

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS SUPERIEURS
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un peuple- Un but- Une foi

Université des sciences techniques
Et des technologies de BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012-2013

N°.....

SAIGNEMENTS GENITAUX ANORMAUX CHEZ LA FEMME :
Etude cas-témoins au CHU GABRIEL TOURE DE 2006 à 2010

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 03 /04 /2013 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Point G.

Par

Mr DJIRE Mohamed Yaya

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état).

JURY

Président : Professeur DOLO Amadou Ingré

Membre : Professeur DIARRA Issa

Codirecteur : Docteur Tégouété Ibrahima

Directeur : Professeur TRAORE Mamadou

DEDICACES

BISMILAHİ RAHMANİ RAHİM

Au nom d'ALLAH le tout MISERICORDIEUX, le très MISERICORDIEUX.

<<GLOIRE à TOI! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage>>.

Louange et Gloire à ALLAH le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

A notre Prophète Mohamed ; Salut et Paix sur Lui, à toute sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement.

Après avoir rendu grâce à DIEU ; je dédie ce travail à :

Toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie en donnant la vie.

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance.

A la mémoire de mon frère aîné Sidi Diatta : tu as été arraché à notre affection à la fleur de l'âge. Tu es celui qui nous a montré depuis notre enfance que le travail assure l'indépendance. Que le dieu tout puissant t'accepte dans son paradis.

A la mémoire de ma grand-mère Fanta Sidibé : Tu as été comme une mère pour nous. Tout ce que nous avons pu faire dans la vie est due à dieu, à ton amour, ta dévotion car tu nous as toujours conseillé la simplicité, le partage, la bienfaisance. Dors en paix chère N'nah.

A la mémoire de Madame Téguété Hawa Dougnon : Tu as été une amie et une grande conseillère pour nous pendant les moments difficiles. Nous n'oublierons jamais toutes les fois que vous avez convaincu votre époux à

travailler avec nous jusqu'à des heures impossibles. Tu étais ma seule vraie amie et confidente. Comme j'aimais te taquiner mais cette fois ci je le dis avec les larmes aux yeux **dors en paix <Chère patronne>**. Que dieu t'accepte dans son paradis.

Mon père Mohamed Djiré : tu as consacré le meilleur de toi-même à notre éducation pour faire de nous ce que nous sommes. Tes sages conseils et bénédictions m'accompagneront toujours pour guider mes pas dans la vie. Ton soutien tant moral qu'affectif, matériel et financier a contribué à la finalité de ce travail. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Que le bon DIEU t'accorde encore longévité et santé auprès de nous. Tu seras toujours notre fierté.

Ma mère Madame Niaré Hawa traoré : les mots ne suffiront jamais assez pour t'exprimer ici toute ma reconnaissance et mon profond attachement. Ce travail est également le tien, et surtout le couronnement de toutes tes souffrances, de tes efforts, de tes larmes versées, de ton cœur meurtri, de tes nuits d'insomnie, de tes prières et de tes sacrifices. Merci pour tous les sacrifices consentis à notre éducation. Puisse ce travail témoigne l'expression de ma profonde affection et de ma sincère reconnaissance.

Mon père Souleymane Niaré : C'est le lieu pour moi de te remercier pour tout ce que tu as fait pour nous et particulièrement ma propre personne. Merci de m'avoir toujours considéré comme ton propre fils.

A mon épouse : Kadiatou Konaté, Je n'oublierais jamais le sacrifice que tu as fait pour moi. Ton courage et ta générosité sont pour moi une source d'espoir.

Mes grands-parents :

Feu Sory Djiré

Feu Tata Sacko

Feu Mamadou Traoré

Madame Sidibé Aissata Doucouré

Que le messager d'ALLAH vous apporte la bonne nouvelle! Que le bon DIEU vous accorde la paix éternelle et vous accepte dans son paradis !

Mes oncles et tantes :

Je n'ai pas cité de noms pour ne pas en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Votre contribution à mon éducation a fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Soyez rassuré de mon attachement familial. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos des âmes de ceux qui ne sont pas parmi nous.

Mes frères et sœurs : Alfousséni Niaré, Assan , Sayon, Kadiatou Djiré, Fatoumata Niaré, Oumar Magnan, les jumeaux Adam et Séyba Niaré.

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix et j'espère et souhaite qu'elle reste toujours un lien sacré pour nous. Que Dieu renforce nos liens !

Mes cousins et cousines :

Vous n'avez ménagé aucun effort, ni votre temps, pour l'unité de la famille. Je vous remercie sincèrement pour le soutien moral, matériel et les conseils.

Recevez ici toute ma gratitude.

REMERCIEMENTS

A : Tous mes maîtres de l'école primaire « B II » et de l'école fondamentale « A » de Sikasso, du Lycée Monseigneur Didier Pérouse De Montclos de Sikasso, de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigué tout au long de notre formation.

Hommages respectueux.

A mes maîtres formateurs: Dr Mounkoro Niani, Dr Daou Amalle, Dr Wane Assitan, Dr Samaké Abdrahamane, Dr Haidara Oumar chérif, Dr Teguété Ibrahima, Dr Traoré Youssouf, Dr DOLO Tidiani.

A tout le personnel: du service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel Touré merci pour votre étroite collaboration.

A tous mes cadets : courage, persévérance, et surtout sacrifice

La jeune génération ne vous remerciera jamais assez pour la clarté de votre enseignement. Sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous offrez.

Aux familles :

- Yoroté à Sikasso : Feu Kacha, son épouse kadia et Oumar ;
- Nimaga à Sikasso : Bayini ; Mah et Kalifala
- Sidibé à Bamako
- Konaté à Bamako et à Kayes

Pour le soutien moral et affectif.

Mes amis(es) : Dr Diabaté Yaya, Dr Sarr Abdoul Wahab, Souley Sidibé,

Toute la promotion 1999-2000 de la FMPOS, ainsi que la promotion du Baccalauréat 1999 au Lycée Monseigneur Didier Pérouse de Montclos de Sikasso (LMMS).

Tous ceux qui n'ont pas retrouvé leurs noms ici.

A notre Maître et président du jury :

Professeur Amadou Ingré DOLO

- *Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique ;*
- *Chef du département de Gynécologie – Obstétrique, chef du service de gynécologie du CHU Gabriel TOURE ;*
- *Membre fondateur de la société Malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO) ;*
- *Coordinateur du D.E.S de gynécologie obstétrique du Mali ;*
- *Président de la cellule Malienne du réseau africain de prévention de la mortalité maternelle ;*
- *Point focal de la vision 2010+5 au Mali ;*
- *Chevalier de l'ordre national du Mali ;*

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'intégrité, l'assiduité, le sens de la justice, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration. Vous avez cultivé en nous l'esprit de vérité, de rigueur, du travail bien fait et le respect de la vie humaine. Nous sommes conscients de tous les efforts que vous faites pour notre formation. Que dieu fasse pour votre descendance tout ce que vous avez fait pour nous.

C'est une grande chance et une fierté pour nous d'être compté parmi vos élèves. Qu'Allah le tout puissant et le miséricordieux vous donne encore beaucoup d'années de vie en bonne santé pour nous éduquer dans la vie courante, nous enseigner la médecine en général et la gynécologie-obstétrique en particulier.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou TRAORE

- ***Maître de conférences agrégé de Gynécologie obstétrique à la FMOS***
- ***Secrétaire Général de la SAGO ;***
- ***Membre du réseau Malien de lutte contre la mortalité maternelle ;***
- ***Coordinateur National du Programme GESTA Mali;***
- ***Médecin chef du Centre de santé de Référence de la Commune V du district de Bamako ;***
- ***Récipiendaire du prix Tara Boiré 2011***

Cher maître, nous sommes très honorés d'avoir appris beaucoup de choses à vos côtés tant dans le savoir faire que dans le savoir être.

Nous avons pu apprécier votre rigueur scientifique, la qualité de votre enseignement, et l'amour du travail bien fait.

Nous avons eu le privilège d'être un de vos élèves et nous avons beaucoup appris à vos côtés. Merci pour tous ses enseignements de qualité que vous nous avez donnés à la Faculté de Médecine.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre haute considération et de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Pr Issa DIARRA

- *Maître de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS ;*
- *Médecin Colonel major des armées du Mali ;*
- *Ancien Directeur du service de santé des armées du Mali (DSSA) ;*
- *Chef du service de gynécologie obstétrique de l'infirmierie de garnison de Kati.*
- *Chevalier de l'ordre national du mérite de la santé du Mali;*

Cher maître, nous avons été émerveillés par votre simplicité et votre haute culture scientifique. La probité, le souci constant du travail bien fait, le sens social élevé, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez.

Merçi pour l'enseignement que vous nous avez donné lors de notre formation.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A notre Maître et codirecteur de thèse,

Docteur Ibrahima Téguté

- **Gynécologue-obstétricien au CHU Gabriel Touré,**
- **Maître-assistant en gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie,**
- **Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de gynécologie-obstétrique (SAGO).**

Cher maître nous ne trouverons jamais les mots optima pour vous témoigner toute notre profonde gratitude. Ce travail est le vôtre. Avec vos maîtres et vos aînés vous nous avez initiés à la recherche. Vous nous avez habitués à viser haut et plus haut encore. Lorsque nous disons que vous nous avez habitués à la recherche, il s'agit de la recherche scientifique de qualité, avec votre bon cœur, votre bonne foi, votre minutie, votre rigueur sans faille tout cela associé à une très haute et remarquable culture scientifique.

Au-delà du maître vous êtes un grand frère, un ami, un confident pour la plus part de vos élèves. Merci de nous avoir considéré comme tes propres petits frères. Que dieu vous paye (vous et votre descendance) pour tout ce que vous avez fait pour nous.

Encore merci d'avoir accepté de codiriger ce travail.

ABREVIATIONS

OMS	:	Organisation Mondiale de la santé
PALM	:	Polyp-Adenomyosis-Leiomyoma-Malignancy & hyperplasia
COEIN	:	Coagulopathy-Ovulatory dysfunction-Endometrial-Iatrogenic-Not yet classified
FIGO	:	Fédération Internationale des gynécologues et obstétriciens
FSH	:	Folliculo Stimulating Hormon
LH	:	Luteining Hormon
µg/ml	:	Microgramme par millilitre
ml	:	Millilitre
HCG	:	Hormone Chorionique Gonadotrope
g/dl	:	gramme par decilitre
Cm	:	Centimètre
CHL	:	Colpohystérectomie élargie avec résection des paramètres du Dôme vaginal + lymphadénectomie iliaque externe
OR	:	Odds Ratio
Khi ²	:	Khi deux
Icor	:	Intervalle de confiance de l'odds ratio
%	:	Pourcentage
P	:	Probabilité
CHU	:	Centre Hospitalo-Universitaire
IEC	:	Information Education Communication
CSCOM	:	Centre de Santé Communautaire
CNGOF	:	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

SOMMAIRE

Introduction.....	1
I. Objectifs.....	3
II. Généralités.....	4
III. Méthodologie.....	42
IV. Résultats.....	51
V. Commentaires et Discussion.....	61
VI. Conclusion et Recommandations...	65
VII. Références bibliographiques.....	67
Annexes	

INTRODUCTION :

Les hémorragies génitales, pertes de sang provenant de l'appareil génital féminin, représentent une des causes les plus fréquentes de consultation en gynécologie [1].

Avec une prévalence d'environ 25% en période de reproduction ; les hémorragies génitales constituent 10% des motifs de consultations gynécologiques dont 5- 20% chez les femmes de 30 – 49 ans [1].

Aux Etats Unis et en Grande Bretagne, elles sont responsables de 20 – 40% des hystérectomies sans lésions spécifiques retrouvées à l'examen anatomopathologique [2].

En France, on enregistre environ un (1) million de consultations/an pour ce problème [2].

Provenant soit de la partie terminale de l'appareil génital (hémorragies vaginales et vulvaires) ou de l'utérus ; les saignements génitaux peuvent avoir de nombreuses causes :

- Les cancers de l'endomètre et du col de l'utérus : responsables de 10% des métrorragies chez les femmes ménopausées ;
- Les pathologies bénignes (fibromes, polypes, hyperplasies ...) constituent 40% des cas ;
- L'endométriose qui touche 1-2% de la population générale en France, 10% des femmes de 30-40 ans et 5-10% des pièces d'hystérectomie après examen anatomopathologique ;
- Les troubles du cycle menstruel :D'après une étude longitudinale de 2 ans réalisée par l'OMS et portant sur les règles et les ovulations chez les jeunes filles de 11-15 ans, 19% de ces filles avaient des cycles réguliers

dès les trois premiers mois suivant l'installation des règles et 67% à la fin des 2 ans.

En fait, la maturation de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien n'est bien souvent atteinte que deux ans après l'installation des règles : les premiers cycles sont donc fréquemment anovulatoires.

➤ Les lésions traumatiques (perforations utérines, rupture du Douglas,...).

Avec ces statistiques les hémorragies génitales par leur fréquence et leurs conséquences sur la diminution de la qualité de vie, le bien être social, économique et psychologique, constituent un authentique problème de santé publique [4].

Les ménométrorragies ont récemment fait l'objet d'une nouvelle classification par la FIGO celle-ci rassemble les saignements utérins anormaux sous forme de deux acronymes facile à retenir : PALM et COEIN.

PALM rassemble les causes organiques de la cavité utérine et du muscle utérin et désigne par-là les Polypes, l'Adénomyose, les Léiomyomes et, enfin les lésions Malignes et hyperplasiques. COEIN, quant à lui, rassemble les Coagulopathies, les Dysfonctions ovariennes, les causes Endométriales, les atteintes Iatrogènes et les atteintes Non classées.

A la lumière de tout ce qui précède nous nous sommes proposé d'initier dans notre service cette étude intitulée : Saignements génitaux anormaux chez la femme, étude cas- témoins au CHU Gabriel Touré de 2006-2010 afin de pouvoir déterminer les éventuels facteurs de risque de ces dits saignements dans notre contexte.

I-OBJECTIFS

1- OBJECTIF GENERAL

Etudier les saignements génitaux anormaux au CHU Gabriel Touré de 2006 à 2010

2- OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer la fréquence des saignements génitaux anormaux.
2. Déterminer les facteurs de risque de saignements génitaux anormaux.
3. Rapporter les causes selon la nouvelle classification PALM COEIN de la FIGO.

Préciser notre conduite à tenir

II- GENERALITES

1-L' anatomie de l'utérus :

L'utérus un est un organe musculaire creux de l'appareil génital féminin, destiné à accueillir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser quand il parvient à maturité.

1.1-Anatomie descriptive et topographique :

En dehors de la grossesse et pendant la vie génitale, de la puberté à la ménopause l'utérus est un organe de petite taille (7 ou 8cm de haut), logé dans le petit bassin, entre la vessie en avant, et le rectum en arrière. En forme de cône, pointe en bas, l'utérus comprend une partie renflée le corps utérin sur laquelle s'attachent les deux trompes utérines et les ligaments larges sur les côtés, qui contiennent les vaisseaux utérins et ligaments utéro-sacrés en arrière. Son extrémité inférieure, le col utérin, s'ouvre dans le vagin. L'utérus est fortement incliné vers l'horizontale, le corps utérin s'appuyant sur la vessie : c'est l'antéversion utérine. Plus rarement, il peut aussi basculer en arrière et venir au contact du rectum : c'est la rétroversion, qui est une anomalie de position.

