INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

RÉANIMATION - URGENCES GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Anomalies du cycle menstruel : métrorragie. Hémorragie génitale chez la femme

I-2-26 - II-243

Dr Jacky NIZARD
Chef de Clinique

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Anomalies du cycle menstruel : métrorragie. Hémorragie génitale chez la femme

Objectifs :

– Diagnostiquer une aménorrhée, une ménorragie, une métrorragie.
– Reconnaître et traiter un syndrome prémenstruel.
– Diagnostiquer une hémorragie génitale chez la femme.
– Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

- Ces deux questions du nouveau programme sont si proches que nous les traitons en même temps.

DÉFINITION

- Hémorragie génitale : tout saignement extériorisé par la vulve ne correspond pas nécessairement à des règles normales.
- Elle impose un bilan étiologique qui s'efforcera de rechercher une grossesse ou un cancer en priorité.
- Les orientations diagnostiques peuvent être abordées différemment en fonction des périodes de la vie génitale. Nous envisagerons les hémorragies génitales chez la fillette, en période pubertaire, en période d'activité génitale, puis enfin en péri-ménopause/postménopause.
- Pour chacune de ces périodes, nous étudierons l'étage vulvaire, vaginal, cervical, utérin, et annexiel.
- Définition de règles normales : la durée moyenne d'un cycle est de 28 à 30 jours. Les cycles doivent être réguliers, avec une variation tolérée de quelques jours. La durée moyenne des règles est de 3 à 7 jours. Leur abondance est difficile à chiffrer, évaluée à 35 ml en moyenne. Les règles sont faites de sang rouge, incoagulable (pas de caillots).
- Métrorragies : saignement entre les règles.
- Ménorragies : saignement accompagnant les règles normales = règles plus abondantes et plus longues. Ce sont des « hémorragies menstruelles » :
  – polyménorrhées : règles plus fréquentes ;
  – hyperménorrhées : règles plus abondantes sans être plus longues
- Spanioménorrhées : cycles supérieurs à 45 jours.
- Dysménorrhées : douleurs pelviennes au moment des règles.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

HÉMORRAGIE GÉNITALE CHEZ L'ENFANT

- La démarche n'est pas toujours facile, mais l'interrogatoire et l'examen clinique doivent rester complets :
  - examen des organes génitaux externes, avec une appréciation de l'évolution pubertaire ;
  - possible mise en place d'un spéculum de vierge pour rechercher l'origine du saignement ;
  - toucher rectal prudent et uniquement si nécessaire pour apprécier le volume, la consistance de l'utérus et une éventuelle masse annexielle ;
  - l'examen, s'il ne retrouve pas de cause évidente, peut être complété par une échographie par voie abdominale ;
  - il faut penser dans certains cas aux abus sexuels.

1. Au niveau vulvaire

- Vulvites et vulvovaginites à germes banals : il faut éliminer une infection sur corps étranger.
- Lésions vulvaires : elles peuvent être traumatiques ou provenir d'une lésion organique. Il faut alors rechercher un polype muqueux, une tumeur vasculaire…

2. Au niveau vaginal

- Vaginites : à germes banals. Il faut également éliminer un corps étranger.
- Lésions vaginales : elles peuvent être traumatiques ou organiques. Les lésions organiques sont le plus souvent des kystes.

3. Au niveau cervical

- Principalement, les lésions organiques telles que les polypes.

4. Au niveau utérin

- En dehors de la période prépubertaire, les principales causes à envisager sont les troubles endocriniens et l'absorption d'estrogènes, qu'elle soit volontaire ou non.
- Ces hémorragies génitales peuvent être la conséquence d'une puberté précoce, d'une tumeur hypophysaire…

5. Au niveau annexiel

- Principalement les tumeurs annexielles, surtout si ce sont des tumeurs endocriniennes sécrétantes.

