

Hémorragies génitales

Du médecin généraliste au gynécologue

Dr Sophie Plonka
Service de gynécologie obstétrique
Hôpital de Haguenau

Invitation Téléphonique du Dr Sophie PLONKA



Dr Sophie PLONKA
Services Gynécologie
CHR Haguenu

(Cliquez sur l'image)

Si vous ne pouvez entendre le message,
il vous faut télécharger « VLC Média Player »



Introduction

- Prévalence:
 - 11 à 13 % population générale ¹
 - 24 % chez les 36- 40 ans ¹
- 10 % des consultations gynécologiques
- Hystérectomie = intervention ultime dominante
- 69 000 HT/ an en France 2011
- Développement des techniques mini invasives:
 - Endométrectomie (1980) nb HT pour hémorragie fonctionnelle / 3
 - Embolisation (1990)
 - Systèmes intra utérin (2000)

¹ Marret et al, Clinical practice guidelines on menorrhagia, Eur J Obstet, 2010

Définitions

- Cycle normal: règles de 3 à 6 j = pertes jusqu'à 80 ml.
- Ménorragies = ↗ durée (> 7 jours) ou abondance des règles (> 80 ml)
- Perte de 60 ml/mois → anémie en l'absence de régime enrichi en fer.









Méthode de quantification








- Métrorragies = saignement intermenstruel ou post ménopausiques (MPM)
- Ménorragies : évaluation subjective
 - méthode semi quantitative, score de Higham ²
 - Score > 100 = 80 ml avec Se et Sp > 80 %

² Higham et al. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart, British Journal of Obstetrics & Gynaecology 1990 ; 97 : 734-739.

Evaluation des saignements: Score PBAC (Pictorial Bleeding Assessment Chart) ou Score de Higham

Un score PBAC > 100 dans les 8 premiers jours des règles correspond à un saignement > 80 ml de sang (définition de la ménorragie)

		1	2	3	4	5	6	7	8	TOTAL	Réservé au médecin
Serviettes										4	¹ 4 X 1 = 4
										8	⁵ 8 X 5 = 40
										9	²⁰ 9 X 20 = 180
Tampons										0	¹ 0
										2	⁵ 2 X 5 = 10
										4	¹⁰ 4 X 10 = 40
Caillots		✓			✓					2	¹ 2 X 1 = 2
			✓							1	⁵ 1 X 5 = 5
Fuites accidentelles			✓							1	
Douleur*		0	1	2	0	0	0	0	0		281

SERVIETTE selon imprégnation par le flux menstruel	TAMPON selon taille	CAILLOT selon taille
 1 point	 1 point	 1 point
 5 points	 5 points	 5 points
 20 points	 10 points	

Interrogatoire et examen clinique ^{1,3,4}

- ATCD perso ou familiaux d'hémorragie ou troubles de l'hémostase (Willebrand)
- Anomalies du cycle (MTR ou ménorragie)
- Désordres hormonaux (dysthyroïdie, signes hyperandrogénie, BDC)
- Signes d'anémie
- Palpation abdominale
- SPC et TV
- FCV
- Biopsie d'endomètre à l'aveugle (> 45 ans ou FDR cancer endomètre)

³ RPC prise en charge des MMT, CNGOF, 2008

⁴ Gricourt et al. Quelles sont les explorations suffisantes et nécessaires dvt des ménorragies. Réalités en Gyn Obst, oct 2013.

- Biopsie d'endomètre à l'aveugle:
- Pipelle de Cornier
ou canule de Novak.
- Ambulatoire.
- Excellente tolérance.
- Performances diagnostiques équivalentes à celle des autres techniques sauf petites lésions focalisées (FN).



- Méta-analyse sur détection du carcinome endométrial et hyperplasie atypique, Pipelle vs curetage, HSC, HT, 39 études, 7914 femmes ⁵:
 - Meilleur taux de diagnostic du Kc en période post-ménopausique.
 - Taux de détection Kc=99,6 % en post-ménopause et 91% en pré-ménopause.
 - Taux de détection HA=81% en post ménopause.
 - Spécificité>98% pour toutes les techniques.

⁵ Dijkhuizen et coll., Cancer, 2000

Examens complémentaires biologiques ^{1,3,4}

- β HCG
- Quantifier une anémie : NFS, plaquettes
- Syndrome inflammatoire
- Trouble de l'hémostase: TP, TCA :indication large chez l'adolescente → maladie de Willebrand (Prévalence de 13 %)
- Bilan hormonal :
 - thyroïdien si facteur de risque d'hypothyroïdie
 - FSH, LH, E2 au 3^e j du cycle, voire androgènes (suspicion d'OPK) si irrégularité menstruelle

Imagerie ^{1,3,4}

- Echographie Pelvienne sus pubienne et endovaginale:
- 1ere intention
- Doppler: vascularisation anormale

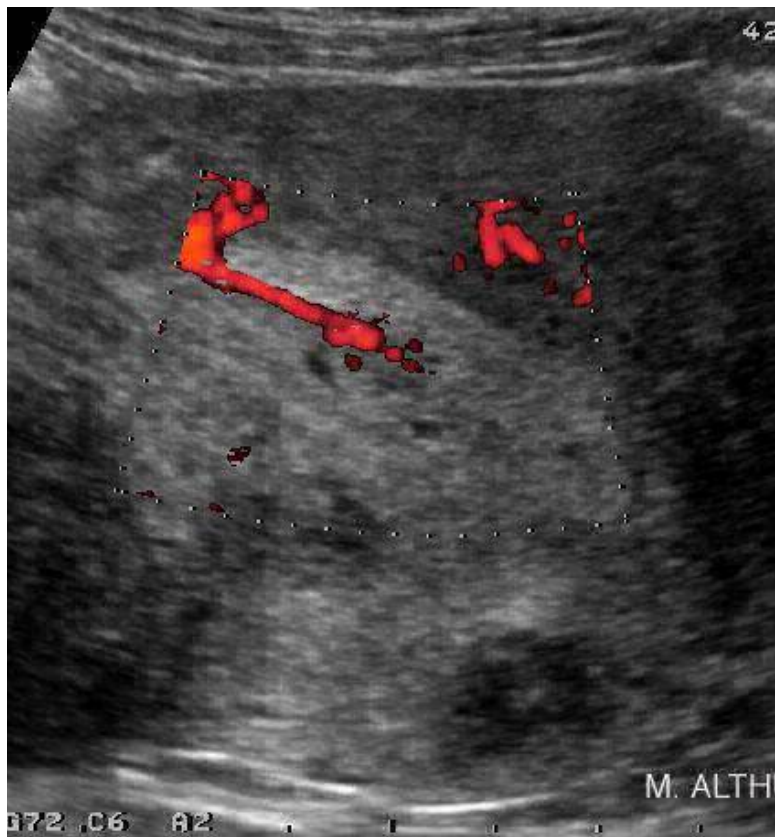
Polype



Hypertrophie endométriale



Polype et pédicule vasculaire



Myome sous muqueux



En 2^e intention ^{3,4}:

