

survie. Une méta-analyse portant sur 168 malades ayant un cancer du sein métastaté a montré que 74 % avaient un taux élevé de CA 15-3. Une méta-analyse portant sur 2 076 malades ayant un cancer du sein métastaté a montré que 59 % d'entre elles seulement avaient un taux élevé d'ACE. Une autre méta-analyse de quatre études ayant porté sur 697 femmes ayant des métastases a montré que le taux d'ACE n'était au-dessus des valeurs considérées comme normales que chez 43 % d'entre elles, et que celui de CA 15-3 était anormalement élevé chez 76 % d'entre elles.

En conclusion

Les récurrences chez les femmes traitées pour cancer du sein surviennent essentiellement au cours des premières années. Durant cette période, une surveillance régulière des malades doit s'exercer.

Deux points sont importants à retenir pour ce qui concerne les modalités de cette surveillance. Tout d'abord, il n'est pas démontré que la répétition d'examen complémentaires, même les plus sophistiqués (scanner, marqueurs tumoraux par exemple), soit plus utile qu'un examen clinique correctement mené. La

surveillance doit être avant tout clinique, et pour ce faire, il est important que la malade soit suivie toujours par le même médecin.

La malade elle-même est certainement la personne la mieux placée pour découvrir une récurrence. Un des rôles principaux du médecin est donc de l'entraîner à la pratique de l'auto-examen. De plus, il est important de dire aux malades de consulter dès l'apparition d'une symptomatologie fonctionnelle (douleur osseuse, toux, dyspnée, etc.). Ce n'est qu'à ce moment que certains examens complémentaires peuvent avoir un intérêt.

Résumé par Gilles MIGNOT

Les hémorragies génitales en dehors de l'urgence et de la grossesse

La stratégie diagnostique dépend essentiellement de l'âge de la femme.

Les hémorragies génitales sont un motif fréquent de consultation. Les recommandations d'un groupe d'experts suédois sur leur diagnostic et leur traitement (en dehors de l'urgence et de la grossesse), réalisées à partir d'une importante revue de la littérature (450 références) (1), sont l'occasion de souligner les grandes orientations diagnostiques devant une hémorragie génitale en pratique.

Un diagnostic étiologique en fonction de l'âge

Toute femme consultant pour une hémorragie génitale devrait bénéficier d'un examen gynécologique avec examen au spéculum, toucher vagi-

nal avec palpation bimanuelle et, en l'absence de saignement au moment de l'examen, frottis cervical de dépistage du cancer du col utérin. En cas de lésions ulcérées ou bourgeonnantes, saignant au contact, le frottis n'est pas assez sensible et doit être remplacé par une biopsie du col.

Quatre causes principales. En pratique, toute hémorragie génitale, qu'il s'agisse de ménorragie ou de métrorragie (voir encadré page 671), doit systématiquement faire envisager une grossesse (intra- ou extra-utérine), un cancer du col de l'utérus (surtout chez la femme de moins de 45 ans et en cas de métrorragies provoquées), une infection (quel que soit l'âge), et un fibrome (cause prépondérante des ménorragies).

Les autres causes les plus fréquentes d'hémorragies génitales peuvent être envisagées en fonction de l'âge des patientes.

Chez la jeune fille, des cycles anovulatoires sont le plus souvent en cause. Les règles fréquentes et/ou trop abondantes chez les jeunes filles sont habituellement dues à des cycles anovulatoires. Aucune exploration n'est recommandée hormis le dosage de l'hémoglobine (a). Cependant, un bilan d'hémostase peut être indiqué en cas d'hémorragies profuses. Il peut être alors nécessaire d'apporter une supplémentation en fer en cas d'anémie ferriprive, et de réduire les hémorragies par un traitement progestatif (5 à 10 mg de *noréthistérone* ou de *médroxyprogesterone*, 10 à 14 jours par

a- NDLR : sauf en cas de notion de prise de diéthylstilbestrol (*Distilbène*) par la mère de la jeune fille, ce qui impose un examen clinique. Voir à ce sujet "Exposition aux DES (*Distilbène*) in utero" *Rev Prescr* 1991 ; 11 (109) : 359-360.

1- Workshop "Treatment of gynecological bleeding disturbance" Läkemedelsverket, Medical Products Agency. Uppsala, Sweden, February 1991 - 175 pages.

mois en cas d'hémorragie abondante), voire par une association estroprogestative contraceptive pendant 3 à 6 mois.

Chez les femmes fertiles, infection et contraception sont des causes fréquentes. Chez les femmes préalablement bien réglées, des troubles des règles peuvent apparaître occasionnellement lors d'un trouble ovulatoire. Aucun traitement spécifique ne s'avère nécessaire après avoir éliminé les autres causes d'hémorragies génitales, notamment : cancer du col utérin, tumeur la plus fréquente dans cette tranche d'âge ; fibrome utérin, cause la plus fréquente des ménorragies.

