

Cours De Résidanat

Sujet: 53

Diagnostic des métrorragies

Objectifs :

1. Définir les métrorragies.
2. Identifier les éléments de gravité d'une métrorragie.
3. Indiquer les premiers gestes d'urgence devant une métrorragie grave.
4. Expliquer les mécanismes des métrorragies fonctionnelles.
5. Etablir à partir des données cliniques et paracliniques, les diagnostics étiologiques des métrorragies selon le terrain en dehors de la grossesse.
6. Etablir la démarche du diagnostic étiologique des métrorragies au cours de la grossesse, du travail et du post-partum.

1. Définir les métrorragies

Toute hémorragie d'origine génitale haute (utérus + annexes) survenant en dehors des règles.

2. Identifier les éléments de gravité d'une métrorragie

2.1 À l'interrogatoire

- Abondance du saignement : nombre de serviettes et tampons hygiéniques utilisés, leur imprégnation (simple tache, moyennement imprégnée, totalement imprégnée), l'existence de caillots ou de débordements de la protection périodique utilisée.
- Troubles connus de la coagulation
- Traitement anticoagulant ou anti-agrégant plaquettaire en cours
- Pathologies associées pouvant compromettre la tolérance maternelle de l'anémie ou d'en compliquer la prise en charge

2.2 À l'examen clinique

Retentissement Hémodynamique :

- Pâleur cutanéomuqueuse
- Soif
- ↑ Fréquence cardiaque (FC)
- ↓ Tension artérielle (TA)
- Voire collapsus

À noter que

- Malaise ou de vertiges répétés → Hémorragie interne
- Tachycardie + hypotension → Craindre l'hémopéritoine.
- Défense abdominale ou contracture → Hémopéritoine.

2.3 À la Biologie

- Hémogramme : taux d'hémoglobine (Hb)
- Bilan d'hémostase : recherche de troubles de la coagulation (plaquettes, TP/TCA, fibrinémie)

3. Indiquer les premiers gestes d'urgence devant une métrorragie grave

3.1 Mesures de réanimation

- Hospitalisation
- Voie veineuse périphérique (VVP)
- Remplissage par macromolécules +/- transfusions de sang frais iso-groupe iso-rhésus.
- Réserve de sang, facteurs de coagulations (PFC, fibrinogène, CUP)
- Bilan : NFS, GS/RH, RAI, Bilan d'hémostase.
- Monitoring (TA, pouls, diurèse, état de conscience)
- Sondage vésicale

3.2 Métrorragies fonctionnelles de la puberté

- Prescription d'œstrogènes
- + Antifibrinolytiques : L'acide tranexamique (Exacyl®)
- Relais par traitement progestatif : progestérone naturelle : Duphaston® 2 cp/j dès diminution du saignement pendant 10j ;
- Puis traitement progestatif du 15 au 25ème jour du cycle pendant quelques mois (minimum 1 an).
- Pas de pilule OP
- Pas de progestatifs fortement gonadotropes (pas de 19-Nortestostérone)
- Dans les troubles graves de l'hémostase, une aménorrhée thérapeutique est obtenue par progestatif en continu.

3.3 Métrorragies de la période d'activité génitale

- Curetage hémostatique
- Injection d'estrogènes conjugués équins +++
- + Antifibrinolytiques
- + Relais par progestatif (décalée de 24 heures) pendant 15 à 20 jours : 19-Nortestostérone : car plus puissants.
- Ultérieurement en cas de cause organique → traitement de la cause (endomectomie, myomectomie, embolisation des artères utérines, hystérectomie ...)

