

Saignements Utérins Anormaux (SUA)

Démarche Diagnostique

Dr ADNENE TRIMECH

20 JUIN 2018

Objectifs

A. voir la classification des saignements utérins anormaux

B. Comprendre l'évaluation des saignements utérins anormaux chez les femmes en âge de procréer

Defenition

En présence de saignement utérin anormal:

- On doit le considérer comme anormal soit pour une raison de régularité, de cyclicité (fréquence), de quantité (volume) ou de durée.
- Considérer une biopsie de l'endomètre chez les femmes de plus de 40 ans ou si absence de réponse au traitement médical particulièrement chez les femmes ayant des facteurs de risque de cancer de l'endomètre

Nomenclature

Saignements Aigues

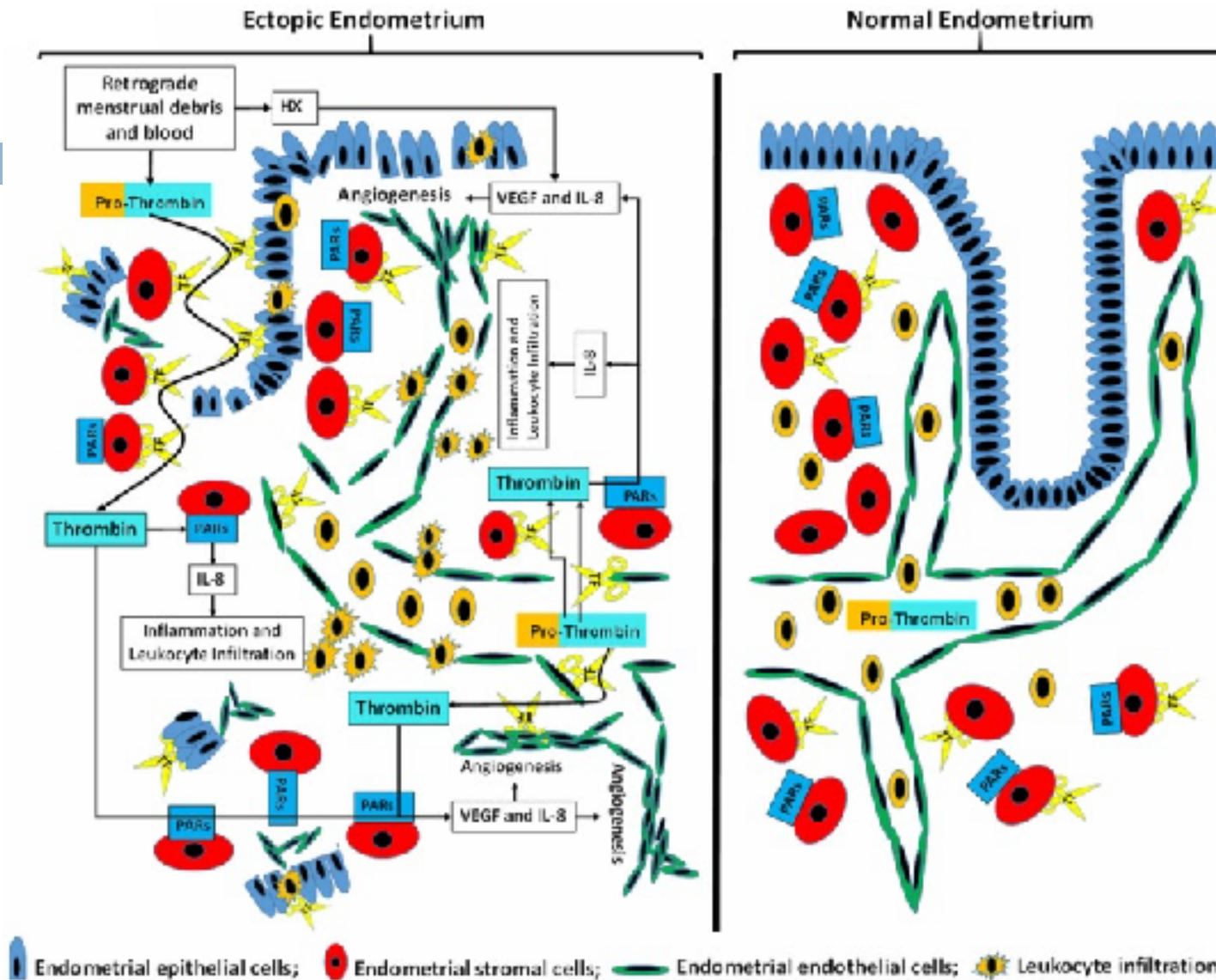
“un épisode de saignement chez une femme en âge de procréer, qui n'est pas enceinte, qui est en quantité suffisante pour nécessiter une intervention immédiate afin de prévenir d'autres pertes de sang.”

Saignements chronique

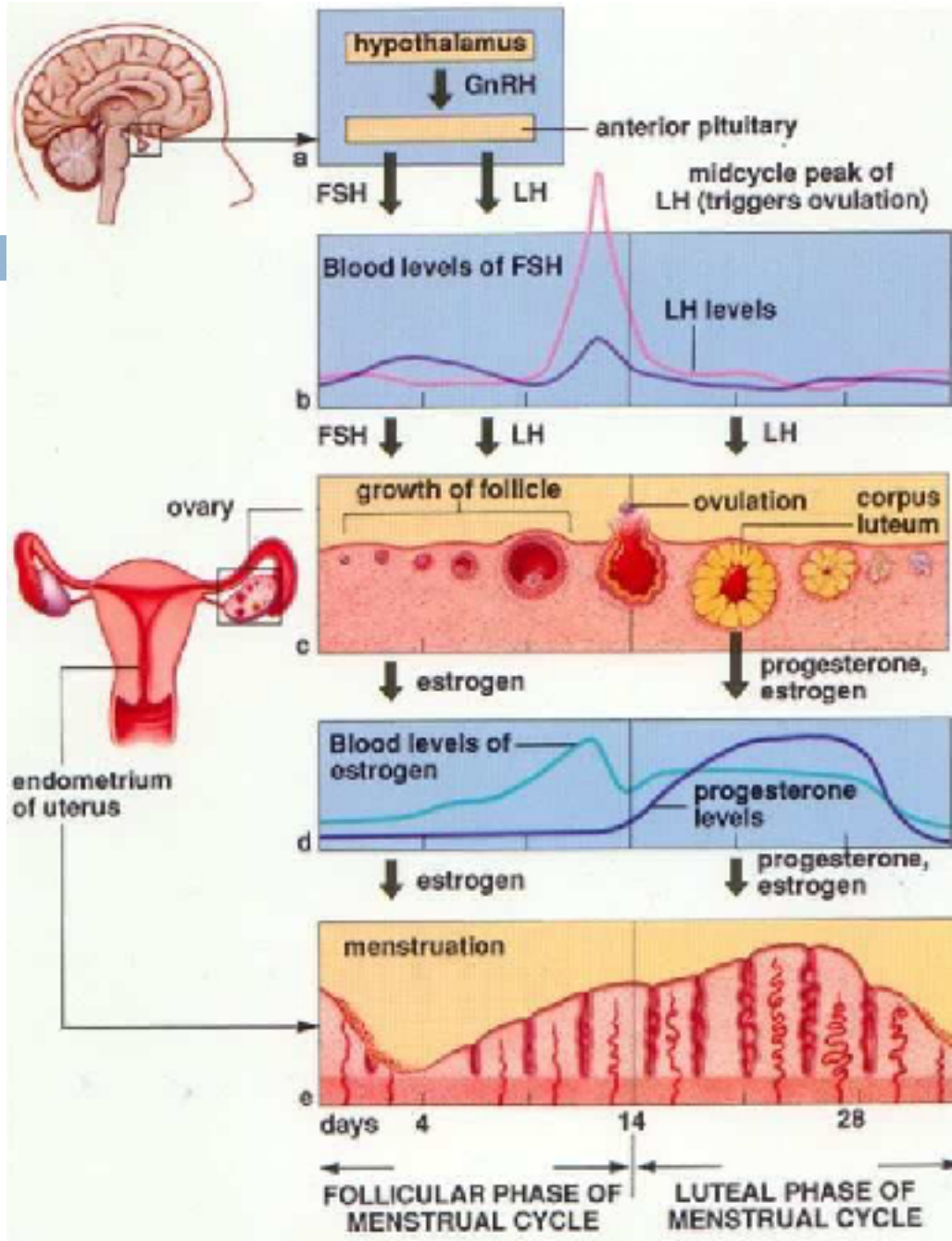
“saignement du corps utérin anormal en durée, en volume et / ou en fréquence et présent depuis la majorité des 6 derniers mois.”

