

SOMMAIRE

Gynécologie de la petite fille

La gynécologie infantile1

L'examen gynécologique de la petite fille1

Rôle des examens complémentaires2

Situations pathologiques2

La puberté et ses variantes6

Le développement des caractères sexuels secondaires6

Les variantes de la puberté physiologique7

La puberté précoce8

Directeur de la publication :

D^r Véronique Desvignes

Rédacteur en chef :

D^r Liliane Cret

Composition et Impression :

Vassel Graphique

Bd des Droits de l'Homme

BP 58 – 69672 Bron cedex

www.vasselgraphique.com

Édité par

l'Association française

de pédiatrie ambulatoire - AFPA

Gynécologie de la petite fille

Le thème de la gynécologie de la petite fille est abordé dans ce cahier. Il s'agit d'un premier volet consacré à ce sujet. Il sera suivi d'un second cahier de gynécologie de l'adolescente.

La gynécologie infantile

L'examen gynécologique de la petite fille

Conditions de réalisation

Comme toute consultation, il est primordial de débiter par un interrogatoire détaillé et un examen général (sans omettre le stade pubertaire) avant d'envisager l'examen gynécologique de la jeune patiente.

Dans un premier temps, il convient de prévenir et rassurer, aussi bien l'enfant que ses parents ; la présence de ces derniers pendant l'examen gynécologique doit être proposée à l'enfant et son souhait respecté. Dans la grande majorité des cas, l'inspection simple, sans spéculum, est amplement suffisante ; on pourra parfois avoir recours au Meopa, beaucoup plus rarement à l'anesthésie générale afin de réaliser une vaginoscopie (notamment si suspicion de polype cervical ou extraction de corps étranger au-dessus du 1/3 inférieur du vagin).

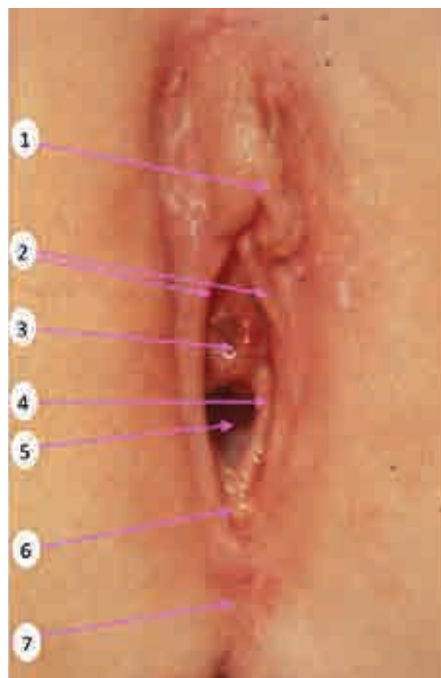
L'enfant doit être positionnée en décubitus dorsal, les jambes « en grenouille » (jambes fléchies et écartées, les talons vers les fesses) ; on exerce alors une traction douce des grandes lèvres vers soi et le bas. Cette position permet de visualiser, d'autant que la patiente est détendue et en confiance : le clitoris, le méat urétral, l'hymen, le tiers inférieur du vagin, évaluer l'imprégnation œstrogénique ; également d'authentifier des leucorrhées ou un saignement.

Auréli Lacoste,
Endocrinologue pédiatre,
Bordeaux
Association française des pédiatres endocrinologues libéraux
www.afpel.fr
dr.aurelielacoste@free.fr

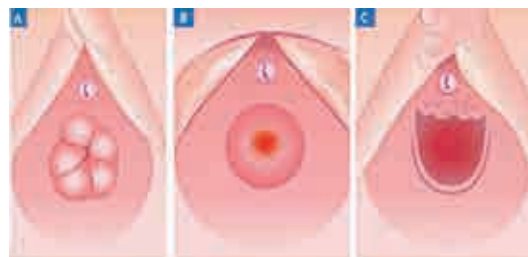
Il ne faut pas oublier de faire tousser la patiente en fin d'examen, afin de ne pas méconnaître un écoulement non visible spontanément, un corps étranger, une tumeur vaginale éventuelle, qui pourraient se dévoiler lors d'une augmentation de pression pelvienne.

Pièges et variations anatomiques

L'hymen des petites filles présente une grande **variabilité morphologique** : il peut être festonné, annulaire, semi-lunaire, micro-perforé.



