

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur M. Tournaire*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XX
publié le 4.12.1996**



*VINGTIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 1996*

LES MÉNOMÉTRORRAGIES CHEZ LA FEMME EN DEHORS DE LA MÉNOPAUSE

L. CRAVELLO*, C. D'ERCOLE, B. BLANC

Marseille

Les hémorragies génitales, pertes de sang provenant de l'appareil génital féminin, représentent une des causes les plus fréquentes de consultation en gynécologie. Les hémorragies peuvent avoir pour origine la partie terminale de l'appareil génital : il s'agit des hémorragies vulvaires et vaginales. Elles peuvent aussi provenir de l'utérus : on parle alors de ménorragies et de métrorragies. On distingue :

a. Les ménorragies, définies par l'existence de règles prolongées et abondantes coïncidant avec des cycles de durée variable. Leur périodicité indiscutable les distingue des métrorragies. On parlera :

– de polyménorrhée en cas de règles à la fois trop abondantes et trop fréquentes (par opposition à la pollakiménorrhée si les règles sont seulement trop fréquentes) ;

– d'hyperménorrhée en cas de règles seulement trop abondantes ;

– de macroménorrhée en cas de règles se prolongeant au-delà de huit jours.

b. Les métrorragies, définies par une hémorragie utérine survenant en dehors d'une période menstruelle.

Une distinction absolue entre ménorragies et métrorragies est arbitraire. De multiples étiologies se traduisent indistinctement par l'un ou l'autre de ces troubles du cycle menstruel. On est donc souvent amené à parler de ménométrorragies. Quelle que soit l'étiologie de l'hémorragie

*Service de Gynécologie-Obstétrique B. Hôpital de la Conception
147, bd Baille - 13385 MARSEILLE CEDEX 5

génitale, l'interrogatoire et l'examen clinique doivent être conduits de façon méthodique, afin de préciser l'origine des saignements et les explorations paracliniques utiles au diagnostic.

I. INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE

I.1. L'interrogatoire

Il doit faire préciser :

- les circonstances d'apparition des troubles hémorragiques : règles abondantes, prolongées ou métrorragies survenant au cours du cycle sans aucune périodicité ;
- l'ancienneté du trouble ;
- l'importance de l'hémorragie ;
- la durée des règles, leur rythmicité antérieure ;
- les signes d'accompagnement : expulsion de caillots, douleurs coliques ;
- le retentissement éventuel sur l'état général ;
- les antécédents : épisodes de la vie génitale et obstétricale, interruption volontaire de grossesse, accouchement, avortement.
- la contraception actuelle ; pilule œstroprogestative, mini ou normodosée, progestatif ou micropilule, stérilet ;
- les traitements déjà pris ou en cours et leur efficacité.

I.2. L'examen clinique

Il doit être réalisé de façon méthodique et explorer tous les étages de l'appareil génital : après examen de la vulve et du périnée, introduction atraumatique d'un spéculum. exploration du col utérin, des parois vaginales, réalisation d'un frottis cervico-vaginal de dépistage, d'un prélèvement et d'une coloscopie si cela s'avère nécessaire. Le TV doit préciser la situation et le volume de l'utérus et des annexes. Il sera parfois complété par un TR pour apprécier la face postérieure de l'utérus, les ligaments d'amarage du col utérin et le cul-de-sac de Douglas.

I.3. Les examens complémentaires

Ils ne doivent pas être réalisés de façon systématique mais proposés selon un ordre hiérarchique en l'absence d'un examen clinique informatif.

I.3.1. L'échographie pelvienne et endo-vaginale

L'échographie pelvienne sus-pubienne doit préciser les contours de l'appareil génital et vérifier l'absence de lésion annexielle. L'échographie vaginale utilise une sonde haute fréquence de 5 à 7,5 MHz, et permet une exploration très précise de l'endomètre, de la cavité utérine, du myomètre, et des ovaires [1, 2]. L'évaluation de l'épaisseur endométriale se fait en mesurant les 2 couches de l'endomètre. L'échographie endo-vaginale doit être réalisée si possible vers le 12-13^e jour du cycle. L'utilisation d'un contraste liquidien permet de préciser les caractères d'une lésion intracavitaire. Du fait du contraste échographique existant entre le liquide et les parois utérines, l'exploration du revêtement intracavitaire est améliorée [3]. Le sérum physiologique représente un excellent milieu de contraste [4, 5]. Le Doppler-couleur couplé à l'échographie permet une étude de la vascularisation utéro-ovarienne.

Les avantages de l'échographie vaginale sont les suivants :

- examen simple, complément direct de l'examen clinique; il peut être réalisé à tout moment, y compris en période hémorragique;
- examen indolore;
- examen explorant l'endomètre, le myomètre, les ovaires, le cul-de-sac de Douglas.

Les limites de l'échographie vaginale sont les suivantes :

- examen opérateur et matériel dépendant;
- examen n'explorant pas les trompes (sauf en cas de dilatation pathologique);
- faux-positif possible en cas de caillot intracavitaire;
- examen méconnaissant souvent l'adénomyose.

Les images observées en échographie vaginale sont les suivantes :

- atrophie de l'endomètre : endomètre fin, hyperéchogène, de moins de 5 mm dans toute la cavité;
- polype endométrial : formation arrondie ou ovoïde, déformant peu la cavité et n'absorbant pas les ultrasons;
- fibrome intracavitaire : formation arrondie intracavitaire absorbant les ultrasons.

Le diagnostic différentiel exact entre fibrome intracavitaire et polype endométrial est parfois difficile en échographie, nécessitant une hystéroscopie ;

- pathologie intramurale : fibrome interstitiel, adénomyose utérine. L'adénomyose est de traduction échographique inconstante : lésions

anéchoïques de quelques millimètres de diamètre, bordées par un fin liséré hyperéchogène et situées en plein myomètre [6].

– cancer de l'endomètre : endomètre épais, inhomogène, à limites plus ou moins nettes. Le Doppler-couleur montre une hypervascularisation de la muqueuse et éventuellement du myomètre. Au niveau de l'artère utérine, trop en amont de la tumeur, le résultat est peu significatif.