Saigner ou pas saigner?
tel est la question



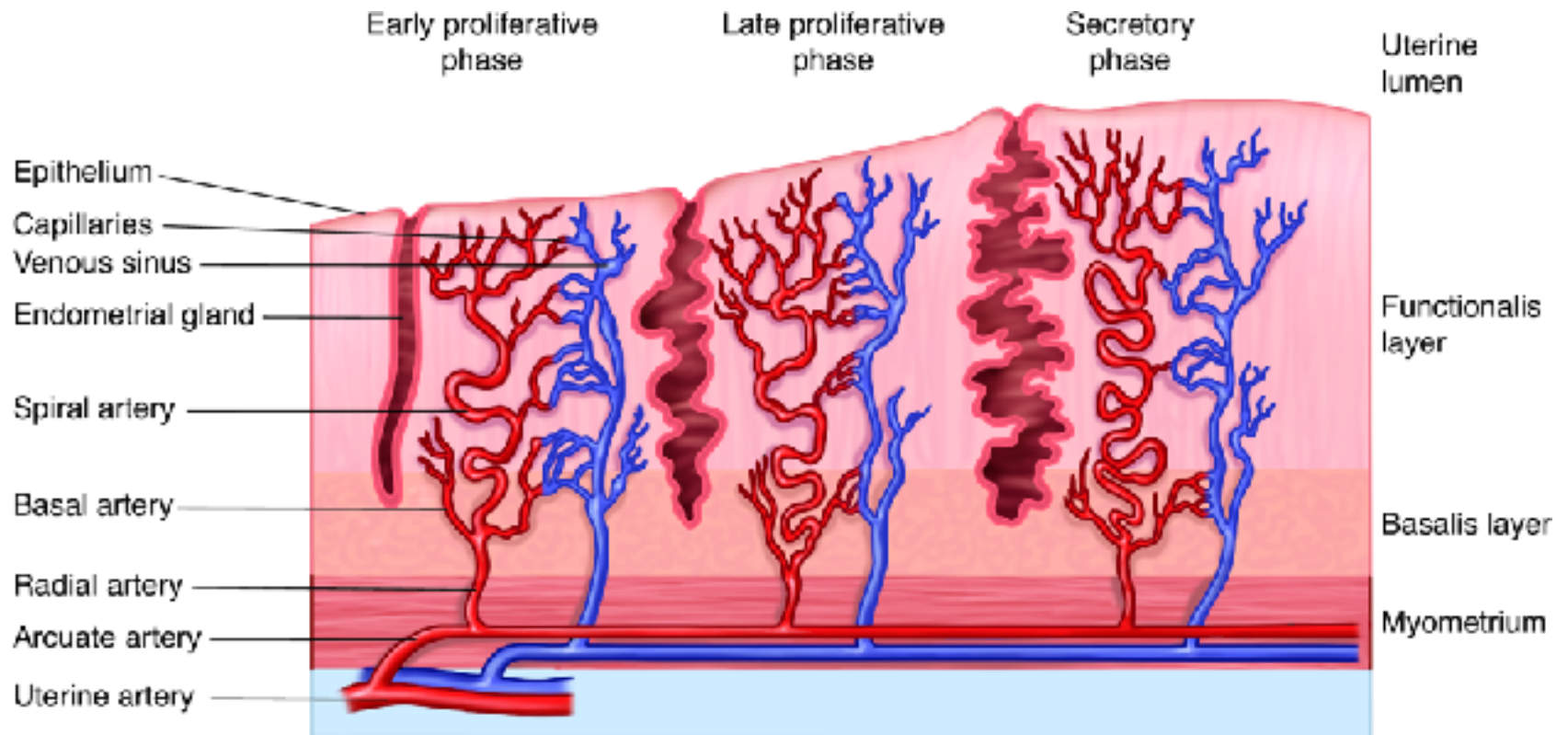


Role of tissue factor generated thrombin in the pathogenesis of endometriosis. Expression of tissue factor (TF) is limited to endometrial stromal cells in normal endometrium, whereas in endometriosis, in addition to endometrial stromal cells TF is also expressed by epithelial and endothelial cells. TF expressed by stromal and epithelial cells generates excess thrombin by cleaving prothrombin present in retrograde menstrual cell debris and blood. Additional prothrombin cleavage occurs by TF expressed by endometriotic endothelial cells. The resulting excess thrombin binds to Protease-Activated Receptors (PARs) in endometriotic stromal cells to induce thrombin-mediated signaling cascades that initiate secretion of several cytokines and growth factors, specifically IL-8 and VEGF. Both cytokines trigger endometriotic angiogenesis, and IL-8 also recruits leukocytes, dominated by neutrophils. During retrograde menstruation, hypoxia also promotes vascularization of endometriotic implants. TF: tissue factor/factor VII/VIII.

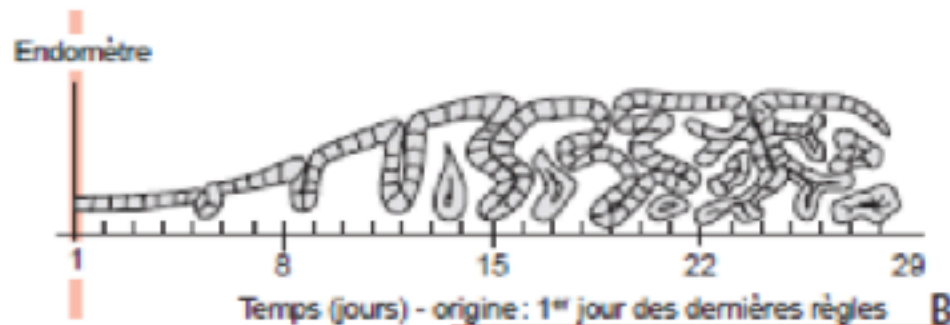


Changing hormone levels during the menstrual cycle.

ENDOMETRE



« Cycle endométrial »



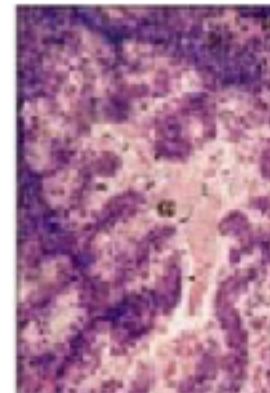
Phase folliculaire

= phase proliférative
Épithélium palissadique
(+++ Rc oestrogènes et
Pg)



Phase lutéale

= phase sécrétoire (Pg +++)
→ **Fenêtre d'implantation** (J20
– J24) = phase de réceptivité
endométriale pour le blastocyste



Mécanisme des menstruations ?

Théorie « classique »

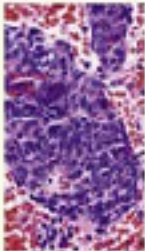





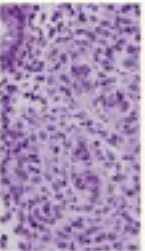

Arrêt du fonctionnement du corps jaune

↘ Progestérone

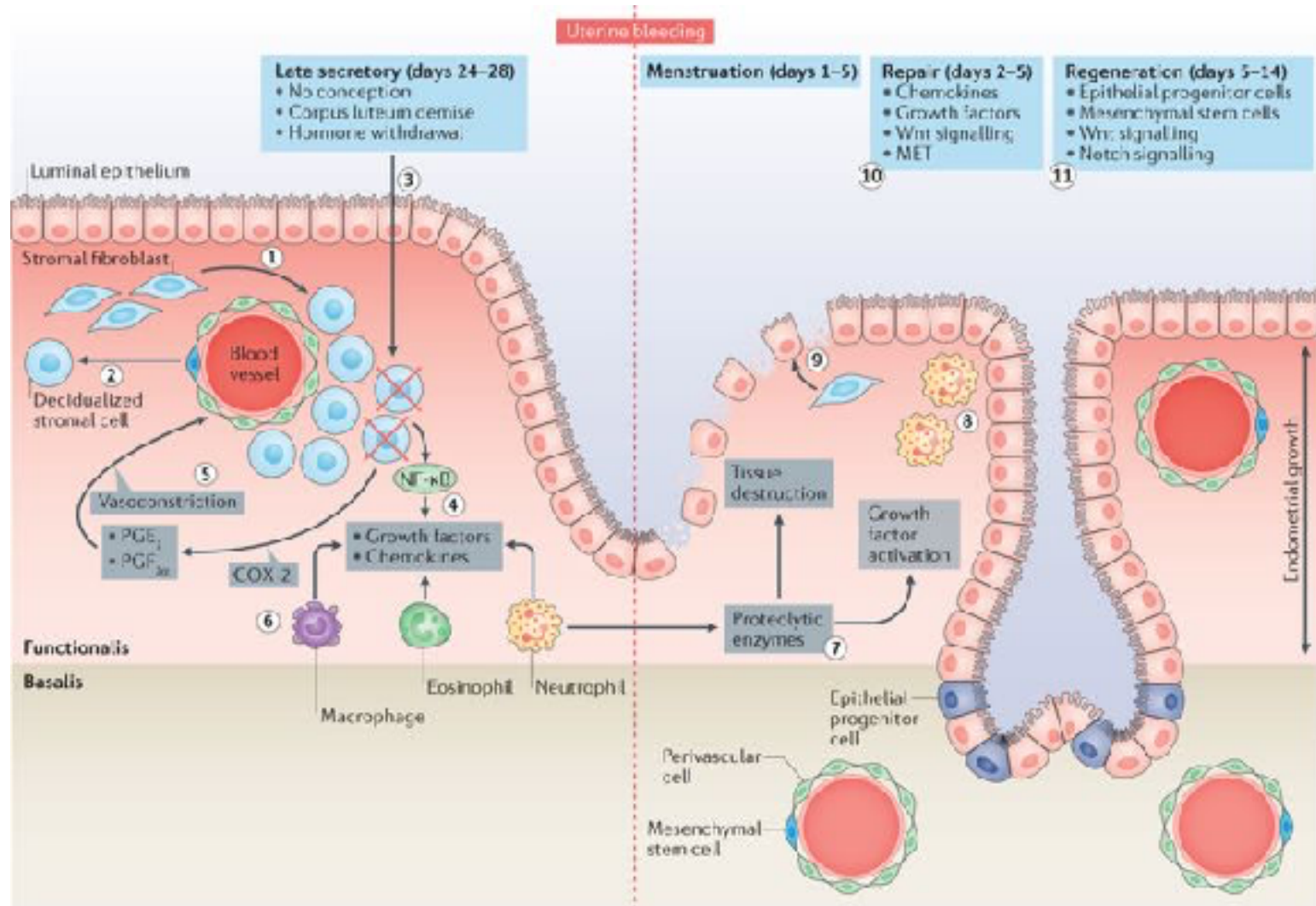
Réaction inflammatoire : synthèse
métalloprotéinases par matrice

Destruction tissulaire endométriale (couche fonctionnelle endomètre): vasoconstriction des artérioles spiralées suivie d'une vasodilatation (phénomène de nécrose tissulaire par anoxie)

