

Dédicace

Je dédie ce travail à Allah le tout puissant, le clément et le miséricordieux.

Par ta bonté et ta grâce, tu m'as permis de mener à terme ce travail si long et pénible. Fasses que je me souvienne toujours de toi en toute circonstance, à chaque instant du restant de ma vie, cette vie si éphémère comparée à celle que tu promets à ceux qui suivent ton chemin à travers le prophète Mohamed (PSL)

A tous ceux qui oeuvrent pour le progrès de la science et de la médecine en particulier.

A mon père : Feu Alexis Diarra

Tu as tout sacrifié afin de nous donner une éducation exemplaire. Ce travail est le fruit de ta patience et de ta combativité. Nous ne trouverons jamais assez de mots pour t'exprimer toute notre fidèle affection. Ta fermeté fait de toi un homme particulier. Puisse ce travail être le couronnement de tes efforts intenses.

A mes mères : Mme Diarra Fanta Ceremé, Mme Diarra Thérèse Keïta et Mme Diarra Feue Awa Soucko.

Vous avez su exprimer dans le silence, toutes les souffrances subies dans le foyer. Vos sacrifices en notre faveur sont inestimables et ont fait de nous ce que vous avez souhaité. C'est le lieu pour nous de vous dire merci pour les sacrifices consentis et toutes les souffrances endurées.

Vous incarnez pour nous, l'affection pure, naturelle de mères dévouées, courageuses et tolérantes. Nous ne saurons jamais payer le prix de l'affection que vous nous portez. Vous êtes le pilier de notre réussite. Sachez, en effet que l'honneur de ce travail vous revient.

Que le tout puissant vous garde aussi longtemps auprès de nous ! que l'avenir soit pour vous soulagement et satisfaction, amen !

A ma tante : Feue Mme Coulibaly Djelika Ceremé

Merci pour ta disponibilité, ta sympathie, ton soutien inestimable pour l'élaboration de ce travail m'ont émerveillé, même si la vie en a voulu autrement par la suite. Pour rien au monde je n'oublierai toute la marque d'affection et de confiance que vous avez eu à mon égard. A travers ces gestes j'ai compris votre sens de la valeur humaine, et votre sens de réconfort moral au détriment de la satisfaction matérielle. Dors en paix Djelika.

A mes oncles : Mamadou Ceremé, Sidi Ceremé, Youssouf Ceremé ; Issa Ceremé ; Edouare Keïta

Merci pour vos attentions soutenues et vos affections.
Soyez assurés de toute ma reconnaissance.

A ma grande- sœur : Feue Mme Diop Ramata Diarra

Durant toutes mes études secondaires et supérieures vous m'avez accueilli au sein de votre foyer et n'avez rien ménagé pour m'assurer un bon départ dans la vie. Ces quelques mots ne sauraient guère suffire à traduire toute ma profonde gratitude et mon attachement. Soyer assurée de toute ma profonde gratitude dore en paix Rah.

A mes tontons : Faoulé Diarra, Tiedio Diarra, Endré Mariko, Diakaridia Diarra, Dramane coulibaly

Toute ma sympathie.

A mes tantes : Mme Diarra Fanta Diarra, Mme Coulibaly Sadio Diarra et sa coeur bagnini, Mme Coulibaly Eugénie Diarra.

Toute ma reconnaissance.

A mes frères et sœurs : Modibo Diarra, Ibrahim Diarra, Mamadou Nimanga, Daouda Diarra , Madiè Diarra, Oumou Diarra, Les deux Mariam, Aminata Diarra, feu Awa Diarra, Mastan Diarra, Marietou Diarra, Kadiatou Diarra, Nagnouma Diarra,

Cette thèse vous est dédiée pour la complicité, l'assistance, le soutien affectif et financier tellement inestimable qui nous unit.

A mes cousins et cousines : Ibrahim dit boua Keïta, Oumar Diarra et ses frères et coeurs, Bourahima Coulibaly et ses frères et coeurs, Baboua Diarra et ses frères et coeurs.

Pour remercier les uns pour tout ce qu'ils ont fait pour moi et encourager les autres à persévérer d'avantage dans le travail. Vous m'avez conseillé, soutenu et protégé tout le long de ce travail. Sincères remerciements.

A ma chère et tendre Marie Fanta Coulibaly :

Depuis mon début de carrière universitaire, nous avons cheminé ensemble.

Nos joies et nos peines nous les avons toujours partagé.

Je n'ai pas eu meilleure amie que toi.

Affection sincère.

Que Dieu béni notre union, Amen.

A Ibrahim Diarra :

Pour ton assistance morale, affective et
financière.

Merci grand frère pour tous ce que vous avez fait,
que le tout puissant vous donne une longue vie

A Boubacar S Camara et Ibrahim dit boua Keïta :

Pour vos soutiens inestimables et pour vos amitiés
sincères.

A tous ceux qui de loin ou de près m'ont aidé à l'accomplissement de ce travail
et qui n'ont pas retrouvé leurs noms ici.*

A Docteur : Modibo Soumaré :

Vous faites preuve d'une volonté et d'une facilité de transmission de votre connaissance, soutenue par une pédagogie très avancée, de qualités scientifiques et spirituelles inestimables. Ces quelques instants passés à vos côtés en témoignent, et nous tenons à vous gratifier de tout l'enseignement scientifique et social que nous avons pu recevoir à travers vos riches expériences. Vos rigueurs et votre amour du travail bien fait, mais surtout votre amour du prochain seront pour nous une source d'inspiration. Ce travail est le fruit de vos efforts intenses et de votre disponibilité permanente.

A Docteur : Mamadou Diassana

Votre compréhension et votre entière disponibilité, votre rigueur calculée et combien fructueuse, l'accueil chaleureux qui vous caractérisent ont toujours été les plus impressionnants et nous ont été du plus grand bien dans la réalisation de ce travail. Nous avons été votre élève et n'avons cessé d'apprécier vos excellents conseils.

Veillez trouver là le témoignage de toute notre reconnaissance.

A Docteur : Samba Traoré

Vous n'avez ménagé aucun effort pour initier ce travail, il est le vôtre.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Aux Docteurs : Sow, Haidara, Kané, Ouattara, Dembélé, Tounkara, Keita Mahamadou, Bagayogo Nanko, Maiga Amadou, Yattara Sidy, Doumbia, Coulibaly, Daou Kalilou et Diallo Diakaridia.

J'ai beaucoup appris à vos côtés. Je vous remercie infiniment et j'espère pouvoir continuer à apprendre auprès de vous.

A mes aînés (es) : Dr Diaby Mohamed, Dr Samoura Assan, Dr Oouloguèm Aly, Dr Traoré Tako, Dr Diassana Alima, Traoré Aissata, Dr Traoré Lamine, Dr Coulibaly Samba, Dr Sonfack Marie Micheline, Dr Diallo Bintou, Dr Bamba Harouna, Dr Théra Bérénice, à tous les médecins que j'ai connu .

Vous m'avez donné le courage et la force d'affronter et de poursuivre ce travail.

Vifs remerciements.

A mes amis (es) : Amadou Coulibaly, Yaya Ly, Ichacka Coulibaly, Lassinè Sangui, Abdramane Ballo, Tahir Ballo, Lassana Traoré, Yacouba Coulibaly, Abdoulaye Coulibaly, Boubacar S Camara, Modibo Sanogo, Souleymane Dembélé, Amadou Ongoïba, à tous ceux qui de loin ou de près m'ont aidé et dont je n'est puis cité ici.

Merci pour votre complicité. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Puisse Allah le tout puissant renforcer les liens d'amitié et de fraternité combien inestimable qui nous a toujours unis, Amen !

A mes grands-parents : Feu Koniba Diarra et Feu Fafila Ceremé, Awa Diarra et Feue Awa Soucko.

Ce travail est le fruit de votre amour et de vos sacrifices.

A mes beaux-frères et belle-soeur : Tidiane Diallo, Sékou Sala Karambé, Lassiné Tangara, Fousseni Bouaré, Souleymane Traoré, Sira Guindo, Tiédo Barry,

Toute ma sincère reconnaissance

A mes neveux et nièces: Abdoulaye Karambé, Adama Tangara, Mohamed Tangara, Souleymane Diallo, Badra Aly Diallo, Moussa Sylla, Fanta Karambé, Abdoul Karim Diarra, Sidi Mohamed Diarra, Issouf Diarra, Mouné Diallo

Toute ma reconnaissance pour l'affection, l'amour et tout le respect que m'avez toujours témoigné.

Ce travail est à dépasser.

A ma fille : Fanta Thérèse Diarra

Toute ma sympathie, ce travail est à dépasser

A notre Soeur : Mme Diallo Madiè Diarra

Merci du fond du cœur pour votre affection depuis mon jeune âge et pour votre soutien tant moral que matériel qui ne m'a jamais fait défaut. Trouvez ici l'expression de toute ma profonde gratitude. Puisse Allah le tout puissant vous garder encore longtemps parmi nous.

Aux familles : Diarra, Coulibaly, Traoré, Ballo, Ly, Sissoko, Touré, Fadiga, Koné et Barry.

Merci pour l'admiration que vous avez pour ma personne, et surtout de m'avoir accepté parmi vous.

A L'Amicale des Anciens du Lycée Boullagui Fadiga : Boubacar S Camara, Sidi Maïga, Alassane Maïga, Souleymane Dembélé, Amadou Ongoïba, Modibo Sanogo, Adama Soumaoro, Idrissa Soumaoro, Boubacar S Traoré, Oumar Fofana, Moussa Fané, Bourahima Coulibaly, Dounaké Dao.

Toute ma sympathie et cordial remerciement.

A mes maîtres du premier cycle : Gaoussou Diarra, Fanta Gueye, Oumar Traoré, Mamadou Doumbia.

Nous vous félicitons très vivement pour nous avoir donné une formation adéquate en guidant avec tout votre sérieux nos premiers pas à l'école.

A mes maîtres du second cycle : Check Traoré, Mamadou Diakité...

Amitié et reconnaissance.

Au corps professoral de la F.M.P.O.S.

Pour la qualité de l'enseignement dispensé et votre entière disponibilité.

Trouvez ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A tous les étudiants et étudiantes de la F.M.P.O.S.

Courage et persévérance dans les études.

A tous les camarades et amis (es) de la promotion 1999-2005.

Pour les bons moments passés ensemble.

Du courage dans l'exercice de la
médecine et bonne chance.

A tout le personnel du service de Gynécologie et d'Obstétrique du
Centre de Santé de Référence de la commune I du District de
Bamako.

Veillez trouver ici l'assurance de
notre très sincère reconnaissance et l'expression de toute notre admiration.
Nous vous remercions pour tout le soutien moral apporté et pour toute votre
compréhension.

A toutes les sages femmes :

Je ne pourrais vous citer tellement je
suis comblé par le fait que j'ai beaucoup appris à vos côtés sur le plan
professionnel.

Soyez en remercié et trouvez ici l'assurance de ma profonde gratitude.

A tous les collègues thésards du CSRéf CI :

Sincères remerciements pour le soutien
moral apporté, pour votre amour qui ne m'a jamais fait défaut et pour toute votre
compréhension. Ce travail est le vôtre.

Aux infirmiers et infirmières :

Toute ma reconnaissance.

A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la commune I du District de Bamako.

Toute ma reconnaissance. Vous m'avez rendu le séjour agréable.

A tous mes amis (es) d'enfance qui n'ont pas eu la chance de fréquenter l'école ou de continuer les études pour de multiples raisons très regrettables.

Hommage aux membres des jury

A nos juges :

A Monsieur le président du jury, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant d'assurer le présidium de notre soutenance de thèse.

Vos jugements nous en sommes sûrs ne feront qu'améliorer la qualité de ce travail.

Veillez recevoir cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Aux membres du jury :

C'est une chance inuit pour nous de vous compter parmi les membres du jury, ceci malgré vos multiples préoccupations.

Vos remarques, vos suggestions et vos critiques contribueront certainement à l'amélioration de ce modeste travail.

Soyez rassurés de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et présidente du jury... :

Honorable maître vous nous faites un grand honneur et un plaisir immense en acceptant volontiers de juger ce travail malgré vos pesantes préoccupations. Votre modestie fait de vous un être d'abord facile. Cher maître nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre sens de l'humour et votre humanisme. Vos connaissances et vos qualités scientifiques ne cesseront de nous séduire. C'est l'occasion pour nous de vous rendre un hommage mérité. Veuillez trouver ici cher maître l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profonde admiration.

A notre maître et membre du jury...

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'honorer de ce jury de votre présence.

Durant notre formation à la F.M.P.O.S nous avons point daigné remarquer votre sagesse exemplaire, vos excellentes qualités pédagogiques, votre dévouement pour la cause scientifique et votre courage. Vos conseils nous ont été du plus grand intérêt.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et la marque de notre sincère attachement.

A notre maître et Directeur de thèse.... : Pr Amadou Dolo

Professeur agrégé, maître de conférence, chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national universitaire Gabriel Touré, père fondateur de l'école de gynécologie obstétrique du Mali

Chère maître, vous nous faites l'honneur et la confiance de nous confier ce délicat travail et de nous suivre jusqu'au bout.

Nous avons eu à apprécier vos excellentes qualités pédagogiques, votre dévouement pour la cause scientifique et votre abnégation. Puisse votre exemple servir de modèle pour nous tous.

Honorable maître la probité, l'honnêteté, le souci du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, le sens d'hospitalité, d'écoute et de compréhension sont autant de vertus que vous incarnez et font de vous un grand un grand médecin.

Que Dieu nous permette de vous rendre un hommage particulier pour tout ce vous faites pour la promotion de la médecine au Mali.

Veillez trouver ici l'assurance de notre reconnaissance très sincère et toute notre admiration. Très haute considération.

A notre maître et co-directeur de thèse Mr Youssouf Traoré :

L'intégrité, l'assiduité, la rigueur scientifique, le sens élevé du devoir et de responsabilité et le respect de la personne humaine sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique, le souci du travail bien fait et la réussite de vos élèves font de vous un grand maître aimé et admiré de tous. Votre engagement personnel pour la formation fera sans doute, nous l'espérons émerger de médecins respectueux. Homme de science, de foi, sociable, nous ne sommes jamais trompés en portant notre choix sur vous. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait. Certes le chemin à parcourir a été long et pénible, avec parfois ses embûches de désespoir, cependant nous ne regrettons point. Cher maître, si mes parents ici présents sont fiers de moi c'est grâce à vous, l'occasion pour moi de vous rendre un vibrant hommage. Trouvez ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance et la marque de notre sincère attachement.

Sommaire

I- Introduction

Les métrorragies sont des écoulements sanguins des voies génitales féminines, se produisant indépendamment des menstruations et respectant un intervalle libre par rapport à celles-ci. Elles sont définies aussi comme tout saignement anormal d'origine utérine (*Métra=matrice=utérus ; Rhêgmynein=rompre=hémorragie*). Mais dans la pratique courante et selon la première définition, les saignements peuvent provenir de tout l'appareil génital féminin y compris du col utérin ou du vagin. [1]

Leur présence se traduit par une perturbation de la régularité du cycle. Les menstruations sont la principale manifestation tangible de l'existence d'un cycle menstruel. Elles sont le résultat du jeu des hormones sexuelles sur un tissu récepteur (*endomètre*). La durée moyenne d'un cycle est de 28 à 30 jours. Les cycles doivent être réguliers avec une variation tolérée de quelques jours. Leur abondance est difficile à chiffrer, évaluer à 35ml en moyenne. Les règles sont faites de sang rouge, incoagulable. [2, 3]

On appelle donc métrorragies non gravidiques, toute hémorragie d'origine utérine, lésionnelle ou fonctionnelle se produisant en dehors des menstruations et en l'absence de toute grossesse. [4]

Elles sont fréquentes, certains y ont vu une maladie de civilisation. Actuellement la pauciparité, le stress de la vie moderne, la prise de médicaments, le stérilet favorisent incontestablement les métrorragies fonctionnelles. [38]

Elles sont toujours anormales et justifient une consultation médicale. Elles représentent un million de consultation par an chez le généraliste ou le gynécologue en France. [38]

Les métrorragies sont le premier motif de consultation, le premier signe de découverte des cancers du col de l'utérus, du corps utérin. [32, 33]

Elles ont une infinité de causes variables en fonction de l'âge parmi lesquelles le cancer du col doit rester la préoccupation de recherche dominante du médecin. [45]

Ces étiologies peuvent être de trois types : générales extra gynécologiques ; endocriniennes et organiques.

Cinq à vingt pour cent (5 à 20%) des femmes entre 30 et 49 ans consultent en gynécologie pour un problème de pertes sanguines excessives entre les règles et 10% des consultations spécialisées sont liées à ce problème. [13]

Au Burkina Faso les métrorragies représentent le premier symptôme de découverte des cancers du col de l'utérus. [37]

Maïga C. [40] au Mali trouve une fréquence relative de 2,28% des métrorragies non gravidiques.

Les métrorragies non gravidiques constituent un véritable problème de santé publique et s'observent à tout âge chez la femme; cependant avec des étiologies, une prévalence et une gravité fort différentes selon l'âge de la survenue.

Le diagnostic repose sur trois types d'examens complémentaires : les prélèvements cytologiques, histologiques endocavitaires, l'imagerie médicale dont l'échographie endovaginale constitue l'examen le plus fréquemment utilisé et l'hystérocopie diagnostique.

Cette démarche étiologique reste à présent difficile au Mali, du fait que les examens complémentaires nécessaires ne sont pas toujours disponibles ou lorsqu'ils le sont, ils ne sont généralement pas à la portée de la bourse du citoyen moyen (surtout les dosages hormonaux). Ces insuffisances sont aggravées par la non disponibilité d'un personnel qualifié et un plateau technique performant.

En dehors de l'urgence, leur répétition entraîne une asthénie et une anémie qui diminue ainsi le rendement socio-économique des patientes.

Le contexte socioculturel et religieux, dont certains aspects constituent un frein à la consultation rapide dans un service qualifié, est source d'aggravation de l'état clinique, de discorde au sein du couple, pouvant conduire à la répudiation voire au divorce.

L'ensemble de ces aléas explique en partie l'absence de protocole de prise en charge des malades dans nos services. C'est dans le but de palier à ces handicaps que nous avons initié cette étude ; dont les objectifs ont été :

➤ Objectif général :

Etudier les métrorragies non gravidiques dans le service de Gynéco obstétrique du Centre de santé de référence de la Commune I de BAMAKO

➤ Objectifs spécifiques :

- 1- Déterminer la fréquence de ces métrorragies non gravidiques dans le service
- 2- Donner les étiologies de la période pubertaire à la postménopause
- 3- Décrire la prise en charge

Généralité

II- GENERALITES

1-L' anatomie de l'utérus :

L'utérus un est un organe musculaire creux de l'appareil génital féminin, destiné à accueillir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser quand il parvient à maturité.

1.1-Anatomie descriptive et topographique :

En dehors de la grossesse et pendant la vie génitale, de la puberté à la ménopause l'utérus est un organe de petite taille (7 ou 8cm de haut), logé dans le petit bassin, entre la vessie en avant, et le rectum en arrière. En forme de cône, pointe en bas, l'utérus comprend une partie renflée le corps utérin sur laquelle s'attachent les deux trompes utérines et les ligaments larges sur les côtés, qui contiennent les vaisseaux utérins et ligaments utéro-sacrés en arrière.

Son extrémité inférieure, le col utérin, s'ouvre dans le vagin. L'utérus est fortement incliné vers l'horizontale, le corps utérin s'appuyant sur la vessie : c'est l'antéversion utérine. Plus rarement, il peut aussi basculer en arrière et venir au contact du rectum : c'est la rétroversion, qui est une anomalie de position.

La structure de l'utérus est très organisée, le corps de l'utérus on y reconnaît trois tuniques : externe, moyenne, et interne.

-La tunique externe ou séreuse est de nature conjonctivo-élastique et recouverte par le péritoine.

-La tunique moyenne ou musculuse est encore appelée myomètre, formée de fibres musculaires lisses, regroupées en faisceaux, dans lesquels circulent de nombreux vaisseaux.

-La tunique interne ou muqueuse utérine est encore appelée endomètre.

[16]

1.2-La muqueuse utérine ou endomètre :

Ses aspects histologiques sont importants à connaître car ils traduisent le type d'anomalie hormonale en cause et conduisent au choix de l'agent thérapeutique le plus approprié ou tout au moins logique. [3]

Avant la puberté, la muqueuse utérine est mince, avec un épithélium de surface uni stratifié et un chorion pauvre en glande et vides de cellules.

Pendant la vie génitale active, l'endomètre subit des transformations structurales et fonctionnelles cycliques. L'ensemble des transformations constituent le cycle endométrial, il s'étend parallèlement au cycle ovarien durant une moyenne de 28 jours.

Dans la ménopause, l'endomètre est atrophique ou au repos. [16]

Elle revêt régulièrement toute la cavité du corps et se continue sans limite nette avec en haut la muqueuse des trompes et en bas la muqueuse du col. Son épaisseur est maximum dans la partie moyenne de la cavité du corps, diminue graduellement en allant soit vers le col, soit vers le fond utérin. Sa couleur varie du blanc rosé au rouge pâle.

Selon le moment du cycle menstruel, on peut reconnaître deux couches endométriales :

-Une couche profonde, dite basale, très mince qui subit peu de modifications au cours du cycle.

-Une couche superficielle qui est le siège de transformations cycliques et qui est éliminée au moment des règles : c'est la couche fonctionnelle.

1.3-Le col utérin :

1.3.1- Rappel histologique : [38]

Un rappel est indispensable pour comprendre les aspects physiologiques et pathologiques du col.

L'entre ces deux tissus s'appelle la jonction squamocylindrique ou exocol est tapissé d'un épithélium malpighien pavimenteux. La jonction enpavimentocylindrique.

L'exocol est la portion visible au spéculum ; elle peut comporter les deux types de muqueuses. L'endocol est la partie du col non visible au spéculum. La jonction pavimentocylindrique n'est pas forcément située au niveau de l'orifice externe.

1.3.2- Les modifications physiologiques : [38]

Le col évolue au cours de la vie ; il est modifié par la grossesse, l'accouchement et aussi les valves du spéculum qui en écartant les faces du vagin, tendent à dérouler le canal endocervical et à déplacer la zone de jonction en dehors.

- Chez la nullipare : l'orifice externe du col est arrondi, souvent la zone de jonction pavimentocylindrique correspond à l'orifice externe du col.

La muqueuse exocervicale est rose, identique à celle du vagin mais bien lisse et sans plis.

- Au cours de la grossesse : la muqueuse glandulaire est très extériorisée, et cela d'autant plus que le col est mou et que la traction du spéculum l'extériorise facilement ; le col est congestif de couleur lilas.

- Chez la femme qui a accouché : l'orifice externe est légèrement ouvert transversalement, on voit en général la muqueuse endocervicale plus

rouge, apparaissant après coloration à l'acide acétique comme une multitude de grains arrondis régulièrement tassés les un contre les autres. C'est ce qu'on appelle l'ectropion

Il est important de bien connaître la jonction entre les deux muqueuses.

L'ectropion n'est pas une disposition anatomique définitive ; l'épithélium glandulaire sera remplacé par de l'épithélium malpighien plus ou moins rapidement, constituant ainsi le remaniement.

Deux modalités sont possibles :

- Réépidermisation par glissement de l'épithélium pavimenteux qui recouvre l'épithélium glandulaire.
- Réépidermisation par métaplasie, les cellules de réserve de l'épithélium glandulaire se multipliant pour donner un épithélium malpighien.

Quelque soit le type de remaniement, les îlots glandulaires persistent sous le tissu malpighien. Le mucus ne pouvant plus s'échapper, il se forme des kystes nodulaires appelés œufs de Naboth.

- Chez la femme sous pilule : l'aspect est souvent analogue à celui de la grossesse, l'intensité dépend du dosage des contraceptifs.

- Chez la femme ménopausée : au contraire, la zone de jonction remonte dans l'orifice cervical, et l'on ne voit que la muqueuse malpighienne ; les muqueuses sont plus pâles.

2- Eléments d'hormonologie du cycle menstruel : [42]

Les phénomènes hormonaux du cycle menstruel résultent de l'équilibre des interactions hypophyso ovariennes, modulées elle-même par l'hypothalamus.

L'hypothalamus assure à la fréquence régulière d'une fois par heure une libération de GnRH (Gonadotrophin Releasing Hormon), qui atteint l'hypophyse par le système porte veineux inter hypothalamo hypophysaire et entraîne la production de gonadotrophines. Cette

activité pulsatile est constante quelle que soit la phase du cycle menstruel mais c'est son rythme et son intensité qui varient.

L'antéhypophyse produit deux hormones gonadotropes :

-FSH : hormone gonadotrope folliculo-stimulante

-LH : hormone gonadotrope lutéo-stimulante

Cette production induite et entretenue en permanence par le GnRH est régulée par les effets rétroactifs de l'oestradiol sur l'hypophyse. Les phases folliculaires et lutéales du cycle menstruel sont sous la dépendance des sécrétions endocriniennes de l'hypophyse et de l'ovaire. A chacune d'elle, une stimulation hypophysaire provoque une sécrétion ovarienne, qui à son tour, détermine un état particulier de l'endomètre.

2.1- La première phase du cycle est la phase folliculinique : elle dure 12 jours environ. Au début de cette phase le taux des œstrogènes ovariens étant particulièrement bas, l'hypophyse secrète la FSH. Celle ci induit dans la corticale ovarienne, le développement d'un follicule de De Graaf qui va sécréter des œstrogènes en quantités croissantes jusqu'à la maturation complète du follicule. La sécrétion des oestrogènes provient des cellules de la granulosa qui par aromatisation, transforme en oestradiol les androgènes produits par la thèque interne.

Les récepteurs des hormones hypophysaires se trouvent pour la FSH dans la granulosa, et pour LH dans la Thèque interne. L'élévation du taux des œstrogènes s'accompagne d'une montée faible et lente de LH.

2.2- La deuxième phase du cycle menstruel : est la phase péri ovulatoire qui dure deux jours. Elle se caractérise par une élévation brutale de LH, le pic de LH est suivi aussitôt d'une décharge de progestérone qui déclenche l'ovulation. Pour qu'elle se produise, il faut une synergie dans la production des deux hormones hypophysaires FSH et LH. Celles-ci peuvent être dosées spécifiquement dans le sang par

des méthodes radio immunologiques. L'ovulation est déclenchée par l'action rétroactive positive de l'oestradiol, qui atteint à cette date un taux élevé (supérieur à 200µg/ml) ; il est responsable de la décharge ovulatoire des gonadotrophines.

