

Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées

La présente directive clinique a été rédigée par le comité de pratique clinique - gynécologie, analysée par le comité canadien sur l'obstétrique-gynécologie pédiatrique et de l'adolescence, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Sukhbir Singh, MD, Ottawa (Ont.)

Carolyn Best, MD, Toronto (Ont.)

Sheila Dunn, MD, Toronto (Ont.)

Nicholas Leyland, MD, Toronto (Ont.)

Wendy Lynn Wolfman, MD, Toronto (Ont.)

COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE - GYNÉCOLOGIE

Nicholas Leyland, MD (coprésident), North York (Ont.)

Wendy Wolfman, MD (coprésidente), Toronto (Ont.)

Catherine Allaire, MD, Vancouver (C.-B.)

Alaa Awadalla, MD, Winnipeg (Man.)

Carolyn Best, MD, Toronto (Ont.)

Sheila Dunn, MD, Toronto (Ont.)

Mark Heywood, MD, Vancouver (C.-B.)

Madeleine Lemyre, MD, Québec (Québec)

Violaine Marcoux, MD, Ville Mont-Royal (Québec)

Chantal Menard, inf. aut., Ottawa (Ont.)

Frank Potestio, MD, Thunder Bay (Ont.)

David Rittenberg, MD, Halifax (N.-É.)

Sukhbir Singh, MD, Ottawa (Ont.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Résumé

Contexte : Les saignements utérins anormaux sont directement à l'origine d'un fardeau considérable imposé aux femmes, à leur famille et à la société tout entière en matière de soins de santé. Jusqu'à 30 % des femmes chercheront à obtenir l'aide d'un médecin pour contrer ce problème au cours de leurs années de fertilité. La présente directive clinique remplace les directives cliniques précédentes sur le sujet et a pour but d'outiller les fournisseurs de soins de santé pour qu'ils puissent offrir des soins reposant sur les toutes dernières données probantes au moment de procéder au diagnostic de ce problème courant, et d'en assurer la prise en charge médicale et chirurgicale.

Objectif : Fournir une directive clinique factuelle à jour pour le diagnostic et la prise en charge des saignements utérins anormaux (SUA) chez les femmes en âge de procréer.

Issues : Parmi les issues évaluées, on trouve les effets des SUA sur la qualité de vie et les résultats des interventions (y compris la prise en charge médicale et chirurgicale des SUA).

Méthodes : Les membres du comité sur la directive clinique ont été sélectionnés en fonction de leurs spécialisations respectives en vue de représenter une gamme d'expériences pratiques et universitaires : le milieu de pratique au Canada, le type de pratique, la sous-spécialité et les antécédents généraux en gynécologie ont donc été pris en considération. Le comité a analysé les données pertinentes issues de la littérature médicale anglophone (y compris les lignes directrices publiées). Les recommandations ont été formulées sous forme de déclarations de consensus. Le document final a été analysé et approuvé par le comité exécutif et le Conseil de la SOGC.

Résultats : Le présent document offre un résumé des dernières données quant au diagnostic, aux explorations et à la prise en charge médicale et chirurgicale des SUA. Les recommandations qui y sont formulées peuvent être adaptées par les professionnels de la santé qui offrent leurs services aux femmes qui présentent de tels saignements.

Mots clés : Menorrhagia, heavy menstrual bleeding, abnormal uterine bleeding, hysterectomy, endometrial ablation

J Obstet Gynaecol Can 2013;35(5):476-479

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Conclusions: Les saignements utérins anormaux constituent un trouble courant et parfois débilisant qui affecte les femmes en âge de procréer. La mise en œuvre d'une standardisation de la terminologie connexe, d'une approche systématique en matière de diagnostic et d'exploration, et d'une approche par étapes pour ce qui est de l'intervention s'avère nécessaire. Toutes les interventions thérapeutiques ont pour objectif absolu de débiter le traitement au moyen de modalités thérapeutiques médicales, pour ensuite avoir recours aux modalités chirurgicales les moins effractives possibles, le tout en vue de permettre à la patiente d'obtenir des résultats satisfaisants.

Données : Des recherches ont été menées en mars 2011 dans les bases de données MEDLINE et Cochrane afin d'en tirer les articles publiés en anglais, au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « *uterine hemorrhage* », « *menorrhagia* ») et de mots clés appropriés (p. ex. « *menorrhagia* », « *heavy menstrual bleeding* », « *abnormal uterine bleeding* »). Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles publiés en anglais entre janvier 1999 et mars 2011. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en février 2013.