Du fait de la simplicité de sa réalisation à tout moment du cycle et de son innocuité, l'échographie est l'examen de première intention dans les troubles hémorragiques du cycle. L'échographie vaginale a toutefois l'inconvénient de n'offrir qu'un champ d'exploration limité en profondeur (6 cm environ). De ce fait, l'étude des lésions pelviennes volumineuses relève préférentiellement de l'échographie classique par voie abdominale sus-pubienne.

1.3.2. L'hystérosalpingographie

L'hystérosalpingographie est encore l'exploration la plus souvent réalisée en pratique. Il s'agit d'un examen non agressif, réalisé en ambulatoire, qui consiste à injecter un produit de contraste faiblement iodé dans la cavité utérine, de l'endocol jusqu'aux cornes, puis dans les trompes. Réalisée en dehors des saignements, en phase folliculaire, l'hystérogographie permet de reconnaître les lésions organiques de l'endocol et de la cavité utérine, les diverticules d'adénomyose et d'explorer parfaitement les trompes. Elle ne fournit qu'inconstamment des renseignements indirects sur l'état du myomètre. Il s'agit d'un examen facilement réalisable, fournissant un document de base et ne demandant pas une spécialisation particulière. Par contre, son interprétation doit être rigoureuse. L'hystérogographie fournit un résultat exact dans 70 % des cas [7]. Toutefois, cet examen peut être douloureux ou de réalisation délicate dans certaines circonstances (nulligeste, sténose cervicale). Par ailleurs, l'hystérosalpingographie ne « visualise » pas directement les lésions et ne permet pas de prélèvement anatomopathologique.

1.3.3. L'hystéroscopie

Plusieurs instruments sont disponibles : hystéroscopes rigides de 5,2 - 4 - 2,5 mm, hystérofibrosopes de 4,9 - 3,5 mm, minisopes de 2,5 - 1,2 mm. Pour conserver son caractère non invasif, l'hystéroscopie diagnostique doit être faite en ambulatoire, sans anesthésie. Elle peut être réalisée au gaz carbonique qui permet une distension de la cavité utérine. Il est indispensable de respecter les normes de sécurité pour l'insufflation (pression et débit autorégulés). L'utilisation du sérum physiologique comme milieu de distension est sans danger, et n'expose pas aux potentielles complications graves du gaz carbonique, représentées essentiellement par les embolies gazeuses [8, 9, 10].

Les points faibles de l'hystérocopie diagnostique sont les suivants :

- examen opérateur dépendant, nécessitant une formation spécifique ;
- réalisation impossible en période hémorragique ;
- absence de visualisation des trompes ;
- possible examen incomplet (absence de visualisation des ostiums tubaires ou de l'endocol) pouvant aboutir à de fausses interprétations.

Les images observées en hystérocopie sont les suivantes :

– atrophie de l'endomètre : l'endomètre est fin et pâle, la visualisation complète de la cavité est facile ; l'hystérocopie permet une excellente évaluation de l'atrophie de l'endomètre ;

– hypertrophie de l'endomètre : l'hypertrophie de l'endomètre est une notion anatomique bien explorée par l'hystérocopie, le diagnostic d'hyperplasie reposant sur l'analyse histologique. L'hystérocopie permet une exploration minutieuse de l'endomètre et oriente les prélèvements biopsiques ;

– polype et fibrome intracavitaire : il s'agit de formations arrondies intracavitaires, régulières, plus ou moins vascularisées. L'hystérocopie permet de déterminer leur nature exacte, leur nombre, leur localisation et leur volume ;

– cancer de l'endomètre : l'aspect hystérocopique est variable : forme ulcérée, végétante, polypoïde. Les lésions de petite taille sont accessibles au diagnostic hystérocopique. Si le diagnostic d'extension en surface est facile, l'appréciation de l'atteinte en profondeur du myomètre est impossible. Celle-ci doit être faite par d'autres moyens paracliniques (imagerie par résonance magnétique).

L'hystérocopie est très performante dans la pathologie myomateuse, dans l'évaluation de la forme globale de la cavité, et dans l'adénomyose [11]. Par contre, l'hystérocopie est plus discriminante dans la pathologie proliférante de l'endomètre : polypes, néoplasies [12, 13, 14].

1.3.4. Les prélèvements anatomopathologiques

a. Le frottis de l'endomètre

Le frottis de l'endomètre n'est pas le test le plus adapté pour les patientes qui saignent en périménopause ; une bonne indication reste le cas des patientes chez qui la biopsie est particulièrement difficile en raison d'une sténose de l'orifice externe du col. L'obstacle principal est représenté par le fait que l'endomètre desquamé peu. Ceci explique le nombre important de frottis ininterprétables, de faux positifs en rapport avec une inflammation, et de faux négatifs [15, 16].

b. La biopsie de l'endomètre

Elle peut être réalisée au moyen de la canule de Novak, de la pipelle de Cornier ou d'une vacurette n°4 qui permet des prélèvements endomé-

triaux par aspiration. Les prélèvements à la pipelle et à la vacurette sont moins douloureux que les biopsies à la canule de Novak. Leur lecture est plus facile que celle des frottis d'endomètre car il s'agit de prélèvements histologiques et non cytologiques [17]. Toutefois, la biopsie à l'aveugle peut passer à côté d'un cancer de l'endomètre de petite taille ou d'une hyperplasie atypique focale, en particulier dans les lésions qui se développent sur une atrophie. L'hystérocopie diagnostique permet d'orienter le prélèvement si la lésion est localisée. En cas de doute, il faut procéder à un curetage sous anesthésie générale ou à des prélèvements d'endomètre au résecteur hystérocopique.