3.4 Métrorragies de la péri-ménopause

- Progestatifs à forte dose : Noréthistérone (Primolut-Nor®) 60 à 80mg ou Surgestone® 500
- Hémostatiques et antifibrinolytiques
- Curetage « hémostatique »

3.5 Métrorragies de la post-ménopause

- Curetage biopsique « hémostatique » en 1ère intention

3.6 En cours de grossesse, d'accouchement ou du postpartum

- Attitude dépendante de la cause de l'hémorragie

4. Expliquer les mécanismes des métrorragies fonctionnelles

3 types de mécanismes physiopathogéniques :

4.1 Stimulation hormonale inadéquate (cycles anovulatoires+++)

- Mécanisme le plus fréquent.
- Stimulation oestrogénique excessive + stimulation progestative insuffisante
- ↑ récepteurs à l'œstradiol
- ↑ du volume menstruel.
- Cycles anovulatoires : anovulation → hyperoestrogénie → hyperplasie endométriale.
- Causes de l'anovulation : syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) ++

4.2 Anomalies des facteurs locaux (cycles ovulatoires+++)

1. Action des systèmes enzymatiques :

- Métalloprotéases matricielles (MMPs) et inhibiteurs tissulaires des métalloprotéases (TIMPs) dégradent la matrice extracellulaire → saignement

2. Action des prostaglandines :

- Prostaglandines PG-F2 et Endothelin-1 ET-1 → vasoconstriction des artères spiralées
- PG-I2 et PG-E2 → vasodilatation des artères spiralées

N° Validation : 0753202012

- Le ratio PG-F2 /PG-E2 abaissé et niveau des PG-I2 élevé chez les femmes présentant des métrorragies fonctionnelles

3. Action fibrinolytique

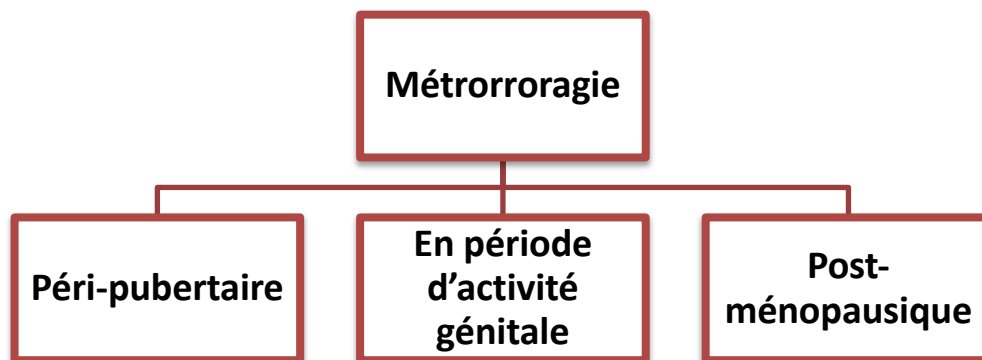
- L'activateur tissulaire du plasminogène tPA est une enzyme protéolytique initiant la fibrinolyse.
- ↑ significative du taux des activateurs du plasminogène (tPA) dans l'endomètre
- D'où mécanisme d'action des antifibrinolytiques : inhibition de la formation de plasmine

4.3 Réponse endométriale anormale

Mécanisme théorique difficile à prouver et à traiter.

5. Etablir à partir des données cliniques et paracliniques, les diagnostics étiologiques des métrorragies selon le terrain en dehors de la grossesse

IL FAUT DISTINGUER dans ce cas la période de survenue de l'hémorragie :



5.1 Métrorragie de la période péri-pubertaire

1. Métrorragies pré-pubertaires

- rares
- Origine :
 - Cervicale : polypes
 - Utérine :

N° Validation : 0753202012

- Absorption d'oestrogènes
- Tumeur sécrétante
- Puberté précoce

5.2 Métrorragies post-pubertaires

a. Démarche diagnostique

Interrogatoire	Examen physique	Examens complémentaires
<ul style="list-style-type: none">•Ménarche•Cycle menstruel•Prise médicamenteuse•ATCD hémorragie extra-génitale•Rapports sexuels	<ul style="list-style-type: none">•Signes d'anémie et d'intolérance hémodynamique•Palpation abdomino-pelvienne•Examen des organes génitaux externes, intégrité de l'hymen•Examen au spéculum de vierge (vagin et col)	<ul style="list-style-type: none">•Échographie pelvienne•βHCG•NFS + Plaquettes, TP/TCA, Fibrinémie•Vaginoscopie

b. Etiologies

1. Cause organique 30% : à éliminer

1.1. Grossesse :

- Toujours à éliminer !
- Notion de rapports sexuels, signes sympathiques de la grossesse, utérus augmenté de volume et ramolli au toucher, β-HCG (quantitatifs) + échographie pelvienne

1.2. Causes infectieuses

- Cervicite
- Infection utéro-annexielle (salpingite), le plus souvent secondaire à une IST
- Bilharziose, endométrite tuberculeuse...