2.3-La troisième phase est la phase lutéale : elle commence dès après l'ovulation ; l'augmentation de l'oestradiol freine la sécrétion de FSH et l'hypophyse secrète la LH en plus grande quantité. Celle-ci induit alors le développement du corps jaune, après l'expulsion de l'ovule. Le corps jaune secrète par les cellules de la granulosa, la progestérone métabolisée dans les urines sous forme de prégnandiol, pendant que la thèque interne continue à secréter les androgènes, substrats des oestrogènes.

La sécrétion simultanée de progestérone (qui est dominante) et d'oestrogènes provoque la transformation progestative ou pré gravidique de l'endomètre (apparition des vacuoles de glycogènes, épaissement de la muqueuse, les tubes des glandes utérines devenant contournés, formation de la dentelle utérine, différenciation des artérioles spiralées). La durée normale du corps jaune cyclique est de 14 jours.

2.4- Au fur et à mesure de l'ovulation de la phase lutéale : le corps jaune dégénère et la sécrétion de progestérone diminue, cependant, les oestrogènes s'effondrent eux aussi et c'est la suppression de l'imprégnation ostrogénique de l'endomètre avec production locale de prostaglandines PGF₂, qui déclenche la menstruation. La couche superficielle de l'endomètre se clive et s'élimine, les artérioles spiralées sont ouvertes et entraînées avec la couche superficielle, les règles surviennent. Elles sont constituées d'un liquide hématique incoagulable dépourvu de prothrombine et de fibrinogène, contenant $\frac{3}{4}$ de sang et $\frac{1}{4}$ d'eau et de mucus.

Les éléments figurés étant représentés 2.600.000 hématies par millilitre. Mais cette régulation hormonale ne peut être dissocié de la régulation nerveuse.

L'hypothalamus contrôle l'ensemble de ces fonctions, il reçoit les stimuli provenant des centres nerveux inférieurs, mais aussi du cortex et par l'intermédiaire du cortex, des organes de sens. Dans le rétrocontrôle exercé par les stéroïdes, interfèrent donc à tous moments du cycle, les activités endogènes dopaminergiques et opiacées.

3- Physiopathologie des métrorragies organiques et iatrogènes : [8]

Le mécanisme des saignements génitaux provenant de l'endomètre et même des trompes est loin d'être éclairci. Ceci ne doit pas empêcher d'en rechercher ni la ou les maladie causales, ni le moyen le plus simple pour faire cesser, puisque l'évolution de certaines d'entre elles peut être grave, voir mortelle.

Les hémorragies provoquées par les affections malignes ou infectieuses sont expliquées par le développement de néo vaisseaux fragiles par la libération locale des facteurs angiogéniques ; en revanche la découverte des lésions causales n'est pas toujours facile. Les fibromes voire l'adénomyose, même les polypes et les hyperplasies endométriales sont généralement de diagnostic facile grâce à l'échographie, et les mécanismes des saignements sont parfois évidents lorsque l'on voit en hystéroscopie des gros vaisseaux parcourant les fibromes sous muqueux ou l'hypermévascularisation capillaire parcourant la surface de l'utérus adenomyosique ou les excroissances endométriales.

Dans les fibromes interstitiels, la vascularisation endométriale n'est pas manifestement anormale et la cause des hémorragies doit être recherchée.

On peut évoquer un mécanisme de cisaillement des vaisseaux par les contractions myométriales qui désorganisée par le fibrome viennent buter sur eux ; soit attribuer aux perturbations hormonales associées qui agiraient sur des vaisseaux dont certains pourraient être affectés par des anomalies microscopiques.

Enfin, les perturbations hormonales isolées spontanées ou iatrogènes peuvent entraîner des métrorragies importantes :

3.1- Dans les perturbations hormonales spontanées on distingue :

- Celles qui se rapprochent du phénomène menstruel physiologique et font intervenir l'ouverture, lors de la chute de la progestéronémie, de shunts conduisant à l'anoxie superficielle de l'endomètre et à l'ouverture béante des vaisseaux dont l'extrémité distale a été détruite.

- Celles qui révèlent des vasodilatations localisées, aisément démontrées sur les coupes histologiques.

Dans les deux premiers cas peuvent se situer diverses formes d'insuffisance lutéales ; dans le deuxième, toutes les altérations et déséquilibres hormonaux en particulier les anovulations. La connaissance précise de ces mécanismes au niveau microscopique est compliquée par l'hormono-dépendance étroite des vaisseaux endométriaux, ceux-ci pouvant difficilement acquérir une structure normale lorsque la sécrétion des hormones sexuelles sont perturbées. Ainsi la dégradation des vaisseaux peut refléter une altération globale du cycle aussi bien qu'une chute brutalisée dans le temps du taux des oestrogènes.

3.2- Il existe deux types de métrorragies iatrogènes :

- Ceux provoqués par des associations non physiologiques de progestatifs et d'œstrogène administrés conjointement et non de manière séquentielle.

Les hémorragies surviennent seulement chez certaines femmes et dans des conditions mal définies, mais elles paraissent habituellement provoquées par des dilatations capillaires localisées dans un endomètre particulièrement mince, ce que l'on dénomme à tort les hémorragies par atrophie.

- Et ceux secondaires aux injections de formes retard de corticoïdes qui déterminent à la fois une anovulation prolongée et une fragilité des vaisseaux endométriaux qui expliquent que même des femmes sous pilule contraceptive puissent présenter des saignements sous pareils traitements.

4- Physiopathologie des métrorragies fonctionnelles pendant la période d'activité génitale : [25]

Ce sont des métrorragies d'origine utérine, donc endométriale, avec absence de lésions organiques endométrites (infections, tumeur bénigne ou maligne...) susceptibles d'expliquer ces saignements.

Le terme fonctionnel indique qu'aucune lésion organique n'est à l'origine de cette hémorragie et que seule est en cause la trophicité de l'endomètre, sous dépendance hormonale.

Un cycle menstruel physiologique, suivi d'une menstruation normale exige des conditions qui sont :

- Un développement harmonieux de l'endomètre qui est soumis à l'action du couple oestradiol (E2) – progestérone (p) (qui agit par l'intermédiaire de récepteurs spécifiques) et à de nombreux facteurs de croissance locaux.

Les oestrogènes sont les seuls à pouvoir exercer leur action sur un endomètre au repos, action de type prolifératif à tous les niveaux. Les

progestatifs ont par contre besoin d'une imprégnation œstrogénique préalable de la muqueuse pour exprimer leur action sur l'endomètre. Ce couple E2-P est lui-même soumis à une régulation hypothalamo-hypophysaire à laquelle il participe.

- Une hémostase efficace, dans ses phases primaire et secondaire et un équilibre entre les systèmes de coagulation et de fibrinolyse ; la participation des prostaglandines à cet équilibre a été démontrée, de même que leur implication dans le bouleversement de cet équilibre et dans la physiopathologie des métrorragies.

La physiopathologie des métrorragies fonctionnelles consiste en :
D.1 Toute perturbation du couple E2-P, qu'il s'agisse d'une anomalie du rapport entre ces deux hormones ou de leur action médiée par récepteurs endométriaux spécifiques. Les saignements endométriaux sont donc directement fonction des variations des taux œstrogéniques endogènes ou éventuellement thérapeutiques.

Lorsqu'un taux suffisant d'œstrogène agit sur l'endomètre, il y aura tôt ou tard saignement, en fonction des variations de ce taux :

- Quand il augmente : les effets prolifératifs des œstrogènes s'accroissent, la muqueuse croît en épaisseur ; mais les taux œstrogéniques ne peuvent s'accroître indéfiniment, et tôt ou tard on est amené à une des éventualités suivantes ;
 - Il reste stable : métrorragie, tout se passe en effet comme si l'endomètre exigeait des taux croissants d'œstrogènes pour maintenir un stade prolifératif donné (faute de quoi la surface de l'endomètre se nécrobiose et saigne), créant par-là un cercle vicieux.
 - Il chute brusquement : métrorragie encore, mais le saignement aura tendance à se tarir spontanément, la totalité de la muqueuse (à l'exclusion de sa zone basale à partir de laquelle l'endomètre se

régénère) étant éliminée. C'est ce qui se passe en fin de cycle normal, lorsque le corps jaune involue : l'un des effets majeurs de la progestérone lutéale est de provoquer des modifications stromales et vasculaires conditionnant la desquamation complète et rapide qui caractérise les règles.

- Il diminue légèrement : métrorragie, par nécrose d'une épaisseur plus ou moins importante de la muqueuse ; dans ce cas toute fois, le saignement n'a aucune tendance au tarissement spontané, car les taux résiduels d'oestrogènes maintiennent une partie de la muqueuse qui saigne.

C'est cette dernière éventualité que l'on rencontre en fait le plus souvent, réalisant des périodes de saignements anarchiques séparés par des répits plus ou moins prolongés ; ceci est dû, en effet, aux fluctuations spontanées du taux des oestrogènes endogènes, par le jeu du développement et de l'involution des follicules ovariens : hémorragie lorsque le taux œstrogénique endogène baisse, arrêt spontané lorsqu'il remonte, sans que la situation n'ait aucune tendance à se régler spontanément.

4.2) Toute perturbation des autres protéines spécifiques de l'endomètre, enzymatiques ou non enzymatiques.

4.3) Toute modification du système de régulation centrale, qui est fragile et peut donc être facilement perturbé par des maladies aiguës ou chroniques, des affections endocriniennes extra gonadiques ; perturbations des grandes fonctions de l'organisme ; affections psychiatriques ou simples perturbations psycho existentielles. Mais dans la plupart des cas la cause du dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire responsable des troubles du cycle reste inconnue ou hypothétique.

4.4) Toutes pathologies de l'hémostase qu'elle porte sur l'hémostase primaire ou secondaire : les maladies de Glanzmann, de Bernard Soulier, de Willebrand, des déficits en facteurs XI les conductrices d'hémophilie A ou B. [19]

4.5) Toute modification ou déviation du métabolisme des prostaglandines ; en effet l'endomètre en phase lutéale synthétise des prostaglandines : PgF2 alpha très vasoconstrictrices, PgE2 et Pgl2 vasodilatatrices et antiagrégants plaquettaires. Donc une capacité réduite de synthèse de PgF2 alpha et une capacité augmentée de synthèse des PgE2 et Pgl2 peuvent entraîner une vasodilatation responsable de l'hémorragie. [24]

4.6) Toutes les maladies systémiques avec atteinte hépatique ne conduisent pas obligatoirement à une coagulopathie. Cependant elles peuvent contribuer à l'apparition d'hémorragies fonctionnelles en raison d'une modification du métabolisme des oestrogènes. Dans ces situations, l'hyperœstrogénie engendrée par l'altération du métabolisme va être responsable d'une hyperplasie de l'endomètre, avec comme conséquence l'apparition d'hémorragies fonctionnelles. [24]

L'utilisation d'une contraception orale, et en particulier des contraceptifs injectables ou implantables se complique fréquemment d'hémorragie fonctionnelle. A un moindre degré, le tamoxifène, utilisé dans la prophylaxie et le traitement du cancer du sein en raison de son activité hyperœstrogénique, peut contribuer à des saignements mais dont la quantité atteint rarement la définition des troubles fonctionnels hémorragiques. L'utilisation de psychotropes, en modifiant l'activité hépatique, entraîne une hyperœstrogénie relative, responsable de l'anovulation, d'une hyperplasie de l'endomètre et d'hémorragies fonctionnelles. [24]

5- Etude clinique

Les métrorragies doivent susciter de la part du praticien :

- Un examen soigneux, méthodique et rigoureux ;
- Un raisonnement médical permettant une approche du diagnostic ou la mise en route d'explorations complémentaires ;

Un traitement qui en dehors de l'urgence, doit être guidée par l'étiologie.

5.1. Interrogatoire : il recherchera

- L'âge de la patiente ;
- La date des dernières règles ;
- La date d'apparition des saignements, leur évolution et leur abondance ;
- L'existence d'un traitement hormonal ou de prise d'anticoagulant, préciser une notion d'arrêt ou d'oubli.
- Les antécédents familiaux : pathologie gynécologique et générale ;
- Les antécédents personnels :
 - . Les antécédents gynéco obstétricaux : ménarche, durée du cycle, caractère du cycle, nombre de grossesses, les incidents et accidents gravidiques ;
- Les antécédents chirurgicaux : surtout gynécologiques ;
- Les antécédents médicaux : maladies générales, les maladies infectieuses ;
- L'existence d'un moyen de contraception : contraceptif oral, stérilet, les moyens mécaniques (préservatifs ou diaphragme)

5.2. Examen physique :

Il est toujours général et complet mais doit insister sur la sphère gynécologique.

5.2.1. Examen général :

Il est le plus complet possible et méthodique appareil par appareil

5.2.2. Examen gynécologique :

Il sera mené avec tact et douceur sur une table gynécologique avec une bonne luminosité sur une malade entièrement dévêtue :

- inspection des muqueuses ;
- palpation des seins

Examens des organes génitaux externes.

5.2.2.1- L'examen au spéculum :

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à l'aide d'un spéculum vaginal adapté à l'anatomie de la patiente avec un éclairage suffisant. Il visualise le col et le vagin. Il faut :

- bien visualiser le col : son aspect surtout, au cours du retrait du spéculum on peut légèrement pincer le col entre les deux lames de façon à voir un écoulement par orifice cervical ;
- Bien visualiser les parois vaginales, en retirant le spéculum qui sera légèrement entrouvert de façon à examiner les faces antérieure et postérieure du vagin. On saura alors si le saignement est d'origine vaginale.

5.2.2.2- Le toucher vaginal combiné au palper abdominal :

Il se pratique sur une femme en position gynécologique à vessie et rectum vides. Il sera combiné au palper abdominal et au toucher rectal. Il permet l'appréciation de la taille de l'utérus, de ses contours, sa sensibilité, de sa mobilité et de ses différents rapports. Combiné au toucher rectal il apprécie la souplesse des culs de sac et de ses paramètres. Le toucher bidigital permet d'apprécier la cloison recto vaginale.

5.3. Les examens complémentaires : [38]

Ils seront demandés en fonction de l'âge de la patiente et de l'orientation diagnostique. Bien que la grossesse soit exclue de l'étude on peut être amené à faire un test de grossesse.

Les examens complémentaires à pratiquer sont : une échographie pelvienne, un frottis cervico vaginal, une biopsie du col, une biopsie de l'endomètre, un prélèvement vaginal, une hystérosalpingographie voire une hystérocopie pratiquée en dehors des saignements ; la colposcopie, des dosages hormonaux, u bilan hématologique.

5.3.1- L'échographie pelvienne :

C'est une technique non agressive en plein développement. Elle peut être réaliser par voie abdominale vessie pleine ou par voie vaginale vessie vide. A l'heure actuelle le consensus est fait sur l'examen de première intention devant des métrorragies : c'est l'échographie par voie vaginale. Elle doit être réalisée au cours de la première partie du cycle ; elle permet le diagnostic d'éventuelles pathologies ovariennes à l'origine des métrorragies et également d'apprécier le myomètre : fibromes interstitiels, signes d'adénomyose, qualité de la jonction endomètre-myomètre.

5.3.2- L'hystérosalpingographie (HSG) :

C'est un examen radiologique qui permet la visualisation du canal endocervical, de la cavité utérine, des trompes, par l'injection par voie endocervicale d'un produit radio opaque faiblement iodé sous faible pression.

La pratique d'une hystérogaphie exige des précautions avant l'examen :

- Elle doit être réalisée en phase folliculaire ;
- Eliminer une grossesse ;
- Eliminer une infection ;
- Arrêter les saignements ;
- Faire une couverture antibiotique.

Elle peut être demandée dans le diagnostic des métrorragies pour la recherche d'un polype, d'un fibrome sous muqueux, d'un cancer de l'endomètre, d'une adénomyose utérine.

Il existe une variante : *L'hystérosonographie* qui consiste à injecter une solution saline stérile de 4 à 10 ml dans la cavité endométriale sous visualisation ultrasonographique directe. Une fois l'endomètre imprégné la présence de polypes ou de myomes et l'épaisseur de l'endomètre est évaluée. Elle permet de montrer dans 20% des cas des lésions non identifiées à l'échographie par voie vaginale [34].

5.3.3- L'hystéroscopie diagnostique :

C'est l'exploration endoscopique de la cavité utérine grâce à une optique introduite à travers l'orifice cervical. Elle se fait sans anesthésie s'il s'agit d'une hystéroscopie exploratrice. Elle permet mieux que l'hystérogographie et l'hystérosonographie d'apprécier le canal endocervical (l'exploration de cette région est probablement l'échec principal des techniques par ultrason), et une localisation plus précise des lésions. Mais elle permet également une biopsie guidée et l'obtention d'une histologie. Mais le caractère iatrogène de l'hystéroscopie en regard de l'hystérosonographie est sujet à discussion : décontamination des hystéro fibroscopes et description de quelques cas dans la littérature d'éventuelle greffe péritonéale de cellules néoplasiques [41].

5.3.4- La colposcopie :

C'est l'examen du col après mise en place du spéculum grâce à un appareil optique grossissant 10 à 20 fois et après badigeonnage du col à l'acide acétique à 3% ou au lugol.

Elle permet de mieux voir l'épithélium pavimenteux et cylindrique, la zone de jonction entre ces deux revêtements, la vascularisation et la structure du tissu conjonctif sous jacent.

La colposcopie permet de repérer sur le col :

- Des lésions bénignes : polype, papillon, endométriose, condylome ;
- Des lésions atypiques : leucoplasies, mosaïques, zones ponctuées, zones blanches ou rouges ;
- Des cancers invasifs.

Elle permet de diriger la biopsie sur la zone la plus suspecte en cas de frottis pathologique, si la zone de jonction est visible. Elle ne permet pas de voir les lésions situées dans l'endocol.

5.3.5- Le frottis cervico vaginal :

C'est un geste de médecin praticien que tout médecin doit savoir faire. Il doit être pratiqué devant toute métrorragie même chez une femme dont le col est sain en période d'activité génitale. Il doit être fait en dehors des saignements et de toucher vaginal, alors que la patiente n'a pas fait de toilette vaginale, de rapports sexuels dans les 24 heures précédentes.

5.3.6- Les frottis endométriaux :

Ils sont rarement positifs car l'endomètre desquame assez peu.

5.3.7- La biopsie du col :

Lorsqu'il existe une lésion néoplasique évidente du col, dure, friable, saignant au moindre contact, il est aisé d'en faire la biopsie, le prélèvement devant être fait en pleine tumeur.

Lorsqu'il n'existe pas de lésions évidentes, elle sera dirigée par le frottis de dépistage ou la colposcopie.

5.3.8- La biopsie de l'endomètre :

Elle est faite par la canule de Novak. Après avoir nettoyé le col, et pris celui-ci par une pince de Pozzi, la canule de Novak est introduite dans l'orifice cervical puis dans la cavité. On peut aussi, comme dans la

technique originale, créer une dépression dans la sonde avec une seringue pour aspirer l'échantillon d'endomètre plus important. Si l'introduction de la canule est facile, on peut renouveler l'intervention 2 ou 3 fois afin de prélever des lambeaux d'endomètre à plusieurs niveaux.

Actuellement, on utilise souvent un matériel à usage unique en polyéthylène semi rigide : la pipette de cormier. Cette biopsie peut être utile pour apprécier un trouble fonctionnel de l'endomètre.

Elle intéressante pour faire le diagnostic d'un cancer de l'endomètre. Seule une biopsie positive permet d'affirmer le diagnostic, une biopsie négative impose bien sûr la poursuite des investigations.

5.3.9- Les dosages hormonaux :

Ils sont fonctions des constatations cliniques : BétaHCG plasmatique, les oestrogènes, la FSH, la LH et la prolactine.

5.3.10- Le bilan hématologique :

Il recherchera surtout une thrombopathie, maladie de Von Willebrand.

- Une numération formule sanguine : le taux d'hémoglobine est essentiel car il apprécie objectivement l'importance du saignement et sera ultérieurement le guide du schéma thérapeutique.
- Une crase sanguine est demandée dès la première consultation surtout en cas d'antécédent évocateur de troubles de l'hémostase, ou prescrite dans un deuxième temps si l'anémie nécessite un traitement en urgence remettant à plus tard les investigations.
- Un bilan d'hémostase simple comprend : numération des plaquettes, temps de Quick, temps de céphaline activée, fibrine et temps de saignement.
- Un bilan d'hémostase complet explorant tous les facteurs de coagulation doit être demandé en cas de suspicion de maladie de l'hémostase.

5.4. Etiologies :

Elles sont, surtout, fonction de l'âge de la patiente :

-la jeune fille a un cycle menstruel irrégulier les premières années, et, chez elle les métrorragies ne sont pas rares, les causes fonctionnelles et hématologiques sont le plus souvent rencontrées à cet âge.[35]

-La femme en période d'activité génitale doit toujours prendre une métrorragie au sérieux car les trois types d'étiologies peuvent être retrouvés : fonctionnelle, organique et extra gynécologique.

-La femme ménopausée peut avoir des métrorragies qui doivent faire rechercher le plus souvent une cause organique (cancer de l'endomètre, cancer du col, tumeur de l'ovaire), et l'ont dit souvent «qu'une métrorragie après la ménopause est un cancer jusqu'à preuve de contraire». [36]

5.4.1. Etiologies des métrorragies de la puberté :

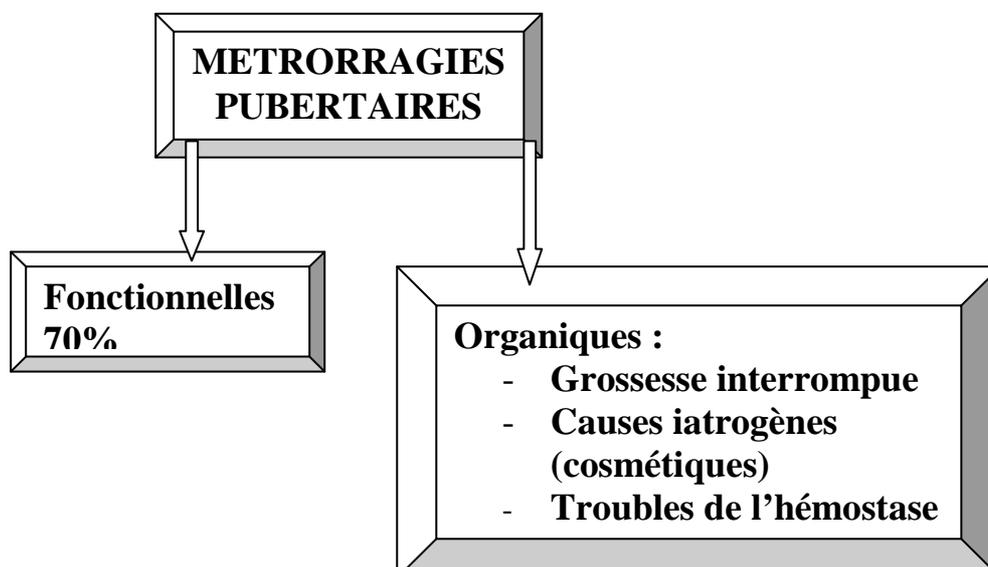


Figure 1 : étiologies des métrorragies de la puberté, in Lansac [38]

A l'issu de l'examen et du bilan dans huit cas sur dix le diagnostic de métrorragies fonctionnelles est retenu. Mais il s'agit d'un diagnostic d'exclusion posé après avoir éliminé les autres causes. [38]

5.4.1.1- Les causes hématologiques : [21]

Elle représente environ 15 à 20% des étiologies dans les séries de la littérature. Il s'agit d'anomalies congénitales ou acquises.

Les anomalies congénitales sont des anomalies des facteurs de la coagulation (essentiellement la maladie de Von Willebrand, mais aussi les déficits en facteurs V, VII ou X), et des anomalies de la fonction plaquettaire telle la maladie de Glanzmann.

Certaines anomalies congénitales mineures de l'hémostase ne sont diagnostiquées que si elles sont recherchées, ainsi la maladie de Von Willebrand dont la prévalence est de 1.3% dans la population générale est très souvent révélée dans ses formes frustres par des règles abondantes.

Des maladies graves de l'hémostase sont en général connues dans l'enfance et nécessitent un encadrement thérapeutique à mettre en place avant l'apparition des premières règles. Les pathologies acquises de l'hémostase susceptibles de provoquer des métrorragies sont le purpura thrombopénique idiopathique (les hémorragies apparaissent pour un taux de plaquettes inférieur à 20000) mais aussi les troubles de l'hémostase au cours des phases terminales d'hémopathies malignes ou d'aplasie médullaire ou conséquences de pathologie rénale ou hépatique.

5.4.1.2- Les causes organiques : [21]

Elles sont nombreuses :

- Les tumeurs malignes du tractus génital (adénocarcinome à cellules claires, rhabdomyosarcome cervicovaginal) sont responsables des saignements de faible abondance sans caractère cyclique avec règles normales.
- Les tumeurs de l'ovaire, bénignes ou malignes sont rarement révélées par des métrorragies sauf lorsqu'elles sont sécrétantes : choriocarcinome (HCG), tumeur de le granulosa (œstrogène).
- Les infections génitales sont responsables de saignements anormaux le plus souvent dans un contexte douloureux et parfois fébrile mais intéressent des filles plus âgées et ayant une vie sexuelle.

5.4.2. Etiologies des métrorragies de la période d'activité génitale : **[38]**

Bien qu'on ait exclu la grossesse de notre étude, le premier réflexe de tout praticien devant une femme en activité génitale qui saigne est de penser à une grossesse, qu'elle soit intra utérine ou ectopique. Le diagnostic différentiel doit être posé par l'examen clinique, si nécessaire un test de grossesse ou même l'échographie.

Les diagnostics à retenir sont :

5.4.2.1- Le cancer du col de l'utérus :

Il doit être évoqué par principe, que les métrorragies soient- provoquées ou non. Evident, grosse ulcération ou bourgeon visible au spéculum, il sera biopsié.

Invisible à l'œil nu, il sera dépisté par le frottis puis prouvé par la biopsie dirigée.

