

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
 - o Vaginite
 - o Corps étranger
 - o Traumatisme
 - o Tumeur
- Troubles endocriniens
 - o Absorption d'oestrogènes
 - o Puberté précoce
 - o Tumeur ovarienne

Adolescente

- Hémorragies utérines fonctionnelles
 - o Hyper-oestrogénie
 - o Hypo-oestrogénie
- Pathologie de la filière génitale
 - o bénigne
 - traumatisme, hyperplasie endométriale, polype, fibrome
 - o maligne
 - cancer du vagin
- Pathologie générale
 - o thrombopénie, Willebrand, leucémie, insuffisance rénale ...

Traitements

- **Formes de moyenne abondance**

1. **Traitements progestatifs**

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

2. **Selon la courbe de température**

- Biphasique = 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-oestrogène (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 Utrogestan ® 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
 - Hystéroskopie (en 1ère intention si possibilité de la faire en ambulatoire)

Activité génitale

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

Traitements

- **Traitements des pathologies organiques**
- **Traitements des hémorragies fonctionnelles**
Seulement quand elles sont relativement importantes ou gênantes
 - HF de l'ovulation
 - Liées à 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 à 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).

Traitements

- **Traitements 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 tranéexamique (Exacyl ®)
 - Résection (sous hystéroskopie) ou destruction (thermocoagulation ou laser Yag) de l'endomètre.
 - En dernier recours hystérectomie.

Traitements

- **Traitements 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 15ème au 25ème 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
 - Voir 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
 - +/- sonohystérogramme
 - Hystéroskopie
 - Précise le diagnostic pour les anomalies intracavitaires : polypes, fibromes, hyperplasie, cancer...
 - Possibilité de biopsies (histologie) voire de traitement (résection)

Activité génitale

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