- Hystéroskopie diagnostique avec biopsie d'endomètre dirigée:
 - Faite en consultation
 - Suspicion de lésion intracavitaire (endomètre > 5mm post ménopause, polype , fibrome)
 - Échec du ttt médical de 3 à 6 mois et absence de lésion endocavitaire à l'échographie
- IRM pelvienne:
 - cartographie et types de fibromes si > 4
 - Suspicion d'adénomyose
 - Bilan d'extension des lésions endométriales malignes

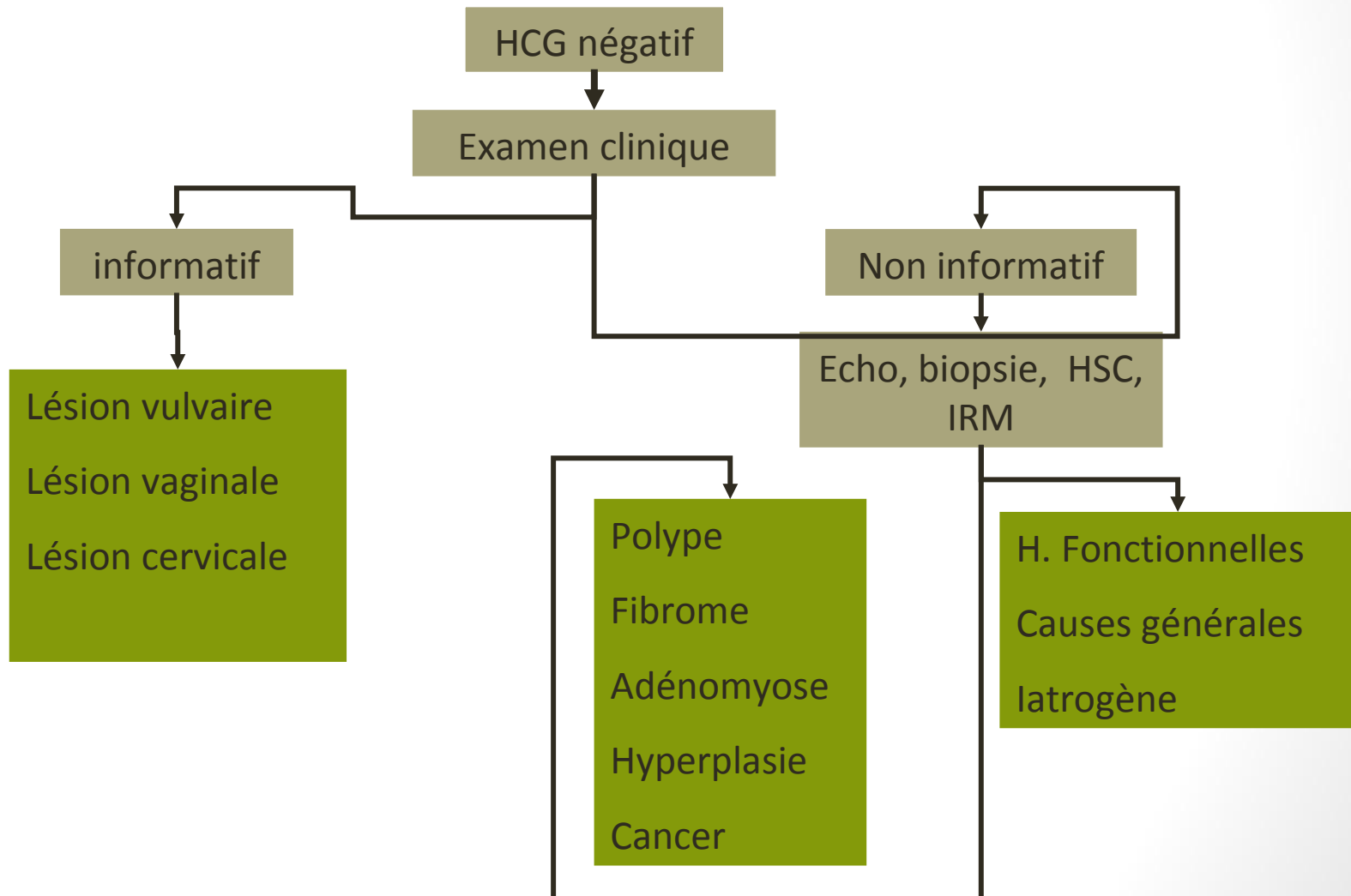
Hystéroskopie diagnostique avec biopsie endométriale dirigée⁶

- Hystéroscope rigide de 2,8 à 5,1mm, milieu de distension sérum physiologique
- Très bonne tolérance, complication rare
- But = visualiser la cavité, orienter la biopsie endométriale et pg une HSC opératoire.
- Hyperplasie endométriale suspectée si :
 - ≥ 1 polype
 - hypertrophie polypoïde localisée ou diffuse
 - Mais pas d'aspect typique
- ➔ hystéroskopie opératoire pour exérèse de toute lésion intra utérine

⁶RPC 2008, CNGOF, Hystéroskopie: résultats et limites dans les hyperplasies et le cancer de l'endomètre



Hémorragies en période d'activité génitale



Hémorragies fonctionnelles¹

- **Plus de désir de grossesse:** traitement chirurgical conservateur
efficacité à long terme > traitement médical per os
- DIU Lévonorgestrel (Miréna[®]) ou acide tranéxamique (Exacyl[®])
par défaut
- Macroprogestatif 21 j par mois ou en continu (Lutényl[®], Surgestone[®])
- Si échec: proposer une technique chirurgicale conservatrice de
destruction de l'endomètre.
- 1^{ère} G:
 - résection à l'anse (permet une analyse exhaustive des
copeaux),
 - roller ball
 - Laser

¹ Marret et al. CNGOF Clinical practice guidelines of menorrhagia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010.




- 2è G:
 - radiofréquence type Novasure
 - ballonnet chauffant type thermachoice,
 - micro-onde type Microsulis,



- Efficacité à 1 an 1G vs 2G semble identique
- Techniques 2G associées à :
 - + dysfonctionnements techniques (paramètres de contrôle)
 - Courbe d'apprentissage + courte
 - Durée opératoire + courte
 - - de complications dûe à la résorption excessive du produit de distension
 - - de déchirures cervicales
- Préférer 2G qd disponible
- Micro-onde et radiofréquence : meilleur taux d'aménorrhée à 12 mois.

Hémorragies fonctionnelles¹

- Désir de grossesse potentiel: privilégier traitement médical
 - DIU Lévonorgestrel
 - Acide tranéxamique
 - OP
 - Progestatif de synthèse 21 j/ mois
 - AINS.
 - Si CI aux traitement hormonaux : acide tranéxamique
 - Traitement chirurgical limité: curetage d'efficacité aléatoire et temporaire
- 

¹ Marret et al. CNGOF Clinical practice guidelines of menorrhagia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010.

Hémorragies d'origine iatrogène¹

- OP:

 ↘ MTR si pilules + dosées en E2 et en progestérone

 ↘ règles si pilules continues vs cycliques mais plus de MTR.