5.4.2.2- Les infections génitales :

Elles sont des causes fréquentes de métrorragies, qu'il s'agisse :

- d'une cervicite : gros col rouge par ou s'écoule une glaire louche,

- d'une endométrite du post partum ou du post abortum associant fièvre et utérus douloureux,
- d'une salpingite : sexuellement transmise ou acquise par manœuvres médicales, nécessitant une coelioscopie diagnostique,
- d'une tuberculose provoquant rarement une ulcération du col, la biopsie examinée en anatomopathologie et en bactériologie apportera la preuve diagnostique.

5.4.2.3- Les polypes :

Accouchés par le col, ils sont visibles au spéculum : il faut se méfier qu'ils ne soient «sentinelles» : on recherchera par l'hystérocopie et le curetage une lésion intra cavitaire associée qui peut être un autre polype, une hyperplasie de l'endomètre mais aussi un cancer.

5.4.2.4- Les myomes utérins :

Les métrorragies constituent le signe principal associé parfois à des ménorragies. Le toucher vaginal retrouve un utérus augmenté de taille aux contours irréguliers. L'échographie, l'hystérocopie sont essentielles pour découvrir les myomes sous muqueux échappant à l'examen clinique.

Parfois, il est nécessaire d'arrêter le saignement par un traitement hormonal à base de progestérone, pour pouvoir faire les examens.

5.4.2.5- Le cancer de l'endomètre :

Il est retrouvé dans 2 à 8% des cas. Toutefois, il est plus fréquent en période ménopausique. Il faut y penser surtout chez les femmes obèses, hypertendues, diabétiques et demander une échographie vaginale, une hystérocopie, un curetage biopsique au moindre doute, le cancer existe avant la ménopause et risque de passer inaperçu et de faire porter à tort le diagnostic de métrorragies fonctionnelles si des examens ne sont pas faits.

5.4.2.6- L'endométriose :

Elle peut entraîner des métrorragies, qu'il s'agisse d'une endométriose vaginale visible au spéculum ou d'une adénomyose évoquée devant l'âge (la quarantaine), des ménorragies, une dysménorrhée du deuxième, troisième jour d'apparition récente. L'hystérogaphie confirme le diagnostic en montrant des diverticules pathognomoniques ou des signes indirects.

5.4.2.7- Les tumeurs de l'ovaire :

Elles peuvent entraîner des métrorragies soit du fait d'une métastase utérine (tumeur du revêtement), soit du fait d'une tumeur sécrétante. Perçue au toucher vaginal, confirmées au besoin par l'échographie, elles conduisent à la laparotomie exploratrice.

En fait, tout kyste de l'ovaire peut entraîner des métrorragies, y compris les dystrophies sclérokystiques de l'ovaire justifiable d'une simple coelioscopie et d'un blocage de l'ovulation par oestroprogestatifs.

5.4.2.8- Les métrorragies fonctionnelles :

Elles sont un diagnostic d'élimination qui ne peut être évoqué qu'après un examen clinique soigneux comportant un frottis aidé d'une courbe thermique, voire d'une hystérogaphie, d'une hystéroscopie, des dosages hormonaux car l'on trouve le plus souvent un déséquilibre oestroprogestatif avec hyperoestrogénie relative ou absolue.

Il peut s'agir de métrorragies fonctionnelles de l'ovulation ou survenir chez les femmes porteuses de stérilet ou après une ligature résection des tubaires entraînant une perturbation de la vascularisation ovarienne qui provoque en général une dysovulation.

5.4.3. Etiologies des métrorragies de la peri-ménopause et leur prise en charge : [13]

La péri ménopause est une période de transition débutant avec les anomalies cliniques et/ou biologiques annonçant l'approche de la ménopause et qui s'étend à l'année qui suit les dernière règles spontanées.

Le gynécologue est durant cette période de transition, fréquemment confronté aux métrorragies. Ces métrorragies, pouvant être organiques mais étant fréquemment fonctionnelles, imposent des explorations dont la hiérarchisation, parfois délicate, doit faire l'objet d'une réflexion.

La comparaison des avantages et des inconvénients de l'échographie, de l'hystérocopie et du contrôle histopathologique, doit conduire à un arbre décisionnel adapté à chaque patiente.

5.4.4. Etiologies des métrorragies de la post-ménopause : [38]

La post-ménopause est une période dans laquelle toute métrorragie doit être considérée comme organique. Le cancer de l'endomètre arrivant en tête des étiologies.

5.4.4.1- Le cancer de l'endomètre :

Il est le plus fréquent à cet âge. Le terrain femme âgée, obèse, hypertendue, diabétique, est évocateur. La preuve est apportée par curetage.

5.4.4.2- Le cancer du col :

Il n'est pas aussi fréquent que le cancer de l'endomètre dans cette période, il peut être évident mais aussi caché par l'endocol où il faudra le rechercher par la clinique et les prélèvements.

5.4.4.3- Le cancer du vagin :

Qu'il soit primitif ou secondaire, il faut le rechercher au spéculum et toucher vaginal et en faire la biopsie.

5.4.4.4- Les sarcomes de l'utérus :

Il se présente comme un fibrome qui fait parler de lui après la ménopause (hémorragies ou augmentation de volume), ces modifications sont très suspectes à cette période qui normalement entraîne l'atrophie de l'utérus et du myome.

5.4.4.5- Les tumeurs de l'ovaire :

Elles peuvent métastaser à l'endomètre et de ce fait provoquer des métrorragies. Toute masse annexielle est suspecte à cet âge. Elle doit entraîner une laparotomie.

5.4.4.6- Les tumeurs des trompes :

Quoi que rares elles peuvent aussi provoquer des métrorragies. L'échographie et surtout l'hystérosalpingographie permettent d'évoquer ce diagnostic.

5.4.4.7- Les métrorragies par atrophie :

Elles sont liées à l'atrophie de l'endomètre. Elles sont reconnues par l'hystérocopie (aspect pâle et atrophique) ou à l'hystérogaphie montrant un petit utérus avec des images spiculée périphériques ; Mais surtout authentifiées par le curetage qui ramène de petits fragments de muqueuses atrophique pour l'histologiste voire rien du tout.

5.4.4.8- Les métrorragies iatrogènes :

Elles sont possibles du fait de la prise d'oestrogènes destinée à traiter les troubles de la ménopause ou dans un but cosmétique. Les anabolisants androgéniques peuvent provoquer des métrorragies du fait de la conversion en oestrogènes de ces produits par catabolisme hépatique. Enfin les anticoagulants mal adaptés peuvent faire saigner. Dans tous les cas, il faut se méfier d'une cause organique, en particulier néoplasique, associée, et faire l'hystérocopie et le curetage. Enfin dans 30% des cas environ, aucune cause n'est retrouvée, malgré un bilan complet, curetage inclus.

En résumé, on retiendra qu'une femme ne saigne pas sans raison et que l'on doit toujours faire un diagnostic précis avant d'appliquer un traitement. Mais l'importance de l'hémorragie peut imposer une thérapeutique d'urgence dans le but d'arrêter l'hémorragie.

6- TRAITEMENT : [2]

Quatre points essentiels :

- Existe-t-il un état de choc hémorragique ? : État général, pouls tension artérielle, cyanose...
- Est-ce que c'est une grossesse extra utérine aiguë ? : Notion de contraception, retard de règles, toucher vaginal, BétaHCG plasmatique, échographie abdominopelvienne.
- Est-ce que c'est une endométrite aiguë ? Fièvre, douleur, leucorrhée suite d'exploration...
- Est-ce que c'est une fausse couche ? Grossesse connue, contraception, retard de règles, toucher vaginal, BétaHCG plasmatique, échographie pelvienne.

Si ces quatre diagnostics peuvent être éliminés, il est licite de commencer immédiatement un traitement symptomatique dont le succès ne doit pas suffire à affirmer le caractère fonctionnel de la métrorragie.

6.1. Traitement symptomatique : [2]

Actuellement, seul les progestatifs doivent être utilisés en première intention, et il paraît logique de prescrire des dérivés à noyau norpregnane (19-Norprogestérone).

Eux seuls, constituent, en fait la réponse à ce problème. Leur intervention sur un endomètre sous stimulation oestrogénique lui fait subir des effets comparables à ceux d'une phase lutéale : glandes, vaisseaux et surtout stroma de l'endomètre sont profondément remaniés. L'hémorragie s'arrête. Après quelques jours de «sécurité», on peut alors stopper la thérapeutique sans crainte. Il va, certes se produire

une desquamation hémorragique de l'endomètre, véritables règles artificielles terminant un cycle où le progestatif exogène a remplacé la progestérone lutéale ; mais cette desquamation présente des caractères rassurants : son abondance et sa durée sont comparables à celles de règles normales, et elle se tarit de même spontanément. [2]

Les doses peuvent être fortes d'emblée :

Exemple : Nomegestrol acétate= LUTENYL® 3 comprimés par jour jusqu'à arrêt du saignement. Il doit céder en 36 heures maximums, d'autant qu'une thérapeutique bien conduite est presque toujours capable de stopper même une métrorragie organique. Ceci a pour corollaire fondamental que l'arrêt du saignement par les traitements médicaux n'est pas une preuve de son caractère fonctionnel et ne dispense en aucun cas de préciser par la suite le diagnostic étiologique.

Les doses sont ensuite progressivement ramenées à la normale mais le traitement sera poursuivi pendant 10 à 15 jours pendant lesquels le bilan étiologique sera pratiqué.

Une hémorragie de privation surviendra à leur arrêt. Elle a généralement un aspect normal et cède spontanément sauf organicité.

En cas d'échec à 36 heures outre la remise en cause de l'analyse étiologique initiale et de la gravité globale il est licite d'augmenter la dose de progestérone ou de changer de produit vers un dérivé de la 19-Nortestérone à forte dose pendant 48 heures.

Les oestrogènes agissent sur les métrorragies fonctionnelles mais aggravent la prolifération de l'endomètre. A leur arrêt, le risque de récurrence est majeur et ils ne sauraient donc constituer la réponse au problème.

Une exception toute fois : l'injection intraveineuse d'oestrogènes conjugués (PREMARIN®) a un effet hémostatique direct par mécanisme vasculaire et peut être réalisée en geste d'urgence. Le curetage

hémostatique n'est indiqué que par l'échec thérapeutique : il se pratique lorsque l'hémorragie persiste malgré les traitements. Le curetage supprime l'hémorragie en supprimant la muqueuse qui saigne, mais il ne supprime pas le problème mais permet une analyse anatomopathologique de la muqueuse. Il peut arriver que l'hémorragie persiste ou reprenne précocement, le problème est alors aggravé car cette muqueuse abrasée répond mal aux traitements. Il garde toute fois sa valeur associée à une biopsie d'endomètre. Après un curetage, une pilule séquentielle fortement dosée reste indiquée.

Enfin le bilan s'attachera à déterminer le caractère fonctionnel ou organique des saignements.

6.1.1. Traitement médical des métrorragies fonctionnelles de la puberté

Ces métrorragies fonctionnelles sont liées soit à l'absence d'ovulation soit à une dysovulation avec ou sans insuffisance lutéale. [22]

6.1.1.1- Dans les formes de moyenne importance : [2]

Le traitement consiste à administrer des progestatifs de synthèse per os 10 à 15 jours par mois, pendant 6 mois, en plus de la surveillance. En théorie il serait utile de connaître le niveau de l'oestrogénie afin de choisir rationnellement le type de progestatif qui sera utilisé ; mais en pratique il faut se baser sur les données cliniques et choisir le progestatif qui sera utilisé en fonction de l'importance des saignements et de la tolérance des produits.

En général, si une oestrogénie normale est suspectée, il est habituel de prescrire un dérivé de la progestérone ou un dérivé de la 17 hydroxyprogestérone ou un dérivé norprégnane.

Exemple : Dydrogestérone= Duphaston® du 16^{ème} au 25^{ème} jour du cycle

Chloramidone= Lutéran®

Nomegesterol acetate= Lutényl®

6.1.1.2- Dans les formes graves : [37]

En urgence :

- Hospitalisation avec ou sans transfusion qui est à éviter sauf cas extrême, sinon on fera les grosses molécules ;
- Faire une injection intra veineuse d'oestrogène conjugué : Prémarien®
- Poser une voie veineuse en vue d'une transfusion sanguine. Les injections de prémarien® pourront être poursuivies ;
- Il faudra préférer les grosses molécules aux transfusions de sang frais iso groupe iso rhésus.
- Un traitement oestroprogestatif prendra le relais des oestrogènes intra veineux : progestérone : Utrogestant® 2 comprimés par jour du vingtième au trentième jour du cycle pendant deux cycles.
- Un traitement progestatif du quinzième au vingt cinquième jour du cycle prendra le relais du précédent pendant quelque mois (minimum 1 an).

On ne doit pas prescrire un traitement oestroprogestatif de type pilule, qui certes empêche le saignement mais bloque, l'axe hypothalamo-hypophysaire qui avait des difficultés à prendre une activité cyclique.

Dans les troubles graves de l'hémostase, une aménorrhée thérapeutique est obtenue par l'administration d'un progestatif en continu.

Le traitement des métrorragies pubertaires peut être résumé comme suit :

- **Forme mineures** : Hb > 11g /dl
- Surveillance ;
- Ou progestatif prégnane ou norprégnane du 16^{ème} au 25^{ème} jour du cycle.
- **Forme modérée** : 8g/dl < Hb > 11g/dl
- Oestroprogestatif pendant 2 à 3 mois ;
- Suivi ou d'emblée un progestatif prégnane ou norprégnane du 16^{ème} au 25^{ème} jour du cycle pendant 2 à 3 mois.
- **Formes sévères** : Hb < 8g/dl
- Hospitalisation ± transfusion ;
- Oestrogène sulfoconjugué (Prémarin®) par voie intramusculaire une ou deux fois ;
- Relais immédiat par oestroprogestatif 21 jours sur 28, ou progestatif norstéroïde 20 jours sur 28 ;
- Puis progestatif prégnane ou norprégnane, du 16^{ème} au 25^{ème} jour du cycle (minimum 1 an) ;
- Surveillance prolongée (fréquence des récurrences) ;
- Traitement complété par antifibrinolytiques et thérapie martiale.

- **Troubles de l'hémostase graves** :

Aménorrhée thérapeutique obtenue par l'administration d'un progestatif norstéroïde en continu.

6.1.2. Traitement médical des métrorragies fonctionnelles de la période d'activité génitale : [24]

Il est nécessaire d'éliminer une cause organique avant d'affirmer le diagnostic de métrorragies fonctionnelles.

- **Si un désir de grossesse** : Le traitement doit porter sur la cause du trouble ovarien clairement identifié par les explorations appropriées ; dans quelques cas des progestatifs pourront être prescrits avant de prescrire le traitement qui à la fois rétablira des sécrétions ovariennes

normales, une normalisation de l'endomètre et une amélioration de la fertilité. [2]

▪ En l'absence de désir de grossesse : [2]

Dans les métrorragies dues à un déséquilibre du métabolisme des prostaglandines, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (acide méfénamique, ibuprofène et naproxène) sont indiqués avec un taux de succès de 20 à 44% [27]. De récents essais thérapeutiques ont cependant montré une efficacité modérée des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Ils ont par ailleurs un effet sur les dysménorrhées associées.

▪ En cas d'anomalie de l'hémostase, les antifibrinolytiques apparaissent efficaces. L'acide tranexamique utilisé les 3 premiers jours du cycle, à la dose de 3g/jour, a une efficacité supérieure à celle des anti-inflammatoires non stéroïdiens, avec une diminution du flux d'environ 50%. En cas de maladie de Willebrand, le 1-désamino-8-D-arginine vasopressine (Octim®) par voie nasale, à la dose de 300µg toutes les 12heures les 2 premiers jours du cycle à partir de 50kg est indiqué.

▪ En cas de métrorragies dues à un déséquilibre entre oestrogènes et progestérone, on peut utiliser une adjonction d'oestrogène ou de progestérone 10 jours en phase lutéale, 15 ou 20 jours en cas d'indications contraceptives.

On peut également prescrire une association oestroprogestative sous la forme de contraception orale.

▪ Progestatifs et contraceptifs combinés sont cependant utilisés avec des réserves d'usage : risque vasculaire chez les tabagiques et de prise de poids. Les norpreganes, en raison de leur action antigonadotropes, sont le plus souvent prescrits 20 jours par mois.

▪ Le danazol et les agonistes de la gonadotrophin Releasing Hormon, en créant un état d'hypo oestrogénie, diminuent de manière efficace et prolongée les saignements en créant une atrophie endométriale. Leur

utilisation à long terme est cependant limitée en raison soit de leur effet androgénique, soit de leur effet hypo-oestrogénique marqué, contre-indiquant leur utilisation au-delà de 3 mois. Cependant, leur efficacité immédiate peut être utilisée en préopératoire dans le but de corriger une anémie ou de faciliter un traitement hystéroscopique conservateur par l'atrophie endométriale induite par la diminution d'absorption du glycolle lors de la résection d'endomètre. [27]

Le stérilet au lévonorgestrel est à la fois contraceptif, avec une efficacité comparable aux oestroprogestatifs, et préventif de la prolifération de l'endomètre par diminution de son épaisseur et de sa vascularisation. Dans le cas des métrorragies fonctionnelles, la prescription n'est pas encore validée et nécessite des études complémentaires dans le but de déterminer une action thérapeutique et non plus contraceptive. Deux courts essais thérapeutiques n'ont pas montré de différence avec la résection d'endomètre en termes d'efficacité et de satisfaction.

6.1.3. Traitement des métrorragies de la préménopause : [2]

Un diagnostic de certitude doit être établi, il permettra de connaître l'état de l'endomètre et assez souvent d'identifier une hyperplasie souvent à des périodes anarchiques d'hyperoestrogenie. Les progestatifs les plus antioestrogéniques et les plus antigonadotropes seront utilisés de préférence pendant un minimum de 10 jours.

C'est à cet âge que les hyperplasies endométriales sont les plus fréquentes ; les progestatifs inhibent la multiplication cellulaire oestrogénodépendante, entraînent une différenciation tissulaire avec aspect sécrétoire et au maximum une véritable atrophie.

6.1.4. Traitement médical des métrorragies de la post-ménopause : [2]

En cas d'urgence on peut faire appel aux progestatifs à forte dose dans le but d'arrêter l'hémorragie, en attendant un diagnostic étiologique

précis par des examens complémentaires, en particulier l'échographie et l'hystérocopie qui ne sont pas contre indiquées en cas de néoplasie utérine ou ovarienne.

On peut également utiliser des hémostatiques et antifibrinolytiques en urgence ou au cours de l'enquête étiologique notamment afin de ne pas perturber un bilan hormonal.

Exemple : Etamsylate comprimés (Dicynone® 500mg) : 1 comprimé 3fois par jour. Acide aminocaproïque (Hémocaprol®) une injection intraveineuse suivie de 4 ampoules buvables par jour.

Chez la femme sans traitement hormonal substitutif, après avoir éliminé une pathologie organique ou une sécrétion anormale d'oestrogènes, l'endomètre est habituellement atrophique ; le traitement logique est la prescription d'oestrogènes, mais leur arrêt est lui-même suivi de saignements ; c'est pourquoi, le plus souvent après un curetage dirigé par une hystérocopie qui a établi le diagnostic, on s'abstiendra de tout traitement si les saignements ne sont pas importants ; d'ailleurs le mécanisme de ces saignements est souvent mal compris.[2]

6.1.5. les médicaments utilisés après la chirurgie :

On fait le plus souvent appel aux antibiotiques, antalgiques et aux anti-inflammatoires.

6.2. Traitement chirurgical :

Il est le plus souvent fait après un diagnostic étiologique précis ou dans le but d'arrêter des métrorragies incoercibles sans cause apparente.

Le choix du mode de traitement chirurgical dépend de l'étiologie retrouvée :

- La myomectomie : elle peut être faite par voie abdominale, vaginale ou coelioscopique. Le choix dépend du nombre de myomes, et de leur localisation et de l'état de la patiente.
- L'hystérectomie totale avec ou sans annexectomie : elle peut être faite par voie abdominale ou vaginale. Elle est indiquée dans les myomes multiples, les cancers du col de l'utérus, les cancers de l'endomètre et les métrorragies incoercibles.
- La conisation ou l'amputation intravaginale du col : est indiquée dans les carcinome in situ du col utérin.

6.2.1 Le curetage hémostatique : [2]

Après l'échec des traitements médicaux ou en cas de contre indications ou d'effets secondaires liés à ceux-ci, le curetage abrasif de l'endomètre sous anesthésie générale reste l'intervention le plus couramment pratiquée en France [24]

IL arrête l'hémorragie en supprimant la muqueuse qui saigne, mais ne supprime pas la cause. Si malgré le curetage, l'hémorragie persiste ou reprend précocement le problème est alors aggravé, car on ne peut pratiquer des curetages itératifs. Par ailleurs cette muqueuse abrasée répond mal aux traitements qui se montrent efficaces dans d'autres conditions. Ensuite et surtout il n'a aucun effet préventif ; même s'il peut être temporairement efficace, son taux d'échec, évalué à 50%, ne justifie plus sa réalisation, ce d'autant que cette intervention peut se compliquer de perforation, d'infection, d'hémorragie, voire de synéchies secondaires: « le curetage hémostatique doit d'emblée être purement et simplement banni du traitement des métrorragies fonctionnelles ».

6.2.2. La myomectomie : [44]

Elle est indiquée en cas de métrorragies dues à des fibromyomes, et consiste à les retirer tout en respectant l'utérus. Cela signifie préserver les fonctions menstruelles et la possibilité de grossesse ultérieure. Cela

signifie aussi un utérus reconstitué avec solidité et une anatomie la plus proche possible de la normale.

Le principe de la myomectomie repose sur l'existence d'un plan de clivage entre le myomètre périphérique et la tumeur solide bénigne qu'est le myome. Ce plan doit être constamment cherché, identifié et suivi. Il est pratiquement exsangue : le saignement est surtout observé au niveau de l'incision séreuse et myométriale nécessaire pour aborder le pôle superficiel du myome. En cours de clivage il est le témoin d'une erreur de plan. Après l'énucléation du myome, la réparation myométriale doit effacer l'espace mort générateur d'hématomes et de désunions immédiates et être solide en vue de grossesses ultérieures. La résection myométriale est interdite.

La réparation séreuse est capitale, car la myomectomie est une intervention très adhésiogène ; le soin apporté à la séreuse commence dès le début de l'intervention et se poursuit tout au long : le péritoine ne doit pas être frotté, desséché, saisi par des pinces ; sa suture ne doit pas être ischémiant ou sous tension.

Elle peut être effectuée par voie abdominale, vaginale, coelioscopique ou hystéroscopique.

En cas de myomes multiples il faudra procéder à une polomyomectomie ou même une hystérectomie en tenant compte de l'âge de la patiente et son désir d'enfant.

6.2.3. L'hystérectomie totale :

Elle est indiquée dans les métrorragies dues à des myomes multiples ; les métrorragies fonctionnelles ; les rebelles à tout traitement médical. L'hystérectomie simple peut être abdominale ou vaginale, et suivant l'attitude vis-à-vis des annexes, du col et du vagin, on peut distinguer différents types d'hystérectomies :

- Hystérectomie conservatrice : elles consistent en l'ablation exclusive de l'utérus en laissant les annexes en place. En règle la conservation ovarienne est synonyme de conservation annexielle, c'est-à-dire des ovaires et des trompes.
- Hystérectomie non conservatrice : dans ce cas les pédicules lombo ovariens sont liés et les annexes sont retirées avec l'utérus.
- Hystérectomie subtotale : elle consiste à conserver le col utérin en sectionnant l'utérus au niveau de l'isthme utérin.
- Hystérectomie totale : elle consiste à faire l'exérèse total de l'utérus corps et col. L'exérèse du col peut se faire par une dissection intra ou extrafaciale du vagin.

En règle, il n'y a pas d'exérèse du vagin mais en cas d'hystérectomie extrafaciale, une partie du vagin est retirée et on devrait parler de colpohystérectomie.

6.2.4. Le traitement chirurgical des métrorragies dues à un cancer de l'utérus : [44]

En cas de cancer du col micro-invasif avec un envahissement du stroma inférieur à 3mm (sans emboles lymphatiques) : la conisation ou l'amputation intravaginale du col, passant in sano, constitue le traitement habituel.

Lorsque la profondeur de pénétration stromale se situe entre 3 et 5 mm (sans emboles lymphatiques) : le traitement peut être soit une amputation intravaginale passant in sano, soit une hystérectomie totale, mais toujours avec prélèvement ganglionnaire sous veineux.

Le choix entre ces deux interventions dépend de l'âge et de la parité de la patiente.

La colpohystérectomie élargie avec résection du paramètre et du dôme vaginal associé à une lymphadenectomie iliaque externe (CHL) est le traitement chirurgical classique des cancers du col aux stades Ib II.

Depuis 1985, la lymphadenectomie est systématiquement étendue aux ganglions iliaques primitifs et aux ganglions lomboaortiques (LLA).

Cette intervention s'inscrit dans un protocole d'association radio chirurgicale.

Chez les patientes de moins de 40 ans ayant une tumeur cervicale de petite taille (inférieure à 2cm), la séquence thérapeutique est inversée afin de préserver la fonction ovarienne. La chirurgie est effectuée d'emblée, les ovaires sont conservés et transposés en fin d'intervention. Les traitements complémentaires sont discutés en fonction des résultats histologiques.

En cas de cancer de l'endomètre le traitement est radiochirurgical et actuellement par la chirurgie. Le traitement chirurgical de référence est l'hystérectomie totale simple avec annexectomie bilatérale et lymphadénectomie sélective enlevant les ganglions sous veineux (ou obturateurs), premiers relais de drainage lymphatique et véritables ganglions sentinelles de ces tumeurs. Les traitements de complément sont discutés en fonction des résultats histologiques.

6.2.5. L'endométrectomie : [49]

En cas de persistance des métrorragies malgré un traitement médical bien conduit et en l'absence de lésion organique endocavitaire, l'endométrectomie, qui consiste à retirer l'endomètre et les premiers millimètres du myomètre, semble pouvoir présenter une alternative à l'hystérectomie habituellement proposée pour ces patientes.

L'étude de la littérature concernant les résultats des endométrectomies doit rendre modeste quant à la qualité des différents examens pratiqués ; alors que toutes les explorations diagnostiques s'avèrent normales, les copeaux d'endométrectomies réalisées dans un but thérapeutiques, révèlent des hyperplasies atypiques ou des carcinomes in situ dans un nombre non négligeable de cas (1 à 2%) [49].