La structure de l'utérus est très organisée, le corps de l'utérus on y reconnaît trois tuniques : externe, moyenne, et interne.

-La tunique externe ou séreuse est de nature conjonctivo-élastique et recouverte par le péritoine.

-La tunique moyenne ou musculuse est encore appelée myomètre, formée de fibres musculaires lisses, regroupées en faisceaux, dans lesquels circulent de nombreux vaisseaux.

-La tunique interne ou muqueuse utérine est encore appelée endomètre.

[16]

1.2-La muqueuse utérine ou endomètre :

Ses aspects histologiques sont importants à connaître car ils traduisent le type d'anomalie hormonale en cause et conduisent au choix de l'agent thérapeutique le plus approprié ou tout au moins logique. [3]

Avant la puberté, la muqueuse utérine est mince, avec un épithélium de surface uni stratifié et un chorion pauvre en glande et vides de cellules.

Pendant la vie génitale active, l'endomètre subit des transformations structurales et fonctionnelles cycliques. L'ensemble des transformations constituent le cycle endométrial, il s'étend parallèlement au cycle ovarien durant une moyenne de 28 jours.

Dans la ménopause, l'endomètre est atrophique ou au repos [16]. Elle revêt régulièrement toute la cavité du corps et se continue sans limite nette avec en haut la muqueuse des trompes et en bas la muqueuse du col. Son épaisseur est maximum dans la partie moyenne de la cavité du corps, diminue graduellement en allant soit vers le col, soit vers le fond utérin. Sa couleur varie du blanc rosé au rouge pâle.

Selon le moment du cycle menstruel, on peut reconnaître deux couches endométriales :

- Une couche profonde, dite basale, très mince qui subit peu de modifications au cours du cycle.
- Une couche superficielle qui est le siège de transformations cycliques et qui est éliminée au moment des règles : c'est la couche fonctionnelle.

1.3-Le col utérin :

1.3.1- Rappel histologique : [38]

Un rappel est indispensable pour comprendre les aspects physiologiques et pathologiques du col. La zone entre ces deux tissus s'appelle la jonction squamocylindrique ou exocol est tapissé d'un épithélium malpighien

pavimenteux. La jonction enpavimentocylindrique. L'exocol est la portion visible au spéculum ; elle peut comporter les deux types de muqueuses. L'endocol est la partie du col non visible au spéculum. La jonction pavimentocylindrique n'est pas forcément située au niveau de l'orifice externe.

1.3.2- Les modifications physiologiques : [38]

Le col évolue au cours de la vie ; il est modifié par la grossesse, l'accouchement et aussi les valves du spéculum qui en écartant les faces du vagin, tendent à dérouler le canal endocervical et à déplacer la zone de jonction en dehors.

- Chez la nullipare : l'orifice externe du col est arrondi, souvent la zone de jonction pavimento-cylindrique correspond à l'orifice externe du col. La muqueuse exocervicale est rose, identique à celle du vagin mais bien lisse et sans plis.

- Au cours de la grossesse : la muqueuse glandulaire est très extériorisée, et cela d'autant plus que le col est mou et que la traction du spéculum l'extériorise facilement ; le col est congestif de couleur lilas.

- Chez la femme qui a accouché : l'orifice externe est légèrement ouvert transversalement, on voit en général la muqueuse endocervicale plus rouge, apparaissant après coloration à l'acide acétique comme une multitude de grains arrondis régulièrement tassés les un contre les autres. C'est ce qu'on appelle l'ectropion

Il est important de bien connaître la jonction entre les deux muqueuses. L'ectropion n'est pas une disposition anatomique définitive ; l'épithélium glandulaire sera remplacé par de l'épithélium malpighien plus ou moins rapidement, constituant ainsi le remaniement.

Deux modalités sont possibles :

- Reépidermisation par glissement de l'épithélium pavimenteux qui recouvre l'épithélium glandulaire.

- Reépidermisation par métaplasie, les cellules de réserve de l'épithélium glandulaire se multipliant pour donner un épithélium malpighien.

Quelque soit le type de remaniement, les îlots glandulaires persistent sous le tissu malpighien. Le mucus ne pouvant plus s'échapper, il se forme des kystes nodulaires appelés œufs de Naboth.

- Chez la femme sous pilule : l'aspect est souvent analogue à celui de la grossesse, l'intensité dépend du dosage des contraceptifs.

- Chez la femme ménopausée : au contraire, la zone de jonction remonte dans l'orifice cervical, et l'on ne voit que la muqueuse malpighienne ; les muqueuses sont plus pâles.

2- Eléments d'hormonologie du cycle menstruel : [42]

Les phénomènes hormonaux du cycle menstruel résultent de l'équilibre des interactions hypophyso-ovariennes, modulées elle-même par l'hypothalamus. L'hypothalamus assure à la fréquence régulière d'une fois par heure une libération de GnRH (Gonadotrophin Releasing Hormon), qui atteint l'hypophyse par le système porte veineux inter hypothalamo-hypophysaire et entraîne la production de gonadotrophines. Cette activité pulsatile est constante quelle que soit la phase du cycle menstruel mais c'est son rythme et son intensité qui varient. L'antéhypophyse produit deux hormones gonadotropes :

- FSH : hormone gonadotrope folliculo-stimulante

- LH : hormone gonadotrope lutéo-stimulante

Cette production induite et entretenue en permanence par le GnRH est régulée par les effets rétroactifs de l'œstradiol sur l'hypophyse. Les phases folliculaires et lutéales du cycle menstruel sont sous la dépendance des sécrétions endocriniennes de l'hypophyse et de l'ovaire. A chacune d'elle, une stimulation hypophysaire provoque une sécrétion ovarienne, qui à son tour, détermine un état particulier de l'endomètre.

2.1- La première phase du cycle est la phase folliculinaire : elle dure **12** jours environ. Au début de cette phase le taux des œstrogènes ovariens étant particulièrement bas, l'hypophyse secrète la FSH. Celle-ci induit dans la corticale ovarienne, le développement d'un follicule de DeGraaf qui va sécréter des œstrogènes en quantités croissantes jusqu'à la maturation complète du follicule. La sécrétion des œstrogènes provient des cellules de la granulosa qui par aromatisation, transforme en œstradiol les androgènes produits par la thèque interne. Les récepteurs des hormones hypophysaires se trouvent pour la FSH dans la granulosa, et pour LH dans la Thèque interne. L'élévation du taux des œstrogènes s'accompagne d'une montée faible et lente de LH.

2.2- La deuxième phase du cycle menstruel :

Est la phase péri ovulatoire qui dure deux jours. Elle se caractérise par une élévation brutale de LH, le pic de LH est suivi aussitôt d'une décharge de progestérone qui déclenche l'ovulation. Pour qu'elle se produise, il faut une synergie dans la production des deux hormones hypophysaires FSH et LH. Celles-ci peuvent être dosées spécifiquement dans le sang par des méthodes radio immunologiques. L'ovulation est déclenchée par l'action rétroactive positive de l'œstradiol, qui atteint à cette date un taux élevé (supérieur à 200µg/ml) ; il est responsable de la décharge ovulatoire des gonadotrophines.

2.3-La troisième phase est la phase lutéale :

Elle commence dès après l'ovulation ; l'augmentation de l'œstradiol freine la sécrétion de

FSH et l'hypophyse secrète la LH en plus grande quantité. Celle-ci induit alors le développement du corps jaune, après l'expulsion de l'ovule. Le corps jaune secrète par les cellules de la granulosa, la progestérone métabolisée dans les urines sous forme de prégnandiol, pendant que la thèque interne continue à

secréter les androgènes, substrats des œstrogènes. La sécrétion simultanée de progestérone (qui est dominante) et d'œstrogènes provoque la transformation progestative ou pré gravidique de l'endomètre (apparition des vacuoles de glycogènes, épaissement de la muqueuse, les tubes des glandes utérines devenant contournés, formation de la dentelle utérine, différenciation des artérioles spiralées).

La durée normale du corps jaune cyclique est de 14 jours.

2.4- Au fur et à mesure de l'ovulation de la phase lutéale :

Le corps jaune dégénère et la sécrétion de progestérone diminue, cependant, les œstrogènes s'effondrent eux aussi et c'est la suppression de l'imprégnation ostrogénique de l'endomètre avec production locale de prostaglandines PGF₂, qui déclenche la menstruation. La couche superficielle de l'endomètre se clive et s'élimine, les artérioles spiralées sont ouvertes et entraînées avec la couche superficielle, les règles surviennent. Elles sont constituées d'un liquide hématique incoagulable dépourvu de prothrombine et de fibrinogène, contenant $\frac{3}{4}$ de sang et $\frac{1}{4}$ d'eau et de mucus.

Les éléments figurés étant représentés 2.600.000 hématies par millilitre. Mais cette régulation hormonale ne peut être dissociée de la régulation nerveuse. L'hypothalamus contrôle l'ensemble de ces fonctions, il reçoit les stimuli provenant des centres nerveux inférieurs, mais aussi du cortex et par l'intermédiaire du cortex, des organes de sens.

Dans le rétrocontrôle exercé par les stéroïdes, interfèrent donc à tout moment du cycle, les activités endogènes dopaminergiques et opiacées.

3- Physiopathologie des métrorragies organiques et iatrogènes : [8]

Le mécanisme des saignements génitaux provenant de l'endomètre et même des trompes est loin d'être éclairci. Ceci ne doit pas empêcher d'en rechercher ni la

ou les maladies causales, ni le moyen le plus simple pour faire cesser, puisque l'évolution de certaines d'entre elles peuvent être graves, voire mortelles. Les hémorragies provoquées par les affections malignes ou infectieuses sont expliquées par le développement de néo vaisseaux fragiles par la libération locale des facteurs angiogéniques ; en revanche la découverte des lésions causales n'est pas toujours facile. Les fibromes voire l'adénomyose, même les polypes et les hyperplasies endométriales sont généralement de diagnostic facile grâce à l'échographie, et les mécanismes des saignements sont parfois évidents lorsque l'on voit en hystérocopie des gros vaisseaux parcourant les fibromes sous muqueux ou l'hypervascularisation capillaire parcourant la surface de l'utérus adénomyosique ou les excroissances endométriales.

Dans les fibromes interstitiels, la vascularisation endométriale n'est pas manifestement anormale et la cause des hémorragies doit être recherchée. On peut évoquer un mécanisme de cisaillement des vaisseaux par les contractions myométriales qui désorganisée par le fibrome viennent buter sur eux ; soit attribuer aux perturbations hormonales associées qui agiraient sur des vaisseaux dont certains pourraient être affectés par des anomalies microscopiques.

Enfin, les perturbations hormonales isolées spontanées ou iatrogènes peuvent entraîner des métrorragies importantes :

3.1- Dans les perturbations hormonales spontanées on distingue :

- Celles qui se rapprochent du phénomène menstruel physiologique et font intervenir l'ouverture, lors de la chute de la progestéronémie, de shunts conduisant à l'anoxie superficielle de l'endomètre et à l'ouverture béante des vaisseaux dont l'extrémité distale a été détruite.

- Celles qui révèlent des vasodilatations localisées, aisément démontrées sur les coupes histologiques. Dans les deux premiers cas peuvent se situer diverses

formes d'insuffisance lutéales ; dans le deuxième, toutes les altérations et déséquilibres hormonaux en particulier les anovulations.

La connaissance précise de ces mécanismes au niveau microscopique est compliquée par l'hormono-dépendance étroite des vaisseaux endométriaux, ceux-ci pouvant difficilement acquérir une structure normale lorsque la sécrétion des hormones sexuelles est perturbée.

Ainsi la dégradation des vaisseaux peut refléter une altération globale du cycle aussi bien qu'une chute brutalisée dans le temps du taux des œstrogènes.

3.2- Il existe deux types de métrorragies iatrogènes

- Ceux provoqués par des associations non physiologiques de progestatifs et d'œstrogène administrés conjointement et non de manière séquentielle. Les hémorragies surviennent seulement chez certaines femmes et dans des conditions mal définies, mais elles paraissent habituellement provoquées par des dilatations capillaires localisées dans un endomètre particulièrement mince, ce que l'on dénomme à tort les hémorragies par atrophie.
- Et ceux secondaires aux injections de formes retard de corticoïdes qui déterminent à la fois une anovulation prolongée et une fragilité des vaisseaux endométriaux qui expliquent que même des femmes sous pilule contraceptive puissent présenter des saignements sous pareils traitements.

4- Physiopathologie des métrorragies fonctionnelles pendant la période d'activité génitale : [25]

Ce sont des métrorragies d'origine utérine, donc endométriales, avec absence de lésions organiques endométrites (infections, tumeur bénigne ou maligne...) susceptibles d'expliquer ces saignements. Le terme fonctionnel indique qu'aucune lésion organique n'est à l'origine de cette hémorragie et que seule est en cause la trophicité de l'endomètre, sous dépendance hormonale. Un cycle

menstruel physiologique, suivi d'une menstruation normale exige des conditions qui sont :

- Un développement harmonieux de l'endomètre qui est soumis à l'action du couple œstradiol (E2) – progestérone (p) (qui agit par l'intermédiaire de récepteurs spécifiques) et à de nombreux facteurs de croissance locaux. Les œstrogènes sont les seuls à pouvoir exercer leur action sur un endomètre au repos, action de type prolifératif à tous les niveaux.

Les progestatifs ont par contre besoin d'une imprégnation oestrogénique préalable de la muqueuse pour exprimer leur action sur l'endomètre. Ce couple E2-P est lui-même soumis à une régulation hypothalamo-hypophysaire à laquelle il participe. Une hémostase efficace, dans ses phases primaire et secondaire et un équilibre entre les systèmes de coagulation et de fibrinolyse ; la participation des prostaglandines à cet équilibre a été démontrée, de même que leur implication dans le bouleversement de cet équilibre et dans la physiopathologie des métrorragies. La physiopathologie des métrorragies fonctionnelles consiste en :

D.1 Toute perturbation du couple E2-P, qu'il s'agisse d'une anomalie du rapport entre ces deux hormones ou de leur action médiée par récepteurs endométriaux spécifiques. Les saignements endométriaux sont donc directement fonctions des variations des taux oestrogénique endogènes ou éventuellement thérapeutiques. Lorsqu'un taux suffisant d'œstrogène agit sur l'endomètre, il y aura tôt ou tard saignement, en fonction des variations de ce taux :

- Quand il augmente : les effets prolifératifs des œstrogènes s'accroissent, la muqueuse croît en épaisseur ; mais les taux oestrogénique ne peuvent s'accroître indéfiniment, et tôt ou tard on est amené à une des éventualités suivantes ;
- Il reste stable : métrorragie, tout se passe en effet comme si l'endomètre exigeait des taux croissants d'œstrogènes pour maintenir un stade prolifératif

donné (faute de quoi la surface de l'endomètre se nécrobiose et saigne), créant par-là un cercle vicieux.

- Il chute brusquement : métrorragie encore, mais le saignement aura tendance à se tarir spontanément, la totalité de la muqueuse (à l'exclusion de sa zone basale à partir de laquelle l'endomètre se régénère) étant éliminée. C'est ce qui se passe en fin de cycle normal, lorsque le corps jaune involue : l'un des effets majeurs de la progestérone lutéale est de provoquer des modifications stromales et vasculaires conditionnant la desquamation complète et rapide qui caractérise les règles.

