

LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

Collège National des Enseignants
de Gynécologie Médicale (CNEGM)



Ouvrage coordonné par le Pr Anne Gompel

Gynécologie médicale



**R
2
C**

- Le nouveau programme de connaissances R2C
- L'ouvrage officiel de Gynécologie médicale
- Les objectifs de connaissances hiérarchisés : rangs A et B
- Les situations de départ en lien avec les objectifs de connaissances

LE RÉFÉRENTIEL | M E D - L I N E
L I V R E O F F I C I E L D U **COLLÈGE**

**Collège National des Enseignants
de Gynécologie Médicale (CNEGM)**



Gynécologie médicale

R 2 C

Ouvrage coordonné par
le Pr Anne Gompel

Collection dirigée par le Pr Serge Perrot
Centre hospitalier Cochin, Paris

MED-LINE
Editions

Éditions MED-LINE
Tél. : 09 70 77 11 48
e-mail : inline75@aol.com
www.med-line.fr

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE
ISBN : 978-2-84678-309-5
© 2021 ÉDITIONS MED-LINE

Mise en pages : Meriem Rezgui
Dessins des pages 85, 88 et 90 réalisés par Carole Fumat.

Achévé d'imprimer par Pulsio en septembre 2021. Dépôt légal septembre 2021.

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

<u>Chapitre 1</u> :	Violences sexuelles	9
	<i>Item 12</i>	
<u>Chapitre 2</u> :	Principales complications de la grossesse (au 1er trimestre) – Fausses couches et grossesse extra-utérine	21
	<i>Items 24 et 25</i>	
<u>Chapitre 3</u> :	Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies	35
	<i>Item 35</i>	
<u>Chapitre 4</u> :	Contraception	39
	<i>Item 36</i>	
<u>Chapitre 5</u> :	Interruption volontaire de grossesse	57
	<i>Item 37</i>	
<u>Chapitre 6</u> :	Infertilité du couple - conduite de la première consultation	67
	<i>Item 38</i>	
<u>Chapitre 7</u> :	Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques	81
	<i>Item 39</i>	
<u>Chapitre 8</u> :	Algies pelviennes chez la femme	101
	<i>Item 40</i>	
<u>Chapitre 9</u> :	Endométriose	115
	<i>Item 41</i>	
<u>Chapitre 10</u> :	Aménorrhée	123
	<i>Item 42</i>	
<u>Chapitre 11</u> :	Hémorragie génitale chez la femme	137
	<i>Item 43</i>	
<u>Chapitre 12</u> :	Tuméfactions pelviennes chez la femme	147
	<i>Item 44</i>	
<u>Chapitre 13</u> :	Puberté normale et pathologique	159
	<i>Item 49</i>	
<u>Chapitre 14</u> :	Sexualité normale et ses troubles	171
	<i>Item 58</i>	
<u>Chapitre 15</u> :	Ménopause, insuffisance ovarienne prématurée, andropause, déficit androgénique lié à l'âge	183
	<i>Item 124</i>	

<u>Chapitre 16</u> :	Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et de la femme âgée appliqué à la Gynécologie médicale	201
	<i>Item 125</i>	
<u>Chapitre 17</u> :	Infections sexuellement transmissibles : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humains, trichomonose	209
	<i>Item 162</i>	
<u>Chapitre 18</u> :	Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers	229
	<i>Item 290</i>	
<u>Chapitre 19</u> :	Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin	249
	<i>Item 300</i>	
<u>Chapitre 20</u> :	Tumeurs de l'ovaire	265
	<i>Item 306</i>	
<u>Chapitre 21</u> :	Tumeurs du sein	277
	<i>Item 312</i>	

Attention : les photographies présentées sur un fond vert dans l'ouvrage correspondent à un contenu multimédia que l'étudiant doit connaître et sur lequel il peut être interrogé.

Préface

Ce Référentiel a été écrit par les membres du Collège National des Enseignants de Gynécologie médicale (CNEGM) et il est le premier de ce type. Il est adapté au nouveau programme de connaissances de la Réforme du deuxième cycle des études médicales (R2C), paru au Journal Officiel du 2 septembre 2020.

La hiérarchisation des objectifs de connaissances requises est indiquée par la mention « rang A » (connaissances de base indispensables pour tout médecin) et « rang B » (à connaître à l'entrée dans une spécialité de troisième cycle) et listée dans un tableau au début de chaque chapitre. Les situations de départ sont systématiquement associées dans le fil du texte et reprises en fin de chapitre.

Certains chapitres sont parfois plus complets que les strictes connaissances requises, car il nous a paru important que l'étudiant puisse si, cela l'intéresse, compléter ses connaissances sur des sujets qui lui serviront de référence pour son exercice médical. En effet, ces chapitres ont été rédigés par des experts qui font référence dans leur domaine.