HÉMORRAGIE GÉNITALE À LA PUBERTÉ

1. Généralités

- Toutes les causes citées au chapitre précédent sont possibles. Nous nous attarderons sur les causes plus spécifiques à la période pubertaire.
- Les causes ici sont principalement utérines, en rapport avec une immaturité hypothalamique.
- Ce sont des causes fonctionnelles, sans lésion sous-jacente. Les cycles peuvent être anovulatoires, ou plus souvent dysovulatoires.
- L'interrogatoire est important, il recherche :
  - la date des premières règles (ménarches) ;
  - la durée et la régularité des cycles ;
  - l'existence d'un terrain hémorragique ;
  - la notion de rapports sexuels et de contraception.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- L'écueil est de passer à côté d'une grossesse, qu'elle soit évolutive ou non, intra-utérine ou ectopique.
- Le bilan comportera au moindre doute un dosage de β-hCG plasmatiques.
- En dehors de la grossesse, les causes utérines d'hémorragie génitale sont les suivantes :

2. Insuffisance lutéale majeure

- C'est l'insuffisance d'imprégnation en progestérone de l'endomètre en deuxième partie de cycle. Elle est responsable d'un mauvais développement de l'endomètre en deuxième partie de cycle, l'endomètre desquamant de façon anarchique. Le traitement repose sur la prescription de progestatif en deuxième partie de cycle (du 16e au 25e jour).

3. Atrophie endométriale

- Par absence totale de sécrétion hormonale.
- Le bilan complémentaire doit rester simple et débuter par une courbe ménothermique, puis une échographie et des dosages hormonaux (FSH, LH, prolactine…). La courbe ménothermique recherche une courbe biphasique, témoignant d'une ovulation, et la qualité de la deuxième phase, témoignant de la bonne sécrétion de progestérone.

HÉMORRAGIE GÉNITALE À LA PÉRIODE D'ACTIVITÉ GÉNITALE

- Le plus important est d'attribuer ces saignements à une cause, gravidique ou non. Les métrorragies liées à la grossesse sont traitées dans les questions métrorragies du premier trimestre et métrorragies du troisième trimestre.

1. Métrorragies de début de grossesse

a) Grossesse intra-utérine évolutive

– Les saignements sont fréquents, sans qu'il y ait obligatoirement un décollement trophoblastique (hématome).
– L'échographie ou l'évolution des β-hCG en fonction du terme confirmeront l'évolutivité de la grossesse.

b) Grossesse intra-utérine arrêtée

– Qu'il y ait un embryon ou non (œuf clair) à l'échographie, que l'œuf ne soit pas ou que partiellement en voie d'expulsion, toutes ces circonstances peuvent être responsables de saignements.
– Il faut que le diagnostic soit précis pour que le traitement soit adéquat.

c) Grossesse extra-utérine

– Développement d'un œuf en dehors de la cavité endométriale. Elle est redoutable, car elle peut engager le pronostic vital de la patiente.
– Le diagnostic repose sur la clinique, la biologie et l'échographie.
– Le traitement est le plus souvent cœlioscopique.

d) Môle hydatiforme

– C'est un développement anormal du trophoblaste.
– Les métrorragies sont associées à des images échographies évocatrices et à un taux anormalement élevé de β-hCG.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Hémorragies génitales d'origine organique en dehors de la grossesse

a) Causes vulvovaginales

– Traumatiques :
  * lésions de l'hymen postcoïtales ;
  * lésions vaginales postcoïtales ;
  * ces lésions peuvent être très hémorragiques.
– Ulcérations vulvaires.
– Lésions de vulvovaginite aiguë, avec une muqueuse fragile qui saigne facilement.

b) Causes cervicales

– Cancer invasif du col *(QS)* :
  * il doit être évoqué de principe, que les métrorragies soient caractéristiques ou non ;
  * une grosse ulcération, un bourgeon irrégulier ou un gros col anormal au spéculum sont évocateurs.
  * la biopsie, orientée ou non par un examen colposcopique, confirmera le diagnostic.
– Lésion traumatique : touchant le plus souvent la lèvre postérieure du col.
– Ectropion : un ectropion qui saigne est le plus souvent un ectropion infecté (cervicite).
– Endométriose cervicale :
  * le diagnostic est le plus souvent clinique, avec à l'examen au spéculum des nodules sous-muqueux hémorragiques dont le volume et l'aspect évoluent avec le cycle.
  * ces lésions sont le plus souvent à respecter ou peuvent être traitées chirurgicalement.
– Polype de l'endocol accouché par le col : c'est le plus souvent un petit polype muqueux, les polypes fibreux étant plus fréquemment d'origine endo-utérine. Un bilan hystéroscopique est facilement demandé.

