Ménométrorragies
de cause non cervicale ou vaginale

Etienne Roussel,
Joué-les-Tours 17/03/2017

Collège de Gynécologie CVL

ODPCGO

MENOMETRORRAGIES

- Perte sanguine menstruelle > 80 ml / cycle
- Durée > 7 jours
- Diagnostic simple en théorie, mais dans les faits…(30% de femmes ayant >80 ml =normal)
- Prise en charge définie par les recommandations pour la pratique clinique éditées par le CNGOF 2008
- Privilégier la qualité de vie ; sauver son utérus

Collège de Gynécologie CVL

MENOMETRORRAGIES

- Prévalence dans la population générale : 12%
- ...mais 24% chez les 36-40 ans .

Collège de Gynécologie CVL

DEFINITIONS (suite)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) experts du Collège Royal Gyn-Obst de Londres (2007) :

- Pertes sanguines excessives d'origine utérines

- ayant des conséquences sur la qualité de vie des patientes que ce soit sur le plan physique, psychologique, émotionnel ou social

- et pouvant survenir isolément ou en association avec d'autres symptômes.

Collège de Gynécologie CVL

MENOMETRORRAGIES

- USA : 400 000 hystérectomies/an
- 32 millions de dollars (E. Steward NEJM 2005)
- France en 2008 : 71 966 hystérectomies (PMSI)
- Rôle du médecin de 1er recours :

Calmer les craintes (et surtout les siennes !!),

porter un diagnostic,

envisager une prise en charge.

College de Gynécologie CVL

Ménométrorragies : le diagnostic

***INTERROGATOIRE* :**

- recherche de signes d'anémie, grossesse ?
- oubli de pilule ? DIU ? Prise d'anticoagulants ?
- Prise d'antibiotiques: rifampicine, tétracyclines, penicillines.
- Pertes de sang : rapport avec les règles

  Autres épisodes hémorragiques ? Epistaxis, gingivorragies.
- ATCD familiaux ? Coagulopathies ?
- ATCD perso pathologie utérine connue, Dysthyroïdie

Collège de Gynécologie CVL

Les Pictogrammes

Méthodes semiquantitatives basées sur le nombre de serviettes ou de tampons utilisés ainsi que leur imprégnation :

HIGHAM: (PBAC)

chaque change est noté, un peu (1), modérément (5) ou fortement souillé (20), + Caillots ou hémorragie majeure

SCORE > 100 : perte menstruelle > 80 ml

JANSEN: plus simple, coefficients modificateurs :

1 : peu souillé, 5 : Moyennement,

10 : Tampon très souillé, 20 : serviette très souillée

SCORE > 130 : hémorragie > 80 ml

Collège de Gynécologie CVL

Pictorial blood assessment chart (PBAC)= Auto evaluation

NAME: SCORE:
DAY START:

DAY	1	2	3	4	5	6	7	8
TOWEL								
CLOTS/ FLOODING								
TAMPON	1	2	3	4	5	6	7	8
CLOTS/ FLOODING								

Higham et al, (1990), Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart, British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 97, pp734-739. Reproduced with permission

Date of Start: Score:

Towel	1	2	3	4	5	6	7	8
	//	/	/		/	/		
			///	//				
		//	//					
Clots/Flooding		50p × 1	1p × 3					