Certains items traités sont aussi abordés dans d'autres Référentiels, rédigés par d'autres spécialités, la Gynécologie médicale faisant appel à des connaissances souvent transversales, de la Gynécologie organique et de la Médecine de la reproduction à l'Endocrinologie, à l'Oncologie, mais aussi à l'Urologie, la Médecine cardio-vasculaire, la Rhumatologie, la Dermatologie qui ont, ici, été traitées sous l'angle de la pratique de Gynécologie médicale.

Je tiens à remercier très sincèrement et chaleureusement les enseignants membres de notre Collège pour cet effort pédagogique dont la qualité contribuera, j'en suis convaincue, à permettre aux étudiants d'acquérir les connaissances nécessaires pour exercer leur futur métier et réussir leurs épreuves dans le cadre de la réforme R2C.

Mon plus grand souhait est que cet abord des pathologies sous l'angle de la Gynécologie médicale puisse susciter un intérêt réel pour notre belle spécialité.

Nous espérons que ce texte répondra à vos attentes et vous accompagnera utilement dans la préparation de vos examens.

Bonne lecture à toutes et à tous.

Pr Anne Gompel
Présidente du Collège National des Enseignants de Gynécologie médicale (CNEGM)
Université de Paris

Dr Mikaël Agopiantz

Service de Médecine de la Reproduction, AMP clinique, CHRU de Nancy, Université de Lorraine

Dr Aurore Billebeau

Unité Fonctionnelle d'Orthogénie, Centre Hospitalier Inter-Communal de Villeneuve-St-Georges Lucie et Raymond Aubrac

Pr Sophie Catteau-Jonard,

Service de Gynécologie médicale, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU Lille, Université de Lille

Pr Sophie Christin-Maitre

Service d'Endocrinologie, diabétologie et médecine de la reproduction, Hôpital St Antoine, AP-HP, Sorbonne Université, Paris

Dr Victoire De Castelbajac

Sénopôle, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Université de Paris

Dr Marc Espié

Sénopôle, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Université de Paris

Pr Patricia Fauque

Service de Biologie de la Reproduction-CECOS, CHU de Dijon, Université de Bourgogne

Dr Noémie Girard

Service de chirurgie Sénologique, gynécologique et reconstructrice, Institut Curie, Université de Paris

Pr Anne Gompel

Service de Gynécologie médicale endocrinienne, Hôpital Port-Royal Cochin, Université de Paris

Dr Anna Gosset

Centre de Ménopause, Hôpital Paule de Viguier, CHU Purpan, Université de Toulouse III

Dr Virginie Grouthier

Service d'Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition, Hôpital Haut-Lévêque, CHU Bordeaux

Pr Fabrice Guerif

Service de Médecine et Biologie de la Reproduction, Hôpital Bretonneau, Université de Tours

Dr Anne-Sophie Hamy-Petit

Service de chirurgie Sénologique, gynécologique et reconstructrice, Institut Curie, Université de Paris

Pr Pascale Hoffmann

Service de Gynécologie-obstétrique et médecine de la procréation, CHU Grenoble Alpes, Université de Grenoble Alpes

Dr Lorraine Maitrot-Mantelet

Unité de Gynécologie Médicale, Hôpital Port-Royal, AP-HP, Paris

Dr Perrine Millet

Service de Gynécologie obstétrique, Hôpital de Montélimar

Pr Geneviève Plu-Bureau

Unité de gynécologie médicale, Hôpital Port-Royal, AP-HP, Université de Paris

Pr Fabien Reyat

Service de chirurgie Sénologique, gynécologique et reconstructrice, Institut Curie, Université de Paris

Dr Geoffroy Robin

Service d'Assistance Médicale à la Procréation et Préservation de la Fertilité, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille, Université de Lille

Dr Christine Rousset-Jablonski

Centre Léon Bérard, Lyon

Dr Charlotte Sonigo

Service de Médecine de la Reproduction et Préservation de la Fertilité, Hôpital Antoine Béclère, Clamart, Université Paris-Saclay

Pr Florence Trémollières

Centre de Ménopause, Hôpital Paule de Viguier, CHU Purpan, Université de Toulouse III

Hémorragie génitale chez la femme

Dr Virginie Grouthier

Service d'Endocrinologie - Diabétologie - Nutrition, Hôpital Haut-Lévêque, CHU Bordeaux

OBJECTIFS : N°43. HÉMORRAGIE GÉNITALE CHEZ LA FEMME

- ➔ Diagnostiquer une hémorragie génitale chez la femme.
- ➔ Connaître les principales causes et les examens complémentaires pertinents.