- Il diminue légèrement : métrorragie, par nécrose d'une épaisseur plus ou moins importante de la muqueuse ; dans ce cas toute fois, le saignement n'a aucune tendance au tarissement spontané, car les taux résiduels d'œstrogènes maintiennent une partie de la muqueuse qui saigne. C'est cette dernière éventualité que l'on rencontre en fait le plus souvent, réalisant des périodes de saignements anarchiques séparés par des répits plus ou moins prolongés ; ceci est dû, en effet, aux fluctuations spontanées du taux des œstrogènes endogènes, par le jeu du développement et de l'involution des follicules ovariens : hémorragie lorsque le taux oestrogénique endogène baisse, arrêt spontané lorsqu'il remonte, sans que la situation n'ait aucune tendance à se régler spontanément.

4.2) Toute perturbation des autres protéines spécifiques de l'endomètre, enzymatiques ou non enzymatiques.

4.3) Toute modification du système de régulation centrale, qui est fragile et peut donc être facilement perturbé par des maladies aiguës ou chroniques, des affections endocriniennes extra gonadiques ; perturbations des grandes fonctions de l'organisme ; affections psychiatriques ou simples perturbations psycho existentielles. Mais dans la plupart des cas la cause du dysfonctionnement

hypothalamo-hypophysaire responsable des troubles du cycle reste inconnue ou hypothétique.

4.4) Toutes pathologies de l'hémostase qu'elle porte sur l'hémostase primaire ou secondaire : les maladies de Glanzmann, de Bernard Soulier, de Willebrand, des déficits en facteurs XI les conductrices d'hémophilie A ou B. [19]

4.5) Toute modification ou déviation du métabolisme des prostaglandines ; en effet l'endomètre en phase lutéale synthétise des prostaglandines : PgF2 alpha très vasoconstrictrices, PgE2 et PgI2 vasodilatatrices et antiagrégants plaquettaires. Donc une capacité réduite de synthèse de PgF2 alpha et une capacité augmentée de synthèse des PgE2 et PgI2 peuvent entraîner une vasodilatation responsable de l'hémorragie. [24]

4.6) Toutes les maladies systémiques avec atteinte hépatique ne conduisent pas obligatoirement à une coagulopathie. Cependant elles peuvent contribuer à l'apparition d'hémorragies fonctionnelles en raison d'une modification du métabolisme des œstrogènes. Dans ces situations, l'hyperœstrogénie engendrée par l'altération du métabolisme va être responsable d'une hyperplasie de l'endomètre, avec comme conséquence l'apparition d'hémorragies fonctionnelles. [24] L'utilisation d'une contraception orale, et en particulier des contraceptifs injectables ou implantables se complique fréquemment d'hémorragie fonctionnelle. A un moindre degré, le tamoxifène, utilisé dans la prophylaxie et le traitement du cancer du sein en raison de son activité hyperœstrogénique, peut contribuer à des saignements mais dont la quantité atteint rarement la définition des troubles fonctionnels hémorragiques. L'utilisation de psychotropes, en modifiant l'activité hépatique, entraîne une hyperœstrogénie relative, responsable de l'anovulation, d'une hyperplasie de l'endomètre et d'hémorragies fonctionnelles. [24]

5- Etude clinique :

Les métrorragies doivent susciter de la part du praticien :

- Un examen soigneux, méthodique et rigoureux ;
- Un raisonnement médical permettant une approche du diagnostic ou la mise en route d'explorations complémentaires ;

Un traitement qui en dehors de l'urgence, doit être guidée par l'étiologie.

5.1. Interrogatoire : il recherchera

- L'âge de la patiente ;
- La date des dernières règles ;
- La date d'apparition des saignements, leur évolution et leur abondance ;
- L'existence d'un traitement hormonal ou de prise d'anticoagulant, préciser une notion d'arrêt ou d'oubli.
- Les antécédents familiaux : pathologie gynécologique et générale ;
- Les antécédents personnels :
 - . Les antécédents gynéco-obstétricaux : ménarche, durée du cycle, caractère du cycle, nombre de grossesses, les incidents et accidents gravidiques ;
- Les antécédents chirurgicaux : surtout gynécologiques ;
- Les antécédents médicaux : maladies générales, les maladies infectieuses ;
- L'existence d'un moyen de contraception : contraceptif oral, stérilet, les moyens mécaniques (préservatifs ou diaphragme)

5.2. Examen physique :

Il est toujours général et complet mais doit insister sur la sphère gynécologique.

5.2.1. Examen général :

Il est le plus complet possible et méthodique appareil par appareil

5.2.2. Examen gynécologique :

Il sera mené avec tact et douceur sur une table gynécologique avec une bonne luminosité sur une malade entièrement dévêtue :

- inspection des muqueuses ;
- palpation des seins

Examens des organes génitaux externes.

5.2.2.1- L'examen au spéculum :

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à l'aide d'un spéculum vaginal adapté à l'anatomie de la patiente avec un éclairage suffisant. Il visualise le col et le vagin. Il faut :

- bien visualiser le col : son aspect surtout, au cours du retrait du spéculum on peut légèrement pincer le col entre les deux lames de façon à voir un écoulement par orifice cervical ;
- Bien visualiser les parois vaginales, en retirant le spéculum qui sera légèrement entrouvert de façon à examiner les faces antérieure et postérieure du vagin. On saura alors si le saignement est d'origine vaginale.

5.2.2.2- Le toucher vaginal combiné au palper abdominal :

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à vessie et rectum vides. Il sera combiné au palper abdominal et au toucher rectal. Il permet l'appréciation de la taille de l'utérus, de ses contours, sa sensibilité, de sa mobilité et de ses différents rapports. Combiné au toucher rectal il apprécie la souplesse des culs de sac et des paramètres. Le toucher bidigital permet d'apprécier la cloison recto vaginale.

5.3. Les examens complémentaires : [38]

Ils seront demandés en fonction de l'âge de la patiente et de l'orientation diagnostique. Bien que la grossesse soit exclue de l'étude on peut être amené à faire un test de grossesse.

Les examens complémentaires à pratiquer sont : une échographie pelvienne, un frottis cervico-vaginal, une biopsie du col, une biopsie de l'endomètre, un prélèvement vaginal, une hystérosalpingographie voire une hystérocopie pratiquée en dehors des saignements ; la colposcopie, des dosages hormonaux, un bilan hématologique.

5.3.1- L'échographie pelvienne :

C'est une technique non agressive en plein développement. Elle peut être réalisée par voie abdominale vessie pleine ou par voie vaginale vessie vide. A l'heure actuelle le consensus est fait sur l'examen de première intention devant des métrorragies : c'est l'échographie par voie vaginale. Elle doit être réalisée au cours de la première partie du cycle ; elle permet le diagnostic d'éventuelles pathologies ovariennes à l'origine des métrorragies et également d'apprécier le myomètre : fibromes interstitiels, signes d'adénomyose, qualité de la jonction endomètre-myomètre.

5.3.2- L'hystérosalpingographie (HSG) :

C'est un examen radiologique qui permet la visualisation du canal endocervical, de la cavité utérine, des trompes, par l'injection par voie endocervicale d'un produit radio opaque faiblement iodé sous faible pression.

La pratique d'une hystérocopie exige des précautions avant l'examen :

- Elle doit être réalisée en phase folliculaire ;
- Eliminer une grossesse ;
- Eliminer une infection ;

- Arrêter les saignements ;
- Faire une couverture antibiotique.

Elle peut être demandée dans le diagnostic des métrorragies pour la recherche d'un polype, d'un fibrome sous muqueux, d'un cancer de l'endomètre, d'une adénomyose utérine. Il existe une variante : *L'hystérosonographie* qui consiste à injecter une solution saline stérile de 4 à 10 ml dans la cavité endométriale sous visualisation ultrasonographique directe. Une fois l'endomètre imprégné la présence de polypes ou de myomes et l'épaisseur de l'endomètre est évaluée. Elle permet de montrer dans 20% des cas des lésions non identifiées à l'échographie par voie vaginale [34].

5.3.3- L'hystérocopie diagnostique :

C'est l'exploration endoscopique de la cavité utérine grâce à une optique introduite à travers l'orifice cervical. Elle se fait sans anesthésie s'il s'agit d'une hystérocopie exploratrice. Elle permet mieux que l'hystérocopie et l'hystérosonographie d'apprécier le canal endocervical (l'exploration de cette région est probablement l'échec principal des techniques par ultrason), et une localisation plus précise des lésions. Mais elle permet également une biopsie guidée et l'obtention d'une histologie. Mais le caractère iatrogène de l'hystérocopie en regard de l'hystérosonographie est sujet à discussion : décontamination des hystéro fibroscopes et description de quelques cas dans la littérature d'éventuelle greffe péritonéale de cellules néoplasiques [41].

5.3.4- La colposcopie :

C'est l'examen du col après mise en place du spéculum grâce à un appareil optique grossissant 10 à 20 fois et après badigeonnage du col à l'acide acétique à 3% ou au lugol.

Elle permet de mieux voir l'épithélium pavimenteux et cylindrique, la zone de jonction entre ces deux revêtements, la vascularisation et la structure du tissu conjonctif sous jacent.

La colposcopie permet de repérer sur le col :

- Des lésions bénignes : polype, papillon, endométriose, condylome ;
- Des lésions atypiques : leucoplasies, mosaïques, zones ponctuées, zones blanches ou rouges ;
- Des cancers invasifs.

Elle permet de diriger la biopsie sur la zone la plus suspecte en cas de frottis pathologique, si la zone de jonction est visible. Elle ne permet pas de voir les lésions situées dans l'endocol.

5.3.5- Le frottis cervico vaginal :

C'est un geste de médecin praticien que tout médecin doit savoir faire. Il doit être pratiqué devant toute métrorragie même chez une femme dont le col est sain en période d'activité génitale. Il doit être fait en dehors des saignements et de toucher vaginal, alors que la patiente n'a pas fait de toilette vaginale, de rapports sexuels dans les 24 heures précédentes.

5.3.6- Les frottis endométriaux :

Ils sont rarement positifs car l'endomètre desquame assez peu.

5.3.7- La biopsie du col :

Lorsqu'il existe une lésion néoplasique évidente du col, dure, friable, saignant au moindre contact, il est aisé d'en faire la biopsie, le prélèvement devant être fait en pleine tumeur. Lorsqu'il n'existe pas de lésions évidentes, elle sera dirigée par le frottis de dépistage ou la colposcopie.

5.3.8- La biopsie de l'endomètre :

Elle est faite par la canule de Novak. Après avoir nettoyé le col, et pris celui-ci par une pince de Pozzi, la canule de Novak est introduite dans l'orifice cervical puis dans la cavité. On peut aussi, comme dans la technique originale, créer une dépression dans la sonde avec une seringue pour aspirer l'échantillon d'endomètre plus important. Si l'introduction de la canule est facile, on peut renouveler l'intervention 2 ou 3 fois afin de prélever des lambeaux d'endomètre à plusieurs niveaux. Actuellement, on utilise souvent un matériel à usage unique en polyéthylène semi rigide : la pipette de cormier. Cette biopsie peut être utile pour apprécier un trouble fonctionnel de l'endomètre. Elle est intéressante pour faire le diagnostic d'un cancer de l'endomètre. Seule une biopsie positive permet d'affirmer le diagnostic, une biopsie négative impose bien sûr la poursuite des investigations.

5.3.9- Les dosages hormonaux :

Ils sont fonctions des constatations cliniques : BétaHCG plasmatique, les œstrogènes, la FSH, la LH et la prolactine.

5.3.10- Le bilan hématologique :

Il recherchera surtout une thrombopathie, maladie de Von Willebrand.

- Une numération formule sanguine : le taux d'hémoglobine est essentiel car il apprécie objectivement l'importance du saignement et sera ultérieurement le guide du schéma thérapeutique.
- Une crase sanguine est demandée dès la première consultation surtout en cas d'antécédent évocateur de troubles de l'hémostase, ou prescrite dans un deuxième temps si l'anémie nécessite un traitement en urgence remettant à plus tard les investigations.

- Un bilan d'hémostase simple comprend : numération des plaquettes, temps de Quick, temps de céphaline activée, fibrine et temps de saignement.
- Un bilan d'hémostase complet explorant tous les facteurs de coagulation doit être demandé en cas de suspicion de maladie de l'hémostase.

5.4. Etiologies :

Elles sont, surtout, fonction de l'âge de la patiente :

- la jeune fille a un cycle menstruel irrégulier les premières années, et, chez elle les métrorragies ne sont pas rares, les causes fonctionnelles et hématologiques sont le plus souvent rencontrées à cet âge. [35]
- La femme en période d'activité génitale doit toujours prendre une métrorragie au sérieux car les trois types d'étiologies peuvent être retrouvés : fonctionnelle, organique et extra gynécologique.
- La femme ménopausée peut avoir des métrorragies qui doivent faire rechercher le plus souvent une cause organique (cancer de l'endomètre, cancer du col, tumeur de l'ovaire), et l'ont dit souvent «qu'une métrorragie après la ménopause est un cancer jusqu'à preuve de contraire». [36]

5.4.1. Etiologies des métrorragies de la puberté :

- **Fonctionnelles**
- **70% Organiques :**
- **Grossesse interrompue**
- **Causes iatrogènes (cosmétiques)**
- **Troubles de l'hémostase**

Figure 1 : étiologies des métrorragies de la puberté, Lansac [38]

A l'issu de l'examen et du bilan dans huit cas sur dix le diagnostic de métrorragies fonctionnelles est retenu. Mais il s'agit d'un diagnostic d'exclusion posé après avoir éliminé les autres causes. [38]

5.4.1.1- Les causes hématologiques : [21]

Elle représente environ 15 à 20% des étiologies dans les séries de la littérature. Il s'agit d'anomalies congénitales ou acquises. Les anomalies congénitales sont des anomalies des facteurs de la coagulation (essentiellement la maladie de Von Willebrand, mais aussi les déficits en facteurs V, VII ou X), et des anomalies de la fonction plaquettaire telle la maladie de Glanzmann. Certaines anomalies congénitales mineures de l'hémostase ne sont diagnostiquées que si elles sont recherchées, ainsi la maladie de Von Willebrand dont la prévalence est de 1.3% dans la population générale est très souvent révélée dans ses formes frustes par des règles abondantes. Des maladies graves de l'hémostase sont en général connues dans l'enfance et nécessitent un encadrement thérapeutique à mettre en place avant l'apparition des premières règles. Les pathologies acquises de l'hémostase susceptible de provoquer des métrorragies sont le purpura thrombopénique idiopathique (les hémorragies apparaissent pour un taux de plaquettes inférieur à 20000) mais aussi les troubles de l'hémostase au cours des phases terminales d'hémapathies malignes ou d'aplasie médullaire ou conséquences de pathologie rénale ou hépatique.

5.4.1.2- Les causes organiques : [21]

Elles sont nombreuses :

- Les tumeurs malignes du tractus génital (adénocarcinome à cellules claires, rhabdomyosarcome cervicovaginal) sont responsables des saignements de faible abondance sans caractère cyclique avec règles normales.
- Les tumeurs de l'ovaire, bénignes ou malignes sont rarement révélées par des métrorragies sauf lorsqu'elles sont sécrétantes : choriocarcinome (HCG), tumeur de le granulosa (œstrogène).

- Les infections génitales sont responsables de saignements anormaux le plus souvent dans un contexte douloureux et parfois fébrile mais intéressent des filles plus âgées et ayant une vie sexuelle.