Vulve normale prépubère
1- Clitoris ; 2- Petites lèvres ; 3- Urètre ; 4- Hymen ; 5- Vagin ; 6- Fourchette ; 7- Périnée.



Variations anatomiques de l'hymen (d'après C. Pienkowski) .
A : festonné. B : annulaire. C : hymen semi-lunaire.

Il peut également présenter une bride ou frange hyménéale, souvent visible chez le nouveau-né et le plus souvent régressif au cours de la croissance.

La **coalescence des petites lèvres** est également une situation à connaître. La découverte peut être fortuite, rarement lors de fuites post-mictionnelles, infections urinaires ou vulvites ; les petites filles sont

parfois amenées par les parents en consultation pour une suspicion d'absence de vagin. Dans les antécédents, on retrouve le plus souvent la « crise génitale » néo-natale (leucorrhées physiologiques), à l'interrogatoire le jet urinaire est décrit en éventail et à l'inspection la vulve paraît « plate », avec une zone d'adhérence le long du bord interne des petites lèvres représentée par une fine membrane translucide plus ou moins étendue vers le clitoris. Il s'agit d'une affection bénigne, retrouvée chez 1-5 % des petites filles entre 1 et 6 ans (protection par œstrogènes de la mini-puberté) avec un pic de survenue entre 2 et 4 ans. L'abstention thérapeutique est la règle si elle est asymptomatique (le plus souvent) ; il faut absolument éviter le débridement manuel (qui favorise la récurrence), certains conseillent l'utilisation d'une crème émolliente (vaseline) ; le recours à une crème œstrogénique doit être retenu uniquement pour lever l'obstacle (à un sondage/cystographie rétrograde par exemple). L'évolution est spontanément favorable avec les œstrogènes pubertaires.



Coalescence des petites lèvres

Ces différentes variations anatomiques sont sans conséquence fonctionnelle, à la différence de l'*imperforation hyménale* ; cette dernière va se traduire par un hydrocolpos en période néonatale, puis une aménorrhée et des douleurs cycliques chez la jeune fille pubère, liées à constitution d'un hémocolpos.



Hydrocolpos

Rôle des examens complémentaires

L'observation clinique occupe un rôle central dans l'examen gynécologique de la petite fille, elle est le plus souvent suffisante. Il faudra donc toujours se questionner sur l'intérêt d'examens complémentaires.

Les prélèvements bactériologiques vulvaires ou vaginaux

Le geste de prélèvement, bien que non douloureux, est intrusif ; par ailleurs, la rentabilité en est faible : ils permettront d'objectiver des germes de la flore périnéale d'origine digestive, cutanée ou ORL. Leur seul intérêt : en cas de suspicion de sévices sexuels, la présence de leucocytes évoquera une infection sexuellement transmissible

Échographie pelvienne

Elle sera utile en cas de suspicion de malformation des organes génitaux internes, de masse pelvienne ou vaginale.

Vaginoscopie

En cas de saignement génital répété, observé par le médecin, sans cause identifiée, elle permettra d'objectiver un corps étranger, une tumeur cervico-vaginale (bénigne telle que polype cervicale ou maligne), ou l'absence de cause sous-jacente (saignement idiopathique, situation la plus fréquente).

Situations pathologiques

Leucorrhées

Le plus souvent, les fillettes sont amenées pour leucorrhées intermittentes isolées, mais parfois associées à un prurit, des brûlures, une dysurie ; plusieurs traitements locaux ont souvent été appliqués, sans efficacité. A l'inspection, le vestibule est inflammatoire et quelques mucosités sont visibles au niveau de l'hymen.

Vulvo-vaginite de la petite fille

▷ *Le diagnostic est clinique +++*

Le traitement repose sur l'hygiène et les conseils devront être détaillés lors de la consultation.

- Position lors de la miction : jambes écartées, dos droit, orienter le jet urinaire vers l'avant (afin d'éviter les mictions vaginales en position penchée en avant).
- Essuyage de l'avant vers l'arrière.
- Toilette 1 à 2 fois par jour, au savon doux, bien rincer et sécher +++ la macération étant l'un des principaux facteurs favorisants.

- Déconseiller l'utilisation de lingettes et de gants (ou à usage unique).
- Prescrire éventuellement une crème réparatrice ou apaisante sur une courte durée, lorsque les signes inflammatoires sont présents.
- Ne pas oublier de traiter les facteurs aggravants : constipation et oxyure.
- **Mais avant tout : ne pas prescrire de traitement antibiotique ni antimycosique local ni général (C. Albicans ne se développe que sur muqueuse œstrogénisée, riche en glycogène, donc jamais chez la petite fille pré-pubère).**

▷ Les facteurs favorisant la vulvo-vaginite de la petite fille sont nombreux.

