

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

Etiologies	Grossesse	Causes organiques utérines et annexielles
	- 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	- Adénomyose - Myome utérin - Polype endométrial - Hyperplasie endométriale - Cancer de l'endomètre - Infection génitale haute - Tumeurs sécrétantes de l'ovaire - MAV
	Causes cervicales	Maladie de Willebrand
	- Ectropion - Cancer du col de l'utérus - Cervicite	- Contraception entraînant une carence œstrogénique - Anticoagulant - DIU
	Maladies de systèmes	Fonctionnelles
	- Hypothyroïdie - LES disséminé aigu - Insuffisance rénale chronique - Insuffisance hépatique	- 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 ...	
	- 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^e intention si: . Suspicion de cancer . Utérus polymyomateux . Kyste ovarien indéterminé ou suspect . Cavité utérine inaccessible en hystérocopie	
	- Hystérocopie 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 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. - 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 ± endométréctomie 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 : endométréctomie - 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"> - endométréctomie 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
------------	--

ITEM 35 : CONTRACEPTION

Contraception : doit être réversible, bien tolérée, peu coûteuse et sans risque majeur pour la patiente
 - Efficacité : **indice de Pearl** = nombre de grossesses accidentelles survenues chez 100 femmes exposées en 1 an

- ↘ le risque : **cancer de l'endomètre, cancer de l'ovaire, cancer colorectal, acné, dysménorrhée, ménorragies fonctionnelles.**

- **Progestatif de synthèse**
 - . 1^{ère} génération : noréthistérone (plus commercialisé depuis 2016)
 - . 2nd génération (**lévonorgestrel** ou **norgestimate**)
 - . 3^{ème} génération (**désogestrel, gestodène, norgestimate**)
 - . Autres : **drosprénone, diénogest, acétate de nomégestrol, acétate de cyprotérone**
- **Ethinylestradiol** = normodosé (n'est plus utilisé) ou minidosé < 40 µg, mono-, bi- ou tri-phasique : associé pour diminuer l'effet androgénique (acné, hirsutisme) et l'impact lipidique

- | | |
|---------------|---|
| <i>Action</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Inhibition de la sécrétion de FSH et LH et blocage de l'ovulation : le progestatif inhibe le pic de LH et la pulsativité de LH-RH, et l'éthinyloestradiol inhibe la sécrétion de FSH et l'activité folliculaire - Autres effets du progestatif : <ul style="list-style-type: none"> . atrophie endométriale . modification de la glaire cervicale (épaisse et moins abondante) |
|---------------|---|

Accident thrombo-embolique	= Veineux (TVP, EP) : risque x 3, maximal la 1 ^{ère} année - ↘ avec la réduction de la dose d'éthinylestradiol à 20 µg ou l'association à un progestatif de 2 nd génération
-----------------------------------	---

Tumoral	- Augmentation du risque de cancer du sein et de cancer de l'utérus (si HPV+) .. très discuté
----------------	---

- | | |
|----------------------|---|
| <i>Inconvénients</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du risque artériel : IDM, AVC ischémique par modification du métabolisme (glucidique, lipidique) + HTA dans 5% des cas. - Problème d'observance (1 femme/5 oublie au moins 1 comprimé/mois) - Inefficacité en cas de vomissement ou diarrhée - Tolérance clinique : saignement inter-menstruel (spotting), baisse de libido, sécheresse vaginale, troubles digestifs, mastodynie, céphalée, prise de poids, dépression - Métabolique : - Modification du métabolisme lipidique (↗ TG et HDLc, ↘ LDLc) <ul style="list-style-type: none"> - Modification minime du métabolisme glucidique (intolérance au glucose) - HTA |
|----------------------|---|

- | | |
|--------------------------|--|
| <i>Contre-indication</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels de thrombose veineuse ou artérielle - FdRCV : tabagisme > 35 ans, diabète mal équilibré ou compliqué, HTA, dyslipidémie, obésité associé à d'autres FdRCV - Thrombophilie génétique ou acquise - Migraines avec aura - Antécédent de cancer de sein ou de cancer de l'endomètre - Autres : Méningiomes, lupus, lithiase biliaire ou hépatique |
|--------------------------|--|

