Prise en charge des métrorragies postcoïtales : faut-il référer toutes les patientes ?

Rev Med Suisse 2013; 9: 1933-7

J. Dubuisson
M. Boukrid
P. Petignat

Les métrorragies postcoïtales (MPC) sont un symptôme relativement fréquent chez les femmes en période d'activité génitale. Dans la plupart des cas, il s'agit de saignements en rapport avec une pathologie bénigne du col utérin ne nécessitant aucun avis spécialisé. Dans de rares cas, les MPC sont le premier signe d'un cancer du col utérin, débutant ou déjà évolué, dont le diagnostic et le traitement ne doivent pas être différés.
En l'absence de consensus actuel, nous proposons de standardiser la prise en charge des MPC en élaborant un arbre décisionnel s'appuyant essentiellement sur une anamnèse et un examen physique précis. L'objectif est de permettre aux praticiens de mieux dépister les patientes à risque de cancer du col utérin et de les référer sans délai à un centre spécialisé.

Management of post-coital bleeding: should all women be referred?
Post-coital bleeding (PCB) is a frequent occurrence in sexually active women. In most cases, bleeding is associated with mild cervical pathology requiring no further specialist advice. In rare cases though, PCB can be the first sign of cervical cancer, in early or advanced stage, and diagnosis and treatment should not be delayed.
In the absence of current consensus, we propose to standardize the management of post-coital bleeding through the elaboration of a flow chart based primarily on medical history and a physical examination. The aim is to enable a better identification of patients at risk for cervical cancer and thereby enabling rapid referral to a specialized center.

DÉFINITION ET PRÉVALENCE

Les métrorragies postcoïtales (MPC) se définissent comme l'apparition d'un saignement extériorisé par le vagin pendant ou immédiatement après un rapport sexuel vaginal, en dehors de la période des menstruations. Il s'agit d'un symptôme relativement fréquent en gynécologie, qui concerne surtout la femme en période d'activité génitale.

Le diagnostic clinique ne pose le plus souvent aucune difficulté, que ce soit à l'anamnèse ou à l'examen physique. L'éventail des pathologies impliquées représente cependant un véritable défi pour le praticien, qui doit décider avec la patiente de la nécessité ou non de poursuivre des investigations parfois invasives. Un retard dans la prise en charge est par ailleurs souvent observé.[1]

La recherche d'une néoplasie cervicale doit toujours rester une priorité, même si sa probabilité est faible. Les MPC sont en effet un symptôme inaugural chez 6 à 10% des patientes présentant un cancer du col utérin.[2,3]

La prévalence des MPC est évaluée entre 0,7 et 9% dans la population générale. Ces chiffres ont été établis par Shapley à partir de 38 publications référencées.[4] La prévalence réelle reste difficile à déterminer car les critères d'inclusion utilisés peuvent être très variables selon les études : période de saignement mal définie (métrorragies dans le mois ou dans les deux ou trois derniers mois), populations étudiées différentes par l'âge, par la prévalence de la contraception hormonale et des infections sexuellement transmissibles.

Une étude rapporte une incidence cumulative annuelle d'environ 6% chez les femmes en période d'activité génitale.[5]

Nous proposons, à travers cette revue de la littérature, l'élaboration d'un arbre décisionnel afin d'homogénéiser et de structurer la prise en charge des MPC. L'objectif est de mieux identifier les patientes à risque de cancer et de les référer ainsi plus rapidement à des centres spécialisés.

ÉTIOLOGIES

Les étiologies possibles des MPC sont multiples et variées, mais sont principalement représentées par les pathologies cervicales. Une origine plurifactorielle

Tableau 1. Principales étiologies des métrorragies postcoïtales

Origine cervicale	Origine vulvo-vaginale	Origine utérine
• Polyp • Ectropion • Inflammation/infection • Traumatisme • Dysplasie • Carcinome invasif (figure 1) • Endométriose cervicale	• Polyp • Atrophie • Inflammation/infection • Traumatisme • Carcinome • Endométriose vaginale	• Polyp • Myome • Inflammation/infection • Carcinome, sarcome

peut être retrouvée. Le tableau 1 résume les principales étiologies responsables des MPC.