5.4.2. Etiologies des métrorragies de la période d'activité génitale : [38]

Bien qu'on ait exclu la grossesse de notre étude, le premier réflexe de tout praticien devant une femme en activité génitale qui saigne est de penser à une grossesse, qu'elle soit intra utérine ou ectopique. Le diagnostic différentiel doit être posé par l'examen clinique, si nécessaire un test de grossesse ou même l'échographie.

Les diagnostics à retenir sont :

5.4.2.1- Le cancer du col de l'utérus :

Il doit être évoqué par principe, que les métrorragies soient- provoquées ou non. Evident, grosse ulcération ou bourgeon visible au spéculum, il sera biopsié. Invisible à l'œil nu, il sera dépisté par le frottis puis prouvé par la biopsie dirigée.

5.4.2.2- Les infections génitales :

Elles sont des causes fréquentes de métrorragies, qu'il s'agisse :

- d'une cervicite : gros col rouge par où s'écoule une glaire louche,
- d'une endométrite du post partum ou du post abortum associant fièvre et utérus douloureux,
- d'une salpingite : sexuellement transmise ou acquise par manœuvres médicales, nécessitant une coelioscopie diagnostique,
- d'une tuberculose provoquant rarement une ulcération du col, la biopsie examinée en anatomopathologie et en bactériologie apportera la preuve diagnostique.

5.4.2.3- Les polypes :

Accouchés par le col, ils sont visibles au spéculum : il faut se méfier qu'ils ne soient «sentinelles» : on recherchera par l'hystérocopie et le curetage une lésion intra cavitaire associée qui peut être un autre polype, une hyperplasie de l'endomètre mais aussi un cancer.

5.4.2.4- Les myomes utérins :

Les métrorragies constituent le signe principal associé parfois à des ménorragies. Le toucher vaginal retrouve un utérus augmenté de taille aux contours irréguliers. L'échographie, l'hystérocopie sont essentielles pour découvrir les myomes sous muqueux échappant à l'examen clinique. Parfois, il est nécessaire d'arrêter le saignement par un traitement hormonal à base de progestérone, pour pouvoir faire les examens.

5.4.2.5- Le cancer de l'endomètre :

Il est retrouvé dans 2 à 8% des cas. Toutefois, il est plus fréquent en période ménopausique. Il faut y penser surtout chez les femmes obèses, hypertendues, diabétiques et demander une échographie vaginale, une hystérocopie, un curetage biopsique au moindre doute, le cancer existe avant la ménopause et risque de passer inaperçu et de faire porter à tort le diagnostic de métrorragies fonctionnelles si des examens ne sont pas faits.

5.4.2.6- L'endométriose :

Elle peut entraîner des métrorragies, qu'il s'agisse d'une endométriose vaginale visible au spéculum ou d'une adénomyose évoquée devant l'âge (la quarantaine), des ménorragies, une dysménorrhée du deuxième, troisième jour d'apparition récente. L'hystérocopie confirme le diagnostic en montrant des diverticules pathognomoniques ou des signes indirects.

5.4.2.7- Les tumeurs de l'ovaire :

Elles peuvent entraîner des métrorragies soit du fait d'une métastase utérine (tumeur du revêtement), soit du fait d'une tumeur sécrétante. Perçue au toucher vaginal, confirmées au besoin par l'échographie, elles conduisent à la laparotomie exploratrice. En fait, tout kyste de l'ovaire peut entraîner des métrorragies, y compris les dystrophies sclérokystiques de l'ovaire justiciable d'une simple coelioscopie et d'un blocage de l'ovulation par oestroprogestatifs.

5.4.2.8- Les métrorragies fonctionnelles :

Elles sont un diagnostic d'élimination qui ne peut être évoqué qu'après un examen clinique soigneux comportant un frottis aidé d'une courbe thermique, voire d'une hystérographie, d'une hystéroscopie, des dosages hormonaux car l'on trouve le plus souvent un déséquilibre oestroprogestatif avec hyperoestrogénie relative ou absolue. Il peut s'agir de métrorragies fonctionnelles de l'ovulation ou survenir chez les femmes porteuses de stérilet ou après une ligature résection des tubaires entraînant une perturbation de la vascularisation ovarienne qui provoque en général une dysovulation.

5.4.3. Etiologies des métrorragies de la péri-ménopause et leur prise en charge : [13]

La péri ménopause est une période de transition débutant avec les anomalies cliniques et /ou biologiques annonçant l'approche de la ménopause et qui s'étend à l'année qui suit les dernière règles spontanées.

Le gynécologue est durant cette période de transition, fréquemment confronté aux métrorragies. Ces métrorragies, pouvant être organiques mais étant fréquemment fonctionnelles, imposent des explorations dont la hiérarchisation, parfois délicate, doit faire l'objet d'une réflexion. La comparaison des avantages

et des inconvénients de l'échographie, de l'hystérocopie et du contrôle histopathologique, doit conduire à un arbre décisionnel adapté à chaque patiente.

5.4.4. Etiologies des métrorragies de la post-ménopause : [38]

La post-ménopause est une période dans laquelle toute métrorragie doit être considérée comme organique. Le cancer de l'endomètre arrivant en tête des étiologies.

5.4.4.1- Le cancer de l'endomètre :

Il est le plus fréquent à cet âge. Le terrain femme âgée, obèse, hypertendue, diabétique, est évocateur. La preuve est apportée par curetage.

5.4.4.2- Le cancer du col :

Il n'est pas aussi fréquent que le cancer de l'endomètre dans cette période, il peut être évident mais aussi caché par l'endocol où il faudra le rechercher par la clinique et les prélèvements.

5.4.4.3- Le cancer du vagin :

Qu'il soit primitif ou secondaire, il faut le rechercher au spéculum et toucher vaginal et en faire la biopsie.

5.4.4.4- Les sarcomes de l'utérus :

Il se présente comme un fibrome qui fait parler de lui après la ménopause (hémorragies ou augmentation de volume), ces modifications sont très suspectes à cette période qui normalement entraîne l'atrophie de l'utérus et du myome.

5.4.4.5- Les tumeurs de l'ovaire :

Elles peuvent métastaser à l'endomètre et de ce fait provoquer des métrorragies. Toute masse annexielle est suspecte à cet âge. Elle doit entraîner une laparotomie.

5.4.4.6- Les tumeurs des trompes :

Quoi que rares elles peuvent aussi provoquer des métrorragies. L'échographie et surtout l'hystérosalpingographie permettent d'évoquer ce diagnostic.

5.4.4.7- Les métrorragies par atrophie :

Elles sont liées à l'atrophie de l'endomètre. Elles sont reconnues par l'hystérocopie (aspect pâle et atrophique) ou à l'hystérogaphie montrant un petit utérus avec des images spiculées périphériques ; Mais surtout authentifiées par le curetage qui ramène de petits fragments de muqueuses atrophiques pour l'histologiste voire rien du tout.

5.4.4.8- Les métrorragies iatrogènes :

Elles sont possibles du fait de la prise d'œstrogènes destinée à traiter les troubles de la ménopause ou dans un but cosmétique. Les anabolisants androgéniques peuvent provoquer des métrorragies du fait de la conversion en œstrogènes de ces produits par catabolisme hépatique. Enfin les anticoagulants mal adaptés peuvent faire saigner. Dans tous les cas, il faut se méfier d'une cause organique, en particulier néoplasique, associée, et faire l'hystérocopie et le curetage. Enfin dans 30% des cas environ, aucune cause n'est retrouvée, malgré un bilan complet, curetage inclus.

En résumé, on retiendra qu'une femme ne saigne pas sans raison et que l'on doit toujours faire un diagnostic précis avant d'appliquer un traitement. Mais

l'importance de l'hémorragie peut imposer une thérapeutique d'urgence dans le but d'arrêter l'hémorragie.

6- TRAITEMENT : [2]

Quatre points essentiels :

- Existe-t-il un état de choc hémorragique ? : État général, pouls tension artérielle, cyanose...
- Est-ce que c'est une grossesse extra utérine aiguë ? : Notion de contraception, retard de règles, toucher vaginal, Béta-HCG plasmatique, échographie abdominopelvienne.
- Est-ce que c'est une endométrite aiguë ? Fièvre, douleur, leucorrhée suite d'exploration...
- Est-ce que c'est une fausse couche ? Grossesse connue, contraception, retard de règles, toucher vaginal, Béta-HCG plasmatique, échographie pelvienne. Si ces quatre diagnostics peuvent être éliminés, il est licite de commencer immédiatement un traitement symptomatique dont le succès ne doit pas suffire à affirmer le caractère fonctionnel de la métrorragie.

6.1. Traitement symptomatique : [2]

Actuellement, seul les progestatifs doivent être utilisés en première intention, et il paraît logique de prescrire des dérivés à noyau norpregnane (19-Norprogestérone). Eux seuls, constituent, en fait la réponse à ce problème. Leur intervention sur un endomètre sous stimulation oestrogénique lui fait subir des effets comparables à ceux d'une phase lutéale : glandes, vaisseaux et surtout stroma de l'endomètre sont profondément remaniés. L'hémorragie s'arrête. Après quelques jours de «sécurité», on peut alors stopper la thérapeutique sans crainte. Il va, certes se produire une desquamation hémorragique de l'endomètre, véritables règles artificielles terminant un cycle où le progestatif

exogène a remplacé la progestérone lutéale ; mais cette desquamation présente des caractères rassurants : son abondance et sa durée sont comparables à celles de règles normales, et elle se tarit de même spontanément. [2]

Les doses peuvent être fortes d'emblée :

Exemple : Nomegestrol acétate= LUTENYL® 3 comprimés par jour jusqu'à arrêt du saignement. Il doit céder en 36 heures maximums, d'autant qu'une thérapeutique bien conduite est presque toujours capable de stopper même une métrorragie organique. Ceci a pour corollaire fondamental que l'arrêt du saignement par les traitements médicaux n'est pas une preuve de son caractère fonctionnel et ne dispense en aucun cas de préciser par la suite le diagnostic étiologique. Les doses sont ensuite progressivement ramenées à la normale mais le traitement sera poursuivi pendant 10 à 15 jours pendant lesquels le bilan étiologique sera pratiqué. Une hémorragie de privation surviendra à leur arrêt. Elle a généralement un aspect normal et cède spontanément sauf organicité.

En cas d'échec à 36 heures outre la remise en cause de l'analyse étiologique initiale et de la gravité globale il est licite d'augmenter la dose de progestérone ou de changer de produit vers un dérivé de la 19- Nortestérone à forte dose pendant 48 heures. Les œstrogènes agissent sur les métrorragies fonctionnelles mais aggravent la prolifération de l'endomètre. A leur arrêt, le risque de récurrence est majeur et ils ne sauraient donc constituer la réponse au problème.

Une exception toute fois : l'injection intraveineuse d'œstrogènes conjugués (PREMARIN®) a un effet hémostatique direct par mécanisme vasculaire et peut être réalisée en geste d'urgence. Le curetage hémostatique n'est indiqué que par l'échec thérapeutique : il se pratique lorsque l'hémorragie persiste malgré les traitements. Le curetage supprime l'hémorragie en supprimant la muqueuse qui saigne, mais il ne supprime pas le problème mais permet une analyse anatomopathologique de la muqueuse. Il peut arriver que l'hémorragie persiste ou reprenne précocement, le problème est alors aggravé car cette muqueuse

abrasée répond mal aux traitements. Il garde toute fois sa valeur associée à une biopsie d'endomètre. Après un curetage, une pilule séquentielle fortement dosée reste indiquée. Enfin le bilan s'attachera à déterminer le caractère fonctionnel ou organique des saignements.

6.1.1. Traitement médical des métrorragies fonctionnelles de la puberté

Ces métrorragies fonctionnelles sont liées soit à l'absence d'ovulation soit à une dysovulation avec ou sans insuffisance lutéale. [22]

6.1.1.1- Dans les formes de moyenne importance : [2]

Le traitement consiste à administrer des progestatifs de synthèse per os 10 à 15 jours par mois, pendant 6 mois, en plus de la surveillance. En théorie il serait utile de connaître le niveau de l'oestrogénie afin de choisir rationnellement le type de progestatif qui sera utilisé ; mais en pratique il faut se baser sur les données cliniques et choisir le progestatif qui sera utilisé en fonction de l'importance des saignements et de la tolérance des produits.

En général, si une oestrogénie normale est suspectée, il est habituel de prescrire un dérivé de la progestérone ou un dérivé de la 17 hydroxyprogestérone ou un dérivé norprégnane.

Exemple : Dydrogestérone= Duphaston® du 16ème au 25ème jour du cycle, Chloramidone= Lutérant®, Nomegestrol acetate= Lutenyl®

6.1.1.2- Dans les formes graves : [37]

En urgence :

- Hospitalisation avec ou sans transfusion qui est à éviter sauf cas extrême, sinon on fera les grosses molécules ;
- Faire une injection intra veineuse d'œstrogène conjugué : Prémarin®

- Poser une voie veineuse en vue d'une transfusion sanguine. Les injections de prémarin® pourront être poursuivies ;
- Il faudra préférer les grosses molécules aux transfusions de sang frais iso groupe iso rhésus.
- Un traitement oestroprogestatifs prendra le relais des œstrogènes intra veineux : progestérone : Utrogestant® 2 comprimés par jour du vingtième au trentième jour du cycle pendant deux cycles.
- Un traitement progestatif du quinzième au vingt cinquième jour du cycle prendra le relais du précédent pendant quelque mois (minimum 1an). On ne doit pas prescrire un traitement oestroprogestatifs de type pilule, qui certes empêche le saignement mais bloque, l'axe hypothalamo-hypophysaire qui avait des difficultés à prendre une activité cyclique.

Dans les troubles graves de l'hémostase, une aménorrhée thérapeutique est obtenue par l'administration d'un progestatif en continu. Le traitement des métrorragies pubertaires peut être résumé comme suit :

o **Forme mineures** : Hb > 11g /dl

- Surveillance ;
- Ou progestatif prégnane ou norprégnane du 16ème au 25ème jour du cycle.

o **Forme modérée** : 8g/dl < Hb > 11g/dl

- Oestroprogestatif pendant 2 à 3 mois ;
- Suivi ou d'emblée un progestatif prégnane ou norprégnane du 16ème au, 25ème jour du cycle pendant 2 à 3 mois.

o **Formes sévères** : Hb < 8g/dl

- Hospitalisation ± transfusion ;
- œstrogène sulfoconjugué (Prémarin®) par voie intramusculaire une ou deux fois ;
- Relais immédiat par oestroprogestatifs 21 jours sur 28, ou progestatif norstéroïde 20 jours sur 28 ;

- Puis progestatif pré-géane ou norpré-géane, du 16^{ème} au 25^{ème} jour du cycle (minimum 1 an) ;
- Surveillance prolongée (fréquence des récurrences) ;
- Traitement complété par antifibrinolytiques et thérapie hormonale.

o **Troubles de l'hémostase graves :**

Aménorrhée thérapeutique obtenue par l'administration d'un progestatif norstéroïde en continu.

6.1.2. Traitement médical des métrorragies fonctionnelles de la période d'activité génitale : [24]

Il est nécessaire d'éliminer une cause organique avant d'affirmer le diagnostic de métrorragies fonctionnelles.