- | | |
|----------------------|---|
| <i>Mise en place</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminer à l'interrogatoire des CI - Rechercher la prise de médicaments inducteurs : <ul style="list-style-type: none"> . Fortement inducteur : antiépileptiques (lamotrigine++), ARV, rifampicine, millepertuis, bosentan) . Faiblement inducteur : griséofulvine, modafinil, méprobamate . Aprépitant - Examen mammaire, pelvien (non obligatoire si 1^{ère} consultation), IMC, TA - BAL et glycémie si FdRCV |
|----------------------|---|

- | | |
|--------------|---|
| <i>Suivi</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Suivi clinique à 3M puis 1/an : poids, IMC, TA, acné, examen des seins et du col, FCU si > 25 ans - Bilan lipidique et glycémie : - Sans FdRCV : à 3 mois après le début, puis répété tous les 5 ans <ul style="list-style-type: none"> - Avec FdRCV ou âge > 35ans : dosage pré-thérapeutique - Bilan de thrombophilie si antécédents thromboemboliques familiaux < 45 ans |
|--------------|---|

CONTRACEPTION OESTROPROGESTATIVE

Pilule oestro-progestative

		Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation le 1^{er} jour des règles (ou jusqu'à J5) avec efficacité immédiate (si initiation après le 5^{eme} jour → rapports protégés pendant 7 jours (quick start) après vérification d'absence de grossesse - 1^{er} comprimé le 1^{er} jour des règles, puis 1 comprimé/jour à heure fixe pendant 21 jours, puis arrêt de 7 jours (hémorragie de privation) et reprise du cycle 21 jours + arrêt de 7 jours - Oubli : Prendre le comprimé oublié immédiatement et continuer la plaquette normalement - > 12h : <ul style="list-style-type: none"> . Contraception d'urgence : si rapport à risque < 5 jours ou oubli de 2 cp . Contraception locale jusqu'à la fin de plaquette . Si 7 derniers comprimés : enchaîner avec la plaquette suivante sans interruption
Oestroprogestatif	Autres		<ul style="list-style-type: none"> = Mêmes mécanisme d'action, effets indésirables et contre-indications que la pilule oestroprogestatif - Avantage : meilleure observance, effet local de l'anneau vaginal en cas de trouble trophique - Inconvénient : non remboursé, sur-risque thromboembolique par rapport aux pilules de 2nd génération
		Patch contraceptif	<ul style="list-style-type: none"> = Evra® : patch posé 1 fois par semaine pendant 3 semaine, puis arrêt pendant 7 jours - Combine éthinyloestradiol + progestatif de 3^{ème} génération = risque thrombo-embolique x 2 par rapport à une pilule de 2nd génération
		Anneau vaginal	<ul style="list-style-type: none"> = Nuvaring® : anneau en plastique souple placé dans le vagin, diffusion transvaginale, laissé en place pendant 3 semaines puis retiré 7 jours - Risque thrombo-embolique ≈ pilule de 2nd génération
CONTRACEPTION PROGESTATIVE	Pilule micro-progestative		<ul style="list-style-type: none"> = Contraception de 2nd intention, en cas de CI cardiovasculaire ou métabolique aux oestroprogestatifs - Microval® (lévonorgestrel) : faible tolérance à l'oubli (3h), remboursé - Cerazette® (désogestrel) : bonne tolérance à l'oubli (12h), non remboursé
		Action	<ul style="list-style-type: none"> - Action contraceptive périphérique : modification de la glaire cervicale, endométriale et de la mobilité tubaire → la contraception par Microval® est un FdR de GEU - Action anti-gonadotrope : inhibition du pic de LH (pour le désogestrel)
		CI	<ul style="list-style-type: none"> - Tumeur sensible aux progestatifs : cancer du sein et cancer de l'endomètre - Pathologie hépatique sévère - Antécédents de GEU - Accident thrombo-embolique en cours (par précaution) - Kystes fonctionnels à répétition
		EI	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles du cycle : métrorragie, spotting, aménorrhée - Hyperœstrogénie relative : mastodynie, acné, hirsutisme - GEU - Kystes fonctionnels
		Modalité	<ul style="list-style-type: none"> - 1 comprimé/jour à heure fixe en continu (même pendant les règles) - A la mise sous Microval® : associée à une contraception locale pendant 14 jours
	Implant sous-cutané Nexplanon		<ul style="list-style-type: none"> = Délivre en continue de l'étonogestrel, inséré en sous-cutané à la face interne du bras sous AL - Efficace pendant 3 ans (2 ans ½ si IMC > 27, 2 ans si IMC > 29), indice de Pearl le plus faible = 0,05% - Mise en place : <ul style="list-style-type: none"> . Isolée le 1^{er} jour des règles ou < J7 du cycle . Associé à une contraception locale pendant 7 jours si mise en place > J7 du cycle
	Macro-progestatif		<ul style="list-style-type: none"> = Dérivés de la progestérone à forte dose (prégnane = Lutéron®, norprégnane = Surgestone®) - Indications : <ul style="list-style-type: none"> . Troubles péri-ménopauses (hyperœstrogénie) . Traitement hormonal substitutif . Age > 40 ans . Pathologies œstrogéno-dépendantes (mastopathies bénignes, endométriose, myome, hyperplasie endométriale) - Effet anti-gonadotrope et effet périphérique des progestatifs - Prise de J5 à J25 du cycle : action anti-gonadotrope avec vrai blocage de l'ovulation - CI : pathologie hépatique évolutive, cancer du sein, méningiome... - Aucune AMM comme contraceptif : effet contraceptif si pris pour une autre indication → Aucun effet contraceptif si prise sur 10 jours/cycle - EI : troubles du cycle menstruel, spotting, aménorrhée, hypo-œstrogénie (troubles de la libido et de l'humeur, sècheresse vaginale...)
	Injectable		<ul style="list-style-type: none"> = Dépo-Provéra® : injection IM tous les 3 mois, peu utilisé (risque d'ostéopénie, mauvaise tolérance)