Tampon	1	2	3	4	5	6	7	8
		/			//	/		
		//	///	//				
		/	////					
Clots/Flooding								

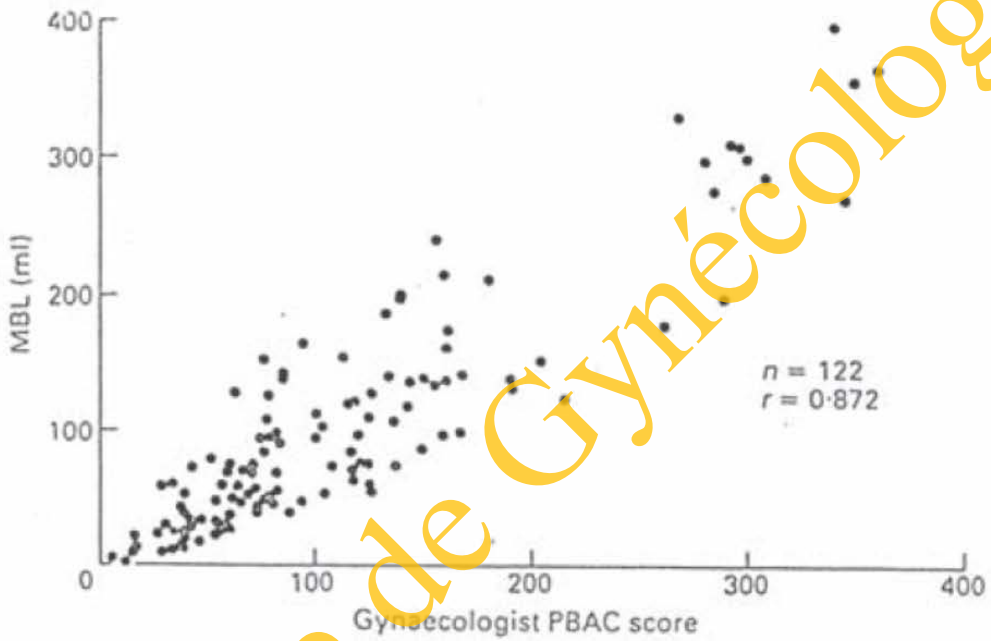
Clots: size of a coin = 1p/50p etc.

Fig. Aii.2 An example of a completed chart.

Higham Score > 100 (80 ml blood) in the first 8 days represents an excessive blood loss

College de Gynecologie CVL

PBAC scores against menstrual blood loss



Pictorial Blood Assessment Chart
score 100 = 80ml blood

Higham et al BJOG 1990; 97: 734-9

Collège de Gynécologie CVL

Auto-évaluation / score Jansen

Un score > 130 dans les 8 premiers jours des règles représente une perte excessive de sang menstruel.

Grille illustrée d'évaluation des saignements à remplir par les patientes

EXEMPLE DE TABLEAU COMPLÈTÉ

	DATE							
	SERVIETTE	1	2	3	4	5	6	7	8
1		//	/	/	/	//	/		
5			~~////~~	///	//				
20			//	//					
	TAMPON	1	2	3	4	5	6	7	8
1			/			/			
5			//	///	//				
10			~~////~~ /	///					
	SCORE PAR JOUR	2	137	101	21	3	1		

SCORE TOTAL = 265 (Jansen 1995)

College de Gynécologie CVL

Ménométrorragies : CAT

Examen clinique :

- Recherche de signes évoquant une anémie
- confirme l'origine utérine, son abondance.
- FCV
- Recherche de signes évocateurs d'une étiologie :

-Fibromes, augmentation de volume de l'utérus et /ou des annexes

-Douleurs au TV ?

Collège de Gynécologie CVL

Examens complémentaires :

- Bilan biologique :

- NFS, Plaquettes

- β HCG

- Ferritine

- C'est l'interrogatoire et le score hémorragique qui vont permettre d'identifier les patientes nécessitant une exploration de l'hémostase

Collège de Gynécologie CVL

Bilan Biologique

- TP; TCA si anomalies se faire aider par un service compétent !
- Bilan de coagulation:

  rechercher M. de Willebrand :

  - Dosage Facteur VIII
  - Facteur Willebrand

- Si tout est normal, nécessité d'explorations complémentaires

College de Gynécologie CVL

Bilan Hormonal

- Il se discute en fonction du contexte (uniquement si irrégularité du cycle ou facteur d'hypothyroidie)
- Dosages hormonaux 3ème ou 4ème jour du cycle

1 ère Intention

- B HCG plasmatique
- TSH us

2 ème Intention

- Testo et SHBG
- Si SOPK : Prolactinémie
- Déficit en 21 hydroxylase
- FSH – LH

Collège de Gynécologie CVL

Examens complémentaires

- Echographie : Maitre examen

A) informative :

- endomètre fin

- Pathologie organique

B) Non Informative :

- Hystéroscopie diagnostique

- IRM ? (Examen de 2eme intention, pré-opératoire ou diagnostique de pathologies associées)

Collège de Gynécologie CVL

ETIOLOGIES

- Fonctionnelles ou organiques
- Toujours éliminer une étiologie organique
- En particulier les cancers(endomètre ; ovaires)
- Avant 40 ans : fibromes
- Après 40 ans : polypes
- Adénomyose, hyperplasies endométriales
- Coagulopathies
- Dysovulations
- Iatrogènes