1.3. Trouble de l'hémostase

- Thrombopathie
- Maladie de Willebrand
- Déficits en facteurs V, VII, ou X
- Maladie de Glanzmann.
- Hémophilie
- Pathologies acquises de l'hémostase :
 - Purpura thrombopénique idiopathique

N° Validation : 0753202012

- Hémopathies malignes
- Cirrhose
- Hypothyroïdie

1.4. Iatrogène

- Prise d'œstrogènes accidentelle par voie locale ou générale

1.5. Tumeur sécrétante de l'ovaire

- Choriocarcinome → HCG
- Tumeur de la granulosa → œstrogène
- Perçue au TR et confirmée par échographie sus-pubienne

1.6. Tumeur sécrétante surrénaliennes

2. Cause fonctionnelle ++++: 70%

- Règles pubertaires anovulatoire → insuffisance lutéale
- Par Immaturité de l'axe hypothalamo-hypophysaire :
 - Imprégnation oestrogénique
 - Muqueuse utérine hypertrophique
 - Pas d'ovulation → défaut de maturation de l'endomètre par la progestérone.
 - Lorsque l'hémorragie survient → l'hémostase est insuffisante voire inexistante
 - Saignement abondant.
 - Diagnostic : courbe thermique qui est :
 - Monophasique ↔ Anovulation
 - Plateau lutéal court ↔ Insuffisance lutéale

5.3 Métrorragie en période d'activité génitale

Devant toute métrorragie en période d'activité génitale
→ 1ère question à poser : La patiente est-elle enceinte ?

Le premier réflexe est de rechercher une grossesse extra-utérine ou une pathologie du 1er trimestre de grossesse .

Il faudra au minimum :

- vérifier la date des dernières règles,
- réaliser un examen clinique complet

N° Validation : 0753202012

- doser la β HCG,
- réaliser systématiquement une échographie pelvienne.

METRORRAGIES EN PERIODE D'ACTIVITE GENITALE ET EN DEHORS DE LA GROSSESSE

A. Démarche diagnostique

Les étapes diagnostiques sont les suivantes

1. Interrogatoire
2. Clinique
3. Examens complémentaires

1. Interrogatoire

- âge,
- antécédents familiaux : troubles de l'hémostase...,
- antécédents médicaux et chirurgicaux : curetage, coelioscopie, GEU, fibrome...

2. Examen clinique

- Général : anémie aigue ? (TA, pouls, conjonctives) => prise en charge urgente !
- Abdomen : souple ou météorisé, douleur provoquée, défense, contracture, masse abdomino-pelvienne
- Examen au Spéculum :
 - Origine et abondance du saignement
 - Examen du col utérin
 - Réalisation éventuelle du frottis de dépistage (en l'absence de saignement)
 - Exploration des parois vaginales
- Au toucher vaginal :
 - * Taille de l'utérus, douleur à la mobilisation,
 - * Perception des annexes, douleurs, empatement, masse,
 - * Douleur et nodules au niveau du cul de sac de douglas ?
- Toucher rectal : peut être nécessaire pour apprécier la face postérieure de l'utérus, les ligaments utéro-sacrés et le cul-de-sac de Douglas

3. Examens Complémentaires

- a) Bilan biologique:
 - éliminer le diagnostic de grossesse
 - quantifier une anémie

N° Validation : 0753202012

- ou rechercher un syndrome inflammatoire
- ou un trouble de la coagulation

NFS, Groupe et Rhésus, +/-βHCG, +/- facteurs de coagulation

b) Echographie pelvienne et endovaginale

- Permet une exploration précise de l'endomètre, de la cavité utérine, du myomètre et des ovaires.
- Examen de première intention qui fournit des éléments d'orientation pertinents pour les fibromes, les tumeurs annexielles et les polypes.

c) Hystérosonographie

- Echographie + Instillation de liquide dans la cavité utérine
- Mieux préciser la topographie de la lésion (polype, fibrome) avec la cavité et l'endomètre.