II. LES HÉMORRAGIES GRAVIDIQUES

Il est fondamental de rechercher si les hémorragies ne sont pas d'origine gravidique. L'interrogatoire, l'étude des antécédents et l'examen clinique suffisent habituellement pour affirmer la grossesse. La confirmation de la grossesse est fournie par le dosage qualitatif de l'hCG plasmatique. Sa positivité traduit la présence d'une activité trophoblastique, donc d'une grossesse. L'existence de saignements chez une femme présentant un dosage d'hCG plasmatique positif implique la réalisation systématique d'une échographie pelvienne et la détermination du taux d'hCG par méthode quantitative. L'échographie endo-vaginale permet une analyse plus fine que l'échographie sus-pubienne et doit être préférée si les conditions matérielles sont réunies. Dans certaines circonstances caricaturales (grossesse extra-utérine rompue avec hémopéritoine massif et collapsus, avortement spontané hémorragique avec produit d'expulsion dans le col ou le vagin), la pratique d'examens paracliniques est impossible (ou superflue). Mais dans la majorité des situations, l'orientation diagnostique repose sur l'association examen clinique - dosage de l'hCG - échographie pelvienne.

À partir de ces 3 éléments, un diagnostic peut le plus souvent être formulé : métrorragies associées à une grossesse intra-utérine évolutive, grossesse intra-utérine arrêtée, grossesse extra-utérine, ou exceptionnellement môle hydatiforme.

Parfois, le doute diagnostique persiste :

– la localisation de la grossesse est possible, mais l'évolutivité douteuse : la présence d'un sac ovulaire intra-utérin élimine de façon quasi-formelle une grossesse extra-utérine (l'association des 2 localisations est exceptionnelle : 1/30 000 grossesses). Si le sac est petit, sans embryon

visible, l'évolutivité de la grossesse doit être affirmée par un contrôle échographique à distance ou par un nouveau dosage d'hCG quantitatif;

– la localisation de la grossesse est impossible : l'échographie ne retrouve ni sac intra-utérin (utérus vide), ni image anormale latéro-utérine. Plusieurs éventualités sont à envisager :

- grossesse trop jeune pour que le sac ovulaire soit visible en échographie (grossesse de moins de 6 semaines d'aménorrhée);
- avortement complet sans rétention trophoblastique (avortement spontané très précoce);
- petite grossesse extra-utérine sans expression échographique.

Dans de telles circonstances, la surveillance clinique étroite avec répétition des examens (taux quantitatif d'hCG, échographie) trouve une place privilégiée. Par sonde vaginale, le sac ovulaire est habituellement visualisé lorsque le taux d'hCG est supérieur à 1500 UI/l. Un utérus vide pour un tel taux (surtout si ce taux stagne) doit faire évoquer une grossesse extra-utérine. Par contre, si l'on assiste à une décroissance franche du taux d'hCG à plusieurs examens successifs, le diagnostic d'avortement précoce devient plus que probable. En raison de la fréquence des formes trompeuses et cliniquement atypiques de grossesse extra-utérine, une surveillance et une poursuite des explorations sont indispensables tant que la localisation de la grossesse n'a pas été formellement établie. En cas de doute, la coelioscopie reste le maître examen pour le diagnostic de grossesse extra-utérine.

III. LES HÉMORRAGIES EN DEHORS DE LA GROSSESSE

L'élimination d'une grossesse (par l'interrogatoire, l'examen clinique et le dosage de l'hCG plasmatique) est bien entendu un préalable indispensable.

Il est nécessaire de distinguer les ménorragies et les métrorragies.

III.1. Les ménorragies

Il s'agit de règles anormalement abondantes mais de durée normale. Elles sont habituellement d'apparition secondaire. Elles sont provoquées par une desquamation endométriale excessive conséquence d'une hypertrophie de l'endomètre. L'abondance des règles est liée à la surface de l'endomètre hypertrophique et à sa desquamation anarchique, du fait probablement d'une insuffisance de sécrétion progestéronique associée.

Elles traduisent souvent un déséquilibre de la séquence estro-progestative et en dehors d'un examen clinique informatif (fibrome utérin, masse annexielle), elles ne justifient en première intention aucune exploration paraclinique. Le traitement doit être symptomatique. Il consiste à prescrire un progestatif en 2^e phase de cycle de manière à rétablir la séquence hormonale normale. Il faut proposer un progestatif possédant une action antiestrogénique puissante, un pouvoir lutéomimétique important, une affinité puissante vis-à-vis du récepteur de la progestérogène. Le progestatif doit être dénué d'activité androgénique et entraîner peu d'effet métabolique. Les dérivés de la nor-progestérogène, pregnanes et norpregnanes, répondent à ces critères.

Les progestatifs doivent être prescrits du 16^e au 25^e jour du cycle ; en l'absence de réponse favorable la posologie peut être augmentée du 10^e au 25^e jour du cycle. En cas de désir de contraception ils doivent être prescrits du 5^e au 25^e jour du cycle. Le traitement doit être poursuivi pendant plusieurs cycles. En cas d'échec, il est nécessaire de réaliser un bilan étiologique. L'échographie pelvienne et endovaginale représente la première exploration à proposer car elle précise l'état de l'appareil génital et tout particulièrement de l'utérus et de l'endomètre.

III.2. Les métrorragies

Les causes de métrorragies en dehors de la grossesse se répartissent en 3 groupes : les métrorragies d'origine organique liées à une lésion de l'appareil génital, les métrorragies fonctionnelles secondaires à un déséquilibre estro-progestatif, les métrorragies de cause générale.