▪ Si un désir de grossesse : Le traitement doit porter sur la cause du trouble ovarien clairement identifié par les explorations appropriées ; dans quelques cas des progestatifs pourront être prescrits avant de prescrire le traitement qui à la fois rétablira des sécrétions ovariennes normales, une normalisation de l'endomètre et une amélioration de la fertilité. [2]

▪ En l'absence de désir de grossesse : [2]

Dans les métrorragies dues à un déséquilibre du métabolisme des prostaglandines, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (acide méfénamique, ibuprofène et naproxène) sont indiqués avec un taux de succès de 20 à 44% [27]. De récents essais thérapeutiques ont cependant montré une efficacité modérée des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Ils ont par ailleurs un effet sur les dysménorrhées associées.

▪ En cas d'anomalie de l'hémostase, les antifibrinolytiques apparaissent efficaces. L'acide tranexamique utilisé les 3 premiers jours du cycle, à la dose de 3g/jour, a une efficacité supérieure à celle des anti-inflammatoires non stéroïdiens, avec une diminution du flux d'environ 50%. En cas de maladie de

Willebrand, le 1-désamino-8-D-arginine vasopressine (Octim®) par voie nasale, à la dose de 300µg toutes les 12heures les 2 premiers jours du cycle à partir de 50kg est indiqué.

- En cas de métrorragies dues à un déséquilibre entre œstrogènes et progestérone, on peut utiliser une adjonction d'œstrogène ou de progestérone 10 jours en phase lutéale, 15 ou 20 jours en cas d'indications contraceptives. On peut également prescrire une association œstro-progestative sous la forme de contraception orale.
- Progestatifs et contraceptifs combinés sont cependant utilisés avec des réserves d'usage : risque vasculaire chez les tabagiques et de prise de poids. Les norpreganes, en raison de leur action antigonadotrope, sont le plus souvent prescrits 20 jours par mois.
- Le danazol et les agonistes de la gonadotrophin Releasing Hormon, en créant un état d'hypo oestrogénie, diminuent de manière efficace et prolongée les saignements en créant une atrophie endométriale.

Leur utilisation à long terme est cependant limitée en raison soit de leur effet androgénique, soit de leur effet hypo-oestrogénique marqué, contre-indiquant leur utilisation au-delà de 3 mois. Cependant, leur efficacité immédiate peut être utilisée en préopératoire dans le but de corriger une anémie ou de faciliter un traitement hystéroscopique conservateur par l'atrophie endométriale induite par la diminution d'absorption du glycocolle lors de la résection d'endomètre. [27] Le stérilet au lévonorgestrel est à la fois contraceptif, avec une efficacité comparable aux œstroprogestatifs, et préventif de la prolifération de l'endomètre par diminution de son épaisseur et de sa vascularisation. Dans le cas des métrorragies fonctionnelles, la prescription n'est pas encore validée et nécessite des études complémentaires dans le but de déterminer une action thérapeutique et non plus contraceptive. Deux courts essais thérapeutiques n'ont

pas montré de différence avec la résection d'endomètre en termes d'efficacité et de satisfaction.

6.1.3. Traitement des métrorragies de la préménopause : [2]

Un diagnostic de certitude doit être établi, il permettra de connaître l'état de l'endomètre et assez souvent d'identifier une hyperplasie souvent à des périodes anarchiques d'hyperoestrogénie. Les progestatifs les plus antioestrogéniques et les plus antigonadotropes seront utilisés de préférence pendant un minimum de 10 jours. C'est à cet âge que les hyperplasies endométriales sont les plus fréquentes ; les progestatifs inhibent la multiplication cellulaire oestrogéno-dépendante, entraînent une différenciation tissulaire avec aspect sécrétoire et au maximum une véritable atrophie.

6.1.4. Traitement médical des métrorragies de la post-ménopause : [2]

En cas d'urgence on peut faire appel aux progestatifs à forte dose dans le but d'arrêter l'hémorragie, en attendant un diagnostic étiologique précis par des examens complémentaires, en particulier l'échographie et l'hystérocopie qui ne sont pas contre indiquées en cas de néoplasie utérine ou ovarienne. On peut également utiliser des hémostatiques et antifibrinolytiques en urgence ou au cours de l'enquête étiologique notamment afin de ne pas perturber un bilan hormonal. Exemple : Etamsylate comprimés (Dicynone® 500mg) : 1 comprimé 3fois par jour. Acide aminocaproïque (Hémocaprol®) une injection intraveineuse suivie de 4 ampoules buvables par jour. Chez la femme sans traitement hormonal substitutif, après avoir éliminé une pathologie organique ou une sécrétion anormale d'oestrogènes, l'endomètre est habituellement atrophique ; le traitement logique est la prescription d'oestrogènes, mais leur arrêt est lui-même suivi de saignements ;

C'est pourquoi, le plus souvent après un curetage dirigé par une hystérocopie qui a établi le diagnostic, on s'abstiendra de tout traitement si les saignements ne

sont pas importants ; d'ailleurs le mécanisme de ces saignements est souvent mal compris. [2]

6.1.5. Les médicaments utilisés après la chirurgie :

On fait le plus souvent appel aux antibiotiques, antalgiques et aux anti-inflammatoires.

6.2. Traitement chirurgical :

Il est le plus souvent fait après un diagnostic étiologique précis ou dans le but d'arrêter des métrorragies incoercibles sans cause apparente. Le choix du mode de traitement chirurgical dépend de l'étiologie retrouvée :

- La myomectomie : elle peut être faite par voie abdominale, vaginale ou coelioscopique. Le choix dépend du nombre de myomes, et de leur localisation et de l'état de la patiente.
- L'hystérectomie totale avec ou sans annexectomie : elle peut être faite par voie abdominale ou vaginale. Elle est indiquée dans les myomes multiples, les cancers du col de l'utérus, les cancers de l'endomètre et les métrorragies incoercibles.
- La conisation ou l'amputation intravaginale du col : est indiquée dans le carcinome in situ du col utérin.

6.2.1 Le curetage hémostatique : [2]

Après l'échec des traitements médicaux ou en cas de contre indications ou d'effets secondaires liés à ceux-ci, le curetage abrasif de l'endomètre sous anesthésie générale reste l'intervention la plus couramment pratiquée en France [24].

IL arrête l'hémorragie en supprimant la muqueuse qui saigne, mais ne supprime pas la cause. Si malgré le curetage, l'hémorragie persiste ou reprend précocement le problème est alors aggravé, car on ne peut pratiquer des curetages itératifs. Par ailleurs cette muqueuse abrasée répond mal aux

traitements qui se montrent efficaces dans d'autres conditions. Ensuite et surtout il n'a aucun effet préventif ; même s'il peut être temporairement efficace, son taux d'échec, évalué à 50%, ne justifie plus sa réalisation, ce d'autant que cette intervention peut se compliquer de perforation, d'infection, d'hémorragie, voire de synéchies secondaires: « le curetage hémostatique doit d'emblée être purement et simplement banni du traitement des métrorragies fonctionnelles ».

6.2.2. La myomectomie : [44]

Elle est indiquée en cas de métrorragies dues à des fibromyomes, et consiste à les retirer tout en respectant l'utérus. Cela signifie préserver les fonctions menstruelles et la possibilité de grossesse ultérieure. Cela signifie aussi un utérus reconstitué avec solidité et une anatomie la plus proche possible de la normale. Le principe de la myomectomie repose sur l'existence d'un plan de clivage entre le myomètre périphérique et la tumeur solide bénigne qu'est le myome. Ce plan doit être constamment cherché, identifié et suivi. Il est pratiquement exsangue : le saignement est surtout observé au niveau de l'incision séreuse et myométriale nécessaire pour aborder le pôle superficiel du myome. En cours de clivage il est le témoin d'une erreur de plan. Après l'énucléation du myome, la réparation myométriale doit effacer l'espace mort générateur d'hématomes et de désunions immédiates et être solide en vue de grossesses ultérieures. La résection myométriale est interdite. La réparation séreuse est capitale, car la myomectomie est une intervention très adhésiogène ; le soin apporté à la séreuse commence dès le début de l'intervention et se poursuit tout au long : le péritoine ne doit pas être frotté, desséché, saisi par des pinces ; sa suture ne doit pas être ischémiant ou sous tension. Elle peut être effectuée par voie abdominale, vaginale, coelioscopique ou hystéroscopique. En cas de myomes multiples il faudra procéder à une polymyomectomie ou même une hystérectomie en tenant compte de l'âge de la patiente et son désir d'enfant.

6.2.3. L'hystérectomie totale :

Elle est indiquée dans les métrorragies dues à des myomes multiples ; les métrorragies fonctionnelles ; les rebelles à tout traitement médical. L'hystérectomie simple peut être abdominale ou vaginale, et suivant l'attitude vis-à-vis des annexes, du col et du vagin, on peut distinguer différents types d'hystérectomies :

- Hystérectomie conservatrice : elles consistent en l'ablation exclusive de l'utérus en laissant les annexes en place. En règle la conservation ovarienne est synonyme de conservation annexielle, c'est-à-dire des ovaires et des trompes.
- Hystérectomie non conservatrice : dans ce cas les pédicules lombo ovariens sont liés et les annexes sont retirées avec l'utérus.
- Hystérectomie subtotale : elle consiste à conserver le col utérin en sectionnant l'utérus au niveau de l'isthme utérin.
- Hystérectomie totale : elle consiste à faire l'exérèse total de l'utérus corps et col. L'exérèse du col peut se faire par une dissection intra ou extrafaciale du vagin.

En règle, il n'y a pas d'exérèse du vagin mais en cas d'hystérectomie extrafaciale, une partie du vagin est retirée et on devrait parler de colpohystérectomie.

6.2.4. Le traitement chirurgical des métrorragies dues à un cancer de l'utérus : [44]

En cas de cancer du col micro-invasif avec un envahissement du stroma inférieur à 3mm (sans emboles lymphatiques) : la conisation ou l'amputation intravaginale du col, passant in sano, constitue le traitement habituel.

Lorsque la profondeur de pénétration stromale se situe entre 3 et 5 mm (sans emboles lymphatiques) : le traitement peut être soit une amputation intravaginale passant in sano, soit une hystérectomie totale, mais toujours avec prélèvement ganglionnaire sous veineux.

Le choix entre ces deux interventions dépend de l'âge et de la parité de la patiente.

La colpohystérectomie élargie avec résection du paramètre et du dôme vaginal associé à une lymphadénectomie iliaque externe (CHL) est le traitement chirurgical classique des cancers du col aux stades Ib II. Depuis 1985, la lymphadenectomie est systématiquement étendue aux ganglions iliaques primitifs et aux ganglions lomboaortiques (LLA). Cette intervention s'inscrit dans un protocole d'association radio chirurgicale.

Chez les patientes de moins de 40 ans ayant une tumeur cervicale de petite taille (inférieure à 2cm), la séquence thérapeutique est inversée afin de préserver la fonction ovarienne. La chirurgie est effectuée d'emblée, les ovaires sont conservés et transposés en fin d'intervention. Les traitements complémentaires sont discutés en fonction des résultats histologiques. En cas de cancer de l'endomètre le traitement est radiochirurgical et actuellement par la chirurgie. Le traitement chirurgical de référence est l'hystérectomie totale simple avec annexectomie bilatérale et lymphadénectomie sélective enlevant les ganglions sous veineux (obturateurs), premiers relais de drainage lymphatique et véritables ganglions sentinelles de ces tumeurs. Les traitements de complément sont discutés en fonction des résultats histologiques.

6.2.5. L'endométrectomie : [49]

En cas de persistance des métrorragies malgré un traitement médical bien conduit et en l'absence de lésion organique endocavitaire, l'endométrectomie, qui consiste à retirer l'endomètre et les premiers millimètres du myomètre,

semble pouvoir présenter une alternative à l'hystérectomie habituellement proposée pour ces patientes.

L'étude de la littérature concernant les résultats des endométrectomies doit rendre modeste quant à la qualité des différents examens pratiqués ; alors que toutes les explorations diagnostiques s'avèrent normales, les copeaux d'endométrectomies réalisées dans un but thérapeutiques, révèlent des hyperplasies atypiques ou des carcinomes in situ dans un nombre non négligeable de cas (1 à 2%) [49].

6.2.6. Embolisation artérielle: [50]

Les contre indications absolues à l'embolisation utérine pour fibromyomes sont la grossesse, le carcinome endométrial établi ou suspecté, les infections gynécologiques, l'association à des masses annexielles, les lésions d'évolution rapide (l'augmentation rapide de volume pouvant résulter de sa nature sarcomateuse) et les antécédents de réaction allergique sévère en présence d'autres pathologies pelviennes nécessitant une intervention produit de contraste iodé.

Les contre indications relatives à l'embolisation utérine sont ; la chirurgie (endométriase...). Dans le cas de l'endométriase signalons toutefois que des résultats positifs semblent avoir été obtenus après embolisation, néanmoins plus de données sont nécessaires avant de conclure quant à l'efficacité de l'embolisation dans cette pathologie. De nombreuses grossesses ont déjà été rapportées après des embolisation utérines pour fibromyomes ou hémorragie du post-partum. [48] Le désir de grossesse est également considéré par certains comme une contre indication relative à l'embolisation car le taux de fertilité, le risque potentiel de retard de croissance et de rupture utérine après cette procédure reste indéterminée. Cette technique apparaît comme alternative à la chirurgie selon Ravina JH et collaborateurs qui sur une série de 81 patientes de

30 à 54 ans, souffrant de complications hémorragiques invalidantes dues à des myomes utérins, traitées par cette méthode, ont eu un taux élevé de succès soit 89%, 8 échecs ont été observés. Dans tous les autres cas les hémorragies ont cessé.

Avec un recul moyen de 20 mois aucune récurrence n'est survenue ; Parallèlement l'embolisation a entraîné une réduction importante de volume des myomes utérins et de l'utérus puisque, 6 mois après l'embolisation, le volume résiduel moyen des myomes n'était plus que le tiers du volume initial. Cette embolisation est suivie dans près de 80% des cas de douleurs pelviennes, d'une durée de 12 à 18 heures, qui nécessitent une analgésie. Dans cette série, un accident de dissection partielle d'une artère utérine a été observé ; elle a été sans conséquence, mais une nécrose d'un volumineux fibrome responsable d'un syndrome occlusif a nécessité une hystérectomie précoce avec résection digestive.

6.2.7. La thermocoagulation de l'endomètre [10] :

Elle est indiquée dans les métrorragies fonctionnelles rebelles aux traitements médicaux prescrits en première intention. C'est une alternative à l'hystérectomie totale proposée en générale devant ces cas. Elle s'adresse à des femmes, en pré ménopause, sans désir de conserver une fertilité, sans antécédent de pré-malignité, présentant des ménométrorragies fonctionnelle. Leur état général doit être satisfaisant.

Les contre indications sont :

- Une allergie au latex car le ballonnet est en latex ;
- La présence de fibromes ou polypes intra-utérins et les formations utérines qui, en déformant la cavité utérine, peuvent gêner l'application uniforme du ballonnet chauffant contre la muqueuse utérine ;
- L'infection ;

- Une hystérectomie inférieure à 6 cm ou supérieure à 12 cm pour les problèmes de mauvaise accommodation entre le ballonnet et la cavité utérine.

Une hystérectomie avec biopsie de l'endomètre est indispensable afin d'éliminer toute lésion maligne suspecte.

Face à l'endométréctomie, les résultats en termes d'efficacité sur les ménométrorragies sont comparables.

La technique de l'endométréctomie nécessite une expérience qui n'est pas nécessaire avec la thermocoagulation.

