Une démarche au service de la santé

GROUPES QUALITÉ

LES MENSTRUATIONS :

LE NORMAL, LE FONCTIONNEL, LE PATHOLOGIQUE

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Janvier 2018

Groupe de travail : document réalisé par le Dr Y.LEQUEUX – coordonnateur GQ Pays de la Loire

Groupe de lecture : Animateurs « Groupe Qualité » Pays de la Loire

PROBLEMATIQUE :

De tous les saignements, la menstruation est certainement celui qui a la plus puissante résonance symbolique sur le psychisme individuel, mais c'est aussi un phénomène social avec son corollaire de prescriptions, de rituels et d'interdits.

De la puberté à la ménopause, les règles font partie intégrante de la vie des femmes. Sujet encore tabou et difficile à aborder, même avec son médecin traitant !

Les troubles du cycle menstruel et des règles sont des motifs fréquents de consultation : absence de règles, règles trop espacées, règles peu abondantes, trop abondantes, saignements inter menstruels, règles douloureuses…

Les causes fonctionnelles sont les plus nombreuses (dysovulation) mais la prise en charge par le médecin généraliste nécessite une démarche étiologique rigoureuse pour éliminer toute cause organique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Endométriose : une maladie énigmatique, multifactorielle et multidimensionnelle. Médecine.**2014** ;

2. Consensus canadien sur la contraception. Journal of Obstétricien and Gynecologie of Canada. **2017**. http://www.jogc.com/article/S1701-2163(17)30081-6/fulltext ;

3. Syndrome des ovaires polykystiques: quoi de neuf ? Rev Med Suisse **2015** ; https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-477/Syndrome-des-ovaires-polykystiques-quoi-de-neuf ;

4. Prise en charge des ménométrorragies en pré ménopause. Recommandations CNGOF. **2008** ;

5. D.Rousseau.Les saignements utérins anormaux. Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. Http://www.gynecoquebec.com/sante-femme/les-saignements-uterins-anormaux/18-les-saignements-uterins-anormaux.html3.

6. Cartault*, C. Pienkowski. Métrorragies de l'adolescente http://pap-pediatrie.fr/files/cartault_0.pdf

7. B. Graz.M. Savoy Dysménorrhée: patience, pilules ou bouillotte? Rev Med Suisse **2014**. https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-452/Dysmenorrhee-patience-pilules-ou-bouillotte ;

8. J.Dubuisson, M.Boukrid, P.Petignat. Prise en charge des métrorragies post coïtales : faut-il référer toutes les patientes? Rev Med Suisse **2013**. https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-403/Prise-en-charge-des-metrorragies-postcoitales-faut-il-referer-toutes-les-patientes

9. Anomalies du cycle menstruel – Métrorragies-Syndrome prémenstruel. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).**2011** ; http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_26/site/html/cours.pdf

10. D.Comeau. Les contraceptions difficiles:quand. Le Médecin du Québec. **2006** https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/069-071DreComeau0506.pdf ;

11. Stérilet au lévonorgestrel et ménorragies fonctionnelles : une alternative. La Revue Prescrire.26 ;273 ;423.**2006** ;

12. Les carences en fer liées aux règles. Médecine **2014** ;

13. Fibromyomes hémorragiques : adapter le traitement à chaque femme. La Revue Prescrire.2014.34 ;364.

LES PRINCIPAUX MESSAGES

La durée du cycle menstruel est habituellement de 28 (+/- 3) jours. La durée des règles de 4 (+/- 3) jours, d'abondance variable mais modérée.

Les principaux motifs de consultations sont :

- Des saignements entre les menstruations (métrorragies)
- Des règles trop abondantes (> 80 ml / jour : pas facile à évaluer ! disons plus de 6 serviettes sanitaires ou 6 tampons « débordants » par jour) et / ou trop prolongées (ménorragie) ;
- Des règles trop fréquentes (cycles > 21 jours) ;
- Des cycles trop longs ou irréguliers (spanioménorrhée) ;
- L'absence de règles (aménorrhée)
- Des règles douloureuses (dysménorrhée).

Ces définitions ont un intérêt surtout nosologique mais en pratique, la stratégie diagnostique dépend principalement de l'âge de la patiente et non de son aspect clinique.