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Diagnostic	Déterminer, par l'examen clinique, l'origine du saignement et le quantifier	
A	Étiologie	Connaître les principales causes d'hémorragie génitale	
A	Étiologie	Différencier les causes organiques et les causes fonctionnelles	
A	Examens complémentaires	Savoir prescrire les premiers examens biologiques à réaliser	
A	Examens complémentaires	Connaître l'indication de l'imagerie devant une hémorragie génitale chez la femme	
B	Examens complémentaires	Préciser l'intérêt et la place de prélèvements cyto-ou histo-logiques	place des frottis ou biopsie cervico-utérins, biopsie d'endomètre
B	Prise en charge	Connaître les principaux traitements médicaux et chirurgicaux des myomes	
B	Prise en charge	Connaître les principaux traitements de l'adénomyose	
B	Prise en charge	Connaître les principes de la prise en charge d'une hémorragie génitale	

SERONT AUSSI TRAITÉS DANS CE CHAPITRE LES INTITULÉS SUIVANTS DE L'ITEM 35 : ANOMALIES DU CYCLE MENSTRUEL. MÉTRORRAGIES

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Étiologies	Connaître les principales causes de métrorragies	
A	Étiologies	Connaître les principales causes de ménorragies	
A	Examens complémentaires	Connaître le bilan à réaliser devant des saignements utérins (méo-métrorragies)	
A	Identifier une urgence	Reconnaître les situations d'urgence en cas de saignements utérins	Savoir évaluer les pertes sanguines



Les situations de départ sont indiquées en violet et en gras dans l'ensemble du chapitre. Et elles sont listées en fin de chapitre.

A 1. Définitions des hémorragies génitales chez la femme et examen clinique

- Les hémorragies génitales chez la femme sont un motif fréquent de consultation médicale. Elles sont définies par **la survenue de pertes sanguines d'origine génitale et extériorisées par l'orifice vulvaire**, différentes des règles normales.
- Il convient de différencier les **hémorragies génitales basses** d'origine vulvaire, vaginale ou cervicale (provenant de l'exocol, partie visible du col utérin lors de l'examen clinique au spéculum) des **hémorragies génitales hautes** d'origine endo-utérine comprenant les saignements provenant de l'endocol.
- Les hémorragies génitales (ou **saignement génital anormal**) sont par définition différentes des menstruations normales. Les règles dites normales sont des saignements réguliers mensuels, d'une durée < 7 jours (entre 3 et 6 jours) et d'abondance évaluée entre 50 et 80 ml. Le flux sanguin est classiquement plus important les 2-3 premiers jours.
- **Les ménorragies** correspondent à une hémorragie utérine coïncidant avec la menstruation mais présentant des aspects anormaux par son abondance (> 80 ml) et/ou sa durée (> 6 jours). Les ménorragies sont la première cause de consultation de la femme entre 30 et 50 ans.
- Parmi les ménorragies, on peut distinguer :
 - les *polyménorrhées* définies par une anomalie de la durée et de l'abondance ;
 - les *hyperménorrhées* définies par une durée normale des saignements mais une abondance > 80 ml ;
 - les *macroménorrhées* définie par une durée allongée des saignements (> 6 jours) mais une abondance normale.
- **Les métrorragies** sont des saignements d'origine utérine survenant en dehors des menstruations.
- **Toute méno-métrorragie doit être explorée**, la cause pouvant entraîner des conséquences cliniques graves. La prévalence des méno-métrorragies est estimée à 12 % de la population générale et augmente avec l'âge pour atteindre 24 % chez les femmes de 36-40 ans.
- **Le score des pictogrammes** a été proposé comme mesure objective des ménorragies. Le **score de Higham** est le plus utilisé. Durant les règles il faut noter, chaque jour, le nombre de linges (serviettes ou tampons) dans la case correspondant au degré d'imprégnation en sang. En additionnant les points à la fin des règles, on obtient la valeur du score de Higham. Un score supérieur à 100 points est anormal car il correspond à un saignement supérieur à 80 ml de sang.
- **Un examen clinique gynécologique soigneux et rigoureux** permet d'objectiver l'origine des saignements et d'orienter vers l'étiologie.
- Cet examen clinique comprendra :
 - un interrogatoire : âge, date des dernières règles, antécédents personnel (pathologie chronique, curetage endo-utérin, fibrome, endométriose, activité sexuelle, infection génitale), antécédent familiaux (trouble de l'hémostase), traitement (contraception, aspirine, anticoagulant, etc.), caractéristique du saignement (circonstance d'apparition, ancienneté, durée, abondance, calendrier menstruel), symptômes associés (**douleurs pelviennes, leucorrhées, caillots**) ;
 - un examen clinique des organes génitaux externes puis si possible un examen du vagin et du col de l'utérus grâce à la **pose d'un spéculum** permettant de différencier les hémorragies génitales basses versus hautes ;
 - un toucher vaginal (taille de l'utérus, masse utérine ou latéro-utérine, douleur) ;
 - un examen général à la recherche de signes de gravité d'une anémie aiguë justifiant une prise en charge en urgence d'une **hémorragie aiguë** : **tachycardie**, hypotension artérielle, **dyspnée**, pâleur cutanée, signes de choc hémodynamique, etc.