La distribution des pathologies en termes de fréquence est difficile à connaître. A titre d'exemple, deux études de cohorte récentes rapportent une répartition très différente des pathologies, ce qui peut notamment s'expliquer par les différences démographiques des deux populations étudiées.[1,6]

Sur 137 patientes référées au Royaume-Uni pour MPC, Alfhaily et Ewies[1] retrouvent 45,3% d'ectropions, 10,9% de polypes, 13,1% de CIN *(Cervical intraepithelial neoplasia)*, 8,8% de cervicites et un cas d'adénocarcinome in situ du col. 28% des patientes ne présentent aucune pathologie cervicale.

Sur 123 patientes référées en Iran pour MPC, Tehranian[6] retrouve sur les biopsies cervicales 31,7% de cervicites chroniques, 16,3% de polypes, 9,7% de CIN, 8,1% de cervicites aiguës, 0,8% de carcinomes invasifs du col et 0,8% d'ectropions. 16,3% des biopsies sont normales.

Les MPC apparaissent donc comme un élément anamnestique peu discriminant pour le diagnostic de cancer du col utérin, compte tenu de la fréquence des pathologies bénignes retrouvées. De manière générale, la prévalence des pathologies cervicales néoplasiques varie entre 0 et 17,8% selon les études:

- entre 0 et 5,5% pour le carcinome infiltrant;[2,3,7-9]
- entre 6,8 et 17,8% pour les dysplasies cervicales CIN.[7,9-11]

Figure 1. Carcinome épidermoïde invasif du col utérin

Shapley a par ailleurs évalué, dans la population britannique, à 11% la prévalence des MPC en cas de cancer du col.[4]

D'autres causes cervicales plus rares sont possibles: malformations artério-veineuses, métastases (choriocarcinome, adénocarcinome endométrial), carcinome neuro-endocrine (figure 2), lymphangiome, hémangiome…

D'autres circonstances sont également plus à risque de MPC: les patientes infectées par *Chlamydia trachomatis* au niveau génital (prévalence entre 18 et 38%)[1] et les patientes porteuses du virus VIH (prévalence entre 5 et 32%).[4]

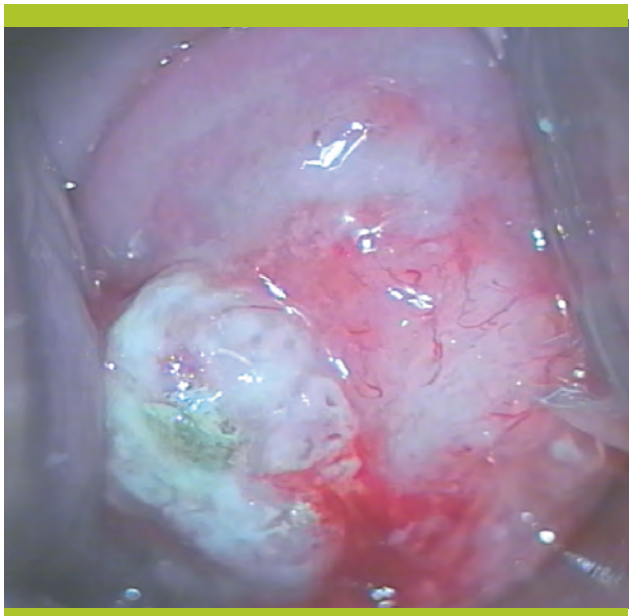


Figure 2. Carcinome neuro-endocrine à petites cellules du col utérin

PRISE EN CHARGE

Il n'existe actuellement aucun consensus sur la prise en charge des MPC. Les investigations complémentaires demandées par les généralistes et les gynécologues varient de façon importante d'une patiente à l'autre. Beaucoup d'entre elles ne sont référées que tardivement à des centres de colposcopie avec, pour éventuelle conséquence, le risque de retarder la prise en charge des pathologies cervicales cancéreuses. L'aggravation du pronostic, dans ce cas, ne reste cependant qu'hypothétique et n'a pas été évaluée.