6.2.6. Embolisation artérielle: [50]

Les contre indications absolues à l'embolisation utérine pour fibromyomes sont la grossesse, le carcinome endométrial établi ou suspecté, les infections gynécologiques, l'association à des masses annexielles, les lésions d'évolution rapide (l'augmentation rapide de volume pouvant résulter de sa nature sarcomateuse) et les antécédents de réaction allergique sévère en présence d'autres pathologies pelviennes nécessitant une intervention produit de contraste iodé.

Les contre indications relatives à l'embolisation utérine sont ; la chirurgie (endométriose...). Dans le cas de l'endométriose signalons toutefois que des résultats positifs semblent avoir été obtenus après embolisation, néanmoins plus de données sont nécessaires avant de conclure quant à l'efficacité de l'embolisation dans cette pathologie. De nombreuses grossesses ont déjà été rapportées après des embolisation utérines pour fibromyomes ou hémorragie du post-partum. [48]

Le désir de grossesse est également considéré par certains comme une contre indication relative à l'embolisation car le taux de fertilité, le risque potentiel de retard de croissance et de rupture utérine après cette procédure reste indéterminée. Cette technique apparaît comme alternative à la chirurgie selon Ravina JH et collaborateurs qui sur une série de 81 patientes de 30 à 54 ans, souffrant de complications hémorragiques invalidantes dues à des myomes utérins, traitées par cette méthode, ont eu un taux élevé de succès soit 89%, 8 échecs ont été observés. Dans tous les autres cas les hémorragies ont cessé.

Avec un recul moyen de 20 mois aucune récurrence n'est survenue ; Parallèlement l'embolisation a entraîné une réduction importante de volume des myomes utérins et de l'utérus puisque, 6 mois après l'embolisation, le volume résiduel moyen des myomes n'était plus que le tiers du volume initial.

Cette embolisation est suivie dans près de 80% des cas de douleurs pelviennes, d'une durée de 12 à 18 heures, qui nécessitent une analgésie. Dans cette série, un accident de dissection partielle d'une artère utérine a été observé ; elle a été sans conséquence, mais une nécrose d'un volumineux fibrome responsable d'un syndrome occlusif a nécessité une hystérectomie précoce avec résection digestive.

6.2.7. La thermocoagulation de l'endomètre [10] :

Elle est indiquée dans les métrorragies fonctionnelles rebelles aux traitements médicaux prescrits en première intention. C'est une alternative à l'hystérectomie totale proposée en générale devant ces cas. Elle s'adresse à des femmes, en pré ménopause, sans désir de conserver une fertilité, sans antécédent de prémalignté, présentant des ménométrorragies fonctionnelle. Leur état général doit être satisfaisant.

Les contre indications sont :

- Une allergie au latex car le ballonnet est en latex ;
- La présence de fibromes ou polypes intra-utérins et les formations utérines qui, en déformant la cavité utérine, peuvent gêner l'application uniforme du ballonnet chauffant contre la muqueuse utérine ;
- L'infection ;
- Une hystérectomie inférieure à 6 cm ou supérieure à 12 cm pour les problèmes de mauvaise accommodation entre le ballonnet et la cavité utérine.

Une hystérectomie avec biopsie de l'endomètre est indispensable afin d'éliminer toute lésion maligne suspecte.

Face à l'endométrectomie, les résultats en terme d'efficacité sur les ménométrorragies sont comparables. La technique de l'endométrectomie nécessite une expérience qui n'est pas nécessaire avec la thermocoagulation.

De nouvelles technologies existent pour le traitement chirurgical des métrorragies fonctionnelles à savoir la cryothérapie ; l'instillateur de sérum chaud ; le laser d'iode ; la photodynamie ; les micro-ondes ; la radiofréquence ; le novacept et le ballonnet thermique.

Méthodologie

III METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude :

L'étude s'était déroulée en commune I du district de Bamako.

1.1. Présentation de la commune :

1.1.1 Historique :

La commune I a été créée par l'ordonnance 78-32/CMLN du 18 Août 1978 qui fixe le statut du district de Bamako. Elle est constituée de neuf quartiers dont le plus ancien du district autour duquel s'est construit jadis le village de Bamako : Sikoro. Les Niaré sont les fondateurs de ce quartier qui, par la suite, vont créer un second quartier qui portera leur nom Niaréla

1.1.2 Géographie :

La commune I s'étend sur une superficie de 34,26 Km² pour une densité qui est passée de 5345,9 habitants/Km² en 1995 à 6339,5 habitants/Km² en 2000 (183150 habitants en 1995 contre 217190 habitants en 2000) soit une progression de 18,6% en 5 ans. Cette augmentation de la densité de population a un effet négatif direct sur l'état de salubrité et la situation socio sanitaire de la commune I.

La commune I est limitée :

- au Nord par le cercle de Kati
- au Sud par le fleuve Niger
- à l'Ouest par la commune II (le marigot de Banconi limitant les deux collectivités) ;
- à l'Est par le cercle de Koulikoro.

Située dans la périphérie Est de Bamako, la commune I, notant l'importance numérique de sa population, est restée en marge du processus d'urbanisation.

Elle est divisée en neuf quartiers dont seulement deux sont entièrement lotis (Korofina nord et Djelibougou), quatre sont partiellement lotis

(Boukassoumbougou, Korofina sud, Banconi et Doumanzana), tant disque trois ne sont pas encore lotis (Fadjiguila, Sikoro et Sotuba). Son relief est caractérisé par des plateaux et collines du type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représentent quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructure d'assainissement.

Son climat de type tropical est caractérisé par :

- une saison sèche : froide de Novembre à Janvier et chaude de Février à Mai
- et une saison humide : chaude de Juin à Octobre

La commune I est drainé par quatre marigots ,Banconi, Molobalini, Faracoba et tienkolee (Faraconi), alimentés en saison pluvieuse par les eaux de ruissellement de la colline du point G et s'écoulant du nord au sud. La mauvaise gestion de ces marigots pose un certains nombres de problèmes de santé en tant que foyer de maladies transmises par les insectes (paludisme), par la pollution des eaux par l'infiltration, les odeurs et les mouches, rats et cafards (transmission de germes). De plus, ces marigots sont parfois des lieux de prolifération des déchets ménagès et des dépotoirs anarchiques. Ce qui pose sans doute des problèmes de pollutions des eaux souterraines. La perméabilité du sol favorise la pollution progressive des nappes. On y trouve des concentrations de pesticides, nitrates, métaux lourds, supérieures aux normes de l'OMS.

La présence de ces marigots et du fleuve Niger entraîne occasionnellement des inondations obligeant à déplacer des foyers et responsable de destructions d'habitats précaires.

Au niveau des voies de communication et du transport, la commune est traversée par une voie ferrée en provenance de Koulikoro et une route principale goudronnée la reliant au centre ville. La circulation est dense

et pour le moins peu sécuritaire, notamment au niveau des transports collectifs. Cette circulation pose à la fois des risques d'accidents et de nuisances tant au niveau sonore qu'au niveau de la pollution atmosphérique aggravant les problèmes respiratoires.

Toutes les ethnies sont retrouvées dans la population de la commune.

Sur le plan d'assainissement, elle est confrontée aux problèmes suivants :

- insuffisance de dépotoirs officiels aménagés ;
- prolifération des dépôts anarchiques ;
- insuffisance des installations sanitaires ;
- et absence de caniveau.

1.1.3 L'économie :

Son économie est basée sur les trois secteurs, à savoir :

- le secteur primaire : l'agriculture (maraîchage), pêche et élevage ;
- le secteur secondaire : l'artisanat et petite industrie (boulangerie) ; et
- le secteur tertiaire : petit commerce.

1.1.4 Description de la situation socio sanitaire :

Après le 1^{er} plan de développement socio sanitaire de la commune de 1995-1999 qui a prévu la création de 11 aires de santé dont 9 sont fonctionnelles, le 2^{ème} plan de développement socio sanitaire de la commune (PDSC) a été élaboré pour la période 2002 – 2006. Dans ce plan il est prévu la création de 6 nouveaux CSCOMs et le renforcement des capacités du centre de santé de référence de la commune.

La commune a été découpée en onze zones. Vu la croissance démographique de certaines de ces zones, les aires de santé sont encore en discussion et ne sont pas finalisées : certaines zones pourraient faire l'objet de plusieurs aires de santé.

Les partenaires et acteurs du développement socio sanitaire de la commune sont essentiellement :

a) les structures publiques :

- un service social ;
- une brigade d'hygiène ;
- une officine de la pharmacie populaire ;
- un dispensaire de L'INPS à Sotuba ;
- un dispensaire du chemin de fer : ateliers centraux de Korofina Sud.
- Un centre de santé de référence de la commune I occupant le 2^{ème} niveau de référence selon la pyramide sanitaire de notre pays et située au cœur de la commune I de Bamako au sud de la mairie portant le nom de la dite commune.

Il est composé de plusieurs services

*** Un service administratif,**

- Le bloc opératoire,
- Le service de Gynécologie et d'obstétrique,
- Le service de chirurgie générale,
- Le service d'Ophtalmologie,
- Le service d'Odontostomatologie,
- Le service d'ORL,
- Le service de Pédiatrie,
- Le service médecine générale,
- Le Laboratoire,
- des salles d'Hospitalisation,
- La Pharmacie,
- La Morgue,
- d'une Unité tuberculose,
- Le Service social, et
- de La brigade d'hygiène.
- Une unité CESAC pour la prise en charge des patientes VIH

Le personnel du CSRéf CI est composé de :

- 12 médecins
- 23 sages femmes
- 6 assistants médicaux
- 12 infirmiers du 1^{er} cycle
- 12 infirmiers du second cycle
- 10 techniciens supérieurs spécialisés
- 2 comptables
- 16 matrones
- 8 agents d'assainissement
- 4 manœuvres
- 3 chauffeurs
- 1 secrétaire
- 1 gardien

1. 2 Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique du CSRéf CI

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I est situé vers le coté Sud du centre entre le bloc des hospitalisations à l'Ouest et la pharmacie du centre à l'Est et au Nord par le bloc opératoire. Il reçoit les gestantes et parturientes des structures de la commune et de celles des autres communes du district de Bamako et d'ailleurs.

Ce service est composé de :

- Un bureau de consultation externe
- Un bureau pour les urgences gynécologiques
- Une salle d'accouchement à trois tables contiguë à une salle d'attente pour surveillance du post partum immédiat.

- Une salle de garde pour les sages femmes
- Une unité de CPN
- Une unité de PF
- Une unité PEV
- Une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus
- Un bloc d'hospitalisation détaché du bloc de la maternité et constituée de

Trois grandes salles d'une capacité de six lits

- Deux salles à deux lits
- Une salle de garde pour les thésards
- Une salle de pansement des opérées
- Un bureau pour le major du bloc
- Un pavillon opératoire composé de :
 - deux salles d'intervention pour les interventions gynéco obstétricales et chirurgicales,
 - une salle de stérilisation des instruments
 - Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires.
 - Une salle de réveil
 - Une salle de préparation des patients
 - Une salle de préparation des opérateurs
 - Un bureau pour les anesthésistes
 - Un bureau pour les aides de bloc

Les activités des différentes unités sont assurées par un personnel qualifié comprenant :

- Un gynécologue obstétricien, chef de service qui coordonne toutes les activités et assure l'organisation harmonieuse du service. Il est assisté par:

- Un autre gynécologue obstétricien bénévole (personnel d'appui) qui participe activement à la régularité et la formation des thésards
- Deux médecins généralistes bénévoles
- 23 sages femmes qui couvrent les activités de CPN, de PF, de PEV, de dépistage et de la salle d'accouchement.
- 4 infirmières obstétriciennes.
- 3 aides soignantes ou matrones.
- 22 étudiants thésards faisant fonction d'interne, prennent activement part aux activités du service en assurant le suivi des malades hospitalisées sous la supervision d'un médecin.

La formation continue des agents est assurée par un staff quotidien sur les dossiers de la garde à partir de 8h30 mn et un exposé hebdomadaire sur des thèmes divers

b) les ASA COs : dix CSCOMs opérationnels ;

c) les GIEs ;

d) les ONGs ;

e) la coopération bilatérale et multilatérale ;

f) le secteur privée :

- quatre cliniques médicochirurgicales ;
- une Clinique d'accouchement ;
- quinze cabinets privés de consultation ;
- huit cabinets privés de soins (physiothérapie Kinésithérapie);
- trois thérapeutes praticiens agréés ;

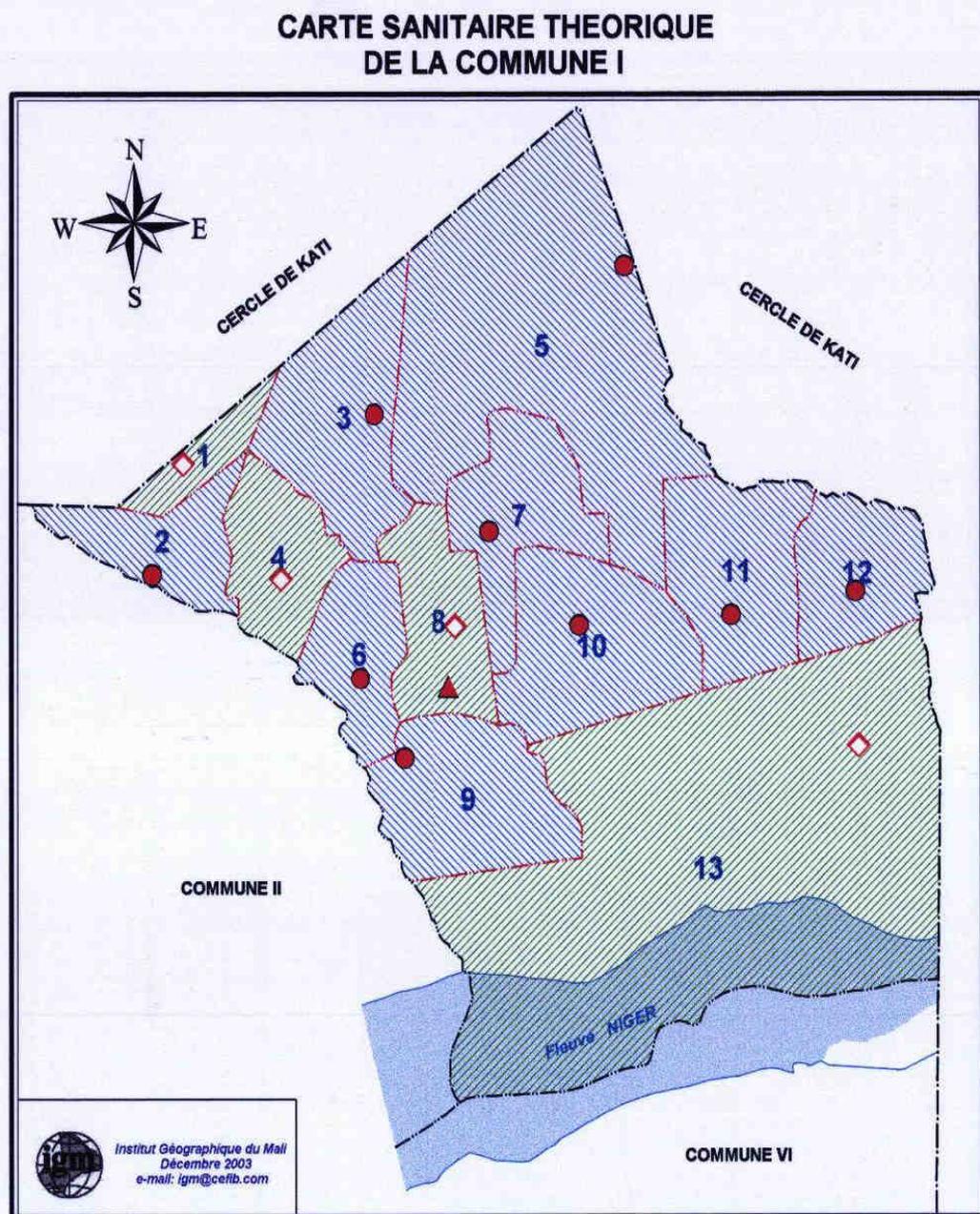
g) le secteur confessionnel :

- un dispensaire confessionnel de secours catholique ; et
- un dispensaire de la croix rouge malienne.

Rentrent dans le cadre de notre étude, toutes les structure de la commune qui pratique des accouchements. En raison des difficultés

d'enquête sur les structures privées, nous nous sommes plus accentuée sur les échantillons recueillis au niveau de la maternité du CSRéf CI

Figure N°2 : la carte sanitaire de la commune I



LEGENDE

- LIMITE DU DISTRICT
- LIMITE DE COMMUNE
- LIMITE D'AIRES DE SANTE
- ▨ AIRE DE SANTE OPERATIONNELLE
- ▨ AIRE DE SANTE A CREER
- CSCOM opérationnel
- ▲ CSREF
- ◊ CSCOM à créer

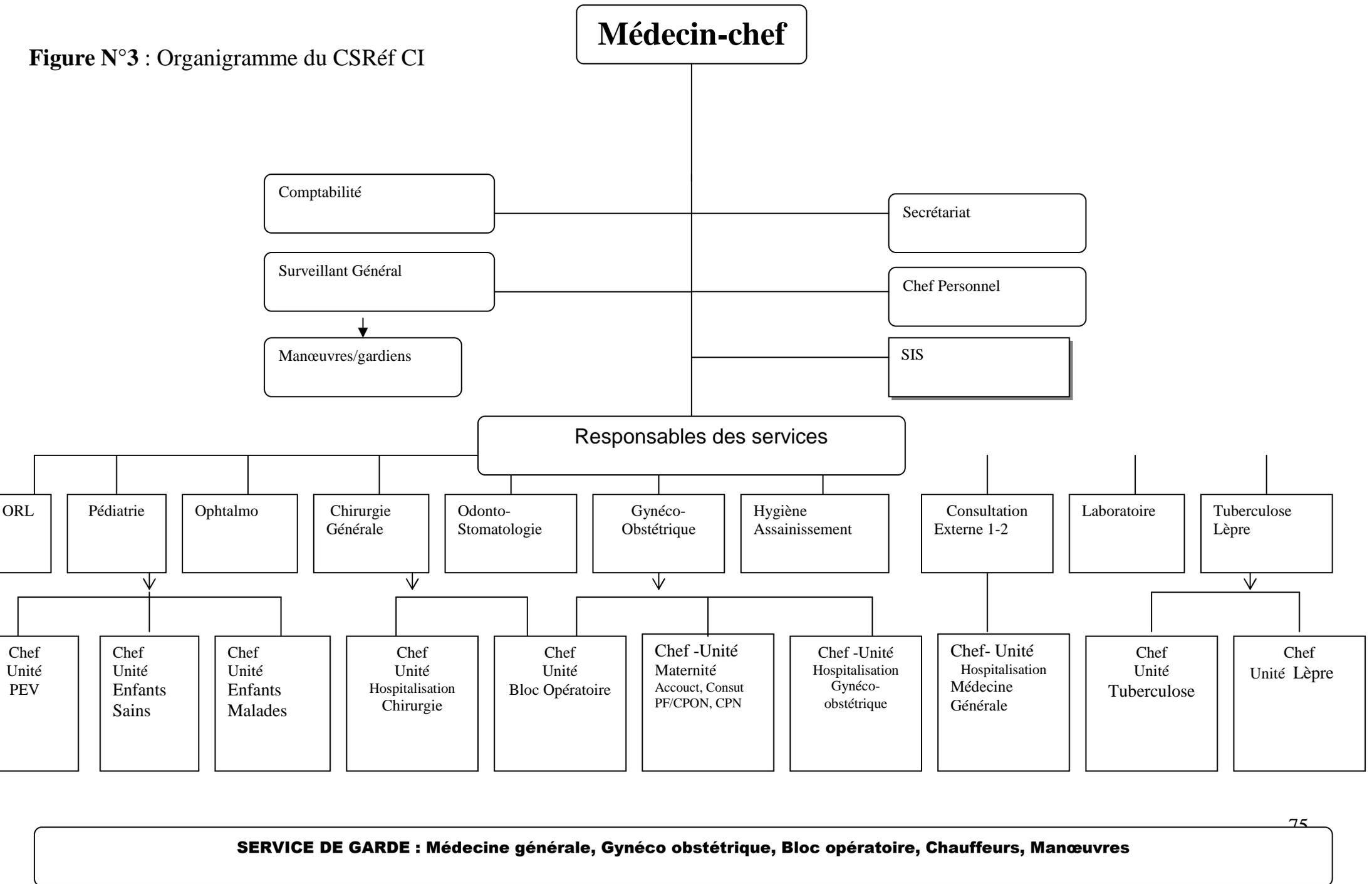
No DES AIRES DE SANTE

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Sourakabougou | 7. Fadjigulla |
| 2. Mekin - Sikoro | 8. Korofina Nord |
| 3. Dianguinebougou | 9. Korofina Sud - Salembougou II |
| 4. Banconi Plateau - Layebougou | 10. Djéllbougou |
| 5. Djourmanzana - Nafadji | 11. Boulkassoumbougou II |
| 6. ASACOB (Banconi Flabougou, Salembougou I, Zekenekorobougou) | 12. Boulkassoumbougou I |
| | 13. Sotuba |

Echelle = 1 / 55 000



Figure N°3 : Organigramme du CSRéf CI



2-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale avec collecte retro-prospective des données visant à étudier les métrorragies non gravidiques

3-Période d'étude :

L'étude va s'étendre du premier janvier 2005 au 31 décembre 2006 dans le centre de santé de référence de la commune I soit une durée de 24 mois

4-Population d'étude :

Elle est constituée de l'ensemble des femmes qui ont consultés dans le service pour quelque motif que ce soit pendant la période de l'étude

5-Echantillonnage

5-1.Critère d'inclusion : Toute femme ayant consulté dans le service pour métrorragie en absence de grossesse

5-2.Critère de non inclusion : nous avons exclu de cette étude toute femme ayant consulté pour métrorragie associée à une grossesse diagnostiquée

5-3.Taille de l'échantillon :

Elle a été calculée en utilisant la formule

$$l = \varepsilon . \alpha$$

N= taille de l'échantillon

$$N = \varepsilon . \alpha . p . q / i$$

$\varepsilon = 1,96$ pour un risque $\alpha = 5\%$

P = 2,28 (0,0228) taux de prévalence dans la population d'étude

q = 1-p = 0, 0228-1=0, 9772; i: precision=0,05

N=35, 6=37 CAS

5-4.Collecte des données :

5-4.1.Support données :

C'est une fiche d'enquête individuelle ; des dossiers gynécologiques ; des registres de consultation externe ; des registres des urgences

gynécologiques ; de compte rendu opératoire ; d'anatomo-pathologie et des dossiers d'hospitalisation des malades

5-4.2. Technique de collecte des données

Elle a été faite à l'aide d'un questionnaire rempli à partir de l'interrogatoire, l'examen gynécologique, les résultats des examens complémentaires demandés et la lecture des supports sus cités

6. Définitions :

Nous avons recodé ces variables en 4 modalités que sont :

La nulligestité : Patiente n'ayant jamais contracté de grossesse

La paucigestité : patiente ayant un antécédent de 1 à 3 grossesses

La multigestité : patiente ayant un antécédent de 4 à 6 grossesses

La grande multigestité : patiente ayant un antécédent de 7 grossesse et plus

La nulliparité : patiente n'ayant jamais accouchée

La pauciparité : patiente ayant un antécédent de 1 à 3 accouchements

La multiparité : patiente ayant un antécédent de 4 à 6 accouchements

La grande multiparité : patiente ayant un antécédent de 7 accouchements et plu

7. Variables : Tableau I

Variables	Nature	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative discontinue	Année	Interview Et lecture
Statut matrimonial	Qualitative nominale	1=célibataire 2=mariée 3=divorcée 4=veuve	
Ethnie	Qualitative nominale	1=bambara 2=soninké 3=peulh 4=sonrhaï	

		5=malinké 6=dogon	
Profession	Qualitative nominale	1=ménagère 2=étudiante/élève 3=fonctionnaire	
Residence	Qualitative nominale	1=kayes 2=koulikoro 3=sikasso 4=Ségou 5=Mopti ect...	
Gestité	Quantitative discontinue	Nombre de grossesses antérieures	
Parité	Quantitative Discontinue	Nombre d accouchements antérieurs	
Antécédants gynécologiques	Qualitative(groupe variable)	1=oui 2=non (contraception; ménopause; cancer gynécologiques...)	
Examens complémentaires	Qualitative(groupe variable)	1=oui (à préciser) 2=non ;(NFS ; échographie pelvienne ; HSG ; biopsie du col...)	Lecture des résultats
Etiologies	Variabes qualitatives nominales	1= myome utérin 2= polypes muqueux 3=cancer du col 4=cancer de l endomètre 5=endométrite etc....	Lecture des dossiers
Traitement	Qualitative(groupe de variable)		

8. Plan d'analyse et de traitement des données

La saisie et l'analyse des données ont été faits sur le logiciel Epi Info.version 6.0 du CDC d Atlanta et de l O.M.S

Les résultats sont sous formes de tableaux et graphiques. Les tests statistiques utilisées ont été la moyenne des variables et le Khi2 ; la probabilité deux inférieure ou égale à 5%