III.2.1. Les causes organiques

a. Les lésions vulvo-vaginales et cervicales se traduisent habituellement par des hémorragies génitales sans caractère cyclique. Leur diagnostic est en règle générale aisé, car accessible à l'examen au spéculum. Les examens complémentaires sont très faciles à pratiquer : prélèvements bactériologiques, frottis cervico-vaginal, colposcopie, biopsies. Parmi les pathologies rencontrées, citons : la pathologie infectieuse (vulvo-vaginite aiguë, exocervicite et endocervicite), les corps étrangers intra-vaginaux, les lésions traumatiques (plaie de la vulve, de l'hymen, du vagin, en particulier des culs-de-sac, du col utérin), l'adénose vaginale (dans le cadre d'un syndrome du Distilbène®), l'endométriase cervicale (le plus souvent iatrogène), les tumeurs cancéreuses du vagin et du col utérin, les lésions accouchées par le col : polypes muqueux, fibromes (association fréquente à des lésions identiques en situation intracavitaire exclusive).

b. Les causes corporéales sont les suivantes :

– le fibrome utérin : très fréquent, il doit être la première étiologie à évoquer chez une femme de plus de 35 ans qui présente des ménorragies. Le diagnostic est souvent possible dès l'examen clinique, devant un utérus augmenté de volume et déformé. Le nombre, le volume et la localisation des fibromes sont précisés par l'échographie. Les myomes interstitiels entraînent des ménorragies par hyperplasie endométriale associée dans un contexte d'insuffisance lutéale. Les myomes sous-muqueux intracavitaires sont particulièrement hémorragiques, même lorsqu'ils sont de volume modéré ;

– le polype endométrial : anomalie localisée de la muqueuse endométriale, il s'agit d'une lésion strictement intracavitaire, responsable de ménométrorragies. Il peut parfois entraîner des ménorragies ;

– l'endométrite : elle se rencontre dans des circonstances évocatrices (post-partum, post-abortum, post-hystérogaphie). Les hémorragies génitales sont associées à une hyperthermie, des douleurs pelviennes spontanées et augmentées par la mobilisation utérine, des leucorrhées purulentes. Le diagnostic repose sur les prélèvements bactériologiques ;

– le cancer de l'endomètre : il se rencontre dans près de 15 % des cas chez des patientes non ménopausées. Dans les formes précoces, l'échographie pelvienne attire l'attention si l'épaisseur de l'endomètre est anormalement augmentée pour la période considérée du cycle menstruel. Les explorations complémentaires indispensables sont l'hystérogaphie et/ou l'hystérocopie. Le diagnostic positif repose sur le curetage biopsique. L'IRM pelvienne permet d'évaluer l'infiltration en profondeur du myomètre, qui est un des éléments pronostiques essentiels ;

– l'endométriose utérine ou adénomyose : pénétration de glandes endométriales et de chorion cytogène à l'intérieur du myomètre, c'est une affection fréquente qui se rencontre habituellement sur le terrain suivant : patientes de plus de 35 ans, multipares, au passé gynécologique chargé (avortement spontané ou provoqué avec curetage, manœuvres endo-utérines lors d'un accouchement hémorragique, chirurgie utérine). La symptomatologie associe dysménorrhée et ménométrorragies. L'examen clé est l'hystérogaphie qui montre des signes pathognomoniques (diverticules de calibre variable) ou indirects (tuba erecta, rigidité des bords utérins) ;

– le stérilet : les hémorragies peuvent être liées à un déplacement du dispositif intra-utérin, à une endométrite, à une augmentation de la synthèse locale des prostaglandines. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination.

c. Les lésions annexielles pouvant entraîner des hémorragies génitales sont les suivantes :

– la salpingite aiguë : les infections génitales hautes (germes responsables : chlamydiae, mycoplasmes, infections polymicrobiennes) se

traduisent par des métrorragies (souvent peu abondantes), des douleurs pelviennes, un état subfébrile. Doivent être pratiqués un bilan infectieux (prélèvements bactériologiques, NFS, VS, sérologies), une échographie, une cœlioscopie (qui est particulièrement indiquée chez les patientes nullipares) ;

- le cancer de la trompe est une pathologie rarissime (0,1 à 0,5 % des cancers génitaux de la femme) ;

- les tumeurs de l’ovaire : les métrorragies sont très inconstantes. Elles se rencontrent surtout dans les tumeurs endocrines. Le bilan paraclinique (échographie endo-vaginale, marqueurs plasmatiques, éventuellement IRM pelvienne) doit s’efforcer de distinguer les kystes fonctionnels, les kystes organiques bénins et les lésions malignes dont la prise en charge thérapeutique est différente.

III.2.2. Les hémorragies utérines fonctionnelles

Une altération permanente ou accidentelle de l’endomètre provoquée par un déséquilibre hormonal est à l’origine de ces hémorragies. Elles constituent un diagnostic d’élimination que l’on doit évoquer après s’être assuré par l’examen clinique et le bilan paraclinique de l’absence d’étiologie organique. Les altérations endométriales sont liées à un dysfonctionnement du couple hormone-récepteur, qui assure habituellement une maturation régulière de la muqueuse. Elles se rencontrent préférentiellement en période parapubertaire, dans la préménopause et dans les cycles anovulatoires (dys-trophie ovarienne). Les hémorragies fonctionnelles peuvent être :

- contemporaines de l’ovulation : « règles de quinzaine », peu abondantes ;

- prémenstruelles : en rapport avec une insuffisance de sécrétion progestéronique. Les cycles sont courts, le syndrome prémenstruel constant ;

- postmenstruelles : liées à une sécrétion estrogénique insuffisante en début de cycle.

Par analogie, retenons les hémorragies utérines iatrogènes, induites par un traitement mal équilibré :

- estroprogestatifs : arrêt prématuré de la pilule, pilule à faible teneur en estrogènes ;

- progestatifs : *spotting* sous pilule progestative minidosée continue ;

- anticoagulants (anti-vitamines K ou héparine) : toujours éliminer une lésion organique.

Elles sont régressives à l’arrêt du traitement ou à sa correction.

III.2.3. Les causes générales

Les ménorragies de cause générale sont habituellement liées à un trouble de la crase sanguine. Il peut s’agir d’hémopathies acquises avec thrombopénie, de thrombopénies périphériques, de la maladie de

Willebrand, de troubles de la coagulation, d'insuffisance hépatique sévère (cirrhose). Des ménorragies hormonales extra-génitales peuvent se rencontrer dans l'acromégalie et la pathologie thyroïdienne : elles régressent après le traitement du trouble endocrinien. Les ménorragies iatrogènes sont induites par un traitement hormonal mal équilibré : estrogénothérapie isolée, traitement estro-progestatif avec insuffisance d'apport de la séquence progestative : elles doivent régresser à l'arrêt du traitement ou à sa correction. Dans toutes ces situations, la recherche d'une lésion associée de l'appareil génital doit être systématique.