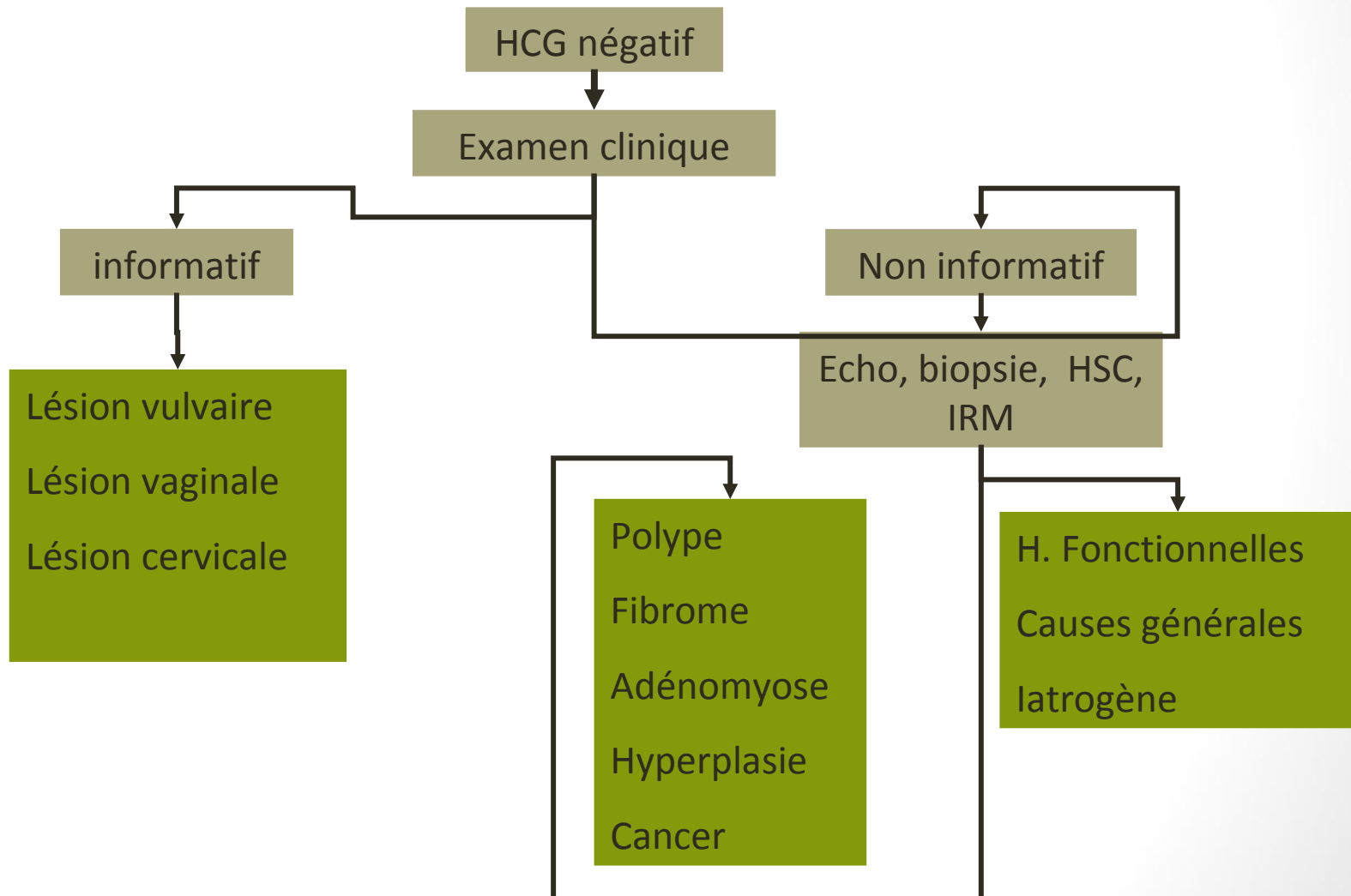
- Si persistance des saignements > 3 mois: pilule plus estrogénique et plus antigonadotrope
- Progestatif : spotting: ↗ d'un jour la durée d'interruption du produit, sinon changer de produit.
- Macroprogestatif temporaire si patiente sous microprogestatif pour obtenir l'atrophie

¹ Marret et al. CNGOF Clinical practice guidelines of menorrhagia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010.

Hémorragies chez l'adolescente

- Secondaire à anovulation, OPK, hyperplasie bénigne de l'endomètre
- Infectieuse, corps étranger
- Rechercher une coagulopathie
- Acide tranéxamique, AINS (Ponstyl), contraceptif oraux oestroprogestatifs 20 ou 30 μ , 2^e G

Hémorragies en période d'activité génitale

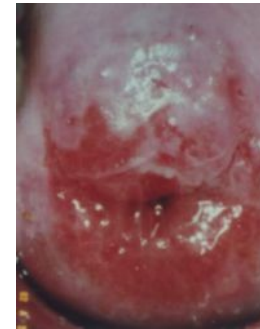


Hémorragies d'origine vulvo-vaginale

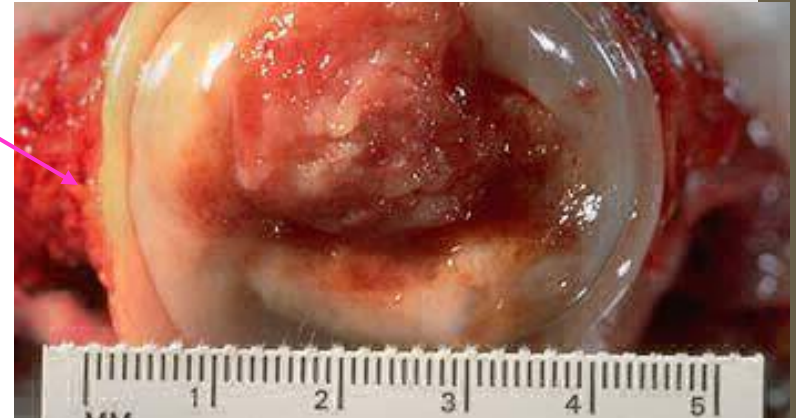
- Plaies vulvaire, hyménéale ou vaginale: post coïtale, agression, traumatisme direct.
- Lésions tumorales : carcinome épidermoïde infiltrant, épithélioma baso-cellulaire, ...MTR récidivantes

Hémorragies d'origine cervicale

- Traumatique: post partum, iatrogène, agression...
- Cervicite
- Polype accouché par le col
- Endométriose cervicale



