

Hémorragies génitales en dehors de la grossesse

G. Body

Hémorragies génitales

à la puberté

Diagnostic

- **Clinique**
 - Interrogatoire
 - Installation des règles : date, régularité, abondance
 - Rapports sexuels, prise d'une contraception
 - Terrain hémorragique
 - Examen clinique
 - Examen des seins
 - Examen gynécologique
- **Paraclinique**
 - Echographie pelvienne
 - Dosages hormonaux : selon constatations cliniques

Etiologies

Enfant

- **Lésions génitales**
 - Vaginite
 - Corps étranger
 - Traumatisme
 - Tumeur

- **Troubles endocriniens**
 - Absorption d'oestrogènes
 - Puberté précoce
 - Tumeur ovarienne

Adolescente

- **Hémorragies utérines fonctionelles**
 - Hyper-oestrogénie
 - Hypo-oestrogénie

- **Pathologie de la filière génitale**
 - bénigne
 - traumatisme, hyperplasie endométriale, polype, fibrome
 - maligne
 - cancer du vagin

- **Pathologie générale**
 - thrombopénie, Willebrand, leucémie, insuffisance rénale ...

Traitement

- **Formes de moyenne abondance**

1. **Traitement progestatif**

- Duphaston® 10 ou Lutéran®, du 10 ou 15ème au 25ème jour du cycle
- Durée : 6 mois

2. **Selon la courbe de température**

- Biphase = guérison
- Plate = persistance de l'anovulation
 - Bilan : dosage de la prolactine + IRM cérébrale (selle turcique)
 - Si normal : soit reprise du progestatif pour 6 mois, soit induction par un anti-œstrogène (Pergotime ® ou Clomid ®), soit ... contraception OP.

Traitement

- **Formes graves**
 1. **En urgence, à domicile**
 - Injection IV de Prémarin ® (20 mg)
 - Perfusion de plasma
 2. **Ultérieurement, à l'hôpital**
 - Poursuite du Prémarin ® IV et transfusions si nécessaire
 - Relais par un traitement OP : Ethinyloestradiol 100mcg + Duphaston ® 10 ou Útrogestan ® 2 cp/j du 20ème au 20ème jour du cycle pendant 2 cycles
 - Puis traitement progestatif seul du 15ème au 25ème jour pendant quelques mois
 - Embolisation des artères utérines dans les cas rebelles aux différents traitements, surtout si suspicion de malformation vasculaire (type angiome).

Hémorragies génitales

à la période d'activité génitale

Diagnostic

- **Clinique**
 - Interrogatoire
 - Age
 - Prise d'un traitement hormonal, contraceptif
 - Courbe de température (hémorragies fonctionnelles)
 - Examen clinique
 - Examen des seins
 - Examen gynécologique
- **Paraclinique**
 - Dosage de la β -HCG : si positif, éliminer GEU et avortement spontané
 - Echographie pelvienne
 - Hystérocopie (en 1ère intention si possibilité de la faire en ambulatoire)

Etiologies

Organique

- Infections
 - Cervicite, endométrite, salpingite
 - (Tuberculose)
- Pathologies bénignes
 - Polype(s)
 - Fibrome
 - Endométriose
 - Tumeur ovarienne
- Pathologies malignes
 - Cancer du col
 - Cancer de l'endomètre
 - Tumeur de l'ovaire

Fonctionnelle

- Hémorragies utérines fonctionnelles de l'ovulation
- HF précédant les règles
- Polyménorrhée
- Spanioménorrhée
- Hyperménorrhée
- HF sans rythme particulier
- HF sur stérilet ou après LRT

Traitement

- **Traitement des pathologies organiques**
- **Traitement des hémorragies fonctionnelles**
Seulement quand elles sont relativement importantes ou gênantes
 - **HF de l'ovulation**
 - Liées ç la chute du taux des oestrogènes
 - 2 possibilités thérapeutiques :
 - Oestrogel (2mesures) ou un œstrogène per os du 10 au 16j du cycle
 - Contraception OP
 - 1. **HF précédant les règles**
 - Liées ç un corps jaune inadéquat
 - Traitement par progestérone (Utrogestan ®) ou progestatif du 15 au 25j

Traitement

- **Traitement des hémorragies fonctionnelles**
Seulement quand elles sont relativement importantes ou gênantes
 - Polyménorrhée (= règles rapprochées de volume normal)
 - Surtout chez la jeune fille ainsi que chez la femme en préménopause
 - Courbe thermique :
 - phase folliculaire courte et plateau thermique correct :
 - Oestrogènes (50 mcg/j) du 3 au 10ème j du cycle
 - Absence d'ovulation : 3 possibilités
 - Induction de l'ovulation si désir de grossesse
 - Contraception par un OP
 - Traitement par progestérone ou progestatif du 15 au 25ème j du cycle (éventuellement à partir du 5ème jour).