IV. LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET LA HIÉRARCHIE DES EXPLORATIONS PARACLINIQUES

IV.1. Les ménorragies

La survenue progressive de ménorragies ne doit pas nécessairement imposer en première intention la réalisation d'explorations paracliniques. L'interrogatoire doit rechercher l'absence de signes associés pouvant évoquer une étiologie organique ; l'examen clinique doit essentiellement rechercher l'existence d'un gros utérus fibromateux ou d'une masse annexielle. En l'absence d'éléments informatifs, un traitement médical peut être proposé si les ménorragies revêtent un caractère invalidant. Il est préférable de privilégier les progestatifs dérivés de la nor-progestérone. En effet, leur action anti-estrogénique et leur affinité puissante vis-à-vis des récepteurs de la progestérone rétablissent le déséquilibre de la séquence estro-progestative. Il faut les administrer du 16^e au 25^e jour du cycle, et ce pendant 3 à 6 mois. En cas d'insuffisance thérapeutique, la séquence peut être débutée dès le 10^e jour, voire dès le 5^e jour si un effet contraceptif est par ailleurs souhaité. L'échec du traitement médical rend indispensable une exploration de l'appareil génital par échographie pelvienne sus-pubienne et endo-vaginale.

IV.2. Les métrorragies

À l'issue d'un interrogatoire rigoureux et d'un examen gynécologique complet, et une fois une grossesse formellement éliminée, l'absence de cause évidente à des métrorragies doit conduire à la réalisation d'un bilan complémentaire. La prescription première d'un traitement progestatif n'est

pas licite car les métrorragies relèvent plus souvent de causes organiques que les ménorragies. L'échographie pelvienne (sus-pubienne et endo-vaginale) nous paraît encore être l'examen à réaliser en première intention.

Celle-ci permet parfois de retrouver des fibromes utérins interstitiels ou sous-séreux que l'examen clinique peut méconnaître dans certaines circonstances (patiente obèse, patiente vierge). Le traitement des myomes dépendra de leur nombre, de leur volume et de leur localisation.

De même, l'échographie est l'examen de choix pour diagnostiquer une pathologie annexielle. La découverte d'une tumeur ovarienne impose une analyse précise de la séméiologie échographique. Plusieurs études ont montré l'intérêt de l'association d'un taux de Ca 12.5 (supérieur à 30 U/ml) et d'une échographie pelvienne anormale dans le diagnostic précoce du cancer de l'ovaire [18]. En fonction de l'aspect échographique et du taux de Ca 12.5, le bilan peut être complété par une analyse de la vascularisation ovarienne par Doppler-couleur. L'étude de la vascularisation reste toutefois un examen de deuxième intention, mais qui devrait faire diminuer le nombre de faux positifs et de faux négatifs de l'échographie et du Ca 12.5 [19].

La diagnostic de lésion bénigne endocavitaire (polype ou fibrome), évoqué par échographie, peut facilement être confirmé par hystérocopie ambulatoire. Le traitement de référence de ces lésions est la résection hystéroscopique transcervicale.

Un utérus globalement augmenté de volume sans véritable fibrome individualisé doit faire évoquer une adénomyose, surtout si les métrorragies sont associées à des douleurs pelviennes. Porter avec certitude un diagnostic d'endométriase utérine est difficile. L'hystérocopie permet de retrouver des signes pathognomoniques (diverticules de calibre variable) ou indirects (tuba erecta, rigidité des bords utérins).

Lorsque l'utérus est de volume normal et que les annexes n'ont pas un aspect pathologique, l'analyse échographique doit se concentrer sur la mesure de l'épaisseur de l'endomètre :

a. L'endomètre mesure moins de 5 mm :

le diagnostic d'atrophie de l'endomètre est le plus probable. Aucun autre examen n'est nécessaire, par contre une surveillance régulière doit être assurée. En cas de récurrence des saignements, une hystérocopie diagnostique (± biopsie d'endomètre) est indiquée.

b. L'endomètre mesure entre 6 et 10 mm :

un traitement médical doit être proposé avec échographie de contrôle à la fin du traitement (progestatifs non androgéniques 10 à 15 jours par mois pendant 3 mois). En cas de persistance échographique d'un endomètre épais ou de récurrence des troubles hémorragiques, une vérification de la cavité utérine par hystérocopie diagnostique avec biopsie d'endomètre est indiquée.

c. L'endomètre mesure plus de 10 mm :

le diagnostic d'hyperplasie de l'endomètre ne peut être qu'évoqué par l'échographie, seul l'examen anatomopathologique permet de l'affirmer. Au-dessous de 10 mm, le risque de rencontrer une hyperplasie de l'endomètre, a fortiori un adénocarcinome, est presque nul [6]. Si l'endomètre mesure plus de 10 mm, le diagnostic d'hyperplasie de l'endomètre doit contre être formellement éliminé. Il faut de ce fait pratiquer une hystérocopie diagnostique avec biopsie d'endomètre.

d. Dans tous les cas décrits, si la biopsie d'endomètre n'est pas satisfaisante (prélèvement insuffisant), une analyse histologique correcte de l'endomètre est indispensable (curetage biopsique ou prélèvements endométriaux au résecteur hystérocopique).

La démarche diagnostique est résumée dans les tableaux I et II.

V. LE TRAITEMENT DES MÉNOMÉTRORRAGIES D'ORIGINE NON GRAVIDIQUE

V.1. Les fibromes utérins interstitiels et sous-séreux [23]

La stratégie thérapeutique dépend du nombre et du volume des fibromes. En cas de fibromes multiples ou volumineux, les possibilités de traitement conservateur efficace sont limitées. La solution la plus appropriée est l'hystérectomie. Si la patiente souhaite conserver son utérus ou désire une grossesse, le traitement chirurgical doit alors être représenté par la myomectomie. Si le ou les fibromes sont de petit volume, la symptomatologie hémorragique peut être traitée médicalement par progestatifs. Leur efficacité sur les ménométrorragies est liée à leur action sur l'endomètre, dont ils réduisent la prolifération. En cas d'échec ou d'insuffisance du traitement progestatif, le recours à la chirurgie s'impose. L'efficacité des analogues de la LHRH sur les fibromes utérins a été largement démontrée. Toutefois, plusieurs facteurs (récidive quasi systématique à l'arrêt du traitement, importance des effets secondaires, action sur l'os, coût du médicament) ne permettent pas d'inclure cette classe thérapeutique dans la prise en charge au long cours des fibromes.

