



Quand ça saigne tout croche

par Jocelyn Bérubé

Aurélie, 13 ans, saigne pendant 10 jours toutes les deux semaines.

Marie-Josée, 33 ans, saigne abondamment pendant sept jours tous les 28 jours en plus de souffrir d'une dysménorrhée grave.

Cécile, 45 ans, saigne irrégulièrement et abondamment depuis quelques mois, alors qu'elle a toujours eu des cycles menstruels normaux.

Quelle sera-t-elle la même pour ces trois femmes ?

Tableau I

Caractéristiques des cycles menstruels

Ovulatoires

Longueur régulière
Présence de syndrome prémenstruel
Dysménorrhée
Courbe de température biphasique
Mastalgie
Changement dans la glaire cervicale
Mittelschmerz (douleurs pelviennes intermenstruelles dues à l'ovulation)

Anovulatoires

Longueur irrégulière et imprévisible
Absence de syndrome prémenstruel
Absence de dysménorrhée
Courbe de température monophasique
Quantité de saignements imprévisible
Tachetures fréquentes
Saignements importants occasionnels

LES SAIGNEMENTS anormaux se divisent en trois grands groupes : les saignements anormaux secondaires d'une affection pelvienne, les saignements anormaux secondaires d'une maladie systémique et les saignements utérins dysfonctionnels (SUD). Les SUD se définissent donc comme des saignements utérins anormaux survenant en l'absence d'affection utérine ou de maladie systémique¹⁻³. Il s'agit habituellement de saignements irréguliers, abondants, prolongés, sans dysménorrhée. La plupart des SUD sont secondaires de l'anovulation et affectent surtout les femmes de moins de 20 ans et de plus de 40 ans. Les SUD peuvent aussi affecter des femmes qui ont des cycles ovulatoires²⁻⁴. Les cycles demeurent alors réguliers. La distinction entre les SUD ovulatoires et anovulatoires n'étant pas toujours facile à faire, le *tableau I* présente leurs caractéristiques.

Comment évaluer ces saignements ?

Par une bonne anamnèse menstruelle

On commencera l'évaluation des saignements utérins anormaux par une bonne anamnèse de la menstruation afin d'évaluer l'importance des saignements et d'orienter l'investigation et le traitement, le cas échéant. Des pertes sanguines de plus de 80 mL au cours de la menstruation confirment le diagnostic de ménorragie (en-

cadre). Environ 95 % des femmes auront une carence en fer avec des pertes sanguines aussi abondantes. Cependant, la quantité de sang perdue est souvent difficile à évaluer, et le résultat obtenu est plus ou moins subjectif. Plusieurs femmes vont surestimer leurs pertes sanguines, mais un tiers des femmes ayant reçu un diagnostic objectif de ménorragie ont ten-

dance à considérer leurs pertes sanguines comme normales⁴. Les différences culturelles et les habitudes liées à l'hygiène expliquent possiblement ces variations.

L'anémie ferriprive est le seul critère permettant d'objectiver des saignements abondants. Cependant, certains auteurs^{4,5} croient qu'on peut évaluer assez objectivement l'importance

Le Dr Jocelyn Bérubé, M. Sc., omni-praticien, est responsable de la clinique de planification des naissances du Centre hospitalier régional de Rimouski et médecin-conseil à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Repère

On commencera l'évaluation des saignements utérins dysfonctionnels par une bonne anamnèse de la menstruation afin d'évaluer l'importance des saignements et d'orienter l'investigation et le traitement, le cas échéant.

Encadré

Le cycle menstruel²⁻⁵

- La ménarche est habituellement suivie de cinq à sept ans de cycles relativement longs, puis les cycles raccourcissent et atteignent la durée qui prévaut durant la période reproductive. Dans la quarantaine, les cycles recommencent à s'allonger.
- Plus la ménarche survient tôt, plus les cycles ovulatoires apparaissent rapidement. En effet, 50 % des cycles sont ovulatoires après un an si la ménarche survient avant l'âge de 12 ans, 50 % le sont après trois ans si la ménarche survient entre 12 et 13 ans, et 50 % après quatre ans et demi si la ménarche a lieu après l'âge de 16 ans.
- Un cycle menstruel normal varie de 21 à 35 jours (28 jours plus ou moins sept jours). Certains auteurs recommandent toutefois de procéder à une investigation lorsque le cycle menstruel est inférieur à 24 jours.
- À l'adolescence, un cycle menstruel qui varie entre 21 et 45 jours est considéré comme normal en raison de la prévalence élevée de cycles anovulatoires.
- La durée moyenne de la menstruation est de quatre à six jours. La menstruation est considérée comme anormale si elle dure moins de deux jours et plus de sept jours.
- Le volume normal du flux menstruel est de 30 à 35 mL. Il est considéré comme anormal et entraîne de l'anémie s'il est supérieur à 80 mL.
- Les pertes sanguines sont plus importantes durant les trois premiers jours de la période menstruelle.