La première étape est une évaluation clinique rigoureuse qui comprend :

Un interrogatoire minutieux:

- antécédents gynéco-obstétricaux personnels et familiaux,
- dates des 1ères règles, caractéristiques des cycles,
- contraception actuelle : observance (oublis, irrégularité des prises), interaction avec certains médicaments (aspirine) ou produits naturels (millepertuis),
- sexualité ;
- douleurs pelviennes spontanées ou provoquées ;
- caractéristiques du saignement : relation chronologique avec les règles ; métrorragies post coïtales.

Tout saignement chez une femme en période d'activité génitale, même sous contraceptifs, doit faire évoquer la possibilité d'une grossesse (intra ou extra utérine)

Examen clinique et gynécologique :

- évaluer la tolérance aux saignements (pâleur… NFS + ferritine si anémie) ;
- palpation abdominale, inspection vulvopérinéale,
- examen gynécologique en fonction de chaque situation : aspect du col, FCU, TV

En cas d'absence d'élément à l'interrogatoire, si l'examen clinique est normal, la grossesse a été éliminée, il n'est pas recommandé de réaliser d'examen complémentaire à visée diagnostique.

80% des causes d'hémorragie génitale ont une origine fonctionnelle secondaire à un dysfonctionnement ovarien :

- Hémorragies inter menstruelles : apparaissent au point le plus bas de la courbe thermique, peu abondantes, souvent associées à une douleur unilatérale discrète ; elles ne nécessitent pas de traitement.
- Saignement prémenstruels : souvent associés au syndrome prémenstruel (mastodynies, céphalée, douleurs abdominales et correspondent à une insuffisance

lutéale. Le traitement est basé sur des progestatifs du 15e au 25e jour du cycle ou du 5 au 25e jour du cycle en cas de désir d'une contraception.

- Saignements postmentruels : ils correspondent le plus souvent à une insuffisance oestrogénique en début de cycle. Le traitement consiste à la compenser par des œstrogènes les 7 à 10 premiers jours du cycle ou une pilule estroprogestative si désir d'une contraception.

Le bilan étiologique sera réalisé en fonction de l'âge de la patiente et de chaque situation clinique:

A la puberté :

Les métrorragies pubertaires surviennent chez 2 à 5% des jeunes filles, le plus souvent d'origine fonctionnelle (les 1ers cycles sont cycles anovulatoires)

Les règles douloureuses (dysménorrhées) : les symptômes commencent après la puberté, lorsque les cycles deviennent ovulatoires (dysménorrhée primaire). La sévérité de la dysménorrhée est évaluée en fonction de l'impact sur la vie quotidienne (rupture des activités normales, absence au travail ou à l'école).

L'examen gynécologique n'est pas systématique. Il doit être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure. Un examen abdominal doit être effectué afin d'écarter la présence d'une pathologie palpable.

En cas de dysménorrhée sévère ou persistante malgré un traitement symptomatique conventionnel, l'inspection des organes génitaux externes doit être réalisé, afin d'écarter la présence d'une anomalie de l'hymen et la recherche d'un hématocolpos. Une échographie est recommandée si un examen gynécologique complet ne peut être réalisé.

La principale cause organique est l'endométriose qui peut être symptomatique dès l'adolescence (douleurs abdomino-pelviennes cycliques).

Chez une femme en période d'activité génitale :

Les causes les plus fréquentes :

1/ La contraception : Chaque méthode peut entrainer des troubles du cycle : l'équilibre estroprogestatif inadapté en est la cause principale.

- spotting (le plus fréquent), menorragie, sous pilule estroprogestative ;
- aménorrhée et spotting avec une contraception progestative : microprogestatifs, DIU au lévonorgestrel (MIRENA®) ;
- ménorragie avec les DIU au Cu.

Sans oublier les problèmes d'observance : oublis, prise irrégulière…. Responsables de saignements et première cause d'abandon de la contraception.

Le plus souvent ils s'atténuent spontanément et il est recommandé de ne pas changer de contraceptif pour cette raison avant un essai de deux à trois mois.

2/ Infections sexuellement transmissibles (Chlamydia +++, gonocoque..), surtout en cas de vulvo-vaginite, cervicite, saignements post coïtal, dyspareunie ; les métrorragies signent une atteinte du col, de l'endomètre ou des trompes.