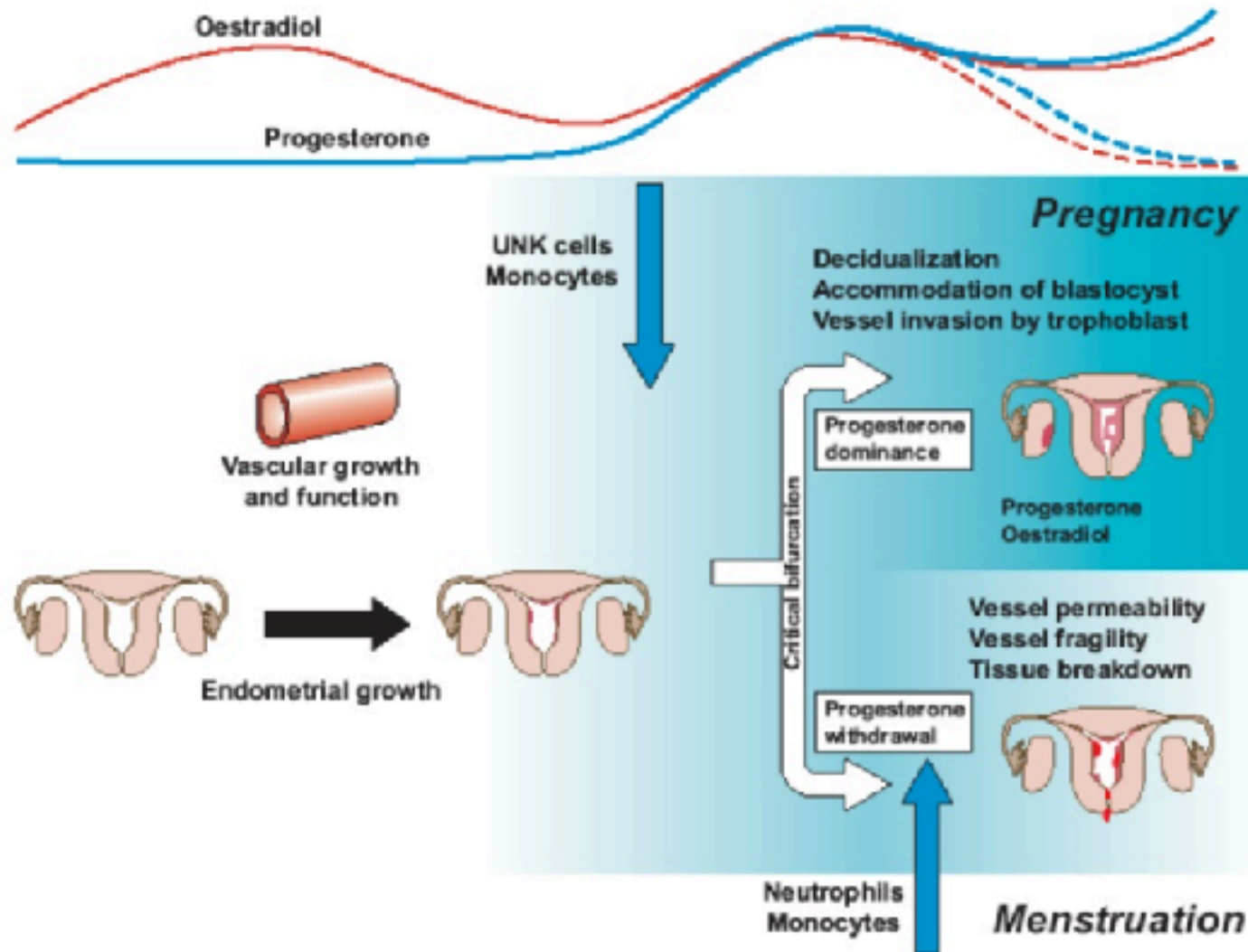
Retour aux sources: datation endomètre

Endometrial phase		Menstrual	Proliferative	Secretory					
				'Interval'	Early		Mid	Late	
Day of 28 day cycle (ovulation on D14)		1-3	4-15	~16	17	18	19-21	22-24	25-28
Key feature		Stromal crumbling	Mitoses	Subnuclear vacuoles, staggered, with mitoses	Subnuclear vacuoles, regular, with mitoses	Sub- and supra-nuclear vacuoles No mitoses	Stromal edema	Focal predecidua around spiral arteries	Predecidua involves surface
Microscopic features of functional zone	Stroma	Stromal aggregates. 'Blue balls' hemorrhage	Loose stroma. Mitoses	Loose stroma. Mitoses	Loose stroma. scanty mitoses	Loose stroma. scanty mitoses	Stromal edema increases from D19-21	Perivascular 'naked nuclei' (D22) form predecidual cuffs (D23) that bridge vessels (D24)	Focal (D25) then extensive (D26) surface predecidua extends downwards (D26-28) Prominent: granulated lymphocytes
	Glands	Collapsed epithelium and displaced secretory glands	Straight to tightly coiled tubules. Mitoses	Some staggered subnuclear vacuoles. Many mitoses	'Piano key' subnuclear vacuoles. Some mitoses	Some staggered subnuclear vacuoles. No mitoses	Dilated glands with irregular outlines. Luminal secretion	'Saw tooth' glands	Prominent: 'saw tooth' glands
Appearances									

Décidualisation : mécanisme central



GENESE DES REGLLES



ENDOMETRE: des saignements à l'implantation

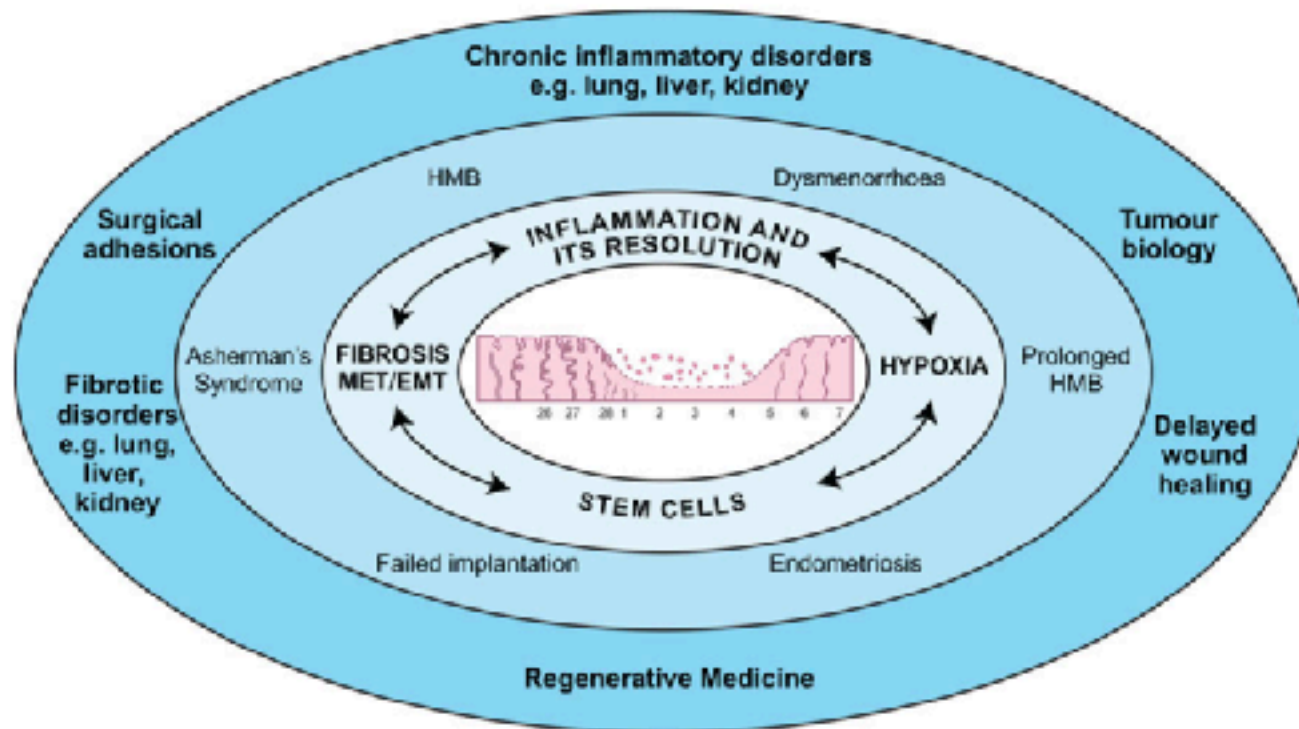


Figure 1 The relevance of menstrual physiology. The perimenstrual endometrium (centre) is exposed to inflammation and hypoxia. Stem cells and EMT are involved at menses to enable scar-free repair (light blue). Aberrations in these processes can lead to gynaecological disorders (mid-blue). Study of endometrial physiology may help delineate the pathogenesis of a number of disorders in other tissue sites (dark blue).

Activité Leucocytaire durant le Cycle

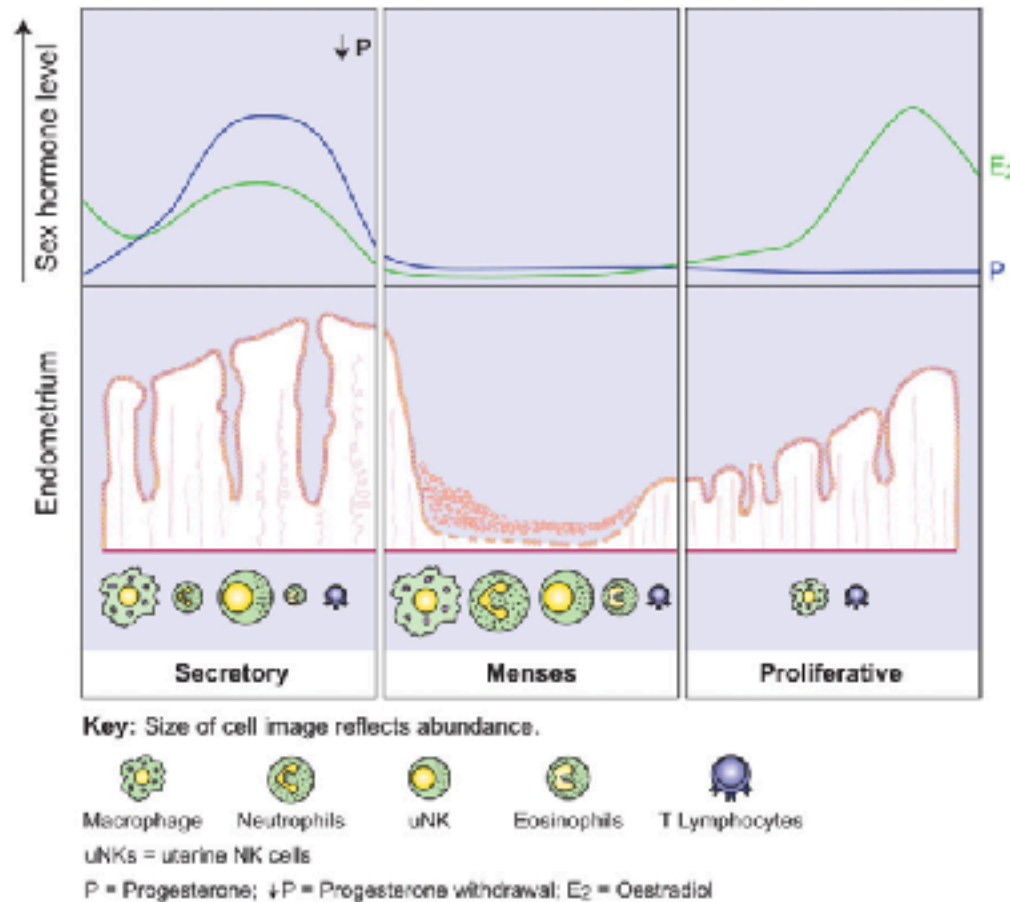


Figure 2 Leukocyte trafficking in the perimenstrual human endometrium (derived from data published and reviews by [Boracz et al., 1992](#); [Salamonsen and Lathbury, 2000](#); [Moffett-King, 2002](#); [Thiruchelvan et al., 2013](#)). Top panel: Sex steroid profiles in the luteo-follicular transition (perimenstrual 'window'). Bottom panel: Overview of leukocyte traffic in the endometrium with transition from secretory phase through menses/endometrial repair to the proliferative phase of next cycle. Size of cell image reflects abundance.

La crase sanguine

Immediate

Formation of platelet plug:
Collagen, tissue factor,
platelets and VWF



Subsequent

Intrinsic Pathway

XII → XIIa

XI → XIa

IX → IXa

X → Xa

V → Va

Extrinsic Pathway

VII ← VIIa (tissue factor)

X → Xa

V → Va

Prothrombin

Thrombin

XIIa ← XII

Fibrinogen

Fibrin

Fibrinolysis

Plasminogen

Plasmin

Plasmin

Fibrin degradation products

Figure 3 Endometrial coagulation pathways. Immediate: A platelet plug forms rapidly, relying on interactions with tissue factor, vWF and collagen. Subsequent: Intrinsic and/or extrinsic activation of coagulation pathways result in formation of a fibrin clot to ensure haemostasis. Fibrinolysis drives the degradation of the fibrin clot. t-PA and u-PA convert plasminogen to plasmin, which breaks down the fibrin clot. PAI converts plasmin back to plasminogen.

Macroscélide à oreilles courtes



Qu'est-ce qu'un saignement normal?

Terminologie un peu confuse

4

Menorrhagia

Menometorrhagia

Hypermenorrhagia

Métrorragie ; Ménorragie ;
Ménométrorragie et spotting
Métrorragie :
Écoulement sanguin des voies
génitales féminines, survenant en

ragie

Polymenorrhée

Oligomenorrhée

Amenorrhée

Tableau 1.1. Terminologie en ce qui concerne les SUA

Terminologie pour ce qui est des variations en ce qui concerne les saignements menstruels







Volume	Régularité	Fréquence	Durée	Autre
Abondants	Iréguliers	Fréquents	Prolongés	Intermenstruels
Normaux	Réguliers	Normaux	Normaux	Préménstruels
Légers	Absents	Peu fréquents	Écourtés	Métrorragie

Qu'est-ce qui est normal?

