Saigner sans dessus dessous…

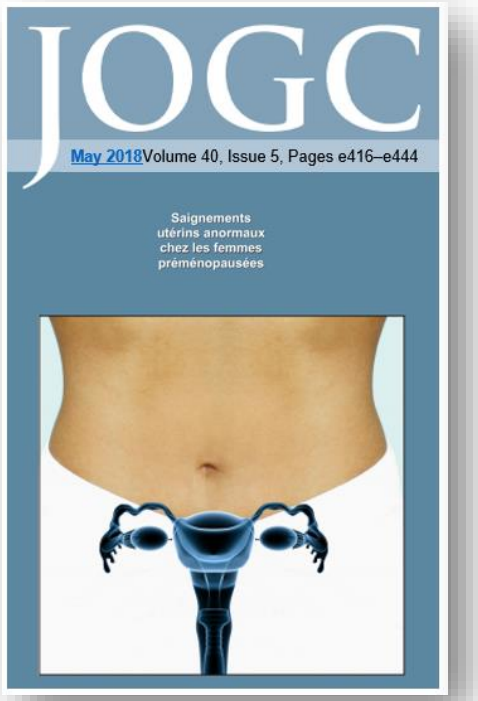
…panique ou pas?

Danièle Rousseau
Gynécologue

Objectifs d'apprentissage

À la fin de la présentation, le participant sera en mesure de:

- Reconnaitre les signes et les symptômes préoccupants (à partir de vignettes);
- Établir les diagnostics différentiels possibles;
- Mise en place d'un plan d'investigation;
- Évaluer les options de traitements;
- Reconnaitre le moment de référer aux spécialistes



UpToDate®
Wolters Kluwer
Health

Divulgation de conflits d’intérêts

- Danièle Rousseau a reçu des honoraires de Amgen pour cette présentation

- Relations avec des intérêts commerciaux
  - Bureau des conférenciers/ honoraires
    - Allergan: bureau des conférenciers, conférences et comité aviseur
    - Amgen: bureau des conférenciers, conférences et comité aviseur
    - Apharma/ Search Light: conférences
    - Bayer: bureau des conférenciers, conférences et comité aviseur
    - Merck: conférences
    - Pfizer: conférences

Les Saignements Utérins Anormaux

- Indication courante de consultations médicales
  - Entre 11 à 13 % des femmes en âge de reproduction
- Jusqu'à **30 %** des femmes ont des saignements menstruels abondants au cours de leur vie reproductive
- Les SUA constitue également la principale cause d'anémie ferriprive chez les femmes fertiles en santé

Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Sarah

- 17 ans
- Active sexuellement
- Se plaint de
  - cycles irréguliers (21 à 40 jours)
  - menstruations «hyper» abondantes
  - fatigue et perte d'énergie
- Votre opinion et conduite?

Camille

- 38 ans, P_2P_2
- Cycles réguliers
- Inquiète car le flot menstruel est parfois très abondant
- Durée ad 12 jours
- Tache son lit, sa chaise au bureau ou au restaurant, son banc d'auto…
- Votre opinion et conduite?

Annie

- 48 ans, ligaturée
- Cycles 15 à 72 jours
- Passe parfois gros caillots
- Durée ad 19 jours, plus abondant qu'avant
- Interfère avec ses activités quotidiennes
- Votre opinion et conduite?

Catherine

- 56 ans
- Ménopausée à 52 ans
- Saignement post ménopause sous HTR en faisant un effort
- Votre opinion et conduite?

Sarah

- 17 ans (ménarche à 15 ans)
- Active sexuellement
- Se plaint de
  - cycles irréguliers (21 à 40 jours)
  - menstruations «hyper» abondantes
  - fatigue et perte d'énergie
- Votre opinion et conduite?

Sarah

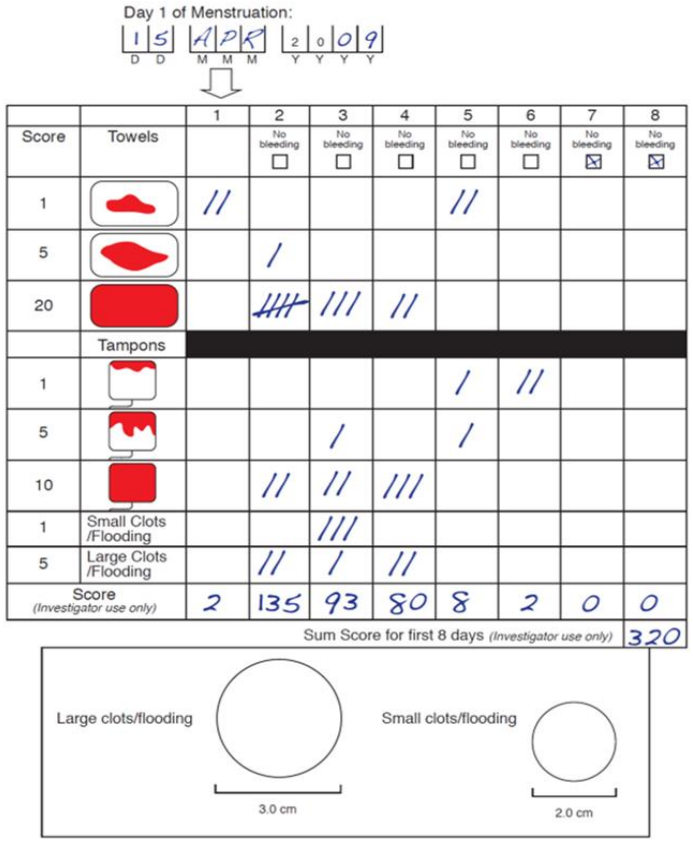
- **Définition**
- Diagnostic différentiel
- Investigation
- Traitement

Qu’est-ce qu’un saignement utérin anormal (SUA)?

- Menstruation normale:
  - Cycle normal 24 – 38 jours
  - Durée normale 3 – 8 jours
  - Flot normal 30 à 80 ml

- Évaluation:
  - > 6 - 8 serviettes ou tampons/jour (souillés 4+)
  - < 3 heures entre les changements
  - Pictogrammes

- Peu de corrélation entre la perception et la réalité



Score PBAC* - Higham JM. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;8:734-9
Saignement excessif = score PBAC > 100 ds les 8 premiers jrs des règles
→ > 80 ml de pertes sanguines

Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018
*PBAC: Pictorial Blood Assessment Chart

Qu’est-ce qu’un saignement utérin anormal (SUA)?

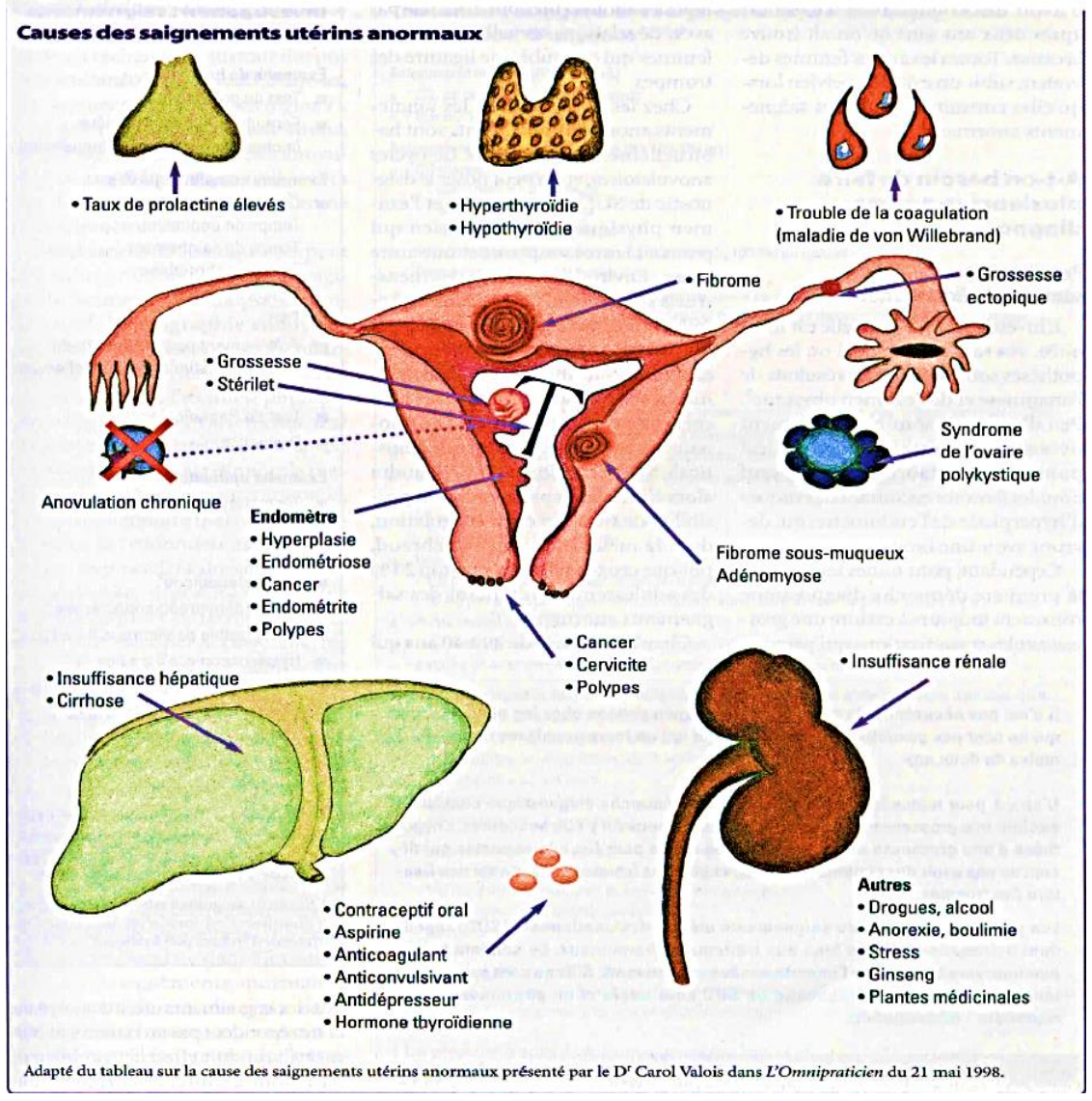
- Tout écart par rapport au cycle menstruel normal
  - Changement dans la régularité, dans la fréquence, la durée ou la quantité
  - Interfère avec la qualité de vie de la femme
- L’anémie ferriprive est le seul critère permettant d’objectiver des saignements abondants