Définitions :

Ménorragie : Règles prolongées ou abondantes survenant à intervalles réguliers.

Métrorragie : Saignements d'abondance variable survenant à intervalles irréguliers et fréquents.

Ménométrorragie : Saignements abondants survenant à intervalles de moins de 21 jours.

Polyménorrhée : Règles régulières survenant à intervalles de moins de 21 jours.

Oligoménorrhée : Règles irrégulières survenant à intervalles supérieurs à 35 jours.

Aménorrhée : Absence de menstruation pour une période d'au moins six mois.

Saignements intermenstruels : Saignements d'abondance variable survenant entre des périodes menstruelles régulières et normales.

des saignements par des questions précises.

■ Le **nombre de serviettes hygiéniques** peut être utile, quoique pas toujours fiable, parce que les habitudes d'hygiène des femmes diffèrent, de même que le degré d'absorption des produits utilisés.

■ Les femmes qui souffrent de ménorragie utilisent habituellement **des super ou des maxi serviettes**, et souvent deux à la fois. Certaines utilisent une super serviette et un tampon. Elles en changent au moins toutes les deux heures, et parfois même toutes les 30 minutes.

■ La **présence de caillots** est un bon indicateur de saignements abondants.

■ Le fait de **tacher souvent ses vêtements** malgré une protection qui semble adéquate laisse également présager de saignements importants.

■ Le **degré de malaise social** lié aux saignements abondants est un indicateur fiable de l'importance de la ménorragie. Ces femmes refusent habituellement d'aller s'entraîner ou de participer à des activités sociales durant cette période, de peur de tacher leurs vêtements. Elles ne se rendront pas dans des endroits où il leur serait difficile de changer souvent de serviette hygiénique.

■ On peut vérifier la présence de saignements irréguliers en demandant à la patiente de noter les périodes de saignements sur un **calendrier**.

L'anamnèse comprendra également une revue complète des systèmes et appareils, incluant les habitudes sexuelles, la consommation de drogues, l'utilisation de moyens contraceptifs, etc. On interrogera l'adolescente sur son image corporelle afin de préciser