d) L'hystérocopie diagnostique

- État de l'endomètre (atrophie ou hypertrophie), polypes et fibromes intra-cavitaires
- Le diagnostic d'adénomyose est plus difficile à poser.
- Si cancer de l'endomètre, l'hystérocopie peut
 - guider le prélèvement histologique,
 - préciser l'extension en surface (pas en profondeur).

e) Les examens anatomo-pathologiques

- **Le frottis cervical** (uniquement pour dépistage).
 - Il ne devrait pas être prélevé au cours du saignement
 - Il n'est pas indiqué en cas de lésion cervicale visible qui doit faire l'objet d'une biopsie
- **Les prélèvements histologiques** de la muqueuse endométriale sous hystérocopie et/ou curetage.

f) D'autres examens complémentaires

Réalisés en fonction des orientations étiologiques.

* **Les prélèvements bactériologiques** cervico-vaginaux ou la mise en culture du dispositif intra-utérin sont faits lorsqu'on suspecte une cause infectieuse.

* **L'IRM et le scanner** peuvent utilement préciser la nature d'un kyste de l'ovaire et compléter le bilan d'extension des pathologies cancéreuses, cervicales, endométriales (rares à cet âge) et ovariennes.

B. Etiologies

b1. Organiques

1. Cancer du col
2. Infections :
 - Cervicite :
 - Favorisée par un ectropion
 - Col rouge saignant au contact + écoulement glaire louche
 - Endométrite du post-partum ou du post-abortum
 - Salpingite :
 - Sexuellement transmise ou acquise suite manœuvres médicales
3. Polypes :
 - Accouchés par le col : visibles au spéculum
4. Fibromes :
 - Tumeur bénigne du muscle utérin = Léiomyome
 - 30-40 ans
 - Hormono-dépendant (hyperoestrogénie relative)
 - Types : Intra-cavitaire / Sous-muqueux/ Intra-mural / Sous séreux
 - Clinique : ménorragie + métrorragie d'origine mécanique
 - Échographie : confirmer le diagnostic, la topographie et la taille
 - Hystérocopie permet de vérifier les fibromes à composante sous muqueuse et les fibromes intra-cavitaires.
5. Cancer de l'endomètre :
 - 2 à 8 % des cas.
 - Obésité HTA diabète + facteurs d'hyperoestrogénie relative
 - Métrorragies indolores, insidieuses + hydorrhée, et gros utérus
 - Echographie endovaginale + hystérocopie
 - Biopsie de l'endomètre au moindre doute
6. Endométriome
7. Tumeurs de l'ovaire :
 - Soit du fait d'une métastase utérine
 - Soit du fait d'une tumeur sécrétante
 - Echographie, Coelioscopie +/- laparotomie exploratrice.

8. Tumeurs tubaires
9. Hémorragies iatrogènes :
 - Œstroprogestatif
 - Anticoagulant
 - Stérilet

b2. Hémorragies fonctionnelles

- Diagnostic d'élimination : Frottis cervical + échographie et hystérocopie NEGATIFS !
- Courbe thermique monophasique
- La chronologie des saignements dans le cycle permet de cerner le trouble hormonal :
 1. Métrorragies de milieu de cycle
 - Contemporaines de l'ovulation
 - Secondaires à la chute du taux d'œstrogènes lors de la rupture folliculaire
 - TTT : œstrogènes J10 → J16 du cycle
 2. Saignement prémenstruel
 - Peu abondant, brunâtre
 - Durant 2 ou 3 jours avant les règles
 - Lié à une insuffisance lutéale
 - TTT : Progestatif J15 → J25 du cycle
 3. Hémorragies fonctionnelles post-menstruelles
 - Par mauvaise sécrétion oestrogénique dans la première moitié du cycle
 - TTT : œstrogènes J0 → J10 du cycle
 4. Hémorragie fonctionnelle par dystrophie ovarienne