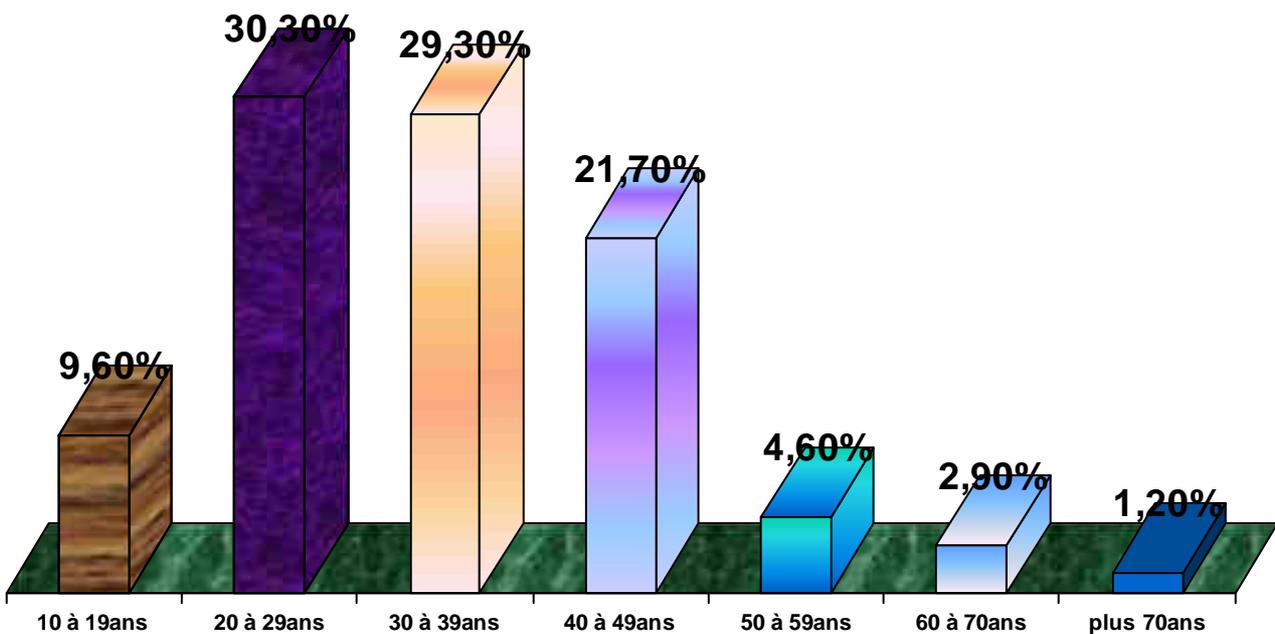
Resultats

IV Résultats

1-Fréquence : Au terme de notre enquête nous avons pu enregistrer **178** patientes qui ont consulté dans le service entre le premier janvier 2005 et le 31 décembre 2006 pour métrorragies non gravidiques. Pendant cette période **3785** ont consulté dans notre soit une fréquence relative de métrorragies non gravidiques de **4,7%** (178/3785)

2-Characteristiques socio-demographiques

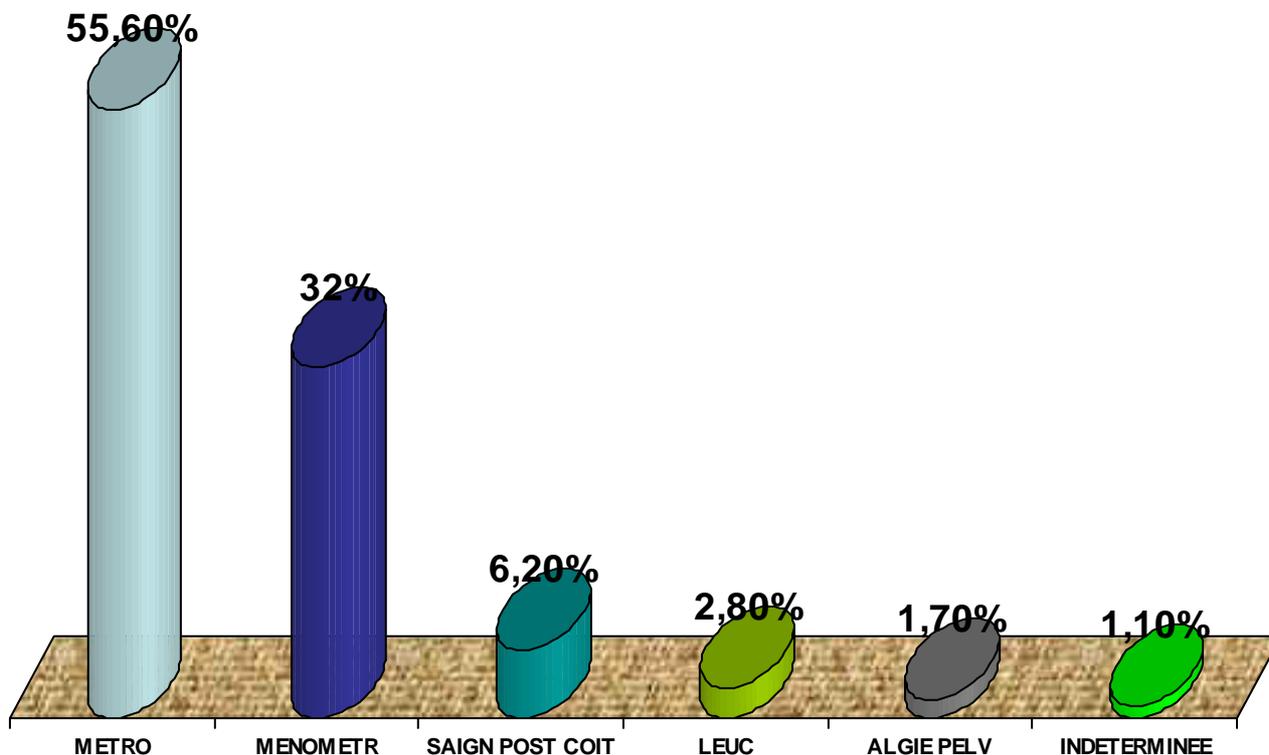
2.1L'âge :



Graphique 1 : Répartition des patientes selon l'âge

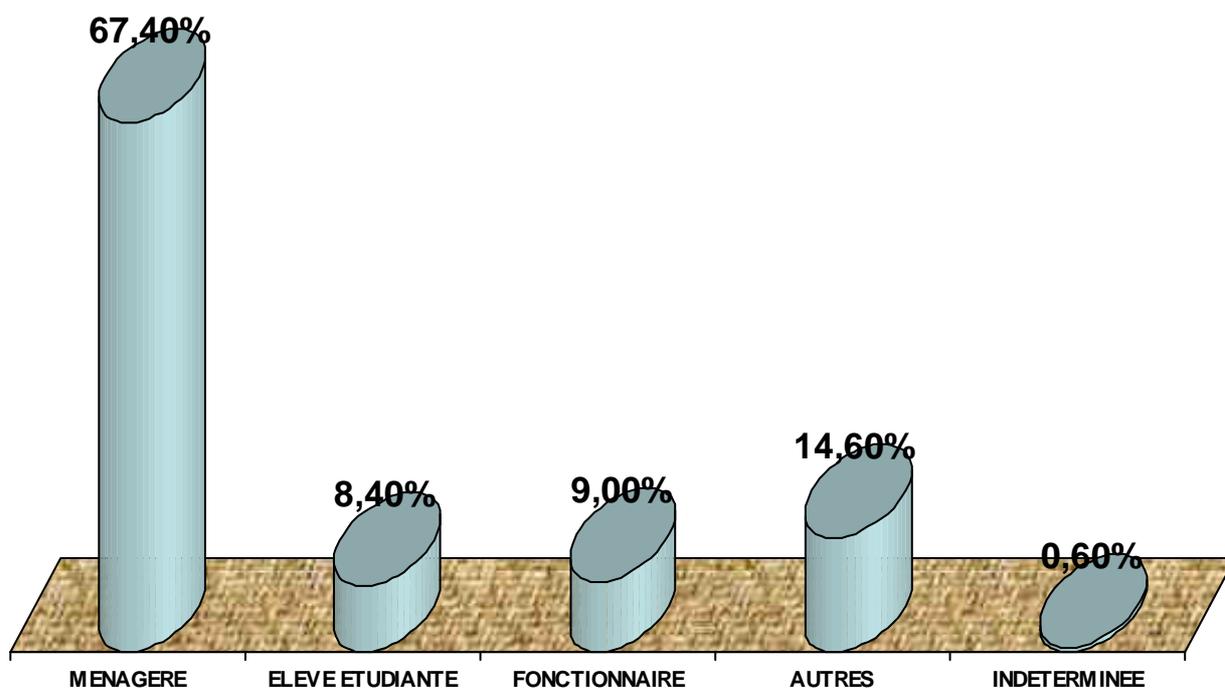
3. Les données de l'examen gynécologique :

3.1 Les données de l'interrogatoire



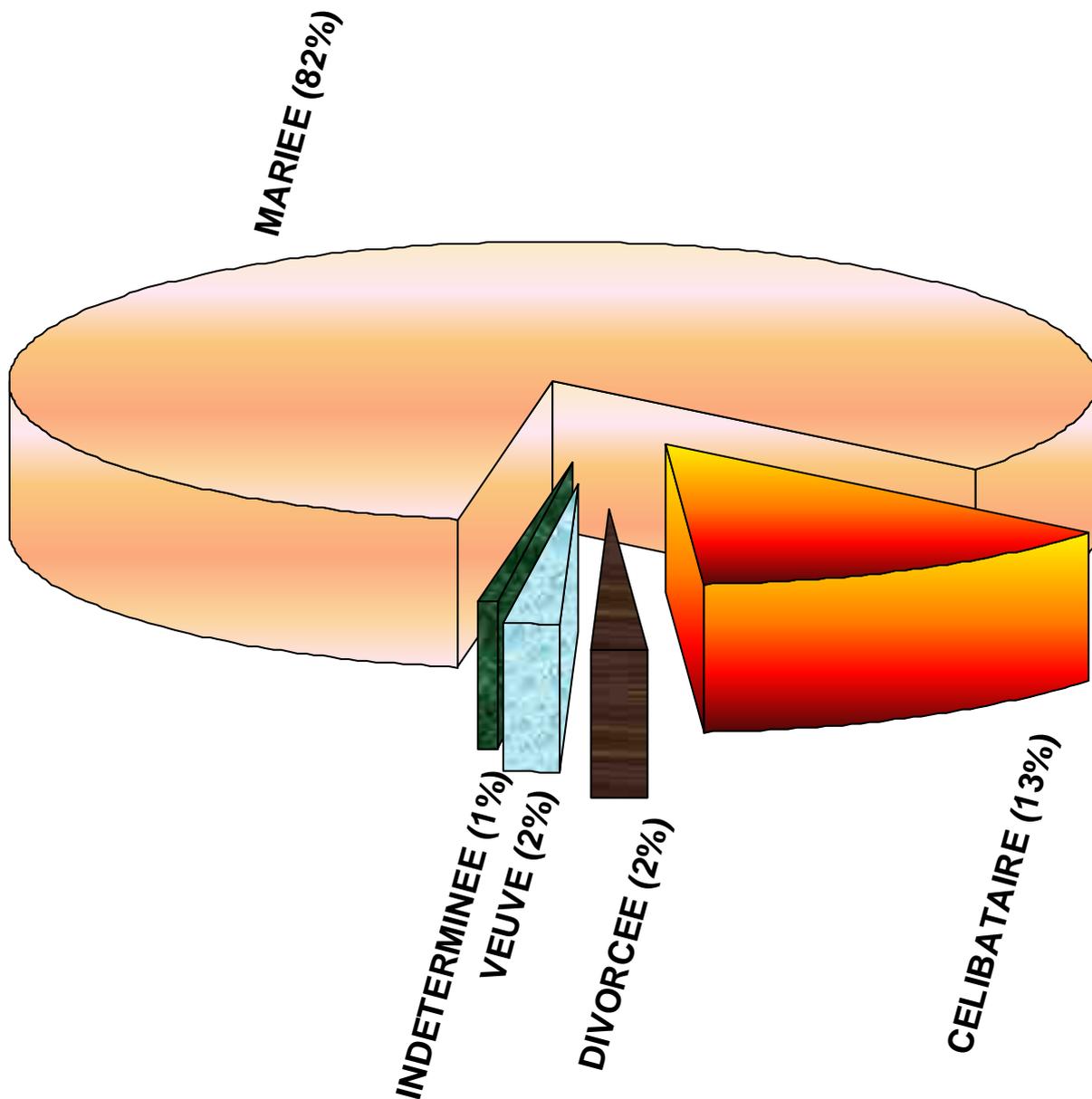
Graphique 2 : Répartition des patientes selon les signes fonctionnels associés aux métrorragies

3.2 Profession :



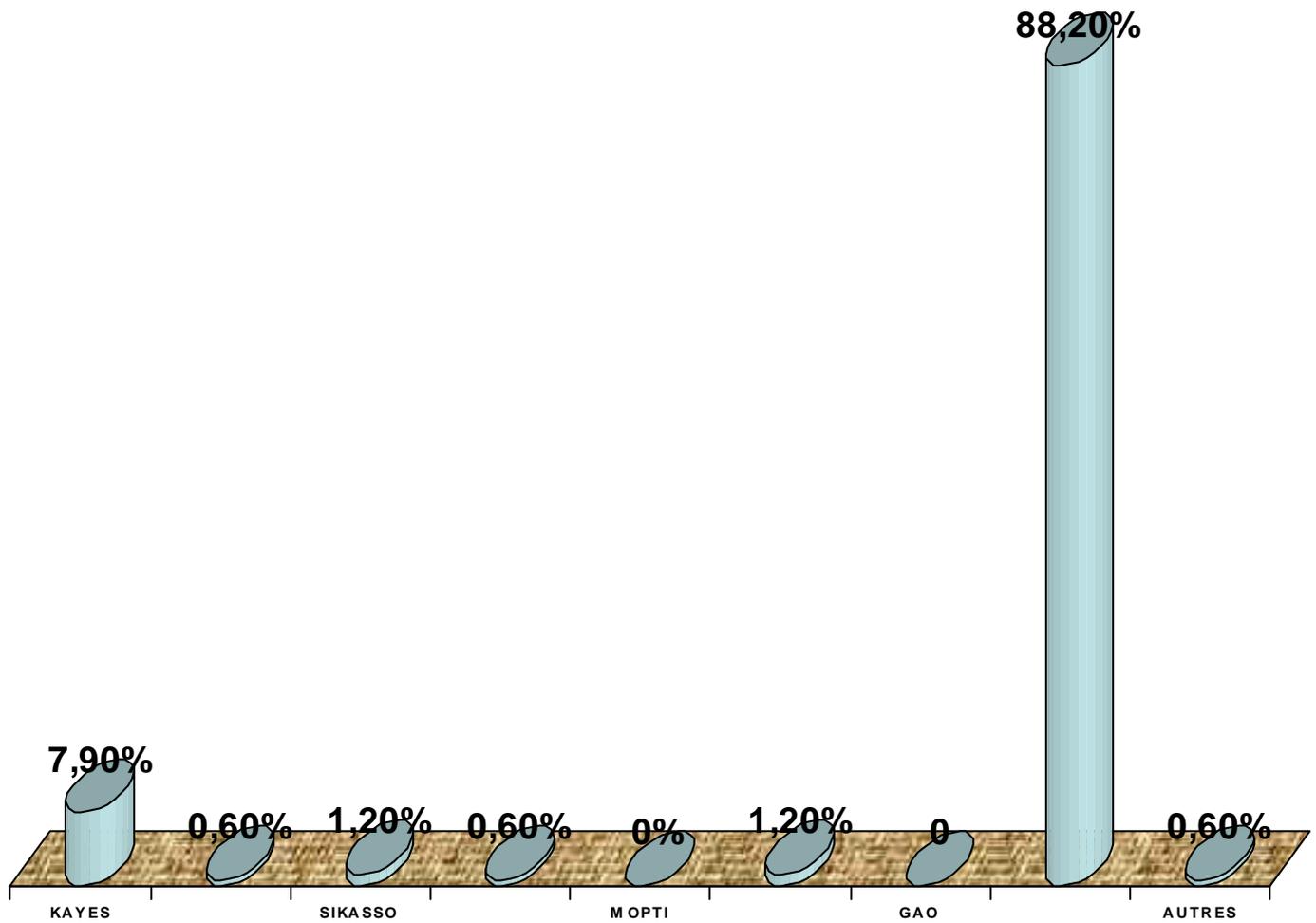
**Graphique 3 : Répartition des patientes selon la profession
Les sans professions ont été les plus représentées avec 67,40%**

3.3 Statut matrimonial :



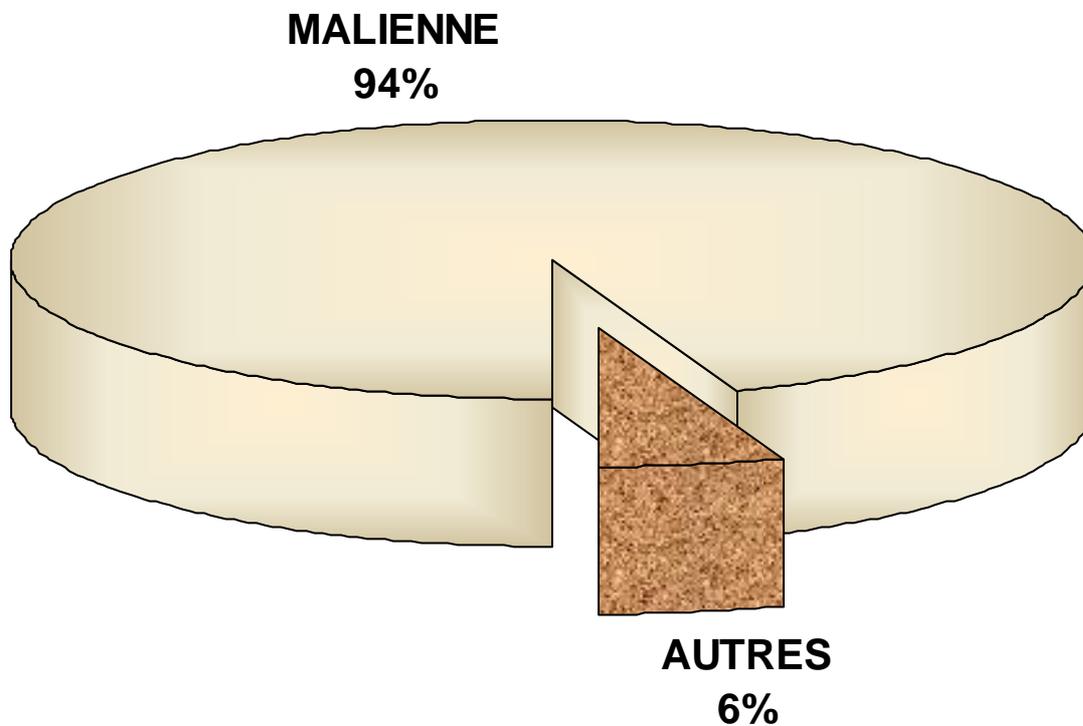
**Graphique 4 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial
Les mariées ont été les plus fréquentes avec 82%**

3.4 La résidence :



Graphique 5 : Répartition des patientes selon la résidence
La plupart de nos patientes sont de Bamako avec 88,20%
N.B : autre [Mauritanienne (eff =1 ; 0,6%)]

3.5 La nationalité :



Graphique 6: Répartition des patientes selon la nationalité

Autres : Ivoirienne : 4(2,25%)

Guinéenne : 2(1,12%)

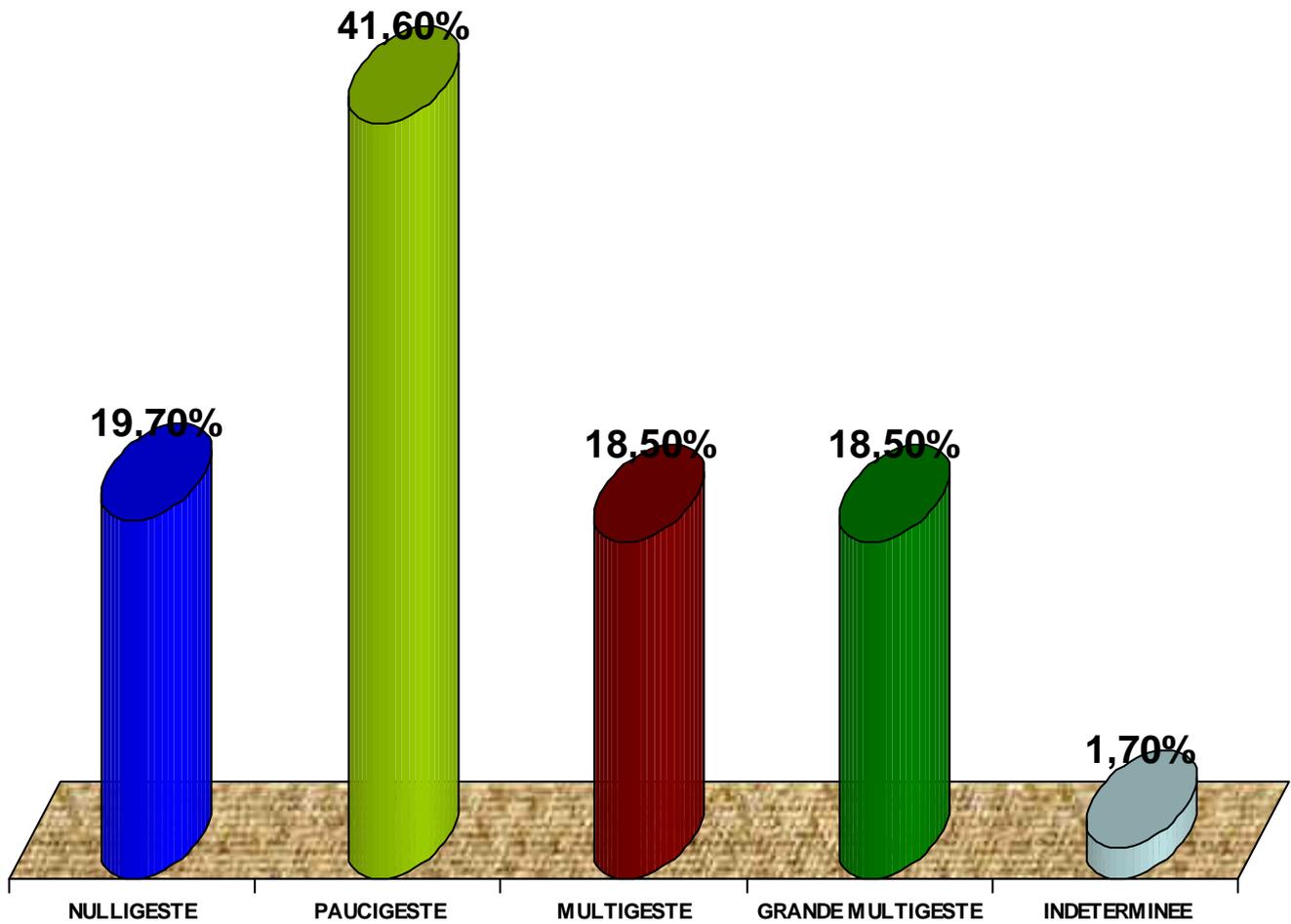
Burkinabé : 2(1,12%)

Béninoise : 1(0,6%)

Mauritanienne : 1(0,6%)

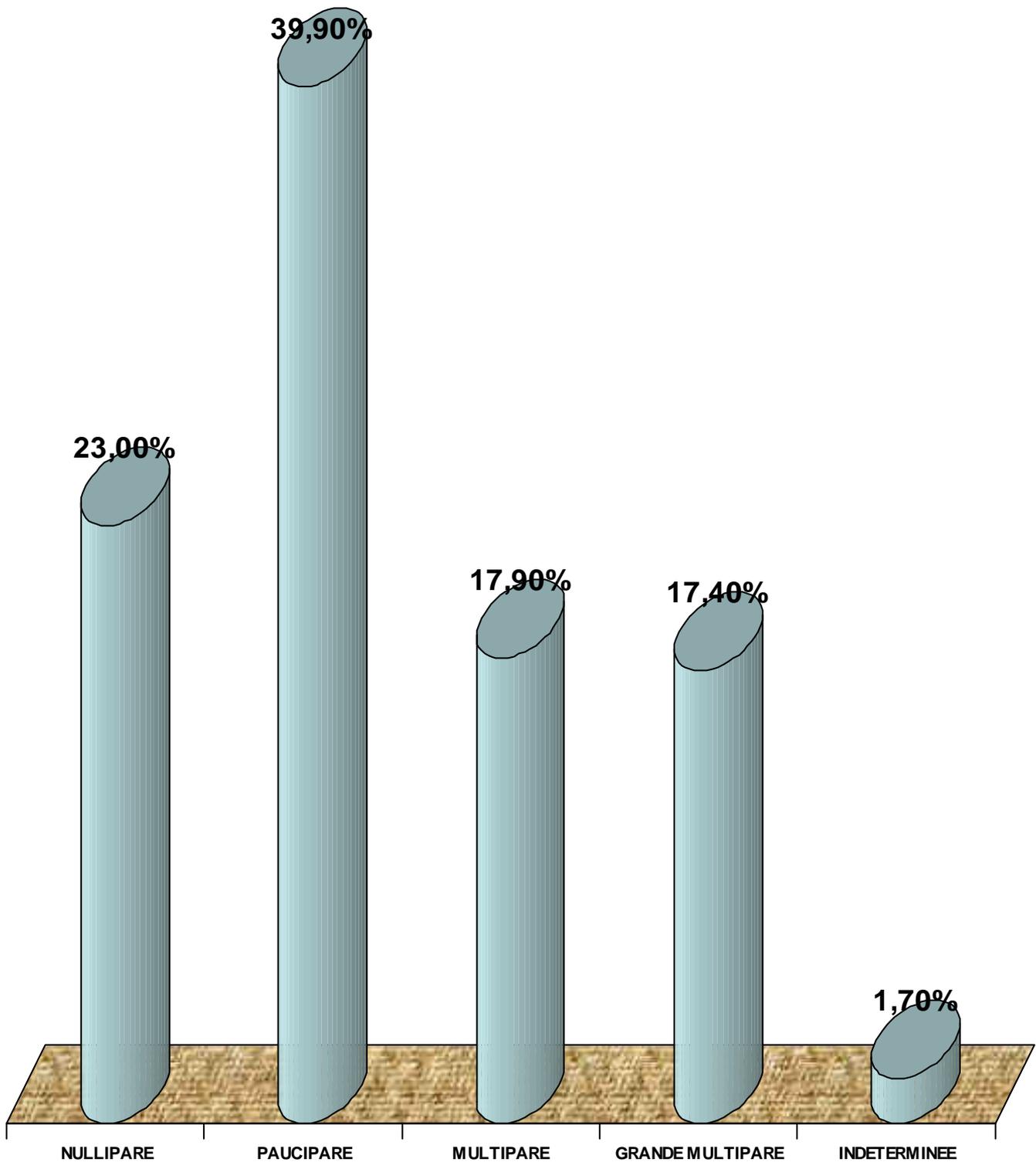
4. Caractéristiques gynéco obstétriques :

