,69$ quand elles dépassent les 6 jours. La corrélation entre

durée des menstruations et scores de la qualité de vie n'est pas statistiquement significative.

Influence du flux menstruel (Tableau 2):

Le flux menstruel était normal chez 21 patientes (64,74%) et abondant chez les 10 autres (32,26%).

Un bon état général est rapporté par 76,2% des patientes ayant un flux menstruel normal contre 40% de celles ayant un flux menstruel abondant. La corrélation entre abondance du flux menstruel et état général est à la limite de la significativité ($p=0,06$).

Il n'existe pas de corrélation significative entre l'abondance du flux menstruel et le taux d'absentéisme (30% d'absentéisme en cas de flux abondant contre 19% en cas de flux normal) et il en est de même pour le taux d'hospitalisation (40% vs 52,4%).

Il n'y a pas de corrélation entre le nombre et le type de serviettes hygiéniques utilisées et l'état général, le taux d'absentéisme et le taux d'hospitalisation.

Le score A moyen est de $9,14 \pm 5,28$ en cas de flux menstruel normal et de $6,77 \pm 3,59$ en cas de flux menstruel abondant. Le score B moyen est de $11,57 \pm 4,73$ en cas de flux menstruel jugé normal et de $8,1 \pm 3,28$ en cas de flux abondant. Aucune différence significative n'est enregistrée entre les deux groupes pour ces deux paramètres.

Influence de l'intensité des dysménorrhées sur la qualité de vie (Tableau 2):

Il n'existe pas de corrélation significative entre l'intensité de la dysménorrhée et l'état général et la qualité de vie des patientes interrogées (Tableau 2).

Tableau 2 : Qualité de vie en fonction des caractéristiques menstruelles

	MEG	Score A	Score B	A	H	
Durée des menstruations	< 6 jours (n=14)	35,7%	9,35 ± 4,78	11 ± 4,54	7,1%	64,3%
	≥ 6 jours (n=17)	35,3%	7,62 ± 5,01	10 ± 4,69	35,3%	35,3%
	p	NS	NS	NS	0,073	NS
Flux menstruel	Normal (n=21)	24,8%	9,14 ± 5,28	11,57 ± 4,73	19%	52,4%
	Abondant (n=10)	60%	6,77 ± 3,59	8,1 ± 3,28	30%	40%
	p	0,06	NS	NS	NS	NS
Intensité de la dysménorrhée	Peu intense (n=24)	33,3%	8,91 ± 5,2	11,12 ± 4,64	00%	00%
	Intense (n=7)	42,8%	6,85 ± 3,62	8,14 ± 3,71	71,4%	00%
	p	NS	NS	NS	0,001	NS

MEG : Mauvais état général, A : absentéisme, H : hospitalisation.

La corrélation entre l'intensité des dysménorrhées et le taux d'absentéisme est statistiquement significative ($p<0,001$). En effet, en cas de dysménorrhée intense (score ≥ 4), le taux d'absentéisme est de 71,4% contre 00% en cas de dysménorrhée de faible intensité (Score < 4).

DISCUSSION

Au terme de cette étude, nous avons constaté que les patientes porteuses d'un TCH présentent une altération de l'état général dans plus d'un tiers des cas, une limitation dans les activités de la vie quotidienne dans près de 45% des cas, que les scores évaluant la qualité de vie pendant les menstruations ont des valeurs moyennes indiquant une altération de la qualité de vie de ces patientes. Ces patientes présentent par ailleurs un taux d'absentéisme de 22% et un taux d'hospitalisation de 48%. D'un autre côté nous n'avons pas pu démontrer qu'il existe une corrélation entre les critères de qualité de vie sus cités et l'abondance, la durée des menstruations et les dysménorrhées. Cette absence de significativité s'explique par :

Le petit effectif de notre échantillon d'étude, le centre d'hémophilie draine toute les patientes du nord du pays et bon nombre d'entre elles consultent souvent le gynécologue de leur région, d'autres n'étant pas mariées ne se voient même pas consulter un gynécologue, d'autant que la centralisation (Nord, Centre et Sud) des patientes est un phénomène nouveau auquel les patientes n'adhèrent pas forcément.

Par ailleurs le questionnaire ayant un caractère subjectif, la fiabilité s'en trouve altérée notamment en matière d'abondance du flux menstruel.