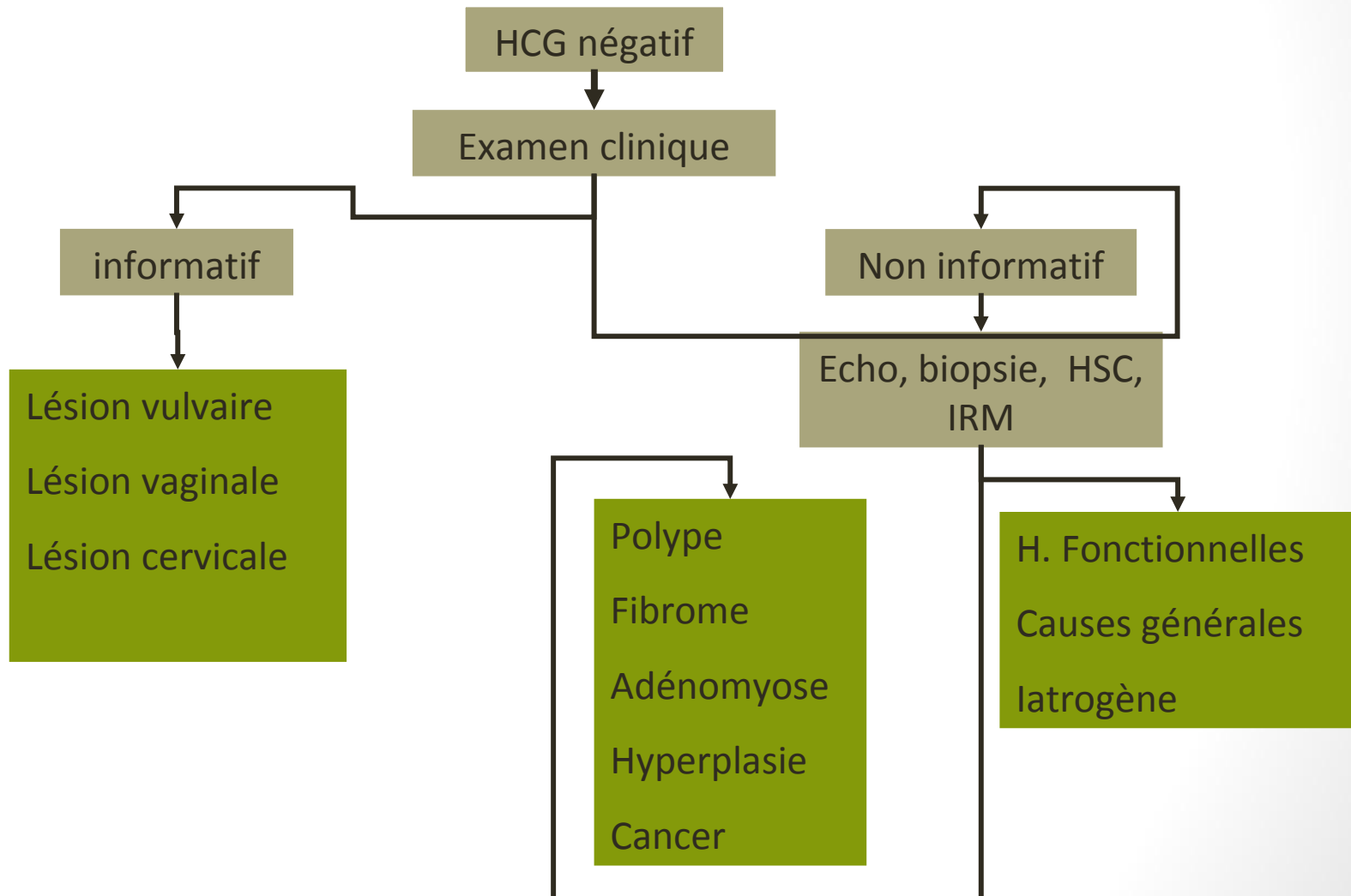
- Cancer infiltrant du col:
 - métrorragies capricieuses, rouges, indolores et répétées
 - Col ulcéré, bourgeonnant, hypertrophique
 - FCV+biopsie



- Dysplasie cervicale: métrorragies rares.

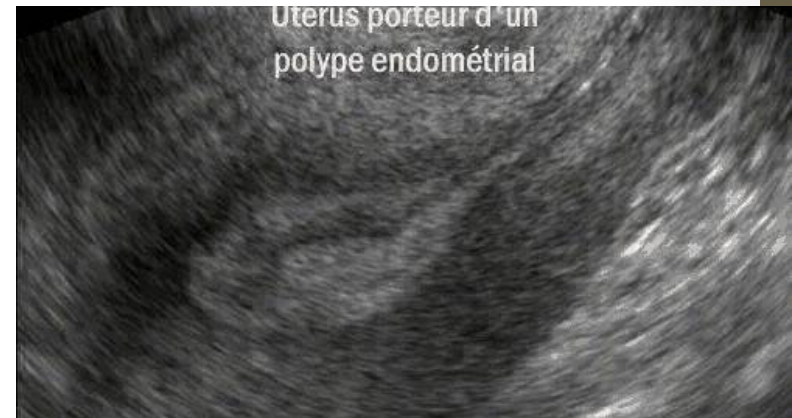
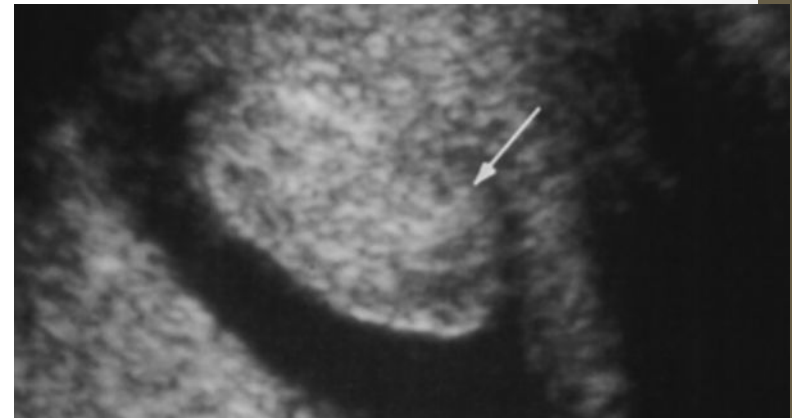


Hémorragies en période d'activité génitale

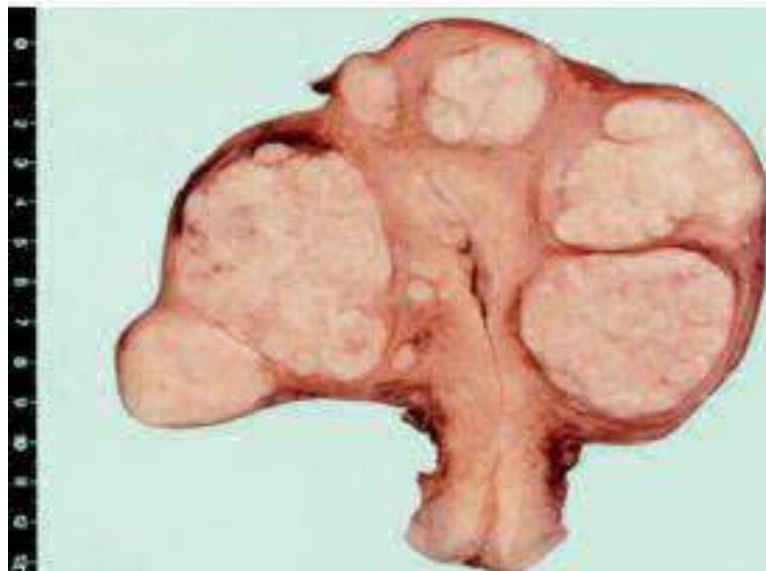


Hémorragies d'origine corporeale : polype endométrial

- Excroissance localisée de muqueuse endométriale
- Méno- ou métrorragie, leucorrhée ou asymptomatique
- Hyperéchogène à l'échographie
- Résection hystéroscopique ⁸
(+ endométrectomie ou DIU lévonorgestrel si plus de désir de grossesse)