c) Causes endo-utérines

– Infections :
  * l'endométrite est responsable de saignements génitaux, qu'il y ait ou non un facteur associé tel qu'un dispositif intra-utérin ;
  * elle peut survenir dans la période du post-partum ou du post-abortum ;
  * elle associe un gros utérus douloureux à des leucorrhées louches, voire purulentes, et des métrorragies. Elle est accompagnée de signes généraux et biologiques d'infection ;
  * les germes en causes dans l'endométrite sont les germes banaux, le *Chlamydia* dans le cadre d'une salpingite ou une mycobactérie dans le cadre d'une tuberculose génitale.
– Fibromes (ou myomes) utérins :
  * tumeurs bénignes du myomètre ; ils sont classiquement associés à des ménorragies ou des ménométrorragies ;
  * ce n'est pas le fibrome qui saigne, en dehors des fibromes sous-muqueux, mais l'hyperplasie endométriale associée.
– Polypes :
  * les saignements peuvent provenir du polype ou d'une hyperplasie endométriale associée ;
  * le diagnostic repose soit sur l'imagerie (hystérosalpingographie ou échographie), soit sur l'hystéroscopie ;
  * la résection se fait soit lors d'un curetage, soit lors de l'hystéroscopie ;
  * une étude histologique du polype est systématique.
– Cancer de l'endomètre :
  * la fréquence augmente avec l'âge ;
  * c'est le plus souvent un adénocarcinome associé à un terrain particulier (obésité, HTA, diabète, déséquilibre hormonal…) ;
  * il est souvent responsables de saignements *(QS)*.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– Endométriose :
  * appelée adénomyose quand elle se situe à l'intérieur du myomètre ;
  * cliniquement, l'utérus dur et fibreux et les ménorragies sont associées à des dysménorrhées.
– Dispositif intra-utérin :
  * les dispositifs intra-utérins au cuivre entraînent des métrorragies, mais surtout des ménorragies. Ils peuvent être responsables d'une anémie chronique par carence martiale consécutive aux saignements. Il n'est pas forcement déplacé mais entraîne des désordres métaboliques au niveau endométrial expliquant le saignement ;
  * les stérilets contenant un progestatif ont tendance à donner des métrorragies anarchiques dans les premiers mois de faible abondance *(spottings)*, puis à diminuer le volume des règles… jusqu'à l'aménorrhée pour certaines patientes.

d) Causes annexielles

– Salpingites :
  * elles peuvent être responsables de métrorragies, quel que soit le germe en cause ;
  * le bilan sera infectieux, échographique et le plus souvent complété par une cœlioscopie ;
  * ne pas oublier les salpingites d'origine tuberculeuse.
– Endométriose externe :
  * elle est responsable de ménorragies, de dysménorrhées, de dyspareunies et de stérilité ;
  * le diagnostic est posé à l'hystérosalpingographie et surtout lors de la cœlioscopie qui retrouve des nodules bleutés (muqueuse de type endométrial) au niveau des annexes, du cul-de-sac de Douglas.
– Tumeurs de la trompe : rares ; elles peuvent être responsables de saignements.
– Tumeurs ovariennes : elles peuvent donner des saignements du fait de métastases utérines ou de sécrétions hormonales.

3. Hémorragies génitales fonctionnelles

- Les hémorragies fonctionnelles sont des saignements sans lésion sous-jacente d'origine utérine.
- Ce sont des hémorragies très fréquentes, surtout aux âges extrêmes de la vie génitale. Elles sont la conséquence d'une mauvaise régulation hormonale de l'endomètre, celui-ci ne se comportant plus normalement.
- Ce déséquilibre hormonal, entre les estrogènes et la progestérone, peut survenir spontanément ou être iatrogène.
- Le diagnostic d'hémorragie utérine fonctionnelle doit rester un diagnostic d'élimination, d'autant plus que le cancer de l'endomètre doit être éliminé à partir de la périménopause. L'interrogatoire et l'examen clinique doivent passer en revue toutes les autres causes d'hémorragie utérine. Ils seront complétés par une courbe ménothermique (y a-t-il une ovulation et, si oui, quand ?) et de dosages hormonaux (LH, FSH, prolactine, voire progestérone et estradiol). Enfin, dans le doute, on peut s'aider d'une biopsie de l'endomètre pour apprécier son imprégnation hormonale et sa synchronisation avec le cycle.

a) Hémorragies fonctionnelles isolées

– En milieu de cycle :
  * ce sont des hémorragies contemporaines de l'ovulation par chute brutale des estrogènes lors de la rupture du follicule. Elles sont traitées par une estrogénothérapie du 10e au 15e jour du cycle ;
  * une autre cause est la rupture hémorragique folliculaire qui entraîne des douleurs pelviennes parfois latéralisées, habituellement fortes, pouvant aller jusqu'au malaise. L'hémorragie est classiquement de sang foncé à noir de faible abondance. L'image échographique d'un follicule hétérogène et d'un épanchement abdominal d'échostructure

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

sanguine est très évocatrice. Elle peut nécessiter dans ses formes les plus intenses une intervention cœlioscopique pour rétablir l'hémostase et évacuer l'épanchement abdominal.