Caractère	Description	limites du Normal
Frequence des règles , jour	Frequent	<21
	Normal	21-38
	peu fréquent (spanio..)	>38
<i>Regularité des règles: cycle-to-cycle variation sur 12 mois, J</i>	Absent Regulier Irregulier	<i>Aucun saignement</i> <i>Variation ± 2-20</i> <i>Variation >20</i>
Durée du flux, d	Prolongé	>8
	Normal	3-8
	raccourci	<3
<i>Volume des partes sanguines mensuelles, mL</i>	<i>abondant</i>	>80
	<i>Normal</i>	5-80
	<i>Leger</i>	<5







1 produit «normal» normalement imbibé contient environ 5 ml de sang, un «super» ou un «maxi» contient 10 ml

PBAC Scoring System

Pads		
1 point	For each lightly stained pad	
5 points	For each moderately stained pad	
20 points	For each completely saturated pad	
Tampons		
1 point	For each lightly stained tampon	
5 points	For each moderately stained tampon	
10 points	For each completely saturated tampon	
Clots/Flooding		
1 point	For each small clot (Australian 5 cent coin)	
5 points	For each large clot (Australian 50 cent coin)	
5 points	For each episode of flooding	

Menstrual Assessment Chart

Date of start _____

Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pads												
Lightly soaked 												
Moderately soaked 												
Heavily soaked 												
Clots (small or large)												
Tampons												
Lightly soaked 												
Moderately soaked 												
Heavily soaked 												
Clots (small or large)												
Score												

Total score: _____

Directions

Keep a tally of the number of pads or tampons you use each day of your cycle and their level of saturation. Also take note of clots or overflow. Clots >1 cm in size are considered large.

Scoring

Pads (score per pad)

Lightly soaked: 1 point
Moderately soaked: 5 points
Heavily soaked: 20 points

Tampons (score per tampon)

Lightly soaked: 1 point
Moderately soaked: 5 points
Heavily soaked: 10 points

Clots

Small: 1 point
Large: 5 points

INTERPRETATION

A score of ≥ 100 points indicates probable menorrhagia.

Contact your doctor or the nearest bleeding disorder treatment centre if you are concerned about your menstrual bleeding.

(www.hemophilia.ca/en/treatment-centres)

Tableau 1.2. Définitions des termes utilisés pour décrire les saignements utérins

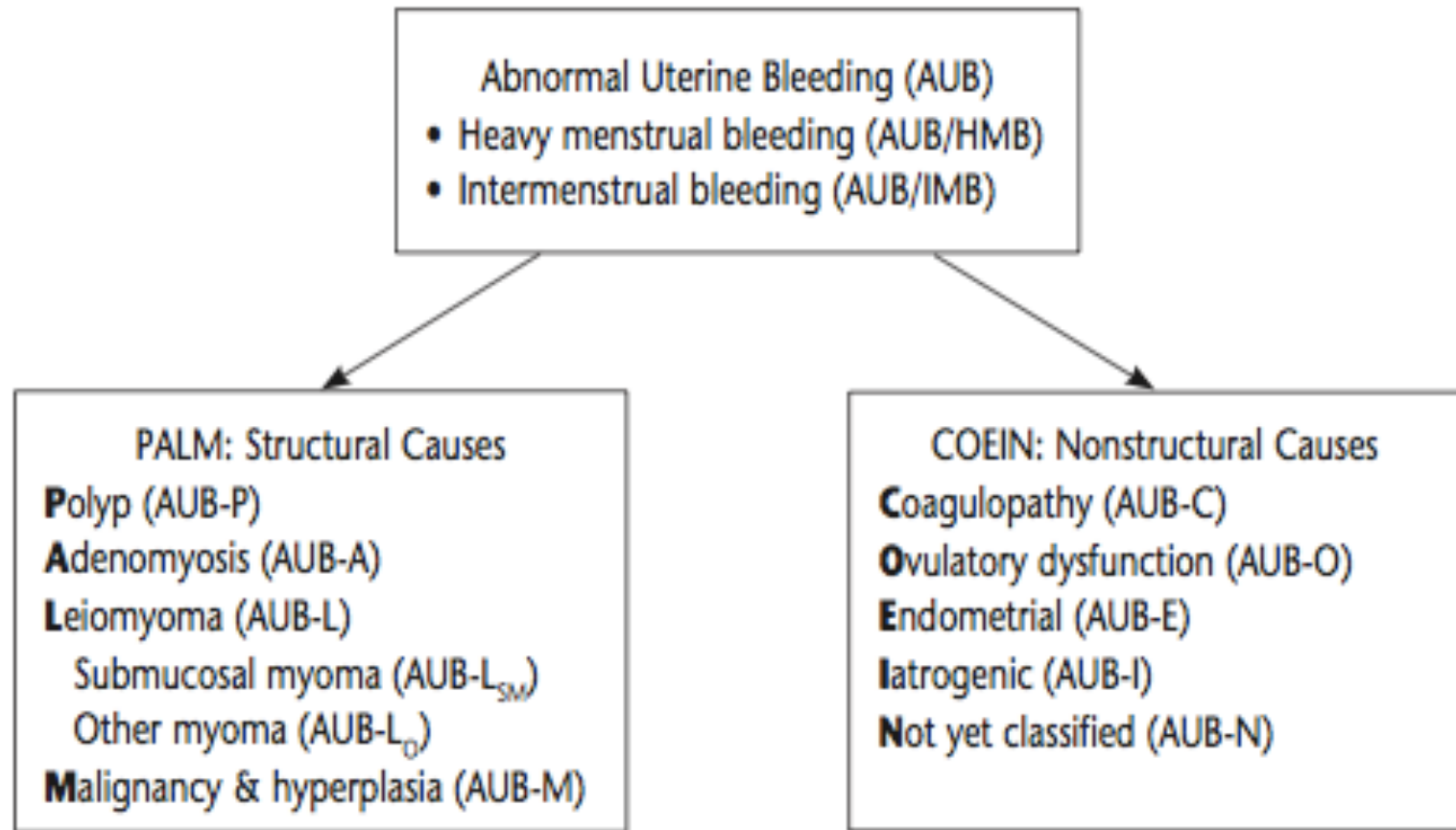
Caractéristiques	Terminologie	Description
Volume	Saignements menstruels abondants	Perte de sang menstruel excessive qui affecte la qualité de vie physique, affective, sociale et matérielle de la patiente, et qui peut se manifester seule ou conjointement avec d'autres symptômes
Régularité (Variation normale ± 2 à 20 jours)	Saignements menstruels irréguliers	Une plage d'intervalles sans saignement de diverses durées dépassant 20 jours au cours d'une période de référence de 90 jours
	Absence de saignement menstruel (aménorrhée)	Aucun saignement au cours d'une période de 90 jours
Fréquence (Normale, tous les 24 à 38 jours)	Saignements menstruels peu fréquents	Saignements à des intervalles > 38 jours (1 ou 2 épisodes au cours d'une période de 90 jours)
	Saignements menstruels fréquents	Saignements à des intervalles < 24 jours. (Plus de 4 épisodes au cours d'une période de 90 jours)
Durée (Normale, de 3 à 8 jours)	Saignements menstruels prolongés	Décrit la perte de sang menstruel dont la durée dépasse 8 jours
	Saignements menstruels écourtés	Décrit la perte de sang menstruel dont la durée est inférieure à 3 jours
Saignements irréguliers, non menstruels	Intermenstruels	Épisodes irréguliers de saignements, souvent légers et courts, qui surviennent entre des périodes menstruelles autrement plutôt normales

Étiologie des metrorragies

Si j'avais une pièce de monnaie dans ma paume
pour toutes les femmes avec métrorragie



Classification: PALM-COEIN



Causes of AUB in **nonpregnant reproductive-aged women**

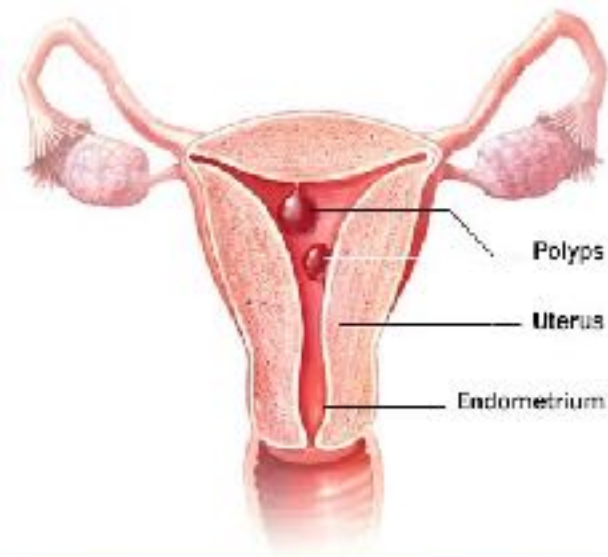
étiologies « structurelles » organique(PALM)