4.1 La Gestité :



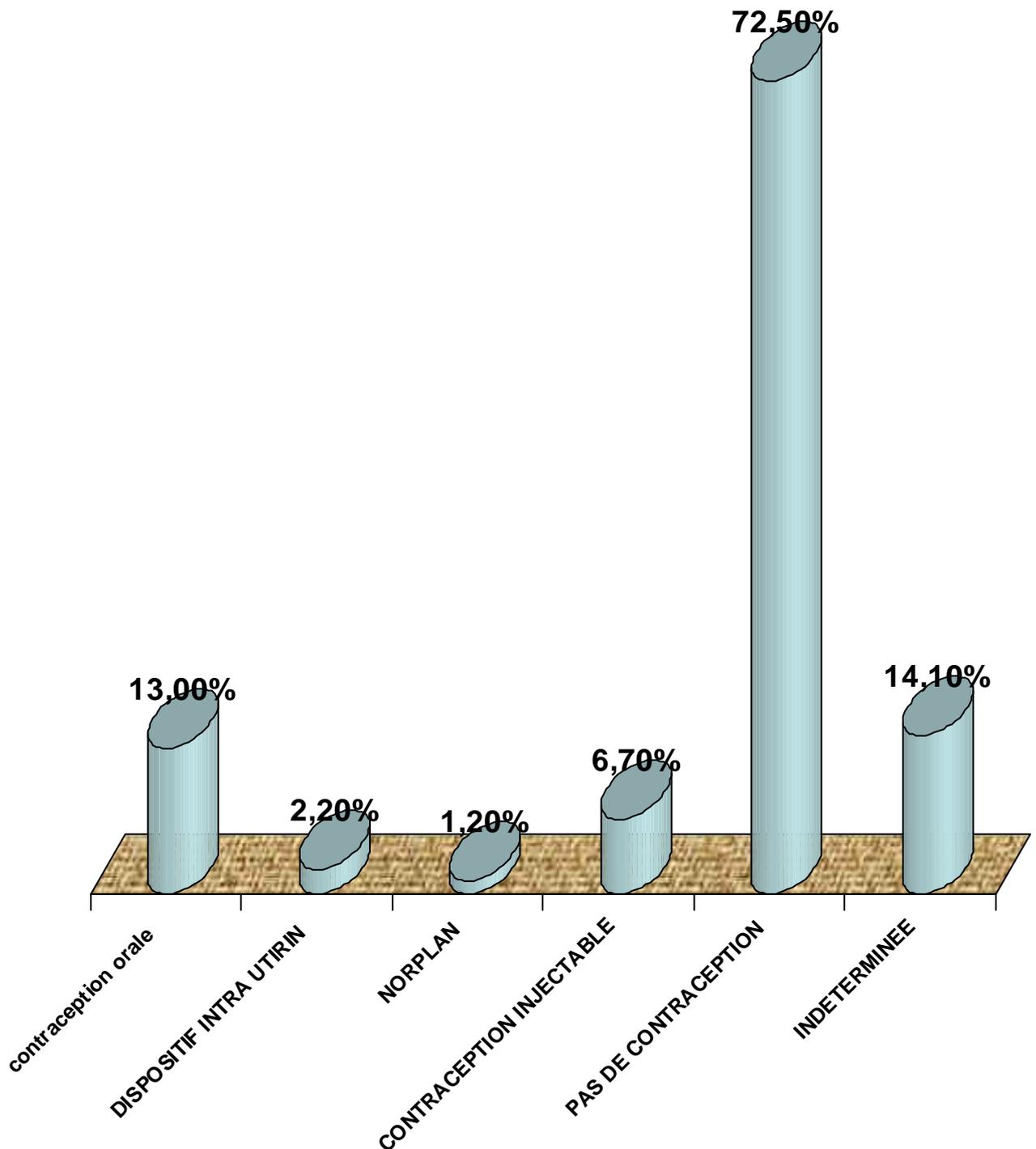
Graphique 7: Répartition des patientes selon la Gestité
Les paucigestes ont été les plus représentées avec 41,60%

4.2 La parité



Graphique 8 : Répartition des patientes selon la parité
Les paucipares ont été les plus fréquentes avec 39,5%

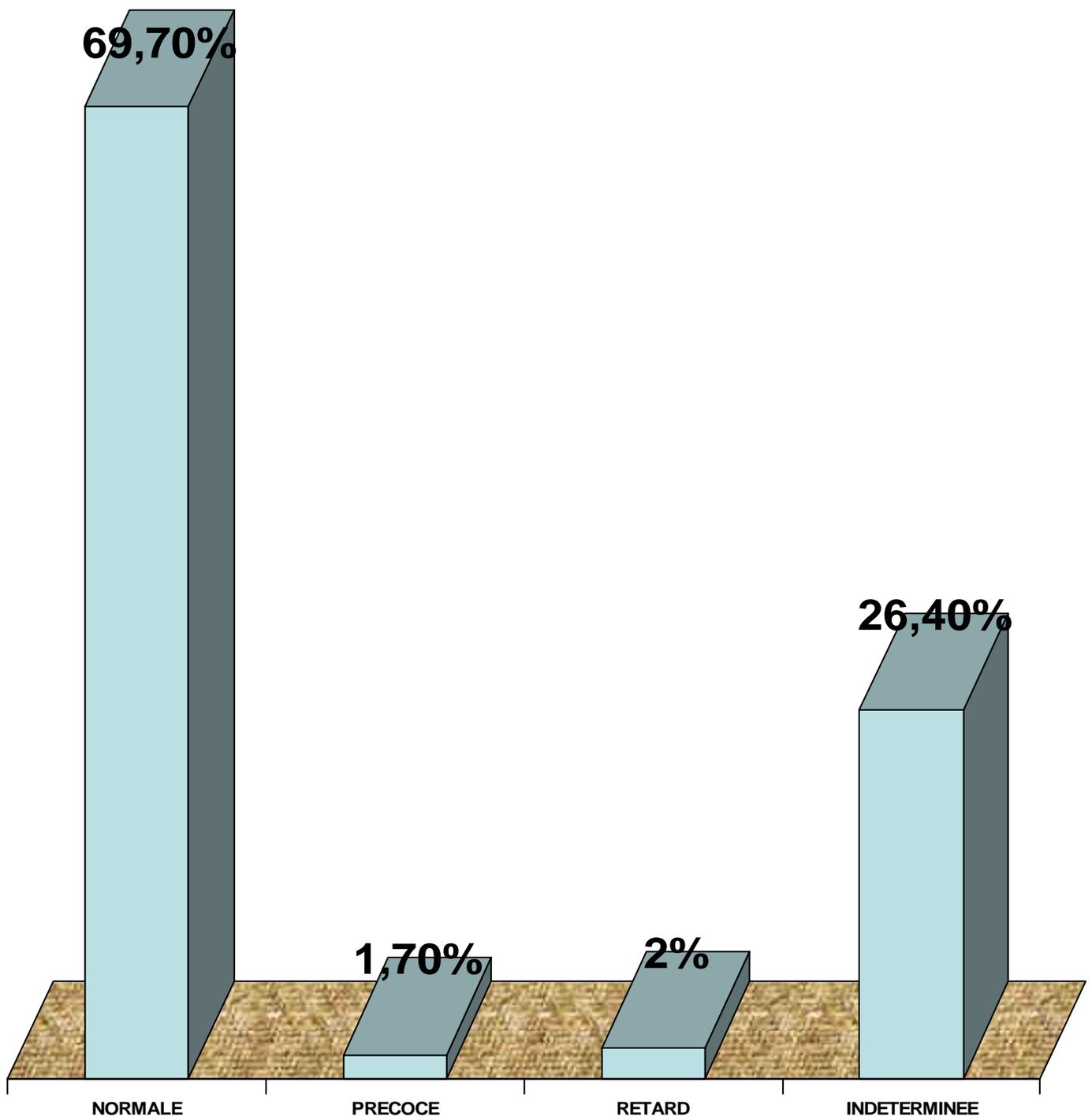
4.3 L'utilisation des contraceptions



Graphique 9 : Répartition des patientes selon les moyens de contraception

La plupart de nos patientes utilisaient la méthode naturelle soit 72,5%

4.4 La survenue de la puberté



Graphique 10 : Répartition des patientes selon la survenue de la puberté

La plupart de nos patientes avaient un âge pubertaire normal soit 69,70%

4.5 La survenue de la ménopause :

Tableau I : Répartition des patientes selon la survenue de la ménopause

Ménopause	Fréquence	Pourcentage
Oui	10	5,6%
Non	165	92,7%
Indéterminée	2	1,1%
Total	178	100

La plupart de nos patientes n'étaient pas ménopausées soit 92,7%

5. Les antécédents médicaux chirurgicaux :

5.1 Antécédents médicaux :

14,6% des patientes avaient un antécédent médical

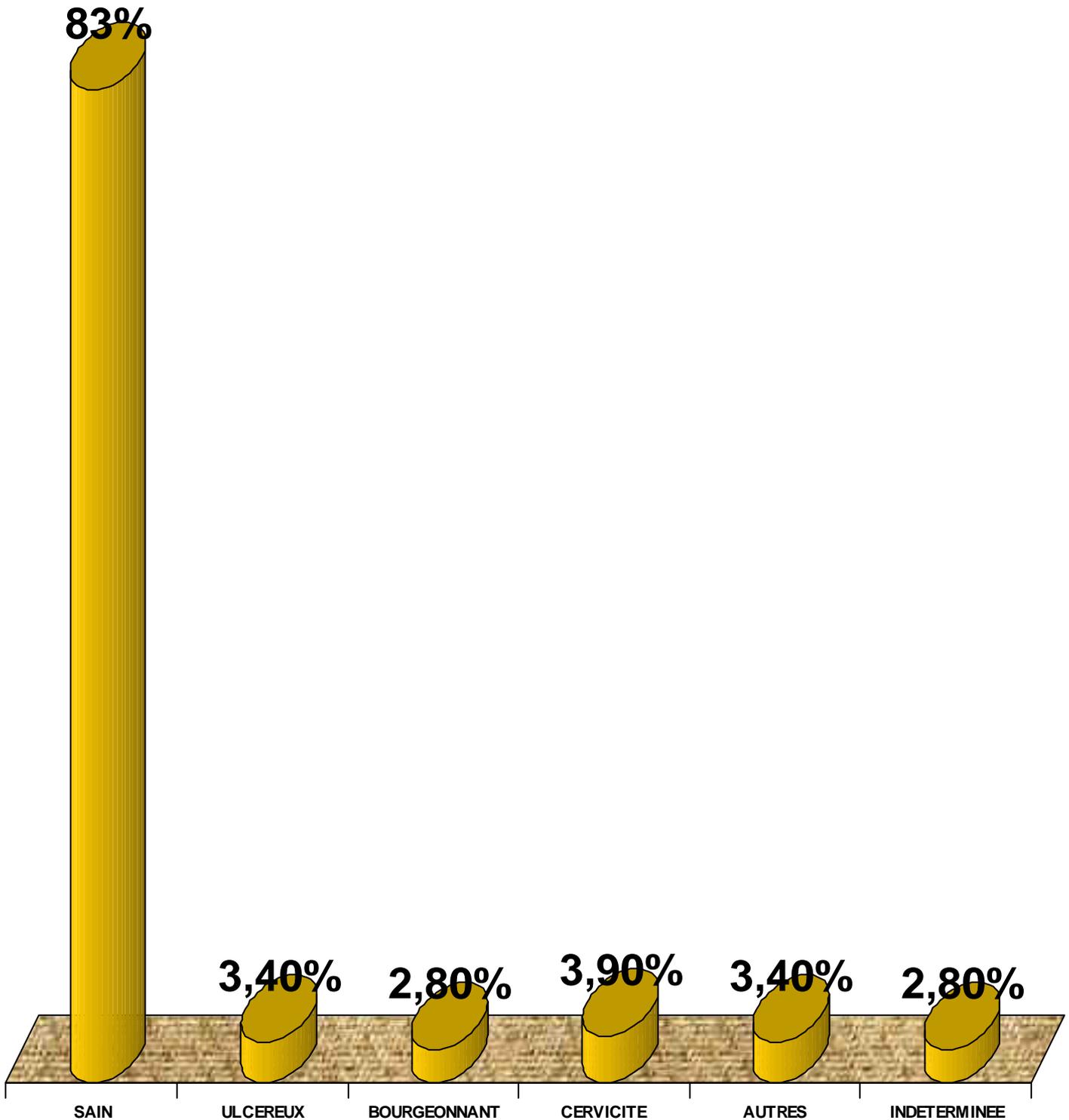
- Obésité : 0,6%
- Hypertension : 11,2%
- Diabète : 2,8%
- L'association hypertension artérielle-diabète : 1,7%
- L'association hypertension artérielle-obésité : 0,6%

5.2 Antécédents chirurgicaux :

14,04% des patientes avaient un antécédent chirurgical

- Appendicectomie : 1,2%
- Césarienne : 4,5%
- Curetage : 0,6%
- Kystéctomie : 0,6%
- Laparotomie : 1,2%
- Myomectomie : 4,5%
- Plastie tubaire : 0,6%
- Ligature résection des trompes : 1,2%

5.3 Données de l'examen physique :

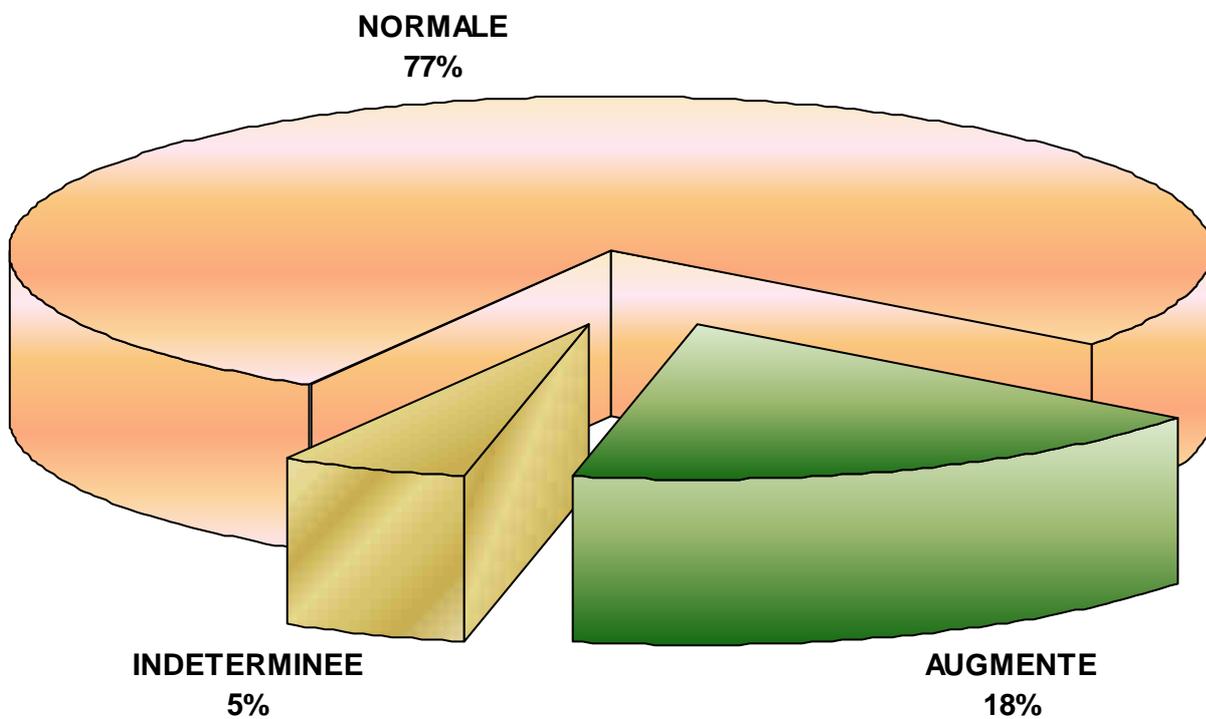


Graphique 11 : Répartition des patients selon l'état du col utérin :

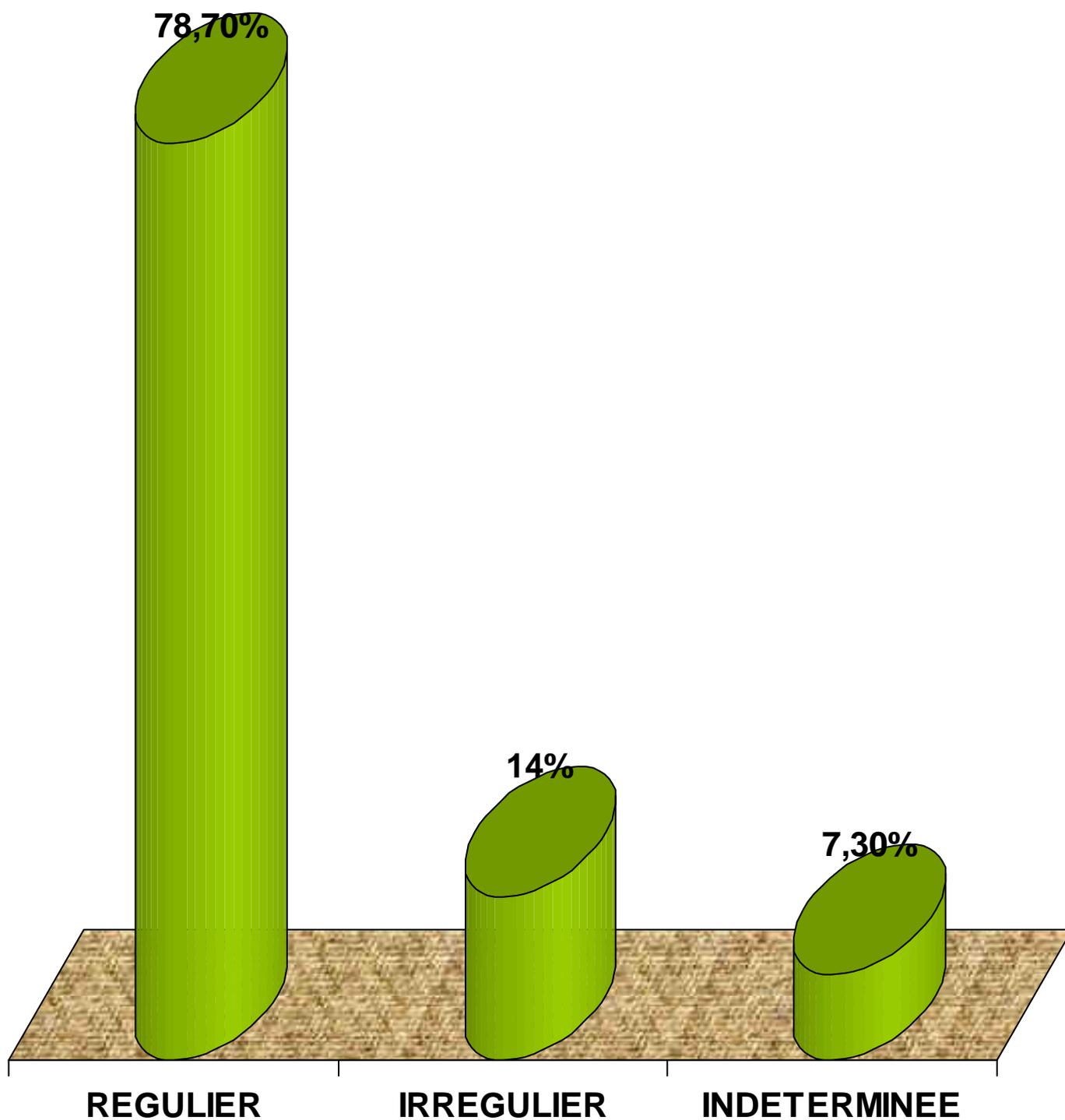
N.B : Autre ;

Vierges : 2,8%

Indisposées : 0,59%

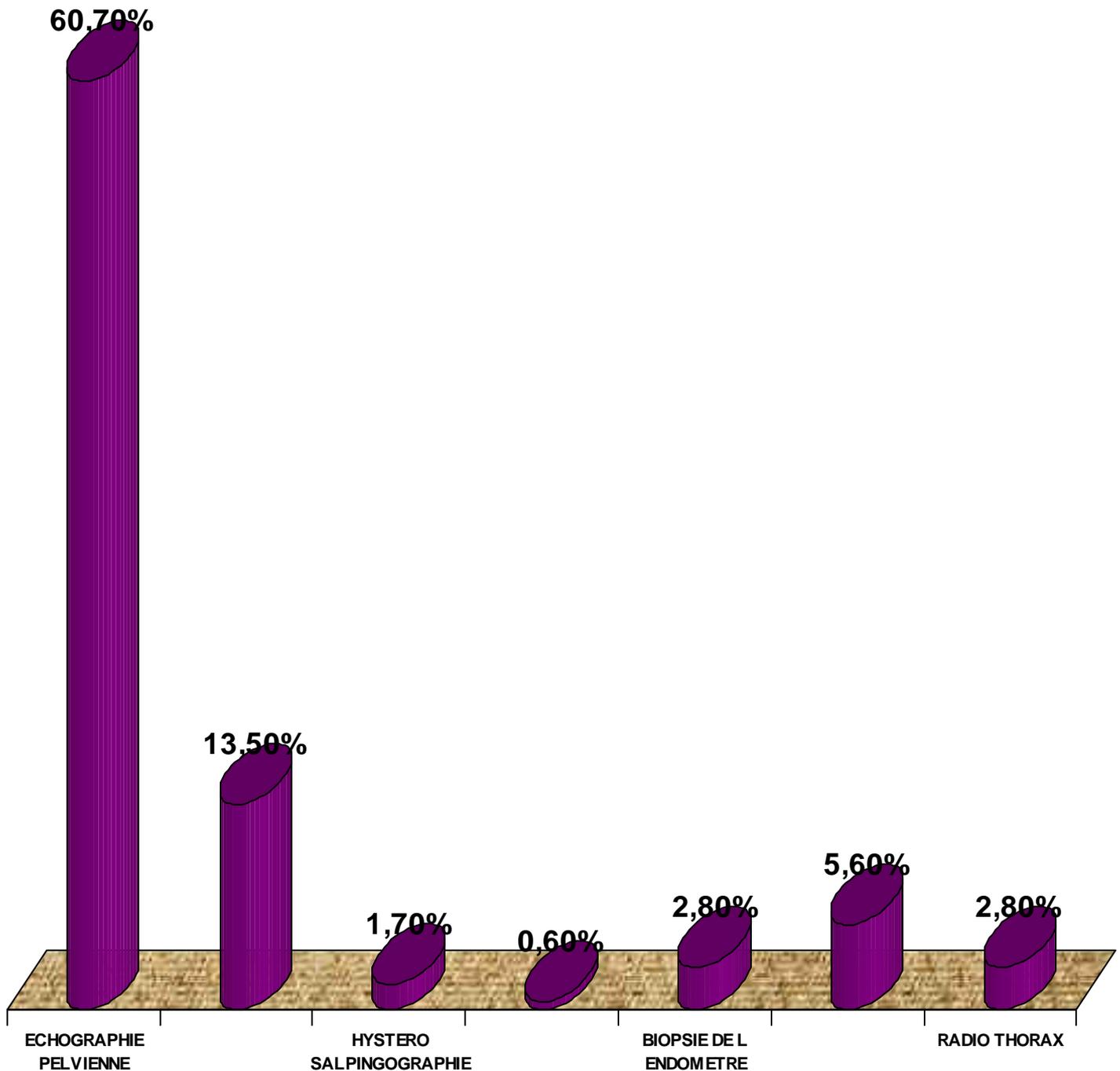


**Graphique 12 : Répartition des patientes selon la taille de l'utérus :
La taille de l'utérus était Normale dans 77% des cas**



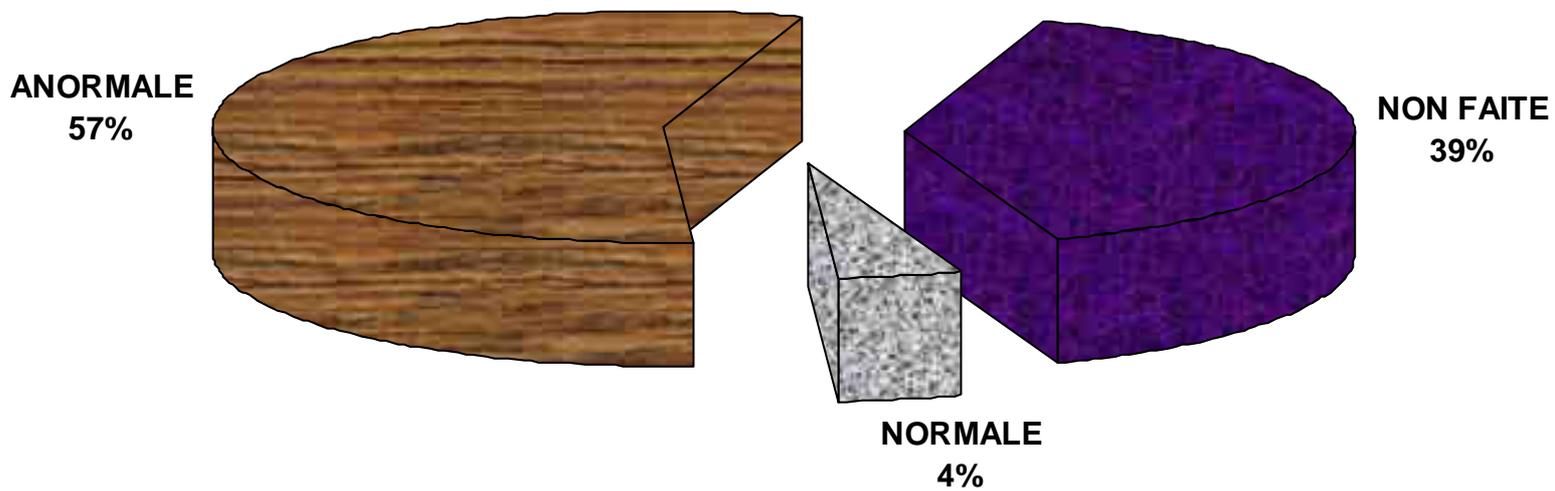
Graphique 13 : Répartition des patientes selon le contour de l'utérus : Le contour de l'utérus était régulier dans 78,70% des cas

-Diagnostic étiologique :