Figure 1. Score de Higham permettant d'évaluer la quantité et durée des saignements

Source : à partir de Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) - Maladie de Willebrand -
Centre de référence de la Maladie de Willebrand - HAS février 2021

Date :		Jour de règles								Points
Serviette ou Tampon		1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	
	1 point / linge									
										
	5 points / linge									
										
	20 points / linge									
										
Caillots										
Débordement										
Total points										

A 2. Principales étiologies des hémorragies génitales chez la femme

2.1. Première cause d'hémorragie génitale chez la femme à éliminer : la grossesse

- La première cause d'hémorragie génitale chez la femme à éliminer est la **grossesse**. La recherche de la date des dernières règles, les signes sympathiques de grossesse, un examen clinique et un dosage des β -hCG permettent de confirmer ou infirmer le diagnostic et d'orienter rapidement la prise en charge (grossesse intra ou extra-utérine ? grossesse évolutive ? pathologie du 1^{er} trimestre de grossesse ?). Cette question sera traitée en détail dans les chapitres des items 23, 24, 25.
- Les étiologies des hémorragies génitales se regroupent en cause **fonctionnelle, iatrogène ou organique**.

2.2. Les hémorragies génitales fonctionnelles : secondaires à un déséquilibre hormonal de la balance œstrogène/progestérone

- Les hémorragies génitales **fonctionnelles** sont secondaires à un **déséquilibre hormonal de la balance œstrogène/progestérone** induisant une altération de l'endomètre. Par définition, il n'y a pas de substratum histopathologique utérin à l'origine de ces saignements.

2.2.1. Il s'agit en général de ménorragies ou de saignements brunâtres en fin de phase lutéale avant les règles proprement dite. Elles sont fréquentes au moment péri-pubertaire et péri-ménopausique en lien avec une dysovulation ou anovulation responsable d'une insuffisance lutéale et d'une hyper-œstrogénie relative.

- Il peut également y avoir des hémorragies génitales fonctionnelles de l'ovulation survenant donc en milieu de cycle. Il s'agit de saignements minimes pendant 1 ou 3 jours en milieu de cycle, moins abondants que les vraies menstruations et qui ne sont pas associés à un syndrome prémenstruel.
- Les causes fonctionnelles sont un diagnostic d'élimination après avoir évalué la possibilité de causes organiques.

2.2.2. Les hémorragies génitales fonctionnelles peuvent également être d'origine iatrogène

- Les hémorragies génitales fonctionnelles peuvent également être **d'origine iatrogène** en lien avec :
 - un traitement œstro-progestatif, par exemple lors d'un arrêt prématuré ou d'un oubli de pilule. Elles peuvent également se voir avec des traitements oestro-progestatifs faiblement dosés et il convient alors de prescrire un traitement plus oestrogénique ;
 - un traitement progestatif (par voie orale, sous-cutanée, système intra-utérin) responsable de spotting par atrophie endométriale ;
 - une œstrogénothérapie mal contrebalancée par les progestatifs induisant une hypertrophie de l'endomètre, par exemple chez une femme ménopausée prenant un traitement hormonal de la ménopause ;
 - un dispositif intra-utérin (malposition, infection) ;
 - un traitement anticoagulant.

2.3. À l'inverse, les hémorragies génitales organiques sont secondaires à une pathologie de la filière génitale

- À l'inverse, les hémorragies génitales **organiques** sont quant à elles secondaires à une **pathologie de la filière génitale** responsable des saignements.

