

Item 243 : Hémorragie génitale chez la femme

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

Pré-Requis.....	3
OBJECTIFS	3
INTRODUCTION.....	3
I Quels sont les différents types d'hémorragies génitales ?	3
I.1 Les hémorragies génitales basses.....	4
I.2 Les hémorragies génitales hautes	4
I.3 Les ménorragies	4
I.3.1 Rappel : règles normales.....	4
I.3.2 Saignements anormaux pendant les règles	4
I.3.2.1 Les ménorragies	4
I.3.2.2 Les polyménorrhées	4
I.3.2.3 Les hyperménorrhées	5
I.3.2.4 Les macroménorrhées.....	5
I.3.2.5 Les pollakiménorrhées.....	5
I.4 Les métrorragies	6
II Quelle est la stratégie diagnostique de première intention en présence d'une hémorragie génitale survenant chez une femme jeune ?.....	6
III Quelles sont les possibilités thérapeutiques en urgence ?	10
IV Quelles sont les causes hormonales à l'origine de ménométrorragies ?	11
V Quelle est la conduite à tenir en cas de métrorragies en postménopause ?.....	11
VI Quelle est la conduite à tenir en cas de métrorragies chez l'enfant ?	13
VII Annexes	14
Glossaire.....	14
Bibliographie	21
Recommandation	22
Abréviations.....	22

PRE-REQUIS

- Anatomie des organes génitaux internes et externes
- Physiologie du cycle menstruel
- Physiologie de l'endomètre
- Mécanismes des menstruations
- Histologie de l'utérus et du col utérin
- Modes d'action des hormones stéroïdes au niveau cellulaire
- Flore vaginale saprophyte et pathogène
- Virologie des HPV et actions cellulaires

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une hémorragie génitale chez la femme.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier son suivi.

INTRODUCTION

Les hémorragies génitales représentent un des motifs de consultation les plus fréquents en gynécologie. La première étiologie à rechercher chez la femme jeune est la grossesse. Le plus souvent ces hémorragies génitales sont liées à un trouble hormonal.

I QUELS SONT LES DIFFERENTS TYPES D'HEMORRAGIES GENITALES ?

Les hémorragies génitales sont les pertes de sang provenant de l'appareil génital féminin et extériorisées par l'orifice vulvaire et qui ne sont pas des règles normales.

On distingue les hémorragies génitales suivantes.

I.1 LES HÉMORRAGIES GÉNITALES BASSES

Ce sont les saignements en provenance de la partie basse de l'appareil génital. On distinguera les hémorragies vulvaires, les hémorragies vaginales et les hémorragies cervicales. Pour ces dernières, il est classique de rattacher les hémorragies de la partie visible du col aux hémorragies génitales basses et les hémorragies de l'endocol (*cf. glossaire*) aux hémorragies génitales hautes.

I.2 LES HÉMORRAGIES GÉNITALES HAUTES

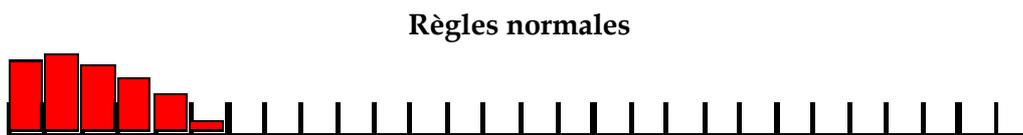
Par définition ce sont les saignements en provenance de la cavité utérine, extériorisés par le col. Il est habituel de classer ces saignements en fonction de leur survenue par rapport aux règles.

I.3 LES MENORRAGIES

Les ménorragies (*cf. glossaire*) sont les saignements contemporains des règles.

I.3.1 Rappel : règles normales

La durée des règles normales se situe entre 3 et 6 jours et l'abondance entre 50 et 80 ml. Classiquement les règles sont plus abondantes les 3 premiers jours et moins abondantes ensuite. Le sang des règles normales est incoagulable.



I.3.2 Saignements anormaux pendant les règles

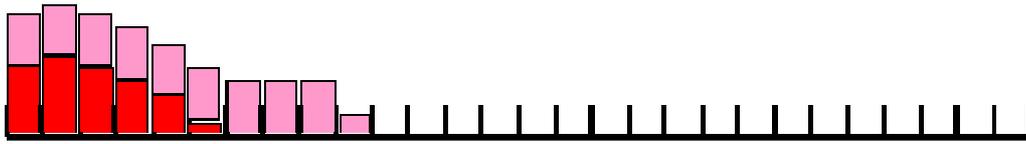
I.3.2.1 Les ménorragies

Ce sont les anomalies du cycle menstruel par augmentation de la durée ou de l'abondance des règles. Par définition les ménorragies concernent les patientes en âge de procréer et non enceintes puisque réglées.

I.3.2.2 Les polyménorrhées

Les polyménorrhées (*cf. glossaire*) sont les règles avec anomalies de la durée et de l'abondance.

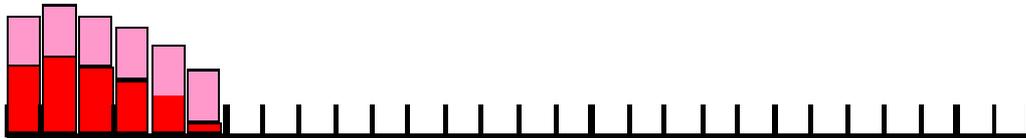
Polyménorrhées



I.3.2.3 Les hyperménorrhées

Lors d'hyperménorrhées (*cf. glossaire*), les règles sont de durée normale mais trop abondantes (> 80 ml).

Hyperménorrhées



I.3.2.4 Les macroménorrhées

Lors de macroménorrhées (*cf. glossaire*), les règles sont trop longues mais d'abondance normale (> 6 jours).

