

Hémorragie génitale chez la femme (item 243)

Objectifs :

Diagnostiquer une hémorragie génitale chez la femme.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier son suivi.

Introduction

Les hémorragies génitales représentent un des motifs de consultation les plus fréquents en gynécologie. La première étiologie à rechercher chez la femme jeune est la grossesse. Le plus souvent ces hémorragies génitales sont liées à un trouble hormonal.

I. Quels sont les différents types d'hémorragies génitales ?

Les hémorragies génitales sont les pertes de sang provenant de l'appareil génital féminin et extériorisées par l'orifice vulvaire et qui ne sont pas des règles normales.

On distingue :

Les hémorragies génitales basses Ces sont les saignements en provenance de la partie basse de l'appareil génital. On distinguera les hémorragies vulvaires, les hémorragies vaginales et les hémorragies cervicales. Pour ces dernières, il est classique de rattacher les hémorragies de la partie visible du col aux hémorragies génitales basses et les hémorragies de l'endocol aux hémorragies génitales hautes.

Les hémorragies génitales hautes Par définition ce sont les saignements en provenance de la cavité utérine, extériorisés par le col. Il est habituel de classer ces saignements en fonction de leur survenue par rapport aux règles.

Les ménorragies

sont les saignements contemporains des règles.

Rappel :

Les règles normales

La durée des règles normales se situe entre 3 et 6 jours et l'abondance entre 50 et 80 ml. Classiquement les règles sont plus abondantes les 3 premiers jours et moins abondantes ensuite. Le sang des règles normales est incoagulable.

Les saignements anormaux pendant les règles

Les ménorragies Ceux sont les anomalies du cycle menstruel par augmentation de la durée ou de l'abondance des règles. Par définition les ménorragies concernent les patientes en âge de procréer et non enceintes puisque réglées.

Les polyménorrhées Ceux sont les règles avec anomalies de la durée et de l'abondance.

Les hyperménorrhées Les règles sont de durée normale mais trop abondantes (> 80 ml).

Autres termes plus rarement utilisés :

Les macroménorrhées Les règles sont trop longues mais d'abondance normale (> 6 jours).

Les pollakiménorrhées Les règles sont trop fréquentes, donc les cycles sont trop courts.

Les métrorragies

Par opposition aux ménorragies, ce sont les hémorragies génitales hautes survenant en dehors des règles.

On peut classer les métrorragies de différentes manières :

Des hémorragies sans caractère cyclique voire des hémorragies provoquées par un contact (examen médical, traumatisme ou rapport sexuel) et des hémorragies cycliques dont trois aspects sont fréquents :

- les saignements vers le 14^e jour au moment de l'ovulation,
- les saignements précédant les règles, souvent associés à un cortège fonctionnel plus complet du syndrome prémenstruel et directement liés à l'insuffisance lutéale
- ou les saignements en période post-menstruelle sous forme de règles traînantes liées à la carence oestrogénique en début du cycle.

En réalité, il existe fréquemment des ménométrorragies associant des saignements au moment des règles et en dehors des règles.

II. Quelle est la stratégie diagnostique de première intention en présence d'une hémorragie génitale survenant chez une femme jeune ?

Le premier réflexe est de rechercher une grossesse intra-utérine ou une pathologie du 1^{er} trimestre de grossesse (c.f. QCM).

Il faudra au minimum :

- vérifier la date des dernières règles,
- examiner la femme,
- doser les beta HCG,
- au moindre doute réaliser une échographie.

Les étapes diagnostiques sont les suivantes (après avoir écarté le diagnostic de grossesse) :

Interrogatoire :

- âge,
- antécédents familiaux : tr. hémostase,
- antécédents médicaux et chirurgicaux : curetage, coelioscopie, GEU, fibrome,
- antécédents gynéco-obstétricaux : âge des premières règles, troubles des règles, contraception actuelle, traitements en cours (hormonaux ou autres), fibrome, endométriose, DIU, salpingite, MST,
- caractères du saignement : circonstances d'apparition des saignements et leur relation chronologique avec les règles, ancienneté des troubles, date des dernières règles, mode de début, abondance, durée, calendrier, ...,
- signes de gravité : pâleur, malaise, douleurs vives => prise en charge urgente,
- signes d'accompagnement : douleurs, dyspareunie, signes sympathiques de grossesse, leucorrhées,