6. Métrorragies post-menopausiques

A. Démarche diagnostique

CLINIQUE	PARACLINIQUE
<p>1) Interrogatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caractères des métrorragies - Signes associés : hydorrhée, leucorrhée, douleur,... - Facteurs de risque de cancer de l'endomètre - Prise médicamenteuse : traitement hormonal de la ménopause, Tamoxifène... <p>2) Examen physique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palpation abdominale - Spéculum : Examen du vagin et du col de l'utérus - TV : Utérus et annexes 	<p>1) Frottis Cervical</p> <p>2) Echographie (endo-vaginale +++)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utérus - Epaisseur de l'endomètre++ - Annexes : tumeur ovarienne sécrétante ? <p>3) Hystérosonographie : Permet de mieux caractériser les images endo-cavitaires</p> <p>4) Hystéroscopie : Avec preuve histologique</p>

B. Etiologies

1. Cancer de l'endomètre :

- *Facteurs de risque :* Obésité, HTA, Diabète, Nulliparité / Pauciparité, Puberté précoce
Ménopause tardive, Insuffisance ovarienne primitive, SOPK, Oestrogénothérapie non compensée par des progestatifs
- *Clinique :*
 - Métrorragies rosées ou noirâtres, indolores, insidieuses, irrégulières, persistantes parfois franches avec caillots
 - Hydorrhée
 - Pertes rosées ou purulentes
- Parfois utérus augmenté de volume, ramolli
- *Examens complémentaires :*

N° Validation : 0753202012

- Echographie endo-vaginale
 - Hystérocopie + Biopsie de l'endomètre / Curetage biopsique étagé
2. Cancer du col
 3. *Sarcome utérin*
 4. *Tumeurs de l'ovaire* :
 - Métastase à l'endomètre → métrorragies.
 - Toute masse annexielle à cet âge est suspecte
 5. Tumeurs des trompes
 6. Atrophie de l'endomètre :
 - Cause la plus fréquente ++ chez les femmes ne prenant pas de THS
 - Diagnostic évoqué à:
 - Échographie vaginale (endomètre très fin)
 - Hystérocopie.
 - Confirmation par histologie
 7. Hypertrophie de l'endomètre :
 - Cause fréquente (femme prenant THS)
 - Diagnostic évoqué à:
 - Échographie vaginale
 - Hystérocopie
 - Biopsies dirigées par hystérocopie obligatoires :
 - Confirmer le diagnostic
 - Déterminer le type de l'hyperplasie
 8. Thécome
 - Tumeur bénigne de l'ovaire
 - Apparaissant généralement après la ménopause
 9. Causes iatrogènes :
 - Prise d'œstrogènes
 - Anabolisants androgéniques (conversion en œstrogènes par le foie)
 - Anticoagulants
 10. Troubles de l'hémostase

7. Etablir la démarche du diagnostic étiologique des métrorragies au cours de la grossesse, du travail et du post-partum.

7.1 Métrorragies du 1er Trimestre

- 25% des grossesses

1^{ère} étape : EXAMEN CLINIQUE

- Interrogatoire: âge, ATCD gynécologiques (cycle menstruel, DDR, contraception, facteur de risque de GEU...), ATCD obstétricaux (gestité, parité, accouchements, FCS, IVG, GEU...), caractères des métrorragies (abondance, aspect, spontanés ou provoqués), signes associés: douleurs pelviennes, signes sympathiques de grossesse
- Examen physique:
 - apprécier abondance du saignement, état hémodynamique
 - palpation abdominale
 - Examen au Spéculum + TV (col, volume utérin, douleur ou masse annexielle)

2^{ème} étape: EXAMENS PARA CLINIQUES

1) dosage β -HCG plasmatique:

- positif : grossesse, sans prédire sa localisation
- évolutivité d'une grossesse: doublement en 48 heures
- visualisation d'un sac gestationnel si β HCG \geq 1000 U/l

2) échographie:

- topographie de l'œuf, vitalité, nombre
- masse latéro-utérine (MLU)
- épanchement liquidien et son abondance

Après échographie et β HCG positive :

- *Utérus vide* :
 - GEU +++
 - Grossesse intra-utérine (GIU) trop jeune
 - Avortement complet
- *Produit ovulaire intra-uterin*
 - **Grossesse évolutive**
 - Hématome décidual
 - Évanescence d'un jumeau

N° Validation : 0753202012

- **Grossesse arrêtée**
 - œuf clair
 - embryon sans vitalité
- **Avortement incomplet**
- **Mole hydatiforme**