Macroménorrhées



I.3.2.5 Les pollakiménorrhées

Lors de pollakiménorrhées (*cf. glossaire*), les règles sont trop fréquentes, donc les cycles sont trop courts.

Pollakiménorrhées



I.4 LES METRORRAGIES

Par opposition aux ménorragies, les métrorragies (*cf. glossaire*) sont les hémorragies génitales hautes survenant en dehors des règles.

On peut classer les métrorragies de différentes manières :

Des hémorragies sans caractère cyclique voire des hémorragies provoquées par un contact (examen médical, traumatisme ou rapport sexuel) et des hémorragies cycliques dont trois aspects sont fréquents : les saignements vers le 14^e jour au moment de l'ovulation, les saignements précédant les règles, souvent associés à un cortège fonctionnel plus complet du Syndrome PréMenstruel (*cf. glossaire*) (SPM) et directement liés à l'insuffisance lutéale (*cf. glossaire*) ou les saignements en période postmenstruelle sous forme de règles traînantes liées à la carence œstrogénique (*cf. glossaire*) en début du cycle.

En réalité, il existe fréquemment des ménométrorragies (*cf. glossaire*) associant des saignements au moment des règles et en dehors des règles.

II QUELLE EST LA STRATEGIE DIAGNOSTIQUE DE PREMIERE INTENTION EN PRESENCE D'UNE HEMORRAGIE GENITALE SURVENANT CHEZ UNE FEMME JEUNE ?

Le premier réflexe est de rechercher une grossesse intra-utérine ou une pathologie du 1^{er} trimestre de grossesse. Il faudra au minimum :

- vérifier la date des dernières règles,
- examiner la femme,
- doser les β -hCG,
- au moindre doute réaliser une échographie.

Les étapes diagnostiques sont les suivantes (après avoir écarté le diagnostic de grossesse) :

- **Interrogatoire :**
 - âge,
 - antécédents familiaux : troubles de l'hémostase (*cf. glossaire*),
 - antécédents médicaux et chirurgicaux : curetage, coelioscopie (*cf. glossaire*) (GEU), fibrome (*cf. glossaire*),

- antécédents gynéco-obstétricaux : âge des premières règles, troubles des règles, contraception actuelle, traitements en cours (hormonaux ou autres), fibrome, endométriose (*cf. glossaire*), DIU, salpingite (*cf. glossaire*) MST,
- caractères du saignement : circonstances d'apparition des saignements et leur relation chronologique avec les règles, ancienneté des troubles, date des dernières règles, mode de début, abondance, durée, calendrier...,
- signes de gravité : pâleur, malaise, douleurs vives => prise en charge urgente,
- signes d'accompagnement : douleurs, dyspareunie (*cf. glossaire*), leucorrhées (*cf. glossaire*).
- **Examen clinique :**
 - général : témoin d'une anémie aiguë (TA, pouls, conjonctives) => prise en charge urgente,
 - seins : tendus (grossesse ?),
 - abdomen : souple ou météorisé (*cf. glossaire*), douleur provoquée, défense, contracture, masse abdominopelvienne,
 - gynécologique :
 - Après une inspection de la vulve et du périnée, l'introduction du spéculum (*cf. glossaire*) permet une exploration du col utérin et la réalisation éventuelle du frottis de dépistage (en l'absence de saignement). On identifie sous spéculum l'origine et abondance du saignement. Les parois vaginales sont examinées au retrait du spéculum,
 - Toucher vaginal :
 - Taille de l'utérus, douleur à la mobilisation,
 - Perception des annexes, douleurs, empâtement, masse,
 - Douleur et nodules au niveau du cul-de-sac de Douglas (*cf. glossaire*) ?
 - Dans certains cas un toucher rectal peut être nécessaire pour apprécier la face postérieure de l'utérus, les ligaments utéro-sacrés et le cul-de-sac de Douglas.

Au terme de l'interrogatoire et l'examen clinique, il existe plusieurs situations :

Une cause est évidente :

- DIU en cours d'expulsion ou endométrite (*cf. glossaire*) associée,
- Salpingite (*cf. Item 88 : Infections génitales de la femme : Salpingites : http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item88_2/site/html*)

- Utérus fibromateux perçu cliniquement mais tous les fibromes n'entraînent pas des saignements (cf. *Item 342 : Tuméfaction pelvienne chez la femme : Fibrome* : http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item342_2/site/html)
- Cancer du col utérin : col bourgeonnant, femme non suivie (cf. *Item 147 : Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin : Tumeurs malignes du col utérin* : http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item147_2/site/html)

NB. En cas de lésion cervicale visible le frottis cervical n'est pas indiqué. Il convient de faire une biopsie en vue du diagnostic anatomopathologique.

Le plus souvent l'examen clinique permet de hiérarchiser les explorations paracliniques utiles au diagnostic.