Origine corporelle : myomes utérins



Données épidémiologiques

- Fréquence particulièrement importante entre 40 et 50 ans ⁹

Âge (années)	Lumbiganon 1995	
	n	%
< 30	13	1,4
30 - 39	228	25,1
40 - 49	555	61
≥ 50	114	12,5

- Facteurs de risque associés aux fibromes
- Préménopause, obésité, premières règles < 12 ans, nulliparité, infertilité ⁹
- Après la ménopause, les fibromes régressent souvent (baisse du niveau d'œstrogène) et sont rarement symptomatiques ^{10,11}

⁹ Rongières C. Epidémiologie du fibrome utérin: facteurs de risques et fréquences. Impact en Santé Publique. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1999; 28:701-706.

¹⁰ Audebert A. Physiopathogénie des fibromes utérins. www.lesjta.com

¹¹ Lansac J, Lecomte P, Marret H. Gynécologie pour le Praticien Elsevier Masson 8ème édition 2012.

Symptômes

- Symptomatiques : dans 20 à 50% des cas ¹⁴
- Quand symptomatiques : affectent significativement la qualité de vie ¹⁶
- Principal signe fonctionnel révélateur : ménorragie ¹⁴
 - Souvent ménométrorragie
- 1^{er} motif de consultation chez le gynécologue des femmes entre 40 et 50 ans ¹⁵

¹⁴ Lansac J, Lecomte P. Marret H. Gynécologie pour le Praticien Elsevier Masson 8me édition 2012

¹⁵ Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Actualisation de la prise en charge des myomes : Recommandations pour la pratique clinique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011; 40: 953-61

¹⁶ Downes E. et al. The burden of uterine fibroids in five European countries. Eur J Obstet Gynecol 2010; 2010 ; 152(1):96-102

Symptômes

Parfois gêne pelvienne, voire douleurs ¹⁴

- Pesanteur pelvienne ou rectale
- À l'extrême, phénomènes de compression mécanique
- Troubles urinaires : pollakiurie, troubles de l'évacuation, rétention urinaire aiguë voire incontinence urinaire d'effort ¹⁴
- Douleur aiguë : coliques expulsives notamment dans les phénomènes de nécrobiose des fibromes, rarement torsion ¹⁴

L'infertilité peut être un motif de consultation ¹⁴

- L'imputabilité de la présence de fibromes sur l'infertilité reste difficile à établir ¹⁵
- Néanmoins, la présence de myomes sous-muqueux ou intramuraux entraîne une réduction du taux de grossesse en PMA ¹⁵

¹⁴ Lansac J, Lecomte P. Marret H. Gynécologie pour le Praticien Elsevier Masson 8me édition 2012.

Downes E. et al. The burden of uterine fibroids in five European countries. Eur J Obstet Gynecol 2010; 2010 ; 152(1):96-102.

¹⁵ Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Actualisation de la prise en charge des myomes : Recommandations pour la pratique clinique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011; 40: 953-61.

Prise en charge des myomes: recommandations pour la pratique clinique (RPC de 2011)

Recommandations pour la pratique clinique

Actualisation de la prise en charge des myomes *Myoma management recommandations*

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol – 75002 Paris

Comité d'organisation

H. FERNANDEZ, président (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), H. MARRET, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Tours), X. FRITEL, méthodologiste (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers), J.L. BRUN (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux), J. DERRIEN (gynécologue obstétricien secteur privé, Lyon), J.P. LUCOT (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), P. PANEL (gynécologue obstétricien, CH, Versailles), J.P. PELAGE (radiologue, CHU, Caen)

Experts du groupe de travail

S. BENDIFALLAH (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. GIRAUDET (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), I. DE JESUS (gynécologue obstétricien, CH, Grasse), V. KAHN (gynécologue obstétricien secteur privé, Paris), M. KOSKAS (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. LEGENDRE (gynécologue obstétricien, CHU,



European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology xxx (2012) xxx-xxx



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and
Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrb



Review

Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines

Henri Marret^{a,*}, Xavier Fritel^b, Lobna Ouldamer^a, Sofiane Bendifallah^c, Jean-Luc Brun^d, Isabelle De Jesus^e, Jean Derrien^f, Géraldine Giraudet^g, Vanessa Kahn^h, Martin Koskasⁱ, Guillaume Legendre^j, Jean Philippe Lucot^k, Julien Niro^k, Pierre Panel^k, Jean-Pierre Pelage^l, Hervé Fernandez^c

^a Service de gynécologie, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours, Hôpital Bretonneau, 2 boulevard Tonnelé, 37044 Tours, France

^b Service de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction, CHU de Poitiers, 2 rue de la Malétrie, 86000 Poitiers, France

^c Département de gynécologie-obstétrique, Hôpital universitaire du Kremlin Bicêtre, 78 avenue du Général Leclerc, 94275 Le Kremlin Bicêtre, France

^d Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Pellegrin, 33076 Bordeaux, France

^e Service de Gynécologie-Obstétrique, CH Grasse, Chemin Clavier, 06130 Grasse, France

^f Collège de Gynécologie-Rhône-Alpes, 46 cours Président Franklin Roosevelt, 69006 Lyon, France

^g Pôle femme-mère-nouveau-né, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille, avenue Eugène Avinée, 59037 Lille cedex, France

^h S, avenue Emile Deschanel, 75007 Paris, France

ⁱ Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Bichat, 75018 Paris, France

^j Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital de Bicêtre, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Le Kremlin Bicêtre F-94270, France

^k Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier de Versailles, Hôpital André Mignot, 177 route de Versailles, 78157 Le Chesnay, France

^l Service de Radiologie, CHU de Caen, avenue de la Côte de Nacre, 14033 Caen cedex 9, France

Prise en charge des myomes (RPC de 2011)

Traitement médical

- Seulement si myomes symptomatiques
 - Il n'y a pas lieu d'envisager un traitement médical pour les myomes asymptomatiques (RPC grade A)
 - Les myomes sous-muqueux symptomatiques relèvent en première intention d'une prise en charge chirurgicale et non d'un traitement médical exclusif (RPC grade B)

- Réduction des signes fonctionnels (douleurs et saignements)
 - Les traitements médicaux ont pour seul objectif de traiter les symptômes rattachés au myome (RPC grade C)