- Physiologiques, du fait de faibles défenses locales liées à l'absence d'oestrogénisation, le pH alcalin, l'absence de bacille de Döderlein
- Anatomiques, devant l'absence de pilosité, les petites lèvres fines et courtes, l'hymen parfois large (favorisant les mictions vaginales, d'autant que la position mictionnelle est inadaptée), proximité avec l'anus et les germes digestifs.
- Erreurs de mesures d'hygiène (essuyage souvent partiel chez la petite fille qui devient autonome, et réalisé de l'arrière vers l'avant, utilisation de lingettes/gants, bains moussants parfumés etc.)
- La constipation, le surpoids, les vêtements serrés. Les vulvites sont fréquentes, les vaginites rares : elles vont se traduire par des leucorrhées résistant aux règles d'hygiène bien appliquées. Le prélèvement bactériologique sera alors de rigueur et selon le résultat un traitement antibiotique général pourra être prescrit. Il conviendra de rechercher et traiter une oxyurose, une atteinte ORL ou cutanée (Streptocoque A, pouvant être objectivé par un test de diagnostic rapide-TDR). Si la vaginite récidive malgré un traitement adapté, ou si un germe vénérien est isolé sur les prélèvements, il faudra suspecter des sévices sexuels.

Diagnostic différentiel : le corps étranger intra-vaginal
Il faut absolument l'évoquer en cas de leucorrhées malodorantes cédant sous traitement antibiotique mais récidivant à l'arrêt de ce-dernier ; du sang peut être associé.

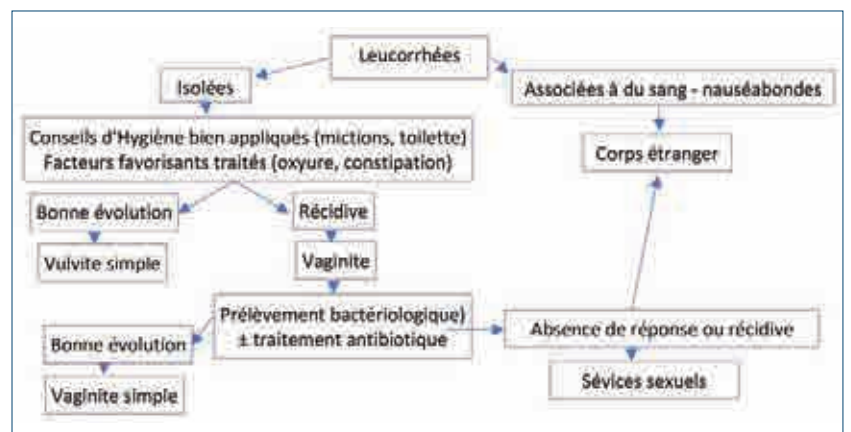
Le corps étranger sera visualisable à l'inspection simple s'il se situe au niveau du tiers inférieur du vagin, et pourra même être extrait à la pince. S'il n'est pas visible, le toucher rectal peut être discuté. L'ASP et l'échographie pelvienne permettront d'objectiver la grande majorité des corps étrangers plus haut situés, qui devront alors être extraits sous vaginoscopie sous AG.



Corps étranger.

Cas particulier : vulvite et anite streptococcique

Elle se présente cliniquement avec un érythème intense à contours nets, accompagné d'une douleur intense. Le diagnostic peut être confirmé par TDR. Le traitement repose sur l'antibiothérapie orale par Amoxicilline + Acide clavulanique – 80 mg/kg/j pendant 10 jours.



Arbre décisionnel des leucorrhées de la petite fille impubère.

Prurit vulvaire

Vulvites et vulvo-vaginites

Oxyures !

Eczéma. Un traitement par dermocorticoïdes faiblement dosé sera efficace.

Lichen scléreux vulvaire. Il s'agit d'une pathologie rare, retrouvée habituellement chez la fillette entre 3 et 7 ans. Le diagnostic est clinique, le prurit intense est au premier plan. À l'inspection, on note un aspect poli et blanc nacré de la muqueuse péri-vulvaire et péri-anale « en 8 » ; des lésions de grattage (hémorragies sous-épithéliales) sont souvent associées. Le traitement repose sur des dermocorticoïdes forts (ex Clobétasol) et sur une longue durée (minimum 3 mois). La surveillance doit être régulière et prolongée ; il existe en effet un risque de récurrence, d'atrophie, de sclérose ; 2/3 des cas guérissent à la puberté mais il existe un faible risque de dégénérescence en mélanome, qui justifie une surveillance à l'âge adulte.