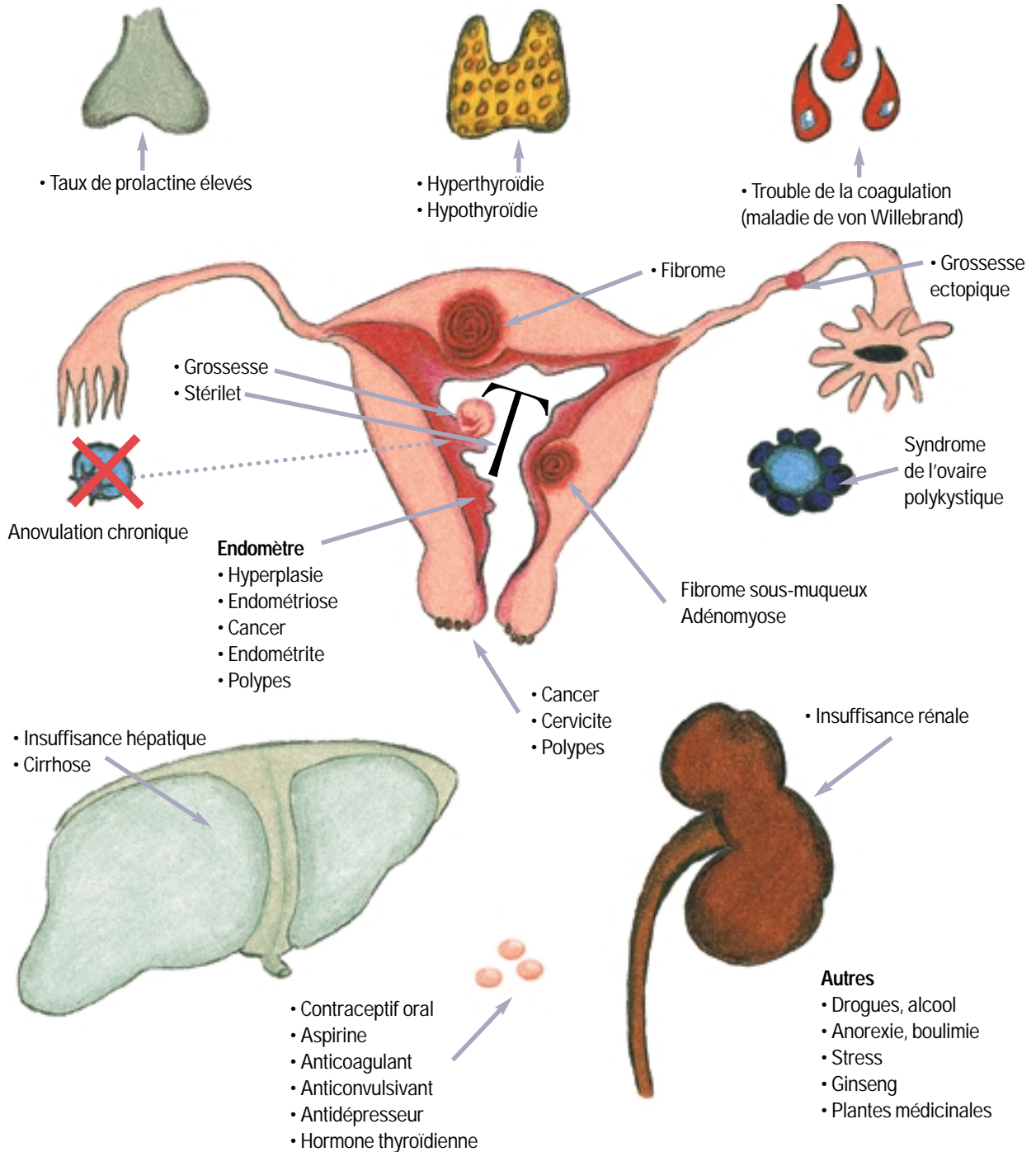
le diagnostic, car l'anorexie et la boulimie peuvent provoquer des SUD. On recherchera aussi dans les antécédents familiaux la présence de maladies endocriniennes, de troubles de la coagulation ou de saignements anormaux⁵.

Comme il se doit, on complètera l'anamnèse par un examen physique complet afin de déterminer l'origine du saignement (utérus ou autre) et l'absence ou la présence d'affections de l'appareil reproducteur. On recherchera aussi des signes de grossesse, d'hyperandrogénisme, de galactorrhée, d'anomalies de la thyroïde et de maladies systémiques⁶.

Il n'est pas nécessaire de procéder à un examen pelvien chez les adolescentes qui ne sont pas sexuellement actives ou qui ont eu leurs premières règles il y a moins de deux ans⁶. On envisagera par contre de faire un

Figure 1

Causes des saignements utérins anormaux



Adapté du tableau sur la cause des saignements utérins anormaux présenté par le D^r Carol Valois dans *L'Omnipraticien* du 21 mai 1998.

examen pelvien si les saignements sont très abondants ou si la patiente continue d'avoir des saignements irréguliers après deux ans sans qu'on ait trouvé la cause. Toutes les autres femmes devraient subir un examen pelvien lorsqu'elles consultent pour des saignements anormaux.

A-t-on besoin de faire plusieurs examens diagnostiques ?

Peu d'examens sont habituellement nécessaires

L'investigation, lorsqu'elle est indiquée, visera à confirmer la ou les hypothèses soulevées par les résultats de l'anamnèse et de l'examen physique⁷. Peu d'examens sont habituellement nécessaires. Un traitement médical pourra être instauré d'emblée, sauf pour les femmes encourant des risques d'hyperplasie de l'endomètre, qui devront avoir une biopsie.

Cependant, pour toutes les femmes, la première démarche diagnostique consistera toujours à exclure une grossesse et les complications qui peuvent

y être associées³. L'hypothèse d'une grossesse doit être envisagée même pour les adolescentes qui disent ne pas avoir de relations sexuelles et pour les femmes qui ont subi une ligature des trompes.

Chez les **adolescentes**, les saignements anormaux abondants sont habituellement secondaires de cycles anovulatoires, et on peut poser le diagnostic de SUD si l'anamnèse et l'examen physique ne révèlent rien qui pourrait laisser soupçonner une autre cause. Environ 80 % des cycles menstruels sont anovulatoires dans la première année des règles² (*encadré*). Seuls un test de grossesse et une formule sanguine sont indiqués. Ces saignements sont habituellement très bien contrôlés par les traitements hormonaux. Si ce n'est pas le cas, le diagnostic de SUD sera alors exclu³. Il faudra alors éliminer en premier lieu la possibilité de troubles de la coagulation, dont la maladie de von Willebrand, puisque ceux-ci affectent environ 20 % des adolescentes présentant des saignements anormaux^{2,3,5}.

Chez les **femmes de 20 à 40 ans** qui

Il n'est pas nécessaire de procéder à un examen pelvien chez les adolescentes qui ne sont pas sexuellement actives ou qui ont eu leurs premières règles il y a moins de deux ans.

D'abord, pour toutes les femmes, la première démarche diagnostique consiste à exclure une grossesse et les complications qui peuvent y être associées. L'hypothèse d'une grossesse doit être envisagée même pour les adolescentes qui disent ne pas avoir de relations sexuelles et pour les femmes qui ont subi une ligature des trompes.

Les patientes souffrant de saignements utérins dysfonctionnels (SUD) répondent habituellement très bien aux traitements hormonaux. Le schéma thérapeutique sera fonction de l'importance des saignements. S'ils ne sont pas contrôlés de cette façon, le diagnostic de SUD sera exclu et on poursuivra ou on reprendra l'investigation.

Tableau II

Investigation : saignements utérins dysfonctionnels^{1,2,13-15}

Examens de base

- Test de grossesse
- Formule sanguine complète (incluant la numération plaquettaire)

Examens complémentaires

- Coagulogramme*
 - Temps de céphaline
 - Temps de saignement
 - Temps de thrombine
 - Temps de Quick
- TSH
- Prélèvement pour dépistage de MTS, si la patiente est sexuellement active
- Test de Papanicolaou
- Prolactinémie

Examens optionnels

- Testostérone[†]
- FSH[†]
- LH[†]
- Androstènedione[†]
- DHEA (déhydroépiandostérone)[†]
- Échographie pelvienne, s'il y a lieu
- Hystérocopie, s'il y a lieu
- Biopsie de l'endomètre, s'il y a lieu
- Tomodensitométrie de la selle turcique, s'il y a lieu
- Test des fonctions hépatique et rénale, s'il y a lieu

* Un temps de saignement allongé laisse fortement présager une maladie de von Willebrand. Ce diagnostic sera encore plus probable si le temps de céphaline est également allongé.

† Examens sanguins à effectuer en présence d'hirsutisme ou lorsqu'on soupçonne la présence d'ovaires polykystiques.

ont des saignements utérins anormaux et ne répondent pas au traitement hormonal, on doit effectuer un bilan de base pour exclure, notamment, une

hypothyroïdie, sans oublier toutefois que peu de ménorragies sont causées par des maladies systémiques. On évaluera également l'intégrité de l'endomètre en recherchant surtout des polypes endométriaux, des adénomyoses, des myomes et des infections (*figure 1*).

Chez les **femmes de plus de 40 ans**, les SUD secondaires de cycles anovulatoires sont fréquents, mais il faudra tout de même exclure un carcinome de l'endomètre.

L'évaluation de l'endomètre peut être faite par échographie endovaginale, hystérocopie ou biopsie de l'endomètre⁷. **L'échographie endovaginale** est un excellent moyen d'exclure une affection pelvienne qui n'aurait pas été décelée à l'examen physique (fibrome ou kyste ovarien chez une patiente obèse)¹. Par contre, sa spécificité est moindre pour éliminer la possibilité d'un fibrome sous-muqueux, d'un polype endométrial ou d'une hyperplasie de l'endomètre en préménopause. On procédera alors à une **échophonographie**, si possible, ou à une **hystérocopie**. Ce dernier examen permet de visualiser la cavité utérine et d'effectuer en même temps une biopsie guidée de l'endomètre. En présence de saignements anormaux, une **biopsie de l'endomètre** doit être effectuée chez les femmes de 40 ans et plus et chez les femmes plus jeunes présentant des facteurs de risque d'hyperplasie ou de carcinome de l'endomètre (antécédents d'oligoménorrhée ou d'anovulation avec prise prolongée d'une œstrogénothérapie simple, obésité ou diabète). Le curetage n'a plus sa place dans l'investigation sur les saignements anormaux⁶. En l'absence de maladie systémique, des résultats d'hystérocopie normaux indiquent qu'il faut reprendre le traitement médical³.

Tableau III

Traitement suggéré des saignements utérins importants en situation d'urgence^{2,3,5,6}

Saignement modéré (Hb > 120 g/L)

- CO, de préférence monophasique
- Évaluer la carence en fer.

Saignement abondant et prolongé (Hb 100-120 g/L)

- CO monophasique*
 - 1 comprimé q.i.d. x 4 jours
 - 1 comprimé t.i.d. x 3 jours
 - 1 comprimé *die* x 2 semaines
- 50 mg de Graval® *per os* ou un suppositoire de 100 mg au besoin
- Restauration du capital ferreux
- Informer la patiente que la première menstruation sera plus abondante et possiblement accompagnée de crampes abdominales. Lui recommander de prendre des AINS au besoin.

Saignement très abondant (Hb < 100 g/L)

- Traitement par voie intraveineuse
- Traiter l'hypovolémie, le cas échéant.
- 25 mg de Premarin® i.v. toutes les quatre heures jusqu'à diminution des saignements (max. 24 h)
- Commencer l'investigation (trouble de la coagulation).
- S'il n'y a pas d'amélioration après 12 à 24 heures, envisager un curetage.
- Dès que les saignements diminuent, commencer des CO monophasiques*
 - 1 comprimé q.i.d. x 4 jours
 - 1 comprimé t.i.d. x 3 jours
 - 1 comprimé *die* x 2 semaines
- Graval®
 - 100 mg i.v. toutes les 8 heures lors du traitement i.v.
 - 50 mg *per os* ou un suppositoire de 100 mg toutes les huit heures par la suite s'il y a nausées
- Restauration du capital ferreux
- Informer la patiente que la première menstruation sera plus abondante et possiblement accompagnée de crampes abdominales. Lui recommander de prendre des AINS au besoin.

N.B. Si les œstrogènes sont contre-indiqués, en cas de saignements abondants ou très abondants :

- Administrer du Premarin® i.v. (voir ci-dessus) lorsque cela est indiqué.
- Remplacer le CO par un progestatif seul†
 - 10 mg de Provera® ou 200 mg de Prometrium^{MD}
 - 1 comprimé q.i.d. x 4 jours
 - 1 comprimé t.i.d. x 3 jours
 - 1 comprimé *die* x 2 semaines.
- **Par la suite, continuer avec :**
 - progestatif pris de façon cyclique 10 à 12 jours par mois x 3 à 6 mois ou
 - 150 mg de Depo-Provera® toutes les 12 semaines ou
 - stérilet libérant du lévonorgestrel ou
 - Micronor®.

* Choisir de préférence un CO à prédominance progestative.

† Même s'il y a un risque de maladies thrombo-emboliques, l'utilisation du Premarin® pour une courte période augmente très peu le risque de complications, et les avantages dépassent largement les risques.

‡ Les progestatifs seuls sont moins efficaces que les CO.

Chez les femmes qui présentent de l'hirsutisme, on devrait rechercher la source de l'excès d'androgènes et s'assurer qu'il n'y a pas d'ovaires polykystiques^{5,6} (*tableau II*). Il s'agit le plus souvent d'un diagnostic clinique. Cependant, un rapport LH/FSH supérieur à 2,5 ou 3 et un dosage d'androstènedione augmenté laisse fortement présager ce diagnostic, qui pourra par la suite être confirmé par une échographie pelvienne.

Quel est le meilleur traitement ?

Le traitement hormonal, notamment les CO

Les patientes souffrant de SUD répondent habituellement très bien aux traitements hormonaux. Si les saignements ne sont pas contrôlés de cette façon, le diagnostic de SUD sera exclu et on poursuivra ou on reprendra l'investigation². Si on découvre une cause anatomique ou systémique, on offrira un traitement spécifique.

Plusieurs solutions thérapeutiques peuvent être envisagées selon l'importance des saignements, les contre-indications et les effets secondaires ou les préférences des patientes. Toutefois, en situation d'urgence, on devrait d'abord stabiliser les saignements en administrant des œstrogènes par voie intraveineuse (*tableau III*).

Les **contraceptifs oraux** sont de loin

la méthode la plus simple pour traiter les SUD. On devrait les prescrire même à celles qui ne désirent pas de contraception. Les CO peuvent être pris jusqu'à la ménopause par les femmes en santé, non-fumeuses. Ils diminuent les saignements de 60 à 80 % en raffermissant la structure de l'endomètre, éliminant ainsi les bris irréguliers de la muqueuse². Si les saignements diminuent en quelques jours, le diagnostic de SUD sera confirmé. Par contre, si le traitement est inefficace, d'autres diagnostics devront alors être considérés³. Toutes les formes à faible dose, de préférence monophasiques, peuvent être utilisées. Lorsque les saignements demeurent importants et qu'on n'a pas trouvé d'autre cause à ces saignements anormaux, on prescrit des CO monophasiques ayant une activité progestative plus forte afin d'amincir davantage l'endomètre. L'utilisation des CO monophasiques en continu s'avère aussi une solution très intéressante. Les comprimés actifs sont alors pris de façon continue, avec un arrêt de cinq à sept jours lorsque les saignements surviennent. La période d'aménorrhée pourra être de plusieurs mois, avantage qu'apprécient grandement ces patientes. On peut également prescrire plusieurs comprimés de CO par jour pour contrôler les saignements utérins très abondants (*tableau III*).

Les **progestatifs** seuls sont prescrits

de façon cyclique 10 à 12 jours par mois dans la seconde moitié du cycle (du jour 14 ou 16 au jour 25) pour contrôler les saignements anormaux. On prescrira 10 mg de Provera® ou 200 mg de Prometrium^{MD} par jour pour trois cycles ou plus si les symptômes récidivent à l'arrêt du traitement. Chez les adolescentes, la prise de progestérogène cinq à sept jours par mois peut contrôler les SUD jusqu'à l'apparition des cycles ovulatoires réguliers. Cette méthode régularise le cycle mais n'est pas très efficace pour diminuer la quantité d'écoulement menstruel (environ 20 %). Par contre, si l'on a préalablement stabilisé et aminci l'endomètre avec des CO, la diminution du flux menstruel ainsi obtenue sera maintenue. Les progestatifs peuvent également être pris de façon continue sous forme dépôt (Depo-Provera®). Ce schéma thérapeutique peut par contre entraîner des saignements irréguliers au début du traitement, ou encore des saignements liés à l'atrophie plus tard dans le traitement^{1,2}.

Habituellement, les saignements anormaux qu'entraîne la prise de Depo-Provera® au début du traitement sont atténués par une augmentation de la dose ou la diminution de l'intervalle entre les doses, qui provoque plus rapidement l'aménorrhée⁸. Par contre, si cette pratique fait augmenter les saignements ou s'ils recommencent après plusieurs mois d'aménorrhée, il peut alors s'agir d'un saignement dû à l'atrophie. S'il n'y a pas de contre-indication, un traitement d'œstrogènes conjugués à une dose de 1,25 mg pendant 10 à 20 jours stabilisera l'endomètre. Si ce traitement se révèle inefficace, on augmentera la posologie à 2,5 mg par jour. Dans les cas d'atrophie, les doses d'œstrogènes conjugués de 0,625 mg sont

Les contraceptifs oraux sont de loin la méthode la plus simple pour traiter les saignements utérins dysfonctionnels. On devrait les prescrire même à celles qui ne désirent pas de contraception.

Le curetage n'est plus recommandé dans les cas de saignements anormaux, sauf en situation d'urgence pour traiter les saignements très abondants réfractaires à la thérapie médicale.

habituellement inefficaces⁹. La prise de CO pendant un ou deux cycles constitue également une excellente solution de remplacement³.

Des **œstrogènes** seuls seront administrés par voie intraveineuse aux patients ayant des saignements très abondants en phase aiguë, et l'on entreprendra en même temps un traitement avec des CO ou des progestatifs si la prise d'œstrogènes à long terme est contre-indiquée (*tableau III*).

Les œstrogènes sont également utiles pour traiter les saignements anormaux apparaissant pendant la prise des CO. Une dose de 0,625 à 1,25 mg d'œstrogènes conjugués pendant 21 jours, ou de 1,25 mg pendant les sept jours qui correspondent à la période des saignements, contribuera à stabiliser l'endomètre. Ce schéma thérapeutique peut être prescrit pendant un à trois mois consécutifs.