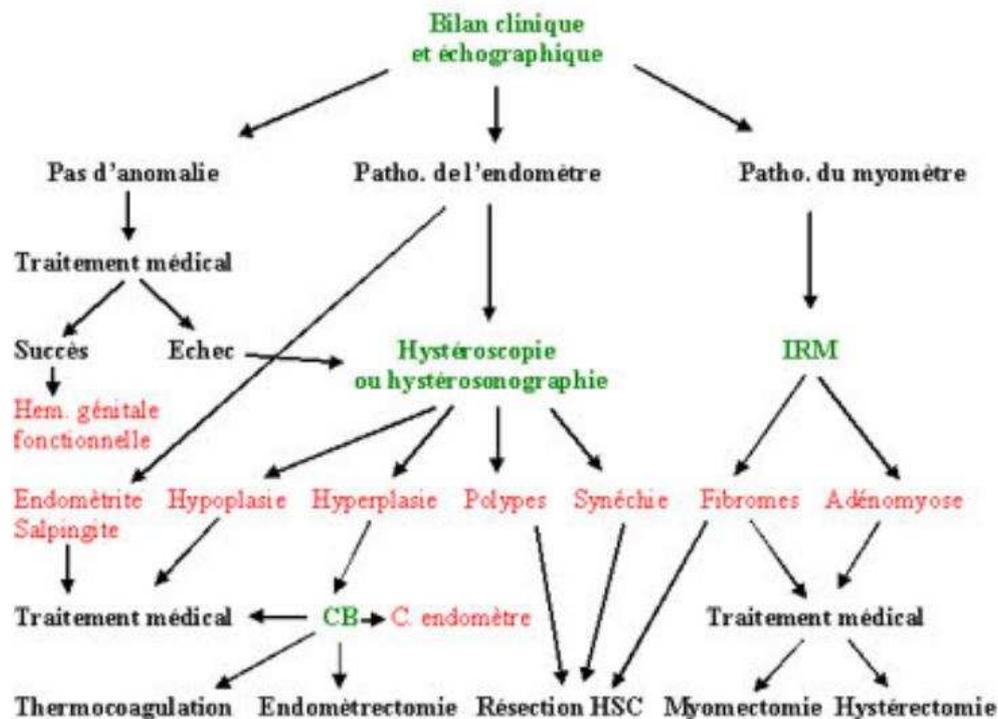
- Bilan biologique (nécessaire pour éliminer le diagnostic de grossesse, quantifier une anémie ou rechercher un syndrome inflammatoire ou un trouble de la coagulation : NFS, groupe et rhésus, +/- hCG, +/- facteurs de coagulation),
- Échographie pelvienne et endovaginale : elle permet une exploration très précise de l'endomètre (cf. *glossaire*), de la cavité utérine, du myomètre (cf. *glossaire*) et des ovaires. Du fait de la simplicité de sa réalisation à tout moment du cycle et de son innocuité, il s'agit d'un examen de première intention qui fournit des éléments d'orientation pertinents pour les fibromes, les tumeurs annexielles et les polypes (cf. *glossaire*).
- Les examens anatomopathologiques :
 - Le frottis cervical est un examen de dépistage. Il ne devrait pas être prélevé au cours d'un saignement qui peut en gêner l'interprétation. Il n'est pas indiqué en cas de lésion cervicale visible qui doit faire l'objet d'une biopsie en vue du diagnostic anatomopathologique.
 - Les prélèvements histologiques de la muqueuse endométriale réalisés soit par aspiration, pipelle de Cornier (cf. *glossaire*), sonde de Karman (cf. *glossaire*), canule de Novak (cf. *glossaire*) ou par curetage sont pratiqués en aveugle. Leur sensibilité varie de 70 à 95 % pour le diagnostic de cancer. Après la ménopause (cf. *glossaire*) l'atrophie endométriale explique les prélèvements fréquemment insuffisants ou ininterprétables. Les prélèvements dirigés par l'hystérocopie (cf. *glossaire*) ou le curetage réalisés sous anesthésie générale constituent des explorations plus fiables.
- L'hystérocopie diagnostique peut être réalisée en ambulatoire sans anesthésie. L'hystérocopie renseigne sur l'état de l'endomètre (atrophie ou hypertrophie), les

polypes et les fibromes intracavitaires dont elle précise le nombre, la localisation et le volume. Le diagnostic d'adénomyose (*cf. glossaire*) est plus difficile à poser. Les aspects hystéroscopiques du cancer de l'endomètre sont très variables (ulcération, végétation, aspect polypoïde) dont l'hystéroscopie peut guider le prélèvement histologique, préciser l'extension en surface mais elle ne permet pas d'apprécier l'atteinte en profondeur.

- D'autres examens complémentaires sont réalisés en fonction des orientations étiologiques.
 - Les prélèvements bactériologiques cervico-vaginaux ou la mise en culture du dispositif intra-utérin sont faits lorsqu'on suspecte une cause infectieuse.
 - L'IRM et le scanner peuvent utilement préciser la nature d'un kyste de l'ovaire (*cf. glossaire*) et compléter le bilan d'extension des pathologies cancéreuses, cervicales, endométriales (rares à cet âge) et ovariennes
 - **une pathologie du myomètre responsable de ménorragies** : fibrome sous-muqueux => hystéroscopie ou hystérosonographie (*cf. glossaire*) puis traitement chirurgical par endoscopie (*cf. glossaire*),
 - **une adénomyose** de diagnostic plus difficile à l'échographie : endométriose interne localisée au niveau de la paroi utérine => intérêt de l'IRM puis traitement hémostatique en créant une aménorrhée (*cf. glossaire*) ou par hystérectomie (en fonction de désir de grossesse), pour certaines formes d'adénomyose très superficielles une résection endométriale totale peut s'avérer efficace.
 - **une pathologie de l'endomètre** : hypertrophie de l'endomètre, polype muqueux, polype de l'endocol accouché par le col, rarement un cancer de l'endomètre à cet âge => hystéroscopie ou hystérosonographie puis curetage et/ou traitement progestatifs,
 - **une pathologie tubaire** : pyosalpinx (*cf. glossaire*) (métrorragies dans 40 % des cas) => coelioscopie, et/ou antibiothérapie.
 - **une pathologie ovarienne** : kyste de l'ovaire ou tumeur sécrétante => coelioscopie.

Si l'échographie pelvienne est normale, on pourra pratiquer une IRM ou plutôt un traitement d'épreuve par progestatifs du 15 au 25e jour du cycle ou du 5 au 25e jour du cycle en cas de désir d'une contraception.

Stratégie des investigations devant des ménorragies : patiente en âge de procréer
(ménorragies préménopausiques)



III QUELLES SONT LES POSSIBILITES THERAPEUTIQUES EN URGENCE ?