Lignes directrices de la SOGC: No 292
Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Sarah

- Définition
- **Diagnostic différentiel**
- Investigation
- Traitement

Diagnostics différentiels



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

Diagnostics différentiels

Grossesse et conditions reliées

- Avortement spontané
- Grossesse ectopique
- Saignement d'implantation

Médicaments et causes iatrogéniques

- Anticoagulants
- Psychotropes
- Contraceptifs hormonaux
- Thérapies hormonales
- Stérilets

Shwayder JM. Pathophysiology of abnormal uterine bleeding. Obstet Gynecol Clin North Am 2000; 27:219-34.
Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Diagnostics différentiels

Conditions systémiques

- **Trouble coagulation**
  - **Thrombocytopénie (PTI)**
  - **Von Willebrand**
- **Immaturité HHO* ou déclin de la fonction ovarienne**
- **Ovaires polyk. (SOPK)**
- **Maladie thyroïdienne**
- Adénome hypophysaire
- Trouble hépatique, rénal

Pathologie tractus génital

- **Vulve:** hémangiomes, dermatose, trauma
- **Vagin:** atrophie, trauma, tampon oublié…
- **Col:** polype, ectropion, cancer
- **Endomètre:** atrophie, polype, hyperplasie, néoplasie
- **Myomètre:** myome, adénomyose
- **Ovaires**

Shwayder JM. Pathophysiology of abnormal uterine bleeding. Obstet Gynecol Clin North Am 2000; 27:219-34.
Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

*HHO: Hypothalamo-hypophyso-ovarien

Classification PALM-COEIN des SUA - FIGO

Buts

- Faciliter une meilleure compréhension des subtilités du SUA
- Permettre la caractérisation de plus d'une étiologie chez la même patiente

Reproduced from: Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet 2011; 113:3. Illustration used with the permission of Elsevier Inc. All rights reserved.

Classification PALM-COEIN des SUA - FIGO

Causes structurelles
Polypes
Adénomyose (endométriose)
Léiomyomes
Malignité et hyperplasie

→ Sous-muqueux
Autre

Causes non structurelles
Coagulopathie
Ovulatoire (dysfonction)
Endométriale (trouble primaire des mécanismes régulant l' « hémostase » endométriale locale)
Iatrogénique (ex: HT, Tamoxifène)
Non encore déterminée (grossesse, c. systémique ex. thyroïde, c. locale ex. trauma)

Ne JAMAIS oublier d'éliminer la grossesse

UpToDate®

Reproduced from: Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet 2011; 113:3. Illustration used with the permission of Elsevier Inc. All rights reserved.

Sarah

- Définition
- Diagnostic différentiel
- **Investigation**
- Traitement

Investigation des saignements anormaux

- Anamnèse et histoire menstruelle ± sexuelle
- Antécédents familiaux
  - Maladies endocriniennes
  - Troubles de coagulation
  - Fibromes etc…
- Examen physique
  - Signes de grossesse, d'androgénisme, de galactorrhée, de problèmes thyroidiens, de masse abdominale ou de maladies systémiques
- Examen gynécologique PRN

Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Investigation (PRN selon jugement clinique)

- ☑ **ß hCG**
- ☑ **FSC**
- ☑ Ferritine ?
- ☑ TSH ?
- ☑ Coagulogramme ?
- ☑ Bilan VW ?:*
  - temps de saignement (aN si ↑)
  - APTT (aN si ↑)
  - vWF (Ag, RcoF) (aN si ↓)
  - VIII (aN si ↓)
- ☑ Bilan SOPK ?
  - FSH, TSH, PRL
  - Glycémie à jeun ou
  - HPOP 75g si facteurs de risque (aN si >140mg/dl)
  - Testostérone totale (aN si > 200 ng/dl)
  - DHEA-S (aN si > 700 mcg/dl)
- ☑ Cultures - dépistage des ITS
- ☑ Cytologie prn
- ☑ Écho pelvienne/ endovaginale (modalité de première intention dans le cas des SUA, lorsque la tenue d'une imagerie s'avère indiquée (I-A)

*Estrogènes peuvent modifier le taux de VWF: faire dosage avant de commencer COC

Investigation (PRN selon jugement clinique)

☑ ß hCG

☑ FSC

Sauf exception‡, à cet âge commencer par traiter et ne poursuivre l'investigation que si échec au traitement

‡ La tenue de tests supplémentaires dépend de l'anamnèse, des symptômes et des résultats de l'examen physique

Diagnostic de SUA

SUA ovulatoire *
Cycles réguliers

SUA anovulatoire**
Cycles irréguliers

* Le plus souvent cause anatomique ou troubles de la coagulation

** Le plus souvent aux 2 extrémités de la vie reproductive

Diagnostic de SUA-O

Dysfonction ovulatoire

SUA anovulatoire**

Cycles irréguliers

** Le plus souvent aux 2 extrémités de la vie reproductive

Sarah

- Définition
- Diagnostic différentiel
- Investigation
- **Traitement**

SUA modéré (Hb > 100)

Si les saignements sont abondants lors de la visite (+ antiémétiques), C.O.C. :

- 2 co (de 35 µg de préférence) die jusqu'à l'arrêt des saignements et continuer 1 co die pour 10 à 14 jours

MAIS, si inefficace, 1 co:

- QID X 2 jours (ou 4)
- TID X 2 jours (ou 4)
- BID X 2 jours (ou 4)
- Die X 3 jours (ou 7)
- Pour un total de 21 comprimés suivis d'une autre boîte immédiatement sans période sans hormone, puis X 3 à 6 cycles avec ou sans PSH*

*PSH: Période Sans Hormones

Vilos GA, Lefedvre G, Groves G., SOGC Clinical Practice Guidelines, Guidelines for the Management of Abnormal Uterine Bleeding, J Obstet Gynaecol Can 2001 1; 23(8): 704
Gail B. Slap, Best practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2003

Traitement du saignement sévère

Le saignement est continuel - l'Hb est < 80 - la patiente est très symptomatique

- EÉC (Prémarin®) 25 mg I.V. q 4 à 6 heures (max. 3 doses)
- EÉC (Prémarin®) 1.25 mg = 17 beta-estradiol (Estrace®) 2 mg = 10 mcg d'EE
  - 2 co po qid ad ↓
  - 2 co bid x 1sem, (peut être continué X total de 21 j)
  - 2 co die x 1sem,
  - 1 co die x 1sem x total d'environ 21 jours

  ET

  AMP (Provera®) 10 mg des jours 12 à 21 des EEC ou E_2
- COC (un total de 100 µg d'éthinylestradiol est souvent requis)
- Il est possible d'ajouter de l'acide tranexamique (Cyklokapron®) 1 000 mg q 6h, IV ou p.o.

Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Progestatifs continus po

Si saignement abondant et contre-indication aux estrogènes:

- AMP (de 10 à 20 mg, BID) ou l'acétate de mégestrol (de 20 à 60 mg, BID) ad arrêt et diminution par la suite pour un total de 5 à 10 jours (ad 3 semaines si anémie)
- Progestérone micronisée (Prometrium®) 100 mg
  - 2 co Q 4 hres ad ↓ saignement puis
  - 2 co QID X 4 jours puis
  - 2 co TID X 3 jours puis
  - 2 co BID X 2 à 3 semaines

UpToDate- Management of abnormal uterine bleeding in adolescents
Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Que recommander à Sarah par la suite, en prévention d’un SUA chronique?

(Saignements dont la durée, la fréquence et/ou le volume sont anormaux et qui se sont manifestés pendant la majeure partie des six derniers mois)

SUA anovulatoire

Cycles irréguliers

Grossesse souhaitée:

- Suppléments de fer
- AINS
- Antifibrinolytiques
- Provoquer l'ovulation prn

Grossesse non souhaitée:

- Suppléments de fer
- AINS
- Antifibrinolytiques
- CO, anneau ou timbre (Attention tabac et métrorragies)
- Progestogène continu (per os ou SIU-LNG ou Depot MPA)
- Progestogène cyclique
- Danazol
- Analogues LH-Rh

Diriger vers un gynécologue

Traitements

NON HORMONAUX

Des options non hormonales, telles que les AINS et les antifibrinolytiques, peuvent être utilisées efficacement pour assurer la prise en charge des saignements menstruels abondants dont la manifestation est principalement cyclique ou prévisible (I-A).