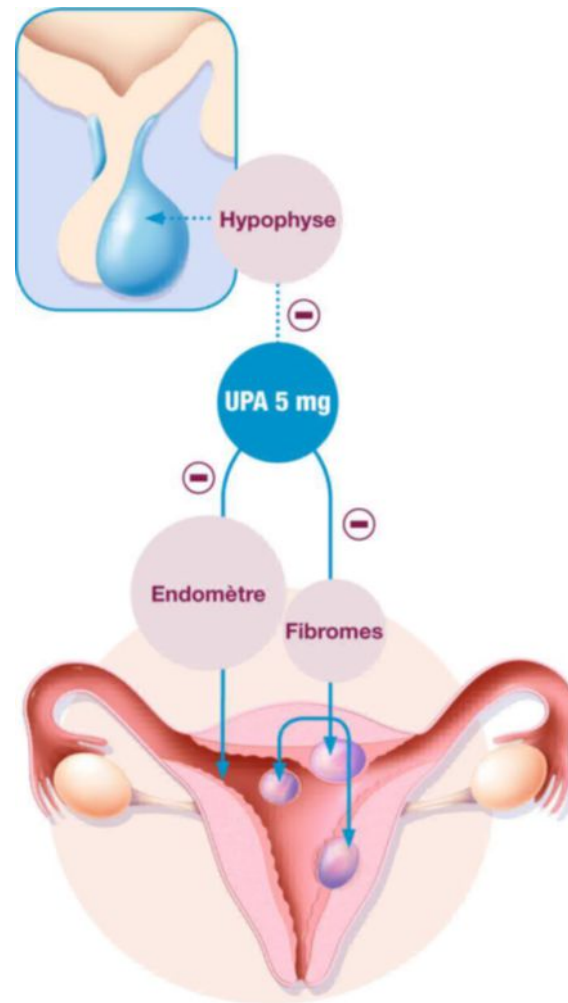
Prise en charge des myomes (RPC de 2011)

Traitement médical

- Molécules d'utilisation courante:
 - Acide tranéxamique
 - Progestatifs 21 j par mois ou en continu
 - AINS
 - Analogues de GnRH +/- Add Back Therapy
 - DIU au lévonorgestrel
- L'ulipristal acétate (Esmya ©): AMM obtenue après les RPC de 2011

Mode d'action de l'ulipristal acétate ¹⁷

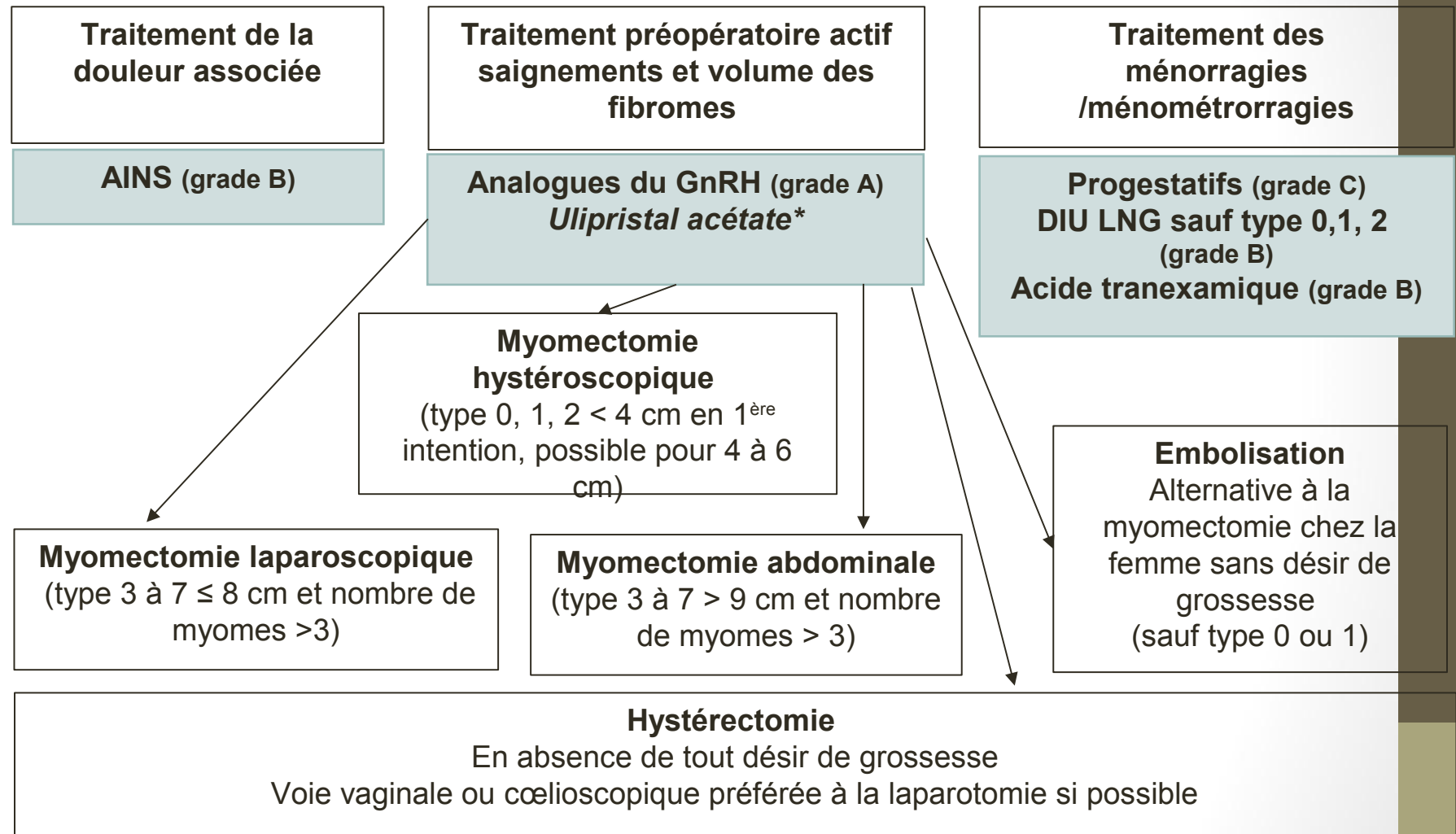
- Modulateur des récepteurs de la progestérone : effet antagoniste partiel de la progestérone sur:
 - - l'hypophyse : inhibition de l'ovulation
 - - les fibromes: diminution de taille
 - - l'endomètre : aménorrhée rapide