- hémostatiques : Dicynone* (6 cp/j), Hémocaprol* (1 ampoule / 6 heures),
- utérotoniques (cf. glossaire) : Méthergin* XX gouttes 3 fois par jour ou Cytotec* (2 cp 3 fois par jour),
- progestatifs (cf. glossaire) de synthèse : Orgamétil* (2-3 cp/j), Lutenyl*, Surgestone*,
- œstrogène conjugué par voie intraveineuse relayé par un cycle artificiel,
- parfois, curetage hémostatique d'emblée,
- exceptionnellement un geste chirurgical invasif sera réalisé en urgence ; dans ces situations, on pourra discuter un traitement hémostatique par embolisation (cf. glossaire).

Le traitement sera ensuite étiologique.

IV QUELLES SONT LES CAUSES HORMONALES A L'ORIGINE DE MENOMETRORRAGIES ?

Hémorragies intermenstruelles : elles apparaissent au point le plus bas de la courbe thermique, sont peu abondantes, souvent associées à une douleur unilatérale discrète ; elles ne nécessitent pas de traitement.

Saignement prémenstruels : elles font partie du syndrome prémenstruel et correspondent à une insuffisance lutéale. Elles sont peu abondantes. Le traitement est basé sur des progestatifs du 15^e au 25^e jour du cycle ou du 5 au 25^e jour du cycle en cas de désir d'une contraception.

Saignements postmenstruels : elles correspondent le plus souvent à une insuffisance œstrogénique en début de cycle. Le traitement consiste à la compenser par des œstrogènes les 7 à 10 premiers jours du cycle.

Causes iatrogènes (cf. glossaire) : La prise progestative continue, l'arrêt prématuré de la pilule, sa prise irrégulière, la teneur inadaptée en œstrogène ou l'équilibre œstroprogestatif (cf. glossaire) inadapté sont les causes principales.

- sous œstroprogestatifs : spotting (cf. glossaire) sous pilule,
- sous progestatifs : métrorragies liées à une atrophie de l'endomètre.

V QUELLE EST LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE METRORRAGIES EN POSTMENOPAUSE ?

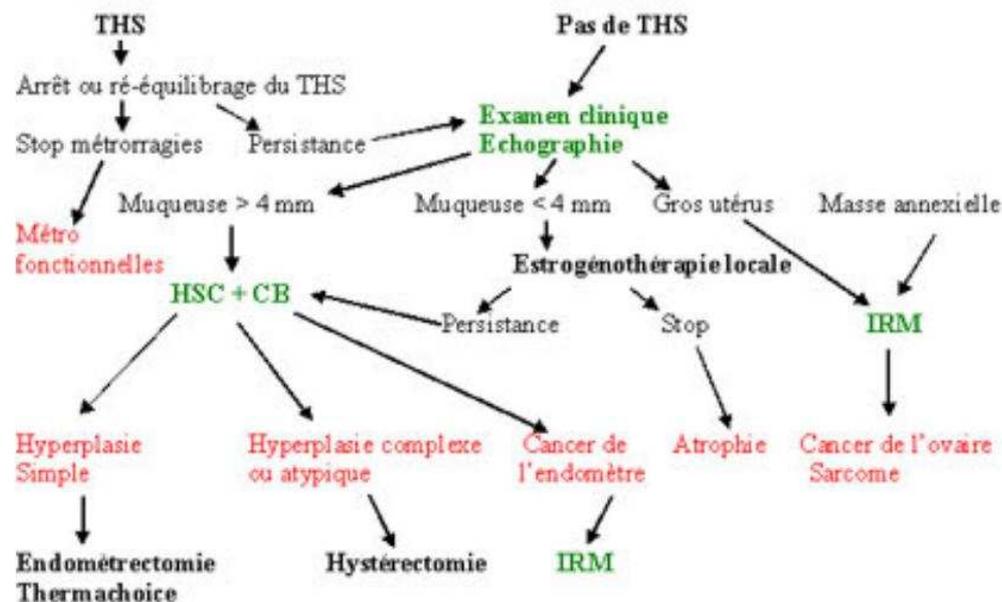
Les principales étiologies sont :

- Il faudra toujours craindre l'existence d'un **cancer de l'endomètre** à cette période de la vie génitale
 - Saignement sans caractéristiques cliniques,
 - Recherche de facteurs de risque (cf. Item 139 : Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item139/site/html>)
 - Examen clinique : le plus souvent peu démonstratif ; ce cancer saigne à un stade précoce,
 - L'échographie met en évidence une muqueuse épaisse (> 5 mm), hétérogène,
 - L'hystérocopie et le curetage permettent de faire le diagnostic.

- La chirurgie première représente la base du traitement du cancer de l'endomètre. Elle est essentielle pour l'évaluation pronostique. Elle permet une stratification grâce à l'exploration de la cavité abdominale et des chaînes ganglionnaires, et grâce à l'examen anatomopathologique de pièce opératoire.
- **En l'absence de THS :**
 - L'atrophie utérine peut être responsable de minimes saignements,
 - Cliniquement, il existe des signes de carence œstrogénique (atrophie vulvo-vaginale),
 - L'échographie met en évidence un endomètre très fin < 3 mm,
 - Une hystérocopie +/- curetage confirmera le diagnostic en cas de doute.
 - L'hyperplasie (*cf. glossaire*) endométriale
 - Diagnostiquée par biopsie de l'endomètre après suspicion à l'échographie devant une muqueuse hypertrophique,
 - En l'absence d'atypie cellulaire un traitement séquentiel progestatif peut être proposé. En cas de résultat clinique insuffisant une résection endométriale sous hystérocopie voire une hystérectomie peuvent s'avérer nécessaires. L'endomètre hyperplasique avec atypie cellulaire doit être considéré comme un état préneoplasique de l'endomètre. Un cancer intramuqueux ou invasif peut coexister dans l'endomètre adjacent. Une hystérectomie est nécessaire dans ce cas.
 - Il faudra éliminer la prise d'un produit comportant des œstrogènes.
- **En présence d'un THS :** La prise irrégulière, l'arrêt prématuré de la pilule, la teneur inadaptée en œstrogène sont des causes à rechercher à l'interrogatoire.
 - Hyperplasie de l'endomètre :
 - diagnostiquée par biopsie de l'endomètre après suspicion à l'échographie devant une muqueuse hypertrophique,
 - Il traitement œstrogénique trop important => contrôle après 2-3 mois d'arrêt du THS.
 - Fibrome sous-muqueux ou endométriose réapparue sous THS :
 - => arrêt du THS 3-6 mois puis contrôle,
 - en cas de disparition des saignements : alternative entre abstention thérapeutique et traitement chirurgical des lésions.