Examen clinique :

- général : témoin d'une anémie aiguë (TA, pouls, conjonctives) => prise en charge urgente,
- seins : tendus (grossesse ?),
- abdomen : souple ou météorisé, douleur provoquée, défense, contracture, masse abdomino-pelvienne,

- gynécologique :

o Après une inspection de la vulve et du périnée, l'introduction du spéculum permet une exploration du col utérin et la réalisation éventuelle du frottis de dépistage (en l'absence de saignement). On identifie sous spéculum l'origine et abondance du saignement. Les parois vaginales sont examinées au retrait du spéculum,

o Toucher vaginal :

* Taille de l'utérus, douleur à la mobilisation,

* Perception des annexes, douleurs, empâtement, masse,

* Douleur et nodules au niveau du cul de sac de Douglas ?

o Dans certains cas un toucher rectal peut être nécessaire pour apprécier la face postérieure de l'utérus, les ligaments utéro-sacrés et le cul-de-sac de Douglas.

Au terme de l'interrogatoire et l'examen clinique, il existe plusieurs situations :

- Une cause est évidente :

o DIU en cours d'expulsion ou endométrite associée (c.f. cours DIU),

o Salpingite (c.f. cours Salpingite),

o Utérus fibromateux perçu cliniquement mais tous les fibromes n'entraînent pas des saignements (c.f. cours FIBROME),

o Cancer du col utérin : col bourgeonnant , femme non suivie (c.f. cours cancer du col utérin),

NB. En cas de lésion cervicale visible le frottis cervical n'est pas indiqué. Il convient de faire une biopsie en vue du diagnostic anatomo-pathologique.

Le plus souvent l'examen clinique permet de hiérarchiser les explorations paracliniques utiles au diagnostic.

o Bilan biologique (nécessaire pour éliminer le diagnostic de grossesse, quantifier une anémie ou rechercher un syndrome inflammatoire ou un trouble de la coagulation : NFS, Groupe et Rhésus, +/- HCG, +/- facteurs de coagulation),

o Echographie pelvienne et endovaginale : Elle permet une exploration très précise de l'endomètre, de la cavité utérine, du myomètre et des ovaires. Du fait de la simplicité de sa réalisation à tout moment du cycle et de son innocuité, il s'agit d'un examen de première intention qui fournit des éléments d'orientation pertinents pour les fibromes, les tumeurs annexielles et les polypes.

o Les examens anatomo-pathologiques :

* Le frottis cervical est un examen de dépistage. Il ne devrait pas être prélevé au cours d'un saignement qui peut en gêner l'interprétation. Il n'est pas indiqué en cas de lésion cervicale visible qui doit faire l'objet d'une biopsie en vue du diagnostic anatomo-pathologique.

* Les prélèvements histologiques de la muqueuse endométriale réalisés soit par aspiration, pipelle de Cornier, sonde de Karman, canule de Novak ou par curetage sont pratiqués en aveugle. Leur sensibilité varie de 70 à 95 % pour le diagnostic de cancer. Après la ménopause l'atrophie endométriale explique les prélèvements fréquemment insuffisants ou ininterprétables. Les prélèvements dirigés par l'hystérocopie ou le curetage réalisés sous anesthésie générale constituent des explorations plus fiables.

o L'hystérocopie diagnostique peut être réalisée en ambulatoire sans anesthésie. L'hystérocopie renseigne sur l'état de l'endomètre (atrophie ou hypertrophie), les polypes et les fibromes intracavitaires dont elle précise le nombre, la localisation et le volume. Le diagnostic d'adénomyose est plus difficile à poser. Les aspects hystérocopiques du cancer de l'endomètre sont très variables (ulcération, végétation, aspect polypoïde) dont l'hystérocopie peut guider le prélèvement histologique, préciser l'extension en surface mais elle ne permet pas d'apprécier l'atteinte en profondeur.

o D'autres examens complémentaires sont réalisés en fonction des orientations étiologiques.