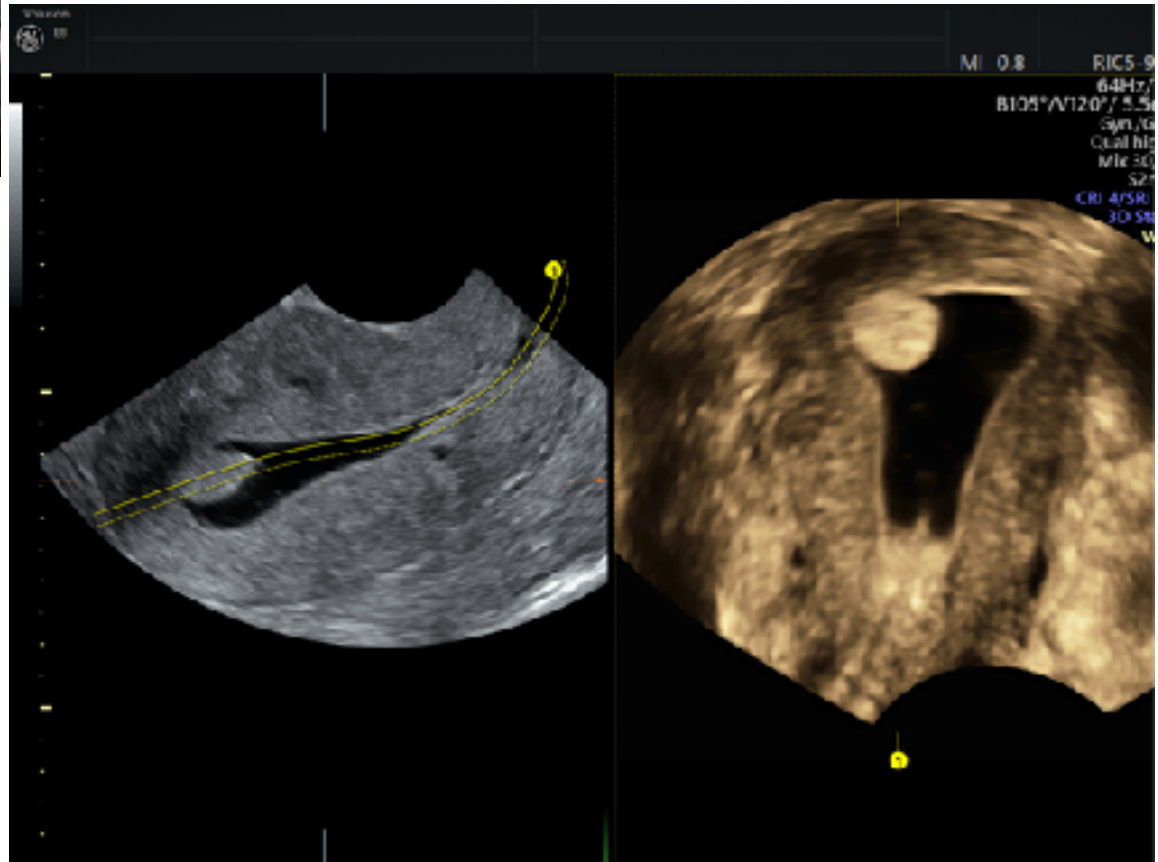
A.Polyps – AUB-P

- endocervical ou
endometrial

**B.diag: échographie ou
echosonographie**

**C. Souvent saignement
irrégulier, léger**



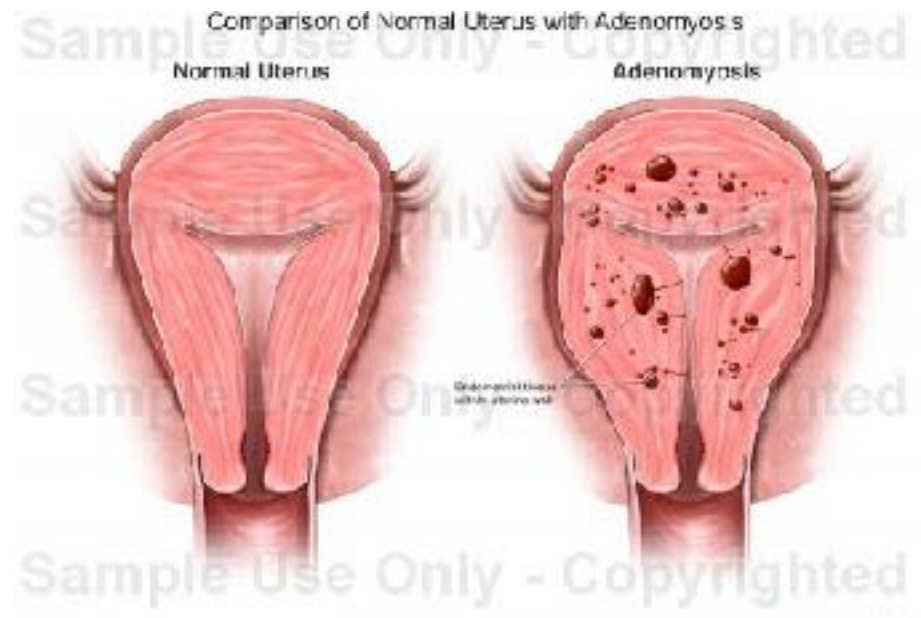


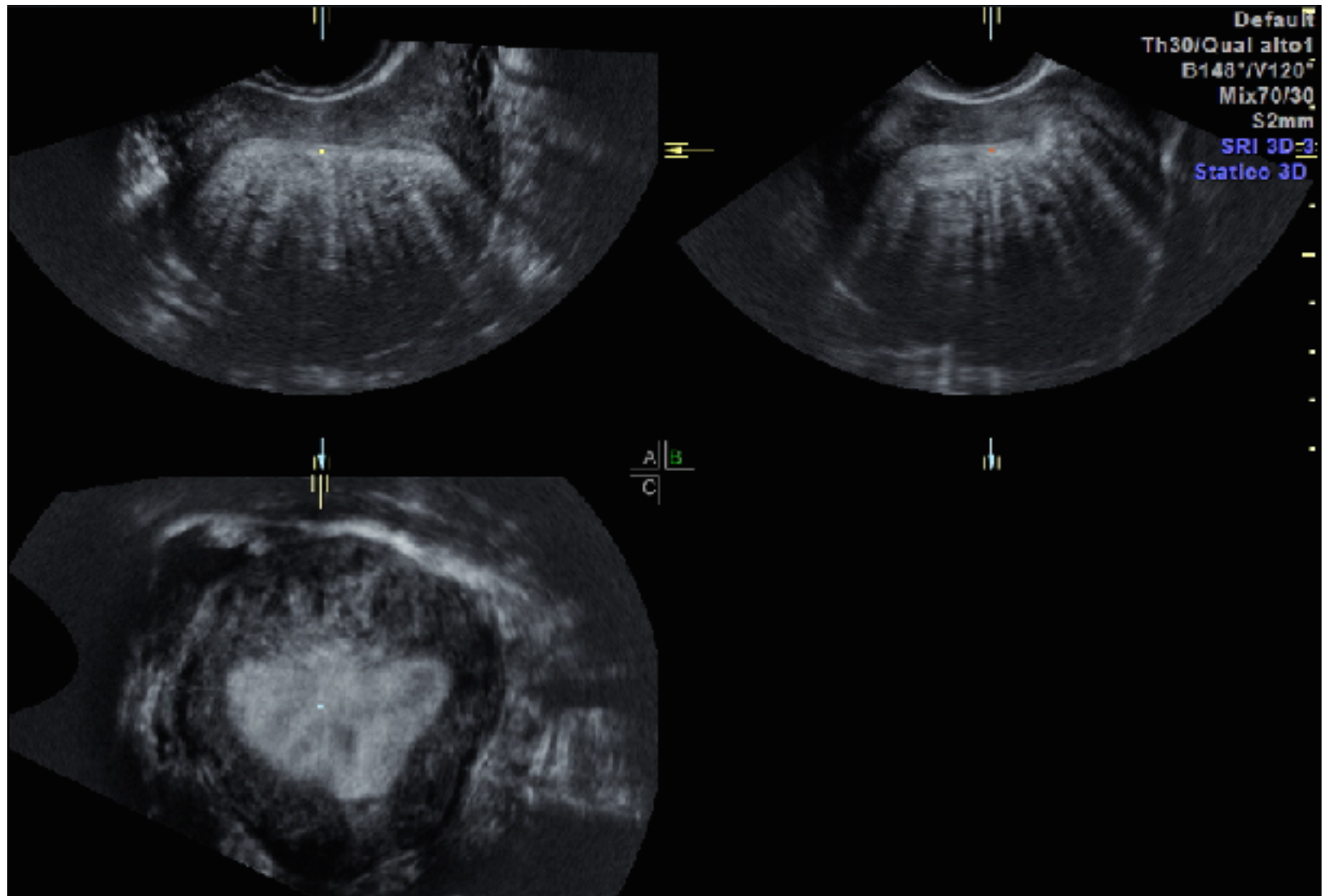
étiologies « structurelles » organique(PALM)

A. Adénomyose – AUB-A

**B. Controversé comme
cause de saignement**

**C. Diagnostiqué avec
échographie, IRM,
anatomopathologie**





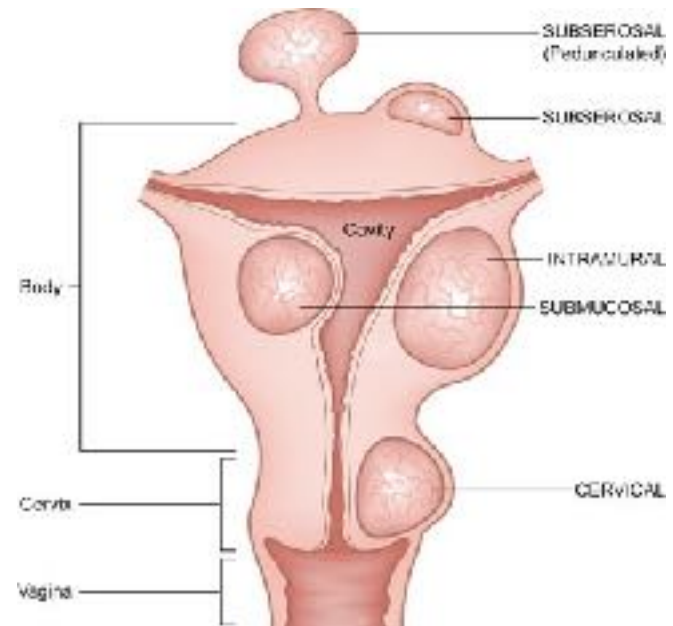
étiologies « structurelles » organique(PALM)

A. Leiomyome – AUB-L

- sous muqueux
- Intramural- interstitiel
- sous serreux

B. diag ex clinique, echo ,
IRM

C. saignement abondant
régulier



D10628-13-06-03-3 DDR=28.05.201 7.7cm / 1.1 / 25Hz TIs 0.1

03.06.2013 10:08:55

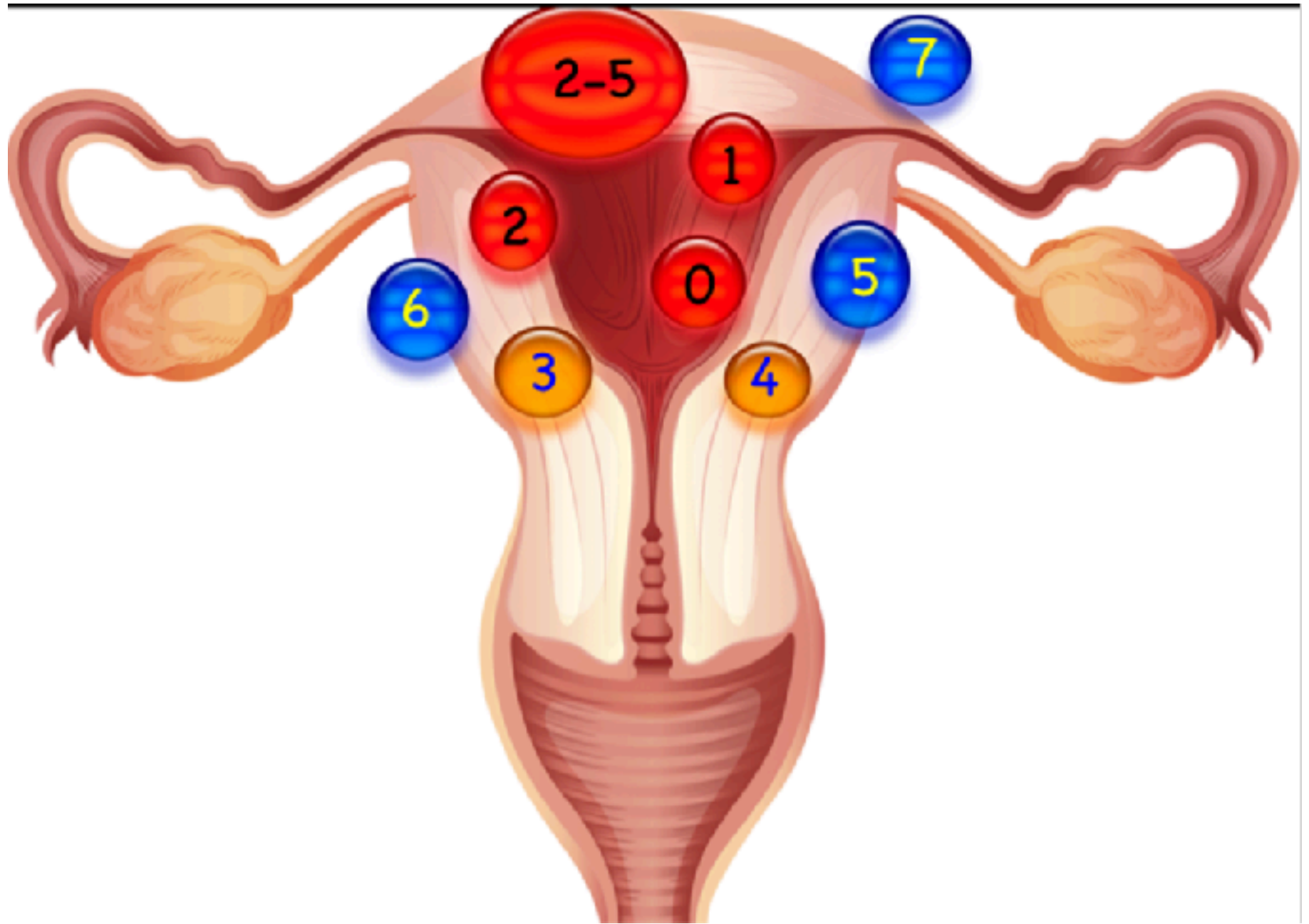
Uterus
14.50 - 4.20
100 Hz
Cn -4
C6 / M4
P3 / E1
SRI II 3