Collège de Gynécologie CVL

CLASSIFICATION FIGO (2011)

- 9 catégories

PALM : Polyp

Adenomyosis

Leiomyoma

Malignancy and Hyperplasia

Organique

COEIN : Coagulopathy

Ovulatory disorders

Endometrium

Iatrogenic

Not classified

Fonctionnelle

Collège de Gynécologie CVL

International Journal of Gynecology and Obstetrics 113 (2011) 3–13

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

SPECIAL COMMUNICATION

FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age

Malcolm G. Munro [a,b,*], Hilary O.D. Critchley [c], Michael S. Broder [d], Ian S. Fraser [e]; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders

Structural

- Polyp
- Adenomyosis
- Leiomyoma
- Malignancy & hyperplasia

→ Submucosal / Other

Non Structural

- Coagulopathy
- Ovulatory dysfunction
- Endometrial
- Iatrogenic
- Not yet classified

Collège de Gynécologie CVL

Munro MG, et al, FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age, International Journal of Gynecology and Obstetrics 113 (2011) 3–13

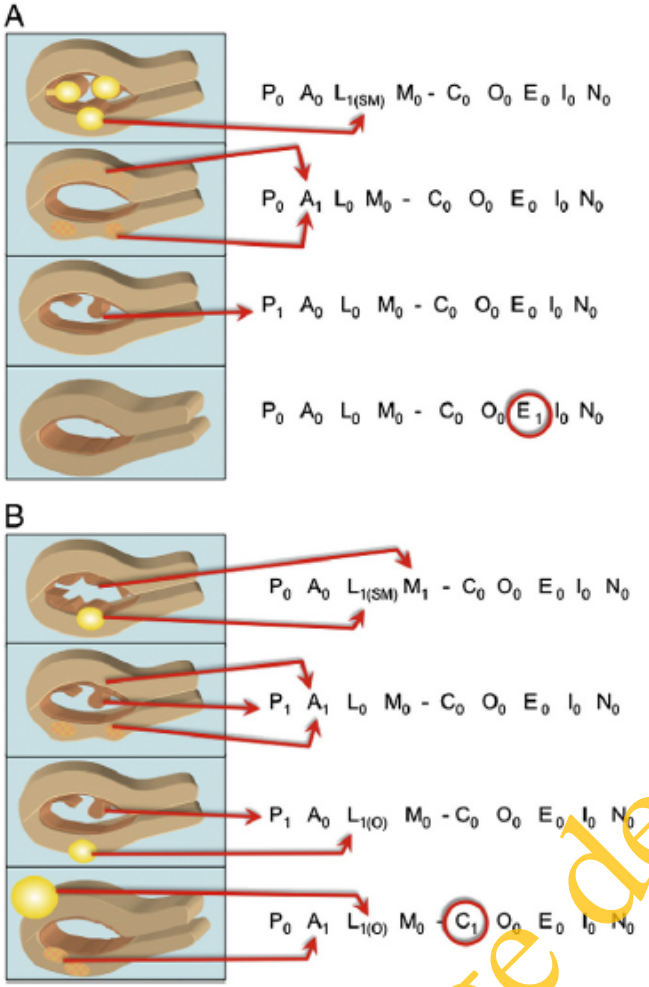
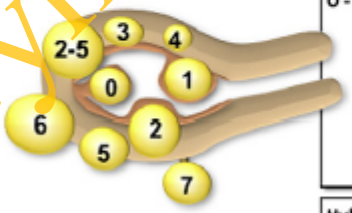


Fig. 3. Notation. A. In all cases, the presence or absence of each criterion is noted using "0" if absent, "1" if present, and "?" if not yet assessed. Each of the cases shown has 1 abnormality identified. From the top: at least one submucosal leiomyoma (L_{SM}); adenomyosis (A)—focal and/or diffuse; endometrial polyps (P); and an absence of any abnormality, leaving endometrial causes (E) as a diagnosis of exclusion. B. Each of the cases shown has more than 1 positive category. From the top: submucosal leiomyoma and atypical endometrial hyperplasia (M), as diagnosed by endometrial sampling; endometrial polyps and adenomyosis; endometrial polyps and subserosal leiomyoma (L_O); and adenomyosis, subserosal leiomyoma and coagulopathy (C), as determined by positive screening test and subsequent biochemical confirmation of von Willebrand disease.