- Basse (cervicite) :
    - prélèvement vaginal (PV) ;
    - chlamydia (PCR sur prélèvement d'urines du premier jet). La sérologie n'est indiquée que pour le diagnostic des infections génitales profondes (endométrite, salpingite), elle est inappropriée pour le dépistage (manque de sensibilité et de spécificité).

- Haute (salpingite-endométrite) : douleurs pelviennes spontanées ou provoquées (dyspareunie, palpation abdominale, douleurs au TV), la fièvre signe une atteinte du haut appareil génital mais n'est présente que dans moins d'une salpingite sur deux.
    - NFS-CRP/VS ;
    - échographie pelvienne.

3/ <u>Pathologies du col utérin</u> (ectropion, cervicites, dysplasies, cancer du col) :

Saignements (souvent provoqués) mais aussi dysménorrhée chez les patientes ayant des antécédents d'interventions chirurgicales (cerclage, cryothérapie, conisation), la sténose cervicale constitue un diagnostic possible → échographie

4/ <u>Fibromyomes</u> :

Ménométrorragies ; dysménorrhée secondaire (obstruction du canal cervical par un myome sous-muqueux) → échographie

5/ <u>Endométriose</u> :

Présence de tissu endométrial dans diverses localisations extra utérines, y compris extra-abdominales). Fréquente (même chez la femme jeune).

Douleurs abdomino-pelviennes, dysménorrhée primaire persistante ou secondaire (qui apparait à la suite de règles indolores), saignements sont les principaux symptômes mais aucun <u>n'est pathognomonique</u> →

- Aucun bilan biologique n'est utile, notamment le dosage du CA 125, qui a suscité quelques espoirs diagnostics peut être élevé mais n'est pas spécifique et n'est pas recommandé.
- L'échographie précise la localisation et l'étendue de l'endométriose pelvienne.
- L'IRM doit être réservée aux résultats ininterprétables des localisations pelviennes ou à la localisation de lésions extra pelviennes. Aucune imagerie ne peut « voir » des lésions péritonéales superficielles.
- Seule l'histologie après laparoscopie permet d'affirmer le diagnostic +++.

6/ <u>Cancer de l'endomètre</u> :

Les facteurs de risque :
- âge > 40 ans,
- obésité,
- infertilité,
- antécédents familiaux de cancer du côlon ou de l'endomètre),

La prescription d'une échographie abdominale et endovaginale est recommandé avec avis spécialisé pour hystéroscopie et biopsie, au moindre doute.

7/ <u>Syndrome des ovaires polymicrokystiques</u> (SOPMK) :
C'est la pathologie endocrinienne la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer.

Les critères diagnostic sont l'association de 2 ou 3 des critères suivants :

- cycles irréguliers (oligo-anovulation chronique),
- hyperandrogénie (hirsutisme, alopécie),
- aspect polykystique des ovaires à l'échographie (5 à 20 % des femmes de 15 à 35 ans).

8/ **<u>Sans oublier d'évoquer les causes générales</u>** :

- Pathologies rénales, hépatiques et thyroïdiennes ;
- Traitement anticoagulant (mais diagnostic d'exclusion, après avoir éliminé toutes causes organiques, notamment cancéreuses) ;
- La recherche d'une anomalie de l'hémostase : TP/TCA-plaquettes, n'est indiquée qu'en cas d'hémorragies profuses (déficit en facteur de coagulation, Willebrandt, thrombopénie).

Chez une femme en période ménopausique :

Les méno métrorragies fonctionnelles (secondaires à une hyperestrogénie relative), sont fréquentes en période pré ménopausique

Après la ménopause, l'atrophie utérine peut être responsable de minimes saignements, Souvent associés à des signes de carence oestrogénique (atrophie vulvo-vaginale),

Mais, il faut toujours craindre l'existence d'un cancer de l'endomètre à cette période de la vie génitale. L'examen clinique est le plus souvent peu démonstratif et ce cancer saigne à un stade précoce.

L'échographie abdomino-pelvienne doit être systématique, elle permet de visualiser et de mesurer l'épaisseur de la muqueuse endométriale :

- On parle de muqueuse <u>atrophique si elle est < à 3 mm</u>,
- ou <u>d'hyperplasie si elle est > à 5 mm</u>, l'aspect est souvent hétérogène,

Un avis spécialisé est recommandé. L'hystéroscopie et la biopsie confirme le diagnostic.