Volume
E8

Ut-L

Ut-H

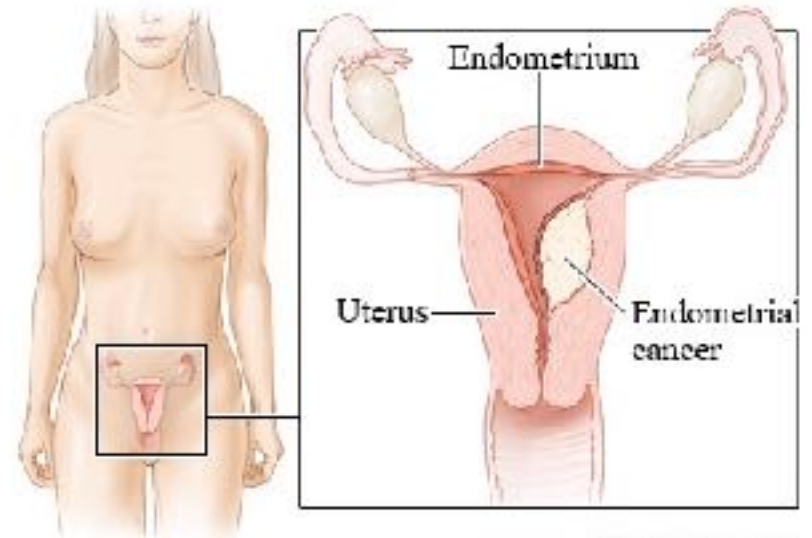
Ut-L 102.53mm

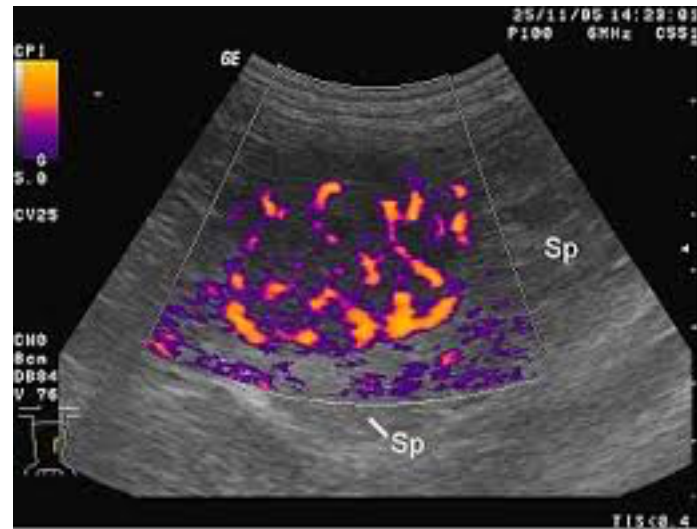
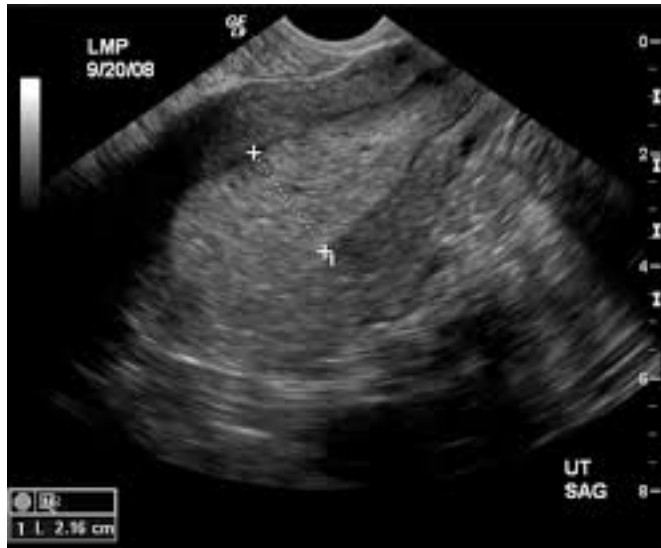




étiologies « structurelles » organique(PALM)

- A. Malignité et hyperplasie – **AUB-M**
- B. Diag par biopsie
- C. Saignement irrégulier





étiologies « non-structurelles » organique COEIN

Coagulopathies or troubles hemorragiques

Ovulatory dysfunction

Endometrial

Iatrogenic sources (medications, smoking)

Not yet classified

Elements orientation vers des troubles de l'hémostase

- ★ Saignements menstruels abondants depuis la ménarche L'un des suivants:
 - Hémorragie post-partum
 - Saignement chirurgical
- ★ Saignement associé au soins dentaires Deux ou plusieurs des symptômes suivants:
 - Ecchymoses 1-2 fois par mois
 - Epistaxis 1-2 fois par mois
 - Saignement des gencives fréquentes
 - Antécédents familiaux de symptômes hémorragiques

Causes of AUB - Anovulatory

A. cause la plus fréquente des metrorragies

B. plusieurs causes d'anovulation

1. Physiologique
2. sopk
3. Stress, changement poids, exercice physique
4. Endocrine
 - Thyroïde, PRL
 - tumeur Secretante

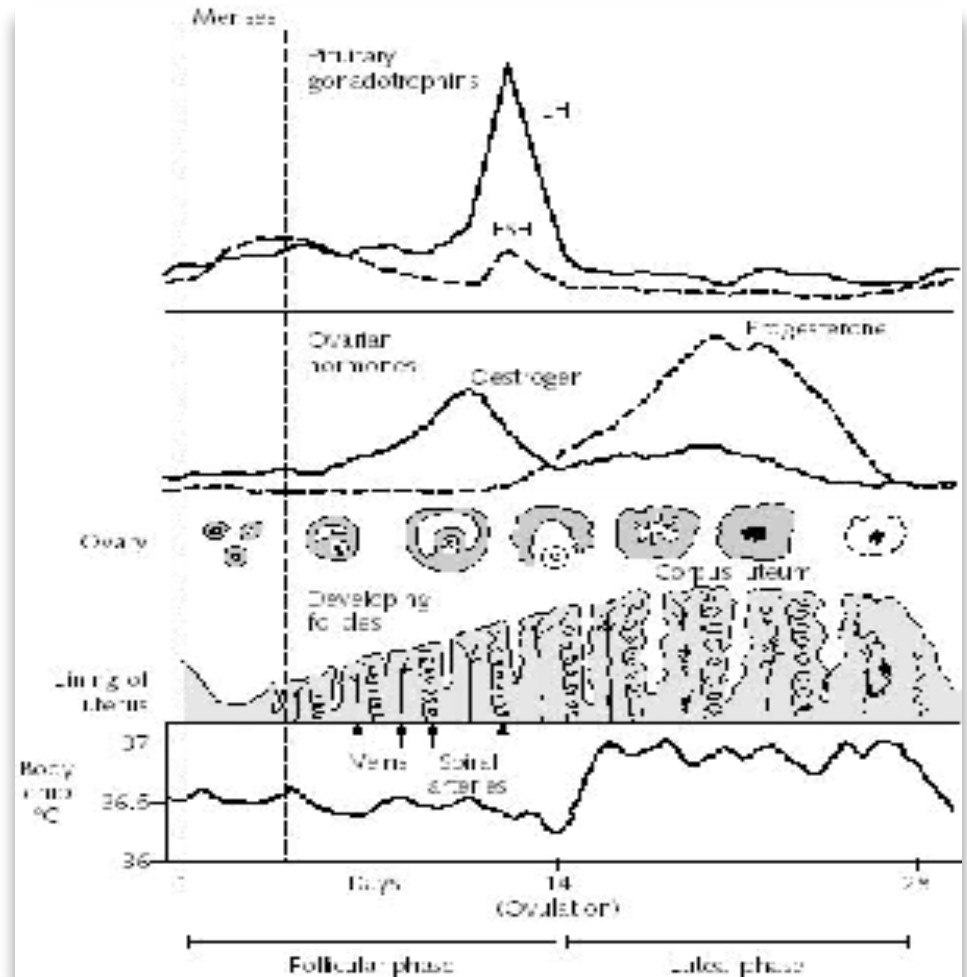


Tableau 2.1. Médicaments pouvant être associés aux saignements utérins anormaux

Anticoagulants

Antidépresseurs (inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine et agents tricycliques)¹

Contraceptifs hormonaux

Tamoxifène

Antipsychotiques (première génération et risperidone)^{2,3}

Corticostéroïdes

Plantes médicinales : ginseng⁴, vitex agnus-castus⁵, dan shen⁶

Alors Elle saigne, quoi faire?!?

Diagnosis: H&P

A. Histoire maladie

1. Aiguë vs Chronique
2. Caractériser le profil de saignement
3. Saignement menstruel hx (y compris la sévérité et la douleur assoc)
4. ATCDS Fam: METRORRAGIES/ troubles de la coagulation
5. Meds: warfarine, héparine, AINS, OCP, ginkgo, ginseng, motherwort

B. ex physique

1. SOPK: obésité, hirsutisme, acné
2. Dysfonction thyroïdienne: intolérance au froid / chaleur, peau sèche, léthargie, proptose
3. DIAB: acanthosis nigricans
4. Trouble de la coagulation: pétéchie, pâleur, signes d'hypovolémie
5. Examen pelvien
6. ○ Est-ce de l'utérus ?!

Tableau 2.2. Examen physique

Évaluation générale

Examen gynécologique

Signes vitaux

Inspection : Vulve, vagin, col utérin, anus et urètre

Poids/IMC

Examen bimanuel de l'utérus et des structures annexielles

Examen de la thyroïde

Examen rectal, lorsque la présence de saignements rectaux est soupçonnée ou en présence d'un risque de pathologie concomitante

Examen de la peau (pâleur, contusions, vergetures, hirsutisme, pétéchies)

Dépistage : Frottis de Pap, cultures cervicales (en présence d'un risque d'ITS)

Examen abdominal (masse, hépatosplénomégalie)

Diagnostic: Labs and Imaging

A. Labo

1. Test de grossesse (forte recommandation)
2. NFS (Forte recommandation)
3. Dépistage ciblé des troubles de la coagulation (si indiqué)
4. TSH
5. Gonorrhée / Chlamydia chez les patients à haut risque