Polyp	
Adenomyosis	
Leiomyoma	**S**ubmucosal
Malignancy & hyperplasia	**O**ther

Coagulopathy
Ovulatory dysfunction
Endometrial
Iatrogenic
Not yet classified

Leiomyoma subclassification system

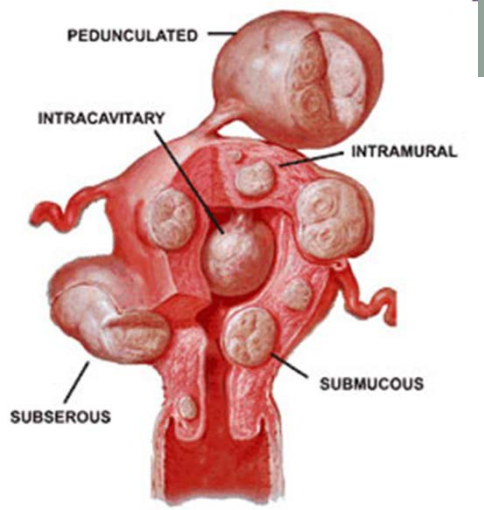


SM - Submucosal	0	Pedunculated intracavitary
	1	<50% intramural
	2	≥50% intramural
O - Other	3	Contacts endometrium; 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subserosal ≥50% intramural
	6	Subserosal <50% intramural
	7	Subserosal pedunculated
	8	Other (specify e.g. cervical, parasitic)

Hybrid leiomyomas (impact both endometrium and serosa)	Two numbers are listed separated by a hyphen. By convention, the first refers to the relationship with the endometrium while the second refers to the relationship to the serosa. One example is below	
	2-5	Submucosal and subserosal, each with less than half the diameter in the endometrial and peritoneal cavities, respectively.

Munro MG, et al, FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age, International Journal of Gynecology and Obstetrics 113 (2011) 3–13

Collège de Gynécologie CVL



FIBROMA Classification

- Myoma 0, 1, 2, 3, 4 & -are responsible for uterine bleeding
- Myoma 5,6, & 7 generate aseptic necrobiosis and local visceral compression

* Based on the FIGO Classification for fibroids 2011 (Munro et al)

Collège de Gynécologie CVL

ADENOMYOSE

- Les symptômes de l'adénomyose :

  - parfois asymptomatiques, découverte fortuite Echo ou IRM ;

  Voire associée à une autre pathologie

  - Ménorragies

  - Dysménorrhées

  - Symptômes douloureux liés à la compression des organes voisins

  - Infertilité

Collège de Gynécologie CVL

ADENOMYOSE

- Ces symptômes seraient pour certains en relation avec l'histologie: degré de pénétration des glandes endométriales dans l'endomètre (?)

  Superficiel : Ménométrorragies

  Profond : Douleurs pelviennes, dyspareunie

L'adénomyose peut être diffuse voire focale : adénomyomes, dysménorrhées sévères

Collège de Gynécologie CVL

LES FIBROMES

- Myomes utérins : principale cause avant 40 ans

Collège de Gynécologie CVL

Symptoms of the fibroïds

Uterine fibroids affect 24 million women in Europe, Especially the black women

- Not all fibroids are symptomatic
- However, for the 50% of women with symptomatic fibroids, the condition is debilitating.1
- They can experience
  - Abnormal or heavy menstrual bleeding1, 2
  - Pain, a heavy sensation in the pelvic region and urinary symptoms2
  - Impairment of Quality of Life 2

When symptomatic, fibroids can be linked to at least three major problems3

- Bleeding complaints
- Pregnancy complications
- Mass effects related to the size and location of fibroids

These symptoms and consequences have been shown to **diminish quality of life**3

Collège de Gynécologie CVL

1.Tropeano G, Amoroso S, Scambia G. *Hum. Reprod. Update* (2008) 14 (3): 259-274.
2.Downes E, Sikirica V, Gilabert-Estelles J. *et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010; 152(1): 96-102.
3.Viswanathan M, Hartmann K, McKoy N. *et al. Evid Rep Technol Assess* (Full Rep). 2007 Jul;(154):1-122. Review.