Tableau I
Principales étiologies des hémorragies génitales

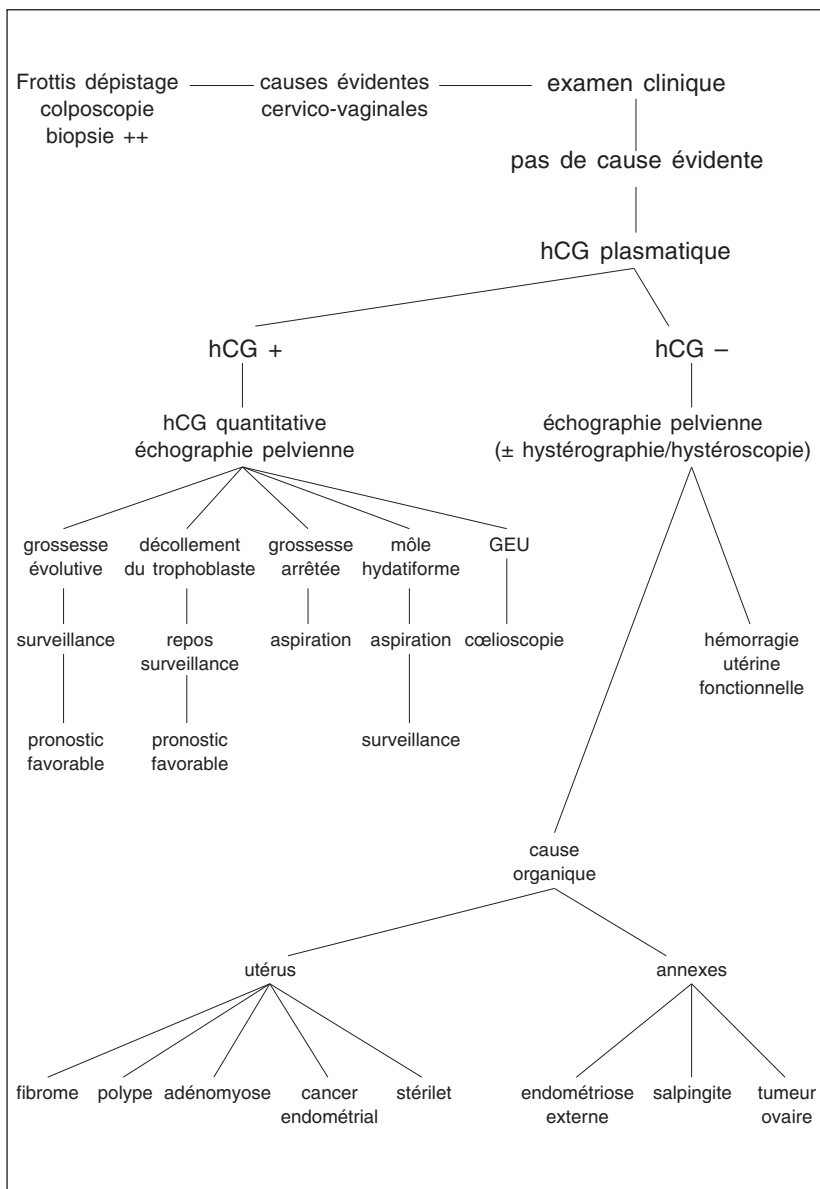
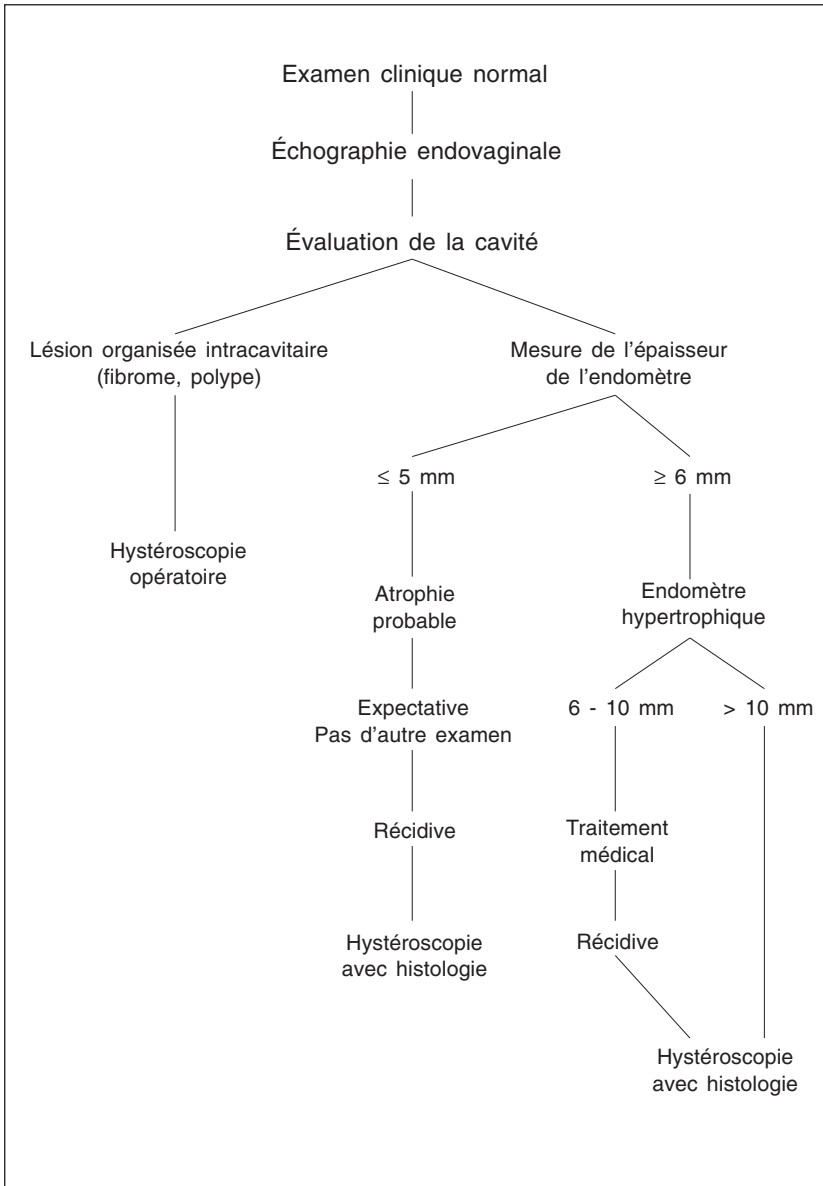