2. Imagerie:

1. échographie pelvienne
2. Sonohysterographie
3. Hysteroscopie
4. IRM

C. biopsie endomètre

CONSEIL CLINIQUE

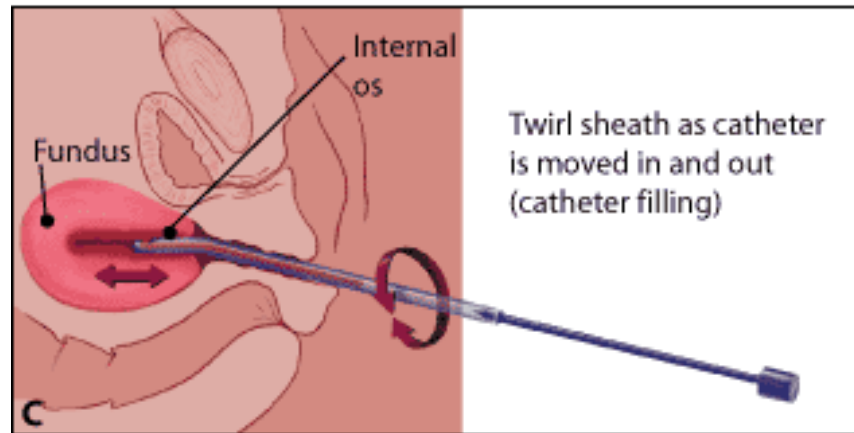
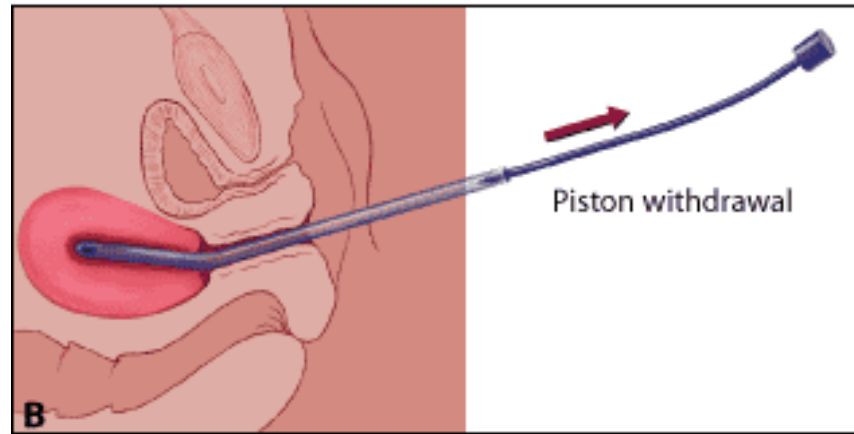
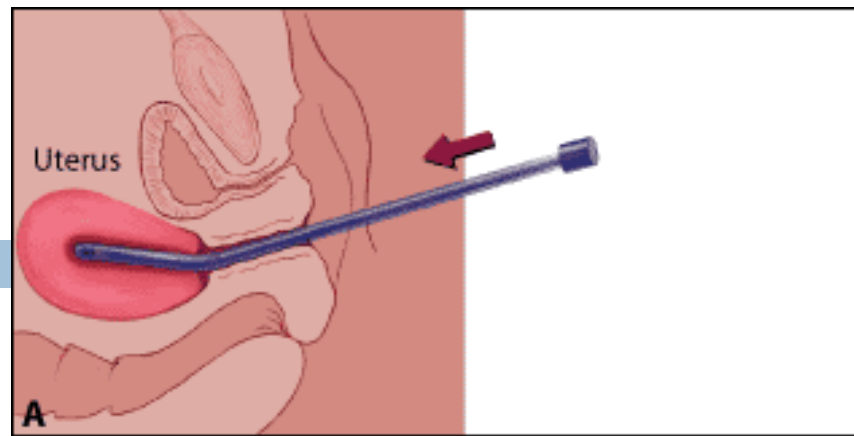
1. Indications de la biopsie endométriale chez les femmes qui présentent des saignements utérins anormaux
 - Âge > 40 ans
 - Facteurs de risque de cancer de l'endomètre (reportez-vous au [Tableau 2.4](#))
 - Échec du traitement médical
 - Métrorragie considérable
2. Envisagez d'avoir recours à la biopsie endométriale chez les femmes qui connaissent des règles sporadiques semblant indiquer la présence de cycles anovulatoires.

quelle patiente doit avoir une biopsie de l'endomètre ?

24

- Femmes âgées de plus de 45 ans en première ligne
- les femmes présentant des saignements persistants réfractaires aux médicaments, indépendamment de l'âge
- femmes âgées de moins de 45 ans présentant des facteurs de risque pour l'endomètre le cancer, tel que
 - obésité (indice de masse corporelle > 30 kg / m²)
 - nulliparité
 - hypertension
 - syndrome des ovaires polykystiques
 - diabète
 - cancer colorectal héréditaire sans polypose
 - antécédents familiaux de cancer de l'endomètre

biopsie Endometre



Category	Days [past 6 months]	Normal or Abnormal	<input checked="" type="checkbox"/>
Frequency	every <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> days	Absent [no periods or bleeding] = amenorrhea	<input type="checkbox"/>
		Frequent (<24 days)	<input type="checkbox"/>
		Normal (24 to 38 days)	<input type="checkbox"/>
		Infrequent (>38 days)	<input type="checkbox"/>
Duration	shortest: <input type="text"/> <input type="text"/> days	Prolonged (>8 days)	<input type="checkbox"/>
	longest: <input type="text"/> <input type="text"/> days	Normal (up to 8 days)	<input type="checkbox"/>
Regularity	shortest: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> days	Regular variation (shortest to longest ≤ 9 days)	<input type="checkbox"/>
	longest: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> days	Irregular (shortest to longest 10+ days)	<input type="checkbox"/>
Flow volume	As determined by the patient - based on her assessment of the impact on her quality of life	Heavy	<input type="checkbox"/>
		Normal	<input type="checkbox"/>
		Light	<input type="checkbox"/>
Intermenstrual Bleeding (IMB) <small>Bleeding between cyclically regular onset of menses</small>	None		<input type="checkbox"/>
	Random		<input type="checkbox"/>
	Cyclic (Predictable)	Early Cycle	<input type="checkbox"/>
		Mid Cycle	<input type="checkbox"/>
Late Cycle		<input type="checkbox"/>	
Unscheduled Bleeding on Hormone Medication <small>(eg Birth Control Pills, Rings or Patches)</small>	Not Applicable [not on hormone medication]		<input type="checkbox"/>
	None [on hormone medication]		<input type="checkbox"/>
	Present		<input type="checkbox"/>

Figure 1. FIGO system 1. Nomenclature and definitions. Gone are the terms 'menorrhagia', 'menometrorrhagia', and 'oligomenorrhea', and other poorly defined and inconsistently used terms. There are four basic criteria to define menses: frequency, duration, regularity, and volume, all as reported by the patient. Intermenstrual bleeding is reported only when one can clearly define normal ovulatory menses. Unscheduled bleeding when using hormonal medications is reported separately.

FIGO classification system (PALM-COEIN)

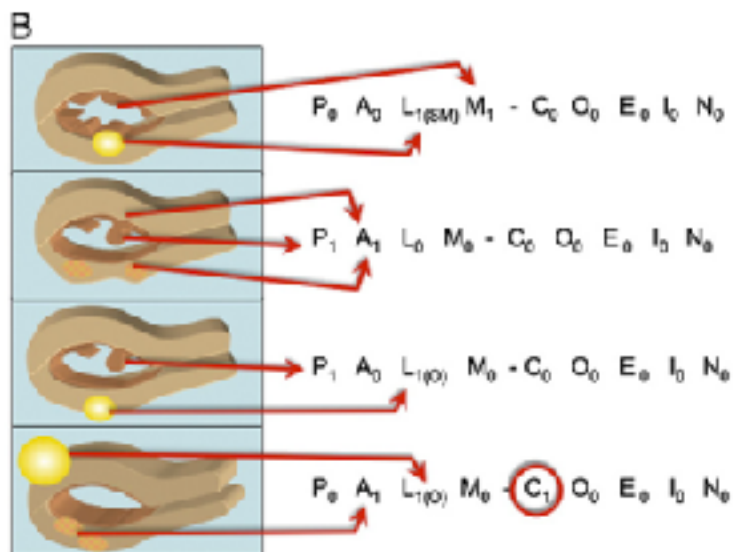
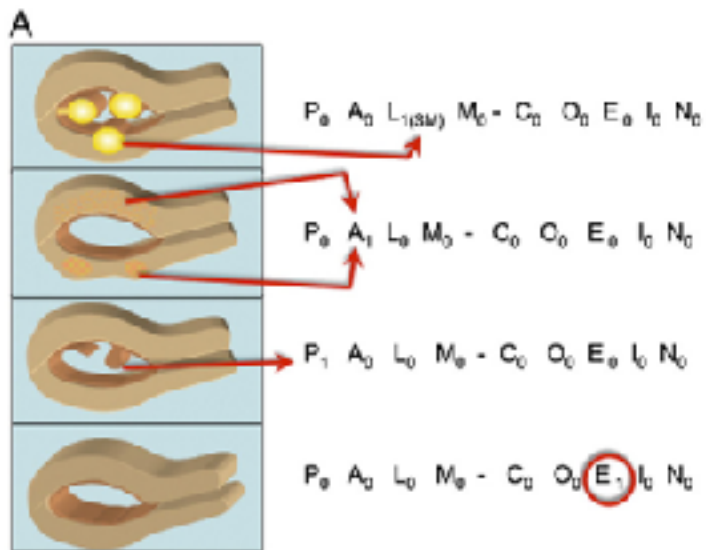
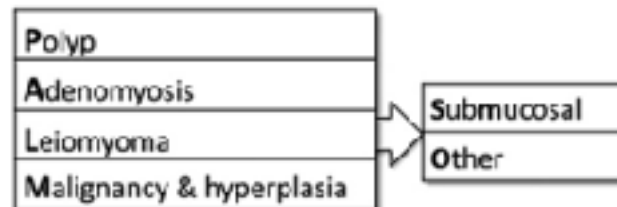
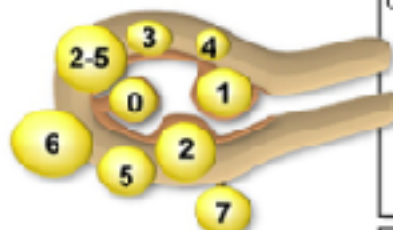


Fig. 3 Notation. **A.** In all cases, the presence or absence of each criterion is noted using "0" if absent, "1" if present, and "7" if not yet assessed. Each of the cases shown has 1 abnormality identified. From the top: at least one submucosal leiomyoma [$L_{1(SM)}$]; adenomyosis (A)—focal and/or diffuse; endometrial polyps (P); and an absence of any abnormality, leaving endometrial causes (E) as a diagnosis of exclusion. **B.** Each of the cases shown has more than 1 positive category. From the top: submucosal leiomyoma and atypical endometrial hyperplasia (M), as diagnosed by endometrial sampling; endometrial polyps and adenomyosis; endometrial polyps and subserosal leiomyoma [L_2]; and adenomyosis, subserosal leiomyoma and coagulopathy (C), as determined by positive screening test and subsequent biochemical confirmation of von Willebrand disease.