L'enquête d'Alfhaily et Ewies, publiée en 2009, a permis l'analyse de 564 questionnaires envoyés à 1020 gynécologues britanniques.[12] L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques des médecins spécialistes concernant la prise en charge des MPC. En voici les principaux résultats:

- près de 60% des praticiens interrogés considèrent que l'élaboration de recommandations nationales est nécessaire;
- 80% d'entre eux ne disposent d'aucune recommandation propre à leur établissement;
- 65,6% pensent que la colposcopie ne doit pas être l'examen complémentaire de première intention pour investiguer les MPC;
- près de 50% ne répètent pas le frottis cervical si la patiente a toujours eu des frottis normaux et si elle appartient à la population dépistée par le programme national.

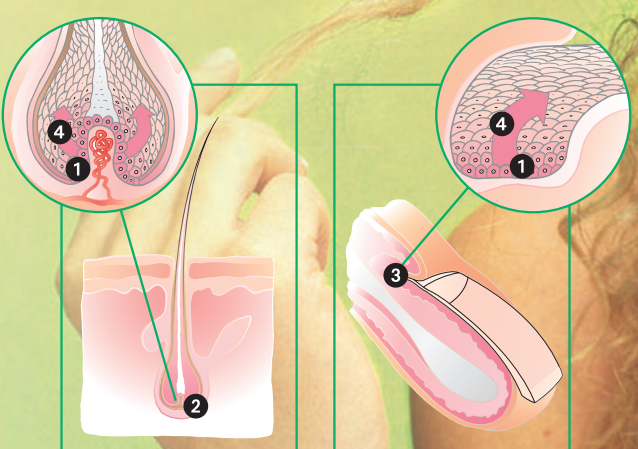
Chute de cheveux, cheveux fragilisés et ongles cassants dus à une carence en biotine?

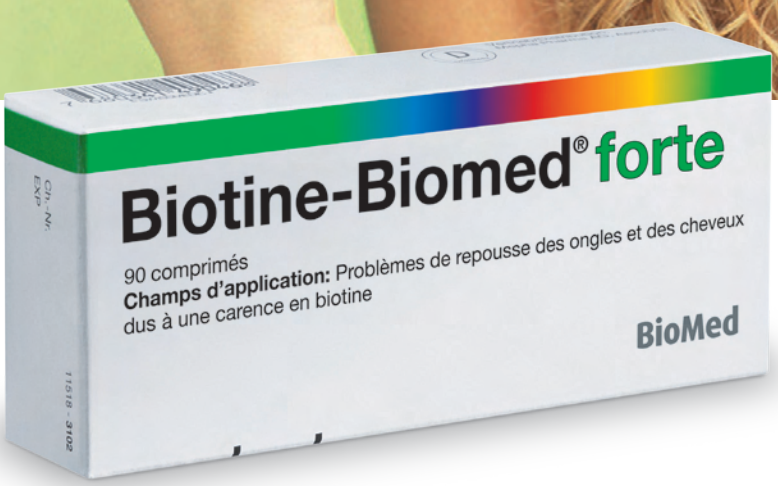
La croissance de cheveux et d'ongles sains

Des cellules hyperspécialisées (les cellules épidermiques) ❶ de la matrice pilaire ❷ et de la matrice des ongles ❸ se multiplient par division et se déplacent lentement vers le haut ❹. Elles deviennent matures et produisent la protéine kératine. La kératine est le principal constituant des cheveux et des ongles. Elle leur confère leur résistance.