- Plus rarement :
 - Tumeurs de la trompe : métrorragies irrégulières et une tumeur annexielle
 - Cancer de l'ovaire : métrorragies très inconstantes relèvent soit d'une tumeur hormono-sécrétante bénigne ou maligne (hyperplasie de l'endomètre), soit d'une métastase utérine ou vaginale d'un cancer ovarien de stade avancé. La stratégie thérapeutique dépend de plusieurs paramètres (tableau clinique, aspect échographique, valeur des marqueurs tumoraux). En cas de suspicion de kyste organique bénin, une cœlioscopie diagnostique en vue d'une évaluation macroscopique du kyste puis d'une kystectomie (cf. glossaire) intrapéritonéale, d'une ovariectomie (cf. glossaire) ou d'une annexectomie (cf. glossaire) percœlioscopique est recommandée. En cas de suspicion d'une tumeur maligne la laparotomie (cf. glossaire) exploratrice est indiquée en vue d'une stadification (cf. glossaire) précise et d'une exérèse (cf. glossaire) tumorale.

Stratégie des investigations devant des ménométrorragies : patiente ménopausée



VI QUELLE EST LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE METRORRAGIES CHEZ L'ENFANT ?

Les principales étiologies sont :

- Parfois :
 - Déficits congénitaux en facteurs de la coagulation,
 - Thrombopénie (cf. glossaire) congénitale,

- Maladies acquises de l'hémostase,
- Plus fréquemment en période postpubertaire immédiate une insuffisance lutéale liée aux anovulations (*cf. glossaire*).
- Enfin, il faudra rechercher un corps étrangers, un traumatisme de la vulve, de l'hymen, une ulcération thermométrique.

VII ANNEXES

GLOSSAIRE

- adénomyose : Adénomyose ou endométriose interne : Affection gynécologique caractérisée par le développement d'une muqueuse endométriale normale (composée de glandes endométriales et d'un stroma cytogène) dans le myomètre (paroi musculaire de l'utérus).
- aménorrhée : Absence des règles, de menstruation. Le plus souvent, la grossesse en est la cause. Dans les autres cas, l'aménorrhée peut être l'unique symptôme d'une pathologie ou au contraire, un parmi de nombreux autres. La recherche de la cause d'une aménorrhée nécessite rarement des examens nombreux. La prise en charge thérapeutique est parfois plus délicate.
- annexectomie : Ablation chirurgicale des trompes de Fallope et des ovaires.
- anovulation : Absence d'ovulation lors d'un cycle.
- canule de Novak : Dispositif médical pour biopsie, prélèvement histologique et cytologique de l'endomètre.
- cœlioscopie : Cœlioscopie ou laparoscopie : Technique chirurgicale mini-invasive de diagnostic (cœlioscopie proprement dite) et d'intervention (cœliochirurgie) sur la cavité abdominale, de plus en plus utilisée sur l'appareil digestif (chirurgie viscérale), en gynécologie, et en urologie. Elle fait partie des techniques d'endoscopie chirurgicale.
- cul-de-sac de Douglas : Cul-de-sac de Douglas ou cul-de-sac recto-vaginal : Repli du péritoine entre l'utérus et le rectum, formant un cul-de-sac recto-vaginal. Le cul-de-sac de Douglas est l'endroit où s'accumulent les liquides qui peuvent se trouver par accident dans la cavité péritonéale (sang, pus, etc.). Cet endroit du corps est accessible par le toucher rectal, ce qui permet le diagnostic de nombreuses pathologies. Chez l'homme, ce cul-de-sac est simplement l'extrémité inférieure de la cavité péritonéale, entre la face postérieure de la vessie et la face ventrale du rectum.

- dyspareunie : Dyspareunie ou algopareunie : Douleur de nature et d'intensité variables ressentie lors des rapports sexuels. Presque systématique lors du premier rapport vaginal due au déchirement de l'hymen. Elle devient en revanche incapacitante lorsqu'elle a lieu à tous les rapports suivants. Les douleurs peuvent être les symptômes de pathologies le plus souvent bénignes mais parfois graves, aussi est-il fortement conseillé de demander l'avis d'un médecin gynécologue qui, seul, pourra répondre à toutes interrogations, poser un diagnostic et envisager un traitement.
- embolisation : Technique ayant pour but d'injecter à l'intérieur d'une artère, une substance ou un matériel qui vont permettre d'obstruer, c'est-à-dire de boucher totalement, cette artère. L'intérêt de boucher une artère est de pallier à son dysfonctionnement, c'est-à-dire à son mauvais fonctionnement, durant une maladie.
- endocol : Partie interne du col de l'utérus permettant de faire communiquer l'exocol (partie externe du col) et l'endomètre (couche de cellules recouvrant l'intérieur de l'utérus). L'endocol et l'exocol sont séparés entre eux par une région de jonction où s'effectuent les frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- endomètre : Muqueuse interne de l'utérus.
- endométriose : Présence de cellules endométriales en dehors de la cavité utérine (cavité péritonéale et ovaire). L'endométriose est une maladie bénigne mais incurable, encore mystérieuse pour la communauté médicale. Ni son origine, ni son remède ne sont déterminés à ce jour, bien que plusieurs hypothèses aient été émises (notamment le rôle du reflux d'endomètre par les trompes de Fallope dans la cavité pelvienne, lors des règles). 80 % des endométrioses ont une localisation ovarienne. Les lésions d'endométriose, outre la sphère gynécologique, peuvent également se situer sur les organes digestifs, dont le rectum, sur la vessie, voire sur les reins. Dans de rares cas, des atteintes pulmonaires se produisent.
- endométrite : Infection de l'endomètre. Elle fait le plus souvent suite à l'accouchement, mais elle peut aussi être causée par un geste endo-utérin (interruption volontaire de grossesse, hystérosalpingographie). L'endométrite du post-partum est une complication infectieuse commune de l'accouchement. Le premier signe en est la fièvre. Son diagnostic et son traitement permettent d'éviter l'extension de l'infection au péritoine et au pelvis.
- endoscopie : Méthode d'exploration et d'imagerie médicale ou industrielle qui permet de visualiser l'intérieur de conduits ou de cavités inaccessible à l'œil. L'endoscope est composé d'un tube optique muni d'un système d'éclairage. Couplé à une caméra vidéo, on peut ainsi retransmettre l'image sur un écran. L'endoscopie peut être utilisée, soit pour le diagnostic, soit pour traiter une maladie (endoscopie opératoire). Il s'agit d'un terme générique qui recouvre des examens spécifiques par