Des saignements intermenstruels sont fréquents pendant les premiers mois d'une contraception estroprogestative. Il est important d'avertir les femmes de leur bénignité et d'insister sur la nécessité d'une prise régulière du contraceptif. Mais des hémorragies trop importantes devraient conduire à reconsidérer la prescription.

Les dispositifs intra-utérins sont fréquemment responsables de ménométrorragies pendant les premiers mois suivant leur pose. Cela conduit rarement au retrait du stérilet. Par contre, des saignements intermenstruels qui apparaissent à distance de la pose doivent faire évoquer une infection génitale haute (sans oublier la possibilité d'une grossesse extra-utérine).

Les endométrites et les salpingites sont responsables d'hémorragies génitales. *Chlamydia trachomatis* est actuellement la cause principale. Le diagnostic est sérologique et le

traitement des infections à *Chlamydiae* repose sur une antibiothérapie spécifique : cycline ou érythromycine (2).

Dans cette tranche d'âge, les hémorragies génitales peuvent aussi être dues à un kyste fonctionnel de l'ovaire ou à une endométriose.

Après et autour de la ménopause, explorer l'endomètre. Durant la périménopause, des saignements erratiques sont fréquents. Les experts du consensus suédois réservent les explorations de l'endomètre aux métrorragies survenant plus d'un an après la ménopause et aux métrorragies résistant aux traitements pharmacologiques.

Toujours d'après les experts suédois, les données de la littérature n'ont pas permis d'établir un choix argumenté des examens complémentaires invasifs (hystérocopie, biopsie) et non invasifs (échographies abdominale et endovaginale) dans l'exploration de l'endomètre. Les experts ont cependant retenu deux études (c'était en 1990) qui soulignent l'intérêt de l'échographie endovaginale dans la décision d'explorer l'endomètre (b).



© Rapino

Ne pas oublier les causes générales

Les hémorragies génitales peuvent être des manifestations de troubles de l'hémostase, comme la maladie de Willebrand. Elles s'accompagnent alors habituellement d'autres manifestations hémorragiques ; mais des règles profuses peuvent être le premier signe et justifier un bilan d'hémostase.

Des hémorragies génitales de la femme peuvent par ailleurs être secondaires à des pathologies hépatiques, rénales, thyroïdiennes ou à la prise d'anticoagulants. Dans ce dernier cas, il est cependant prudent de vérifier l'absence de pathologie génitale, notamment cancéreuse.

Résumé par José AGUILAR

b- Ces études concordent avec l'avis de nombreux experts. En périménopause, une échographie endovaginale qui montre un endomètre d'épaisseur inférieure à 5 mm et l'absence de lésion intracavitaire pourrait dispenser de l'hystérocopie et de la biopsie de l'endomètre ; un endomètre épais ou une image échographique intracavitaire indiquent l'hystérocopie avec biopsie. Après la ménopause, une atrophie de l'endomètre constatée à l'échographie endovaginale pourrait peut-être suffire, mais la constatation échographique d'un endomètre épais ou d'une image intracavitaire impose l'hystérocopie et la biopsie de l'endomètre, surtout si la femme ne prend aucun traitement hormonal substitutif de la ménopause.

2- "Traitement des maladies sexuellement transmissibles" Rev Prescr 1992 ; 12 (122) : 492-494.

Ménorragies et métrorragies

Les ménorragies sont des hémorragies utérines qui prolongent la durée des règles (a)(1). Les métrorragies sont des hémorragies utérines qui surviennent en dehors de la période des règles. Les hyperménorrhées sont des règles quantitativement abondantes mais de durée normale. Elles sont souvent associées aux ménorragies. Les experts suédois ont, quant à eux, défini la ménorragie comme un écoulement de sang utérin de plus de 80 ml par menstruation. Ce critère a été retenu à partir d'études de population réalisées en Suède qui ont montré que la balance ferrique devient négative chez des femmes s'alimentant normalement et ayant des menstruations de plus de 80 ml.

Ces définitions ont un intérêt surtout nosologique. En pratique quotidienne, la stratégie diagnostique devant une hémorragie génitale dépend principalement de l'âge des patientes et non de son aspect clinique.

a- La durée du cycle menstruel est habituellement de 28 (± 3) jours. La durée des règles est de 4 (± 2) jours.

1- Mage G et coll. "Méno-métrorragies". In : Papiernick E et coll. "Gynécologie". Flammarion Médecine-Sciences, Paris 1990 : 257-262.