

ITEM 34 : ANOMALIE DU CYCLE MENSTRUEL

ITEM 41 : HEMORRAGIE GENITALE

MENO-METRORRAGIE

- **Métrorragie** : saignement d'origine utérine endométriale survenant en dehors des règles
- **Ménorragie** : saignement d'origine utérine coïncidant avec le moment des règles = règles abondantes > 80 mL et/ou prolongées > 7 jours (= score de **Higham** > 100)
- **Ménométrorragies** : associations des deux
- **Aménorrhée** : absence de règle chez une femme en période d'activité génitale (primaire ou 2^{ndr})
- **Spanioménorrhée** : allongement de l'intervalle séparant les règles, pouvant précéder une aménorrhée 2^{ndr}
- **Toute anomalie des règles doit faire rechercher une grossesse**

PALM COEIN
(classification
FIGO : causes
principales)

- Polype
- Adénomyose
- Léiomyome (sous muqueuse ou autre)
- Malignité et hyperplasie
- Coagulopathie
- Ovulatoire (dysfonction)
- Endométriale (cause)
- Non autrement précisée

Etiologies

Grossesse

- 1^e T : GIU évolutive, GEU, GLI, FCS, GIU arrêtée, lyse d'un jumeau, môle hydatiforme
- 2^e T : Hématome placentaire, décollement marginal, placenta bas inséré, causes indéterminées
- 3^e T : HRP, PP, hématome décidual marginal, hémorragie de Benckiser, rupture utérine, cause cervicale
- Hémorragie du post-partum
- Causes non spécifiques à la grossesse

Causes organiques utérines et annexielles

- Adénomyose
- Myome utérin
- Polype endométrial
- Hyperplasie endométriale
- Cancer de l'endomètre
- Infection génitale haute
- Tumeurs sécrétantes de l'ovaire
- MAV

Maladie de Willebrand

Iatrogénie

- Contraception entraînant une carence œstrogénique
- Anticoagulant
- DIU

Causes cervicales

- Ectropion
- Cancer du col de l'utérus
- Cervicite

Maladies de systèmes

- Hypothyroïdie
- LES disséminé aigu
- Insuffisance rénale chronique
- Insuffisance hépatique

Fonctionnelles

- Métorragies intermenstruelles au 14^e jour du cycle (ovulation)
- Métorragies prémenstruelles par insuffisance lutéale
- Métorragies post-menstruelles par insuffisance œstrogénique en début de cycle

PC

- Interrogatoire : **Nombre** de garnitures, caillots, vêtements tachés, rechercher les circonstances de survenue, les antécédents
- Score de **Higham** (si ménorragies)
- Examen sous **spéculum**
- Rechercher des **signes d'anémie, des signes de choc**
- **Hemocue**
- Examen sous speculum
- TV : volume, déformations, masse annexielle ...
- β HCG plasmatiques ou urinaires, NFS, ferritinémie + CRP, TP TCA
- Dosage du facteur de Willebrand (indication large chez l'adolescente)
- **Echographie pelvienne** par voie pelvienne et abdominale : éliminer une cause organique
- **IRM pelvienne en 2^e intention** si :
 - . Suspicion de cancer
 - . Utérus polymyomateux
 - . Kyste ovarien indéterminé ou suspect
 - . Cavité utérine inaccessible en hystéroscopie
- **Hystéroscopie diagnostique** (en consultation en première partie de cycle, si pas de grossesse)
 - . Si anomalie à l'échographie
 - . Échec de traitement médicamenteux avec échographie normale
- Biopsie d'endomètre à réaliser si :
 - . > 45 ans
 - . FdR de cancer de l'endomètre
- 2 méthodes** : dirigées sous hystéroscopie, ou à l'aveugle à la pipette de cornier.
- Attention, généralement faite à l'aveugle, ne peut éliminer avec certitude un cancer de l'endomètre.
- Ne pas faire : hystérosalpingographie, FCU (faussé par la présence de sang)

Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Général : antifibrinolytique : acide tranexamique (Exacyl®) - Si polype : résection sous hystéroscopie ± endométrectomie si absence de désir de grossesse - Si adénomyose : <ul style="list-style-type: none"> . En l'absence de désir de grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - 1^e intention : DIU progestatif (Mirena®) - 2^e intention : endométrectomie ou hystérectomie si échec ou refus - Si myome : <ul style="list-style-type: none"> . Traitement médical : Progestatifs (21j/mis ou en continu), acétate d'ulipristal ou agonistes de la GnRH (associer une hormonothérapie de substitution œstroprogestative type add-back thérapie selon la durée du traitement) . Myomes type 0,1 ou 2 de la FIGO avec un diamètre < à 3-4cm : Traitement chirurgical . Myomes interstitiels et sous séreux : <ul style="list-style-type: none"> - traitement médical en 1^e intention - chirurgie en 2nd intention : <ul style="list-style-type: none"> . myomectomie par laparoscopie ou laparotomie si ttt conservateur . Hystérectomie inter-annexielle si avec salpingectomie bilatérale - Embolisation utérine en 3^e intention (non indiquée si désir de grossesse) - Si hyperplasie endométriale sans atypie : <ul style="list-style-type: none"> . 1^e intention : traitement médical : progestatifs PO ou DIU au Lévonorgestrel® . 2^e intention : endométrectomie - Si hyperplasie glandulaire atypique : <ul style="list-style-type: none"> . Si désir de grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - progestatifs / Agoniste GnRH ou DIU au Lévonorgestrel®+ biopsie à 6 mois. - Échec de la conception ou à 6 mois du post-partum : Hystérectomie . Si pas de désir de grossesse : Hystérectomie totale ± annexectomie bilatérale - MAV : embolisation radiologique (préserve la fertilité) - Idiopathique : <ul style="list-style-type: none"> . Pas de CI aux traitement hormonaux : POP ou progestatifs ou DIU au Lévonorgestrel® . CI aux traitements hormonaux : Exacyl . Si échec des traitement médicaux et pas de désir de grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - endométrectomie par hystéroscopie - thermodestruction - hystérectomie en dernier recours - Si patiente sous anti-coagulant : Contrôle INR, si persistance après normalisation de l'INR, rechercher une cause organique - Si maladie de Willebrand : desmopressine
------------	--