Un endomètre hyperplasique avec atypie cellulaire doit être considéré comme un état pré néoplasique de l'endomètre. Un cancer intra muqueux ou invasif peut coexister dans l'endomètre adjacent. Une hystérectomie est nécessaire dans ce cas.

Quel traitement symptomatique prescrire en cas de saignement abondant ?

- Hémostatique : EXACYL® injectable ou per os, 2g à 4g/jour, prudence en cas de facteurs de risque thromboembolique;

- Utérotoniques : METHERGIN® XX gouttes 3 fois par jour ou CYTOTEC® (2 cp,3 fois par jour),

- Un progestatif de synthèse : LUTENYL® ; SURGESTONE® ; LUTERAN® 10mg ; ORGAMETRIL® : 2 à 3 cp/jour ;

- Un estroprogestatif à 30 ou 50 µg EE : STEDIRIL® 2cp ou MINIDRIL® 3cp le 1er jour puis, 1cp/j. en continu jusqu'à la fin de la 2ème plaquette

Le relais d'un traitement symptomatique hormonal peut être réalisé soit :
- par un progestatif pendant 10 à 14 jours / cycle, pendant 3 à 6 mois ;
- ou une pilule estroprogestative si une contraception est envisagée.

Que peut-on proposer, après avoir éliminé toute cause organique ?

Chez une patiente sous contraception hormonale :

En fonction de l'importance de chaque symptôme, de sa persistance et du vécu de la patiente, un changement du schéma contraceptif peut être proposé :

- changer de pilule OP pour une association plus oestrogénique (les pilules dosées à 30 ou 40µg d'EE associés au Levonorgestrel ou Noréthistérone comme progestatifs, donnent un meilleur contrôle du cycle que ceux dosés à 15-20 µg) ;

Classe	Estrogène	Progestatif	Spécialités
C1G	EE (35 µg)	Noréthistérone	Triella®
C2G	EE (20, 30 ou 40 µg)	Lévonorgestrel	Adepal®,, Daily Gé®, Evanecia®, Leeloo®, Lovavulo®, Minidril®, Optidril®, Optilova®, Pacilia®, Trinordiol®,Zikiale®
	EE (50 µg)	Norgestrel	Stediril®

- La contraception progestative (micro progestatifs, DIU au lévonorgestrel) est associée à une diminution significative des symptômes de menstruations (ménorragie) par rapport aux estroprogestatifs, mais expose à des métrorragies (spotting) et une aménorrhée fréquente,

- En cas d'arguments pour un effet anti gonadotrope incomplet (kystes ovariens fonctionnels), une pilule plus anti gonadotrope peut être essayée ;

Il n'y a donc pas de solution univoque.

Chez la femme en période ménopausique : si l'échographie est normale ou en l'absence d'atypie cellulaire à la biopsie endométriale, on peut proposer en cas de ménométrorragies :

En phase pré ménopausique :

Un traitement progestatif (LUTENYL®, LUTERAN®, SURGESTONE®), 10 à 14 jours par mois

Si la patiente a une contraception OP, il est recommandé de la remplacer par un traitement progestatif du 10ème au 25ème jour du cycle (ou 3 semaines / 4) qui a un effet contraceptif.

Le DIU au lévonorgestrel peut être une alternative, en cas de ménorragie sans métrorragie.

A la ménopause, en cas de saignement :

- chez une femme non substituée, le THM peut être proposé en fonction de l'importance des signes climatériques associés et du souhait de chaque patiente ;

- chez une femme sous THM, tout déséquilibre de la balance estroprogestative peut être responsable de saignements. Dans ce cas, la première étape est l'arrêt du THM et / ou d'adapter le THM en fonction du souhait de chaque patiente.

En cas de règles douloureuses (dysménorrhée primaire)

Les traitements les plus fréquents sont les AINS : Ibuprofène (maxi 1200mg/j), ANTADYS®, NAPROSYNE®), mais aussi le paracétamol, la bouillotte sur le ventre, la phytothérapie…et c'est le plus souvent l'auto traitement qui est la règle.

La prescription d'une contraception hormonale (estroprogestatif, micro progestatif ou DIU au lévonorgestrel), est une option possible.