- AINS (35 à 50%)
  - Dès le premier jour des règles (ou même 24 à 48 hres avant) et X 3 - 5 jours
    - Ibuprofène 400 à 800 mg BID X 10 jours (Consensus 2004)
    - Naproxen (Anaprox®) 550 mg BID X 5 jours (Guidelines SUA 2001)
- Acide tranexamique (40 à 59 %)
  - 1 g aux 6 heures les jours de flot abondant, max.: 7 jours consécutifs
  - Une dose unique de 4 g die est également efficace[3]

Lignes directrices de la SOGC: No 292Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018
Issue 3. Art. No.: CD000400. DOI: 10.1002/14651858.CD000400
Lethaby A, Augood C, Duckitt K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998,.

AINS

- ↓ saignement : environ 35 à 50%
- ↓ dysménorrhée de 70%
- Effet de classe: acide méfénamique, naproxen
- ↓ la production totale de prostaglandines en inhibant la cyclo-oxygénase et favorise la **vasoconstriction utérine**, diminue **l'angiogenèse** et favorise **l'agrégation plaquettaire**

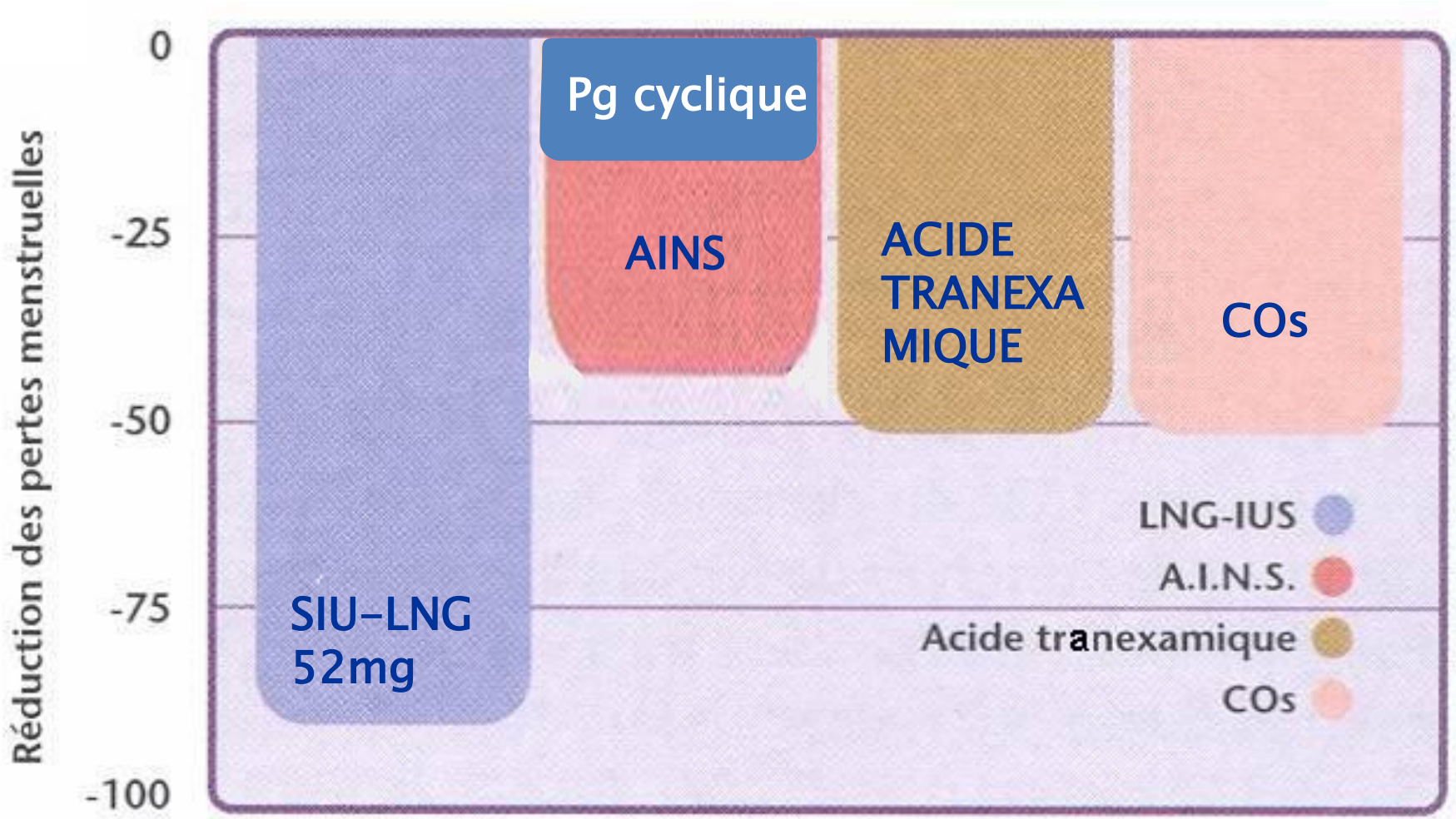
Issue 3. Art. No.: CD000400. DOI: 10.1002/14651858.CD000400
Lethaby A, Augood C, Duckitt K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998,.

Traitements

HORMONAUX

- CHC: pilule, timbre ou anneau (40 - 50%)
  - La **méthode prolongée/ continue** devrait être privilégiée
- Depo MPA (50 à 75% à 1 an)
- Stérilets levonorgestrel – 52 mg (20 à 80% d'aménorrhée) ou 19.5 mg
- Progestogènes oraux – pauvreté des données vs efficacité
  - Continus
    - Pilule de progestogène seul 1 à 2 co die (MPA 5 mg, Progestérone 100 mg)
  - Cycliques (si **SUA anovulatoire seulement**)
    - MPA 10 mg po 12-14 j/mois
    - Progestérone micronisée 200mg po 12-14 j/mois
    - Noréthindrone 5 mg tid du 5 au 26e jour: 78% d'abandon à 3 mois

Lignes directrices de la SOGC: No 292Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018
Issue 3. Art. No.: CD000400. DOI: 10.1002/14651858.CD000400
Lethaby A, Augood C, Duckitt K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998,.


Réduction des pertes menstruelles
0
-25
-50
-75
-100
Pg cyclique
AINS
ACIDE TRANEXA MIQUE
COs
SIU-LNG 52mg
LNG-IUS
A.I.N.S.
Acide tranexamique
COs

Recommandations de la SOGC 2018

À l'exception des AINS, les mêmes agents médicaux qui sont utilisés pour assurer la prise en charge des saignements menstruels abondants chez les femmes présentant une coagulation normale peuvent être efficacement utilisés chez les femmes atteintes de troubles hémostatiques héréditaires. (II-1B)

Contraceptifs oraux: fréquentes causes de métrorragie

- Début d'utilisation (3 à 6 mois)
- Non-observance
- Grossesse
- Composition du contraceptif oral combiné (substitut?)
- Tabagisme
- Troubles médicaux :
  - malabsorption (ex.: maladie de Crohn)
  - thyroïde
  - interaction avec d'autres médicaments (rifampicine, griséofulvine, anticonvulsivants, certains antirétroviraux, millepertuis)
  - infections transmissibles sexuellement (ITS)
  - causes anatomiques (5 – 10%)

1. Lynch CM. Contemp ObGyn. 2000;(suppl):3-9.
2. Rosenberg MJ et al. *Am J Obstet Gynecol 1996;174:628-632.*

Contraceptifs oraux: protocoles de traitement des métrorragies sous COC

- **ATTENDRE 3 MOIS**
  (tachetures : 50 % au cours des premiers mois)

- **Si les tachetures persistent :**
  - Si la patiente prend un contraceptif oral dosé à 20 ou 25 µg d'EE :
    ⇒ Prescrire deux pilules par jour jusqu'à la fin des saignements ou jusqu'à la fin de la boîte
  - Administrer un supplément oral d'œstrogène pour le reste du cycle ou pour 3 cycles consécutifs complets:
    ⇒ 1,25 mg EEC ou 2 mg de 17β-estradiol die ou timbre cutané 100 µg d'Estradiol (= 10 µg d'EE)
  - Abréger l'intervalle sans hormone
  - AINS, tel que l'ibuprofène: 400 à 800 mg, BID, X 10 jours
  - Si le contraceptif est pris en continu, arrêter pendant 3 ou 4 jours puis reprendre le traitement
  - Passer à une préparation à plus haute teneur en œstrogène et changer de progestatif (acétate de noréthindrone) ou changer de voie d'administration

Aucune de ces recettes artisanales n'a été démontrée efficace...