organe. Ainsi, la bronchoscopie est l'exploration des bronches, la coloscopie, celle du côlon, la cystoscopie, celle de la vessie, etc.

- exérèse : Intervention chirurgicale consistant à retirer de l'organisme un élément qui lui est nuisible ou inutile (organe, tumeur, corps étranger, etc.).
- fibrome : Fibrome, fibrome utérin ou fibromyome utérin : Tumeur bénigne, développée à partir du muscle de l'utérus. Les fibromes sont constitués de fibres musculaires lisses qui s'enroulent sur elles-mêmes et sont séparées par du tissu conjonctif fibreux. Il serait donc plus juste de parler de « fibromyome » pour rendre compte des deux composantes, mais le terme de fibrome est largement passé dans le langage courant.
- hémostase : Processus physiologique qui permet d'interrompre le saignement pour éviter l'hémorragie.
- hyperménorrhée : Abondance excessive des règles ou menstruations. Ces saignements anormaux peuvent être d'origine fonctionnelle (dans environ 75 % des cas) par trouble hormonal touchant les œstrogènes, ou d'origine organique (fibromes ou autres tumeurs utérines bénignes ou malignes, polypes, troubles de la coagulation, complication de la contraception hormonale et de la contraception par dispositif intra-utérin (stérilet), saignement des grossesses accompagnant les grossesses extra-utérines, les menaces d'avortements spontanés ou les IVG, les suites de couches, etc.).
- hyperplasie : Prolifération anormale des cellules normales composant un tissu ou un organe. L'hyperplasie caractérise également le développement démesuré d'un tissu ou d'un organe. L'hyperplasie peut être due à une irritation ou bien être secondaire à un processus de compensation. Autrement dit l'hyperplasie est la formation d'un tissu anormale (pathologique) aux dépens d'un tissu sain. Les tissus néoformés (récemment fabriqués) sont totalement semblables dans leur forme et dans leurs fonctions aux tissus qui sont générés.
- hystérocopie : Examen permettant de visualiser directement la cavité utérine (l'intérieur de l'utérus) à l'aide d'un appareil optique appelé hystéroscope. On peut ainsi explorer le canal cervical, la cavité utérine et sa muqueuse, l'endomètre, et l'origine des trompes (les ostiums uterinums). Par défaut, le mot « hystérocopie », sans autre précision, sous-entend l'hystérocopie diagnostique. Lorsque cette méthode est utilisée pour pratiquer dans le même temps une intervention chirurgicale dans l'utérus, on parle alors de « chirurgie hystérocopique ».
- hystérosonographie : Examen d'échographie permettant l'étude des parois de l'utérus, de la cavité de l'utérus, et de la partie proximale des trompes utérines. Il consiste à introduire, dans le col de l'utérus, un cathéter, servant à injecter du sérum

physiologique, et à pratiquer l'échographie pendant l'injection du sérum physiologique. Cet examen, actuellement très utilisé en gynécologie, a remplacé l'hystérogographie dans beaucoup de ses indications. C'est un examen indolore, sans risque allergique, mais qui reste contre-indiqué en cas de grossesse.

- iatrogène : Iatrogénie ou iatrogénèse : aggravation de la pathologie traitée ou apparition d'une nouvelle maladie, d'un état, d'un effet secondaire, etc., provoquée par un traitement médical, prescrit par un médecin ou par d'autres professionnels de la santé (par exemple un pharmacien).
- insuffisance lutéale : Insuffisance, en deuxième partie du cycle après l'ovulation, d'hormone lutéale, c'est-à-dire en progestérone. L'insuffisance en progestérone peut avoir deux origines principales : une absence de formation du corps jaune par absence d'ovulation ; une mauvaise qualité du corps jaune qui ne sécrète pas suffisamment d'hormone. Le traitement est simple : il consiste à donner un traitement substitutif. En cas de désir de grossesse et d'absence d'ovulation, un traitement par stimulation ovarienne est nécessaire.
- kystectomie : Ablation chirurgicale d'un kyste.
- kyste de l'ovaire : Petite poche remplie de liquide développée aux dépens d'un ovaire. Il s'agit d'une affection extrêmement fréquente, découverte la plupart du temps de manière fortuite au cours d'un examen d'imagerie (échographie par exemple). Ces kystes sont bénins dans la grande majorité des cas, et ont des causes variées.
- laparotomie : Acte chirurgical consistant en l'ouverture de l'abdomen par une incision laissant le passage direct à d'autres actes chirurgicaux sur les organes abdominaux et pelviens. La laparotomie est une voie d'abord chirurgicale. Différentes incisions sont possibles. La plus courante est une ouverture allant du pubis au bord inférieur du sternum (appelée laparotomie médiane xyphopubienne). Dans le cadre de certaines interventions en chirurgie gynécologique, notamment les césariennes, la laparotomie est horizontale et très basse, à la limite des poils pubiens. Elle est nommée « incision de Pfannenstiel ».
- leucorrhée : Écoulement non sanglant provenant du vagin. Elle peut être physiologique (par sécrétion de glaire cervicale et desquamation vaginale) ou pathologique témoignant d'une infection, le plus souvent d'une vaginite. Bien que le terme leucorrhée signifie littéralement « sécrétion blanche », la couleur de la sécrétion vaginale peut varier en fonction de la cause : elle peut aller d'une sécrétion laiteuse à verdâtre. Les écoulements sanguinolents sont à considérer comme des métrorragies. On considère comme anormales des pertes vaginales malodorantes ou responsables d'irritation et de démangeaison.