Tableau 1. ÉTIOLOGIES RESPONSABLES D'HÉMORRAGIE GÉNITALE ORGANIQUE CHEZ LA FEMME	
Pathologie vulvaire	<ul style="list-style-type: none"> • traumatisme (interrogatoire, lésions visible) • tumeur vulvaire
Pathologie vaginale	<ul style="list-style-type: none"> • traumatisme, corps étranger • vaginite • tumeur vaginale
Pathologie cervicale	<ul style="list-style-type: none"> • traumatisme (interrogatoire, lésions visibles) • ectropion (débordement de l'épithélium cylindrique glandulaire en périphérie de l'orifice externe du col de l'utérus ; phénomène bénin pouvant être responsable de saignement post-coïtaux) • cancer du col de l'utérus
Pathologie endomètre	<ul style="list-style-type: none"> • endométrite (métrorragie associé à un syndrome infectieux, des leucorrhées et des douleurs pelviennes ; fréquemment après un accouchement ou un geste endo-utérin) • polype endométrial (visible au spéculum s'il est accouché par le col) • hyperplasies endométriales simples ou atypiques • cancer endométrial (plus fréquent en période ménopausique)
Pathologie myomètre	<ul style="list-style-type: none"> • myome en particulier sous-muqueux (classiquement plus des ménorragies que des métrorragies) pouvant se manifester par une masse pelvienne. • Adénomyose (développement de la muqueuse endométriale dans le myomètre) où les saignements sont associés à des douleurs pelviennes lors des saignements (voir item 39) • cancer (sarcome)
Pathologie annexielle	<ul style="list-style-type: none"> • salpingite • kyste ovarien, tumeur ovarienne sécrétante
Pathologie ovarienne ou surrénalienne	<ul style="list-style-type: none"> • tumeur sécrétant des stéroïdes
Pathologie systémique	<ul style="list-style-type: none"> • trouble de l'hémostase (thrombopathie, maladie de von Willebrand)

- Les étiologies des hémorragies génitales à évoquer dépendent de l'âge de la patiente et du terrain de leur survenue :
 - À l'adolescence, les hémorragies génitales sont plus fréquemment dues à des anomalies de l'hémostase ou à une cause fonctionnelle telle que l'insuffisance lutéale et l'hyperoestrogénie relative secondaire à une anovulation lors des premiers cycles ;
 - Chez la femme en période d'activité génitale, bien que des étiologies fonctionnelles et iatrogènes puissent être retrouvées, les causes d'hémorragies génitales organiques (en particulier les myomes et l'adénomyose chez les femmes entre 35 et 50 ans) sont fréquentes :
 - **L'hyperplasie endométriale** qui peut être responsable de métrorragies ou de ménorragies. Elle est évoquée sur une épaisseur endométriale trop importante à l'échographie et la biopsie par pipelle de Cormier et/ou l'hystérocopie + biopsie montrent l'aspect à l'histologie : hyperplasie simple ou avec atypies. Elle survient dans des conditions de déséquilibre estroprogestatif endogène ou d'insulinorésistance (anovulation, dysovulation, **obésité, diabète**) ou exogène (traitements insuffisants en progestatifs) ;
 - **les polypes endométriaux** qui sont constitués par une prolifération endométriale localisée qui peut être pédiculé ou sessile, avec un axe vasculaire plus ou moins fibreux. Ils peuvent être unique ou multiples associés à une hyperplasie endométriale (endomètre dit polypoïde). Ils peuvent être responsables de métrorragies ou de ménorragies et parfois accouchés par le col bombant dans le vagin. Cette protrusion peut être très douloureuse responsable de contractions utérines lors des efforts de saillies. Ils peuvent être bénins ou être atypiques voire dégénérer en cancer. Leur croissance est favorisée par le tamoxifène ;
 - **les myomes ou fibromes utérins** sont des tumeurs bénignes développées aux dépens de myomètre utérin. Leur incidence augmente avec l'âge (20 à 30 % des femmes de 30 ans et 50 % des femmes de 50 ans). Bien que dans la moitié des cas les myomes soient asymptomatiques, les ménométrorragies sont un symptôme fréquent de découverte. Ces saignements peuvent être secondaires à la déformation de la cavité utérine par les myomes mais surtout aux myomes sous-muqueux. Les saignements sont volontiers associés à des caillots ;
 - **l'adénomyose ou endométriose interne** est définie par la présence de tissu endométrial à l'intérieur du myomètre. Son incidence augmente après 35 ans et elle pourrait concerner presque 50 % des femmes. Les symptômes associent des dysménorrhées, des ménométrorragies dans 60 % des cas.
 - Chez la femme ménopausée, l'apparition de métrorragies est un cancer jusqu'à preuve du contraire. Les facteurs de risque du cancer de l'endomètre sont l'**obésité**, le **diabète** et les situations d'hyperestrogénie. Les explorations doivent donc être menées pour éliminer le cancer de l'endomètre, du col de l'utérus et le cancer de l'ovaire sécrétant des stéroïdes avant de conclure à des métrorragies sur atrophie endométriale.