Prévalence des fibromes utérins

- Tumeur bénigne du muscle lisse la plus fréquente chez la femme

- Prévalence : 20 à 40 % (1) au cours de la période d'activité reproductive

- 20 % des femmes de 30 ans (2)

- 50 % des femmes de 50 ans (2)

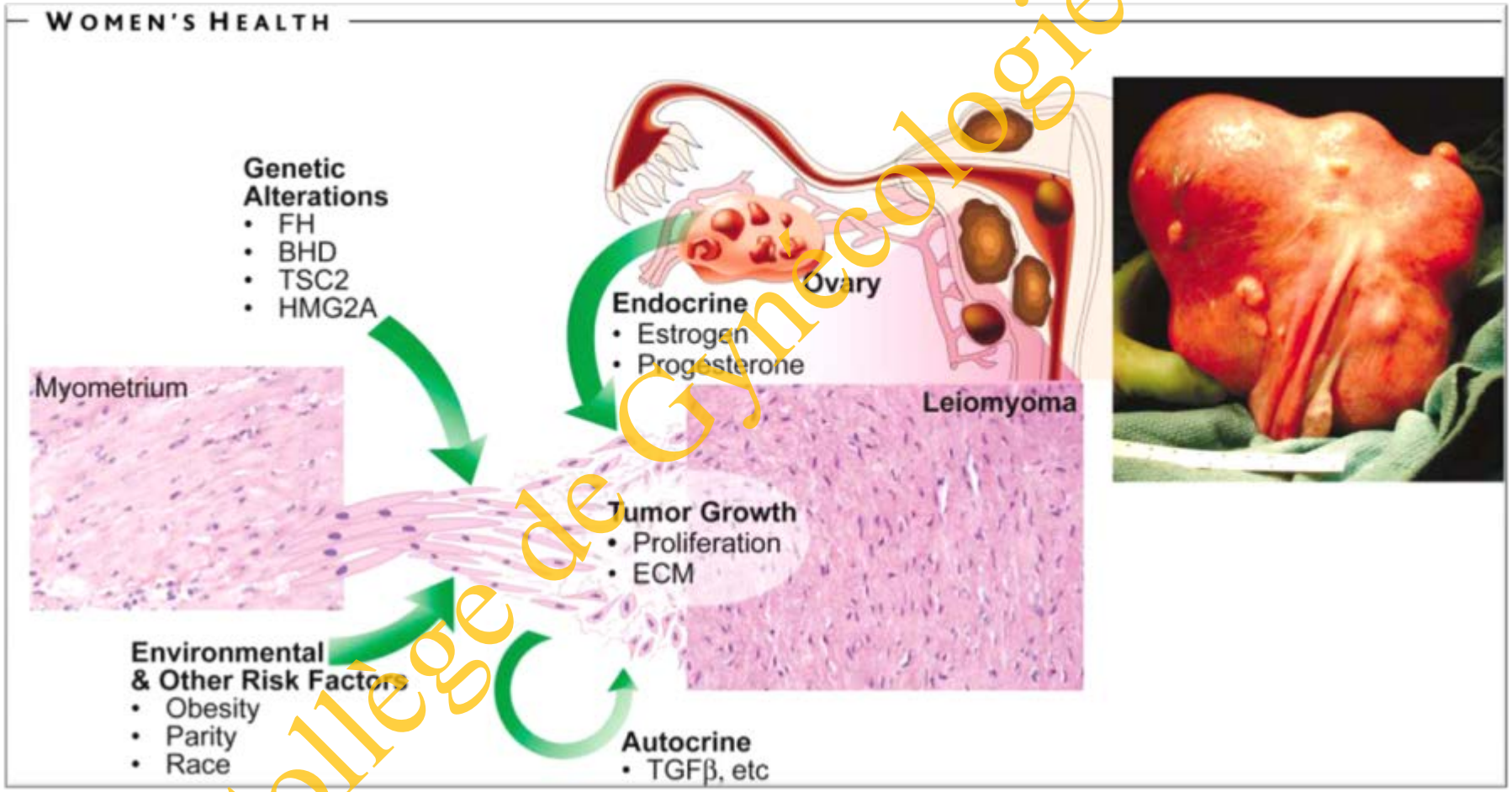
- 20 à 50 % des fibromes sont symptomatiques et nécessitent un traitement (2)

- Les fibromes utérins représentent la 1re cause d'hystérectomie en France (3)

- (1) Wallach E, et al. Uterine myomas: an overview of development, clinical features, and management. Obstet Gynecol 2004;104:393–406.
- (2) Lansac J, Lecomte P., Marret H. Gynécologie pour le Praticien Elsevier Masson 8me édition 2012.
- (3) Actualisation de la prise en charge des myomes : Recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011; 40: 953-61.

