

# Hémorragie génitale chez la femme IC-43

- Déterminer, par l'examen clinique, l'origine du saignement et le quantifier
- Connaître les principales causes d'hémorragie génitale
- Différencier les causes organiques et les causes fonctionnelles
- Savoir prescrire les premiers examens biologiques à réaliser
- Connaître l'indication de l'imagerie devant une hémorragie génitale chez la femme
- Préciser l'intérêt et la place de prélèvements cyto- ou histologiques
- Connaître les principaux traitements médicaux et chirurgicaux des myomes
- Connaître les principaux traitements de l'adénomyose
- Connaître les principes de la prise en charge d'une hémorragie génitale

## Déterminer, par l'examen clinique, l'origine du saignement et le quantifier OIC-043-01-A

L'origine du saignement génital (saignement extériorisé par le vagin) est déterminée par l'**examen au spéculum** : vaginal, cervical ou endo-utérin (métrorragie ou ménorragie).

### Définitions

- *Menstruations normales* : durée entre 3 et 6 jours et pertes sanguines < 80 mL.
- *Ménorragies* : menstruations trop abondantes en volume ou en durée.
- *Métrorragies* : saignements génitaux entre les périodes de menstruation.
- *Ménométrorragies* : ménorragies + métrorragies.

### Le saignement est quantifié par

- l'interrogatoire : nombre de garnitures, caillots, vêtements tachés par le saignement, symptômes d'anémie.
- le score de Higham pour les ménorragies ;
- l'examen sous spéculum : visualisation d'un saignement actif ;
- l'évaluation de la spoliation sanguine : HemoCue®, NFS (taux d'hémoglobine).

**Anomalie des indices érythrocytaires (taux hémoglobine, hématocrite...), baisse de l'hémoglobine**

Nom :		Prénoms :		Date :									
Saignement ou écoulement		1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	9 <sup>e</sup>	10 <sup>e</sup>	11 <sup>e</sup>	12 <sup>e</sup>
1 point / ligne													
2 points / ligne													
3 points / ligne													
Cautère													
Métrorragies													
Total points													

Score de Higham

## Connaître les principales causes d'hémorragie génitale OIC-043-02-A

Pour la femme en âge de procréer une grossesse doit toujours être recherchée en première intention.

La **classification mnémotechnique PALM COEIN** permet d’envisager les principales étiologies.

Polyp	Coagulopathy
Adenomyosis	Ovulatory dysfunction
Leiomyoma: submucous and other	Endometrial
Malignancy and hyperplasia	Iatrogenic
	Not otherwise classified

### Étiologie des saignements génitaux en dehors de la grossesse, classée selon différentes modalités :

Cause organiques utérines et annexielles	- Adénomyose Douleur pelvienne SD-099
	- Myome utérin (principalement les sous-muqueux) Masse pelvienne SD-106
	- Polype endométrial
	- Hyperplasie endométriale
	- Cancer de l'endomètre
	- Infection génitale haute Douleur pelvienne SD-099, Leucorrhées SD-104, Hyperthermie/fièvre SD-044
	- Tumeurs sécrétantes de l'ovaire
	- Malformations artérioveineuses

<b>Causes cervicales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ectropion</li> <li>- Cancer du col de l'utérus</li> <li>- Cervicite</li> </ul>
<b>Coagulopathie</b>	Maladie de Willebrand Tendance au saignement SD-059
<b>Causes iatrogènes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contraception entraînant une carence oestrogénique</li> <li>- Anticoagulant</li> <li>- Dispositif intra-utérin</li> </ul>
<b>Maladies systémiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypothyroïdie</li> <li>- Lupus érythémateux disséminé aigu</li> <li>- Insuffisance rénale chronique</li> <li>- Insuffisance hépatique</li> </ul>
<b>Causes fonctionnelles</b>	<p>Une fois toutes les étiologies organiques éliminées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Métrorragies intermenstruelles au 14<sup>ème</sup> jour du cycle (ovulation)</li> <li>- Métrorragies pré-menstruelles par insuffisance lutéale</li> <li>- Métrorragie post-menstruelles par insuffisance oestrogénique en début de cycle</li> </ul> <p>Troubles du cycle menstruel SD-094</p>

## Différencier les causes organiques et les causes fonctionnelles OIC-043-03-A

Les causes fonctionnelles d'hémorragie génitale sont envisagées uniquement une fois que toutes les étiologies organiques ont été éliminées (diagnostic d'élimination).