- macroménorrhée : Règles d'abondance normale mais de durée trop longue (au-delà de 6 jours).
- ménométrorragie : Saignement de l'utérus qui n'est pas causé par une tumeur, une infection ou une grossesse. Elle se produit habituellement chez les femmes qui entament leur période reproductive (moins de 20 ans) ou qui l'achèvent (plus de 45 ans). Ce diagnostic est posé quand toute autre cause n'est applicable. On constate la ménométrorragie chez les femmes qui souffrent du syndrome de Stein-Leventhal (kystes aux ovaires), également appelé syndrome des ovaires polykystiques. Les femmes qui sont en dialyse ou qui utilisent un moyen de contraception intra-utérin peuvent avoir des règles abondantes et prolongées.
- ménopause : Arrêt des règles. Lors de la ménopause la femme ne possède plus suffisamment de follicules car ceux-ci ont été soit utilisés pour le cycle ovarien soit les cellules folliculaires ont dégénéré par le phénomène d'atrésie folliculaire. On la divise en plusieurs étapes : périménopause (période d'irrégularités des cycles menstruels précédant la ménopause et l'année qui suit l'arrêt apparent des règles) ; post-ménopause (ménopause confirmée). La ménopause survient en moyenne à l'âge de 51 ans en France.
- ménorragie : Ménorragie ou hyperpolyménorrhée : Menstruations abondantes et prolongées. Il s'agit du trouble menstruel le plus fréquemment rapporté par les femmes. La quantité de sang normalement perdu durant les menstruations est en moyenne de 2 oz (4 c. à table) et la durée habituelle de celles-ci varie entre 3 et 7 jours. Une femme atteinte de ménorragie peut en perdre jusqu'à 3 oz (6 c. à table) ou davantage, et parfois sur une durée de plus de 7 jours. La ménorragie est parfois accompagnée de douleurs abdominales qui altèrent la qualité de vie des femmes qui en souffrent. Dans certains cas, elle peut être responsable d'une anémie.
- météorisé : Ballonné, gonflé, renflé, soufflé, tuméfié.
- métrorragie : Saignement génital survenant en dehors des règles. On peut avoir des métrorragies après la ménopause ou à cause d'une grossesse extra-utérine rompue. Dans ce dernier cas le fœtus peut s'être développé dans les trompes (au lieu de l'utérus) et ainsi, rompre un vaisseau sanguin. La métrorragie peut ainsi signer un hémopéritoine. C'est une urgence médicale. Le terme métrorragie ne préjuge en rien de l'abondance du saignement. Il ne faut pas confondre métrorragie avec ménorragie, qui définit des règles anormalement longues et abondantes.
- myomètre : Couche musculieuse interne de la paroi utérine.
- ovariectomie : Ovariectomie ou oophorectomie : Ablation chirurgicale des ovaires.
- pipelle de Cornier : Sonde d'aspiration pour biopsie, prélèvement histologique et cytologique de l'endomètre.

- pollakiménorrhée : Pollakiménorrhée ou tachyménorrhée : Durée du cycle menstruel raccourcie avec fréquence des règles augmentée, souvent à tel point que la femme concernée ne sait plus où elle en est de ses cycles menstruels. Les règles surviennent de façon anarchique, leur durée et leur abondance sont variables.
- polyménorrhée : Augmentation de la fréquence des règles avec raccourcissement de la période intermenstruelle.
- polype : Adénome, ou tumeur bénigne, se développant sur les muqueuses. Les polypes se retrouvent plus fréquemment sur les muqueuses du côlon, du rectum ou de l'utérus. Certains sont plats : ce sont des polypes sessiles ; d'autres possèdent un pied plus ou moins long : ce sont des polypes pédiculés. La présence de nombreux polypes sur une même muqueuse est appelée polypose.
- progestatif : Hormone d'action similaire à la progestérone. Pour être considérée comme progestative, une molécule doit avoir les effets suivants en expérimentation : effet lutéomimétique (test de Clauberg) : différenciation sécrétoire sur une muqueuse utérine correctement préparée par les œstrogènes ; effet progestagène : maintien de la gestation malgré ablation du corps jaune de l'ovaire.
- pyosalpinx : Présence de pus dans une trompe utérine ou dans les deux. Un pyosalpinx est la conséquence d'une salpingite (inflammation d'une trompe ou des deux, d'origine infectieuse) non diagnostiquée ou traitée trop tardivement. Il se manifeste par des douleurs pelviennes importantes, rendant l'examen gynécologique difficile. Un pyosalpinx entraîne un risque de stérilité par obturation des trompes. Le diagnostic est confirmé soit par échographie pelvienne, soit par coelioscopie. Le traitement consiste à drainer le pus et à réparer la ou les trompes éventuellement endommagées, voire à les retirer chirurgicalement (salpingectomie). Selon les cas, l'intervention peut faire appel aux techniques de la coeliochirurgie (introduction des instruments chirurgicaux par de petites incisions abdominales) ou nécessiter une laparotomie (ouverture chirurgicale de l'abdomen).
- salpingite : Inflammation d'une, ou des deux (dans 60 % des cas) trompes de Fallope. Infections sexuellement transmissibles, gonocoques et chlamydiae sont principalement en cause.
- sonde de Karman : Sonde introduite à travers le col de l'utérus jusque dans la cavité utérine, et qui, grâce à une pompe aspirante à laquelle elle est reliée, permet de débarrasser complètement l'intérieur de la cavité utérine des restes de fœtus (méthode de Karman).
- spéculum : Outil médical généralement en métal ou à usage unique en plastique permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- spotting : Petits saignements en dehors des règles.