– Hémorragies prémenstruelles : liées à un corps jaune insuffisant, qui ne sécrète pas assez longtemps de la progestérone. Elles peuvent être associées à un syndrome prémenstruel. Le traitement repose sur la prescription de progestatifs en deuxième partie de cycle.
– Hémorragies anarchiques : elles sont liées à une chute du taux d'estradiol lors de cycles anovulatoires. Elles sont traitées, s'il y a désir de grossesse, par une induction de l'ovulation. En dehors d'un désir de grossesse, le cycle peut être régularisé par des estroprogestatifs.

b) Hémorragies fonctionnelles iatrogènes

– Elles sont liées à la prescription d'une minipilule (trop peu d'estrogènes), d'une micropilule (dysovulation et légère atrophie de l'endomètre), d'un stérilet ou d'anticoagulants.
– Il faut toutefois éliminer une cause organique avant de porter le diagnostic d'hémorragies fonctionnelles.

c) Hémorragies fonctionnelles en rapport avec une anomalie constitutionnelle de l'hémostase

– Elle doit être systématiquement recherchée en cas d'épisodes répétés ou habituels. Elle est en effet sous-diagnostiquée.

HÉMORRAGIES GÉNITALES À LA MÉNOPAUSE

- Le souci est de ne pas passer à côté d'un cancer.
- La ménopause comprend :
  – la préménopause : cycles irréguliers avec spanioménorrhée, dysovulatoires, accompagnés d'hémorragies le plus souvent fonctionnelles ;
  – la postménopause où toute métrorragie doit être considérée comme organiques. La postménopause est une période qui débute un an après les dernières règles.

1. Hémorragies d'origine organique

a) Causes vulvaires

– Cancer de la vulve et autres causes déjà citées.

b) Causes vaginales

– Vaginite sénile par atrophie consécutive à une carence en estrogènes.
– Tumeur du vagin, qu'elle soit primitive ou secondaire.

c) Causes cervicales

– Cancer du col : à ne pas méconnaître après la ménopause.
– Ulcérations traumatiques et cervicites : dans le cadre de prolapsus ou d'infection sur un terrain atrophique.
– Polypes cervicaux : ils justifient une exploration complète du fait de l'existence de polypes sentinelles de cancer de l'endomètre.

d) Causes utérines

– Cancer de l'endomètre :
  * il justifie à lui seul toutes les explorations ;
  * c'est un adénocarcinome ;
  * le terrain est la femme obèse, hypertendue et diabétique ;

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

* le diagnostic est confirmé histologiquement sur biopsies orientées par une hystérosalpingographie ou lors d'une hystéroscopie.

– Sarcome utérin : rare, il est de pronostic plus défavorable que l'adénocarcinome.
– Polype muqueux de l'endomètre :
* son traitement est chirurgical, lors d'un curetage ou d'une hystéroscopie ;
* il sera toujours adressé en histologie pour confirmation de sa bénignité.
– Fibrome utérin : sans grande particularité.

e) Causes annexielles

– Tumeurs de la trompe : rares et de diagnostic difficile.
– Tumeurs de l'ovaire : elles peuvent entraîner des métrorragies, qu'elles soient endocriniennes, sécrétantes ou non.

2. Hémorragies fonctionnelles

a) Hyperplasie de l'endomètre

– Expliquée par la persistance de sécrétion d'estrogène et l'absence de progestérone : c'est le tableau d'hyperestrogénie relative.
– Le diagnostic et le bilan seront faits par l'échographie, l'hystéroscopie et/ou l'hystérosalpingographie.
– Le traitement repose sur les progestatifs.