L'évaluation des pertes sanguines au cours des menstruations s'est basée dans notre questionnaire sur l'appréciation des patientes alors qu'il était prévu de coupler cette évaluation subjective à un Système de Notation Graphique tel que décrit par Higham et al (Pictorial Blood Assessment Chart : PBAC) afin de minimiser la part de subjectivité. Le score de Higham est une méthode semi quantitative d'évaluation des pertes sanguines menstruelles basée sur le nombre et la saturation des serviettes ou tampons hygiéniques utilisés pendant les menstruations. Un score > 100 permet d'identifier les ménorragies avec une précision raisonnable (sensibilité de 86% et spécificité de 89%) et de leur proposer un traitement adéquat (2). La plupart des patientes n'ont pas rendu leurs scores, nous avons dû nous contenter de leurs appréciations personnelles quant à l'abondance du flux menstruel.

Plus de 50% des patientes étaient sous traitement (pilule œstroprogestative ou progestatifs) pendant l'étude, ce qui a probablement amélioré leur qualité de vie.

Pour des raisons de compréhension et d'accessibilité du questionnaire nous avons dû simplifier les questions notamment celles des 3 scores employés, ce qui peut biaiser les résultats.

La plupart des études sont menées en comparatif face à une population contrôle non malade qui sert de référence.

Selon une étude de Kadir et al (3), les ménorragies sont un problème majeur et fréquent chez les patientes porteuses d'un TCH, notamment celles porteuses d'une maladie de Von

Willebrand. Selon cette même étude, les menstruations dureraient au moins 5 jours chez 83% de ces patientes et au moins 8 jours chez 25% d'entre elles, 47% de ces patientes consultent soit leur médecin de famille ou leur gynécologue, 36% d'entre elles prennent un traitement médical et 27% ont nécessité une prise en charge chirurgicale dont 10 hystérectomies. Par conséquent, il n'est pas surprenant que les menstruations puissent avoir une influence majeure sur la qualité de vie de ces patientes.

Selon Lukes et al, Kouides et al et Kadir et al (3-6), 39 à 56% des femmes atteintes d'un TCH rapportent une perte de temps au travail ou à l'école à causes de l'abondance de leurs menstruations. Ces mêmes équipes rapportent que près de 25% des femmes porteuses d'une maladie de Von Willebrand ont subi un curetage biopsique et hémostatique de l'endomètre dans le cadre de la prise en charge de ces ménorragies.

Il a été également rapporté une incidence élevée d'anémie chez les femmes porteuses d'un TCH notamment la maladie de Von Willebrand allant de 28 à 66% (5, 6). Cette anémie par déficit en fer a été impliquée dans l'altération des capacités cognitives chez patientes (7).

Selon une étude menée en Suède (8) à propos de 2200 femmes saines et concernant leurs périodes menstruelles, 28% d'entre elles considèrent que leur flux menstruel est prolongé, contre 66% dans l'étude de Kadir et al (3) et 54,8% dans notre étude. Toujours selon l'étude de Kadir et al (3), 30% des femmes sont obligée de modifier leurs activités sociales pendant leurs périodes menstruelles et que près de 30% d'entre elles planifient ces activités en fonction de leurs périodes menstruelles. Des menstruations prolongées et abondantes ont également des implications financières. Il a été estimé, selon l'étude Suédoise (8) que les pertes menstruelles excessives pouvaient engendrer jusqu'à 300000 jours d'absentéisme par an chez toutes les femmes en période d'activité génitale.

Les patientes porteuses d'un TCH présentent des menstruations

abondantes généralement dès leurs ménarches et vu le caractère génétique de la maladie, il en est souvent de mêmes pour leurs mères ou sœurs aînées. Par conséquent ces femmes ont tendance à considérer leur flux menstruel comme étant normal et ne cherchent pas à consulter ou avoir un traitement sauf en cas d'altération sévère de l'état général. La pilule œstroprogestative combinée constitue actuellement le traitement le plus utilisé chez ces patientes. L'acide tranexamique réduit également de façon significative les pertes sanguines menstruelles associées à des TCH (9). La desmopresine administrée par voie nasale (sous forme de spray) permet une élévation des taux de facteur VIII et du facteur de Von Willebrand permettant ainsi une amélioration des ménorragies chez ces patientes notamment en cas de déficit modéré (10).

CONCLUSION

Toutes les études menées chez des patientes porteuses d'un trouble héréditaire de l'hémostase confirment l'altération de la qualité de vie chez ces patientes notamment en périodes menstruelles du fait des pertes sanguines excessives (ménorragies). Ces ménorragies sont accessibles le plus souvent à un traitement à condition d'en faire le diagnostic. Il est par conséquent recommandé chez ces patientes de réaliser une évaluation objective des pertes sanguines menstruelles et ce, par le biais d'un Système de Notation Graphique tel que celui décrit en 1990 par Higham & al, afin de différencier les patientes nécessitant une prise en charge médico-chirurgicale (score > 100) et celles qui doivent être rassurée. Mais avant tout, il est indispensable qu'il y ait une prise de conscience de la part des fournisseurs de soins (médecins de famille, gynécologues, hématologues) de la fréquence élevée des ménorragies chez ces patientes, des possibilités thérapeutiques mais surtout de la nécessité de traiter ces patientes afin d'améliorer leur quotidien.

