

Item 35/43 - Hémorragie génitale, ménométrorragies

Diagnostiquer une hémorragie génitale chez la femme. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.

A. Généralités

Définition A	<p>Les troubles du cycle sont des perturbations de la régularité menstruelle. Ils sont souvent dus à une anomalie de l'ovulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> × Fonctionnement ovarien anormal × Dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire <p>– Menstruations normales : Durée = entre 3-6 J, volume des pertes sanguines < 80mL</p> <p>– Ménorragies : Menstruations trop abondantes en volume (> 80mL) ou en durée</p> <p>– Métrorragies : Saignements génitaux en dehors des périodes de menstruation</p> <p>– Ménométrorragies : Association de ménorragies et de métrorragies</p> <p>– Spanioménorrhée : Allongement de la durée séparant les règles</p>	<p>Attention : TOUT LES TROUBLES DU CYCLE ne doivent pas être systématiquement traités car souvent bénins +++ ⚠</p>
--	---	--

B. Bilan de 1^{ère} intention devant une hémorragie génitale

En urgence A	<p>= Évaluation de la tolérance du saignement :</p>																							
	<p>1) signes d'anémie mal tolérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tachycardie – Pâleur cutanéomuqueuse et des conjonctives – Dyspnée – Asthénie, vertiges 	<p>2) Signes de choc :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hypotension, malaise – Sueurs – Extrémités froides – Marbrures 																						
Interrogatoire A	<p>– Métrorragies : Spontanées ? Provoquées ?</p> <p>– Quantifier le saignement :</p> <ul style="list-style-type: none"> × Méthode subjective : nombre de garnitures, caillots, vêtements tachés par le saignement × Méthode OBJECTIVE : Score de Higham = Si suspicion de ménorragies <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 30%;"></th> <th rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">Évaluer de J1 à J8</th> <th style="width: 30%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Faible imprégnation</td> <td style="text-align: center;">1 point/tampon ou protection</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Résultats</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Imprégnation modérée</td> <td style="text-align: center;">5 points/tampon ou protection</td> <td></td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Score Higham > 100 = MENORRAGIES</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Imprégnation importante</td> <td style="text-align: center;">20 points/tampon ou protection</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Petit caillot</td> <td style="text-align: center;">1 point</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Grand caillot</td> <td style="text-align: center;">5 points</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>– Notion de pathologie utérine connue</p> <p>– ATCD de ménométrorragies provoquées (post-coïtales)</p> <p>– Antécédents personnels ou familiaux de troubles de l'hémostase : maladie de Willebrand</p> <p>– Prise de médicaments (anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, type de contraception)</p>					Évaluer de J1 à J8		Faible imprégnation	1 point/tampon ou protection		Résultats	Imprégnation modérée	5 points/tampon ou protection		Score Higham > 100 = MENORRAGIES	Imprégnation importante	20 points/tampon ou protection		Petit caillot	1 point		Grand caillot	5 points	
		Évaluer de J1 à J8																						
Faible imprégnation	1 point/tampon ou protection			Résultats																				
Imprégnation modérée	5 points/tampon ou protection		Score Higham > 100 = MENORRAGIES																					
Imprégnation importante	20 points/tampon ou protection																							
Petit caillot	1 point																							
Grand caillot	5 points																							
Diagnostic clinique A B	<p>– Palpation abdomino-pelvienne</p> <p>– Examen gynécologique complet : rechercher une pathologie cervicale</p> <p>– Examen sous spéculum : quantification, origine du saignement (endo-utérin, col, vagin)</p> <p>– TV : Volume utérin, déformations (fibromes), masse annexielle</p> <p>– Frottis cervico-utérin (A ne pas faire) B : faussé par la présence de sang</p> <p>– Biopsie du col utérin B : peut être réalisée en consultation en cas de col manifestement pathologique</p>																							
Bilan biologique A	<p>– Évaluation de la spoliation sanguine : HemoCue®, NFS (taux d'hémoglobine)</p> <p>– β-hCG plasmatiques ou urinaires : systématiques chez toute patiente en âge de procréer</p> <p>– Bilan martial : ferritinémie + CRP (syndrome inflammatoire peut masquer une hypoferritinémie)</p> <p>– Bilan d'hémostase (TP, TCA) si antécédents personnels ou familiaux d'hémorragies</p> <p>– Si transfusion nécessaire : Groupe sanguin, rhésus (2 déterminations), RAI, bilan pré-transfusionnel</p> <p>– Dosage du facteur de Willebrand : maladie de Willebrand (d'indication large chez l'adolescente)</p>																							
Bilan radiologique A	<p>– Echographie pelvienne par voie abdominale (sus-pubienne) et endovaginale = 1^{ère} intention :</p> <ul style="list-style-type: none"> × Recherche : myomes, adénomyose, polype utérin, kyste/tumeur de l'ovaire, malformation artérioveineuse × Évaluation : Taille, structure, épaisseur de l'endomètre <p>– IRM pelvienne = 2^{ème} intention en cas de suspicion de cancer de l'endomètre (extension locorégionale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> × Cartographier un utérus polymyomateux, fibromateux × Caractériser un kyste ovarien indéterminé ou suspect à l'échographie × Évaluer la cavité utérine lorsque celle-ci est inaccessible en hystérocopie <p>– Hystérosalpingographie = inutile</p>																							
Hystérocopie diagnostique A	<p>– SYSTEMATIQUE devant des ménométrorragies chez la ♀ > 45 ans ⚠</p> <p>– Indications : Devant anomalie à l'échographie ou en cas d'échec de traitement médicamenteux avec échographie normale</p> <p>– A réaliser préférentiellement en 1^{ère} partie de cycle et après s'être assuré de l'absence de grossesse</p> <p>– Se fait en consultation avec un hystérocopie rigide de faible calibre</p> <p>– Sérum physiologique utilisée pour la distension de la cavité utérine et permettre une meilleure visualisation</p> <p>– Objectifs : visualiser la cavité utérine = aspect de l'endomètre, présence d'un polype ou d'un myome, biopsies</p>																							
Biopsie d'endomètre B	<p>– Indications : SYSTEMATIQUE CHEZ TOUTE PATIENTE > 45 ANS ou en cas de facteur de risque de cancer de l'endomètre</p> <p>– Prélèvement :</p> <ul style="list-style-type: none"> × Effectué à la pipelle de Cornier®, après éventuelle hystérocopie diagnostique. × Biopsies dirigées lors d'une hystérocopie diagnostique (grâce à une pince à travers un canal opérateur). <p>– Objectifs : diagnostiquer un cancer de l'endomètre ou une hyperplasie glandulaire atypique</p> <p>– Attention : Car souvent faite à l'aveugle, même si normale ne peut éliminer avec certitude un cancer de l'endomètre</p>																							