b) Atrophie endométriale

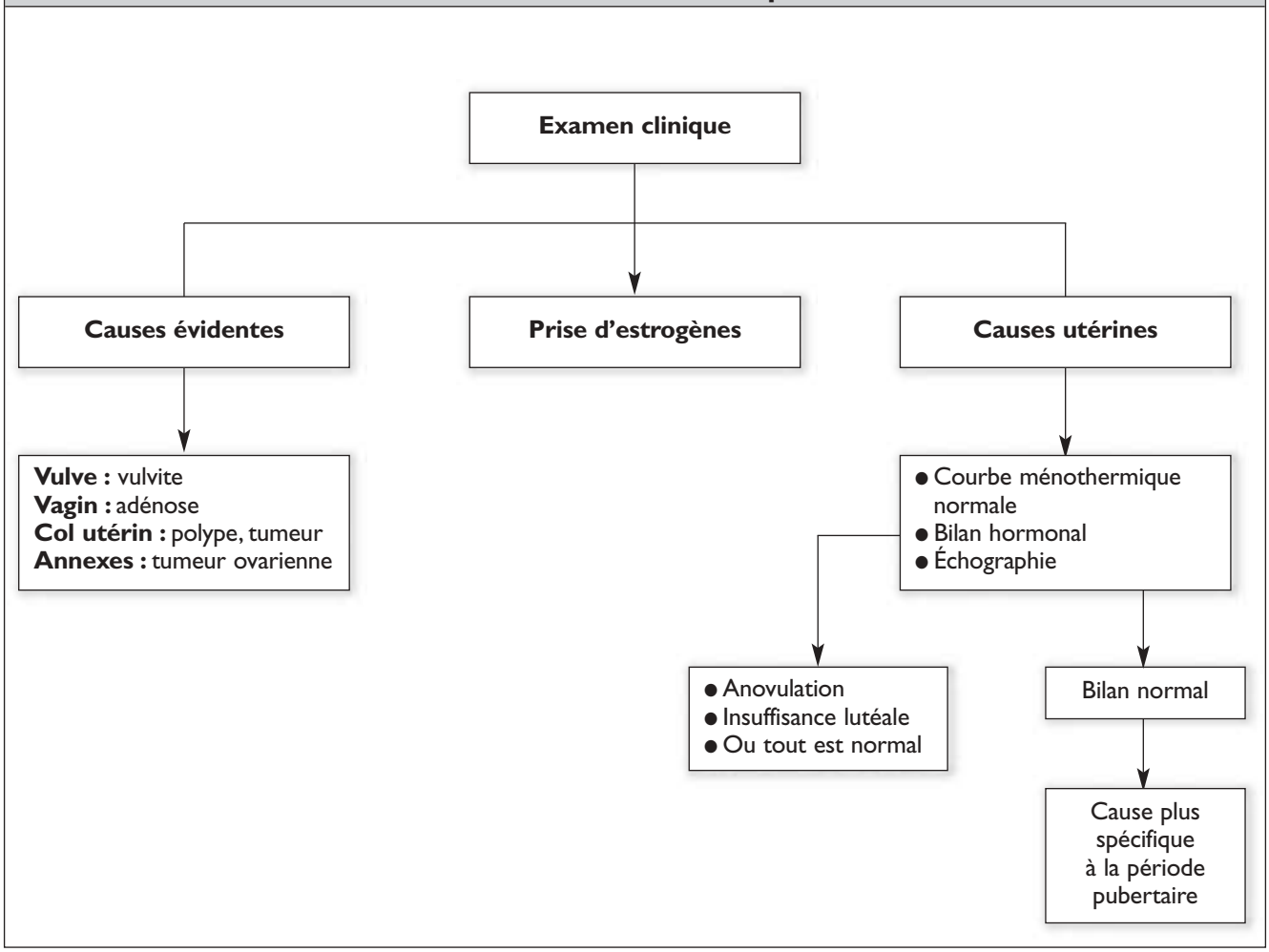
– Souvent plus tardives par rapport aux saignements sur hyperplasie, les métrorragies sont de plus faible abondance et plus fréquentes.
– Le bilan sera le même, toujours pour éliminer un cancer de l'endomètre.
– Son traitement repose sur l'estrogénothérapie substitutive ou sur l'endométrectomie.

3. Hémorragies iatrogènes

• Elles sont liées à un traitement hormonal (substitutif ou non) ou à des anticoagulants.
• On s'efforcera d'éliminer ici encore un cancer de l'endomètre. ■

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Démarche diagnostique devant des hémorragies génitales avant et au moment de la puberté



© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Démarche diagnostique devant des hémorragies génitales durant la période d'activité génitale

Causes organiques

Grossesse en cours

- **Grossesse intra-utérine évolutive**
- **Grossesse intra-utérine non évolutive**
- **Môle hydatiforme**
- **Grossesse extra-utérine**