Traitement

- **Traitement des hémorragies fonctionnelles**
Seulement quand elles sont relativement importantes ou gênantes
 - **Spanioménorrhée (règles espacées de volume normal)**
 - Surtout chez la jeune fille ainsi que chez la femme en préménopause
 - Courbe thermique :
 - phase folliculaire courte et plateau thermique correct :
 - Oestrogènes (50 mcg/j) du 3 au 10ème j du cycle
 - Absence d'ovulation : 3 possibilités
 - Induction de l'ovulation si désir de grossesse
 - Contraception par un OP
 - Traitement par progestérone ou progestatif du 15 au 25ème j du cycle (éventuellement à partir du 5ème jour).

Traitement

- **Traitement des hémorragies fonctionnelles**
Seulement quand elles sont relativement importantes ou gênantes
 - **Hyperménorrhée (volume important, rythme normal)**
 - Définition clinique de règles abondantes : difficile !
 - Eliminer une cause organique +++
 - Traitement :
 - OP
 - Antiprostaglandine : acide méfénamique (Ponstyl®)
 - Antifibrinolytique : acide tranéxamique (Exacyl ®)
 - Résection (sous hystéroscopie) ou destruction (thermocoagulation ou laser Yag) de l'endomètre.
 - En dernier recours hystérectomie.

Traitement

- **Traitement des hémorragies fonctionnelles**

Seulement quand elles sont relativement importantes ou gênantes

- **HF sans rythme particulier**

- Cause la plus fréquente : l'anovulation
- Traitement :
 - Progestatif du 5 ou 15^{ème} au 25^{ème} jour du cycle (post-puberté – préménopause)
 - OP pendant la période d'activité génitale
 - Inducteur de l'ovulation si désir de grossesse

Traitement

- **Traitement des hémorragies fonctionnelles**
Seulement quand elles sont relativement importantes ou gênantes
 - **HF sur stérilet**
 - ↑ fréquente du volume des règles sous stérilet
 - Possibilités thérapeutiques :
 - Adjonction d'un progestatif du 15 au 25ème jour du cycle
 - Recours à un antiprostaglandine (Ponstyl ®)
 - Ablation du stérilet et recours à un autre mode de contraception
 - Ablation du stérilet et mise en place d'un stérilet à la progestérone (Miréna ®)
 - **HF sous OP**
 - **HF après stérilisation tubaire**

Traitement : au total

- HF devenues fréquentes
 - « maladie » de la femme moderne ... : stress, pauciparité, causes iatrogènes
- La dysovulation est la cause la plus fréquente
- Le traitement repose sur :
 - Traitement progestatif +/- antifibrinolytique ou antiprostaglandine
 - Induction de l'ovulation en cas de désir de grossesse
 - En dernier recours :
 - Techniques de résection ou de destruction endométriale
 - Voire l'hystérectomie.

Hémorragies génitales
après la ménopause

Diagnostic

- **Clinique**
 - Interrogatoire
 - Age
 - Ancienneté de la ménopause
 - Prise d'un traitement hormonal substitutif
 - Examen clinique
 - Examen des seins
 - Examen gynécologique
 - Recherche de signes d'imprégnation oestrogénique, ou d'atrophie
 - Examen du vagin (région sous-urétrale) et du col
 - TV : volume utérin, recherche d'une masse annexielle

Diagnostic

- **Examens complémentaires**
 - Échographie endovaginale +/- abdominale
 - À faire en 1ère intention +++
 - Épaisseur de l'endomètre (5mm = valeur seuil) : la sensibilité de l'échographie dans le diagnostic d'atrophie endométriale est de 100% (→ l'échographie est suffisante)
 - Examen de l'utérus et des annexes
 - +/- sonohystérographie
 - Hystérocopie
 - Précise le diagnostic pour les anomalies intracavitaires : polypes, fibromes, hyperplasie, cancer...
 - Possibilité de biopsies (histologie) voire de traitement (résection)

Etiologies

Organique

- Pathologies malignes
 - o Cancer de l'endomètre
 - o Cancer du col
 - o Tumeur de l'ovaire
 - o Cancer du vagin
 - o Sarcomes de l'utérus

Fonctionnelle

- L'atrophie de l'endomètre +++

RIEN

30% des cas