* Les prélèvements bactériologiques cervico-vaginaux ou la mise en culture du dispositif intra-utérin sont faits lorsqu'on suspecte une cause infectieuse.

* L'IRM et le scanner peuvent utilement préciser la nature d'un kyste de l'ovaire et compléter le bilan d'extension des pathologies cancéreuses, cervicales, endométriales (rares à cet âge) et ovariennes.

- **une pathologie du myomètre responsable de ménorragies** : fibrome sous-muqueux => Hystérocopie ou Hystérosonographie puis traitement chirurgical par endoscopie,
- **une adénomyose** de diagnostic plus difficile à l'échographie : endométriose interne localisée au niveau de la paroi utérine => intérêt de l'IRM puis traitement hémostatique en créant une aménorrhée ou par hystérectomie (en fonction de désir de grossesse), Pour certaines formes d'adénomyose très superficielles une résection endométriale totale peut s'avérer efficace.
- **une pathologie de l'endomètre** : hypertrophie de l'endomètre, polype muqueux, polype de l'endocol accouché par le col, rarement un cancer de l'endomètre à cet âge => Hystérocopie ou Hystérosonographie puis curetage et/ou traitement progestatifs,
- **une pathologie tubaire** : pyosalpinx (ménorragies dans 40% des cas) => Coelioscopie, et/ou antibiothérapie.
- **une pathologie ovarienne** : kyste de l'ovaire ou tumeur sécrétante => Coelioscopie. - si l'échographie pelvienne est normale, on pourra pratiquer une IRM ou plutôt un traitement d'épreuve par progestatifs du 15 au 25ème jour du cycle ou du 5 au 25ème jour du cycle en cas de désir d'une contraception.

III. Quelles sont les possibilités thérapeutiques en urgence ?

- hémostatiques : Dicynone* (6cp/j), Hémo-caprol* (1ampoule/6heures),
- utérotoniques : Méthergin* XX gouttes 3 fois par jour ou Cytotec* (2cp 3 fois par jour),
- progestatifs de synthèse : Orgamétil*(2-3 cp/j), Lutenyl*, Surgestone*,
- oestrogène conjugué par voie intraveineuse relayé par un cycle artificiel,
- parfois, curetage hémostatique d'emblée,
- exceptionnellement un geste chirurgical invasif sera réalisé en urgence ; dans ces situations, on pourra discuter un traitement hémostatique par embolisation.

Le traitement sera ensuite étiologique.

IV. Quelles sont les causes hormonales à l'origine de ménométrorragies ?

Hémorragies intermenstruelles : Elles apparaissent au point le plus bas de la courbe thermique, sont peu abondantes, souvent associées à une douleur unilatérale discrète ; elles ne nécessitent pas de traitement.

Saignement prémenstruels : elles font partie du syndrome prémenstruel et correspondent à une insuffisance lutéale. Elles sont peu abondantes. Le traitement est basé sur des progestatifs du 15 au 25ème jour du cycle ou du 5 au 25ème jour du cycle en cas de désir d'une contraception.

Saignements postmenstruels : elles correspondent le plus souvent à une insuffisance oestrogénique en début de cycle. Le traitement consiste à la compenser par des oestrogènes les 7 à 10 premiers jours du

cycle.

Causes iatrogènes : La prise progestative continue, l'arrêt prématuré de la pilule, sa prise irrégulière, la teneur inadaptée en oestrogène ou l'équilibre oestroprogestatif inadapté sont les causes principales.

- sous oestroprogestatifs : spotting sous pilule,
- sous progestatifs : métrorragies liées à une atrophie de l'endomètre.

V. Quelle est la CAT en cas de métrorragies en post-ménopause ?

Les principales étiologies sont :

- Il faudra toujours craindre l'existence d'un **cancer de l'endomètre** à cette période de la vie génitale
 - o Saignement sans caractéristiques cliniques,
 - o Recherche de facteurs de risque (c.f. cours dépistage des cancers de l'endomètre),
 - o Examen clinique : le plus souvent peu démonstratif ; ce cancer saigne à un stade précoce,
 - o L'échographie met en évidence une muqueuse épaisse (> 5mm), hétérogène,
 - o L'hystérocopie et le curetage permettent de faire le diagnostic (c.f. cours cancer de l'endomètre).
- La chirurgie première représente la base du traitement du cancer de l'endomètre. Elle est essentielle pour l'évaluation pronostique. Elle permet une stadification grâce à l'exploration de la cavité abdominale et des chaînes ganglionnaires, et grâce à l'examen anatomopathologique de pièce opératoire.