Tableau II
Métrorragies d'origine utérine. Hiérarchie des examens



V.2. L'adénomyose

Le traitement efficace de l'adénomyose est difficile à déterminer. L'adénomyose superficielle est parfois accessible à un traitement hystéroscopique (endoméctomie totale). La chirurgie hystéroscopique est le plus souvent inefficace sur l'adénomyose profonde [24, 25]; le traitement repose alors sur l'hystérectomie.

V.3. Les lésions endocavitaires bénignes (polypes endométriaux, myomes sous-muqueux)

Les polypes peuvent être traités classiquement par un curetage. Toutefois le risque d'ablation incomplète de la lésion existe; c'est pourquoi la résection hystéroscopique du polype nous semble le traitement le plus adapté [26]. La résection transcervicale est également le traitement de référence des fibromes sous-muqueux. Les résultats à long terme de cette intervention sont très favorables (environ 80 % de bons résultats à 3 ans). Une certaine prudence s'impose dans certaines circonstances et des résections en 2 temps à quelques semaines d'intervalle sont parfois indiquées : myomes multiples, myomes de plus de 4 cm de diamètre, myomes en partie interstitiels [27].

V.4. L'atrophie de l'endomètre

L'atrophie de l'endomètre est liée à une carence estrogénique plus ou moins marquée. Il est indispensable de s'assurer de l'absence de lésion suspecte associée. Le traitement est médical, s'appuyant sur l'administration séquentielle d'estrogènes et de progestatifs.

V.5. L'endomètre dystrophique ou hyperplasique sans atypie cellulaire

Le traitement doit dans un premier temps être médical, reposant sur la prescription de progestatifs. Les dérivés de la 19-norprogestérone sont indiqués en raison de l'absence d'activité androgénique et de leurs faibles effets métaboliques. Ils seront prescrits de 10 à 20 jours par mois selon les circonstances. En cas de résultats insuffisants après 6 mois de traitement, une résection d'endomètre sous hystéroscopie doit être proposée.

V.6. L'endomètre hyperplasique avec atypies cellulaires

Il est établi que ces lésions correspondent à un état préneoplasique de l'endomètre. Ces lésions répondent peu ou mal aux progestatifs. Le traitement doit donc être une hystérectomie totale simple. L'analyse anatomopathologique des pièces d'hystérectomies pratiquées pour hyperplasie atypique permet de retrouver régulièrement un cancer invasif de l'endomètre adjacent.

V.7. Les lésions annexielles

Si l'aspect évoque une pathologie tubaire, la réalisation d'une cœlioscopie est indiquée. Le geste opératoire sera fonction de l'état de la trompe, de l'âge de la patiente, et du désir de grossesse.

Si l'aspect évoque une tumeur de l'ovaire, la stratégie thérapeutique dépend de plusieurs paramètres : présentation clinique (symptômes associés aux métrorragies), sémiologie échographique, valeur des marqueurs tumoraux, autres explorations éventuelles (Doppler pulsé couleur, IRM). Les grandes lignes du traitement sont les suivantes :

- suspicion de kyste fonctionnel de l'ovaire : surveillance ou traitement anti-gonadotrope par progestatifs, contrôle échographique à 2 ou 3 mois, cœlioscopie en cas de persistance de la lésion. L'autre possibilité thérapeutique est la ponction échoguidée, qui ne peut être envisagée que dans des cas bien sélectionnés. Les critères suivants doivent être respectés : kyste anéchogène, uniloculaire, à parois fines, sans végétation ; taux de Ca 12.5 bas, liquide de ponction citrin avec taux de 17β -estradiol élevé, absence de récurrence après ponction [20].

- suspicion de kyste organique bénin de l'ovaire : cœlioscopie diagnostique, évaluation macroscopique du kyste, geste chirurgical selon les constatations anatomiques : kystectomie intra-péritonéale, ovariectomie ou annexectomie intra-péritonéale percœlioscopique [21, 22].

- suspicion de tumeur maligne de l'ovaire : laparotomie exploratrice de première intention. Si un cancer est découvert, la démarche chirurgicale doit consister en une stadification précise et complète avec curage ganglionnaire.

V.8. Les hémorragies utérines fonctionnelles

Dans un certain nombre de cas, un bilan complet ne retrouve aucune cause anatomique aux hémorragies. Celles-ci sont alors mises sur le compte d'une insuffisance progestative. Le traitement repose classiquement sur

l'administration de progestatifs en 2^e partie de cycle. Parfois les saignements peuvent être entretenus par un excès thérapeutique. L'administration de progestatifs atrophiants à forte dose ou de façon prolongée (par exemple du 5^e au 25^e jour du cycle) peut entraîner aussi de petites métrorragies (*spotting*). La posologie doit dans ces cas être modifiée. L'échographie vaginale et l'hystérocopie sont d'excellents moyens pour apprécier l'action des progestatifs sur l'endomètre. Si l'adaptation du traitement médical reste sans effet, la réduction endométriale sous hystérocopie trouve une indication de choix.