Lichen scléro-atrophique.

Source : dermis.net

Diagnostic différentiel du prurit : mouvements masturbatoires

Entre la naissance et trois ans, la masturbation est relativement fréquente chez les deux sexes et le tiers des enfants de 3 à 8 ans la pratiquent. En ce qui concerne les enfants de 6 à 12 ans, la masturbation serait pratiquée par la moitié des garçons et par le tiers des filles. Ces mouvements alertent souvent les parents, il faut les rassurer que le caractère physiologique et leur expliquer comment un donner un cadre intime à ces gestes.

Douleurs vulvaires

Ulcère de Lipschutz

Il s'agit d'une ulcération aiguë, hyperalgique, survenant le plus souvent chez la fille entre 8-12 ans (pré-pubère ou début de puberté). L'étiologie est méconnue, une origine virale ou post-virale est suspectée (EBV). L'évolution est spontanément favorable en une quinzaine de jours, mais peut nécessiter un traitement antalgique de palier 2.

Diagnostiques différentiels pouvant se traduire par des lésions aphtoïdes vulvaires

Maladie de Crohn, maladie de Behçet, aphtose idiopathique.



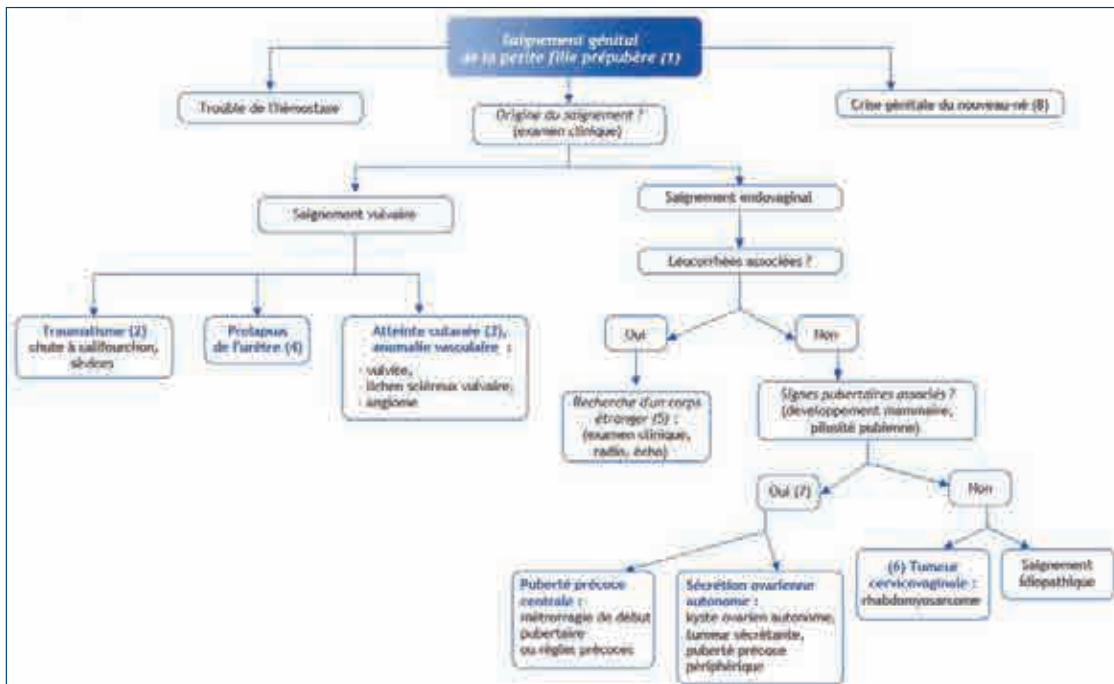
Ulcère de Lipschutz.

Hémorragies génitales

Il s'agit d'un motif fréquent de consultation. Cependant, dans un nombre non négligeable de cas, il s'agit d'un saignement d'origine extra-génitale, qu'il conviendra donc d'éliminer dans un premier temps : saignement d'origine anale en cas de constipation avec fissure, urinaire en cas d'infection (cystite ou pyélo-néphrite aiguë).