DISPOSITIF INTRA-UTERIN	<p>= Méthode contraceptive de 1^{ère} intention, notamment chez la multipare, longue durée d'action = 5 ans</p> <p>- 2 classes : - DIU au cuivre : indice de Pearl = 0,6%</p> <p>- DIU délivrant un progestatif (lévonorgestrel) = Mirena® : indice de Pearl = 0,1%, recommandé aussi en 1^{ère} intention pour le traitement des ménorragies fonctionnelles, adénomyoses, mastodynies et dysménorrhées</p> <p>- Chez la nullipare : DIU progestatif adapté (Jaydess®), laissé en place pour un maximum de 3 ans (<i>DIU de petite taille</i>)</p>			
	Action	<p>- Anti-nidatoire par atrophie endométriale pour les DIU progestatifs</p> <p>- Anticonceptionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> . DIU au cuivre : toxicité du cuivre sur les spermatozoïdes, et inflammation endométriale . DIU progestatifs : modification de la glaire cervicale <p>→ Ne bloque pas l'ovulation : empêche les grossesses intra-utérines mais pas les GEU</p>		
	Modalité	- Pose : asepsie, après hystérométrie (hauteur de la cavité utérine), pendant les règles ou quelques jours après		
	CI	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><i>Absolute</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse existante ou soupçonnée - Infection génitale haute actuelle ou < 3 mois - Cervicite purulente - Malformation utérine majeure - Saignement utéro-vaginal non exploré - Antécédents de GEU - Immunosuppresseurs ou corticoïdes au long cours / Maladie de Wilson (DIU au cuivre) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><i>Relative</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancer du sein - Accident thrombo-embolique évolutif - Insuffisance hépatique sévère </td> </tr> </table>	<p><i>Absolute</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse existante ou soupçonnée - Infection génitale haute actuelle ou < 3 mois - Cervicite purulente - Malformation utérine majeure - Saignement utéro-vaginal non exploré - Antécédents de GEU - Immunosuppresseurs ou corticoïdes au long cours / Maladie de Wilson (DIU au cuivre) 	<p><i>Relative</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancer du sein - Accident thrombo-embolique évolutif - Insuffisance hépatique sévère
	<p><i>Absolute</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse existante ou soupçonnée - Infection génitale haute actuelle ou < 3 mois - Cervicite purulente - Malformation utérine majeure - Saignement utéro-vaginal non exploré - Antécédents de GEU - Immunosuppresseurs ou corticoïdes au long cours / Maladie de Wilson (DIU au cuivre) 	<p><i>Relative</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancer du sein - Accident thrombo-embolique évolutif - Insuffisance hépatique sévère 		
	EI	<p>- A la pose (rare) : malaise vagal, perforation utérine, hystérométrie, pose impossible par sténose cervicale, douleurs pelviennes.</p> <p>- Tardifs : - Infection utéro-annexielle dans les 3 semaines suivant la pose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles du cycle : ménorragie (DIU au cuivre), métrorragie, aménorrhée - GEU 		
Retrait	- Grossesse (risque d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré), saignements excessifs			
Contraception locale	<p>- Préservatif masculin = méthode de choix si partenaires occasionnels ou multiples (prévention des IST), au mieux couplée à une pilule contraceptive : mauvaise observance, peu efficace</p> <p>- Préservatif féminin : contraception et protection des IST, à usage unique</p>			
Méthode naturelle	<p>= Retrait, courbe de température, méthode d'Ogino-Knaus (abstention de J7 à J21), méthode de Billings (selon la qualité de la glaire cervicale), tests d'ovulation</p> <p>- Efficacité mauvaise (indice de Pearl = 1 à 9), à ne pas conseiller</p>			
Stérilisation tubaire	<p>= irréversible, aucune contre-indication</p> <p>- Dépénalisée en 2001 : personne majeure, pratiqué dans un établissement de santé, demande écrite et signée de la patiente et du médecin, information écrite et orale de la patiente, remettre le livret d'information du Ministère de la Santé et une attestation de consultation, délai de réflexion de 4 mois, confirmation par écrit lors d'une seconde consultation</p> <p>- Clause de conscience : un médecin est libre de refuser de pratiquer la stérilisation tubaire</p>			
	Méthode	<p>Chez la femme : Sous coelioscopie seulement depuis 2017: Ligature ± section des trompes (pose de clips ou d'anneau, ligature/ section ou électrocoagulation tubaire) : en hospitalisation, efficace instantanément</p> <p>Chez l'homme : vasectomie bilatérale efficace à 3M (spermogramme de contrôle à 3M)</p>		
Changement de contraception	CAT	<ul style="list-style-type: none"> - Si changement d'une POP pour une contraception progestative : à initier dès le jour suivant la dernière prise de pilule active - Si changement d'une contraception progestative pour une POP : à initier dès le jour suivant la dernière prise (s'assurer de l'absence de grossesse si aménorrhée) - Si passage d'un DIU pour une contraception hormonale : débuter la contraception dans les 5 jours suivant le début des règles. 		