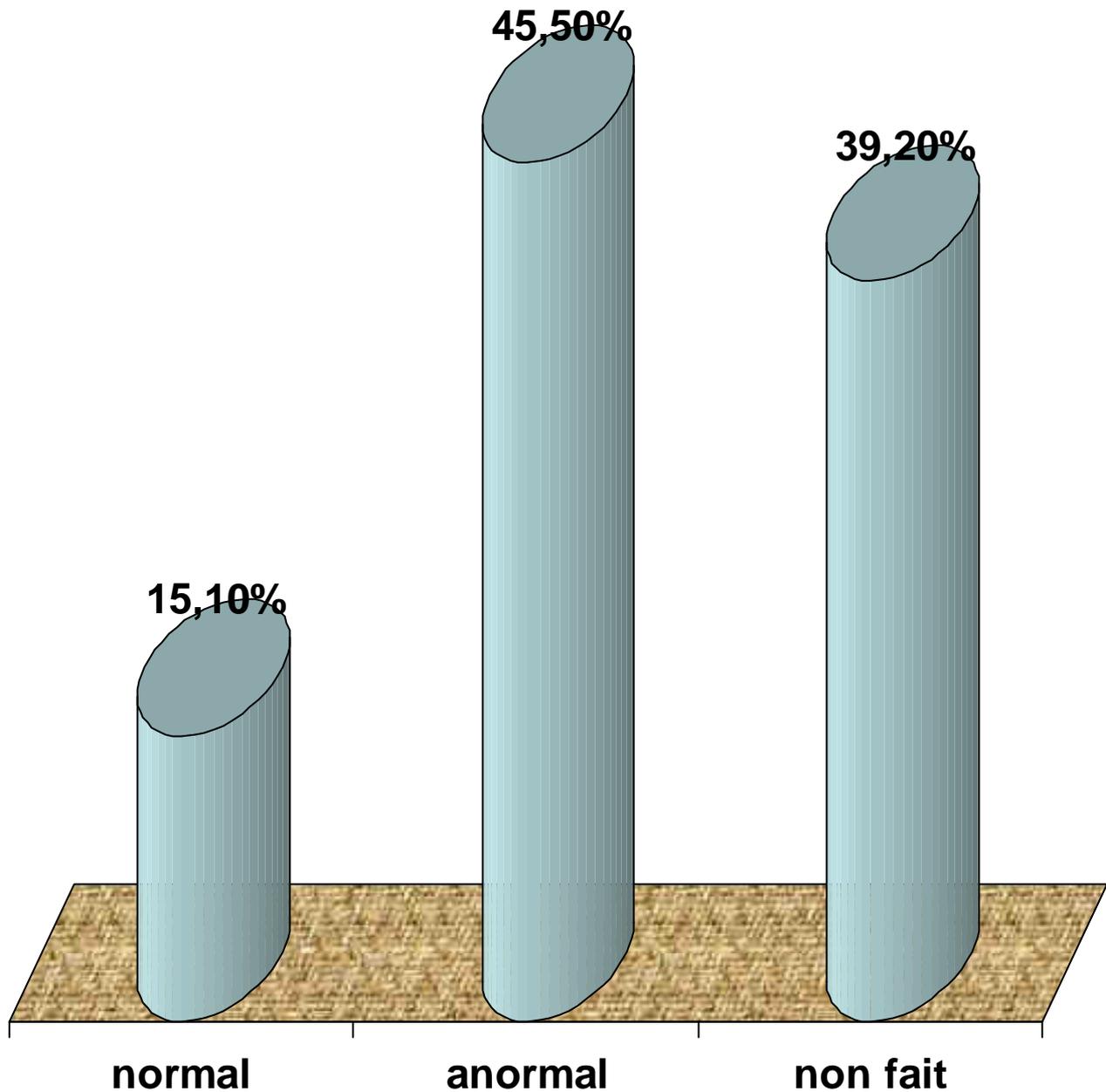
Graphique 14 : Répartition des patientes selon les examens complémentaires effectués
L'échographie pelvienne a été la plus demandée avec 60,7%

6.1 Numération formule sanguine :



Graphique 15 : Répartition des patientes selon les résultats de la NFS
La numération formule sanguine a été faite dans 61% ; dont 4% étaient pathologique

6.2 L'échographie pelvienne :



Graphique 16 : Répartition des patientes selon les résultats de l'échographie pelvienne
L'échographie pelvienne a été demandée dans 60,6% ; 45,10% étaient pathologique

6.3 Les examens anatomopathologiques

6.3.1-La biopsie du col :

Tableau II : Répartition des patientes selon les resultats de la biopsie

La biopsie du col	Fréquence	Pourcentage
Carcinome épidermoïde differencier du col	2	1,2
Adenocarcinome invasif du col	1	0,6
Normale	9	5,1
Non demandée	166	93,7
Total	178	100

6.3.2-La biopsie de l'endomètre :

-Neo de l'endomètre stade IV : 0,6%

-Adénocarcinome indifférencié de l'endomètre : 0,6%

6.3.3-Examen anatomopathologie des pièces opératoires :

-Adénocarcinome : 1,2%

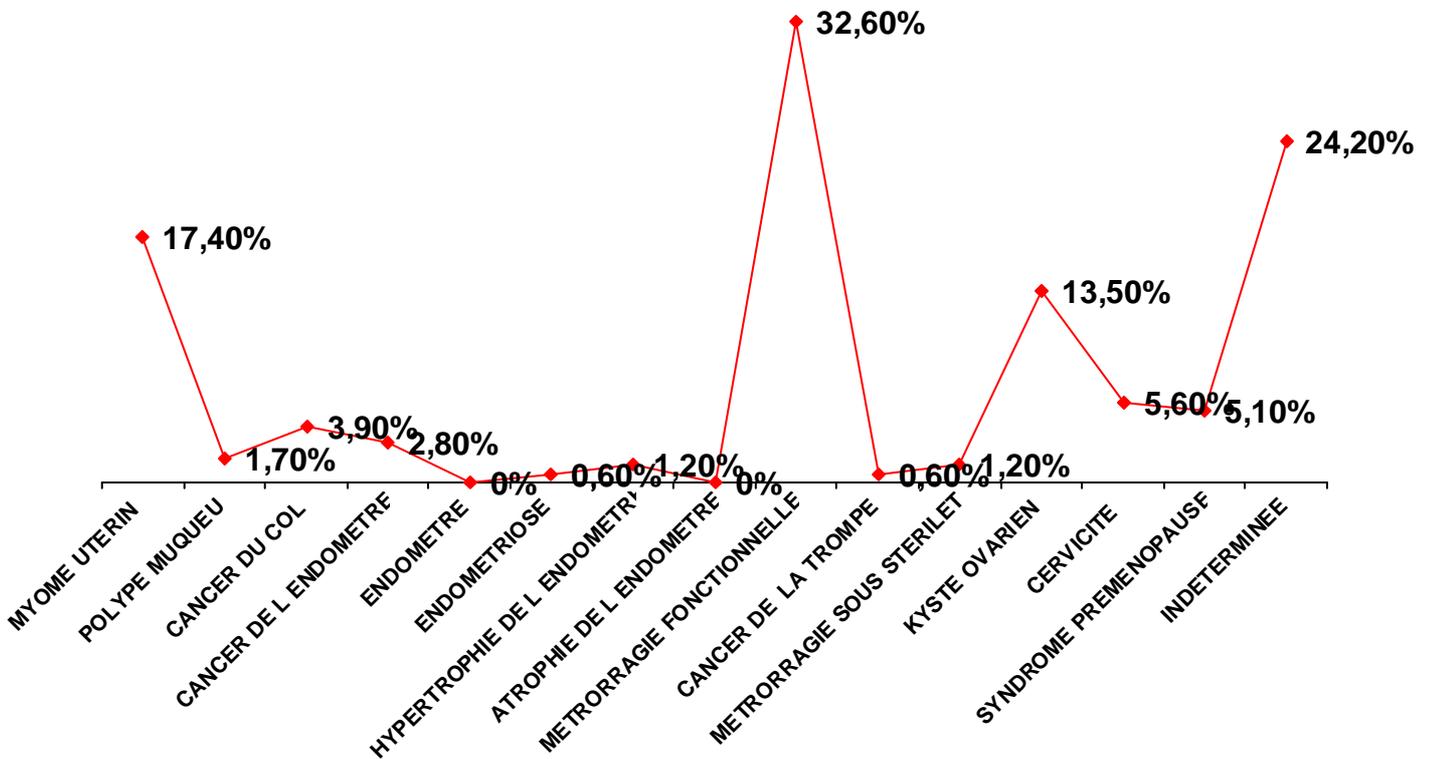
-Carcinome du col utérin : 1,2%

6.4 Prélèvement vaginal :

Lors de notre enquête on a retrouvé un seul prélèvement et le germe retrouvé était chlamydiae trachomatis soit 0 ; 6%

7. Diagnostic étiologique

Répartition des cas selon l'étiologie



Graphique 17 : Répartition des patientes selon l'étiologie

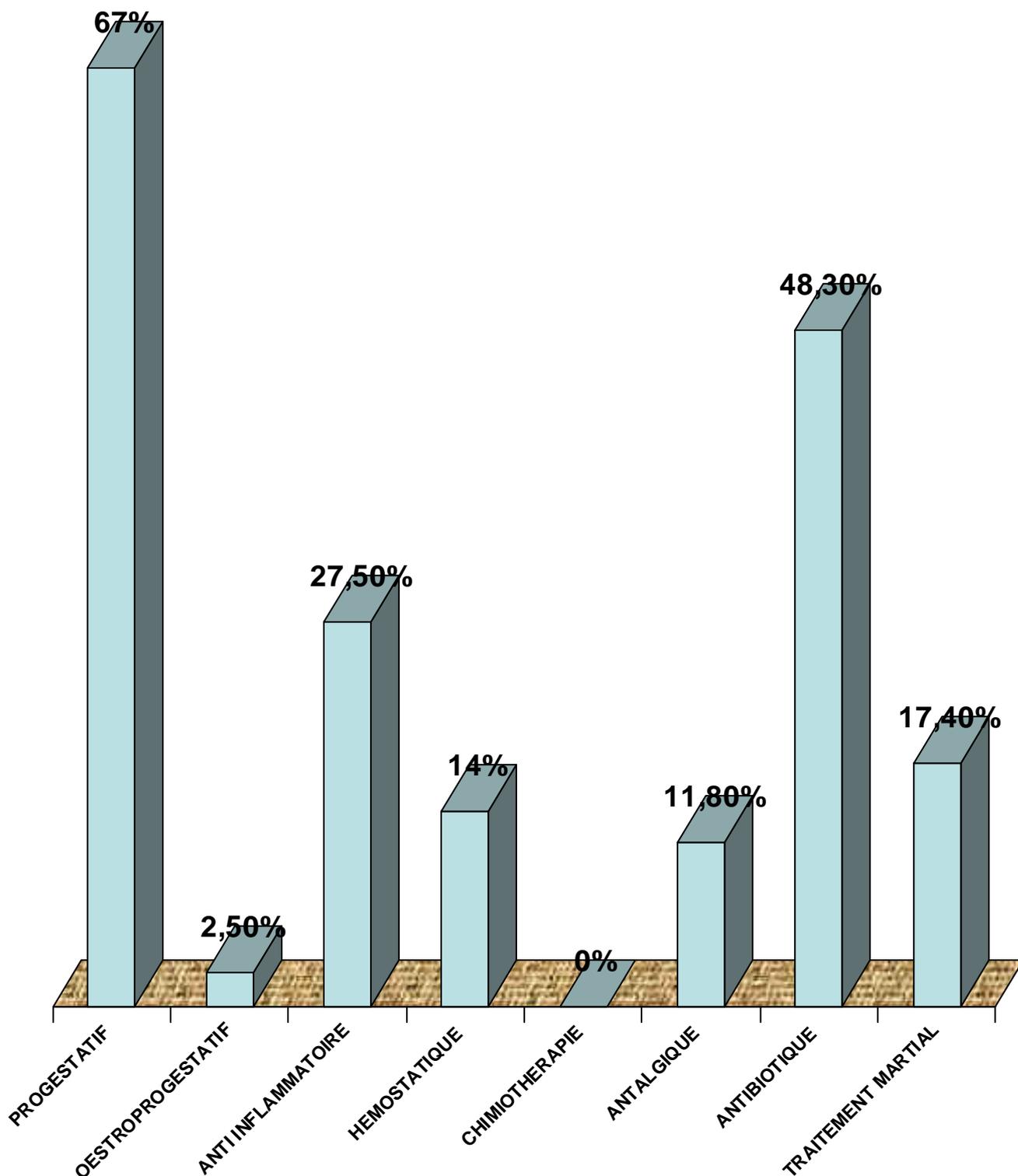
Les métrorragies fonctionnelles ont été les plus représentées avec 32,68

8-Traitement :

✚ Répartition des patientes selon le mode de traitement

❖ Traitement médical : **164** soit **92,13%**

❖ Traitement chirurgical: **14** soit **7,9%**



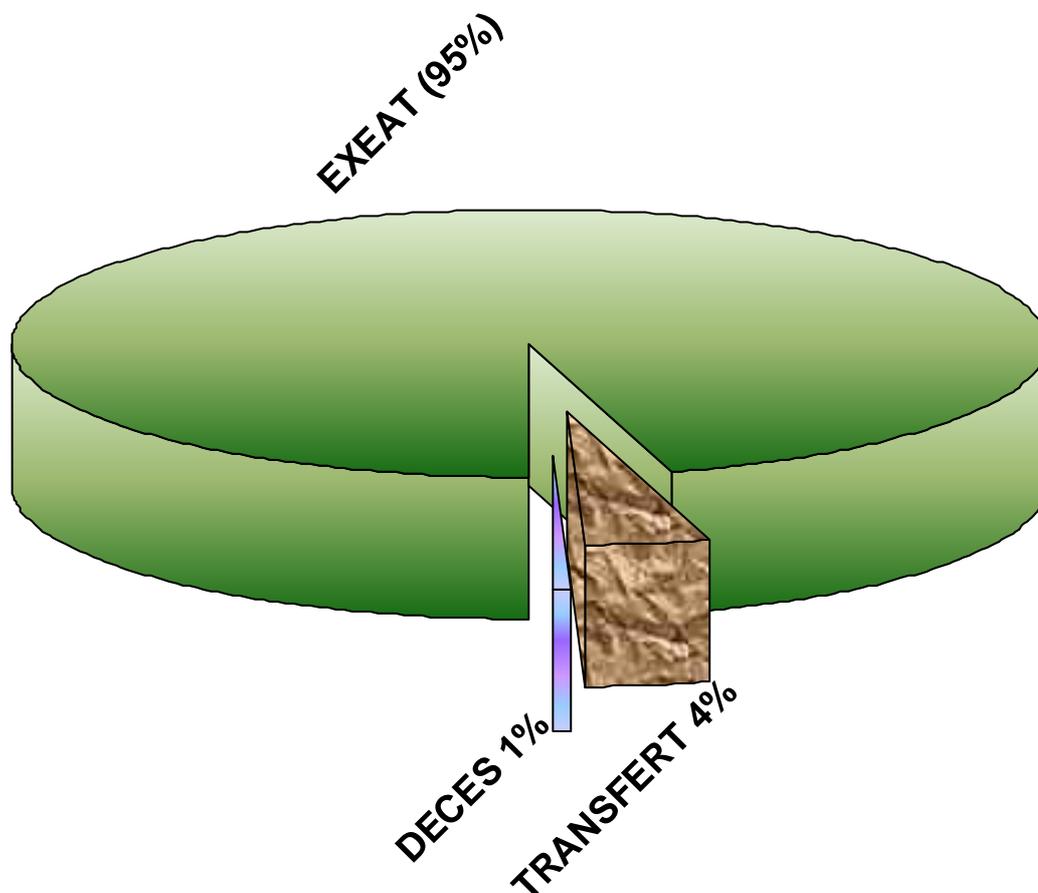
Graphique 18: Répartition des patientes selon les médicaments utilisés

9-Evolution :

Tableau III : Répartition des patientes hospitalisées ou non

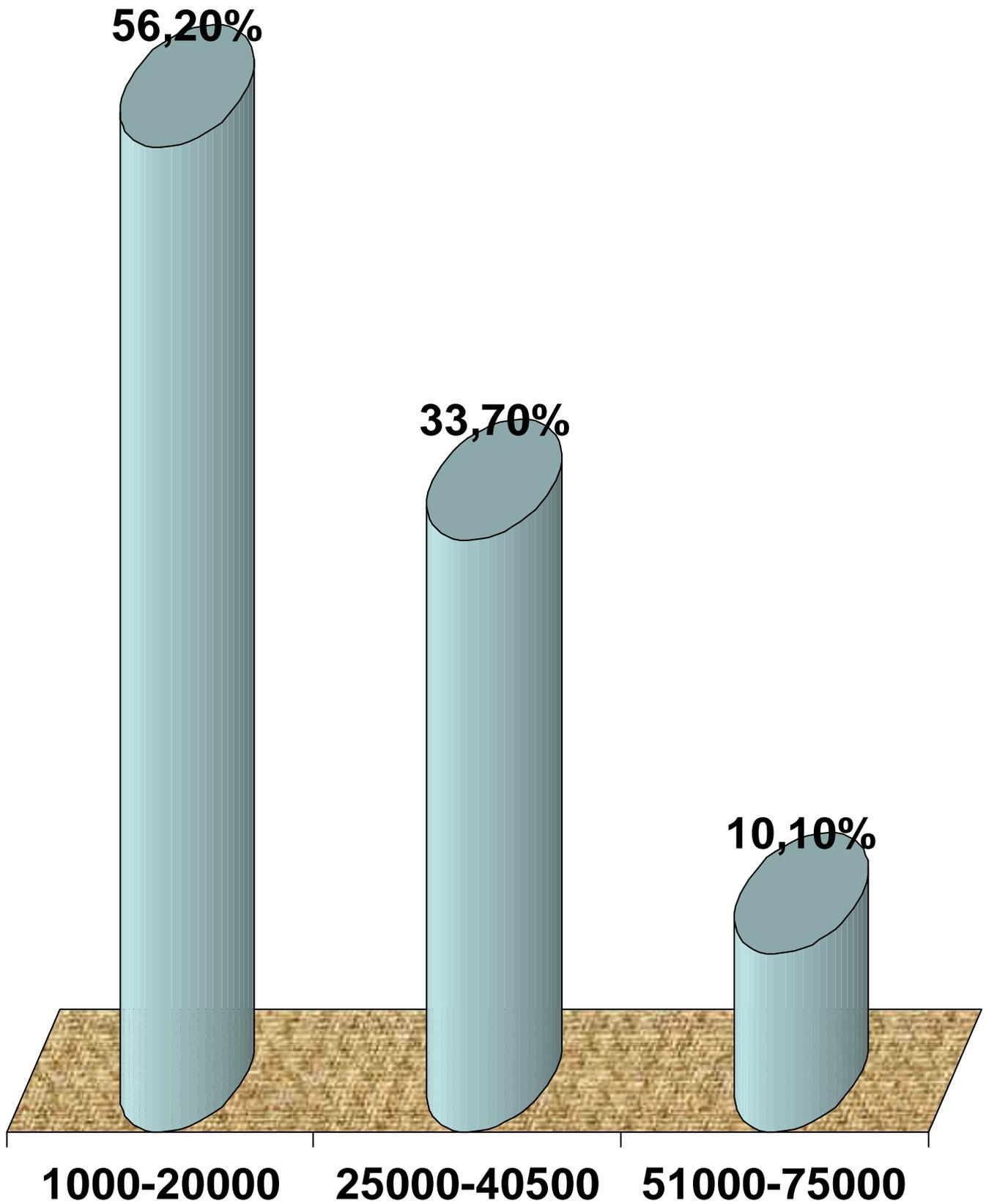
Patientes	Fréquence	Pourcentage
Hospitalisées	16	8,98
Non hospitalisées	162	91,01
Total	178	100

La plupart de nos patientes n'étaient pas hospitalisées soit 91,01%



Graphique 19 : Répartition des patientes selon l'évolution

10. Evaluation du coût de la prise en charge :



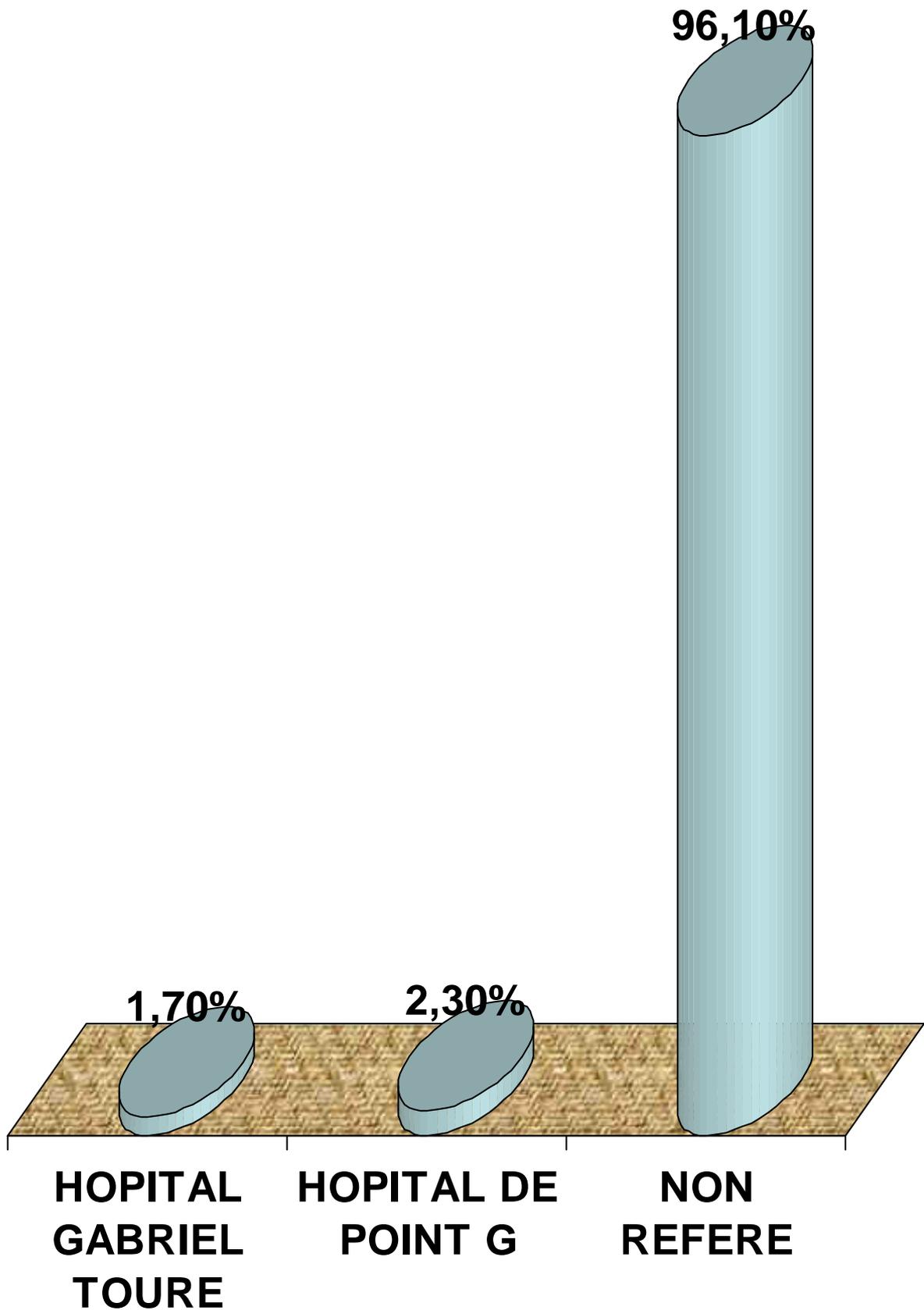
Graphique XX : Evaluation du coût de la prise en charge

11-Etude analytique :

Tableau IV : Relation entre étiologies et l'âge

Age SUR Etiologie	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 plus	Total
Myomes utérins		4	11	11	3			29
Polype muqueux			3					3
Cancer de l'endomètre			1	1		2		4
Endométriose		1	1					2
Hypertrophie de l'endomètre		1		7				8
Métrorragie fonctionnelle	8	27	16	7				58
Cancer de la trompe			1					1
Cancer du col			2	1				3
Total	8	33	35	27	3	2		108

Dans la tranche d'âge 20-29ans ,27% ont fait l'hémorragie fonctionnelle



Graphique XXII : Répartition des patientes référées selon les différentes structures sanitaires

Commentaires et discussions

V COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Méthodologie :

Notre étude est une étude prospective descriptive réalisée du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006 soit 12 mois, et une étude rétrospective réalisée du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005 soit 12 mois.

Le recrutement des malades était constitué de l'ensemble des femmes qui ont consulté dans le service pour quelque motif que ce soit pendant la période de l'étude. Il s'est opéré aux box de consultation gynécologique, de dépistage et d'urgence.