- stadification : Ensemble des examens et des tests pratiqués pour connaître l'étendue du cancer dans le corps. Le fait de connaître le stade de la maladie permet aux médecins de planifier le meilleur traitement qui soit.
- œstrogénique : strogène : Groupe de stéroïdes, dont la fonction, à l'état naturel, est d'être une hormone sexuelle femelle primaire. Ils sont produits en premier lieu par le développement des follicules des ovaires, le corps jaune (corpus luteum) et le placenta. Certains œstrogènes sont également produits en petites quantités par d'autres tissus tels le foie, la surrénale, les seins et le tissu adipeux. Ces sources secondaires d'œstrogènes sont particulièrement importantes chez les femmes lors de la post-ménopause. Les trois œstrogènes naturels sont l'estradiol, l'estriol et l'estrone. Bien que les œstrogènes soient présents dans les deux sexes, on en trouve une quantité significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elles favorisent le développement des caractères sexuels secondaires, comme les seins, et sont également impliquées dans le contrôle du cycle menstruel, ce qui explique pourquoi la plupart des pilules contraceptives en contiennent. L'usage d'œstrogènes, en particulier associés à la progestérone, est un traitement (traitement de substitution hormonale) controversé des symptômes de la ménopause. En plus de leurs rôles dans la reproduction, féminine mais aussi masculine, les œstrogènes sont impliqués dans le développement du système nerveux central, dans l'homéostasie du squelette et du système cardiovasculaire. Ils ont également des effets sur le foie et le tissu adipeux.
- œstroprogestatif : Produit inhibiteur de l'ovulation, associant un progestatif et un œstrogène.
- Syndrome PréMenstruel : Ensemble des symptômes qui surviennent régulièrement, chez certaines femmes, avant les règles. Le plus souvent, ces symptômes se manifestent dans les quelques jours qui les précèdent, mais parfois ils peuvent se produire dès le milieu du cycle. Trois symptômes sont particulièrement fréquents : la tension mammaire, le ballonnement de l'abdomen et la tension psychique. Cependant, bien d'autres troubles peuvent être présents, comme des jambes lourdes, des céphalées ou des migraines, des troubles digestifs. Au total, plus de 100 manifestations cliniques ont été rapportées. Ces symptômes varient, en nature et en intensité, selon les femmes. Bien que la cause de cette affection reste mystérieuse, la modification des sécrétions hormonales semble être impliquée.
- Thrombopénie : Diminution du nombre de plaquettes sanguines en dessous du seuil de 150 000 plaquettes / mm³.
- utérotonique : Utérotonique ou ocytocique : Produit/médicament qui augmente la tonicité des muscles de l'utérus.

BIBLIOGRAPHIE

- : Texte des recommandations. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008 Dec;37(8S1):418-420.
- Boubnova J, Héry G, Louis-Borrione C. : Hémorragies génitales prépubertaires. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2009; 802-A-31.
- Brun JL, André G, Descat E, Creux H, Viguier J, Dallay D. : Modalités et efficacité des traitements médicaux et chirurgicaux devant des ménométrorragies organiques. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008 Dec;37(8S1):368-383.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 243 : Hémorragie génitale chez la femme. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 243-253.
- Cosson M. : Hémorragie génitale. AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine. 1999; 3-1300.
- Doridot V, Audibert F. : Hémorragie génitale de la femme en dehors de la grossesse. AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine. 1998; 1-0680.
- Fernandez H, Gervaise A, de Tayrac R. : Hémorragies utérines fonctionnelles. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2001; 160-A-10.
- Gervaise A. : Hiérarchisation de la stratégie de prise en charge diagnostique et étiologique des ménométrorragies. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008 Dec;37(8S1):349-355.
- Graesslin O, Derniaux E. : Hémorragies utérines fonctionnelles ou ménorragies idiopathiques : Traitement médical : modalités, efficacité, complications. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008 Dec;37(8S1):384-397.
- Gueddi S, Boehlen F, de Ziegler D, de Moerloose P. : Ménorragies et anomalies de l'hémostase : diagnostic et traitements. Revue Médicale Suisse. 2005;1(4):279-282.
- Huchon C, Fritel X. : Épidémiologie des ménométrorragies. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008 Dec;37(8S1):307-316.
- Lansac J. : Hémorragies génitales en dehors de la grossesse. Wikinu Collège Gynécologie.
- Righini M, Gerber S, Hohlfeld P, de Moerloose P. : Ménorragies, hyperménorrhées et anomalies de l'hémostase. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1999 Sept;28(5):413.
- Thibaud E. : Hémorragies génitales prépubertaires. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 1996; 802-A-31.

RECOMMANDATION

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. HAS; 2011 Mar. : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_267466

ABREVIATIONS

- cp : comprimé
- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- GEU : Grossesse Extra-Utérine
- hCG : human Chorionic Gonadotropin (Hormone Chorionique Gonadotrope humaine)
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- MST : Maladie Sexuellement Transmissible
- NFS : Numération Formule Sanguine
- SPM : Syndrome PréMenstruel
- TA : Tension Artérielle
- THS : Traitement Hormonal Substitutif