La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau).

Avantages, désavantages et coûts : La mise en œuvre des recommandations de la présente directive clinique entraînera l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes qui présentent des saignements utérins anormaux, de leur famille et de la société. Les coûts économiques de la mise en œuvre de la présente directive clinique au sein du système de santé canadien n'ont pas été pris en considération.

Déclarations sommaires

1. Les SUA constituent un trouble courant qui affecte les femmes en âge de procréer et qui exerce des effets considérables sur les plans social et économique. (II-2)
2. La terminologie contemporaine utilisée pour décrire les SUA chez les femmes en âge de procréer vise à simplifier les définitions et à fournir des descriptions standard en ce qui concerne les symptômes présentés par la patiente. (III)
3. Les conséquences des SUA sur la santé globale d'une femme déterminent le degré d'intervention pouvant s'avérer requis. (II-2)
4. Une anamnèse et un examen physique exhaustifs indiqueront souvent la cause des SUA, et détermineront la nécessité de procéder à d'autres explorations et de mettre en œuvre d'autres traitements. (III)
5. L'imagerie et l'hystérocopie offrent au clinicien des renseignements additionnels qui contribuent à l'évaluation et au traitement de la patiente, lorsque les circonstances le permettent. (I)

6. Une fois que la présence d'une tumeur maligne ou d'une pathologie pelvienne significative a été écartée, la mise en œuvre d'un traitement médical constitue une option thérapeutique de première intention efficace pour ce qui est des saignements utérins anormaux. (I)
7. La mise en œuvre d'un traitement médical adapté aux objectifs thérapeutiques, aux souhaits en matière de contraception, aux pathologies médicales sous-jacentes et à la tolérance quant aux effets indésirables d'une patiente donnée permettra de favoriser l'observance et de maximiser la probabilité de réussite du traitement. (III)
8. Les techniques d'ablation non hystérocopiques offrent, en matière de satisfaction de la patiente, des résultats semblables à ceux de l'ablation hystérocopique traditionnelle, en plus de compter moins de risques de complication et de nécessiter une anesthésie moindre. (I)
9. L'hystérectomie constitue un traitement définitif contre les saignements utérins anormaux. (I)
10. Les saignements utérins anormaux attribuables à des fibromes sous-muqueux peuvent être pris en charge au moyen d'une myomectomie hystérocopique. (I)
11. Les troubles hémostatiques héréditaires peuvent constituer une cause sous-jacente de saignements utérins anormaux, la maladie de von Willebrand étant présente dans la majorité de ces cas. (II-2)
12. Les saignements menstruels abondants aigus peuvent donner lieu à une anémie significative et nécessiter des soins de première urgence. (III)
13. Chez les adolescentes, les SUA découlent plus souvent qu'autrement d'une dysfonction ovulatoire associée à l'immaturité de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien. (II-2)

Recommandations

1. L'adoption d'une terminologie internationale standardisée devrait être envisagée pour ce qui est des SUA. (III-C)
2. La tenue d'un hémogramme complet est recommandée chez les femmes qui présentent des saignements abondants ou prolongés. (II-2A)
3. En présence de toute possibilité de grossesse, une analyse d'urine sensible ou un test sérique de grossesse devrait être mené. (III-C)
4. Le dépistage des troubles de la coagulation ne devrait être envisagé que chez les femmes qui présentent des antécédents de saignements menstruels abondants remontant à la ménarche ou des antécédents personnels ou familiaux de saignements anormaux. (II-2B)
5. Le tenue de tests de la fonction thyroïdienne n'est pas indiquée, sauf en présence de constatations cliniques laissant entrevoir un possible indice de suspicion de maladie thyroïdienne. (II-2D)
6. Lorsque la tenue d'une imagerie s'avère indiquée, l'échographie transvaginale devrait constituer la modalité de première intention dans le cas des SUA. (I-A)
7. L'échohystérocopie avec injection de liquide intra-utérin et l'hystérocopie diagnostique devraient être utilisées aux fins du diagnostic et de la caractérisation des anomalies intra-utérines discrètes (telles que les fibromes sous-muqueux). (I-A)
8. Le recours à la biopsie endométriale devrait être envisagé chez les femmes de plus de 40 ans qui présentent des

Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif.

Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care, CMAJ 2003;169:207-8.

- | | |
|---|--|
| <p>saignements ou chez les femmes dont les saignements ne réagissent pas au traitement médical, ainsi que chez les jeunes femmes qui présentent des facteurs de risque de cancer de l'endomètre. (II-2A)</p> <p>9. La biopsie endométriale menée en cabinet devrait remplacer la dilatation-curetage de l'utérus à titre de modalité initiale d'évaluation de l'endomètre chez ces femmes. (II-2A)</p> <p>10. Les lésions focales de l'endomètre qui nécessitent une biopsie devraient être prises en charge au moyen d'une évaluation guidée par hystérocopie. (II-2A)</p> <p>11. Des options non hormonales, telles que les AINS et les antifibrinolytiques, peuvent être utilisées efficacement pour assurer la prise en charge des saignements menstruels abondants dont la manifestation est principalement cyclique ou prévisible. (I-A)</p> <p>12. Les contraceptifs oraux combinés, l'acétate de médorogestérone-retard et le système intra-utérin à libération de lévonorgestrel permettent une diminution considérable des saignements menstruels et devraient être utilisés pour traiter les femmes présentant des saignements utérins anormaux qui souhaitent obtenir une contraception efficace. (I-A)</p> <p>13. Les progestatifs cycliques administrés pendant la phase lutéale ne permettent pas une diminution efficace de la perte sanguine; ainsi, ils ne devraient pas être utilisés à titre de traitement visant particulièrement les saignements menstruels abondants. (I-E)</p> <p>14. Le danazol et les agonistes de la GnRH permettront une diminution efficace des saignements menstruels, et pourraient être utilisés en présence de scénarios dans le</p> | <p>cadre desquels l'utilisation d'autres traitements médicaux ou chirurgicaux a échoué ou est contre-indiquée. (I-C)</p> <p>15. Les patientes qui prennent un agoniste de la GnRH pendant plus de six mois devraient se voir prescrire une hormonothérapie de compensation, lorsque celle-ci n'a pas déjà été mise en œuvre au début du traitement à l'agoniste de la GnRH. (I-A)</p> <p>16. Le SIU à libération d'un progestatif donne lieu à l'obtention d'issues semblables à celles de l'ablation de l'endomètre chez les femmes qui présentent des saignements menstruels abondants; ainsi, son utilisation pourrait être prise en considération avant d'avoir recours à une intervention chirurgicale. (I-A)</p> <p>17. Chez des candidates appropriées, les techniques d'ablation non hystérocopiques devraient être les méthodes d'ablation à privilégier, et ce, en raison de leur efficacité et de leur innocuité supérieures, par comparaison avec les techniques hystérocopiques. (I-A)</p> <p>18. À l'exception des AINS, les mêmes agents médicaux qui sont utilisés pour assurer la prise en charge des saignements menstruels abondants chez les femmes présentant une coagulation normale peuvent être efficacement utilisés chez les femmes atteintes de troubles hémostatiques héréditaires. (II-1B)</p> <p>19. Le recours à une approche multidisciplinaire constitue la meilleure façon d'assurer la prise en charge des femmes atteintes de troubles hémostatiques héréditaires qui connaissent des saignements menstruels considérablement abondants ou chez lesquelles le traitement médical conventionnel a échoué. (III-C)</p> |
|---|--|

20. La planification de l'hystérectomie ou la mise en œuvre d'un traitement faisant appel à des produits sanguins devraient être menées en consultation avec un hématologue dans le cas des patientes atteintes de troubles hémostatiques héréditaires. (III-C)
21. Les saignements menstruels abondants aigus devraient faire l'objet d'une prise en charge sans délai et de façon systématique, et ce, afin de minimiser la morbidité chez la patiente et la nécessité d'avoir recours à une transfusion sanguine. (III-C)
22. Les œstrogènes à forte dose et l'acide tranexamique peuvent contribuer à atténuer ou à juguler les saignements menstruels abondants aigus. (III-C)
23. Chez les adolescentes qui connaissent des saignements menstruels abondants à la ménarche ou peu après, l'anamnèse et les explorations devraient comprendre une évaluation visant à déterminer la présence d'un trouble hémostatique sous-jacent. (II-2A)

Le texte intégral du présent document est
disponible en ligne à
<http://www.sogc.org> et à <http://www.jogc.com>.