L'interrogatoire et l'examen clinique seront souvent informatifs : traumatisme vulvaire (chute à califourchon) ou hyménéal (séances sexuelles), atteinte cutanée vulvaire (vulvite, lichen scléreux, hémangiome ulcéré), prolapsus urétral, leucorrhées associées (penser en premier lieu au corps étranger intra-vaginal) ; s'il existe des signes pubertaires, il faudra évoquer des métrorragies pubertaires (puberté précoce centrale ou périphérique), avant la puberté, penser à la tumeur cervico-vaginale.

La place des examens complémentaires reste modérée : échographie pelvienne à la recherche de signes d'imprégnation œstrogénique utérins, kyste ou tumeur ovarienne ou surrénalienne en cas de signes cliniques de puberté ; l'échographie peut également permettre d'objectiver une tumeur vaginale. La vaginoscopie sera à discuter en cas de récurrence des saignements (tumeur cervico-vaginale bénigne ou maligne ?).



D'après C. Pienkowski.

Le prolapsus urétral. Pathologie bénigne, plus fréquente chez fillette d'origine africaine, il se traduit par un saignement constaté en avant de la culotte, isolé (sans signe fonctionnel urinaire).



Prolapsus urétral.

Le diagnostic est aisé à l'inspection : tuméfaction framboisée centrée par le méat urétral, correspondant à une éversion de la muqueuse. Il est favorisé par une toux chronique, la constipation. L'évolution est fréquemment favorable après traitement des facteurs favorisants (toux, constipation) ; la cure chirurgicale ne sera proposée qu'en cas de récurrence.

En pratique, les hémorragies génitales sont le plus souvent isolées et sans étiologie retrouvée. Il faut absolument faire reconsulter la patiente en phase active de saignement si le premier examen clinique est non contributif et les examens complémentaires normaux.

Bibliographie

- C. Pienkowski – Pathologie gynécologique de la fille pré-pubère – Réalités pédiatriques – n° 186 – Mai 2014
- Thibaud E. - Examen clinique gynécologique de l'enfant et de l'adolescente – Ann Dermatol Vénérolog 2004;131 : 873-875.
- Chakhtoura Z. Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente – Elsevier Masson 2011 ; 4-107-D-20.
- Thibaud E. – Plaidoyer pour l'enfant : le traitement de la coalescence des petites lèvres est inutile – Arch Pediatr, 2003 ; 10 : 425-426
- Imai A, Horibe S, Tamaya T – Genital bleeding in premenarcheal children – BJOG, 1995 ; 49 : 41-45.

La puberté et ses variantes

Monique Jesuran-Perelroizen,
Endocrinologue-pédiatre
Toulouse
Association française des
pédiatres endocrinologues
libéraux
www.afpel.fr
m.perelroizen@orange.fr

Le développement des caractères sexuels secondaires

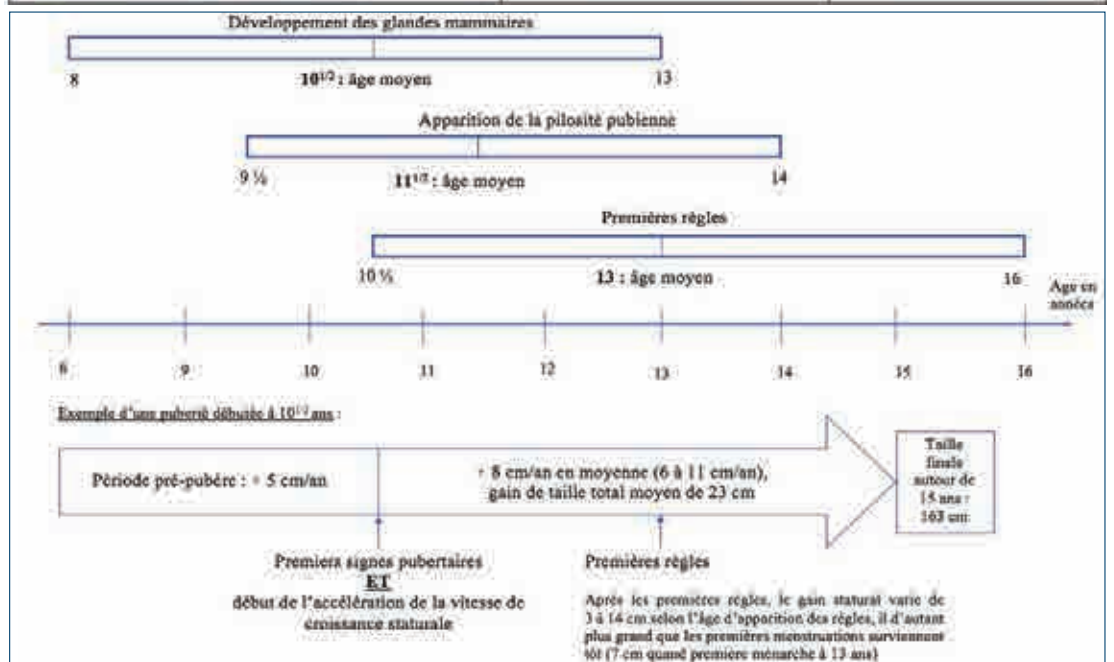
Le développement des caractères sexuels secondaires, définissant la puberté, se déroule en 5 ans environ. Malgré les variations de l'âge de démarrage pubertaire d'un enfant à l'autre, la séquence d'apparition des caractères sexuels secondaires est en règle générale respectée.