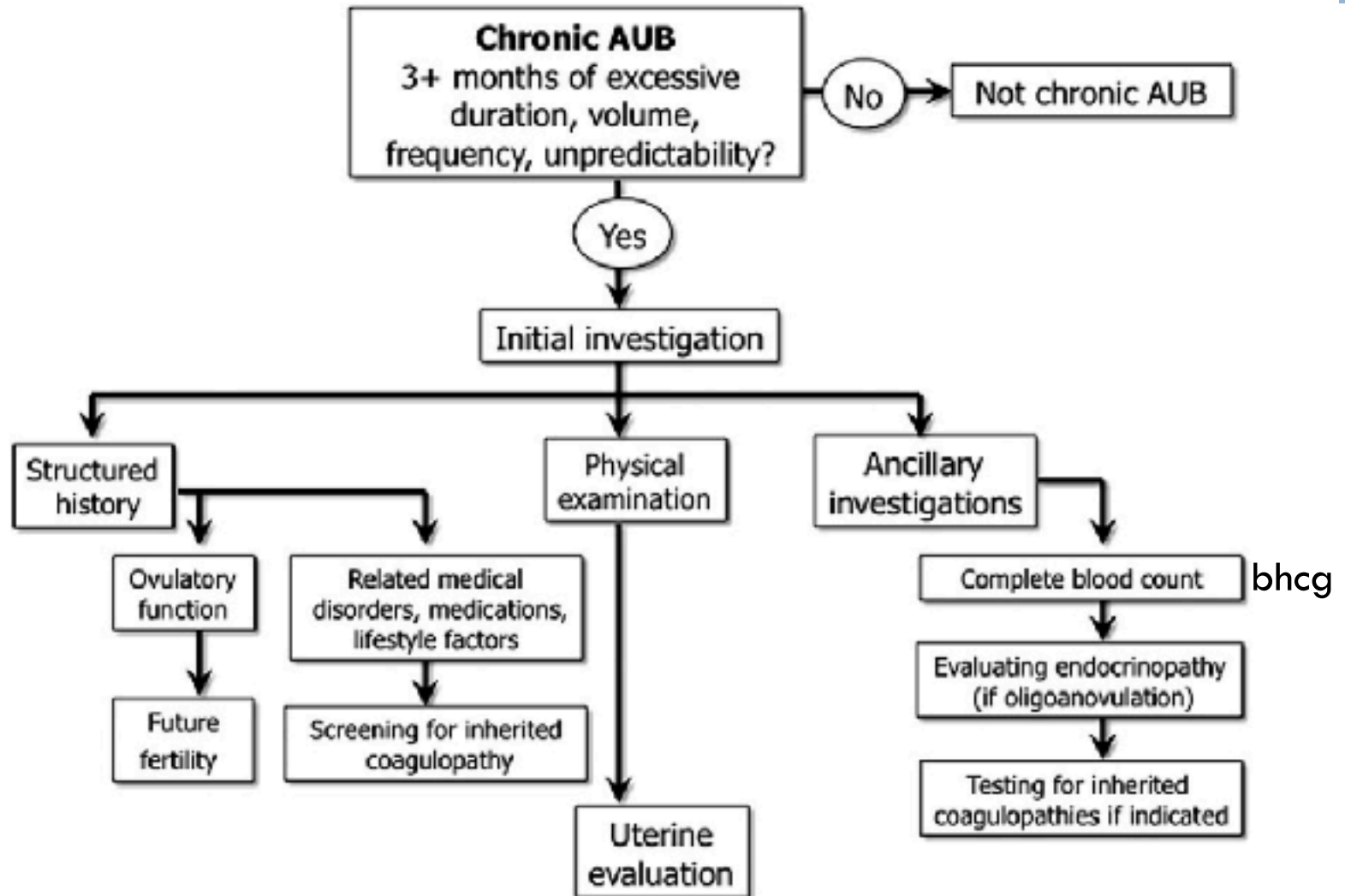


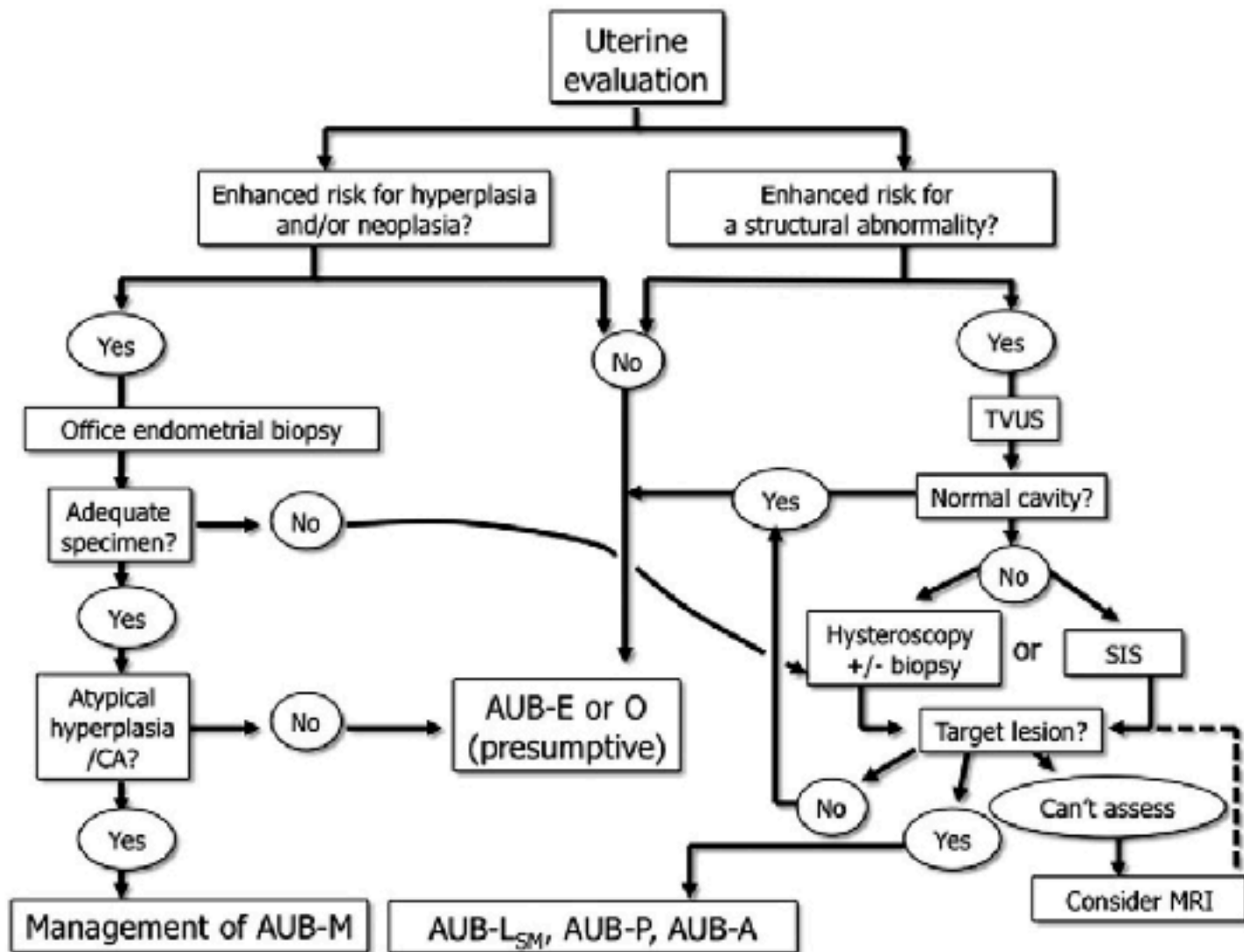
Coagulopathy
Ovulatory dysfunction
Endometrial
Iatrogenic
Not yet classified

Leiomyoma subclassification system



SM - Submucosal	0	Pedunculated intracavitary
	1	<50% intramural
	2	≥50% intramural
O - Other	3	Contacts endometrium; 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subserosal ≥50% intramural
	6	Subserosal <50% intramural
	7	Subserosal pedunculated
	8	Other (specify e.g. cervical, parasitic)
Hybrid leiomyomas (impic: both endometrium and serosa)	Two numbers are listed separated by a hyphen. By convention, the first refers to the relationship with the endometrium while the second refers to the relationship to the serosa. One example is below	
	2-5	Submucosal and subserosal, each with less than half the diameter in the endometrial and peritoneal cavities, respectively.





Saignements utérins anormaux (AUB) : Pathologies structurales (PALM) et aiguës



Problématique	Code FIGO	Entretien	Examen	Paraclinique	Prise en charge
Aigu Nécessite une intervention (Faire le diagnostic étiologique)	-	<ul style="list-style-type: none"> • Profil de saignement : Quantité, Fréquence changement garnitures, caillots, • Symptômes d'anémie : Céphalées, Palpitations, Dyspnée, Malaises, Fatigue, Pica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes physiques : Poids, TA, Recherche hypotension ortho (HTAo) • Cutané : Pâleur • Inspection : vulve, vagin, col, anus et urètre. Traumatisme, hymen... Quantification en compresses 	<ul style="list-style-type: none"> • Numération globulaire, plaquettes • Autres biologie fonction du contexte : TP, TCA, fibrinogène, prétransfusionnel. • Imagerie : Echographie par voie vaginale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acide Tranexamique 2. Oestroprogestatifs multidoses 3. Progestatifs multidoses 4. Agonistes GnRH + Inhibiteurs aromatase + Sonde de Foley utérine gonflée à 3 ou 10 mL
Grossesse et ses complications	-	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualité et reproduction : Type contraception, Risque grossesse, désir grossesse, infertilité connue. • Symptômes associés : Augmentation périmètre abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes physiques : Poids, TA, HTAo. • Abdomen : Douleur, Distension. • Inspection : Quantification • Toucher bimanuel : Douleurs, taille utérus, masses, culs-de-sac, Douglas 	<ul style="list-style-type: none"> • HCG plasmatique, Numération globulaire, plaquettes • Imagerie : Echographie par voie vaginale 	Spécifique à l'étiologie
Polype	AUB-P	<ul style="list-style-type: none"> • Profil de saignement : Quantité, Fréquence changement garnitures, caillots, Chronologie/cycle. • Sexualité et reproduction : Type de contraception. • Symptômes évocateurs cause systémique : Surpoids, obésité, SOPK. 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes physiques : Poids (IMC). • Inspection : Quantification en compresses 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagerie : Echographie par voie vaginale ou hystérosonographie • Sur indication : Biopsie de l'endomètre, Hystérocopie ambulatoire. 	Chirurgicale (Ablation)
Adénomyose	AUB-A	<ul style="list-style-type: none"> • Profil de saignement : Quantité, Fréquence changement garnitures, caillots, Chronologie/cycle. • Sexualité et reproduction : Type de contraception, infertilité connue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspection : Quantification en compresses • Toucher bimanuel : Douleurs, taille de l'utérus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagerie : Echographie par voie vaginale • Sur indication : Hystérocopie ambulatoire, IRM... 	Médicale (cf Hyperménorrhée) Chirurgicale (Hystérectomie) si échec du traitement médical
Léiomyome (Myomes, Fibromes...)	AUB-L	<ul style="list-style-type: none"> • Profil de saignement : Quantité, Fréquence changement garnitures, caillots, Chronologie/cycle. • Symptômes associés : Dysfonction vésicale ou digestive. • Sexualité et reproduction : Type de contraception, infertilité connue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen : Douleur, Distension, Masse palpable. • Toucher bimanuel : taille de l'utérus, masses, culs-de-sac 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagerie : Echographie par voie vaginale ou hystérosonographie • Sur indication : Hystérocopie ambulatoire. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ullipristal (Exrya[®]) 2. SIU Miréna si cavité pas déformée 3. Oestroprogestatifs oraux. 4. AINS (seuls ou associés) 5. Acide tranexamique Chirurgie, embolisation... si traitement inefficace
Malin (Cancer col, endomètre...)	AUB-M	<ul style="list-style-type: none"> • Profil de saignement : Quantité, Chronologie/cycle. • Sexualité et reproduction : Type de contraception, ATCD IST, FCU, infertilité. • Symptômes assoc : ↑ périmètre abdo. • Symptômes évocateurs cause systémique : Surpoids, obésité, SOPK. • Antécédents familiaux : Cancers hormonosensibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes physiques : Poids (IMC). • Abdomen : Distension, Masse palpable, Hépatomégalie. • Inspection : vulve, vagin, col, anus. • Toucher bimanuel : masses. • Examen rectal si suspicion de saignement rectal • Prélèvements : FCU si nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagerie : Echographie par voie vaginale ou hystérosonographie • Sur indication : Biopsie de l'endomètre, Hystérocopie ambulatoire, colposcopie/biopsies. 	Prise en charge cancérologique fonction de l'étiologie.