Collège de Gynécologie CVL

Fibromes:Physiopathologie.



Walker CL, Stewart EA. Science 2005;308:1589-92.

College de Gynecologie CVL

Hypothèses sur l'étiologie du fibrome utérin

- Étiologie exacte encore inconnue à ce jour mais nombreuses hypothèses physiopathologiques (2, 4, 5)

- Le myome proviendrait d'une mutation somatique

- Le fibrome serait l'expression myométriale d'une hyperestrogénie locale

- Les estrogènes joueraient un rôle par l'intermédiaire des facteurs de croissance EGF, IGF, PDGF . Les cellules des fibromes produiraient de l'estrone et de l'estradiol.

- La progestérone posséderait aussi un rôle de croissance tumorale soit direct, soit indirect, par l'intermédiaire de l'EGF.

- Les cellules du fibrome possèdent des récepteurs de l'estrogène et de la progestérone qui se trouvent en quantité plus importante dans le fibrome que dans le myomètre.

- (2) Lansac J, Lecomte P., Marret H. Gynécologie pour le Praticien Elsevier Masson 8ème édition 2012.

- (4) Bouchard P. *et al*. Selective progesterone receptor modulators in reproductive medicine: pharmacology, clinical efficacy and safety. Fertil Steril 2011;96(5):1175-89.

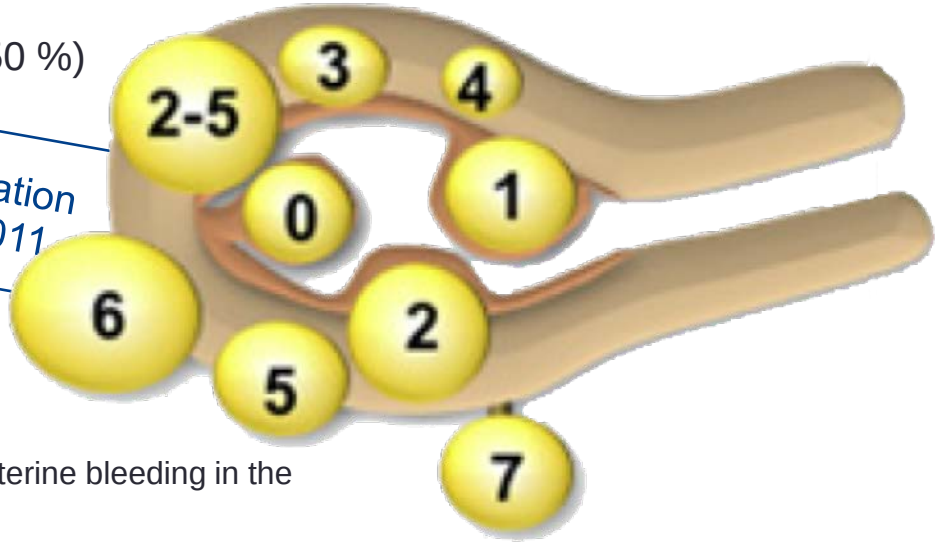
- (5) Xu Q. Progesterone receptor modulator CDB-2914 down-regulates vascular endothelial growth factor, adrenomedullin and their receptors and modulates progesterone receptor content in cultured human uterine leiomyoma cells. Human Reprod 2006;21 (9):2408-16.

Collège de Gynécologie CVL

Les différents types de fibromes utérins (6)

- Type 0 : sous-muqueux intracavitaire (parfois pédiculé)
- Type 1 : sous-muqueux intracavitaire majoritaire (≥ 50 %)
- Type 2 : sous-muqueux intracavitaire minoritaire (< 50 %) et interstitielle majoritaire
- Type 3 : 100 % intramural, au contact de l'endomètre
- Type 4 : 100 % intramural
- Type 5 : sous-séreux intramural majoritaire (≥ 50 %)
- Type 6 : sous-séreux intramural minoritaire (< 50 %)
- Type 7 : sous-séreux pédiculé

Classification FIGO 2011



- (6) Munro *et al*. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Fertil Steril 2011; 95 (7): 2204-08.