C. Principales étiologies de ménorrhagies

TOUTE METRORRAGIE EST UNE GROSSESSE JUSQU' A PREUVE DU CONTRAIRE

PALM COEIN A	<ul style="list-style-type: none"> - Polype - Adénomyose - Léiomyome (sous muqueuse ou autre) - Malignité et hyperplasie 	<ul style="list-style-type: none"> - Coagulopathie - Ovulatoire (dysfonction) - Endométriale (cause) - Iatrogénie - Non autrement précisée
---------------------	--	---

CAUSES ORGANIQUES

Utérus et annexes A	<ul style="list-style-type: none"> - Adénomyose = « Endométriose interne » → Multipare en péri-ménopause - Myomes/fibromes utérins (principalement les sous-muqueux ou interstitiels) → avant la ménopause - Polype endométrial - Hyperplasie endométriale (hyperœstrogénie vrai ou relative = péri-ménopause) atypique ou sans atypie - Cancer de l'endomètre (métorrhagies post-ménopausiques > 45 ans = cancer de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire) - Infection génitale haute (endométrite, salpingite → IST) ou basse (vulvo-vaginite, cervicite) - Tumeurs sécrétantes de l'ovaire (stromale ou germinale) → métorrhagies - Malformations artérioveineuses - Endométriose = Cause rare +++ (métorrhagies causées par des nodules endométriosiques sous-muqueux ou muqueux) - Cancer de la trompe → rarissime, préférentiellement chez la femme ménopausée - Sarcome utérin → pathologie exceptionnelle et de très mauvais pronostic
Causes cervicales A	<ul style="list-style-type: none"> - Ectropion - Cancer du col de l'utérus - Cervicite - Lésions traumatiques cervicales (plaie, polype accouché par le col)
Causes vaginales A	<ul style="list-style-type: none"> - Infection génitale basse : vulvo-vaginite, vaginite sénile - Cancer de la vulve et du vagin - Corps étranger vaginal - Lésions traumatique vulvo-vaginale (plaie de l'hymen)