Les examens gynécologiques ont été réalisés par des examinateurs différents, raison pour laquelle certains paramètres de l'examen gynécologique ont été indéterminés c'est-à-dire patiente pour laquelle l'information n'a pu être précisé.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas systématique, seul les cas suspects sont dépistés

2 FREQUENCE

Nous avons étudiés 178 cas de métrorragies non gravidique du premier janvier 2005 au 31 décembre 2006. Au cours de cette période le service a réalisé 3785 consultations externes soit une fréquence relative de 4,7%. Parmi ces patientes 55,6% ont consulté comme seul motif ; tan dis que les autres cas de métrorragies étaient associées a d'autres signes comme les métrorragies ; douleurs pelviennes ; leucorrhées (Graphique 2)

La fréquence des métrorragies non gravidiques varie considérablement dans la littérature compte tenue des différentes méthodologiques des études [26 ; 32 ; 40]

En France elles constituent un million de consultation par an chez le gynécologue ou le généraliste [34]

Au vu des résultats la première cause de métrorragie dans notre service en dehors de la grossesse est la métrorragie fonctionnelle (Graphique 17) .Cette constatation est largement documentée dans la littérature (Vessey ; 1992) et dans 80% des cas on ne retrouvera pas de cause anatomique précise

Le fibrome utérin est la deuxième cause de métrorragie gravidique dans notre service ; qui est reconnue comme particulièrement fréquent dans la race noire [21]

Le cancer du col est la sixième cause de métrorragie non gravidique dans notre service

Les deux pathologies sont l'apanage de la femme en période d'activité génitale

En dehors de cette fréquence globale la fréquence d'une métrorragie varie d'une pathologie à une autre. Les tableaux V ; VI et VII ci-dessous rapportent la prévalence des métrorragies dans différentes pathologies en dehors de la grossesse

Pour les cancers de l'utérus qu'il s'agisse du col ou de l'endomètre ; les prévalences atteignant parfois 100%

Ces taux étaient de 81,1% ; 68,9% et 64,2% respectivement pour Keita et Coll. ; Baeta et Coll ; et Guenoune S et Coll. à Bamako ; Lomé et Dakar

Les métrorragies fonctionnelles sont un motif fréquent de consultation en gynéco-obstétrique dans nos pays ; cependant des fréquences relativement moindres de métrorragies sont observées dans cette pathologie lorsqu'on la compare au cancer du col

Les fréquences observées se situent entre 20,7% et 72,1%(SBM ; Beyeles et Coll. ; Lynne et Coll. aux USA ; Rouzi aux EAU)

Tableau V : prévalence des métrorragies dans les cancers du col selon la littérature

Auteurs	Pays	Année	Pourcentage	Taille de l'échantillon
Viiki [56]	Finlande	1998	95	80
Baeta [6]	Togo	2001	68,87	151
Guenoune	Sénégal	1997	64,2	
Maiga C [40] Mali	Mali	2001	81,8	80
Notre étude	Mali	2006	3,9	178

Tableau VI : prévalence des métrorragies dans le cancer de l'endomètre selon la littérature

Auteurs	Pays	Année	Pourcentage	Taille de l'échantillon
Pautier (47)	France	2001	80-90	
Meye (43)	Gabon	1998	100	34
Benneni (9)	Maroc	1997	100	25
Lansac (38)	France	1994	100	
Maiga C(40	Mali	2002		
Notre étude	Mali	2006	2,8	178

Tableau VII : Prévalence des métrorragies dans les fibromes selon la littérature

Auteur	Pays	Année	Pourcentage	Taille de l'échantillon
Beyeles (54)	Sénégal	1998	72,1	140
Lansac (38)	France	1994	10	
Rouzi (53)	Soudiq Arabia	2001	20,7	111

Diarra A (18)	Mali	2004	39	100
Notre étude	Mali	2006	17,4	178

3 Caractéristiques socio-démographiques

Nos patientes sont pour la plupart des ménagères (67,4%) avaient un âge variant entre 14 et 87 ans. La moyenne ayant été 42% ans, cette tendance est observée chez Maiga C [40] qui trouve des extrêmes de 14 et 81 ans.

Notre moyenne d'âge est proche de celle de Maiga C [40] 40,9%

Maiga C [40] et Keuko K.S [34] ont rapporté respectivement 60% et 70% de ménagère dans leur étude

Le taux élevé de ménagère dans les séries africaines en générale et Malienne en particulier s'explique par le fait que la plupart de nos populations sont sans activité

Les paucigèstes ont été les plus représentées avec 41,6% des cas alors que les nulligèstes n'en ont représenté que (19,7%)

A l'image des paucigèstes les paucipares ont été les plus nombreuses (39,9%) Maiga C [40] rapporte des taux inférieurs de nos avec 31,7% de paucigèstes et 31,3% des paucipares

Soixante neuf virgule Sept pourcent (69,7%) ont eu une puberté normale et 11,2% d'entre elles étaient ménopausées.

Le retard pubertaire et puberté précoce n'ont représenté respectivement 2,2% et 1,7%

Nous avons enregistré 14,6% d'antécédent Médical, taux proche à ceux de Maiga C [40] qui rapporte 23,6%. Nos antécédents étaient constitués dans la majorité de l'hypertension artérielle 11,2% ; associé au diabète dans 1,7% des cas, ces taux sont proche de ceux de Maiga C [40] qui rapporte 14,1% d'hypertension artérielle, associé au diabète (1,4%)

Dans notre série 14,04% ont présenté un antécédent chirurgical. L'acte chirurgical le plus retrouvé, est la myomectomie et la césarienne qui sont chacune 4,5%.

La laparotomie et l'appendicectomie ont représenté chacune 2%

4 Les examens complémentaires

La numération formule sanguine a été demandée chez 61% des patientes, elle a été nécessaire pour évaluer la répercussion des saignements sur l'état des patientes.

Elle a révélé une anémie chez 4% des patientes, Maiga C [40] a rapporté des taux supérieurs à notre avec 66% de numération formule sanguine demandée et 43,7% de patientes anémiées. Cette anémie est l'apanage des métrorragies quelle que soit la pathologie en cause.

Le frottis cervicovaginal n'a fait l'objet de 0,6% des demandes d'examen, alors que l'unanimité est faite sur sa systématisation lors d'un bilan gynécologique annuel chez toute femme en activité génitale

Maiga C [40] confirme cette absence de demande systématique de frottis cervico-vaginal en rapportant 3,5% des demandes d'examen

L'hystérosalpingographie, et le prélèvement vaginal ont fait respectivement l'objet de 1,7% ; 0,6% des demandes d'examen. Le germe retrouvé dans le prélèvement vaginal effectué a été candida albican avec 0,6%

Soixante virgule sept pourcent (60,7%) de nos patientes ont bénéficié de l'examen échographique ; 45,5% ont été pathologique, Maiga C [40] rapporte un taux (56%) inférieur au notre dont 42,6% Pathologiques. En effet toutes les échographies qui ont été réalisées sur nos patientes, ont été par voie abdominale et pelvienne. Actuellement toutes les publications rapportent la supériorité diagnostique de la voie vaginale par rapport à la voie abdominale classique pour les pathologies pelviennes [11 ; 31 ; 41] Bernard J.P et collaborateurs [11] ont montré une sensibilité de 96,4% Plusieurs pathologies ont été noté, dominé par les métrorragies fonctionnelles 32,6% ; fibrome utérin 17,4% ; et le cancer du col de utérus (3,9%)

Le fibrome utérin et le cancer du col de l'utérus ont été surtout rencontrés chez les patientes ménopausées

Dans la série de Maiga C [40] le fibrome utérin constitue comme dans notre étude la deuxième cause de métrorragies en dehors de la grossesse.

La fréquence des métrorragies dans les pathologies fibromateuses est relativement moindre lorsqu'on la compare au cancer du col de l'utérus.

Pour le cancer de l'utérus, qu'il s'agisse du cancer du col ou de l'endomètre, les métrorragies constituent un motif très fréquent de consultation avec des prévalence atteignant parfois 100% [9 ;38 ;43]

La biopsie du col a été effectuée chez 7,3% des patientes ; contre 26,4% rapporté par Maiga C [40]. Les carcinomes épidermoïdes ont représenté 1,2% des lésions histologiques. Ce taux est inférieur à celui de Baeta et coll [6] au Togo et celui de Maiga C [40] qui ont trouvé respectivement 88,08% et 42,3% des carcinomes épidermoïdes.

Certains facteurs ont également été noté, il s'agit entre autre de l'utilisation des contraceptifs (27,5%). Il s'agit essentiellement d'oestroprogestatif (12,9%) ; de progestérone injectable 6,7% ; du dispositif intra-utérin (2,2%) et les implants sous cutanés de Lévonorgestrol (1,1%). Pour les œstroprogestatifs il s'agit d'associations non physiologiques de progestatifs et d'œstrogène administrés conjointement et non de manière séquentielle

Les hémorragies surviennent chez certaines femmes et dans des conditions mal définies, mais elles paraissent habituellement provoquées par des dilatations capillaires localisées dans un endomètre particulièrement [8].

En effet le contraceptif, les progestérones injectables et le stérilet surtout en cuivre sont des motifs fréquents de consultation de métrorragies [38] . Le diagnostic des métrorragies fonctionnelles a été retenu par élimination ou après un traitement d'épreuve, car des dosages hormonaux pour établir ce diagnostic ne sont pas disponibles dans nos laboratoires.

Le délai de survenue de la puberté n'a pas été un facteur déterminant dans la survenue de métrorragies dans notre étude car plus de la moitié avaient une puberté normale.

Les métrorragies post-ménopausiques ont été notées dans 5,6% des cas de notre étude, aucune des femmes n'a eu recours au traitement hormonal substitutif (THS). Cette tendance est observée chez Maiga C [40] (23%).

Le cancer de l'endomètre a été noté dans 1,2% des cas chez nos femmes ménopausées ; inférieur à ceux rapportés par Girard [26], Maiga C [40]; Kassambara K [32] qui ont noté respectivement 8 à 20% ; 10,7% et 40%. D'autres pathologies telles que les cervicites comme le montre le Graphique 17, ont également été notées. Fait révélé dans la série de Karlson B [31]

Les histologiques retrouvées à la biopsie de l'endomètre ont été l'adénocarcinome 1,7%

Seulement 1,7% des patientes ont fait cette biopsie de l'endomètre ; Maiga C [40] confirme notre donnée en rapportant aussi une faible fréquence de demande de biopsie de l'endomètre 3,2% ; alors que les auteurs sont inanimés sur sa nécessité devant des saignements surtout post-ménopausique.

Meye [43] au Gabon a eu comme lésion histologique 81,3% d'adénocarcinome endométrial. Pautier [47] en France a eu 80% d'adénocarcinome endométrial

Un virgule sept pourcent (1,7%) des pièces opératoires ont fait l'objet d'un examen anatomopathologique. Il a permis de trouver 1,2% d'adénocarcinome ; 1,2% du carcinome du col utérin ; malheureusement dans notre étude on a pas trouvé de ganglion métastatique ; alors que la nature histologique des ganglions est importante dans la prise en charge des patientes ayant un cancer de l'utérus. Elle est en plus un facteur de pronostic [47].

Dans notre série de traitement médical a présenté 92,13%, contre 7,9% de traitement chirurgical associé au traitement médical. Maiga C [40] a rapporté 51,4% de traitement médical inférieur à notre taux, contre 48,6% de traitement chirurgical.

L'hormonothérapie à base de progestatif a été le traitement plus spécifique et 68,5% des patientes traitées médicalement ont bénéficié de ces hormones

Maiga C [40] rapporte l'hormonothérapie à base de progestatif comme le traitement médical le plus utilisé avec 49,9%.

La littérature est unanime sur l'utilisation des progestatifs dans le traitement médical des métrorragies non gravidiques.

En effet Jourdain et Coll [30] trouvent qu'ils sont largement utilisés dans les métrorragies en rapport avec un utérus fibromateuse

Le dérivé de la 19 Nortestosterone (primolut-nor) ; ont été l'hormone le plus utilisé dans notre service. L'étude de Maiga C [40] rapport le même traitement hormonal en première intention. Le dérivé de la 19 Nortestostérone est certes un puissant produit ; mais son utilisation doit être limitée par les effets androgéniques et métaboliques.

La littérature donne la priorité à l'utilisation des dérivés de la 19 Norpregnane qui sont plus anti-œstrogéniques ; non reconnus par le récepteur des androgènes et ils n'ont pas d'effets secondaires métaboliques [27]

Un virgule deux pourcent (1,2%) de méthode chirurgicale a été l'hystérectomie totale par voie abdominale. Elle était associée parfois à une annexectomie bilatérale.

La myomectomie a représenté 7,9%. Notre taux est inférieur à celui de Maiga C[40] qui a rapporté comme méthode chirurgicale la plus utilisée, hystérectomie totale par voie abdominale avec 29,2% pour le traitement chirurgical de myomes utérins ; la myomectomie et hystérectomie totale ont

été indiquée . Tous les cas de cancers du col de l'utérus de l'endomètres ont été référés , soit à l'hôpital Gabriel Touré, soit l'hôpital du point G . Ces différences indications sont conformes aux études de la littérature [12 ; 18 ; 26 ; 35 ; 38 ; 44]

On n'a pas eu d'état de choc ou de collapsus dus aux métrorragies.

Les complications ont été pour la plupart post opératoire liée à l'hémorragie avec 2,2%, par contre les complications per-opératoires ne représentent que 0%

Notre taux est inférieur à celui de Maiga C [40] qui rapporte 11,6% de complications per opératoires et 20,2% de complications de post opératoires

Nous avons déploré un cas de décès par cancer du col de l'utérus stade IV

Le coût financier a pu être évalué chez 100% des patientes de l'échantillon, avec un coût moyen de vingt six mille cinq cent francs.

Le coût de la prise en charge médical a varié de mille francs à vingt mille francs pour 92,13% des patientes.

Le coût de la prise en charge chirurgicale a varié de cinquante mille soixante quinze mille soit 7,9%

Conclusion

VI Conclusion

Les métrorragies non gravidiques constituent un véritable problème de santé vue la gravité de certaines étiologies en causes notamment les cancers qui détectés dans le contexte africain à des stades tardifs ,en dehors de ces cas les autres pathologies à long terme entraînent une anémie et tous sont corollaire d'affections.

Alors que l'approche diagnostic d'une métrorragie ne nécessite pas des investigations lourdes. En effet ; les données de la clinique en association avec l'age de la patiente dans sa vie reproductrice permettent de réduire ; les possibilités étiologiques .L'étiologie d'une métrorragie peut être établie à peu de frais si le clinicien connaît la plupart des causes de métrorragies dans chaque groupe d'age et à recours à une approche diagnostique logique

Recommandation

VII Recommandations

Au vue de nos résultats que nous avons commentés et discutés à la lumière de la littérature, nous recommandons

Aux autorités sanitaires

- Organiser des campagnes de sensibilisations à l'échelle nationale ; à travers les medias ; sur la nécessité pour les femmes de consultés au moindre saignement d'origine génitale survenant en dehors des menstruations.
- Doter chaque service de gynéco-obstetrique y compris les centres de santé de référence ; d'un échographe avec sonde vaginale.
- Octroyer un hystéroscope à chaque centre de référence du pays
- Mettre à la disposition des centres de santé de référence ; le matériel nécessaire pour faire le dosage hormonaux ; fiables et à des prix abordables

Aux personnels soignant

- Faire un examen soigneux ; au spéculum vaginal chez toutes les patientes venant consultés pour métrorragies ou pour tout autre pathologie gynécologique et même au cours d'un examen de routine
- Systématiser la biopsie du col chez toute femme qui saigne surtout en période ménopausique
- Demander échographie pelvienne avec sonde endovaginale ; à défaut sonde abdominale ; chez les patientes souffrantes de métrorragies
- Privilégier le traitement médical en cas de métrorragies fonctionnelles

- Dans le traitement médical des métrorragies privilégier les dérivés de la 19 Norpregnane sont les plus efficace
- Dépistage systématique du cancer du col utérin chez toute femme en activité sexuelle

Aux patientes

- Toute métrorragie doit faire évoquer une urgence et susciter de leur part une consultation en milieu médicalisé pour préciser la cause afin de bénéficier d'une prise en charge adéquate

Bibliographie

VIII Bibliographie

1-Abbara Aly(site internet ,Google)

Alyabbara.com

Livre interactif en gynécologie obstétrique

Paris ; France juin 2002

2-Audebert Alain

Métrorragies-Gyneweb (Internet)

3-Audebert Alain

Quel progestatif pour le traitement des hémorragies utérines fonctionnelles

XII^{ème} journées aquitaines de perfectionnement en reproduction humaine

Bordeau 23 septembre 1993

4-Audebert Alain

Hémorragies utérines fonctionnelles : données physiopathologiques

Gyneweb. (Internet)

5-Audebert A. J; Denis C

Utilisation de la promégestone dans le traitement des fibromyomes compliqués de ménométrorragies. Bilan d'une étude multicentrique

Gynécologie ; 1989 ; 40 (suppl.2) :2326

6-Baeta S. Nyame A.N ; Tete ; Anoukoum T.A ; Napo Koura G. ;

Hodounou AKS

Cancer invasif du col utérin : aspect épidémiologiques ; diagnostiques et thérapeutiques (A propos de 151 cas colligés de 1986 à 1995 à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Lomé Togo)

Thèse médecine Lomé 2001 ; N° 43

7-Barisov I.; Mainkhard. ; Tsankouan M.

Rapport entre l'hyperplasie simple et atypique et le carcinome endometrial.

Ajusherstro Ginecologiia ; Bulgarie 1996 ; 35 (4) : 18-20

8-Belaisch J

Leimyomes utérins : épidémiologie et hypothèses physiopathologiques

Gynécologie ; 1989 ; 40(3) :169-174

9-Bennani O ; Himmi A ; Laghzaoui M.

Sarcomes utérins à propos de 25 cas

Service de gynécologie obstétrique ; CHU Ibn Rochd ; Casablanca ;

Maroc.Thèse médecine ; Casablanca ; 1997 ;N° 23

10-Bernard Blanc ; Roger V ; Cravallo L ; Bretelle F.

18ème journées de gynécologie de Nice et de la cote d'Azur 25-26-27 Mai
2000

11-Bernard JP ; Lecuru F ; Darles C ; Robin F ; De-bievre P ; Taurelle R.

Utilisation de l'échographie avec accentuation de contraste comme
examen de première intention dans l'exploration de la cavité utérine :
résultat d'une enquête prospective.

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction ; 1998 ;
27(2) :167-173

12-Blanc B ; d' Ercole C ; Cravello L

Cancer de l'endomètre

Gyneweb (Internet)

13-Blanc B ; D' Ercole C ; Ravello L ; Bergeron C ; Lopez P ; Péliissier C ; Rudigoz RC

Les métrorragies de la périménopause et leur prise en charge.

Hôpital de la conception. Marseille 1996

14-Blond B

Métrorragies postménopausiques

Soins Gerontol 2001 oct. ;(31)8

15-Claude Colet.

Fibrome utérin : les recommandations du conseil national des gynécologies
et obstétriciens français (CNGOF).Novembre 2000

16-Couyard R, Poirier J, Rorcadot J

Précis d'histologie humaine

Paris Masson, 1980, XVII 634-642

17- Cynthia L, Kilbourn, Christine S, Richards

Abnormal uterine bleeding

Postgraduate Medicine Vol 109,N°1, January 2001

18- Diarra A (épouse de Boubacar Maiga)

Contribution à l'étude du fibrome utérin à propos de 82 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Gabriel Touré

Thèse Médecine Bamako 2004,N°18 :112p

19- Donnez J, Polet R, Squifflet J, Rabinovitz R, Levy U, AKM et al

Endometrial laser intrauterine Thermo-thérapie (ELITT): a revolutionary New approach to the elimination of metrorrhagia

Curr Opin Obstet Gynecol 1999, 363-360p

20-Driguez PA, Matuchansky C, Yannevah Kuttann F, Mauvais-Jarvis P

Aspects hystéroscopiques et histologiques de l'endomètre sous traitements progestatifs

Gynécologie, 1993 ; 1 :133-138

21-Duflos Cohade C, Amandruz M, Thibaud E

Métrorragie pubertaire

Unité d'endocrinologie pédiatrique, Hôpital Necker enfants malades, Paris 1993

22- Duflos Cohade C, Thibaud E

Troubles menstruels de la période pubertaire

EMC (Elsevier, Paris).Gynécologie

802-A-32, Pédiatrie, 4-107-B-20, 1996,

23- Fernandez H, Kadoch O, Capella-Allouc S, Gervaise A, Taylor S, Frydman R

Résection hystéroscopique des myomes sous muqueux: resultats à long terme au service de gynécologie obstétrique, Hôpital Antoine Beclère France

Ann. Chir. 2001 ; 126 :58-64

24- Fernandez H, Gervaise A et Tayrac R

Hémorragies utérines fonctionnelles. Encycl. Med Chir (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Gynécologie, 160-A-10, 2001, 9p

25-Gilliot Valtille, Thomas des Rousseaux P, Querleu D et Berhouart M.

Hémorragies utérines fonctionnelles
Editions techniques- EMC (Paris, France),
Gynécologie, 160A, 1992, 14p

26- Girard JM, Horovitz J

Métrorragies post-ménopausiques
CHU Pellegrin-service de gynécologie obstétrique B

27- Giraud JR, Rotten D, Bremond A, Poulain P

Gynécologie : connaissance et pratique
Paris, Masson, quatrième édition 2004

28- Gompel A, Driguez PA.

Impacte des progestatifs sur l'endomètre ménopause in stéroïdes,
Ménopause et endomètre,
Editions scientifiques ELSEVIER Paris 1994 ; pp 45-57

29- Jean Luc Mergui

Hystéroscopie opératoire et ménométrorragies
Hôpital TENON, Paris 1995
25^e Anniversaire du collège de gynécologie de Bordeaux et du sud-Ouest ;
27-29 janvier 1995. *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.* 1998 ; 25 : 365-371

30- Jourdain O; Descamps Ph; Alle C, Himmi A, Body G, Dallay D,

Lansac J

31- Karlson B. Granberg S, Wikland M, Ylostalo P, Torvid K.

Transvaginal ultrasound of the endometrium in women with
postmenopausal bleeding-A Nordic multicenter study.
Am J Obst Gynecol; 172: 1488-94

32- KASSAMBARA A. K

Contribution à l'étude des métrorragies post-ménopausiques à propos de 55 cas à Bamako

Thèse Médecine Bamako 1985 ;N°45 : 66p

33- KEITA S

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point G

Thèse de Médecine Bamako 1995 ; N°44 : 84p

34- KEUKO. S

Evaluation diagnostique de l'hystérosonographie comparée à l'hystérogaphie dans les pathologies de l'endomètre au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Thèse de Médecine Bamako 2006 ; N°12 : 104pages

35- KOUMA A

Hystérectomie dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point G à propos de 135 cas

Thèse de Médecine Bamako 2000 ; N°98 : 115p

36- Lalonde A.

Evaluation of surgical option in menorrhagia

Br J Obstet Gynecol 1994; 101 (Suppl 11): 8-14

37- Lankoandé J, Sankadé B, Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Outtara T, Bonane B, Koné B

Le cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou (Burkina Faso); Med.d'Afrique noire:1998, 45(7)

38- Lansac J, Lecomte P

Gynécologie pour le praticien

Paris, SIMEP, Masson 5^e édition, 1994 ; pp. 289-300

39- Levêque J, Eou Y, Colladon B, Foucher F, Chaperon D,Grall J Y, Taillanter L

Hysterectomy for benign lesion in Brittany, analysis of the medical practice.
J Gynecol Obstet et Biol. De la reproduction, 2000, pp. 29- 41- 47

40- Maiga C. (Mme KONANDJI)

Etude des metrorragies non gravidiques dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national du point G portant sur 284 patientes
(Etude rétrospective de 1994 à 1998)

Thèse de Médecine Bamako 2002 ; N°133, 122p

41- Marianne Fontages, Françoise Rauch Chabrol.

Conduites pratiques devant les métrorragies

Département d'imagerie en gynécologie clinique Jean Villar 33520 Bruges.

Institut européen d'Enseignement et de formation en gynécologie.

Unité spéciale : l'endomètre

Nouvelles explorations, évolution des pratiques. Bordeaux 25 mai 2000.

42- Merger R, Levy J, Melchior J.

Précis d'obstétrique

Paris 6^e Edition, Masson, 1995, 597 pages

43- Meyes J F, Mabicka B, Daniel Minko-Mi-Etoua, Balembaogo E, Toussaint Engongah Beka.

Carcinomes de l'endomètre au Gabon, étude de 34 cas sur 11 ans :
1988-1998

Cahier d'étude et de recherches francophones santé. Vol. 10, Numéro 1,
Janvier- février 2000 : 42-6

44- Michel G, Castaigne D, Morice P et Leroux P.

Chirurgie des cancers de l'utérus.

Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris)

Techniques chirurgicales, Gynécologie, 41-730, 1997, 22p.

45- Netter A, Millet D et Mandelbaum J.

Gynécologie-Réproduction (Pathologie médical)

Paris : Flammarion, 1975, pp. 58-59

46- Nisolle M, Jadoul P.

Les troubles menstruels : quand s'en préoccuper

Louvain Med. Belgique 1998, 117 : S301- S307

47- Pautier P

Cancer de l'endomètre : Epidémiologie ; Diagnostic ; Histologie ;
Classification et pronostic ; principe thérapeutiques ; Bibliographie
Medespace, France- Cancer 2001

48- Pelage JP, Lebref O, Soyer P.

Embolisation utérine : anatomie, technique, résultats et complications
J. Radiol 2000 ; 81 : 1863-1872.

49- Raiga J.

Le point sur l'endometrectomie : revue de la littérature.

La lettre du gynécologue, février 2000 ; 25 : 20-23

50- Ravina J H, Herbreteau D, Cifaru Vigneron

Arterial embolisation to treat uterine myomata.

Lancet 1995; 346: 671-2

51- Rees M C.

Role of menstrual blood loss measurements in management of
Complaints of excessive menstrual bleeding.

Br J Obstet Gynecol 1991; 98: 327-328

52- Roger V, Cravello L, Stolla V, D'ercol C, Blanc B.

Place de l'hystérocopie diagnostique dans l'exploration des
Métrorragies post-ménopausiques

La presse médicale 1983-1998, 27(25) :1294-1295

53- Rouzzi A A, Al-Noury Al, Shoboski A S, Jawal HS, Abduljabbar HS.

Abdominal myomectomy versus abdominal hysterectomy for symptomatic
and big uterine fibroids.

Saudi Med J 2001 Nov; 22(11): 984-6

54- Seynabou BM Beyeles.

Fibromes utérins à la clinique chirurgicale du CHU de Dakar à propos de
140 cas opérés en 2 ans.

Thèse médecine Dakar 1998, N°46

55- Van Der Brule F A, Wery O, Huveneers J, Gaspard UJ.

Comparaison de l'hystérosonographie de contraste et l'échographie
Vaginale en imagerie utérine.

M. Gynécol. Obstét Biol. Reprod 1999, 28 : 131-136

56- Viikki M, Pukkala E, Hakama M.

Bleeding symptoms and subsequent risk of gynecological and others
Cancers.

Acta Obstet Gynecol scand 1998 May; 77: 124-145

Fiche Signalétique

Nom : DIARRA

Prénom : Adama Alexis

Titre de la thèse : Métrorragies non gravidiques au Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako.

Année Universitaire : 2007 - 2008

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologique et Obstétricale

Résumé de la thèse : les métrorragies non gravidiques constituent un véritable problème de santé avec une fréquence de 2,28% [40] et vue la gravité de certaines étiologies en cause, notamment les cancers qui détectés dans le contexte africain à des stades tardifs ; en dehors de ces cas ; les autres pathologies en long terme entraînent une anémie et tout son corollaire d'affections, alors que l'approche diagnostic d'une métrorragie ne nécessite pas des investigations lourdes. En effet, les données cliniques en association avec l'âge de la patiente dans sa vie reproductrice permettent de réduire les possibilités étiologiques.

L'étiologie d'une métrorragie peut être établie à peu de frais si le clinicien connaît la plus part des causes de métrorragies dans chaque groupe d'âge et a recours à une approche diagnostic logique.

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.