Bêta-hCG négatives

- **Vulvovaginale :** traumatique, ulcération, inflammatoires, infectieuses
- **Cervicale :** cancer, lésion traumatique, endométriose, polype
- **Endo-utérine :** cancer, infection, fibrome, polype, endométriose, stérilet
- **Annexielle :** cancer de la trompe ou de l'ovaire, salpingite

Causes fonctionnelles

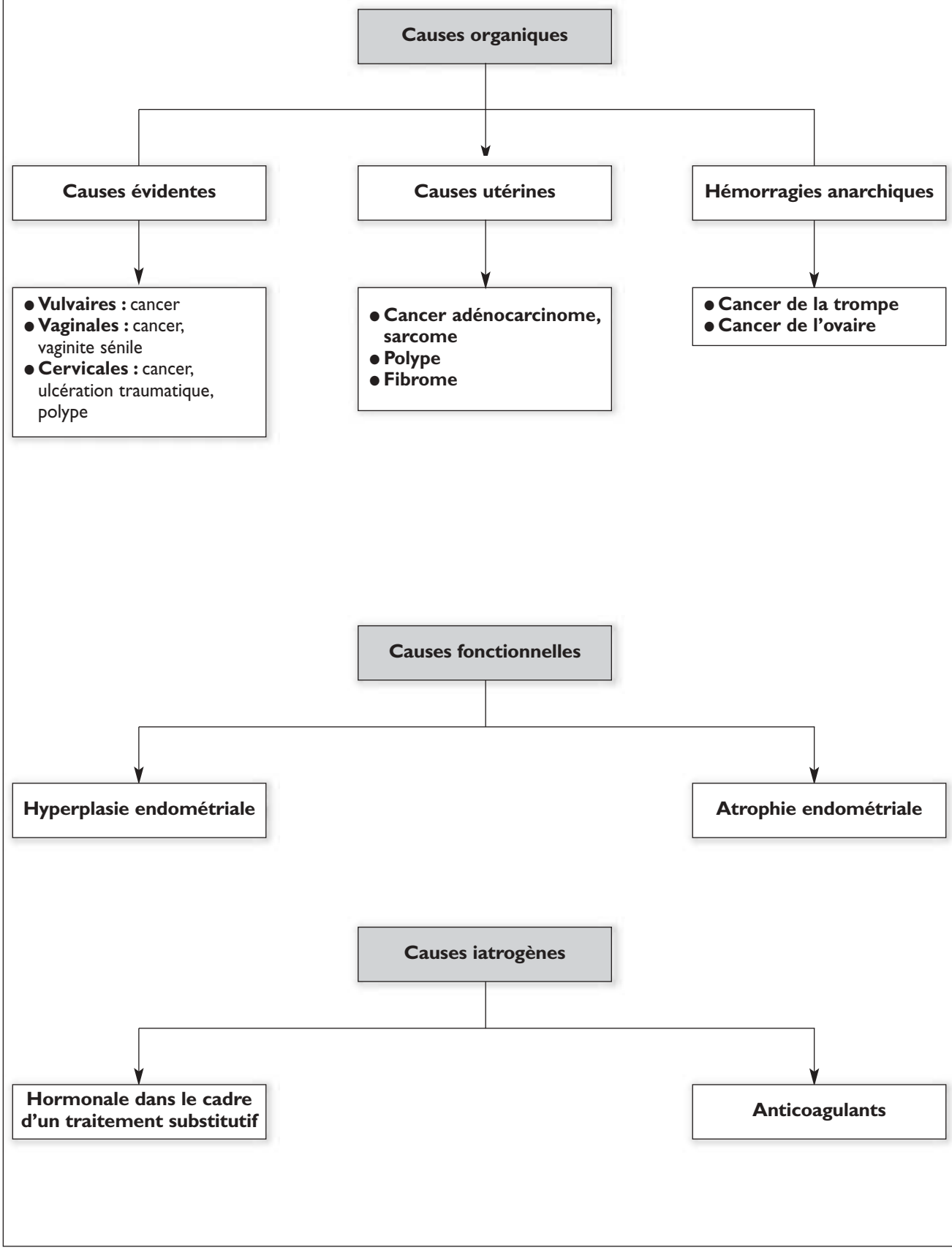
- **Hémorragies de l'ovulation**
- **Hémorragie prémenstruelle**
- **Hémorragies anarchiques**

Causes iatrogènes

- **Contraception orale**
- **Dispositif intra-utérin**
- **Anticoagulants**

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Démarche diagnostique devant des hémorragies génitales postménopausique



© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier