

## ITEM 34 : ANOMALIE DU CYCLE MENSTRUEL

### ITEM 41 : HEMORRAGIE GENITALE

#### MENO-METRORRAGIE

- Menstruations normales : entre 3-6 jours, pertes sanguines < 80 mL
- **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**

<b>PALM COEIN</b> (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>- Iatrogénie</li> <li>- Non autrement précisée</li> </ul>
<b>Etiologies</b>	<b>Grossesse</b>	<b>Causes organiques utérines et annexielles</b>
	<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 (sous muqueux +++)</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>	<b>Iatrogénie</b>
	<b>Maladies de systèmes</b>	<b>Fonctionnelles</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>- Métorragies intermenstruelles au 14<sup>e</sup> jour du cycle (ovulation)</li> <li>- Métorragies prémenstruelles par insuffisance lutéale</li> <li>- Métorragies post-menstruelles par insuffisance œstrogénique en début de cycle</li> </ul>
<b>PC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrogatoire : <b>Nombre</b> de garnitures, caillots, vêtements tachés, rechercher les circonstances de survenue, les antécédents</li> <li>- Score de <b>Higham</b> (si ménorragies)</li> <li>- Examen sous <b>spéculum</b></li> <li>- Rechercher des <b>signes d'anémie, des signes de choc</b></li> <li>- <b>Hemocue</b></li> <li>- Examen sous speculum (saignement actif ? origine saignement ?)</li> <li>- TV : volume, déformations, masse annexielle ...</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>\beta</math>HCG plasmatiques ou urinaires, NFS, ferritinémie + CRP, TP TCA</li> <li>- Dosage du facteur de Willebrand (indication large chez l'adolescente)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Echographie pelvienne</b> par pelvienne par voie abdominale et endovaginale : éliminer une cause organique</li> <li>- <b>IRM pelvienne en 2<sup>e</sup> intention</b> si : <ul style="list-style-type: none"> <li>. Suspicion de cancer</li> <li>. Utérus polymyomateux</li> <li>. Kyste ovarien indéterminé ou suspect</li> <li>. Cavité utérine inaccessible en hystérocopie</li> </ul> </li> <li>- <b>Hystérocopie diagnostique</b> (en consultation en première partie de cycle, si pas de grossesse) <ul style="list-style-type: none"> <li>. Si anomalie à l'échographie</li> <li>. Échec de traitement médicamenteux avec échographie normale</li> </ul> </li> <li>- Biopsie d'endomètre à réaliser si : <ul style="list-style-type: none"> <li>. &gt; 45 ans</li> <li>. FdR de cancer de l'endomètre</li> </ul> </li> </ul>	
	<p><b>2 méthodes</b> : dirigées sous hystérocopie, 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas faire : hystérosalpingographie, FCU (faussé par la présence de sang)</li> </ul>	

Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Général : antifibrinolytique : acide tranexamique (Exacyl®) ; TTT martial ±transfusion</li> <li>- <b>Si polype</b> : résection sous hystérocopie ± endométréctomie 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>endométréctomie</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/mois 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>e 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 : endométréctomie</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®+ contrôle hystérocopie et biopsie à 6 mois.</li> <li>- absence de conception ou à 6 mois du post-partum : Hystérectomie totale (risque ADK endomètre)</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>- Ménométrorragies provoquées (post-coïtales) : rechercher cancer du col +++, ectropion</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>. Si CI aux traitements hormonaux et/ou désir de grossesse : Exacyl</li> <li>. Si échec des traitement médicaux et pas de désir de grossesse :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- endométréctomie par hystérocopie</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 de type 1 : desmopressine</li> </ul>
------------	--