Mode d'action de la biotine

La biotine agit sur la multiplication des cellules de la matrice pilaire ❷ et de la matrice des ongles ❸, stimule la production de kératine et améliore la structure de celle-ci.





Biotine 1 x par jour

- réduit la chute des cheveux
- améliore la qualité des cheveux et des ongles
- augmente l'épaisseur des cheveux et des ongles

Biotine-Biomed forte
Composition: 1 comprimé contient 5 mg de biotine. **Indications:** troubles de la croissance unguéale et capillaire dus à une carence en biotine. **Posologie:** troubles de la croissance unguéale et capillaire: adultes et enfants 1 comprimé par jour avant le repas.
Contre-indications/effets indésirables: aucun connu à ce jour. **Catégorie de grossesse:** C.
Interactions: ovalbumine (blanc d'œuf), anticonvulsivants. **Classe:** D.

Pour les informations détaillées, consulter le Compendium suisse des médicaments.

Distribution: Biomed AG, 8600 Dübendorf www.biomed.ch

BioMed®

1006487

Les seules recommandations disponibles actuellement sont celles du collège australien et néozélandais,[13] qui préconise de référer la patiente en colposcopie en cas de MPC persistantes s'il existe une lésion cervicale suspecte de cancer, un col friable au status et/ou une cytologie cervicale anormale.

Le National Health Service (NHS) au Royaume-Uni a proposé en 2000 plusieurs critères permettant de déterminer quelles patientes présentant des MPC devaient être référées.[14] La patiente doit être adressée à un centre de référence dans les deux semaines si elle présente des MPC depuis plus de quatre semaines et est âgée de plus de 35 ans. Si les MPC persistent de manière inexpliquée, la patiente doit être référée dans les quatre à six semaines, quel que soit son âge.

Toutes ces recommandations sont actuellement largement remises en cause, notamment concernant la limite d'âge utilisée comme seuil discriminant. Khattab[15] a montré l'absence de corrélation entre l'âge et la présence d'une pathologie cervicale invasive sur une série rétrospective de 284 patientes référées pour MPC. Il préconise de ne pas prendre en compte le critère de l'âge dans l'élaboration des référentiels. Il n'existerait également aucune corrélation entre la durée des saignements et la probabilité d'avoir une pathologie cervicale.[7]

Concernant la place du frottis cervical dans l'arbre décisionnel, la question n'est toujours pas tranchée. Plusieurs publications montrent que la cytologie cervicale ne devrait pas jouer un rôle si prépondérant dans la décision de poursuivre ou non les investigations.

Dans une étude de cohorte finlandaise, comprenant 2648 femmes suivies sur huit ans présentant des MPC, les femmes avec un dépistage cytologique négatif conservent un risque quinze fois plus important de développer un cancer du col par rapport aux femmes sans MPC.[16]

Rosenthal a étudié de façon rétrospective 314 patientes référées pour MPC dans un centre londonien de colposcopie.[8] L'auteur a diagnostiqué deux cas de cancer (0,6%) visibles uniquement en colposcopie, avec cytologie cervicale négative et col macroscopiquement sain. Il s'agit d'une lésion invasive endocervicale et d'un carcinome micro-invasif. Parmi les neuf patientes atteintes de cancer invasif du col, quatre (44%) avaient une cytologie négative ou inflammatoire au moment des investigations. 30% des patientes présentant une lésion de type CIN avaient une cytologie normale ou inflammatoire.

Dans une autre étude rétrospective, regroupant 166 patientes avec cytologie négative, Khattab a retrouvé 1,2% de cancers du col.[15]

Parmi 142 patientes référées pour MPC dans l'étude de Abu, 14% présentaient une dysplasie cervicale malgré une cytologie cervicale initiale négative, dont plus de la moitié de CIN II et III.[17]

Ces résultats ne sont pas surprenants puisque la sensibilité du dépistage par la cytologie cervicale se situe entre 80 et 90%.[1]

Tous les auteurs concluent que la prise en charge des MPC ne doit pas être retardée en cas de cytologie cervicale négative.