CONTRACEPTION D'URGENCE	Lévonorgestrel 1.5 mg	<ul style="list-style-type: none"> = Norlevo® : aucune contre-indication - En vente libre sans ordonnance, gratuit pour les mineurs, remboursé à 65% si prescription médicale - Prise orale d'1 cp en 1 prise, le plus tôt possible < 72h après le rapport sexuel non protégé - Efficacité d'autant plus importante que la prise est précoce - A renouveler en cas de vomissements dans les 3h suivant la prise - Survenue normalement d'un saignement → test de grossesse en cas d'absence
	Acétate d'ulipristal 30mg	<ul style="list-style-type: none"> = Ellaone® (AMM depuis 2009) : modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone → inhibe l'ovulation et altère l'endomètre, provoque des règles dans 80% des cas - CI : asthme sévère, insuffisance hépatique - Efficacité meilleure (2-3 x Norlevo®), jusqu'à 5 jours après le rapport - Coût élevé (24€), remboursé à 65%, gratuit si mineure, uniquement sur ordonnance ou par CPEF
	DIU	= Pose de DIU dans les 5 jours : méthode la plus efficace (0,1% d'échec), surtout chez la femme obèse
	Suite	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports protégés jusqu'aux règles suivantes, prévoir la contraception future ± bilan IST - En cas de doute (retard de règle > 5 jours, saignement anormaux) : dosage d'hCG

CONTRACEPTION EN POST-PARTUM								
		Accouchement	3 semaines	4 semaines	6 semaines	3 mois	6 mois	
Contraception locale								
DIU								
Sans allaitement	Micro-progestatif							
	Œstroprogestatif		En l'absence de FdR de MTEV					
Allaitement	Micro-progestatif							
	Œstroprogestatif							
	MAMA							