CAUSES GESTATIONNELLES

T1 A	T2 A	T3 A
<ul style="list-style-type: none"> - GIU évolutives : décollement trophoblastique - GIU arrêtée - GEU (hCG quantitatifs + écho pelvienne) - Grossesse de localisation indéterminée - Fausse couche spontanée - Lyse d'un jumeau - Môle hydatiforme 	<ul style="list-style-type: none"> - Hématome placentaire - Décollement marginal - Placenta bas inséré - Causes indéterminées 	<ul style="list-style-type: none"> - Hématome rétroplacentaire (HRP) - Hématome décidual marginal - Placenta prævia (PP) - Hémorragie de Benkiser - Rupture utérine (rare en dehors du travail) - Cause cervicale
Autres A	<ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie de la délivrance (PP immédiat) - Causes non spécifiques à la grossesse 	

AUTRES CAUSES

Coagulopathie A	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie de Willebrand (Plus fréquente des anomalies constitutionnelles de l'hémostase) = 13% des ménorrhagies - Thrombopathies, thrombopénies - Hémopathie maligne
Causes iatrogènes A	<ul style="list-style-type: none"> - Contraception par DIU en cuivre, DIU au lévonorgestrel - Contraception par pilule oestro-progestative ou par progestatif - TAMOXIFENE = anti-œstrogène - Anticoagulant, anti-agrégant plaquettaire → Métorrhagies par lésion organique sous-jacente - Traitement hormonal substitutif de la ménopause mal équilibré
Maladies systémiques A	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothyroïdie - LES aigu - Insuffisance rénale chronique - Insuffisance hépato-cellulaire → ↓ facteurs de coagulation - SOPK avec hyperandrogénie et carence en œstrogène
Causes fonctionnelles A	<ul style="list-style-type: none"> = Diagnostics d'élimination : - Métorrhagies intermenstruelles au 14^e jour du cycle (ovulation) = METRORRAGIES D'OVULATION - Métorrhagies prémenstruelles par insuffisance lutéale - Métorrhagies post-menstruelles par insuffisance œstrogénique en début de cycle - Métorrhagies post-ménopausiques par atrophie endométriale due à la carence en œstrogène