Evaluation and management of unscheduled bleeding in women using contraception – UpToDate 2019

Métrorragies sous DMPA

<u>Si persistance > 6 mois</u>

- Éliminer causes sous-jacentes
- ↑doses: 225 à 300 mg IM pour les 2 à 3 injections suivantes
- ↓ intervalle entre les doses (Q 2 mois)
- Traitement d'appoint aux oestrogènes
  - 1,25 EEC
  - 2 mg de 17β-estradiol
  - timbre 100 µg d'E_2 X 25 jours

  } X durée? 10 à 14 jours…
- AINS, tel que l'ibuprofène: 400 à 800 mg, BID, X 7 à 10 jours ⇒
- Ajouter COC X 1 à 3 mois (10 à 20 jours?)
- Acide tranexamique (cyklokapron®) 250 mg QID X 5 jours

Evaluation and management of unscheduled bleeding in women using contraception – UpToDate 2019

Métrorragies sous Mirena

- Si approprié, vérifier position, R/O infection
- (Œstrogènes exogènes X 2 à 3 cycles [récepteurs])
- AINS
  - Ponstan 500 mg TID
  - Ibuprofène, 400 mg TID
  - Naproxen 250 mg TID

  } X 5 à 7 jours ⇒

- (COC X 2 – 3 mois)
- Doxycycline BID X 7 à 14 jours (inhibe métalloprotéinase)

Evaluation and management of unscheduled bleeding in women using contraception – UpToDate 2019

Camille

- 38 ans, P_2P_2
- Cycles réguliers
- Inquiète car le flot menstruel est parfois très abondant
- Durée ad 12 jours
- Tache son lit, sa chaise au bureau ou au restaurant, son banc d'auto…
- Votre opinion et conduite?

Camille

- Définition
- **Diagnostic différentiel**

- **Investigation**
- Traitement

Investigation des saignements anormaux

- Anamnèse et histoire menstruelle ± sexuelle
- Antécédents familiaux
  - **Fibromes**
- Examen physique
  - Sp
  - Cytologie normale
  - ITSS nég.
- Examen gynécologique
  - **Utérus légèrement globuleux**

Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Investigation (PRN selon jugement clinique)

- ☑ **ß hCG**
- ☑ **FSC**
- ☑ Ferritine ?
- ☑ TSH ?
- ☑ Coagulogramme ?
- ☑ Bilan VW ?
- ☑ Cultures - dépistage des ITS
- ☑ Cytologie prn
- ☑ **Écho pelvienne/ endovaginale**
- ☑ Bilan SOPK ?
- ☑ Biopsie de l'endomètre?

Imagerie

L'imagerie est importante pour déterminer la présence et l'emplacement de fibromes et exclure d'autres pathologies

- Échographie pelvienne : endovaginale ou trans-abdominale
- Hystérosonographie: échographie par infusion d'un agent de contraste (gel, sérum physiologique)
- IRM : 2ième intention, permet de déterminer l'emplacement, la taille, le nombre et la perfusion des fibromes

IRM = imagerie par résonnance magnétique

1. Khan AT, et al. *Int J Womens Health* 2014;6:95-114
2. Singh S, et al. *J Obstet Gynaecol Can* 2013;35(5 eSuppl):S1-S28

Imagerie

L'imagerie est importante pour déterminer la présence et l'emplacement de fibromes et exclure d'autres pathologies

- Échographie pelvienne : endovaginale ou trans-abdominale
- Hystérosonographie: échographie par infusion d'un agent de contraste (gel, sérum physiologique)
- IRM : 2ième intention, permet de déterminer l'emplacement, la taille, le nombre et la perfusion des fibromes

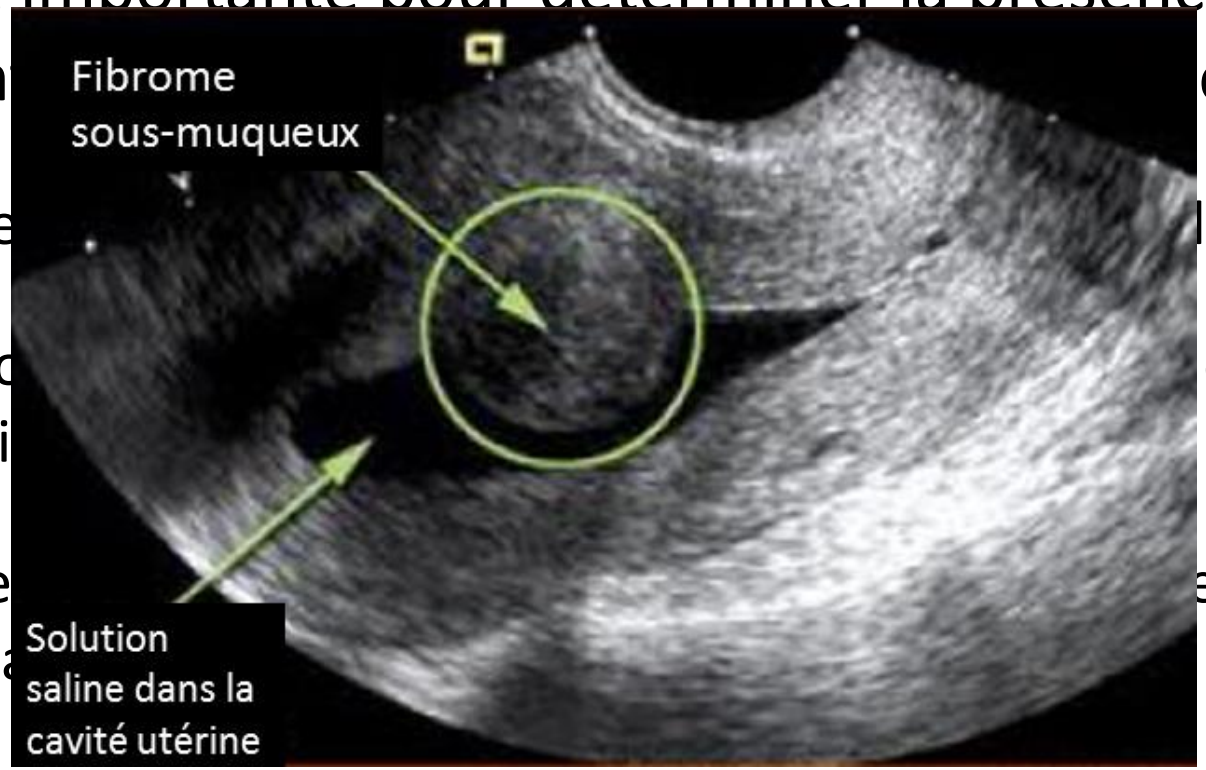
IRM = imagerie par résonnance magnétique

1. Khan AT, et al. *Int J Womens Health* 2014;6:95-114
2. Singh S, et al. *J Obstet Gynaecol Can* 2013;35(5 eSuppl):S1-S28

Imagerie

L'imagerie est importante pour déterminer la présence et l'emplacemen ogies

- Échographie le
- Hystérosonc de contraste (gel, sérum physi
- IRM : 2ième ent, la taille, le nombre et la



IRM = imagerie par résonnance magnétique

1. Khan AT, et al. *Int J Womens Health* 2014;6:95-114
2. Singh S, et al. *J Obstet Gynaecol Can* 2013;35(5 eSuppl):S1-S28

Biopsie - Recommandations de la SOGC 2018

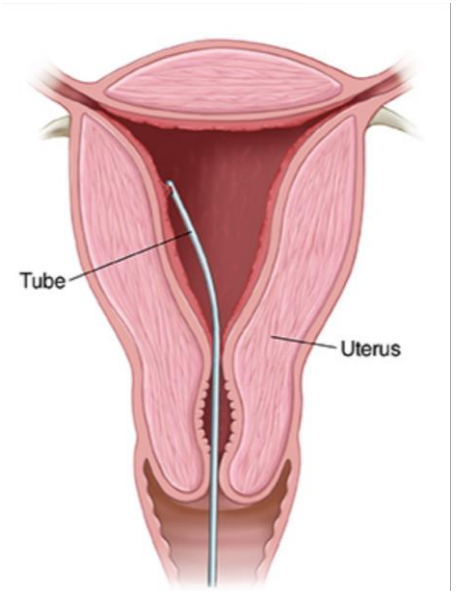
Le recours à la biopsie endométriale devrait être envisagé chez les femmes (II-2A)

- de tout âge dont les saignements anormaux ne réagissent pas au traitement médical (+ investiguer autre cause comme ovaires, trompes…)
- > 40 ans présentant des saignements anormaux
- < 40 ans, qui présentent des saignements anormaux **et** des facteurs de risque de cancer de l'endomètre

Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Facteurs de risque de cancer de l'endomètre (1)

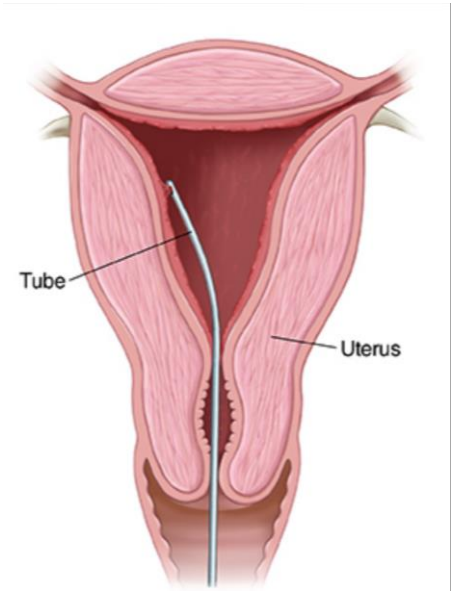
- Femme de plus de 40 ans (ACOG: 35 ans)
- Poids ≥ 90 kg (IMC > 30)
- Prise d'oestrogènes sans progestérone
- Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)
- Ménarche précoce ou ménopause tardive
- Prise de tamoxifène
- Antécédents familiaux de cancer du sein, du colon, de l'endomètre ou de l'ovaire (Syndrome de Lynch, HPNCC [cancer colique héréditaire sans polypose])



Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Facteurs de risque de cancer de l'endomètre (2)

- Nulliparité avec infertilité
- Diabète
- HTA
- AGC (bx ≥ 35 ans ou < 35 ans si SUA et/ou facteurs de risque)
- Présence de cellules endométriales normales à la cytologie chez une femme > 40 ans si:
  - SUA
  - facteurs de risque ⊕
  - ou ménopausée
- SUA ne répondant pas au traitement médical



Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

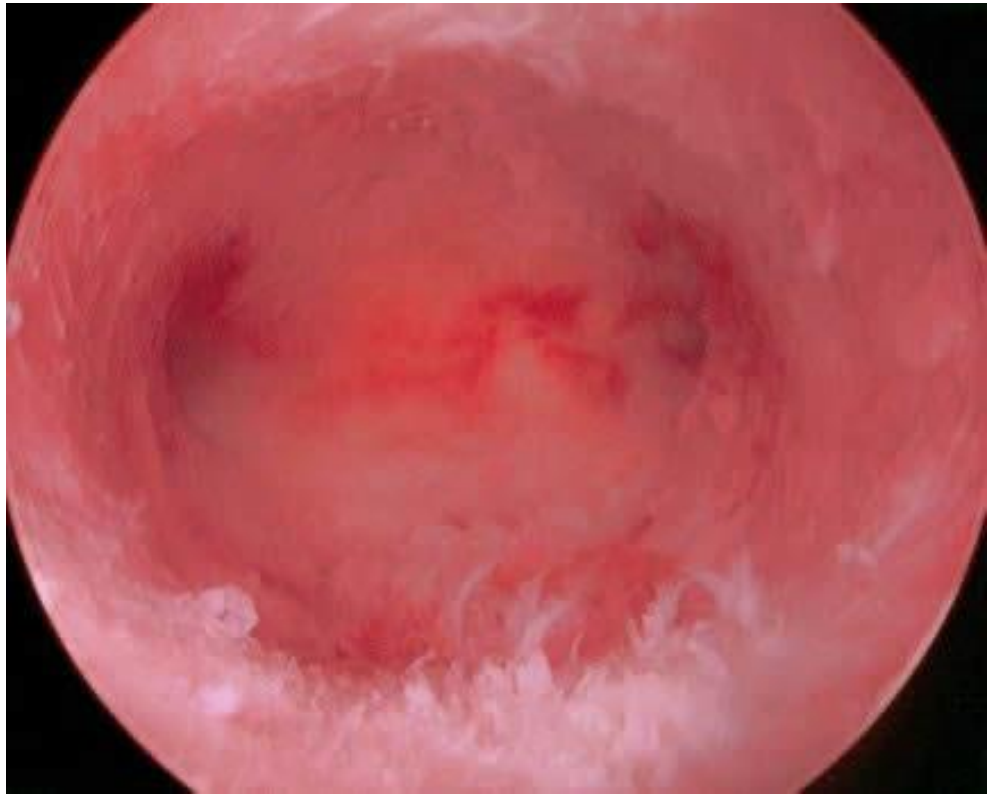
Hystéroscopie

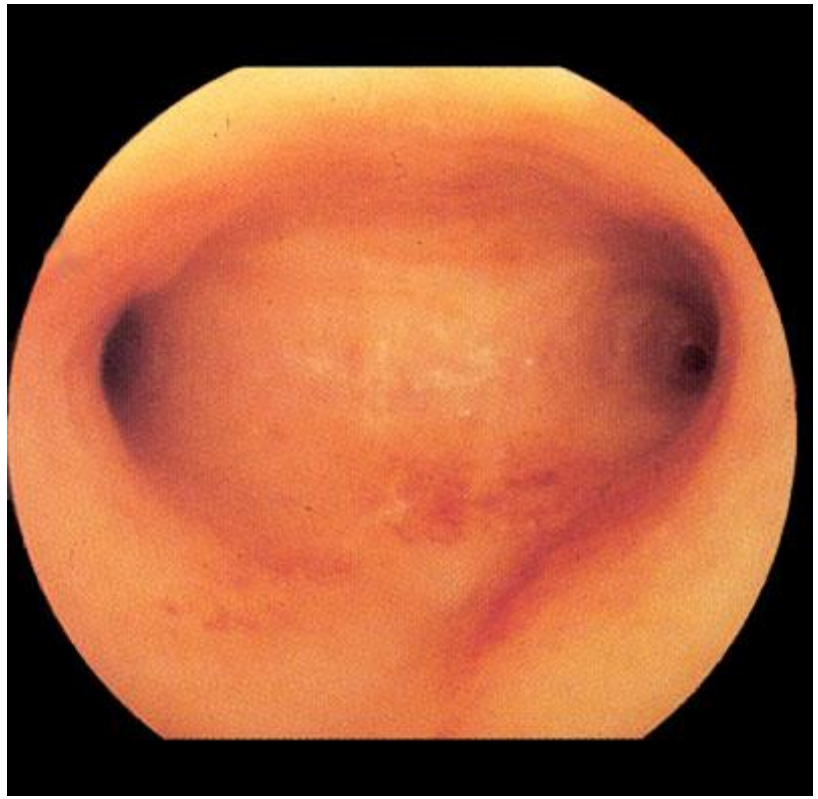
- But:
  - établir diagnostic et **caractérisation des anomalies** intra-utérines discrètes (telles que les fibromes sous-muqueux). (I-A)
  - faciliter la tenue d'une **biopsie dirigée**
  - **thérapeutique** (exérèse lésions, ablation endomètre)

- Risques de l'hystéroscopie:
  - perforation de l'utérus
  - infection
  - lacérations cervicales
  - création de faux trajets
  - surcharge liquidienne

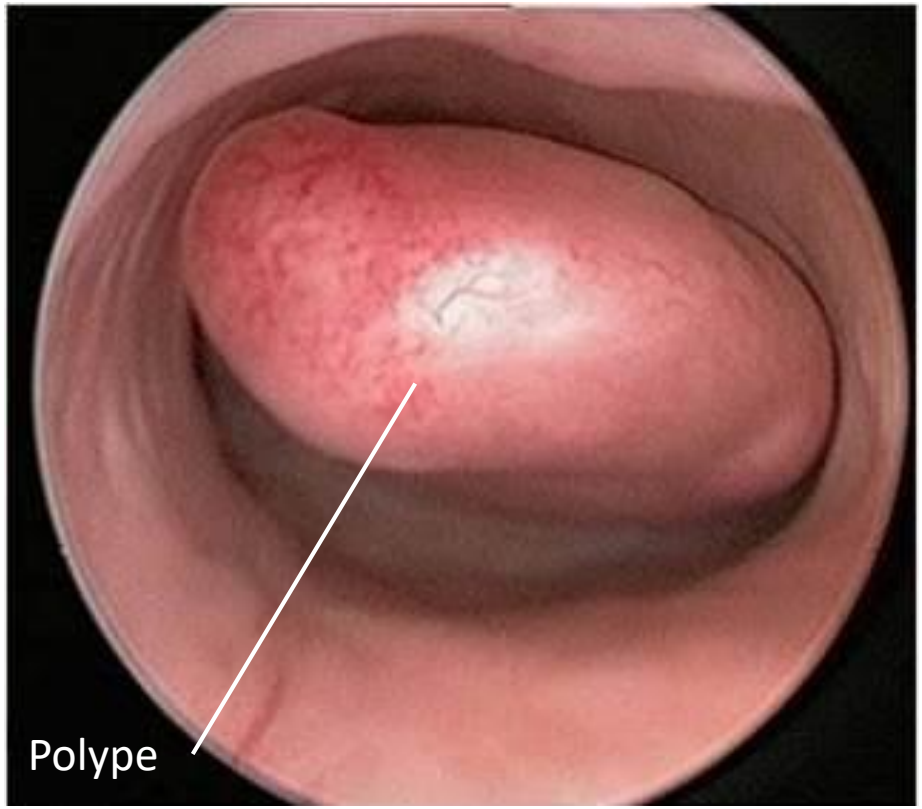
Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