## Savoir prescrire les premiers examens biologiques à réaliser OIC-043-04-A

**Bilan biologique :**

- β-hCG plasmatiques ou urinaires systématiques chez toute patiente en âge de procréer
- NFS
- Bilan martial : Baisse de l'hémoglobine SD-217, Anomalie des indices érythrocytaires (taux hémoglobine, hématocrite...) SD-214, ferritinémie + CRP (car un syndrome inflammatoire peut masquer une hypoferritinémie) ;
- Bilan d'hémostase (TP, TCA), dosage du facteur de Willebrand pour recherche de maladie de Willebrand (d'indication large chez l'adolescente).

## Connaître l'indication de l'imagerie devant une hémorragie génitale chez la femme OIC-043-05-A

- On pratique une **échographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale en 1<sup>re</sup> intention** à la recherche de myomes, d'adénomyose, de polype utérin, de kyste de l'ovaire, de malformation artérioveineuse, et pour évaluer l'épaisseur et la régularité de l'endomètre (en particulier chez une femme ménopausée)

- L'**IRM pelvienne est utile en 2<sup>ème</sup> intention**, pour cartographier un utérus polymyomateux, pour caractériser un kyste ovarien indéterminé ou suspect à l'échographie, en cas de cancer de l'endomètre ou du col utérin prouvé histologiquement (extension locorégionale), pour évaluer la cavité utérine lorsque celle-ci est inaccessible en hystéroscopie.

Situations de départ associées :

**demande d'un examen d'imagerie, découverte d'une anomalie pelvienne à l'examen d'imagerie médicale, Demande d'explication d'un patient sur le déroulement, les risques et les bénéfices attendus d'un examen d'imagerie SD-232**

## Préciser l'intérêt et la place de prélèvements cyto- ou histologiques OIC-043-06-B

### Biopsie d'endomètre

Elle doit être faite chez toute patiente de plus de 45 ans ou en cas de facteur de risque de cancer de l'endomètre.

Le prélèvement est effectué à la pipelle de Cornier® ou de façon dirigée lors d'une hystéroscopie

Le but de la biopsie est de diagnostiquer un cancer de l'endomètre ou une hyperplasie glandulaire atypique.

**Une biopsie ne peut éliminer avec certitude un cancer de l'endomètre, même si elle est normale** En cas de ménorragies post-ménopausiques, une hystéroscopie opératoire doit être réalisée dans ce cas.

## Frottis cervico-utérin

Le résultat d'un frottis cervico-utérin (cytologie) est faussé par la présence de sang

## Biopsie du col utérin

Elle est réalisée de manière systématique en cas d'aspect suspect du col utérin à l'examen au speculum, ou guidée par la réalisation d'une colposcopie dans un contexte de frottis cervico-utérin anormal.

Interprétation d'un compte rendu d'anatomopathologie SD-180

Tumeurs malignes sur pièce opératoire/biopsie SD-181

# Connaître les principaux traitements médicaux et chirurgicaux des myomes OIC-043-07-B

## Traitement médical

Mise en aménorrhée par **progestatifs** (21 jours/mois ou en continu), **ou agonistes de la GnRH** (associer une hormonothérapie de substitution oestroprogestative type add-back thérapie selon la durée du traitement).

## Traitement chirurgical

En cas d'échec du traitement médical.

Résection hystéroscopique : myomes sous-muqueux (FIGO 0,1 ou 2) de moins de 3 ou 4 cm.

Myomectomie (coelioscopie ou laparotomie) : traitement conservateur en cas de désir de grossesse pour les myomes interstitiels (FIGO 3 ou 4) et sous-séreux (FIGO 5, 6 ou 7).

Hystérectomie, en l'absence de désir de grossesse, inter-annexielle avec salpingectomie bilatérale ou avec annexectomie bilatérale en fonction de l'âge de la patiente.

Information et suivi d'un patient en chirurgie ambulatoire SD-356



S - Sous-muqueux	0	Protrude, endocerviciale
	1	< 50 % intramural
	2	> 50 % intramural
	3	Est en contact avec l'endomètre, 100 % intramural
	4	Intramural
	5	Sous-séreux, < 50 % intramural
	6	Sous-séreux, < 50 % intramural
	7	Sous-séreux, pédonculé
	8	Autre (à préciser : p. ex. cervical, para-cervical)

  

Lévonorgestrel	0	Devant des myomes, le levonorgestrel est le traitement de référence. Par convention, le premier de ces nombres désigne le myome avec l'endomètre, tandis que le deuxième désigne le myome avec le sérum. Un myome est dit « sous-séreux » si le myome est sous-séreux.
	2-5	Simultanément sous-muqueux et sous-séreux, moins de la moitié du diamètre se trouvant à la fois dans le canal endocervical et dans le canal pédonculaire

Classification FIGO des Fibromes

## Embolisation utérine

Alternative possible en l'absence de désir de grossesse.