D. Prise en charge thérapeutique

Traitements généraux B	Quel que soit l'étiologie : – Antifibrinolytique : acide tranexamique (Exacyl®) – Traitement martial <i>per os</i> ou IV – Transfusion si besoin	
Traitement étiologique B	Polype	– Résection par hystérocopie opératoire – Endométrectomie associée en cas d'absence de désir de grossesse
	Adénomyose	– ADENOMYOSE = Présence ectopique d'endomètre au sein du myomètre – 1^{ère} intention : DIU au lévonorgestrel – En cas d'échec : Endométrectomie ou hystérectomie (si refus et en l'absence de désir de γ)
	Myome	– Traitement médical : × Progestatifs ou DIU au lévonorgestrel ou acétate d'ulipristal ou agonistes de la GnRH × Indications Myomes interstitiels et sous-séreux de type 3, 4, 5, 6 et 7 de la FIGO – Résection hystérocopique : myomes sous-muqueux de type 0, 1 ou 2 de la FIGO, Taille < 3-4 cm – En cas d'échec : myomectomie par laparoscopie ou laparotomie si traitement conservateur. – S'il n'y a plus de désir de grossesse : hystérectomie inter-annexielle avec salpingectomie bilatérale. – Possibilité de traitement par embolisation utérine (non recommandée en cas de désir de grossesse).
	Coagulopathie ou sous anticoagulants	– Prise en charge multidisciplinaire – En cas de traitement anticoagulant : INR en urgence et correction si surdosage – Rechercher une pathologie utérine organique comme chez les patientes sans traitement anticoagulant. – Desmopressine : patientes atteintes de la maladie de Willebrand de type 1
Traitement étiologique C	Hyperplasie glandulaire Sans atypie	– 1^{ère} intention : Progestatifs <i>per os</i> ou DIU au lévonorgestrel – En cas d'échec et Ø d'un désir de grossesse : Chirurgie conservatrice à type d'endométrectomie
	Hyperplasie glandulaire atypique	– 1^{ère} intention : Progestatifs, agonistes de la GnRH ou DIU au lévonorgestrel ↳ Contrôle hystérocopique et biopsie d'endomètre à 6 mois ⚠ – En Ø conception ou à 6 mois du post-partum : hystérectomie totale (Sinon risque ADK de l'endomètre) – Si Ø désir γ : hystérectomie totale ± annexectomie bilatérale (Sinon risque ADK de l'endomètre) 🌈
	Malformation artérioveineuse	– Embolisation radiologique : non délétère sur la fonction ovarienne et préserve la fertilité
	Ménométrorragies provoquées	– Rechercher une pathologie du col utérin : cancer du col +++, ectropion – Si masse cervicale à l'examen sous spéculum : colposcopie + biopsies
	Ménométrorragies idiopathiques	– 1^{ère} intention : Progestatifs et œstroprogestatifs PO ou DIU au lévonorgestrel – En cas de contre-indication aux traitements hormonaux ou de désir de grossesse : acide tranexamique – En l'absence de désir de grossesse : endométrectomie ou hystérectomie en cas d'échec des autres

E. Syndrome prémenstruel

Définition A	– Le syndrome prémenstruel (SPM) représente la gêne fonctionnelle la plus fréquemment signalée par les femmes (30 à 40 %). – C'est un ensemble de manifestations bénignes cycliques pouvant intéresser de nombreux appareils – Apparaît dans les jours qui précèdent les règles pour disparaître au début ou au cours des menstruations – Ces signes peuvent parfois être présents plus longtemps au cours du cycle (1 ^{ère} phase de la péri-ménopause par exemple)
Physiopathologie B	= mal connue : – Une hyperœstrogénie relative (et parfois même absolue) serait l'élément fondateur du syndrome prémenstruel – Une hyperperméabilité capillaire favoriserait la constitution d'un œdème tissulaire interstitiel au niveau des seins, du cerveau et des viscères abdomino-pelviens. – Des perturbations de la transmission sérotoninergique peuvent survenir et participer aux troubles neuropsychologiques – Les SPM sont plus fréquents au cours de l'adolescence (lors des premiers cycles) et de la 1 ^{ère} phase de la périménopause
Clinique B	3 principaux signes : – Mammaires : mastodynies isolées avec des seins réellement douloureux et tendus – Abdomino-pelviens : ballonnement abdominal, trouble du transit, parfois prise de poids transitoire de 3 à 4 kg maximum – Neuropsychologiques : irritabilité, anxiété et syndrome dépressif d'intensité modérée, céphalées NB : il existe une forme psychiatrique de SPM appelée « trouble ou syndrome dysphorique prémenstruel » Il correspond à la survenue de signes voire de syndromes psychiatriques cycliques invalidants Dans cette forme, les signes psychiatriques peuvent être isolés ou associés aux signes mammaires et abdominopelviens
Traitement B	En 1^{ère} intention : – Mesures hygiénodiététiques avec réduction des excitants (caféine, nicotine, alcool) – Macroprogestatifs à forte dose proposés 2 à 3 jours avant les règles pour atténuer l'hyperœstrogénie relative – Acétate de chlormadinone , acétate de nomégestrol, promégestone : Pilule oestroprogestative utilisées comme traitement – Mastodynies isolées cycliques : application locale (directement sur les seins) de progestérone sous forme de gel En 2^e intention : – Diurétiques (spironolactone) peuvent être utilisés en cas de signes œdémateux prédominants – ISRS efficaces sur les symptômes prémenstruels neuropsychologiques : proposés dans le trouble dysphorique prémenstruel