Références

1. Morcel K, Guerrier D, Watrin T, Pellerin I, Levêque J. Le syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) : clinique et génétique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008; 1016: 88-90.
2. Azoury RS, Jones Jr HW. Cytogenetic findings in patients with congenital absence of the vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1966;94:178-80.
3. Sarto GE. Cytogenetics of fifty patients with primary amenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1974;119:14-23.
4. Folch M, Pigem I, Konje JC. Mullerian agenesis: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55:644-49.
5. Griffin JE, Edwards C, Madden JD, Harrod MJ, Wilson JD. Congenital absence of the vagina. The Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Ann Intern Med* 1976;85:224-236.
6. Carson SA, Simpson JL, Malinak LR, et al. Heritable aspects of uterine anomalies. Genetic analysis of Mullerian aplasia. *Fertil Steril* 1983;40: 86-90.
7. Klingele CJ, Gebhart JB, Croak AJ, DiMarco CS, Lesnick TG, Lee RA. McIndoe procedure for vaginal agenesis: long-term outcome and effect on quality of life. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1569-72.
8. Hojsgaard A, Villadsen I. McIndoe procedure for congenital vaginal agenesis: complications and results. *Br J Plast Surg* 1995;48:97-102.
9. Senoz O, Kocer U, Percin AK. Treatment of vaginal agenesis with modified Abbe-McIndoe technique. *Eur J Plast Surg* 1995;18: 285-7.
10. Borruto F, Chasen ST, Chervenak FA, Fedele L. The Vechiatti procedure for surgical treatment of vaginal agenesis: comparison of laparoscopy and laparotomy. *Int J Gynecol Obstet* 1999;64:153-8.

11. Fedele L, Frontino G, Restelli E, et al. Creation of a neovagina by Davydov's laparoscopic modified technique in patients with Rokitansky syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:33.e1-6.
12. Giannesi A, Marchiole P, Benchaib M, Chevret-Measson M, Mathevet P, Dargent D. Sexuality after laparoscopic Davydov in patients affected by congenital complete vaginal agenesis associated with uterine agenesis or hypoplasia. *Hum Reprod* 2005;20:2954-7.
13. Soong YK, Chang FH, Lee CL, Lai YM. Vaginal agenesis treated by laparoscopically assisted neovaginoplasty. *Gynecol Endosc* 1994;3:217-20.
14. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Raffaelli R. Laparoscopic creation of neovagina in patients with Rokitansky syndrome: analysis of 52 cases. *Fertil Steril* 2000;74:384-9.
15. Fedele L. Creation of a neovagina in Rokitansky patients with a pelvic kidney: comparison of long-term results of the modified Vecchietti and McIndoe techniques. *Fertility and Sterility* 2009; 20: 87-90.
16. F. Borruto, F.S. Camoglio, N. Zampieri, L. Fedele, The laparoscopic Vecchietti technique for vaginal agenesis . *International Federation of Gynecology and Obstetrics* 2007 ; 900-2.
17. Alessandrescu D, Peltecu GC, Buhimschi CS, Buhimschi IA. Neocolpopoiesis with split-thickness skin graft as a surgical treatment of vaginal agenesis: retrospective review of 201 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:131-8.
18. Hojsgaard A, Villadsen I. McIndoe procedure for congenital vaginal agenesis: complications and results. *Br J Plast Surg* 1995;48:97-102.
19. Adamyan LV. Laparoscopic management of vaginal aplasia with or without functional noncommunicating rudimentary uterus. In: Arrequi F, Kathouda, Mckerman, Reich, editors. *Principles of laparoscopic surgery*. New York: Springer-Verlag 1995; 646-51.
20. Soong Y-K, Chang F-H, Lai Y-M, Lee C-L, Chou H-H. Results of modified laparoscopically assisted neovaginoplasty in 18 patients with congenital absence of vagina. *Hum Reprod* 1996;11:200-3.
21. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191-208.
22. Communal PH, Chevret-Measson M, Golfier F, Raudrant D. Sexuality after sigmoid colpopoiesis in patients with Mayer-Rokitansky-Kuster- Hauser Syndrome. *Fertil Steril* 2003;80:600-6.
23. Brun JL, Belleannee G, Grafeille N, Aslan AF, Brun GH. Long-term results after neovagina creation in Mayer-Rokitanski-Kuster-Hauser syndrome by Vecchietti's operation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;103:168-72.