A 3. Démarche diagnostique devant une hémorragie génitale chez la femme

- Dans la majorité des cas, l'âge de la patiente et le terrain de survenue de l'hémorragie génitale ainsi que l'interrogatoire et l'examen clinique permettent d'orienter le clinicien vers une étiologie de l'hémorragie génitale et donc d'adapter les explorations complémentaires nécessaires au diagnostic.
- Comme nous l'avons vu précédemment, un **dosage des β -hCG plasmatiques** doit être réalisé dans un premier temps pour éliminer le diagnostic de grossesse.
- **Le bilan biologique comprendra également :**
 - **une numération formule sanguine +/-** groupe sanguin et rhésus, à la recherche de critères de gravité de l'hémorragie (**baisse de l'hémoglobine**) ;
 - **un bilan d'hémostase** (TP, TCA, temps occlusion plaquettaire, facteur de coagulation, +/- dosages spécifiques du complexe facteur Willebrand/facteur VIII) à la recherche d'un trouble de l'hémostase surtout chez la jeune femme avec antécédent personnel (**tendance au saignement** : gingivorragie, **épistaxis**, ecchymose, etc.) ou familiaux de trouble de l'hémostase ;

– **des prélèvements bactériologiques** cervico-vaginaux à la recherche de chlamydia, gonocoque à la recherche d'infection sexuellement transmissible en cas de risque infectieux (voir item 162). En cas de positivité, il convient alors également de contrôler les sérologies VIH, hépatite B et C et syphilis.

- **L'échographie pelvienne sus-pubienne et endovaginale si possible est indiquée en première intention dans le diagnostic des méno-métrorragies à la recherche d'une anomalie pelvienne à l'examen d'imagerie médicale.** Si elle est réalisée par un radiologue expérimenté, cet examen simple, non irradiant et peu coûteux permet une très bonne exploration de l'endomètre, du myomètre, de la cavité utérine et des annexes. L'hyperplasie endométriale, les polypes endométriaux, les myomes sont analysables à l'échographie. Les myomes sont des formations homogènes, hypoéchogènes par rapport au reste du myomètre, généralement bien limitées avec un encochement vasculaire. L'adénomyose est objectivée à l'échographie devant un utérus globuleux, augmenté de taille (en particulier le mur postérieur) avec des lacunes anéchogènes, des zones hétérogènes et une jonction endomètre-myomètre mal définie.
- Les autres explorations radiologiques telles que **l'IRM pelvienne** ou **l'hystérocopie** ne seront envisagées qu'en deuxième intention après avis spécialisé.
- En effet, dans certaines situations comme la présence de myomes multiples ou atypiques, d'adénomyose, d'endométriose ou si l'analyse échographique n'est pas suffisante pour confirmer un diagnostic, une IRM pelvienne permet de compléter l'exploration génitale. Il s'agit d'un examen plus invasif puisqu'il nécessite une injection intraveineuse de produit de contraste. De plus son coût, la difficulté d'accès ou encore la claustrophobie de certaines patientes peuvent limiter sa réalisation.
- En cas de doute sur la présence d'un polype endométrial, d'une hyperplasie atypique ou d'un myome sous-muqueux, la réalisation d'une hystérocopie ou une hystérosonographie permettant une bonne exploration de la cavité utérine seront envisagées. L'hystérocopie diagnostique peut être réalisée en consultation et ne nécessite pas d'anesthésie. L'hystérosonographie est une échographie pelvienne réalisée par voie endovaginale couplée à une opacification de la cavité utérine grâce à un liquide de contraste. Ces deux examens ont pour but l'étude précise de la cavité utérine par voie vaginale et sont plus spécifiques pour les lésions endométriales qu'une échographie simple.

- B**
- **Dans le cadre d'hémorragies génitales basses ou de saignements post-coïtaux**, une analyse du col de l'utérus est nécessaire. Le frottis cervico-vaginal ou la recherche de la présence d'HPV peuvent être réalisés. En revanche, le frottis cervical n'est pas indiqué en cas de lésion cervicale visible. Il convient alors de faire une colposcopie avec biopsies cervicales dirigées en vue d'un diagnostic anatomopathologique.
 - **Les prélèvements histologiques de l'endomètre sont indiqués en cas de métrorragies chez la femme ménopausique.** Une biopsie de l'endomètre peut aussi être intéressante pour rechercher un état d'inflammation chronique ou encore apprécier un trouble fonctionnel endométrial, réalisée alors plutôt en 2^e partie de cycle, en cas d'épaisseur importante de l'endomètre (>12 mm) ou de présence de facteur de risque de cancer endométrial chez une femme ayant des ménorragies. Ces prélèvements peuvent être réalisés en consultation par le passage d'une pipelle de Cornier au niveau du col utérin. Seule une biopsie positive permettra d'affirmer le diagnostic alors qu'une biopsie négative peut être un faux-négatif puisque le prélèvement est par définition partiel et réalisé « à l'aveugle ». Une biopsie dirigée lors d'une hystérocopie diagnostique peut également être réalisée.

B

4. Principes de prise en charge d'une hémorragie génitale

- Il existe toujours une cause à cette hémorragie génitale que l'on doit toujours rechercher avant d'instaurer un traitement.
- L'importance d'une hémorragie génitale peut imposer un traitement d'urgence qui a pour but d'arrêter l'hémorragie.
- Le traitement de l'hémorragie génitale dépendra ensuite de la cause du saignement.