- En l'absence de THS :

- o L'atrophie utérine peut être responsable de minimes saignements,
 - " Cliniquement, il existe des signes de carence oestrogénique (atrophie vulvovaginale),
 - " L'échographie met en évidence un endomètre très fin <3 mm,
 - " Une hystérocopie +/- curetage confirmera le diagnostic en cas de doute.
 - o L'hyperplasie endométriale
- Diagnostiquée par biopsie de l'endomètre après suspicion à l'échographie devant une muqueuse hypertrophique,
- En l'absence d'atypie cellulaire un traitement séquentiel progestatif peut être proposé.
- En cas de résultat clinique insuffisant une résection endométriale sous hystérocopie voire une hystérectomie peuvent s'avérer nécessaires. L'endomètre hyperplasique avec atypie cellulaire doit être considéré comme un état pré-néoplasique de l'endomètre. Un cancer intramuqueux ou invasif peut co-exister dans l'endomètre adjacent. Une hystérectomie est nécessaire dans ce cas.
- o Il faudra éliminer la prise d'un produit comportant des oestrogènes.

- En présence d'un THS : La prise irrégulière, l'arrêt prématuré de la pilule, la teneur inadaptée en oestrogène sont des causes à rechercher à l'interrogatoire.

- o Hyperplasie de l'endomètre :
- " diagnostiquée par biopsie de l'endomètre après suspicion à l'échographie devant une muqueuse hypertrophique, " Il traitement oestrogénique trop important => contrôle après 2-3mois d'arrêt du THS. o Fibrome sous-muqueux ou endométriose ré-apparue sous THS :
- " => arrêt du THS 3-6 mois puis contrôle,
- " en cas de disparition des saignements : alternative entre abstention thérapeutique et traitement chirurgical des lésions.

- Plus rarement :

o Tumeurs de la trompe : métrorragies irrégulières et une tumeur annexielle

o Cancer de l'ovaire : métrorragies très inconstantes relèvent soit d'une tumeur hormono-sécrétante bénigne ou maligne (hyperplasie de l'endomètre), soit d'une métastase utérine ou vaginale d'un cancer ovarien de stade avancé. la stratégie thérapeutique dépend de plusieurs paramètres (tableau clinique, aspect échographique, valeur des marqueurs tumoraux). En cas de suspicion de kyste organique bénin, une coelioscopie diagnostique en vue d'une évaluation macroscopique du kyste puis d'une kystectomie intrapéritonéale, d'une ovariectomie ou d'une annexectomie per coelioscopique est recommandée. En cas de suspicion d'une tumeur maligne la laparotomie exploratrice est indiquée en vue d'une stadification précise et d'une exérèse tumorale.

VI. Quelle est la CAT en cas de métrorragies chez l'enfant ?

Les principales étiologies sont :

Parfois :

o Déficits congénitaux en facteurs de la coagulation,

o Thrombopénie congénitale,

o Maladies acquises de l'hémostase,

Plus fréquemment en période postpubertaire immédiate une insuffisance lutéale liée aux anovulations.

Enfin, il faudra rechercher un corps étrangers, un traumatisme de la vulve, de l'hymen, une ulcération thermométrique.

Points essentiels

C'est un motif fréquent de consultation.

Les deux principales étiologies chez les femmes jeunes sont les dysfonctionnements hormonaux et la grossesse.

En période post-ménopausique, il faudra éliminer un cancer de l'endomètre.

Chez l'enfant, il faudra rechercher un traumatisme.

L'examen essentiel est l'échographie pelvienne.

Elle est réalisée par voie abdominale et surtout par voie vaginale.

L'IRM est particulièrement indiquée en cas de suspicion d'adénomyose.

Le traitement dépend de l'étiologie.