Chez la fille

C'est le développement des glandes mammaires qui marque le démarrage pubertaire. Il peut se faire de

façon asymétrique avec un décalage de 3 à 12 mois entre les deux seins, il devient complet en 3 à 4 ans. La pilosité pubienne démarre le plus souvent quelques mois après le développement des seins. Elle peut être synchrone ou le précéder dans 1/3 des cas. Les premières règles (ménarche) apparaissent en moyenne 2 ans après l'apparition des signes pubertaires. Au début anovulatoires, les cycles menstruels deviennent ovulatoires 18 à 24 mois après les premières règles. L'intervalle entre le développement mammaire et les premières règles varie de façon inverse : plus le développement mammaire débute tôt plus le délai d'apparition des premières règles

Stades pubertaires selon Tanner	Développement mammaire	Pilosité pubienne
I 	S1 Absence de développement mammaire	P1 Absence de pilosité
II 	S2 Petit bourgeon mammaire	P2 Quelques poils longs sur le pubis
III 	S3 Saillie bien visible	P3 Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse
IV 	S4 Développement maximum du sein, saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande	P4 Pilosité pubienne fournie
V 	S5 Aspect adulte, disparition de la saillie de l'aréole	P5 La pilosité remonte à la racine de la cuisse



Tempo pubertaire chez la fille.

est long. En moyenne, la taille finale et le développement complet des caractères sexuels secondaires, en particulier la forme et le volume mammaire, sont atteints 2 ans après la ménarche.

Dans les deux sexes, le suivi de la puberté est essentiellement clinique grâce à la **classification de Tanner**, établie en 1969. Elle décrit l'aspect des seins chez la fille (S), le volume testiculaire chez le garçon (G) et la pilosité pubienne chez les deux sexes (P) selon cinq stades. Le stade 1 correspond à un état pré pubère, le stade 5 au développement complet adulte et le stade 2 au démarrage pubertaire.

L'accélération de la vitesse de croissance représente un véritable caractère sexuel secondaire. La croissance pubertaire représente approximativement 15 à 20 % de la taille adulte et précède la fusion définitive des cartilages de conjugaison. Chez la fille, l'accélération de la croissance est synchrone du démarrage pubertaire. La croissance pubertaire totale moyenne des filles est de 23 cm. La taille finale est atteinte autour de 15 ans (2 ans après la ménarche avec un gain moyen de 8 cm sur cette période) et se situe en France à 164 cm en moyenne.

Maturation squelettique

L'accélération de la vitesse de croissance s'accompagne d'une maturation du cartilage de croissance qui va progressivement disparaître permettant une soudure osseuse épiphyso-métaphysaire marquant la fin de la croissance staturale. L'âge osseux permet de définir le niveau de maturation du squelette. Il correspond pour un individu à l'âge réel de la majorité des individus de son sexe qui ont la même maturation squelettique. La méthode la plus utilisée et de référence est celle de **Greulich et Pyle** via une radiographie de la main et du poignet gauche de face (par convention), sur un seul cliché. L'apparition de l'os sésamoïde est tout particulièrement recherchée car elle est en général le reflet de l'installation pubertaire : elle correspond à un âge osseux de 11 ans chez la fille et 13 ans chez le garçon.