De nouvelles technologies existent pour le traitement chirurgical des métrorragies fonctionnelles à savoir la cryothérapie ; l'instillateur de sérum chaud ; le laser d'iode ; la photodynamie ; les micro-ondes ; la radiofréquence ; le novacept et le ballonnet thermique.

III- MATERIEL ET METHODES

1. Cadre de l'étude

1- 1-Présentation du CHU Gabriel Touré

Le CHU Gabriel Touré est composé de plusieurs services:

a- L'administration générale :

- Direction
- Secrétariat
- Comptabilité
- Contrôle financier
- Bureau des entrées

b- Les services de soins :

- Le service d'Accueil des Urgences «SAU »;
- Le service d'anesthésie réanimation;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service de gynécologie- obstétrique;
- Le service de gastro-entérologie;
- Le service de cardiologie ;
- Le service de diabétologie ;
- Le service de neurologie ;
- Le service d'urologie ;
- Le service de chirurgie générale et infantile
- Le service d'oto-rhino-laryngologie «ORL » ;
- Le service de traumatologie ;

- Le service de neurologie ;
- Le service de kinésithérapie ;
- Les Box de consultations externes : Gynécologie- obstétrique, Médecine, Chirurgie ; Traumatologie ; Cardiologie ; ORL ; Pédiatrie ; Urologie ;
- Le service d'imagerie médicale :
 - * La radiologie
 - * Le scanner
 - * L'échographie
- La pharmacie hospitalière ;
- Le service de laboratoire d'analyse;

c- Le service de Soutien :

- La buanderie
- La cuisine
- La morgue
- La maintenance
- Un internat pour les internes

1- 2. Présentation du lieu de stage :

Notre stage a été réalisé dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Le service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré est un bâtiment à deux niveaux comportant 42 lits répartis entre 13 salles d'hospitalisation.

- Au rez-de-chaussée, on y trouve :
 - 1 salle d'urgence avec une toilette interne ;
 - 1 salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;

- 1 salle de prise en charge du nouveau né ;
- 1 salle d'attente et des suites de couche immédiates avec deux lits ;
- 1 salle de garde pour les sages femmes ;
- 1 bloc opératoire d'urgence ;
- 1 salle de garde pour l'aide du Bloc ;
- 1 toilette externe pour les sages femmes ;
- 1 bureau pour la sage femme maîtresse ;
- 1 salle de soins infirmiers ;
- 1 bureau pour le major de l'hospitalisation ;
- 8 bureaux pour les gynécologues
- 4 toilettes externes pour les gynécologues ;
- 1 salle pour les faisant- fonction d'internes ;
- 1 salle pour les infirmières
- 1 toilette pour les internes ;
- 1 toilette pour les infirmières ;
- 1 salle pour les DES de Gynécologie-obstétrique
- 5 salles d'hospitalisations : A, B, C, D et E :
 - * Les salles A et B contiennent 3 lits chacune,
 - * Les salles C, D et E contiennent 2 lits chacune.

- **A l'étage**, on y trouve :

- 1 bureau pour le chef de service avec un secrétariat
- 1 salle de garde pour les anesthésistes ;
- 1 bloc opératoire pour les interventions chirurgicales programmées avec un bureau pour le major, une salle de réveil avec deux lits ;
- 2 grandes salles d'hospitalisation A et B qui contiennent 12 lits chacune ;

- 8 salles de première catégorie dont quatre avec toilette interne (G,H, I, J) et quatre sans toilette interne(C, D,E, F) ;
- 2 toilettes externes pour les salles C, D, E et F

Le personnel comprend :

Catégories	Nombre	Observations
Gynécologue obstétricien	9	Dont le chef de service et 1 en disponibilité
Sages femmes	30	Dont la sage femme maîtresse et la secrétaire
Médecin généralistes stagiaires	2	En formation de DES de gynécologie obstétrique
Internes des hôpitaux	6	
Assistants médicaux	2	Aide de bloc
Technicien supérieur de santé	1	Aide de bloc
Technicien de santé	18	Dont 1 en formation
Aide soignant	4	
Manœuvres	2	
Total	71	

1- 3. Organisation du travail et Taches du service de gynéco-obstétrique :

Le service dispose d'un bloc à froid qui fonctionne quatre jours par semaine pour les interventions programmées et d'un bloc pour les urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales et qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt

quatre heures. En outre, la consultation externe est assurée tous les jours par deux gynécologues- obstétriciens cinq jours par semaines (du lundi au vendredi).

L'unité de dépistage des dysplasies et cancer du col de l'utérus est fonctionnelle cinq jours par semaine ; la journée du lundi est consacrée à la stadification par le Pr Dolo des cas de cancer reçu dans le service.

Les patientes ayant un cancer du col diagnostiqué à un stade avancé bénéficient si elles ont les moyens d'une radio-chimiothérapie à Dakar au Sénégal ; à défaut elles sont prises en charge sur place avec des soins palliatifs comme la transfusion, les antalgiques et la monochimiothérapie à base d'Endoxan.

Les consultations prénatales pour les grossesses à risque tous les jeudis.

Un staff se tient tous les jours du lundi au jeudi à huit heures et trente minutes pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués.

Une visite quotidienne des malades hospitalisées est effectuée par les DES de gynécologie obstétriques sous la supervision d'un spécialiste. La visite générale est effectuée par le professeur tous les mercredis. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec un gynécologue – obstétricien comme chef d'équipe.

Le service est dirigé par le Professeur Dolo Amadou Ingré, secondé par trois assistants.

2. Type d'étude: Il s'agit d'une étude cas témoins (1 cas/2 témoins) avec appariement sur l'âge et la parité. Ainsi chaque cas a été apparié avec deux(02) témoins de même âge et de même parité.

3. Période d'étude

Janvier 2006 à décembre 2010, soit sur une période de 5 ans.

4. Population d'étude

Ensemble des admissions en gynécologie pendant la période d'étude.

5. Echantillonnage

5.1. Critères d'inclusion

- **Cas** : toute patiente admise pour saignement génital anormal en dehors de la grossesse ;
- **Témoins** : Toute patiente n'ayant pas présenté ce type de saignement ayant le même âge et la même parité que le cas auquel il est apparié.

5.2. Critères de non inclusion

- **Cas** : Tous les cas de saignements génitaux au cours de la grossesse.
- **Témoins** : Les patientes n'ayant pas saigné.

5.3. Taille minimum de l'échantillon :

Nous avons calculé la taille minimum de l'échantillon sur Epi info avec une sensibilité de 95% pour une puissance du test de 80%. La fréquence minimale attendue parmi les cas ayant été fixées à 3,5%, le nombre de cas minimum pour notre étude a été estimé à 195 pour un nombre minimum de témoins de 390.

6. Déroulement de l'enquête

Ce travail a été réalisé à partir d'une base de données exhaustive des admissions en gynécologie entre le 1^{er} Janvier 2006 et le 31 Décembre 2010. Dans cette base de données nous avons identifié de façon aléatoire **484 cas** de saignements génitaux anormaux. Chaque cas a été apparié sur l'âge et sur la parité avec 1 témoin avant et 1 témoin après l'admission du cas indexé. Les données ainsi obtenues ont été reconfirmées par l'étude des dossiers pour s'assurer de la complétude et de l'exactitude des informations recueillies.

7. Collecte des données

7.1. Source des données :

Les informations recueillies l'ont été sur la base des dossiers médicaux des patientes. Au besoin nous avons eu recours au registre d'admission en gynécologie de même qu'au registre des urgences gynécologiques et au registre de compte rendu opératoire.

7.2. Technique de collecte des données :

La collecte des données a été faite par la lecture des documents ci-dessus évoqués de même que l'utilisation de la base de données du service.

8. Variables :

Tableau N°1 : Définition des principales variables étudiées dans la base de données

Variable	Type de variable	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative discontinue	Année à partir du dernier anniversaire	Lecture
Statut matrimonial	Qualitative nominative	1=mariée 2=célibataire 3=veuve 4=divorcée	Lecture
Profession	Qualitative nominative		Lecture
Ethnie	Qualitative nominative		Lecture
Période de vie	Qualitative	1=jamais réglée	Lecture

réproductive	catégorielle	2=réglée 3=ménopausée	
Polype	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Adénomyose	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Léiomyome	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Cancers	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Coagulopathies	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Anomalies de l'ovulation	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Causes endométriales	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Iatrogénique	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Non classables	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Etat des conjonctives	Qualitative catégorielle	1=bonne 2=moyenne 3=pâleur	Lecture
Chute tensionnelle	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Progestérone	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Acide tranexaminique	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Myomectomie	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Chimiothérapie	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Radiothérapie	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Vertheim	Logique	1=oui 2=non	Lecture

9. Plan d'analyse et de traitement des données :

Nous avons estimé la caractéristique générale des patientes incluses (ayant saigné) ainsi que leur témoin. Pour l'étude des facteurs de risque/ causes de

saignements génitaux anormaux nous avons produit des Odds ratio (OR) avec leur intervalle de confiance (Icor), le test de Khi² de Mc Nemar a été étudié et a abouti aux mêmes conclusions que l'étude de l'OR.

10. Aspects éthiques :

Les résultats obtenus seront à la disponibilité de la communauté scientifique. La confidentialité des résultats sera garantie.

11. Définitions opératoires :

Polype = Tumeur bénigne, molle, sessile ou pédiculé qui se développe au dépend de la muqueuse cervicale.

Adénomyose ou endométriose = présence en situation hétérotopique, c'est-à-dire hors de la cavité utérine, de tissus possédant les caractères morphologiques (glandes et stroma) et fonctionnels de l'endomètre.

Léiomyome : Tumeur bénigne développée au dépend du muscle utérin

Cancers et hyperplasies atypiques de l'endomètre = tous les cas de cancer du col de l'utérus + les cas de cancer de l'ovaire + les cas de cancers et d'hyperplasies atypiques de l'endomètre.

Troubles de l'ovulation : tous les cas de dysfonctionnement ovarien (dystrophie ovarienne et kyste bénin de l'ovaire)

Hyperplasie simple de l'endomètre : hyperplasie bénigne de l'endomètre

Cause iatrogénique : Toutes les causes de saignements génitaux dues à une médication (dépoprovéra, stérilet, pilules oestroprogestatives....)

Cause non classable : Les cas de saignement pour lesquels nous n'avons pas trouvé d'étiologie.

IV- RESULTATS

1. Fréquence des saignements génitaux anormaux

1.1 Fréquence globale des saignements génitaux anormaux

Entre le 01er janvier 2006 et le 31 décembre 2010, nous avons enregistré 1452 patientes parmi lesquelles 484 patientes (cas) avaient présenté au moins un épisode de saignement en dehors de la grossesse et des règles contre 968 témoins (patientes n'ayant pas présenté ce type de saignement). La fréquence des saignements génitaux anormaux a donc été estimée à 33,3%.

1.2 Fréquence des saignements génitaux anormaux selon l'ethnie

Tableau N°2: Fréquence des saignements génitaux selon l'ethnie

Ethnie	% cas	% témoins
Bambara	37	26,5
Soninké	15,9	15,3
Malinké	15,7	16,6
Peulh	13,6	17,4
Sonrhai	5,6	5,6
Dogon	3,5	6,6
Sénoufo	2,7	3,1
Minianka	2,1	0,1
Etrangers	1,2	1,4
Bozo	1,0	1,8
Autres	0,8	1,9
maliens		
Somono	0,4	0,7
Bobo	0,2	0,9
Mossi	0,2	0,6
Tamasheq	00	0,1
Arabe	00	0,1
Total	100	100

La fréquence des saignements était élevée parmi les Bambaras, les Malinkés et les soninkés. Les comparaisons sont difficiles à cause de la faible représentation de certaines ethnies.

1.3 Fréquence selon le statut matrimonial

Tableau N°3: Fréquence des saignements anormaux selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	% cas	% témoins
Mariée	76,2	76,7
Veuve	11,2	11,0
Célibataire	9,9	10,6
Divorcée	2,7	1,8
Total	100	100

Les mariées ont présenté le taux le plus élevé de saignement génital anormal dans les deux groupes.

1.4 Fréquence des saignements selon la profession

Tableau N°4: Fréquence des saignements selon la profession

Profession	% cas	% témoins
Ménagère	69,6	67,1
Commerçante/Vendeuse	11,2	10,3
Femmes salariées	8,7	12,5
Elève/Étudiant	7,4	7,2
Coiffeuse/Artisane/Ouvrière	1,7	1,8
Autres	1,4	1,0
Total	100	100

Les ménagères ont été les plus fréquentes à présenter un saignement génital anormal et chez les cas et chez les témoins.

1.5 Fréquence selon les différentes étapes du cycle de la vie féminine

Dans notre série, **34,2% des cas** contre **65,8% des témoins** observaient des règles de façon cyclique et **31,8% des cas** contre **68,2% des témoins** étaient déjà ménopausées. L'**incidence** des **saignements** était de **65,9%** pour les femmes qui étaient **réglées** et **34,1%** pour les femmes **ménopausées** (OR = **1,11** Icor = **0,89-1,40**).

2. Facteurs de risque des saignements génitaux anormaux

Tableau N°5 : Répartition des patientes selon l'âge lors du premier rapport sexuel

Âge au 1 ^{er} rapport sexuel	% cas	% témoins
10- 12 ans	2,7	0,6
13-15 ans	85,5	13,5
16- 18 ans	8,7	76,0
19-21 ans	3,1	9,2
22 ans et plus	00	0,6
Total	100	100

85,5% des cas étaient déjà sexuellement actives entre 13-15 ans contre 13,5% chez les témoins.

Tableau N°6 : Répartition des patientes selon la prise ou non d'un oestroprogestatif

Oestroprogestatif	% cas	% témoins	OR	Icor	P
Oui	78,1	21,9	17,5	13,1-23,4	< 0,001
Non	16,9	83,1			

La prise d'un oestroprogestatif multipliait par 17,5 le risque de survenue d'un saignement génital anormal ($P < 0,001$)

Tableau N°7 : Répartition des patientes selon l'existence ou non d'un diabète

Antécédent de diabète	% cas	% témoins	OR	Icor	P
Oui	86,1	13,9	18,3	11,9-28,1	< 0,001
Non	25,2	74,8			

L'existence d'un diabète était fortement associée à la survenue d'un saignement génital anormal ($P < 0,001$).

Tableau N°8 : Répartition des patientes selon le lieu de provenance

Adresse de la patiente	% cas	% témoins	OR	Icor	P
Zone urbaine	34	66	1,1	0,9-1,4	< 0,001
Zone rurale	32	68			

La résidence en zone urbaine était un facteur de risque de saignements génitaux anormaux ($P < 0,001$).

Tableau N°9 : Régression logistique

Profession	Fréquence des saignements	OR	Icor	P
Ménagère	34,3%		REFERENCE	
Commerçante	35,1%	0,96	0,67-1,38	> 0,05
Coiffeuse	32,0%	1,1	0,5-2,6	> 0,05
Fonctionnaire	25,8%	1,5	1,1-2,2	< 0,05
Elève/Étudiante	34,0%	0,95	0,7-1,5	> 0,05

Les fonctionnaires étaient plus sujettes à faire des saignements comparés aux autres professions.

III. Causes des saignements génitaux anormaux/Classification PALM-COEIN de la FIGO

Pour l'étude des causes de saignement génital anormal, nous avons utilisé la classification PALM-COEIN, acronyme préconisé par la FIGO pour rapporter les causes de saignement génital anormal chez les femmes.