7.2 Métrorragies du 2ème Trimestre

- **Fausses couches tardives:**
 - béance cervico-isthmique
 - malformation utérine
- **Grossesse Molaire**
- **Placenta bas inséré**

7.3 Métrorragies du 3ème Trimestre

- 2 à 5% des grossesses
- a. *Démarche diagnostique*

CLINIQUE	PARACLINIQUE
<p>1) Apprécier le retentissement maternel et fœtal de l'hémorragie</p> <p>2) Interrogatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caractères des métrorragies : début, couleur, abondance - Douleur ? Contraction utérine ? - Echographie antérieure - Pathologie gravidique : prééclampsie ? <p>3) Examen physique</p> <ul style="list-style-type: none"> - TA, pouls, pâleur - Examen Obstétrical : utérus souple ou contracture, BDC fœtaux, examen au spéculum/Pas de TV++ 	<p>1) Echographie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Topographie du placenta - Recherche de signes de décollement placentaire (HRP) <p>2) Biologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe sanguin et Rhésus - NFS - Bilan d'hémostase - Créatinémie <p>3) RCF</p>

b. *Étiologies*

2 causes dominantes: placenta prævia et hématome rétro-placentaire (HRP).

1. Causes placentaires

– **Placenta prævia +++ :**

- Insertion anormalement basse du placenta en partie ou en totalité sur le segment inférieur de l'utérus.
- Il peut être: latéral, marginal, ou recouvrant.
- Facteurs de risque : la multiparité, l'âge maternel avancé, les antécédents d'avortement spontané ou provoqué, de cicatrice utérine, les antécédents de placenta prævia et les manœuvres endo-utérines, la gémellité, le tabagisme.
- Saignement rouge vif spontané, d'abondance variable, non douloureux, volontiers récidivant.
- Fœtus vivant.

– **Hématome rétro-placentaire+++ (voir cours Pré éclampsie)**

– **Rupture d'un vaisseau prævia (*Benkiser*) :**

- Il s'agit d'un accident exceptionnel rencontré au cours du travail lors de la rupture spontanée ou artificielle des membranes, à l'origine d'hémorragie massive avec souffrance fœtale suraiguë.

2. Causes non placentaires

– **Lésions cervicales**

- **Rupture utérine** : rare pendant la grossesse, survient surtout en cours de travail.

– **Hémorragies déciduales**

7.4 Hémorragie du postpartum immédiat

- 5% des accouchements
 - Hémorragie issue de la filière génitale
 - Dans les 24 heures qui suivent la naissance
 - Pertes sanguines dépassant 500ml
- Urgence obstétricale
- Première cause de mortalité maternelle

N° Validation : 0753202012

- Prévention fondamentale ! permettant un diagnostic précoce et une prise en charge rapide

1. FACTEURS ETIOLOGIQUES D'HPP

LES « QUATRES T »

- Anomalies des contraction utérines (Tonus)
- Rétention de produits de la conception (Tissu)
- Traumatisme du tractus génital (Traumatisme)
- Anomalies de la coagulation (Thrombine)

2. PRISE EN CHARGE

2.1. Volet réanimation

- **Prise en charge et Surveillance :**
 - 2 voies veineuses – O2
 - Bilan biologique (GS et Rh, cross-match, NFS, TP, TCA)
 - Demande de 4 à 6 culots globulaires
 - Remplissage(Ringer,Dérivés de sang)
 - Sonde vésicale
 - Fiche de surveillance + monitoring de la TA et cardio- respiratoire
 - Quantification stricte de l'hémorragie
- **Traitement spécifique d'éventuels troubles de la coagulation**
- **Contrôle de l'efficacité**
 - Clinique
 - Paraclinique

2.2.Volet Obstétrical

- **Placenta non expulsé** → délivrance artificielle (DA)
- **Placenta expulsé** (atonie utérine, rétention placentaire, lésions traumatiques)
→ La révision utérine (RU) est systématique, même si le placenta semble normal
(*s'assurer de la vacuité utérine, évacuer les caillots , éliminer une rupture utérine*)
+ Examen de la filière génitale sous valves à la recherche d'une déchirure mal ou non réparée ou d'un hématome.