Les variantes de la puberté physiologique

Trois situations cliniques consistent en l'apparition isolée d'un caractère sexuel secondaire. Ces situations sont bénignes mais le problème consiste à bien les différencier d'une puberté précoce à son début.

La prématurité thélarche

Elle correspond à un développement isolé de la poitrine avant l'âge de 8 ans, sans enclenchement pubertaire. Le développement mammaire est isolé, parfois unilatéral sans développement des autres caractères

sexuels secondaires. L'échographie pelvienne montre un utérus et des ovaires d'aspect impubère. Les examens biologiques ne sont pas systématiquement pratiqués si le tableau est typique (pas d'accélération de la vitesse de croissance pas de pilosité pubienne) et si l'échographie pelvienne est infantile. En cas de doute, les dosages se révèlent normaux, avec un taux d'œstradiol indosable et un test au LHRH impubère où domine la sécrétion de FSH. Aucun traitement n'est nécessaire. Le développement mammaire disparaît le plus souvent, d'autant plus que ce développement est moindre. Il peut aussi persister avec le temps. Une surveillance de l'enfant est indispensable car une puberté précoce peut succéder au symptôme initial.

Cas particulier du nourrisson

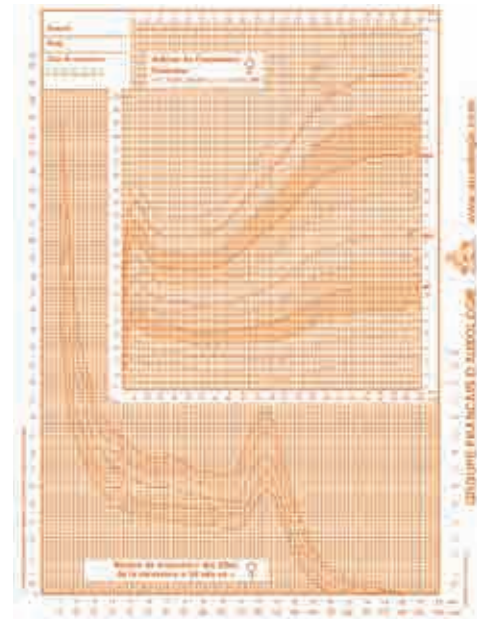
On observe une gynécomastie chez beaucoup de petites filles de 6 mois à 2 ans en moyenne : développement mammaire, isolé, uni ou bilatéral. On note souvent à la naissance un épisode de métrorragies ou de développement mammaire transitoire ou non.

La prématurité pubarche ou adrénarche précoce

C'est la survenue d'une pilosité pubienne aux alentours de 6-7 ans, parfois plus tôt. Elle concerne les deux sexes, tout en étant trois fois plus fréquente chez la fille. Il existe parfois une avance staturale. On observe plus fréquemment des prématurités pubarches chez les enfants obèses et les RCIU. L'âge osseux est normal ou montre parfois une légère avance. Les dosages hormonaux, indiqués systématiquement, si moins de 6 ans ou si accélération de la vitesse de croissance et/ou avance nette de l'âge osseux, sont normaux (sauf discrète élévation de la SDHA, témoin de la maturation de la surrénale) éliminant une enzymopathie surrénalienne ou une tumeur sécrétante des surrénales ou des gonades.

La prématurité ménarche

Elle se définit comme un saignement d'origine utérine, simulant des petites règles, sans aucun autre signe de développement pubertaire. Les corps étrangers et les vulvo-vaginites représentent près de 2/3 des étiologies, alors que les hémorragies génitales isolées dues à une hyper-œstrogénie ne représentent qu'une cause sur dix. Ces ménarches isolées peuvent être cycliques (2 à 4 cycles) et précéder de quelques mois le démarrage de la puberté.



Courbes de vitesse de croissance et de corpulence.

La puberté précoce

Définition

En France, la puberté est dite précoce lorsqu'elle débute avant l'âge de 8 ans chez la fille et de 9 ans chez le garçon. Bilan paraclinique en cas de suspicion de puberté précoce.

Confirmation diagnostique

La radiographie de la main et du poignet gauche de face retrouve un âge osseux en avance sur l'âge chronologique. L'échographie pelvienne par voie abdominale chez la fille montre des signes d'imprégnation œstrogénique utérine et de stimulation ovarienne : hauteur utérine > 35 mm ; forme en poire avec un renflement fundique ; ligne de vacuité utérine présente ; volume ovarien > 2 cm³. Elle permet aussi d'écarter une puberté précoce d'origine périphérique (kyste ou tumeur sécrétante).