Indication de l'ulipristal acétate

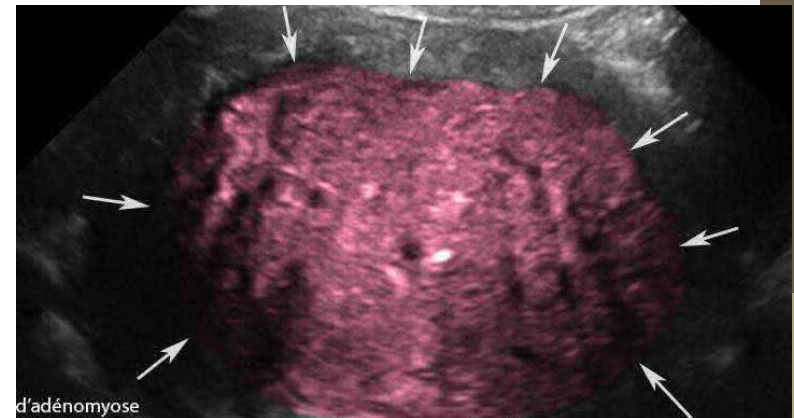
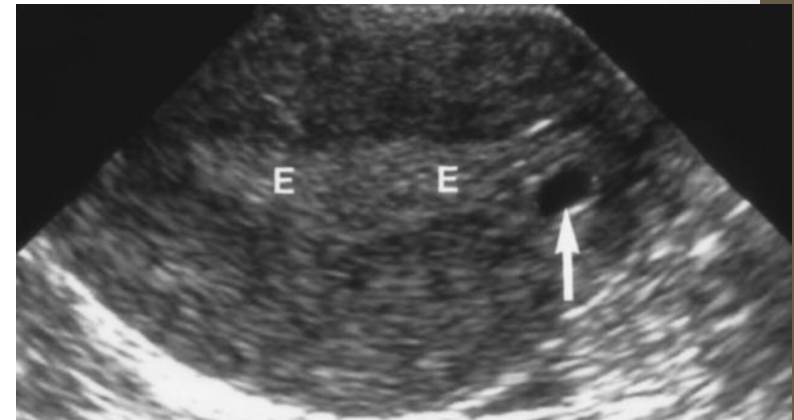
- Traitement **préopératoire** des symptômes modérés à sévères des fibromes utérins chez la femme adulte en âge de procréer.
- Prescription par gynécologues, pour 3 mois, renouvelable 1 fois,
- CI :IR et IH
- Associer une contraception mécanique

Prise en charge des myomes symptomatiques en présence de ménométrorragies¹⁵

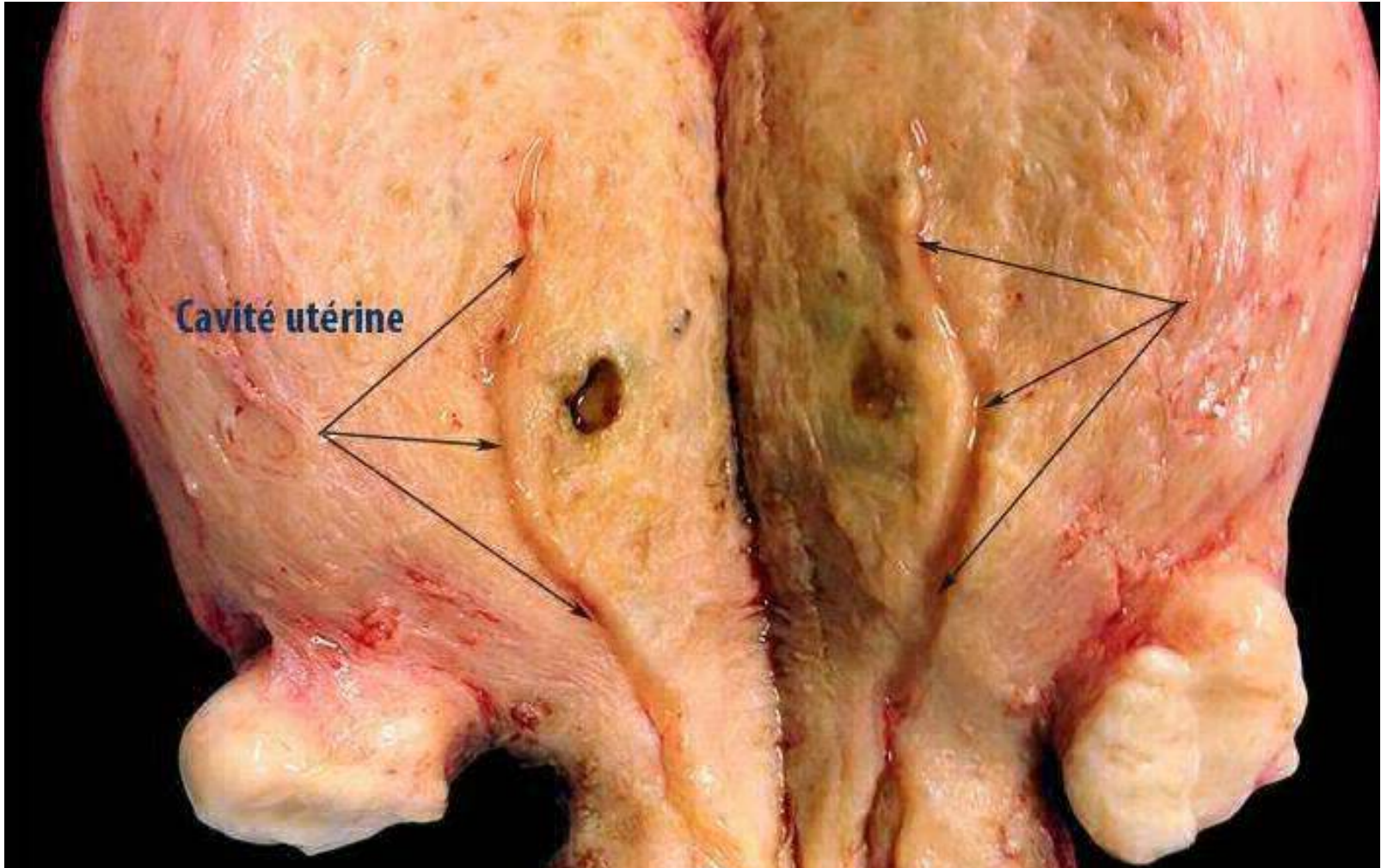


Hémorragie d'origine corporeale : l'adénomyose

- > 35 ans, douleur pelvienne, dysménorrhée, dyspareunie, ménométrorragies, utérus volumineux
- Traitement¹ : DIU au lévonorgestrel ou analogues de la GnRH
- 1 ère cause d'échec des endométrectomies 1ere ou 2è G
- Si échec ou refus: HT

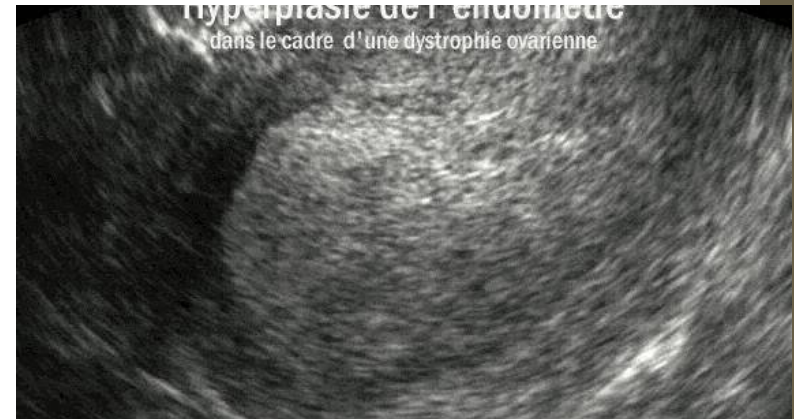


¹ Marret et al. CNGOF Clinical practice guidelines of menorrhagia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010.