4.1. Devant une hémorragie génitale fonctionnelle

- Devant une hémorragie génitale fonctionnelle, on pourra proposer un traitement hormonal tel que des œstroprogestatifs en absence de contre-indication ou un traitement par progestérone ou progestatif du 15^e au 25^e jour du cycle permettant d'améliorer le maintien de la phase lutéale ou à titre antigonadotrope 20 j/27 si besoin de contraception. Un système intra-utérin au lévonorgestrel est également indiqué devant des ménorragies fonctionnelles car il induit une atrophie endométriale et une diminution de la vascularisation de l'endomètre. Enfin, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (acide méfénamique Ponstyl[®]) peuvent être utiles pour diminuer certains saignements. Les antifibrinolytiques tel que l'acide Tranexamique (Exaylc[®]) sont les plus efficaces en cas de saignements plus importants, en absence de contre-indication.
- En cas d'échec du traitement médical, un traitement chirurgical peut être proposé dans certaines situations en particulier chez les patientes ne désirant pas conserver leurs possibilités de procréation. Il peut s'agir d'un traitement chirurgical conservateur avec endometrectomie. En cas d'échec ou si la patiente ne souhaite pas conserver son utérus, il peut être envisagé une hystérectomie.

4.2. Devant une hémorragie génitale organique

- Devant une hémorragie génitale organique, le traitement va dépendre de la pathologie retrouvée.

4.2.1. Les hyperplasies endométriales

- Les hyperplasies endométriales sont très sensibles au traitement progestatif habituellement 3 à 6 mois à titre antigonadotrope puis un relais soit par un œstroprogestatif en absence de contre-indications soit au moins 10 j / mois de progestatifs (en l'absence de besoin contraceptif). Le DIU au levonorgestrel est très efficace sur les hyperplasies simples ou même atypiques. Certains proposent une endometrectomie en cas d'intolérance au traitement médical. Mais en cas d'hyperplasies atypiques il est indispensable d'adresser la patiente à une équipe spécialisée en raison du risque d'évolution vers le cancer.
- **En cas de myome** symptomatique et responsable d'hémorragie génitale, un traitement médical peut être proposé avec des progestatifs ou un analogue de la GnRH. Ils sont généralement prescrits pour une durée limitée de 3 à 6 mois, avant une prise en charge chirurgicale. L'acétate d'ulipristal (Esmya[®] 5 mg), auparavant indiqué dans le traitement symptomatique du fibrome utérin, n'est plus commercialisé en France depuis que le comité européen de pharmacovigilance a confirmé un risque hépatotoxique grave. Un système intra-utérin au levonorgestrel peut également être une bonne alternative, sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'un myome sous-muqueux. En effet, cette catégorie de myome contre-indique la pose d'un dispositif intra-utérin.
- Les myomes sous-muqueux font l'objet de résection avec une technique dépendant de leur taille et de leur implantation.
- Chez les patientes ne souhaitant pas conserver leur utérus, l'hystérectomie est envisageable en cas de myomes symptomatiques. Un traitement chirurgical conservateur type myomectomie est à envisager chez les femmes avec un désir de grossesse ou qui souhaitent conserver leur utérus. Enfin, l'embolisation des artères utérines peut également être indiqué dans cette situation.

4.2.2. En cas d'adénomyose

- En cas d'adénomyose, il n'existe pas de traitement médicamenteux curatif et l'arrêt du traitement conduit en général à une reprise évolutive de la maladie. Un traitement médical, ayant une action atrophiante, est habituellement prescrit en première intention et doit être prolongé. Il est recommandé de privilégier le dispositif intra-utérin au levonorgestrel mais des progestatifs per os, les analogues de la GnRH voire une contraception œstro-progestative en absence de contre-indication sont également des options thérapeutiques. En cas d'échec, un traitement chirurgical pourra être discuté (réduction endométriale ou hystérectomie selon l'âge de la patiente, l'étendue et la profondeur des lésions).

4.2.3. En cas de polype

- En cas de polype, une prise en charge chirurgicale par hystérocopie sera proposée.
- Quelle que soit la cause, il est important de retenir que les métrorragies ne sont pas un phénomène normal chez la femme et qu'il convient donc de réaliser une exploration méticuleuse à la recherche d'une étiologie avant d'instaurer un traitement.