Le saignement postcoïtal apparaît donc comme un symptôme peu discriminant pour le diagnostic du cancer du col utérin. La réalisation d'un frottis cervical n'est par ailleurs pas suffisante pour rassurer totalement la patiente. Il est donc indispensable d'élaborer un arbre décisionnel qui permette d'identifier les patientes nécessitant un avis spécialisé, en prenant en compte l'ensemble des éléments cliniques et anamnestiques de la patiente. C'est ce qui est proposé dans la figure 3.

La prise en charge s'appuie essentiellement sur l'anamnèse et l'examen physique. L'anamnèse recherche spécifiquement les facteurs de risque de cancer du col et de dysplasie : tabagisme actif, contraception hormonale, comportements sexuels à risque, antécédents d'infections sexuellement transmissibles (dont papillomavirus humain (HPV)), infection par le VIH, cytologies cervicales antérieures anormales. L'examen physique comprend une évaluation précise du col utérin par une inspection macroscopique (examen au spéculum), puis un toucher vaginal. Le status génital est systématiquement complété par une recherche de *Chlamydia trachomatis* au niveau de l'endocol et/ou des urines et par un frottis cervical si celui-ci a été effectué il y a plus de trois mois.[13]

La visualisation d'un col normal et la négativité des prélèvements cytologiques et bactériologiques autorisent l'arrêt des investigations. En cas de persistance des symptômes ou d'épisodes répétés de MPC sur plus de six semaines, un examen colposcopique est indispensable.

Les lésions cervicales non suspectes (polypes, ectropion, cervicite…) et les infections génitales (chlamydiose, vaginose bactérienne) sont traitées de manière appropriée, ce qui permet l'arrêt des saignements dans la majorité des cas. Les patientes doivent être adressées en colposcopie en cas de persistance des MPC, malgré un traitement adapté et bien conduit.

Si l'examen met en évidence un col suspect de lésion cancéreuse ou dysplasique, la patiente est adressée sans délai dans un centre spécialisé pour la réalisation de biopsies dirigées sous colposcopie.

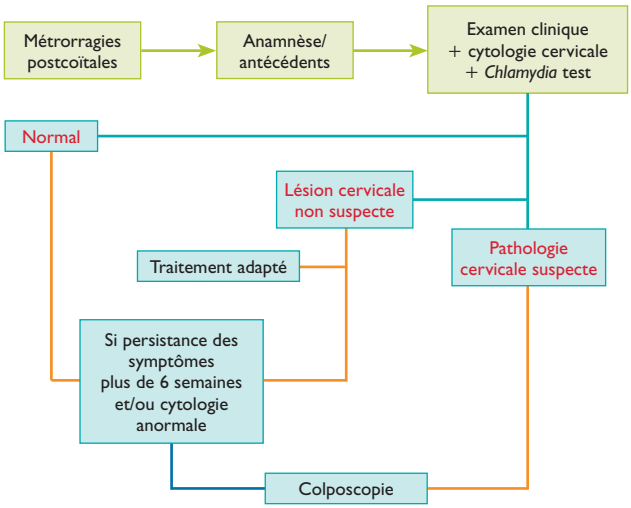


Figure 3. Arbre décisionnel pour la prise en charge des métrorragies postcoïtales

Par ailleurs, en cas de métrorragies non provoquées, les investigations comprennent systématiquement une évaluation de la cavité utérine par une échographie pelvienne et éventuellement des biopsies endométriales.

En l'absence de recommandations nationales, cet arbre décisionnel doit avant tout aider le praticien à adopter une démarche plus standardisée, même si les attitudes proposées ont leur limite.