Hémorragies d'origine corporéale : l'hyperplasie endométriale

- = ↗ du nb de glandes endométriales
- FdR = hyperestrogénie endogène ou exogène
- Hypertrophie endométriale à l'écho
- Hyperplasies simple/cx, avec ou sans atypie.
- HP cx et/ou atypique¹ :
 - HT si absence de désir de grossesse
 - Progestatif per os, analogue GnRH, DIU lévonorgestrel et contrôle HSC à 6 mois

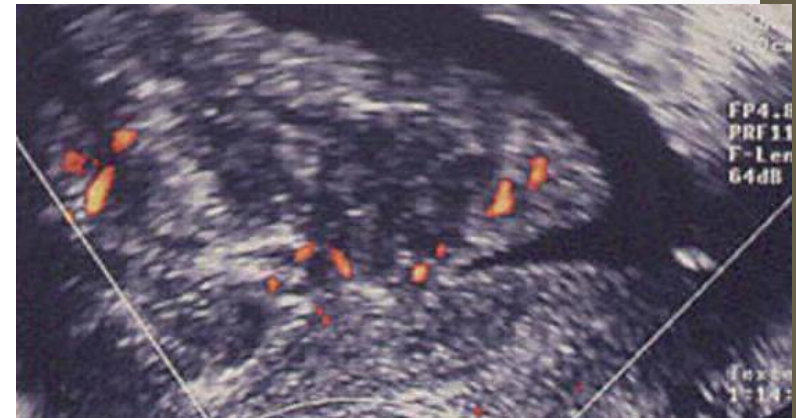


- Si endométrectomie, préférer une technique de 1ère G pour une analyse exhaustive des copeaux de résection


¹ Marret et al. CNGOF Clinical practice guidelines of menorrhagia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010.

Hémorragie d'origine corporeale : cancer de l'endomètre

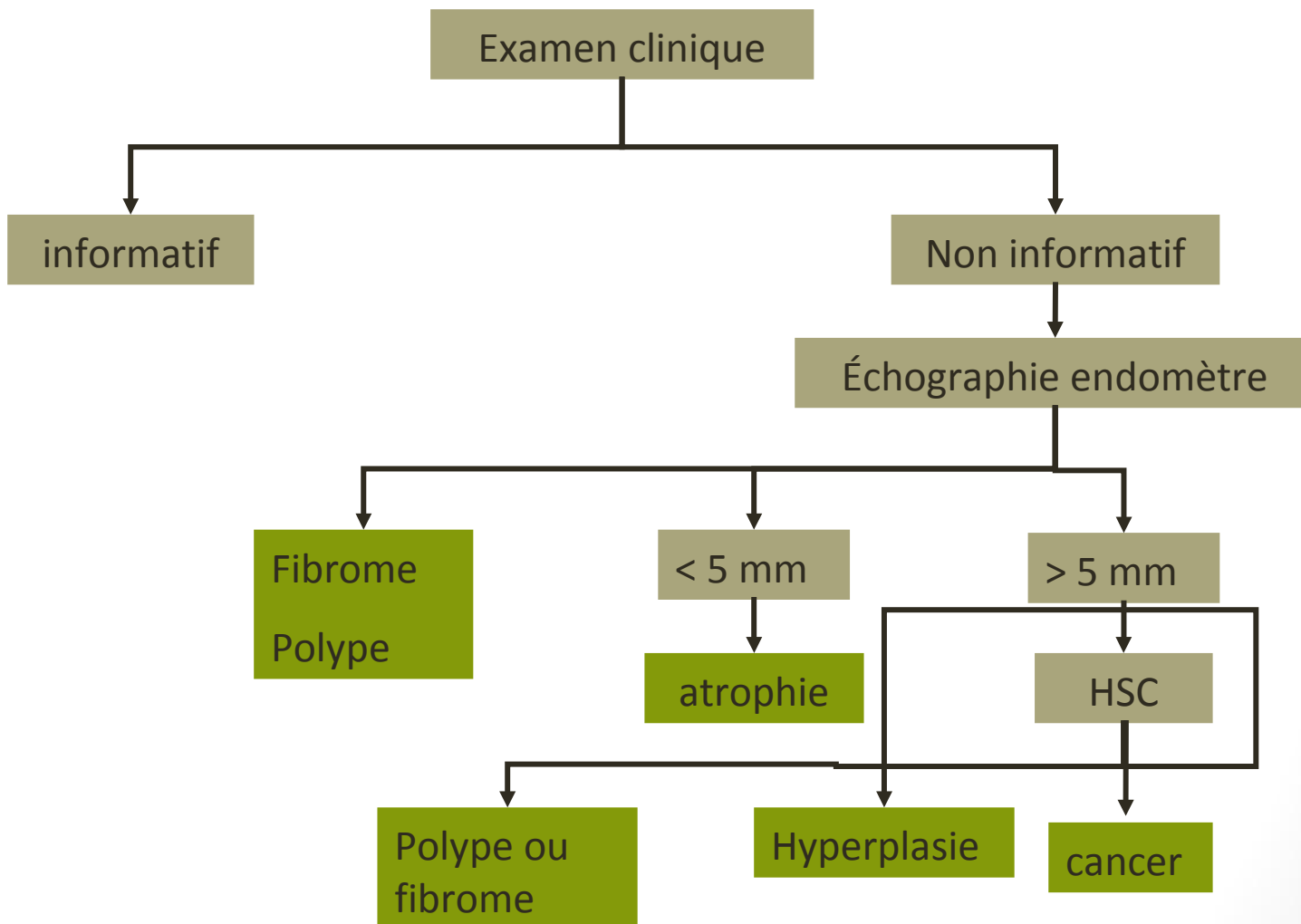
- 15 % des cancers concernent femmes non ménopausées
- MTR d'abondance moyenne, hypertrophie endométriale irrégulière
- Biopsie d'endomètre



Hémorragie d'origine corporeale : autres

- Sarcome utérin:  « myome » de croissance très rapide ou très volumineux en post ménopause.
- Endométrite: circonstances et clinique évocatrices.
- DIU: diagnostic d'élimination.

Métrorragies post ménopausiques



Métrorragies post ménopausiques

- Hémorragies fonctionnelles:
 - Atrophie endométriale: peu abondantes, irrégulières, récidivantes. HSC si récidive.
 - Hypertrophie endométriale: début de ménopause, II à la persistance d'une faible sécrétion oestrogénique.
- Iatrogène sous THS:
 - Mauvaise observance THS
 - THS débuté trop tôt
 - ↗ progestatif, ↘ E2, échographie

Conclusion

- Traitements médicaux efficaces : DIU LNG et Exacyl
- Réévaluer l'observance et l'efficacité du ttt médical au bout de 3 à 6 mois
- Alternatives chirurgicales efficaces et bien tolérés: à envisager quand le ttt médical échoue.

- Ahmad BAKRI : 03 88 06 30 55
- Françoise BRAND : 03 88 06 30 70
- Karim DADOUN : 03 88 06 31 28
- Michel FOEGLE : 03 88 06 30 69
- Michèle LEHMANN : 03 88 06 30 17
- Sophie PLONKA : 03 88 06 35 82
- Vincent ZERR : 03 88 06 30 92