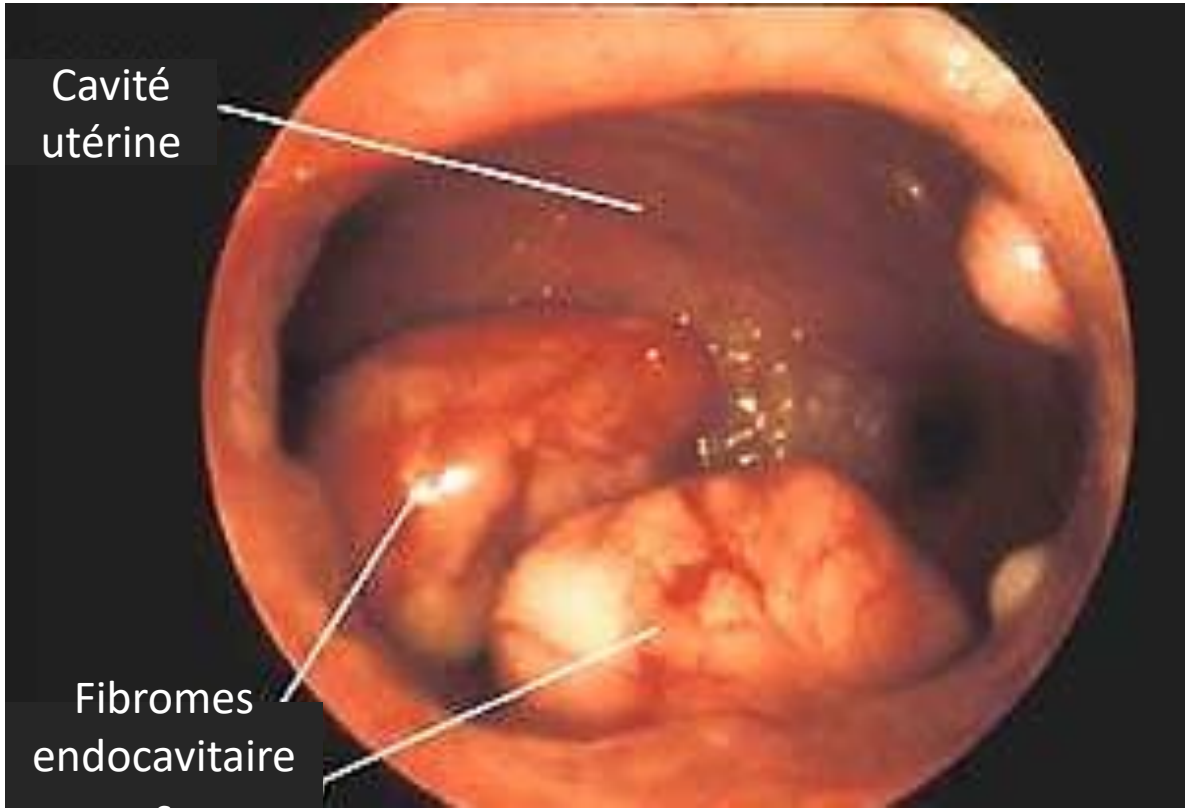
Hystéroscopie





Hystéroscopie





Camille

- Définition
- Diagnostic différentiel
- **Investigation**

  ⇒ ∅ biopsie de l'endomètre
- Traitement

Diagnostic de SUA

SUA ovulatoire *

Cycles réguliers

* Le plus souvent cause anatomique ou troubles de la coagulation

SUA- P_0 A_0 $L_{(SM)}$ M_0 - C_0 O_0 E_0 I_0 N_0

ou

SUA- $L_{1(SM)}$

Camille

- Définition
- Diagnostic différentiel
- Investigation
- **Traitement**

SUA ovulatoire

Cycles réguliers

Grossesse souhaitée:

- Suppléments de fer
- AINS
- Antifibrinolytiques

Grossesse non souhaitée :

- Suppléments de fer
- AINS
- Antifibrinolytiques
- CHC (CO, timbre, anneau)
- Progestogène continu (per os ou SIU-LNG 52 mg ou Depot-MPA)
- ~~Progestogène cyclique~~
- Acétate d'ulipristal (∅ contraceptif)
- Danazol (Cyclomen®)
- Analogues LH-Rh

Diriger vers un gynécologue

Santé Canada et UPA (MSRP*)

- Santé Canada approuve l'utilisation de l'acétate d'ulipristal pour le traitement des fibromes utérins intermittents **à long terme**
- Toujours faire l'investigation du SUA avant de débuter le traitement
- Traitement séquentiel de 5 mg die x 12 semaines suivi de 2 mois d'arrêt (reprise à la deuxième règle post arrêt)
- Donc pas de restriction de durée de traitement avec l'UPA en autant que l'on respecte la posologie intermittente
- MAIS, en Europe, 4 cas de transplantation hépatique sur 700,000 utilisatrices d'acétate d'ulipristal. Lien de causalité?

* MSRP: Modulateur Sélectif des Récepteurs de la Progestérone

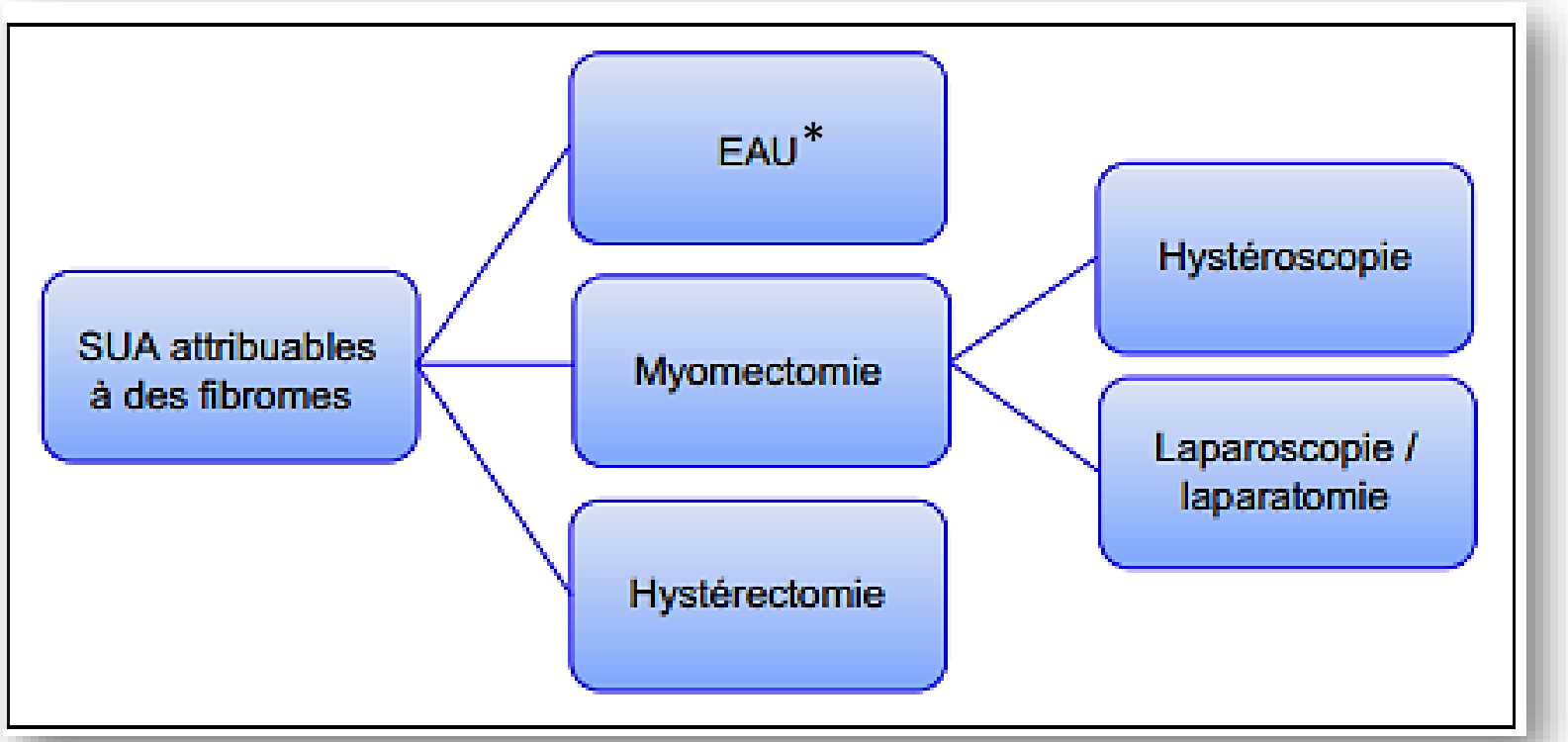
Santé Canada et UPA

Bilan hépatique – recommandations:

- AST, ALT
  - avant le début du traitement (ne pas instaurer tx si > 2 X la normale)
  - Q 1 mois par la suite
  - et 2 à 4 semaines après l'arrêt du traitement
- Cesser tx si AST, ALT > 3 X la N ou si signes et symptômes de lésion hépatique (N, V, ictère etc.) et faire bilan hépatique complet

Santé Canada

Prise en charge chirurgicale des SUA attribuables à des fibromes



* Embolisation de l'Artère Utérine

Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Annie

- 48 ans, ligaturée
- Cycles 15 à 72 jours
- Passe parfois gros caillots
- Durée ad 19 jours, plus abondant qu'avant
- Interfère avec ses activités quotidiennes
- Votre opinion et conduite?

Annie

- Définition
- Diagnostic différentiel

- Investigation
  - ATCD peu contributifs
  - Examen normal, cyto normale
  - FSC: anémie ferriprive
  - Écho: normale
  - **Bx endomètre:** endomètre désorganisé

- **Diagnostic et traitement ? SUA o**

SUA - O

Grossesse souhaitée:

- Supplément de fer
- AINS
- Antifibrinolytiques
- Provoquer ovulation
  Clomiphène

Grossesse non souhaitée :

- Suppléments de fer
- AINS
- Antifibrinolytiques
- CO, anneau ou timbre (Attention tabac et métrorragies)
- Progestogène continu (per os ou SIU-LNG 52mg ou Depot-MPA)
- Progestogène cyclique
- Acétate d'ulipristal

- Danazol
- Analogues LH-Rh

Diriger vers un gynécologue

Catherine

- 56 ans
- Ménopausée à 52 ans
- Saignement post ménopause sous HTR en faisant un effort
- Votre opinion et conduite?

