

## 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<sup>ndr</sup>)
- **Spanioménorrhée** : allongement de l'intervalle séparant les règles, pouvant précéder une aménorrhée 2<sup>ndr</sup>
- **Toute anomalie des règles doit faire rechercher une grossesse**

**PALM COEIN**  
(classification  
FIGO : causes  
principales)

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

#### Etiologies

Grossesse	Causes organiques utérines et annexielles
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1<sup>e</sup> T : GIU évolutive, GEU, GLI, FCS, GIU arrêtée, lyse d'un jumeau, môle hydatiforme</li> <li>- 2<sup>e</sup> T : Hématome placentaire, décollement marginal, placenta bas inséré, causes indéterminées</li> <li>- 3<sup>e</sup> T : HRP, PP, hématome décidual marginal, hémorragie de Benckiser, rupture utérine, cause cervicale</li> <li>- Hémorragie du post-partum</li> <li>- Causes non spécifiques à la grossesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adénomyose</li> <li>- Myome utérin</li> <li>- Polype endométrial</li> <li>- Hyperplasie endométriale</li> <li>- Cancer de l'endomètre</li> <li>- Infection génitale haute</li> <li>- Tumeurs sécrétantes de l'ovaire</li> <li>- MAV</li> </ul>
<b>Causes cervicales</b>	<b>Maladie de Willebrand</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ectropion</li> <li>- Cancer du col de l'utérus</li> <li>- Cervicite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contraception entraînant une carence œstrogénique</li> <li>- Anticoagulant</li> <li>- DIU</li> </ul>
<b>Maladies de systèmes</b>	<b>iatrogénie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypothyroïdie</li> <li>- LES disséminé aigu</li> <li>- Insuffisance rénale chronique</li> <li>- Insuffisance hépatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Métrorragies intermenstruelles au 14<sup>e</sup> jour du cycle (ovulation)</li> <li>- Métrorragies prémenstruelles par insuffisance lutéale</li> <li>- Métrorragies post-menstruelles par insuffisance œstrogénique en début de cycle</li> </ul>

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