Résumé

Les hémorragies génitales représentent une des causes les plus fréquentes de consultation en gynécologie. L'interrogatoire et l'examen clinique constituent, comme dans toute pathologie, l'étape initiale de la démarche diagnostique. Plusieurs examens complémentaires sont à la disposition du praticien afin de préciser la cause des saignements : échographie pelvienne sus-pubienne et endo-vaginale, hystérosalpingographie, hystérocopie diagnostique, prélèvements anatomopathologiques. L'origine gravidique des métrorragies doit être éliminée de façon formelle ; le diagnostic de certitude d'une grossesse repose sur le dosage sanguin de l'hCG. Les principales causes de métrorragies du 1^{er} trimestre de la grossesse sont les avortements spontanés et les grossesses ectopiques. En dehors de la grossesse, il est habituel de distinguer les ménorragies et les métrorragies. Les lésions organiques peuvent toucher tous les étages de l'appareil génital : vagin, col et corps utérin, annexes. Il existe également des hémorragies utérines fonctionnelles ou liées à des causes générales, essentiellement des troubles de la crase sanguine. Le traitement des hémorragies génitales dépend bien entendu de leur étiologie. Dans un certain nombre de cas (fibromes utérins, adénomyose, dystrophies de l'endomètre, hémorragies fonctionnelles), il est largement fait appel au traitement progestatif séquentiel.

Bibliographie

1. Fleischer A.C., Gordon A.N., Entman S.S., Keppel D.M. Transvaginal scanning of the endometrium. *J. Clin. Ultrasound*, 1990, 18, 337-49.
2. Granberg S., Wikland M., Karlsson B., Norstrom A., Friberg L.G. Endometrial thickness as measured by endovaginal ultra-sonography for indentifying endometrial abnormality. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1991, 164, 47-52.
3. Rudigoz R.C., Salle B., Piacenza J.M., De Saint-Hilaire P., Gaucherand P. Étude de la cavité utérine par hystérosographie. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1995, 24, 697-704.
4. De Ziegler D., Frydman R. Progrès de l'échographie gynécologique : sondes endo-utérines et échographie vaginale avec augmentation de contraste (EVAC). *Contracept. Fertil. Sex.*, 1992, 20, 776-84.
5. Goldstein S.R. Use of ultrasonography for triage of perimenopausal patients with unexplained uterine bleeding. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1994, 170, 565-70.
6. Rudigoz R.C., Frobort C., Chassagnard F., Gaucherand P. Place de l'échographie par voie vaginale dans l'exploration des ménométrorragies de la période d'activité génitale. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1992, 21, 644-50.
7. Blanc B. Atlas d'hystérosalpingographie comparée. Corrélation entre l'hystéro-salpingographie, l'échographie, l'hystérocopie et la coélioscopie. Sandoz Éd., Rueil-Malmaison, 1983.
8. Brundin J., Thomasson K. Cardiac gas embolism during carbon dioxide hysteroscopy : risk and management. *Eur. J. Obstet. Gynecol.*, 1989, 33, 241-5.
9. Perry P.M., Baughmann V.L. A complication of hysteroscopy : air embolism. *Anesthesiology*, 1990, 73, 546-7.
10. Rudigoz R.C., Marchal L., Gallien M., Clement H.J. Complications de l'hystérocopie. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1994, 5, 503-10.
11. Simon P., Hollemaert S., Schwers J. Apports diagnostiques respectifs de l'hystérogaphie et de l'hystérocopie en pathologie utérine courante. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1993, 22, 141-44.
12. Sugimoto O. Hysteroscopic diagnosis of endometrial carcinoma. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1975, 121, 105-13.
13. Valle R.F. Hysteroscopic evaluation of patients with abnormal uterine bleeding. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1981, 153, 521-25.
14. Kessler I, Lancet M. Hystérogaphy and hystérocopie : a comparison. *Fertil. Steril.*, 1986, 46, 709-10.
15. Vuopala S. Endobrush sampling for endometrial cancer. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 1989, 68, 345-50.
16. Byrne A.J. Endocyte endometrial smears in the cytodiagnosis of endometrial carcinoma. *Acta Cytol.*, 1990, 34, 373-81.
17. Henig I. Evaluation of the pipelle curette for endometrial biopsy. *J. Reprod. Med.*, 1989, 34, 786-89.
18. Oram D.H., Jeyarajah A.R. The role of ultrasound and tumour makers in the early detection of ovarian cancer. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 1994, 101, 939-45.
19. Salle B., Gaucherand P., Ecochard R., Rudigoz R.C. Place du Doppler pulsé couleur dans l'évaluation pré-chirurgicale des masses pelviennes. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1995, 24, 234-40.
20. Audra P., Dargent D., Akiki S., Lasne Y., Malvolti B., Rebaud A. Ponction échoguidée des kystes de l'ovaire. Possibilités et limites. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.*, 1991, 11, 672-75.
21. Mage G., Canis M., Manhes H., Pouly J.L., Bruhat M.A. Kystes ovariens et coélioscopie. À propos de 226 observations. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1987, 16, 1053-61.

22. Hauuy J.P., Madelenat P., Bouquet De La Jolinie J., Dubuisson J.B. Chirurgie per-cœlioscopique des kystes ovariens. Indications et limites à propos d'une série de 169 kystes. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1990, 19, 209-16.
23. Amiel C., Mollard J., Cravello L., d'Ercole C., Blanc B. Le traitement des fibromes utérins. *Ann. Chir.*, 1996, 50, 40-50.
24. Dequesne J., Lachat R., Sistik J., Csank I., Knizka M. Endometrectomy, laparoscopic assisted vaginal hysterectomy or abdominal hysterectomy : reasoned indications. *Gynaecological Endoscopy*, 1993, 2, 93-95.
25. Raiga J., Bowen J., Glowaczover E. et coll. Facteurs d'échec d'endométrectomie. À propos d'une série de 196 cas. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1995, 23, 274-278.
26. Cravello L., d'Ercole C., Azoulay P., Boubli L., Blanc B. Hysteroscopic treatment of endometrial polyps. *Gynaecological Endoscopy*, 1995, 4, 201-205.
27. Wamsteker K., Emanuel M.H., De Kruif J.H. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding : results regarding the degree of intramural extension. *Obstet. Gynecol.*, 1993, 82, 736-740.