Catherine

- Définition
- Diagnostic différentiel

- Investigation
  - ATCD peu contributifs
  - Examen normal, cyto normale
  - FSC: normale, TSH: normale
  - Écho: normale
  - **Bx endomètre:** ?
- Diagnostic et traitement ?

SUA post ménopause sous HT

- SUA irréguliers chez 40% des femmes sous HT continue, dans les 3 à 6 premiers mois
- Si saignements après 6 mois de traitement faire biopsie de l'endomètre
- Après 12 mois, des saignements irréguliers sont plus courants chez les femmes sous traitement cyclique (40% d'aménorrhée) que chez celles sous traitement combiné continu (15% de SUA)

Lignes directrices de la SOGC: Prise en charge de la ménopause. JOGC 2014

Johanne

- 59 ans, ménopausée
- Ø HTR
- Se plaint de douleurs FIG
- Vous lui faites passer une écho pelvienne
- Endomètre régulier, 9 mm
- Votre opinion et conduite?

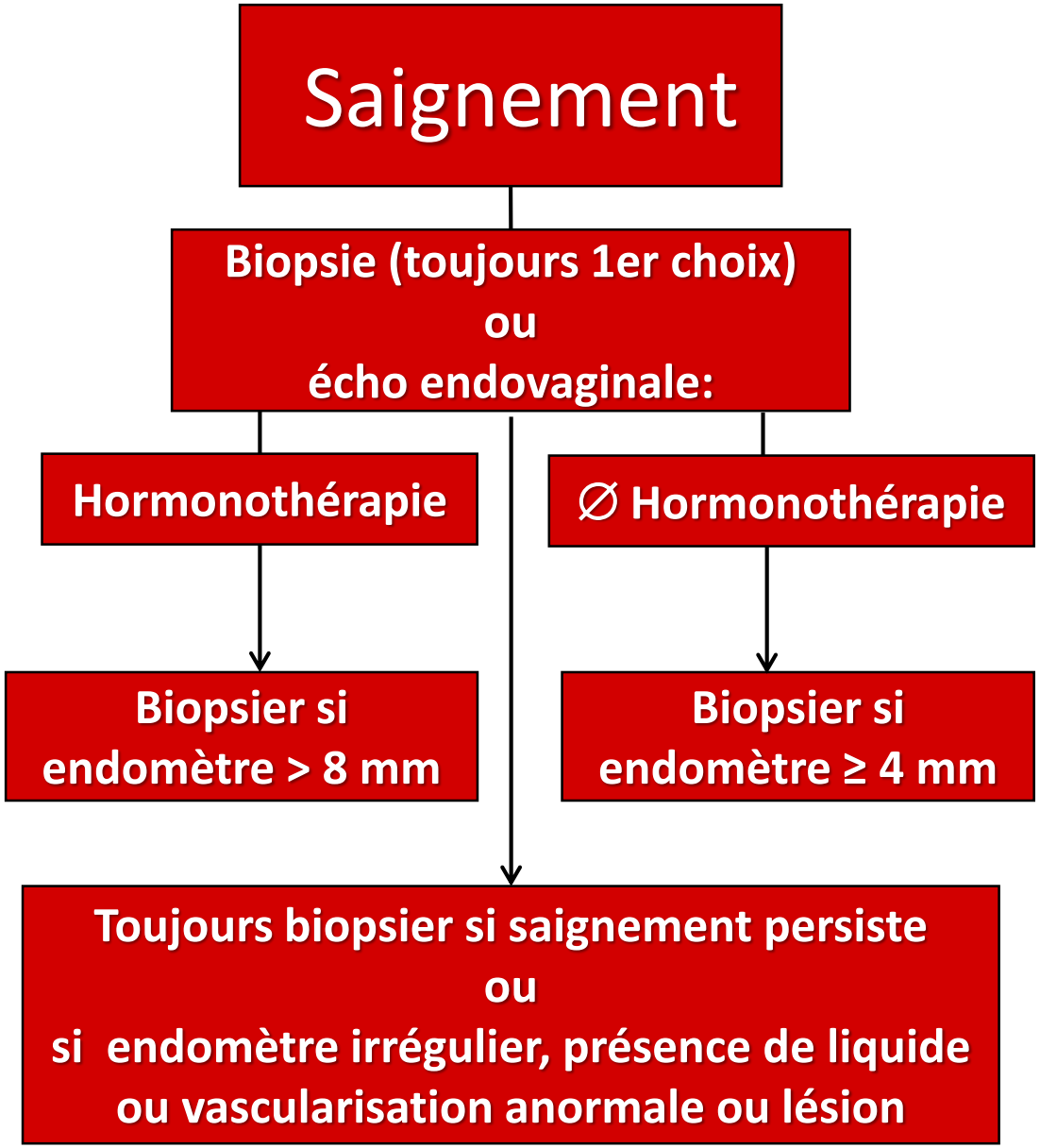
Risque de cancer de l’endomètre

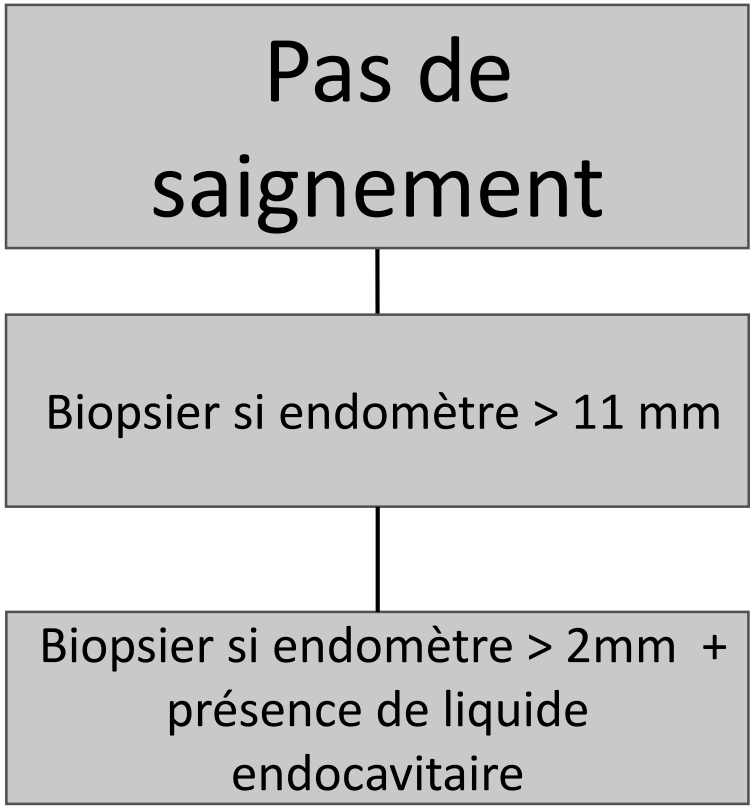
- Âge moyen du cancer de l’endomètre : 61 ans
- 5 à 30 % en péri ménopause (dont l’âge moyen est de 45 ans)
- Risque de cancer de l’endomètre si saignement post ménopause:
  - Sans HT = 10%
  - Avec HT = 1%

Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Lignes directrices SOGC 2010 – révisées 2018 Épaississement endométrial asymptomatique