Orientation vers une origine centrale ou périphérique

Le dosage des gonadotrophines, LH et FSH, à un taux basal et après stimulation par le test au LHRH (gold standard) associé au dosage des stéroïdes sexuels, testostérone (garçon) et œstradiol (fille) permet d'orienter le diagnostic vers une puberté précoce centrale ou périphérique.

Le test au LHRH est l'examen le plus informatif.

– *En cas de puberté précoce centrale*, l'injection de LHRH entraîne une stimulation de l'axe hypothalamo hypophysaire reflété par un pic de LH supérieur à 5 mUI/ml et supérieur à celui de FSH (rapport LH/FSH > 0,6).

– *En cas de puberté précoce périphérique*, l'axe hypothalamo-hypophysaire n'étant pas activé, l'injection de LHRH n'entraînera aucune stimulation et les taux de LH et FSH seront indétectables. Bilan étiologique : en cas de puberté précoce centrale l'IRM hypothalamo-hypophysaire permet de distinguer une forme idiopathique d'une forme secondaire. En cas de puberté précoce périphérique, les explorations radiologiques sont guidées par l'origine de la production des stéroïdes sexuels : ovaires, testicules, surrénales.

Étiologies

Puberté précoce centrale

– Idiopathique. La puberté précoce centrale idiopathique est la forme la plus fréquente de puberté précoce. Elle survient dix fois plus souvent chez la fille que chez le garçon avec une incidence en 2017 en France de

2,68/10 000 filles et 0,24/10 000 garçons. L'exposition aux Perturbateurs Endocriniens Environnementaux (PEE) est une des causes suspectées.

– Secondaire. La puberté précoce centrale est due à un processus tumoral ou malformatif dans moins de 5 % des cas chez la fille et dans environ 50 % des cas chez le garçon.

Puberté précoce périphérique

– Sécrétion hormonale d'origine gonadique. Chez la fille, syndrome de Mc Cune-Albright, tumeurs sécrétantes.

– En cas de sécrétion hormonale d'origine surrénalienne (dans les deux sexes), hyperplasie congénitale des surrénales de forme tardive, dite non classique, tumeur de la surrénale (cortico-surrénalome).

Adoption

Presque exclusivement observée chez la fille, la puberté précoce centrale survient surtout en cas d'adoption tardive, entre 4 et 8 ans, quel que soit le pays d'origine. Elle se caractérise par son évolution explosive et un délai variable de survenue après l'arrivée dans le pays d'adoption, souvent durant l'année qui suit.

Conséquences

Pronostic de taille adulte menacé

La plus redoutée des conséquences est la petite taille adulte définitive. Elle est secondaire à une accélération précoce de la vitesse de croissance et de la maturation osseuse aboutissant à la soudure prématurée des cartilages de conjugaison. On observe une avance staturale durant l'enfance suivie d'une petite taille à l'âge adulte. Chez la fille, la perte staturale en cas de puberté précoce centrale non traitée est de 12 à 15 cm si la puberté est survenue avant l'âge de 6 ans, après 6 ans elle est de 6 à 7 cm. Chez le garçon elle peut atteindre 20 cm.

Retentissement psychologique et comportemental

À la fois chez la fille et le garçon, le retentissement psychologique et comportemental est notable. Il peut s'exprimer par : des troubles dépressifs, un comportement agressif ou transgressif, des troubles du comportement alimentaire de type boulimique, une sexualité précoce, des abus de substances (alcool, cannabis), une symptomatologie fonctionnelle fréquente. Les filles sont aussi plus exposées au harcèlement et aux agressions sexuelles du fait de la sexualisation de leur corps.

Bibliographie

- [1] La puberté. Revue Le Pédiatre n° 295 Année 2019-6/ novembre-décembre Bimestriel/Tome LIII (2): 1-7.
- [2] Le retard pubertaire. Le Pédiatre n°301 Année 2020-6/ novembre-décembre Bimestriel/Tome LIII
- [3] Mazzarino J, Puel O, Jesuran Perelroizen M. Update on pubertal development in France. PROSPER - Observational study. Preliminary feasibility study. Arch Pédiatrie. 2019; 26: 10814.
- [4] Prader A. Testicular size: assessment and clinical importance. Triangle 1966; 7: 240-243.
- [5] Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. juin 1969; 44(235): 291-303.
- [6] Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. Arch Dis Child. 1970; 45(239): 13-23.