PRINCIPALES SITUATIONS DE DÉPART EN LIEN AVEC L'ITEM 43 :

« HÉMORRAGIE GÉNITALE CHEZ LA FEMME »

Situation de départ	Descriptif
En lien avec la prise en charge d'une urgence	
112. Saignement génital anormal (hors grossesse connue)	Une hémorragie aiguë est une urgence imposant la réalisation d'un hémogramme et d'un bilan pré-transfusionnel. Une hypotension, une dyspnée au moindre effort ou une tachycardie mal tolérée sont des signes de mauvaise tolérance d'une anémie qui doivent faire envisager une transfusion en urgence ou semi-urgence, ou des mesures de correction rapide de l'anémie selon la cause.
60. Hémorragie aiguë	
162. Dyspnée	
217. Baisse de l'hémoglobine	
166. Tachycardie	
En lien avec la démarche étiologique	
104. Leucorrhées 99. Douleur pelvienne	Des leucorrhées et des douleurs pelviennes associées à des métrorragies dans un contexte infectieux sont évocatrices d'une endométrite.
112. Saignement génital anormal (hors grossesse connue) 59. Tendance au saignement 147. Épistaxis	A l'adolescence, les hémorragies génitales doivent faire évoquer un trouble de l'hémostase, surtout si la jeune fille présente une tendance au saignement (par exemple des épistaxis).
106. Masse pelvienne 229. Découverte d'une anomalie pelvienne à l'examen d'imagerie médicale	Un myome pourra être perçu à l'examen clinique et précisé par l'échographie pelvienne.
51. Obésité et surpoids	L'obésité est un facteur de risque connu de dysovulation induisant une hyperestrogénie relative et également d'hypertrophie endométriale et de cancer de l'endomètre en particulier chez la femme ménopausée.

FICHE DE SYNTHÈSE

1. Motif fréquent de consultation médicale, les hémorragies génitales chez la femme sont définies par **la survenue de pertes sanguines d'origine génitale et extériorisées par l'orifice vulvaire**, différentes des règles normales.
2. La présence de méno-métrorragies est anormale et nécessite toujours une exploration rigoureuse à la recherche d'une étiologie avant l'instauration d'un traitement.
3. Il faut distinguer les hémorragies génitales **basses** (saignement d'origine vulvo-vaginale ou de l'exocol utérin) et **hautes** (saignement d'origine endo-utérine).
4. Un **examen clinique gynécologique** méticuleux et complet avec pose d'un spéculum permet de différencier ces deux types d'hémorragies génitales.
5. La première cause d'hémorragie génitale est la **grossesse**. Un dosage des β -hCG permet facilement de confirmer ou d'éliminer ce diagnostic.
6. Il existe des causes **fonctionnelles** (déséquilibre de la balance oestrogènes-progestérone), **iatrogènes** ou **organiques** (pathologie sous-jacente) d'hémorragies génitales.
 - *A l'adolescence*, les étiologies les plus fréquentes sont des causes fonctionnelles secondaires à des anovulations avec insuffisance lutéale et des troubles de l'hémostase.
 - *Durant la période d'activité génitale*, l'incidence de certaines causes organiques telles que les myomes et l'adénomyose augmente nettement.
 - *Chez la femme ménopausée*, des métrorragies sont jusqu'à preuve du contraire synonyme de cancer de l'endomètre.
7. L'âge de la patiente et le terrain de survenue des saignements permettent d'orienter l'hypothèse diagnostique et hiérarchiser les examens complémentaires.
8. Un bilan biologique avec **NFS +/- bilan d'hémostase et des prélèvements bactériologiques** ainsi qu'une **échographie pelvienne** si possible par voie endovaginale sont prescrits en première intention. L'IRM pelvienne, l'hystérocopie ou l'hystérosonographie sont des examens prescrits en deuxième intention.
9. Une hémorragie génitale importante nécessite un traitement en urgence ayant pour but d'arrêter les saignements. Dans un second temps, le traitement de la cause sera mis en place pour éviter les récurrences ou aggravation. Il peut s'agir d'un traitement médical hormonal avec risque d'échec ou d'un traitement radical (chirurgie conservatrice type endomèctomie ou hystérectomie).

Gynécologie médicale

R2C

- L'ouvrage officiel réalisé par le Collège National des Enseignants de Gynécologie Médicale (CNEGM) pour les étudiants du DFASM.
- Conçu et rédigé par près de 30 enseignants de la discipline.
- Tout le nouveau programme de connaissances de la spécialité pour la R2C et les modules du DFASM, avec la nouvelle numérotation.
- Pour chaque item, les objectifs de connaissances hiérarchisés en rang A et rang B (dans un tableau en début d'item et tout au long de l'item grâce à un repérage couleur).
- Toutes les situations de départ en lien avec les différents objectifs de connaissances (tout au long de l'item grâce à un repérage couleur, et à la fin de l'item dans un tableau récapitulatif).
- Une iconographie abondante pour faciliter l'apprentissage.
- Une fiche de synthèse par item pour retenir l'essentiel.

Un livre indispensable pour mettre toutes les chances de votre côté.

30 € TTC

ISBN : 978-2-84678-309-5



MED-LINE
Editions

www.med-line.fr