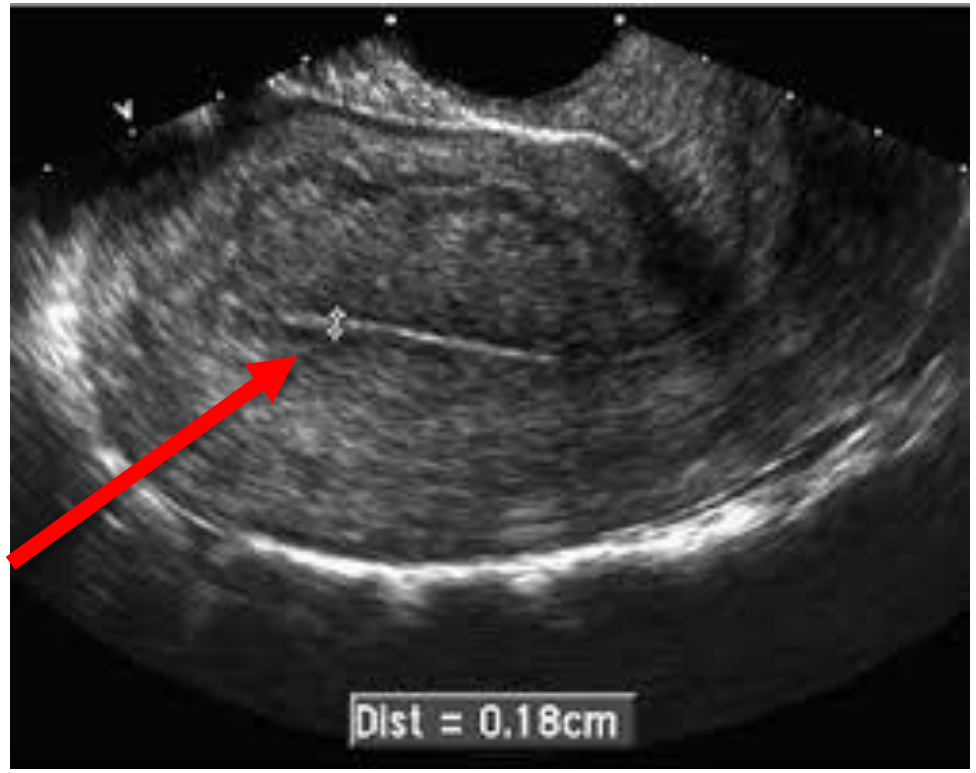
En ménopause, quand biopsier

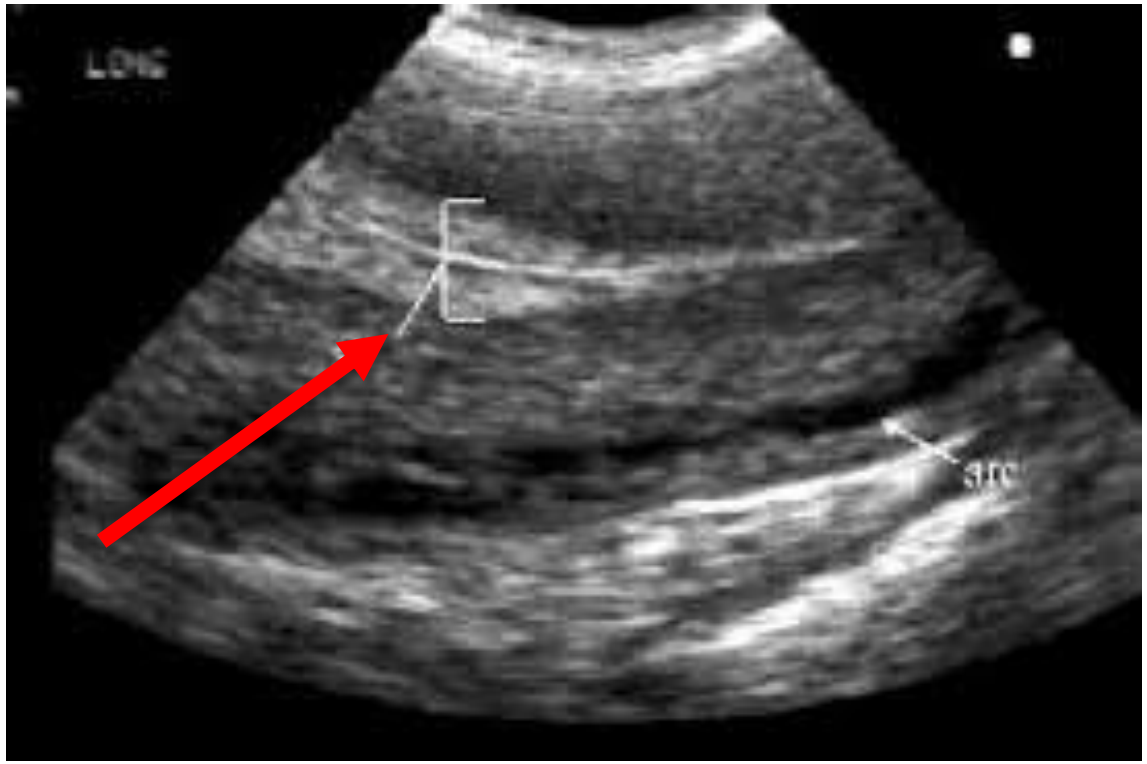




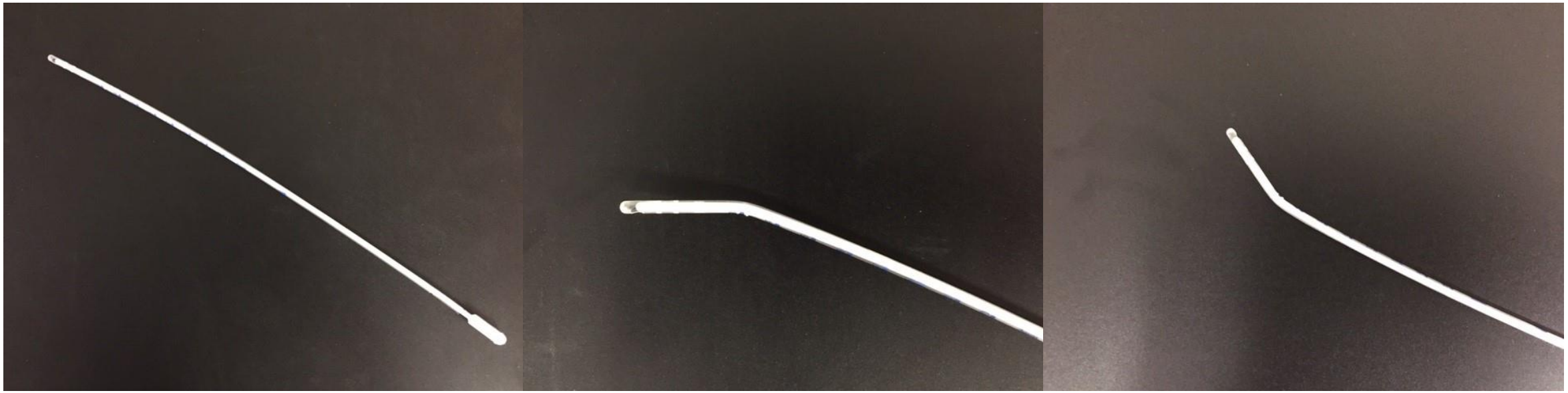
SOGC N° 249, octobre 2010
UpToDate Evaluation of the endometrium for malignant or premalignant diseas Literature review current through: Jan 2013
Révisé 2018. | This topic last updated: janv. 20, 2013

Épaisseur de l’endomètre

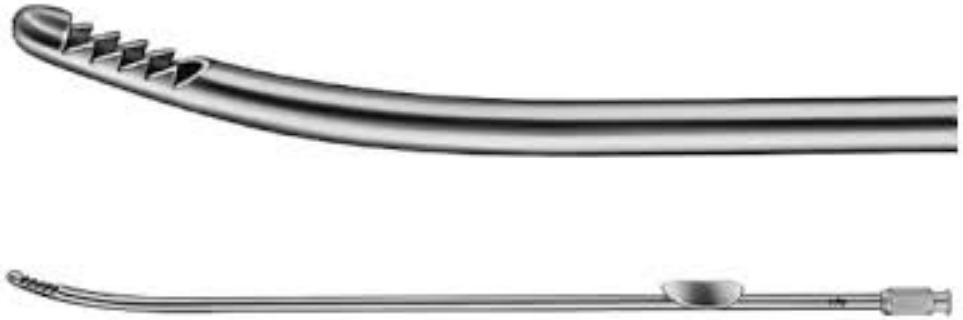




Biopsie de l’endomètre



Pipelle ou pipette



Curette de Novak

Recommandations de la SOGC 2018

Les **lésions focales** de l'endomètre qui nécessitent une biopsie devraient être prises en charge au moyen d'une évaluation guidée par **hystéroscopie** . (II-2A)

Lignes directrices de la SOGC: No 292 Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. JOGC mai 2018

Qui biopsier?

Saignements post-ménopause persistants - ménopause symptomatique et biopsies répétées et/ou HSCopies normales

- Changer pour cyclique (40% d'aménorrhée)
- Changer pour autre régime E/P continu
  - Modifier doses
  - Modifier type d'estrogène et/ou de progestogène
  - Modifier voie d'administration (transdermique, SIU lévonorgestrel 52 mg…)
- Complexes estrogéniques à action tissulaire sélective (Duavive™)
- Tenter d'arrêter l'HT et discuter des alternatives
- Ablation de l'endomètre?

SUA - Messages-clés

TOUJOURS ÉLIMINER GROSSESSE

- Adolescentes:
  - SUA habituellement secondaires à des cycles anovulatoires (+/- autres causes non structurelles PALM-COEIN)
  - Examen gynécologique pas obligatoire dans un premier temps
  - Penser à rechercher une coagulopathie (V W) surtout si échec au traitement
- Femmes de 20 à 40 ans
  - SUA habituellement en lien avec des cycles ovulatoires (PALM – C_0O_0EIN)
  - Si ne répond pas au traitement, rechercher une autre cause (+ biopsie)
  - Si patiente à risque de cancer de l'endomètre, faire biopsie d'emblée

- Femmes de plus de 40 ans
  - SUA souvent secondaires à des cycles anovulatoires (PALM – COEIN)
  - On doit exclure un néo de l'endomètre
  - **Faire biopsie**
- Femmes ménopausées
  - Biopsie toujours premier choix

SUA - contribution du pharmacien

- Éliminer grossesse
- Évaluation d'interactions médicamenteuses
- Thérapie martiale
- AINS
- Conseil vs tabagisme
- Conseils vs Acétate d'Ulipristal (bilan hépatique)
- CO: conseils sur
  - le nombre de comprimés
  - le nombre de jours d'utilisation
- DepoMPA: rapprocher les doses
- Conseiller à la patiente de voir son médecin ou d'aller à l'urgence

Merci de votre attention

Des questions?