Collège de Gynécologie CVL

Symptomatologie associée aux fibromes utérins

- La majorité des fibromes sont asymptomatiques mais lorsqu'ils sont symptomatiques, ils affectent significativement la qualité de vie des femmes (1,7)

- Le principal signe fonctionnel révélateur essentiel est la **ménorragie**

- Règles plus abondantes (hyperménorrhée) et surtout plus prolongées (de 10 à 25 jours)

  Souvent associée à une polyménorrhée, fréquentes ménométrorragies associées

- Les leucorrhées sont banales

- Les douleurs sont variables

- À type de pesanteur pelvienne ou rectale, aigües : à type de torsion ou de coliques expulsives notamment dans les phénomènes de nécrobiose des fibromes

- Troubles urinaires : pollakyurie, troubles de l'évacuation, rétention urinaire aigüe voire incontinence urinaire d'effort, nycturie

- L'infertilité ou l'augmentation du volume de l'abdomen peuvent être les motifs de cs.

- (1) Walker CL et al. Uterine fibroids: an overview of development, clinical features and management. Obstet Gynecol 2004;104:393–406.

- (7) Downes E. *et al.* The burden of uterine fibroids in five European countries. Eur J Obstet Gynecol 2010; 2010 ; 152(1):96-102.

College de Gynecologie CVL

POLYPES

- Polypes endométriaux : principale cause après 40 ans

Collège de Gynécologie CVL

Hyperplasie endométriale

- Hyperplasie simple,
- Hyperplasie complexe
- Hyperplasie simple avec atypie
- Hyperplasie complexe avec atypie

  Prévalence augmente avec l'âge,

  Evolution possible vers cancer de l'endomètre.

Collège de Gynécologie CVL

Cancer de l'endomètre

- Adénocarcinome de l'endomètre: 0,5%
- Recherche de facteurs de risque associés :

Obésité, nulliparité, infertilité, antécédent familial de cancer colique, âge > 45 ans

Collège de Gynécologie CVL

Autres causes plus rares

- Endométrites
- Tumeurs sécrétantes de l’ovaire
- Tumeurs des trompes

Collège de Gynécologie CVL

Les coagulopathies

- Responsables de 17% à 47% des ménométrorragies
- Maladie de Willebrand : 5,3 à 24%

Collège de Gynécologie CVL

Hémorragies fonctionnelles

- Hémorragies idiopathiques ovulatoires:

- Adénomyose rarement recherchée, très souvent en cause

- Hémorragies fonctionnelles non ovulatoires

2 extrêmes de la période d'activité génitale, SOPK

Collège de Gynécologie CVL

Maladie de Willebrand

Collège de Gynécologie CVL

Généralités

- Maladie à transmission autosomale le plus souvent dominante; rarement recessive
- La plus fréquente des maladies constitutionnelles de l'hémostase
- 1à2% population
- Facteur Willebrand:

  hémostase primaire :Adhésion des plaquettes

  transport et protection du Facteur VIII

Collège de Gynécologie CVL

Definition:

- Type 1: Déficit quantitatif partiel en VWF

  70 à 80% Transmission dominante

- Type 2: Déficit qualitatif en VWF

  Transmission dominante ou récessive

- Type 3: Déficit quasi-total en VWF; rare

  Transmission récessive

Collège de Gynécologie CVL

DIAGNOSTIC

-**Tests de dépistage**:

Temps de saignement, NFS, Plaquettes

Temps de Céphaline +Activateur

Insuffisants, limite normale 50% patients

Collège de Gynécologie CVL

Diagnostic: Tests spécifiques

Dosage du Facteur Willebrand

- Activité cofacteur de la ristocétine (VWF:Rco)
- Antigène (VWF:Ag)

Dosage du Facteur VIII

Collège de Gynécologie CVL

Tests discriminatifs

- Agrégation plaquettaire à la Ristocétine
- Distribution des multimères
- Epreuve Thérapeutique à la dDAVP

  (MINIRIN) Desmopressine

Collège de Gynécologie CVL

Conduite à tenir

- Interrogatoire:Symptomatologie personnelle, familiale
- NFS, Plaquettes normales
- TS allongé; TCA aussi si déficit en Facteur VIII
- TP et Fibinogène sont normaux
- Dosage activité cofacteur de la ristocètine diminué

Diagnostic différentiel: hémophilie A

College de Gynecologie CVL

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Collège de Gynécologie CVL