CONCLUSION

Le médecin doit garder en mémoire que les cancers du col et les dysplasies cervicales sont plus fréquents en cas de MPC, même si la plupart des patientes référées ne présentent aucune pathologie. Cependant, toutes les patientes ne peuvent pas être référées dans un centre spécialisé en raison des contraintes logistiques et financières que cela imposerait. Il est donc indispensable d'adopter une prise en charge standardisée efficace afin de mieux identifier les patientes à risque. Celles-ci pourront alors être intégrées à un programme diagnostique et thérapeutique plus global, centré notamment sur l'examen colposcopique. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Implications pratiques

- En cas de métrorragies postcoïtales (MPC), une anamnèse précise et un examen physique rigoureux permettent de dépister les patientes à risque de cancer du col utérin
- Un frottis normal ne permet pas de rassurer totalement la patiente, surtout si les saignements persistent ou récidivent
- En dernier lieu, la colposcopie associée à des biopsies cervicales dirigées reste l'examen de référence en cas de MPC

Adresse

Drs Jean Dubuisson et Meriem Boukrid
Pr Patrick Petignat
Service de gynécologie
Département de gynécologie et obstétrique
HUG, 1211 Genève 14
jean.dubuisson@hcuge.ch
meriem.boukrid@hcuge.ch
patrick.petignat@hcuge.ch

Bibliographie

1 ** Alfhaily F, Ewies AA. Managing women with post-coital bleeding: A prospective observational non-comparative study. J Obstet Gynaecol 2010;30:190-4.
2 Pardanani NS, Tischler LP, Brown WH, et al. Carcinoma of cervix. Evaluation of treatment in community hospital. N Y State J Med 1975;75:1018-21.
3 Pretorius R, Semrad N, Watring W, et al. Presentation of cervical cancer. Gynecol Oncol 1991;42:48-53.
4 * Shapley M, Jordan J, Croft PR. A systematic review of postcoital bleeding and risk of cervical cancer. Br J Gen Pract 2006;56:453-60.
5 Shapley M, Jordan K, Croft PR. An epidemiological survey of symptoms of menstrual loss in the community. Br J Gen Pract 2004;54:359-63.
6 * Tehranian A, Rezaii N, Mohit M, et al. Evaluation of women presenting with postcoital bleeding by cytology and colposcopy. Int J Gynaecol Obstet 2009;105:18-20.
7 Shalini R, Amita S, Neera MA. How alarming is post-coital bleeding – a cytologic, colposcopic and histopathologic evaluation. Gynecol Obstet Invest 1998;45:205-8.
8 Rosenthal AN, Panoskaltsis T, Smith T, et al. The frequency of significant pathology in women attending a general gynaecological service for postcoital bleeding. BJOG 2001;108:103-6.
9 Selo-Ojeme DO, Dayoub N, Patel A, et al. A clinicopathological study of postcoital bleeding. Arch Gynecol Obstet 2004;270:34-6.
10 Jha S, Sabharwal S. Outcome of colposcopy in women presenting with postcoital bleeding and negative or no cytology – results of a 1-year audit. J Obstet Gynaecol 2002;22:299-301.
11 Anorlu RI, Abdul-Kareem FB, Abudu OO, et al. Cervical cytology in an urban population in Lagos, Nigeria. J Obstet Gynaecol 2003;23:285-8.
12 * Alfhaily F, Ewies AA. Postcoital bleeding: A study of the current practice amongst consultants in the United Kingdom. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009;144:72-5.
13 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidelines for referral for investigations of intermenstrual and post-coital bleeding (C-Gyn 6). 2004.
14 NHS Executive. Referral guidelines for suspected cancer. Department of Health, London 2000.
15 ** Khattab AF, Ewies AA, Appleby D, et al. The outcome of referral with postcoital bleeding (PCB). J Obstet Gynaecol 2005;25:279-82.
16 Hakama M, Pukkala E. Selective screening for cervical cancer. Experience of the Finnish mass screening system. Br J Prev Soc Med 1977;31:238-44.
17 Abu J, Davies Q, Ireland D. Should women with postcoital bleeding be referred for colposcopy? J Obstet Gynaecol 2006;26:45-7.

* à lire
** à lire absolument