Tableau N°10: Classification FIGO des causes de saignement génital anormal

	Causes des saignements	des cas	% des cas	% des témoins	OR	Icor	P
P (Polyp)	Polype		50%	50%	2	0,5-8,0	< 0,001
A (Adenomyosis)	Adénomyose		88,9%	11,1%	16,25	2,0-130,3	< 0,001
L (Leiomyoma)	Léiomyome		42,2%	57,8%	1,5	1,0-2,1	< 0,001
M (Malignancy & hyperplasia)	Cancers :						
	-cancer de la vulve		00%	00%	-	-	-
	-cancer du vagin		00%	00%	-	-	-
	-cancer du col		66,2%	33,8%	1,02	0,75-1,40	< 0,001
	-cancer endomètre		80%	20%	8,05	0,89-72,29	< 0,001
	-cancer trompe		00%	00%	-	-	-
	-cancer de l'ovaire		80%	20%	8,11	1,71-38,37	< 0,001
C (Coagulopathy)	Coagulopathies		00%	00%	-	-	-
O (Ovulatory dysfunction)	Anomalies de l'ovulation	de	100%	00%	3,43	3,16-3,73	< 0,001

E	Causes					
(Endometrial)	endométriiales :					
	-Endométrite	00%	00%	-	-	-
	-Hyperplasies simples	88,9%	11,1%	16,25	2,02-130,31	< 0,001
I	Causes iatrogènes :					
(Iatrogenic)	-Contraception	100%	00%	3,05	2,83-3,28	< 0,001
	-Autres					
N	(Not yet Non classables classified)	100%	00%	3,02	2,81-3,25	< 0,001

NB :

- Ces différents pourcentages constituent les pourcentages parmi les patientes ayant saigné (Exemple : 100% des cas de contraception ont saigné)
- Les témoins sont des patientes présentant des pathologies susceptibles de faire saigner mais qui n'ont pas saigné (Exemple : 50% des cas de polype ont saigné et 50% n'ont pas saigné).

Le tableau N°4 ci-dessus permet de constater que les 4 principales pathologies les plus associées à la survenue de saignement dans notre étude étaient les hyperplasies simples de l'endomètre (**OR= 16,25 Icor = 2,02-130,31 P < 0,001**), l'Adénomyose (**OR= 16 Icor = 2,0-130,3 P < 0,001**), le cancer de l'endomètre (**OR= 8,05 Icor = 0,89-72,29 P < 0,001**) et le cancer de l'ovaire (**OR= 8,11 Icor = 1,71-38,37 P < 0,001**).

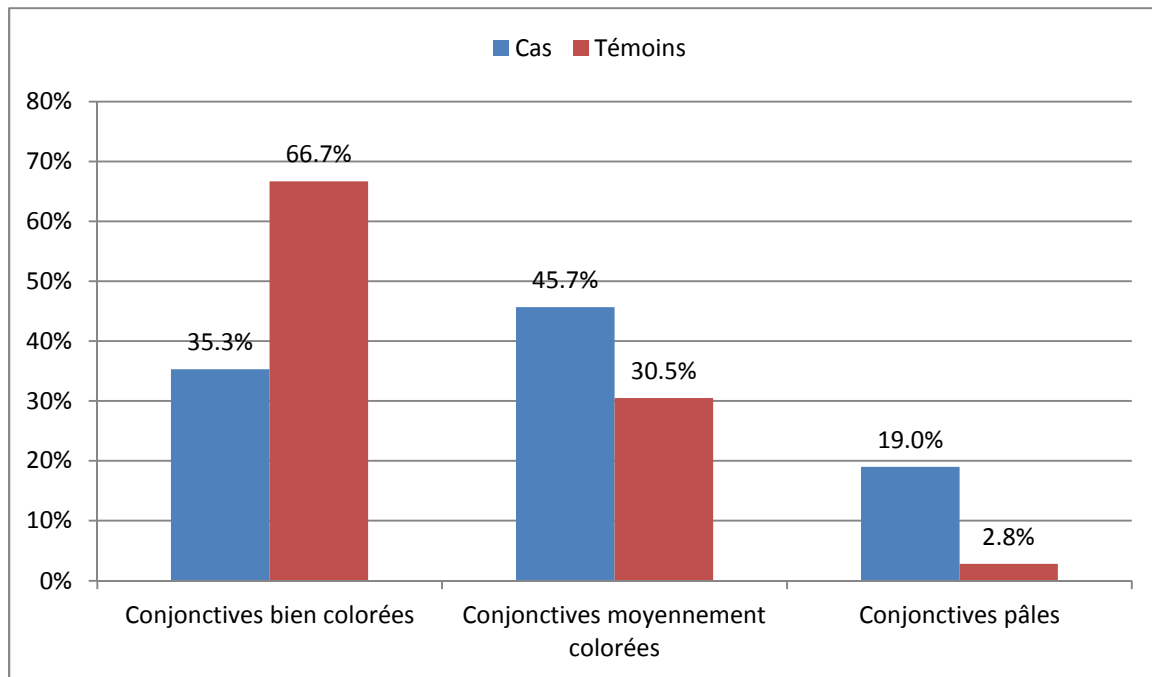
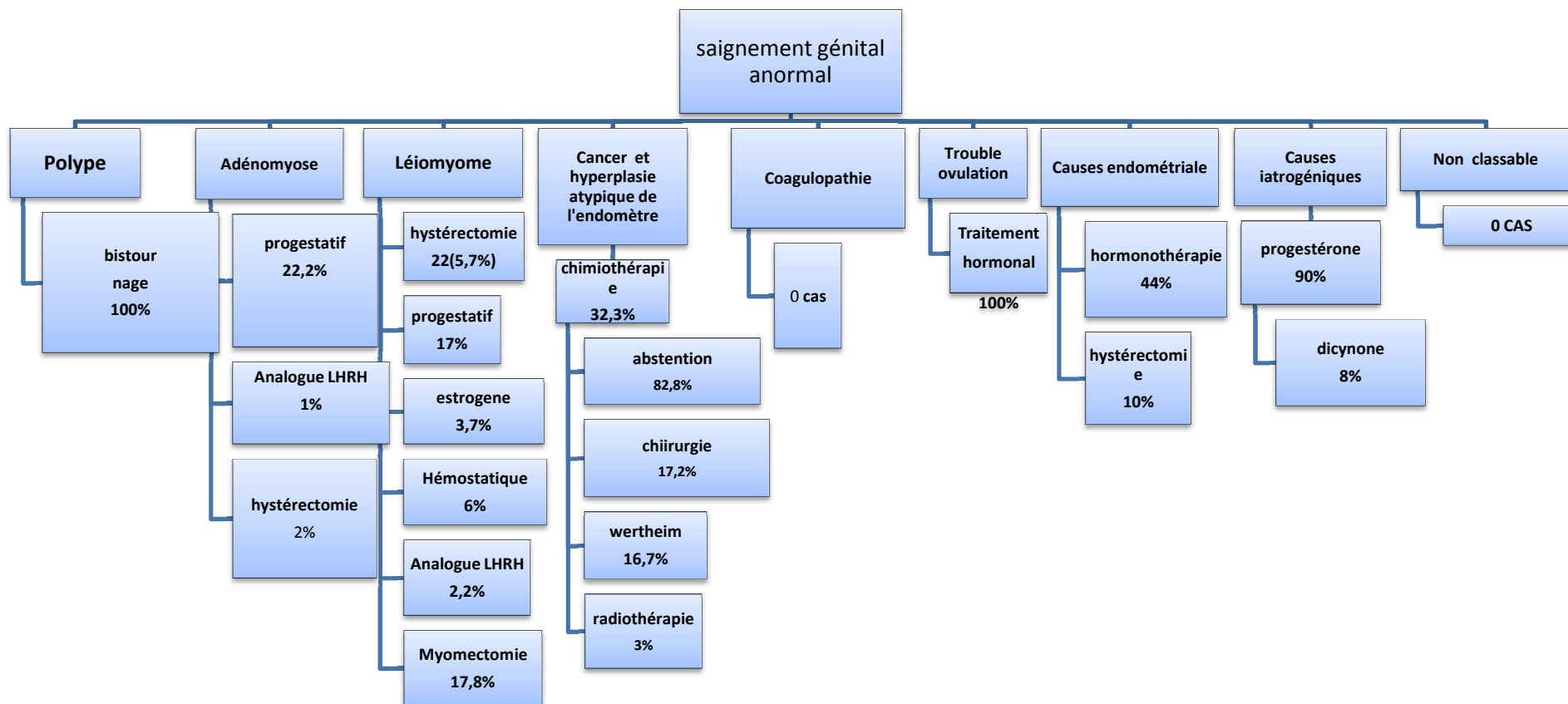


Figure N°1: Répartition des patientes selon l'état des conjonctives

La fréquence de la chute tensionnelle parmi les patientes qui ont présenté un saignement génital anormal (les cas) était de 49,4% (239/484). Cette fréquence était de 0,8% (8/968) parmi celles qui n'ont pas saigné (témoins). Comme on pouvait s'y attendre le risque de chute tensionnelle est fortement associé à la survenue de saignements (**OR=117,1 Icor = 57,1-240,1 P < 0,001**)

3. Prise en charge des saignements génitaux anormaux :

Figure N°2 : PRISE EN CHARGE DES SAIGNEMENTS GENITAUX ANORMAUX



V- DISCUSSION

1- Fréquence des saignements génitaux anormaux

Sur 5 ans nous avons recensé 484 cas de saignements génitaux anormaux sur 1452 consultations gynécologiques avec une fréquence globale estimée à 33,3%.

		Notre étude	Diarra.A.A	Sylla.Y
P	Polype	50%	1,7%	1,3%
A	Adenomyose	88,9%	0,0%	0,0%
L	Leiomyome	42,2%	17,40%	39,2%
M	Cancers & hyperplasie atypique	80%	7,3%	39,3
C	Coagulopathies	-	0,0%	0,0%
O	Anomalies de l'ovulation	100%	32,6%	9,7%
E	Causes endométriales	88,9%	2,8%	3,9%
I	Causes iatrogéniques	100%	1,2%	-
N	Causes non classées	100%	5,1%	-

2- Facteurs de risque des saignements génitaux anormaux

Les facteurs de risque de saignements génitaux anormaux retrouvés dans notre étude étaient essentiellement :

- ✓ **La prise d'un oestroprogestatif** : cette prise multipliait par 17,5 le risque de survenue d'un saignement génital anormal ($P < 0,001$).
- ✓ **L'existence d'un diabète** : son existence multipliait par 18,3 le risque de survenue d'un saignement génital anormal ($P < 0,001$). Nous avons rattaché cela à l'existence plus fréquente d'hyperplasie de l'endomètre dans cette population. Selon une étude faite aux états unis l'existence d'un

diabète multipliait par 3,5 le risque de survenue de saignements génitaux anormaux [57].

- ✓ **Le lieu de provenance** : 34% des cas contre 32% des témoins habitaient en zone urbaine ($P < 0,001$).
- ✓ **L'âge au 1^{er} rapport sexuel** : dans le groupe des cas 9 patientes sur 10 avaient un âge compris entre 13-15 ans contre 1 patiente sur 10 chez les témoins.
- ✓ **Le fonctionnariat** qui a été le facteur le plus déterminant selon le modèle de régression logistique. Cela pourrait s'expliquer par la prise plus fréquente d'oestroprogestatif dans cette population.

Le troisième aspect le plus important des saignements génitaux anormaux dans notre contexte est la fréquence élevée des cancers gynécologiques. Contrairement à la situation observée dans les pays développés où les cancers associés aux saignements génitaux sont dominés par le cancer de l'endomètre; dans notre série, le cancer le plus représenté est celui du col de l'utérus. Il s'agit souvent d'un diagnostic tardif avec des patientes présentant un cancer à un stade avancé caractérisé par des saignements génitaux capricieux, répétitifs, tantôt abondants, tantôt minimes et alternant avec des épisodes d'hydrorrhée / leucorrhées purulentes. Ce tableau terminal du cancer du col est la caractéristique essentiellement retrouvée dans les pays en développement. Ainsi, en milieu hospitalier nigérian, il a été rapporté que ce type de saignement était observé chez 64,3% des patientes admises pour cancer du col et l'hydrorrhée dans 25% des cas [Olatunji AO, Sule-Odu AO.; 2005]. Ces saignements prolongés entraînent une anémie et détériorent considérablement l'état général des patientes, assombrissant ainsi le pronostic [Matteson KA et coll., 2012]. Il n'était guère étonnant que 78,6% de ces patientes aient été classées stade avancé et que seulement 5,4% aient pu bénéficier de l'hystérectomie radicale. Ce retard de recours aux services médicaux en cas de saignements génitaux anormaux

chez les patientes dans les pays en développement est sous l'influence de nombreux facteurs socio-culturels malheureusement trop souvent irrationnels [Haththotuwa R et coll, 2011]. Ces constats indiquent la nécessité de mettre l'accent sur les mesures pour réduire l'incidence et la morbidité de ce cancer par des campagnes d'éducation communautaire ciblant les femmes sexuellement actives en les invitant à se faire dépister et à rapporter les symptômes précocement pour permettre une prise en charge rapide des cancers du col.

Les causes ovulatoires de saignement génital anormal sont dominées par les saignements cataméniaux excessifs dans un contexte de troubles du cycle. Elles constituent le 2ème groupe causal le plus fréquent dans notre étude. Cette fréquence élevée dans une étude hospitalière est en rapport aussi avec le recrutement qui est biaisé. En effet, beaucoup d'admissions en gynécologie posent un problème de fertilité du fait de l'association fréquente d'une anovulation à ces troubles du cycle et des règles. Toutes causes confondues, après les cancers et les anomalies de l'ovulation, le fibrome utérin est la 3ème cause de saignement génital anormal dans notre contexte. C'est une tumeur bénigne très fréquente dans la race noire. La prédominance du fibrome utérin a été rapportée dans d'autres études où il constituait la principale cause de saignement génital anormal dans la période de transition vers la ménopause [Cornițescu FI et coll, 2011]. Au delà de ces causes, la littérature met aussi l'accent sur la place privilégiée des progestatifs de synthèse dans la prise en charge des saignements génitaux anormaux [Cornițescu FI et coll, 2011]. Selon les recommandations du collège des gynécologues et obstétriciens américains, le stérilet au Levonorgestrel est la meilleure option thérapeutique lorsque l'option est possible et décidée. Les contraceptifs oraux combinés, les traitements non hormonaux (acide tranexaminique et anti-inflammatoire non stéroïdiens) sont les médicaments de seconde intention [National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)]. Dans notre étude, nous avons prescrit les progestatifs de

synthèse en première intention notamment le Lutenyl (190 cas), l'acide tranexamique en deuxième intention (65 cas), les oestroprogestatifs en troisième intention (15cas).

VI- Conclusion et recommandations

CONCLUSION : Les saignements génitaux anormaux de part leur fréquence constituent un véritable problème de santé publique. Le profil d'une patiente susceptible de présenter un saignement génital anormal est celui d'une femme **habitant en milieu urbain, de profession fonctionnaire ayant eu son premier rapport sexuel entre 13-15 ans, ayant pris un oestroprogestatif et diabétique.** La majorité de nos patientes avaient un cancer du col de l'utérus à un stade inopérable.