# Connaître les principaux traitements de l'adénomyose OIC-043-08-B

Le traitement repose sur un **DIU au lévonorgestrel** (traitement ayant la meilleure balance bénéfice – risque dans cette indication), un traitement hormonal par voie systémique (progestatif, estro-progestatif ou GnRHa) ou une **chirurgie** (endométréctomie ou hystérectomie en cas d'échec ou de refus ; en l'absence de désir de grossesse).

# Connaître les principes de la prise en charge d'une hémorragie génitale OIC-043-09-B

## Traitements généraux (quelle que soit l'étiologie)

Ils comportent :

- un antifibrinolytique : acide tranexamique ;
- un traitement martial per os ou IV ;

- une transfusion si besoin.

## Traitement étiologique

### *Polype*

On procède à une résection par hystéroscopie opératoire ; on peut y associer une endométrectomie en cas d'absence de désir de grossesse.

### *Adénomyose*

Le traitement repose sur un DIU au lévonorgestrel en 1<sup>ère</sup> intention, ou un traitement hormonal systémique (progestatif, estroprogestatif ou GnRHa) ou une chirurgie en 2<sup>ème</sup> intention (endométrectomie ou hystérectomie en cas d'échec ou de refus ; en l'absence de désir de grossesse).

### *Myome*

Le type de traitement sera décidé selon la localisation des fibromes, leur nombre, leur taille et l'éventuel désir de grossesse de la femme.

- Le traitement médical repose souvent sur une mise en aménorrhée: DIU levonorgestrel, pilule estro-progestative ou macro-progestatif ou agonistes de la GnRH

- Traitement chirurgical : résection hystéroscopique, myomectomie ou hystérectomie.

- Embolisation artérielle (radiologie interventionnelle).

### *Hyperplasie glandulaire endométriale sans atypie*

Le traitement est médical par progestatifs per os ou DIU au lévonorgestrel. En cas d'échec et en dehors d'un désir de grossesse, il est possible d'envisager un traitement chirurgical conservateur à type d'endométrectomie (résection de l'endomètre par hystéroscopie).

### *Hyperplasie glandulaire atypique*

- En l'absence de désir de grossesse, le traitement consiste en une hystérectomie totale ± annexectomie bilatérale du fait du risque de méconnaître un cancer de l'endomètre.

- En cas de désir de grossesse, le traitement est conservateur par progestatifs, agonistes de la GnRH ou DIU au lévonorgestrel avec contrôle hystéroscopique et biopsie d'endomètre à 6 mois. En l'absence de conception ou à 6 mois du post-partum, il est recommandé de réaliser une hystérectomie totale du fait du risque d'évolution vers un adénocarcinome de l'endomètre.

### *Malformation artérioveineuse*

Elle est traitée par embolisation radiologique (non délétère sur la fonction ovarienne et préserve la fertilité).

### *Ménométrorragies provoquées (ou post-coïtales)*

Elles doivent faire rechercher une pathologie du col utérin (cancer du col, ectropion). En présence d'une masse cervicale à l'examen sous spéculum, il faut faire des biopsies +/- une colposcopie

### *Ménométrorragies idiopathiques*

Elles sont traitées par contraceptifs oraux progestatifs et oestroprogestatifs ou DIU au lévonorgestrel, acide tranexamique en cas de contre-indication aux traitements hormonaux ou de désir de grossesse (**prescrire une contraception et contraception d'urgence**). En l'absence de désir de grossesse, un traitement chirurgical peut-être proposé (endométrectomie par résection hystéroscopique ou par thermodestruction, hystérectomie en cas d'échec des traitements précédents). Les possibilités de traitement chirurgical sont limitées en cas de désir de grossesse.

### *Cas particulier des patientes sous anticoagulants ou avec coagulopathie*

- La prise en charge est multidisciplinaire

- En cas de traitement anticoagulant, un dosage de l'INR doit être réalisé en urgence et des mesures de correction de l'INR mises en place en cas de surdosage (selon les recommandations de l'HAS).

- Il faut rechercher une pathologie utérine organique comme chez les patientes sans traitement anticoagulant.

- La desmopressine est administrée pour les patientes atteintes de la maladie de Willebrand de type 1.