Les **anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** sont utilisés pour limiter la production de prostaglandines au sein de l'endomètre et favoriser ainsi la vasoconstriction et l'agrégation plaquettaire. Ils réduisent de 30 à 50 % l'importance des ménorragies survenant au cours de cycles ovulatoires^{1,2,10}. Ils sont également très efficaces pour les femmes ayant un stérilet qui présentent des saignements utérins anormaux. Ce traitement sera d'une double utilité si elles souffrent également d'une dysménorrhée grave. Les AINS sont par contre peu efficaces si le saignement anormal est secondaire d'un myome utérin¹⁰. En outre, chez certaines femmes, sans raison connue, les AINS augmentent les saignements.

Comme pour le traitement de la dysménorrhée (voir, dans ce numéro, l'article de la D^{re} Bourassa), les AINS de la classe des fénamates seraient

peut-être plus efficaces. Mais tous les AINS peuvent être utilisés, y compris les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase (COX-2). On donnera des doses importantes pendant trois à cinq jours² (exemple : 500 mg t.i.d. de Ponstan®, 550 mg t.i.d. d'Anaprox®, 600 mg t.i.d. de Motrin®, etc.). Comme ils sont pris sur une courte période, ils ont peu d'effets secondaires, ce qui les rend plus intéressants qu'un traitement pris de façon continue.

L'**acide tranexamique** (Cyklokapron®) est un agent antifibrinolytique qui réduit le flux menstruel d'environ 50 à 70 %, ce qui donne à penser que les ménorragies peuvent être dues à un phénomène de fibrinolyse endométriale plutôt qu'à une libération excessive de prostaglandines^{1,10}. On le prescrira pour traiter une ménorragie à raison de deux à trois comprimés de 500 mg toutes les six heures pendant les deux ou trois premiers jours de la menstruation lorsque celle-ci demeure très abondante. À cette posologie, il y a peu d'effets secondaires, quoique certaines femmes puissent avoir des nausées et des étourdissements. Ils sont contre-indiqués en présence d'insuffisance rénale et de risque de maladies thrombo-emboliques, bien que peu de résultats d'études scientifiques corroborent cette dernière contre-indication. Ce traitement est toutefois assez onéreux.

Le **danazol** est utilisé surtout en présence de métrorragie survenant lorsque les cycles sont ovulatoires. On prescrit alors 200 mg par jour pendant trois cycles. À cette posologie, les effets secondaires sont rares et l'effet du médicament persistera pendant six à neuf mois. Les saignements sont diminués de 60 à 75 %².

Le **stérilet libérant du lévonorgestrel** peut réduire le flux menstruel de

80 % après trois mois, et de 95 % après 12 mois. Jusqu'à 20 % des femmes deviennent aménorrhéiques^{2,10}. Il offre un excellent choix thérapeutique aux femmes qui ont des cycles ovulatoires avec des saignements abondants. Il devrait être mis sur le marché au Canada en 2001 sous le nom de Mirena.

Les **analogues de la gonadolibérine (Gn-RH)** sont dispendieux, entraînent beaucoup d'effets secondaires et ne devraient plus être utilisés pour traiter les saignements utérins anormaux¹. Par ailleurs, ils améliorent les résultats à court terme de l'ablation de l'endomètre s'ils sont pris avant l'intervention^{2,11}.

L'**ablation de l'endomètre** peut être offerte comme solution de rechange à l'hystérectomie pour le traitement des saignements anormaux importants réfractaires au traitement médical. Cette intervention est relativement simple et entraîne peu de complications³. Plusieurs techniques sont décrites dans la littérature et certaines (plus récentes) peuvent être effectuées au cabinet sous narcose¹¹. Après l'ablation de l'endomètre, l'aménorrhée survient chez 25 à 40 % des patientes. Cependant, 60 à 75 % des femmes continueront d'être menstruées, mais leur état se sera beaucoup amélioré^{2,3,11}. Ce traitement semble plus efficace à moyen et à long terme chez les femmes de plus de 35 ans¹¹. Toutefois, certains auteurs ne recommandent pas cette technique pour les femmes encourant un risque élevé de carcinome de l'endomètre². Ce traitement n'est pas indiqué si la patiente désire un autre enfant ou si elle ne veut absolument plus de menstruation. Dans ce dernier cas, l'**hystérectomie** sera un meilleur choix³. L'ablation de l'endomètre ne remplace pas l'hystérectomie pour le traitement des saignements utérins

anormaux, mais elle offre une nouvelle option thérapeutique¹².

Le curetage n'est plus recommandé dans les cas de saignements anormaux, sauf en situation d'urgence pour traiter les saignements très abondants réfractaires à la thérapie médicale. Le curetage sert alors à évacuer les caillots de la cavité utérine et à enlever une partie des tissus endométriaux. Le saignement aigu arrête alors temporairement, et on pourra par la suite le contrôler avec des CO³ (tableau III).

On peut maintenant dire que :

■ Aurélie a très probablement des saignements utérins dysfonctionnels secondaires de cycles anovulatoires, et elle bénéficierait d'un traitement hormonal (CO) ;

■ Marie-Josée souffre possiblement d'une affection utérine bénigne qu'il faudra détecter pour pouvoir lui offrir le traitement approprié, le cas échéant ;

■ Cécile présente des saignements anormaux d'apparition récente qui pourraient être secondaires d'un carcinome de l'endomètre. Elle devrait subir une biopsie de l'endomètre. □

Date de réception : 8 juin 2000.

Date d'acceptation : 17 juin 2000.

Mots clés : saignements utérins dysfonctionnels, saignements utérins anormaux, ménorragie, traitement hormonal.

Bibliographie

1. Wren BG. Dysfunctional uterine bleeding. *American Family Physician* 1998 ; 27 (5) : 371-7.
2. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Dysfunctional uterine bleeding. Dans : *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 6^e éd. Baltimore : Lippincott-Williams & Wilkins, 1999 ; chap. 15 : 575-93.
3. Apgar BS. Dysmenorrhea and dysfunctional uterine bleeding. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 1997 ; 24 (1) : 161-78.
4. Chen BH, Giudice LC. Dysfunctional uterine bleeding. *West J Med* 1998 ; 169 (5) :

Summary

Dysfunctional uterine bleeding. Dysfunctional uterine bleeding (DUB), an elusive diagnosis, represents a variety of bleeding manifestations in the absence of pathologic findings or medical illness. Most of the time, DUB is the consequence of anovulation. Very few exams are necessary for the investigation of DUB. After having excluded pregnancy, the first step is to obtain a complete history and perform a complete physical examination, including pelvic evaluation. With adolescents, if treatment is not successful, a coagulation defect should be considered and investigated. Treatment of DUB depends on the severity of the bleeding and is usually pharmacological. Hormonal treatment is the treatment of choice.

Key words: dysfunctional uterine bleeding, abnormal uterine bleeding, menorrhagia, hormonal treatment.

280-4.

5. Dealy MF. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents. *The Nurse Practitioner* 1998 ; 23 (5) : 12-25.
6. Deligeorgiou E. Dysfunctional uterine bleeding. *Ann N Y Acad Sc* 1997 : 158-69.
7. Brenner PF. Differential diagnosis of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996 ; 175 (3 Suppl) part 2 : 766-9.
8. Guillebaud J. *Management of side effects and practical problems. Contraception: your questions answered*. 3^e éd. Philadelphie : Churchill Livingstone, 1996 : 281-3.
9. Oriol KA, Schrager S. Abnormal uterine bleeding. *American Family Physician* 1999 ; 60 (5) : 1371-80.
10. Fontaine JY. Medical treatment of menorrhagia. *The Canadian Journal of Ob/Gyn and Women's Health Care* 1993 ; 5 (2) : 411-4.
11. Sylvestre C, Laberge PY, Bazin S, Bérubé S. Incidence cumulative d'hystérectomies chez les femmes ayant subi une résection hystéroscopique de l'endomètre. *Journal SOGC* 2000 ; 22 (3) : 192-9.
12. Bridman SA, Dunn KM. Has endometrial ablation replaced hysterectomy for the treatment of dysfunctional uterine bleeding? *Br J Obstet Gynaecol* 2000 ; 107 (4) : 531-4.
13. Langlois L. *Les saignements utérins dysfonctionnels*. Module d'autoformation de la FMOQ, 1999 : 115 pages.
14. Long CA. Evaluation of patients with abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996 ; 175 (3 Suppl) part 2 : 784-6.
15. Chuong CJ, Breener PF. Management of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996 ; 175 (3 Suppl) part 2 : 787-92.



L'Association des médecins omnipraticiens de Montréal

organise un colloque sur l'Entente générale et la facturation
Vendredi 20 octobre 2000 de 8 h 30 à 16 h 30
Auberge Universel, Montréal

Ce colloque est ouvert aux résidents et
au personnel de soutien des médecins

Pour information : M^{me} Andrée Né
Téléphone : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499