RECOMMANDATIONS :

- **A l'endroit des autorités administratives :**
 - Faire des campagnes d'IEC dans les médias pour amener la population à consulter immédiatement dans une structure de santé en cas de saignement anormal quelque soit la situation.
 - Elargir le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus à tous les CSCOM du Mali.
- **A l'endroit de la population :**
 - Consulter immédiatement dans une structure de santé en cas de saignement en dehors de la grossesse et des règles.
 - Faire le dépistage systématique annuel des lésions précancéreuses du col de l'utérus de toutes les femmes en âge de procréer.
- **A l'endroit du personnel de santé :**
 - Apprendre les techniques visuelles de dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus que l'on soit médecin généraliste ou paramédical.
 - Référer les cas de saignements génitaux anormaux nécessitant une prise en charge spécialisée dans les structures adaptées.

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Cravello L, D'ercole C, Blanc B.

Les ménométrorragies chez la femme en dehors de la ménopause.

Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique du CNGOF Tome XX publié en 1996, dernière mise à jour en 2009.

2-Kazadi B J.

Métrorragies endo-utérines : données étiologiques par l'histologie une série rétrospective de 214 curetages.

Médecine d'Afrique Noire : 2001 48(1)

3-Audebert A.

Quel progestatif pour le traitement des hémorragies utérines fonctionnelles, XII^{ème} journées aquitaines de perfectionnement en reproduction humaine ; Bordeaux 23 septembre 1993

4-Audebert A.

Hémorragies utérines fonctionnelles : données physiopathologiques ; Gyneweb. (Internet).

5-Audebert A, Denis C J.

Utilisation de la promégestone dans le traitement des fibromyomes compliqués de ménométrorragies. Bilan d'une étude multicentrique Gynécologie ; 1989 ; 40 (suppl.2) : 2326.

6-Baeta S. Nyame A.N ; Tete Anoukoum T.A ; Napo Koura G. Hodounou AKS.

Cancer invasif du col utérin : aspect épidémiologiques ; diagnostiques et thérapeutiques (A propos de 151 cas colligés de 1986 à 1995 à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Lomé Togo).

Thèse médecine Lomé 2001 ; N° 43

7-Barisov I.; Mainkhard. ; Tsankouan M.

Rapport entre l'hyperplasie simple et atypique et le carcinome endometrial.

Ajusherstro Ginecologia ; Bulgarie 1996 ; 35 (4) : 18-20

8-Belaisch J.

Leimyomes utérins : épidémiologie et hypothèses physiopathologiques

Gynécologie ; 1989 ; 40(3) :169-174.

9-Bennani O ; Himmi A ; Laghzaoui M.

Sarcomes utérins à propos de 25 cas Service de gynécologie obstétrique ; CHU Ibn Rochd ; Casablanca.

Thèse médecine ; Casablanca ; 1997 ; N° 23 10-Bernard Blanc ; Roger V ; 10-

10-Cravallo L ; Bretelle F.

18ème journées de gynécologie de Nice et de la cote d'Azur 25-26-27 Mai 2000

11-Bernard JP ; Lecuru F ; Darles C ; Robin F ; De-bievre P ; Taurelle R.

Utilisation de l'échographie avec accentuation de contraste comme examen de première intention dans l'exploration de la cavité utérine : résultat d'une enquête prospective.

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction ; 1998 ; 27(2) :167-173

12-Blanc B ; d'Ercole C ; Cravello L.

Cancer de l'endomètre, Gyneweb (Internet)

13-Blanc B ; D'Ercole C ; Ravello L ; Bergeron C ; Lopez P ; Péliissier, C ; Rudigoz RC.

Les métrorragies de la péri ménopause et leur prise en charge. Hôpital de la conception. Marseille 1996

14-Blond B

Métrorragies post ménopausiques.

Soins Gerontol, 2001 oct. ;(31)8

15-Claude C.

Fibrome utérin : les recommandations du conseil national des gynécologies et obstétriciens français (CNGOF).Novembre 2000

16-Couyard R, Poirier J, Rorcadot J.

Précis d'histologie humaine. Paris : Masson, 1980, XVII 634-64.

17- Cynthia L, Kilbourn Christine S.

Abnormal uterine bleeding Postgraduate Medicine .Vol 109, N°1, January 2001

18- Diarra A.

Contribution à l'étude du fibrome utérin à propos de 82 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Gabriel Touré.

Thèse Médecine Bamako 2004, N°18 :112p

19- Donnez J, Polet R, Squifflet J, Rabinovitz R, Levy U, AKM et al.

Endometrial laser intrauterine Thermo-thérapie (ELITT): a revolutionary ; New approach to the elimination of metrorrhagia.

Curr Opin Obstet Gynecol 1999, 363-360p

20-Driguez PA, Matuchansky C, Yannevah Kuttann F, Mauvais-Jarvis P.

Aspects hystéroscopiques et histologiques de l'endomètre sous traitements progestatifs ; Gynécologie, 1993 ; 1 :133-138

21-Duflos cohade C, Amandruz M, Thibaud E.

Métrorragie pubertaire ; Unité d'endocrinologie pédiatrique, Hôpital Necker enfants malades, Paris 1993

22- Duflos Cohade C, Thibaud E.

Troubles menstruels de la période pubertaire

EMC. Gynécologie ; 802-A-32, Pédiatrie, 4-107-B-20, 1996,

23- Fernandez H, Kadoch O, Capella-Allouc S, Gervaise A, Taylor S, Frydman R.

Résection hystéroscopique des myomes sous muqueux: resultats à long terme au service de gynécologie obstétrique, Hôpital Antoine Béchère.

Ann. Chir. 2001 ; 126 :58-64.

24- Fernandez H, Gervaise A et Tayrac R.

Hémorragies utérines fonctionnelles.

Encycl. Med Chir. Gynécologie, 160-A-10,

2001, 9p.

25-Gilliot V, Thomas des Rousseaux P, Querleu D, Berhouart M.

Hémorragies utérines fonctionnelles Editions techniques

EMC. Gynécologie, 160A, 1992, 14p.

26- Girard JM, Horovitz J.

Métrorragies post-ménopausiques ; CHU Pellegrin-service de gynécologie obstétrique B.

27- Giraud JR, Rotten D, Bremond A, Poulain P.

Gynécologie : connaissance et pratique. Paris, Masson, 4^{ème} éd. 2004.

28- Gompel A, Driguez PA.

Impacte des progestatifs sur l'endomètre ménopause in stéroïdes, Ménopause et endomètre, Paris : Elsevier ,1994 ; pp 45-57

29- Jean Luc Mergui ;

Hystéroscopie opératoire et ménométrorragies.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1998; 25: 365-371

30- Jourdain O; Descamps Ph; Alle C, Himmi A, Body G, Dallay D, Lansac J.

Traitement des fibromes en 1993.

Encycl. Med.Chir. Gynécologie. Paris: 570A20, 5p.

31- Karlson B. Granberg S, Wikland M, Ylostalo P, Torvid K.

Transvaginal ultrasound of the endometrium in women with postmenopausal bleeding-A Nordic multicenter study.

Am J Obst Gynecol; 172: 1488-94.

32- Kassambara A. K.

Contribution à l'étude des métrorragies post-ménopausiques à propos de 55 cas à Bamako.

Thèse Médecine Bamako 1985 ; N°45 : 66p

33- Kéita S.

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point G.

Thèse de Médecine Bamako 1995; N°44 : 84p

34- Keuko. S.

Evaluation diagnostique de l'hystérosonographie comparée à l'hystérogographie dans les pathologies de l'endomètre au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Thèse de Médecine Bamako 2006 ; N°12 : 104pages

35- Kouma A.

Hystérectomie dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point G à propos de 135 cas.

Thèse de Médecine Bamako 2000 ; N°98 : 115p

36- Lalonde A.

Evaluation of surgical option in menorrhagia.

Br J Obstet Gynecol 1994; 101 (Suppl 11): 8-14.

37- Lankoandé J, Sankadé B, Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Outtara T, Bonane B, Koné B

Le cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou (Burkina Faso); Med. d'Afrique noire:1998, 45(7).

38- Lansac J, Lecomte P.

Gynécologie pour le praticien Paris : Masson 5^{ème} éd, 1994 ; pp. 289-300.

39- Levêque J, Eou Y, Colladon B, Foucher F, Chaperon D,Grall J Y,Taillanter L.

Hysterectomy for benign lesion in Brittany, analysis of the medical practice.

J Gynecol Obstet et Biol. De la reproduction, 2000, pp. 29- 41- 47.

40- Maiga C. (Mme KONANDJI).

Etude des métrorragies non gravidiques dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du point G portant sur 284 patientes (Etude rétrospective de 1994 à 1998).

Thèse de Médecine Bamako 2002 ; N°133, 122p

41- Marianne F, Françoise R C.

Conduites pratiques devant les métrorragies. Département d'imagerie en gynécologie clinique Jean Villar 33520 Bruges. Institut européen d'Enseignement et de formation en gynécologie. Unité spéciale : l'endomètre. Nouvelles explorations, évolution des pratiques. Bordeaux 25 mai 2000.

42- Merger R, Levy J, Melchior J.

Précis d'obstétrique. Paris 6^{ème} éd, Masson, 1995, 597

43- Meyes J F, Mabicka B, Daniel Minko-Mi-Etoua, Balembaogo E,Toussaint E B.

Carcinomes de l'endomètre au Gabon, étude de 34 cas sur 11 ans : 1988-1998. Cahier d'étude et de recherches francophones santé. Vol. 10, Numéro 1, Janvier-février 2000 : 42-6

44- Michel G, Castaigne D, Morice P, Leroux P.

Chirurgie des cancers de l'utérus.

Encycl. Méd. Chir. Techniques chirurgicales, Gynécologie, 41-730, 1997, 22p.

45- Netter A, Millet D et Mandelbaum J.

Gynécologie-Reproduction (Pathologie médical) Paris : Flammarion, 1975, pp. 58-59.

46- Nisolle M, Jadoul P.

Les troubles menstruels : quand s'en préoccuper

Louvain Med. Belgique 1998, 117 : S301- S307

47- Pautier P.

Cancer de l'endomètre : Epidémiologie ; Diagnostic ; Histologie ; Classification et pronostic ; principe thérapeutiques ; Bibliographie.

Med espace, France- Cancer 2001.

48- Pelage JP, Lebreff O, Soyer P.

Embolisation utérine : anatomie, technique, résultats et complications.

J. Radiol 2000 ; 81 : 1863-1872.

49- Raiga J.

Le point sur l'endometrectomie : revue de la littérature.

La lettre du gynécologue, février 2000 ; 25 : 20-23

50- Ravina J H, Herbreteau D, Cifaru Vi.

Arterial embolisation to treat uterine myomata.

Lancet 1995; 346: 671-2

51- Rees M C.

Role of menstrual blood loss measurements in management of Complaints of excessive menstrual bleeding.

Br J Obstet Gynecol 1991; 98: 327-328

52- Roger V, Cravello L, Stolla V, D'ercol C, Blanc B.

Place de l'hystérocopie diagnostique dans l'exploration des Métrorragies post-ménopausiques.

La presse médicale 1983-1998, 27(25) :1294-1295

53- Rouzzi A A, Al-Noury Al, Shoboski A S, Jawal HS, Abduljabbar HS.

Abdominal myomectomy versus abdominal hysterectomy for symptomatic and big uterine fibroids.

Saudi Med J 2001 Nov; 22(11): 984-6

54- Seynabou BM Beyeles.

Fibromes utérins à la clinique chirurgicale du CHU de Dakar à propos de 140 cas opérés en 2 ans.

Thèse médecine Dakar 1998, N°46

55- Van Der Brule F A, Wery O, Huveneers J, Gaspard UJ.

Comparaison de l'hystérosonographie de contraste et l'échographie. Vaginale en imagerie utérine.

M. Gynécol. Obstét Biol. Reprod 1999, 28 : 131-136

56- Viikki M, Pukkala E, Hakama M.

Bleeding symptoms and subsequent risk of gynecological and others Cancers.
Acta Obstet Gynecol scand 1998 May; 77

57- Weber AM, Belinson JL, Piedmonte MR.

Risk factors for endometrial hyperplasia and cancer among women with abnormal bleeding .

Obstet Gynecol. 1999 Apr; 93(4):594-8

FICHE SIGNALÉTIQUE:

Nom: Djiré

Prénom: Mohamed Yaya

Titre de la thèse : Saignements génitaux anormaux chez la femme : étude cas-témoins au CHU Gabriel Touré de 2006 à 2010.

Année universitaire : 2011-2012

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique

Résumé :

Objectif : Etudier les saignements génitaux anormaux au CHU Gabriel Touré de 2006 à 2010.

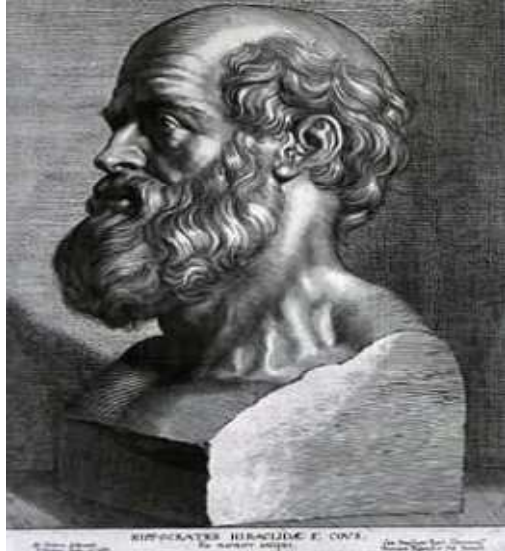
Méthodologie : Nous avons réalisé une étude cas-témoins (1cas/2 témoins) avec appariement sur l'âge et la parité sur une période de 5 ans allant du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2010 au CHU Gabriel Touré. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS version 12.0fr, le test statistique utilisé est le test de Khi², l'Odds ratio et son intervalle de confiance. D'autres facteurs de risque ont été identifiés selon la méthode de régression logistique.

Résultats : Durant la période d'étude nous avons effectué 1452 consultations gynécologiques parmi lesquelles 484 patientes (cas) avaient présenté au moins un épisode de saignement génital anormal contre 968 témoins (patientes n'ayant pas présenté ce type de saignement) soit une fréquence estimée à 33,3%. Les

facteurs de risque de saignements génitaux anormaux retrouvés dans notre étude étaient : la prise d'un oestroprogestatif (OR=17,5), l'existence d'un diabète (OR=18,3), la résidence en zone urbaine (34% des cas vs 32% des témoins $P < 0,001$), la précocité des rapports sexuels (dans le groupe des cas 9 patientes sur 10 avaient un âge compris entre 13-15 ans vs 1 patiente sur 10 chez les témoins) et le fonctionnariat qui a été le facteur le plus déterminant selon le modèle de régression logistique. Dans le cadre de la prise en charge pour les cas de cancers du col utérin nous avons réalisé l'intervention de Wertheim chez 16,7% de nos patientes et 17,8% de polomyomectomie pour les cas de myome utérin.

Conclusion : Le profil d'une patiente susceptible de présenter un saignement génital anormal est celui d'une femme **habitant en milieu urbain**, de **profession fonctionnaire** ayant eu son **premier rapport sexuel entre 13-15 ans**, ayant **pris un oestroprogestatif** et **diabétique**

Mots clés : Saignements génitaux anormaux-Classification FIGO-Prise en charge.



SERMENT

D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure!