

MÉNORRAGIES OU SAIGNEMENTS ANORMAUX UTÉRINS (SAU)

Dr Giulia GOUY
Hôpital de la Croix Rousse
Service du Pr DUBERNARD

DÉFINITION



RAPPEL SUR LES SAU

- DEFINITION :
 - Durée > 7 jours
 - Abondance : Flux > 80mL, plus de 6 protection par jour
 - Fréquence < 21 jours
- Mais caractérisation des Saignements Anormaux Utérins (SAU) pas si facile....
 - 14% des femmes surestiment leur règles
 - 40% sous-estiment leur règles
 - Auto déclaration est un outil diagnostique insuffisant
 - Prévalence dans la population générale
 - 9 à 14 % des femmes
 - 24% chez les femmes de plus de 36 ans







SCORE DE HIGHAM

Score de Higham

Score d'évaluation objective des ménométrorragie

Extrait et adapté de : Michel Ploin. Méno-métrorragies : un symptôme souvent difficile à appréhender par le gynécologue.
Genesis, numérospecial, février 2003

Nom : _____ Prénom : _____ DN : _____

Date :		Jour de règles								
Serviette ou Tampon		1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	Points
	1 point / linge									
										
	5 points / linge									
										
	20 points / linge									
										
Caillots										
Débordement										
									Total points	

- Durant les règles il faut noter, chaque jour le nombre de linge (serviette ou tampon) dans la case correspondant au degré d'imprégnation en sang
- En additionnant les points à la fin des règles on obtient la valeur du score de Higham
- Un score supérieur à 100 points correspond à un saignement supérieur à 80 ml du sang (définition de la ménorragie).

Différents moyens de protection : serviette, tampon, cup (1 cup = 30), culotte de règles (normalement 1 par jour)

Score = objectivé les flux. Outil d'évaluation et de comparaison.

EVALUATION DE L'IMPACT DES SAU

- Carence Martiale - Anémie ferriprive
- Douleur
- Impact sur qualité de vie
- Impact sur activités physiques et/ou sportives
- Absentéisme scolaire/professionnel
- Impact économique

ÉTIOLOGIES DES SAU

- SAU d'origine :
 - Organique : PALM
 - Fonctionnel : COEIN
- Coordination gynécologue et hématologue ++++
- Réévaluation

P olyp
A denomyosis
L eiomyoma
M alignancy & hyperplasia



C oagulopathy
O vulatory dysfunction
E ndometrial
I atrogenic
N ot otherwise classified



PRINCIPALES CAUSES

Organiques, toute anomalie utérine pouvant entraîner des saignements :

- Les **myomes**,
- **Polypes**,
- **L'adénomyose**,
- L'hyperplasie de l'endomètre,
- Le cancer de l'endomètre...
- Ces pathologies sont rarissimes chez les jeunes filles et surviennent surtout après 30 ans

Fonctionnelles :

- Troubles de l'hémostase
- Liées en fait à une **anovulation ou dysovulation** (immaturité de l'axe HH des 2 ans post-ménarche ou SOPK par exemple). Après l'ovulation, l'endomètre ralentit sa croissance pour se décidualiser en phase lutéale. Sans ovulation, **l'endomètre poursuit sa croissance sous l'influence des œstrogènes** et un endomètre très épais sera responsable de règles très abondantes.

LES CAUSES ORGANIQUES

MME B, 46 ANS

MME B, 46 ANS

Antécédents:

- TVP en 2021 sous OP, mise sous ACO au long cours
- Asthme équilibré
- G3P3

Histoire des ménorragies :

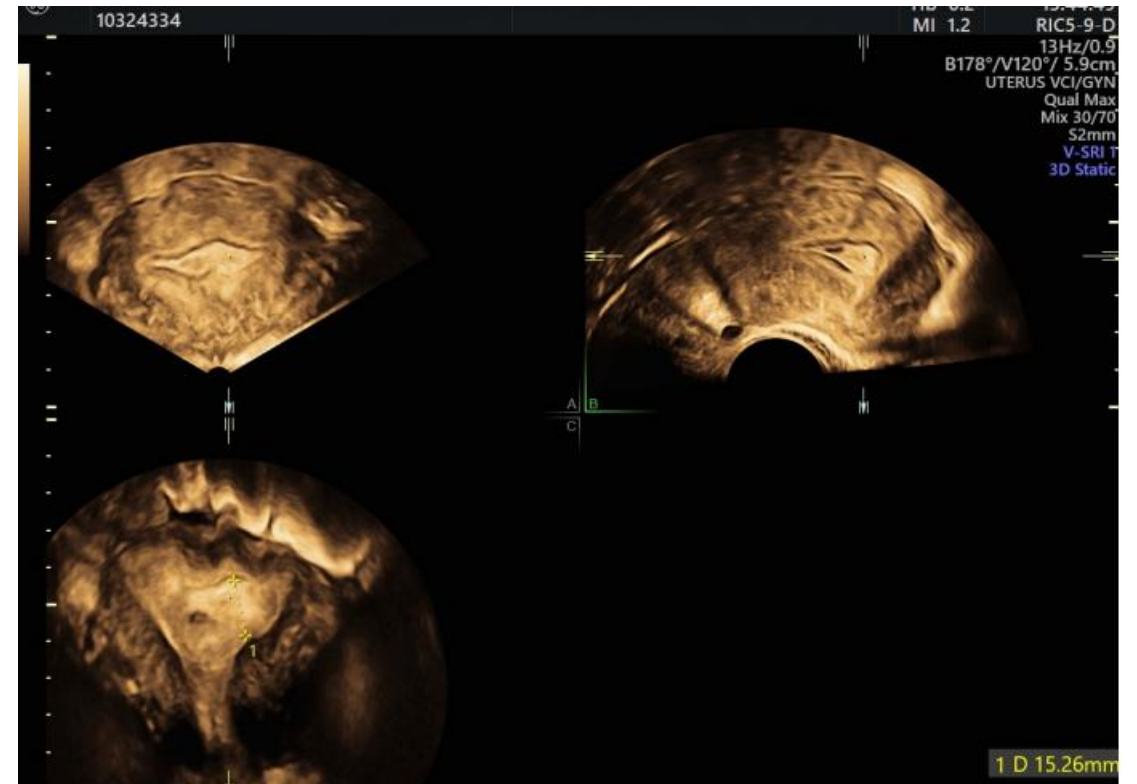
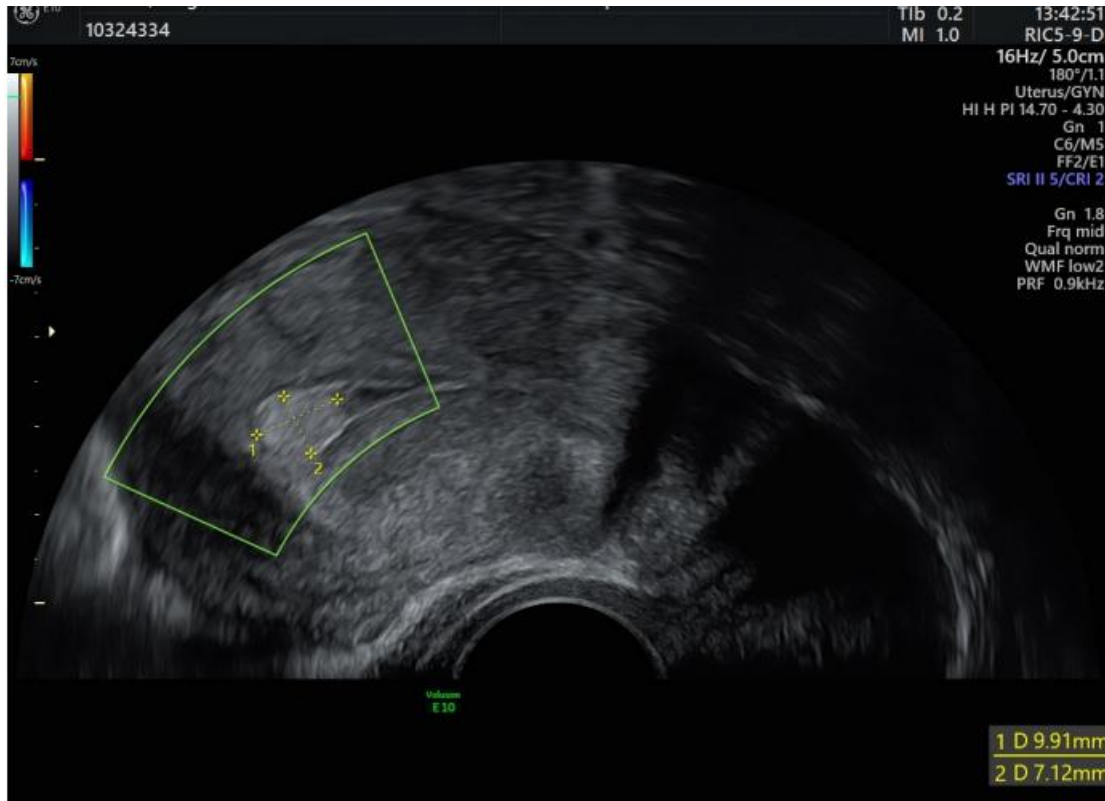
- Ménarche à 12 ans, ménorragies secondaires depuis la mise sous ACO, pas de dysménorrhée, cycles réguliers
- Mise sous SIU LVN 19,5 + A. Tranexamique pour les ménorragies mais retrait du SIU car inefficace
- Actuellement sans contraception :
 - Règles : cycles réguliers tous les 25 jours
 - Nombre de protection = 4-5 protections/jours, Nombre de jour = 5-6 j
 - Changements de nuit = 1 à 2 fois, Présence de caillots = oui
 - Score Higham ou score calculé = 485
 - Métorragies : non
 - N'a plus de désir de grossesse

Quel bilan réaliser ?

MME B, 46 ANS

- Réalisation d'une échographie pelvienne
- Réalisation d'un bilan biologique avec :
 - NFP
 - TP, TCA, Fibrinogène
 - Ferritine
 - CRP
 - TSH
 - β HCG

MME B, 46 ANS



L'échographie pelvienne par voie endo-vaginale retrouve un endomètre fin avec une **image d'addition évocatrice de polype de 13x8 mm** ainsi qu'un **myomètre hétérogène avec adénomyose interne diffuse prédominante au niveau du mur antérieur**, pas d'asymétrie antéro-postérieure, annexes sans particularité.

MME B, 46 ANS

Le bilan biologique retrouve une Hb à 8,6 g/dL, ferritine à 6. Le reste du bilan est sans particularité.

Quel traitement **médicamenteux** mettre en place?

- Contraception oestro-progestative?
- Contraception progestative seule?
- A. Tanexamique?

Quel traitement **chirurgical** proposer?

- Hystéroscopie?
- Hystérectomie?
- Thermocoagulation?

MME B, 46 ANS

Traitement **médicamenteux** mis en place :

- Contraception progestative seule
- A. Tanexamique contre indiqué car sous ACO
- Correction de la carence martiale et de l'anémie

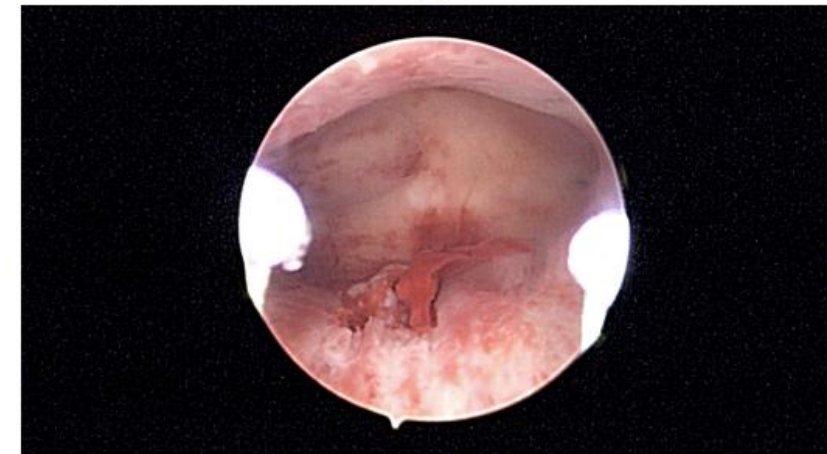
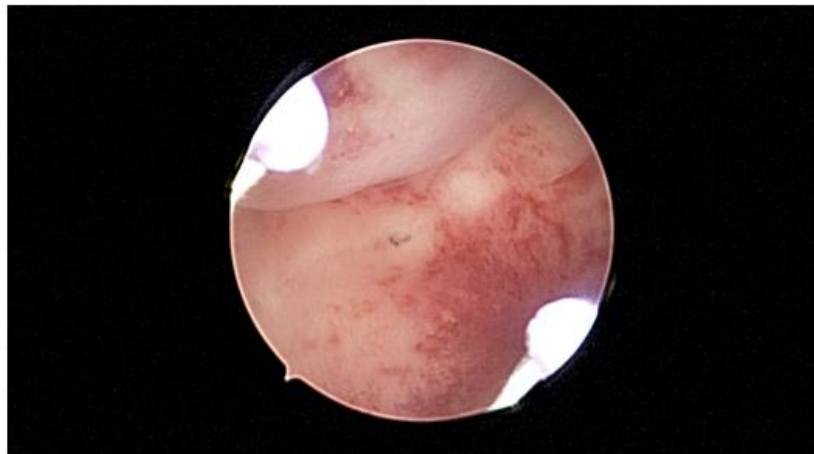
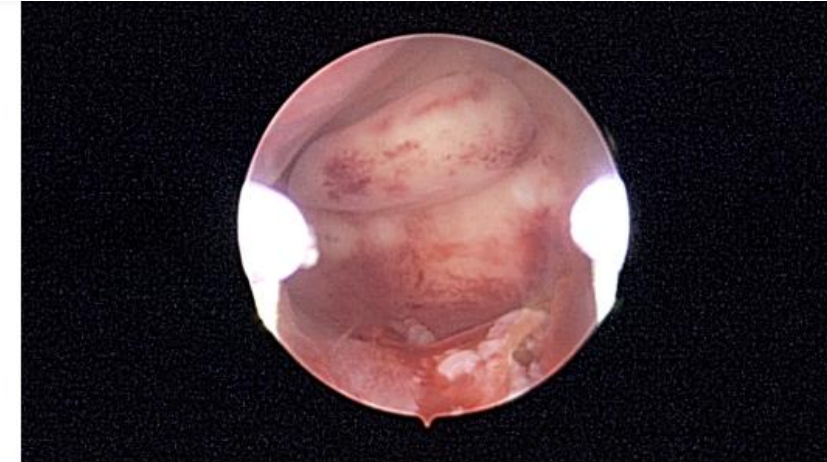
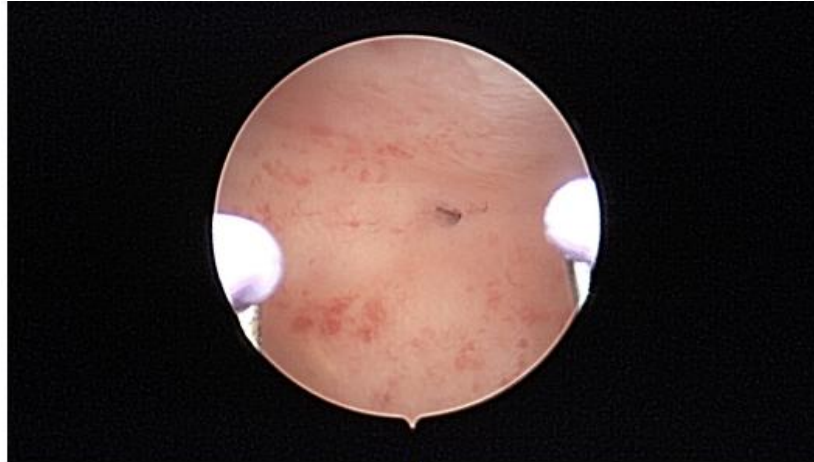
Traitement **chirurgical** proposé :

- Hystéroscopie avec résection de polype et endométrectomie

MME B, 46 ANS

Réalisation d'une hystérocopie avec résection de polype et endométrectomie.

Examen anatomopathologique : polype simple sans atypie

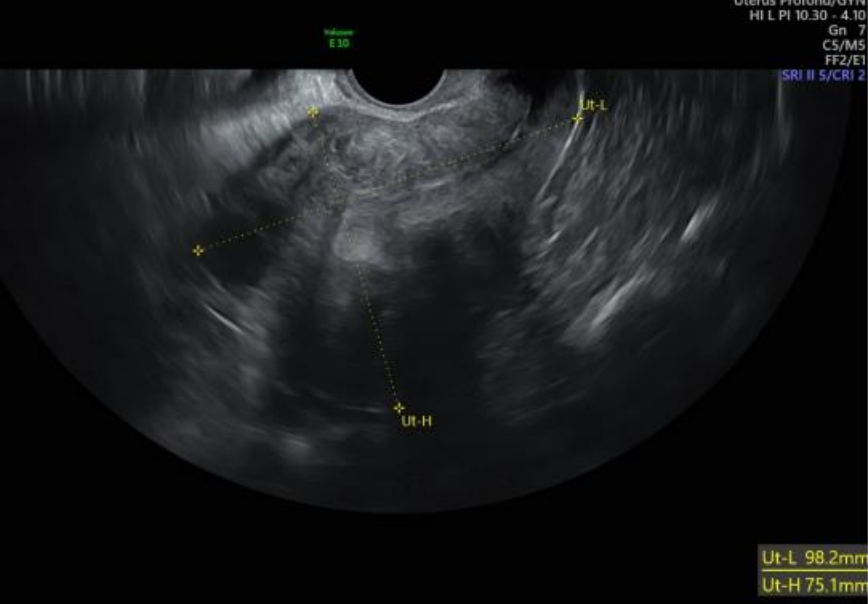


MME D, 54 ANS

MME D, 54 ANS

- **Antécédents personnels :**
 - Asthme
 - Coloscopie normale en 2021
 - Appendicectomie dans l'enfance
 - G1P1, 1 AVB à terme
- **Antécédents familiaux:**
 - Pas de cancer gynécologique
 - Pas de MTEV
- Consulte pour réapparition de ménorragies depuis l'arrêt de DESOGETSREL il y a 1 an (à la recherche ménopause). Reprise depuis 6 mois mais ménorragies avec asthénie chronique et anémie par carence martiale.
- Bilan biologique: Hb 9,5 g/dL (supplémentation en fer oral en cours) avec ferritine à 12.

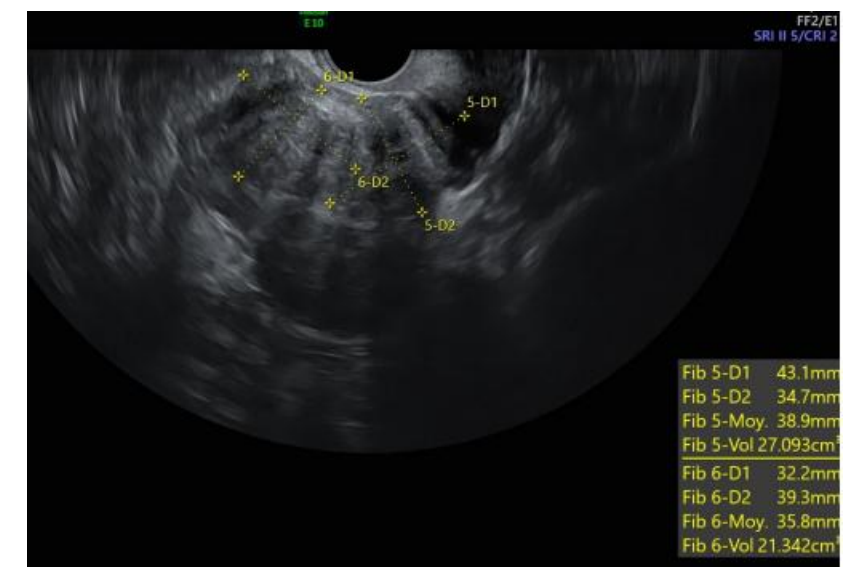
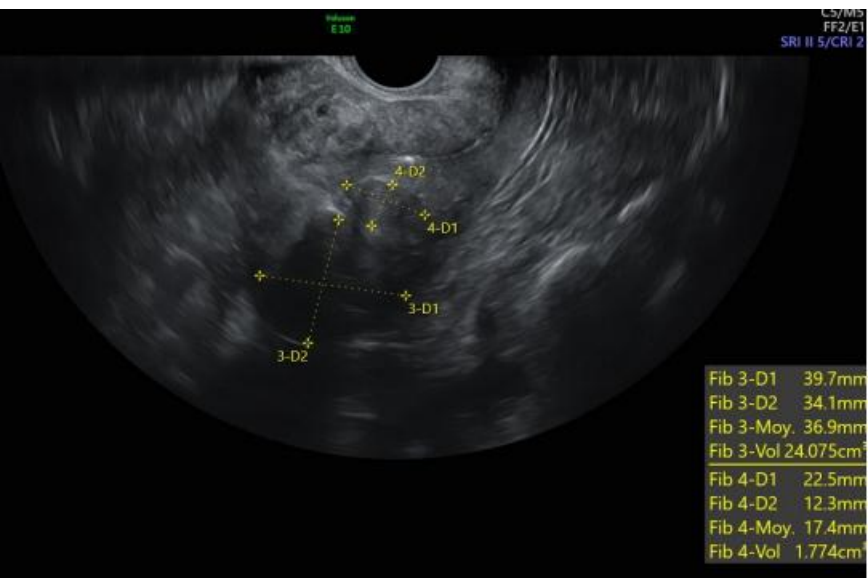
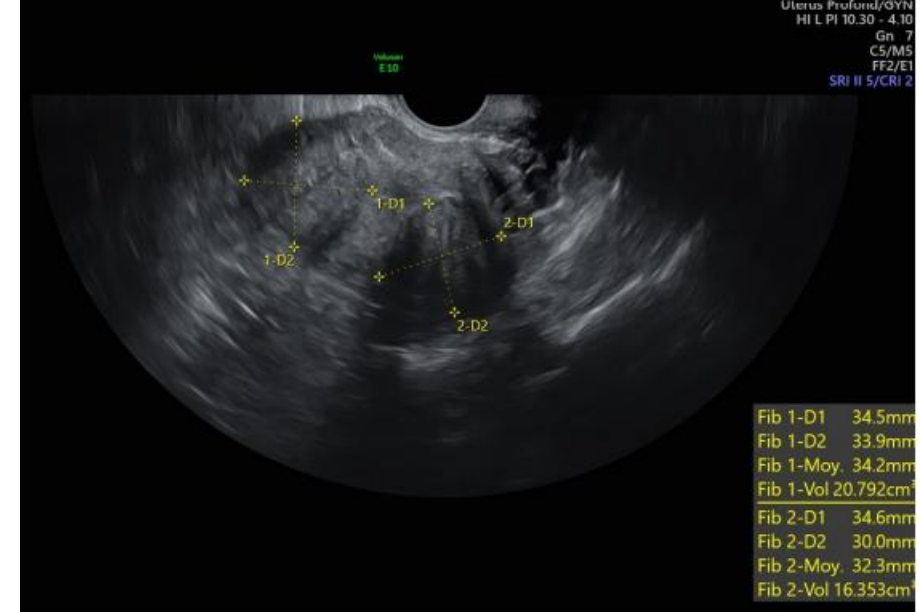
Quel bilan complémentaire?



Réalisation d'une échographie pelvienne par voie vaginale:

Utérus antéversé,
polymyomateux avec **impact**
cavitaire.

Indication à la réalisation
d'une IRM pelvienne pour
cartographie



MME D, 54 ANS

- Mise sous DIENOGEST et A. Tranexamique pour traitement des SAU.
- IRM pelvienne de principe pré chirurgicale qui retrouve:
 - Utérus antéversé normofléchi, mesuré à 125 mm de hauteur totale, 91 mm d'axe transverse et 74 mm d'axe antéropostérieur. La ligne endométriale est fine.
 - Multiples myomes utérins, comptant plus d'une **vingtaine d'éléments** tous en hyposignal T2 bénin, ou sans restriction suspecte de diffusion.
 - On note parmi les plus volumineux :
 - Myome corporeo fundique antérieur, de 34 mm de grand axe, **FIGO II**, sans mur myométrial postérieur de sécurité, en signal T2 intermédiaire, sans restriction suspecte de diffusion.
 - Myome cornual droit, **FIGO V**, de 27 mm, également signal T2 intermédiaire sans caractéristique suspecte en diffusion.
 - Myome fundique postérieur, **FIGO V**, de 30 mm de plus grand axe.
 - Pas d'élément intracavitaire pédiculé ni sous-séreux pédiculé.

DB: 25-02-1971 , Age: 54y
Patient ID: 777767
IC: GHXR246638342
OBLIQUE PARA MVXD
: 301 , Im: 16/30

Institution: GIE IRM Lyon Nord
Study Date: 05-03-2025
Study Time: 10:30:18



DB: 25-02-1971 , Age: 54y
Patient ID: 777767
IC: GHXR246638342
SAG MVXD
: 201 , Im: 23/40

Institution: GIE IRM Lyon Nord
Study Date: 05-03-2025
Study Time: 10:30:18



MME D, 54 ANS

- Revue à 3 mois, persistance de métrorragies de faible intensité mais n'a plus d'anémie.
- Pas de nécessité de prise d'A. Tranexamique, DIENOGEST seul efficace.
- Très satisfaite et attend avec impatience la ménopause !!
- Ne souhaite pas de prise en charge chirurgicale.
- On aurait pu lui proposer:
 - Résection de fibromes (peu indiqué ici..)
 - Hystérectomie totale +++
 - Prise en charge en radiologie interventionnelle (embolisation...)

LES CAUSES FONCTIONNELLES

EN PÉRI-PUBERTAIRE

Causes fonctionnelles dans 80 à 85% des cas

- Cycles anovulatoire pouvant durer jusqu'à 5 ans après la ménarche
 - 55 à 82 % des adolescentes les 2 premières années
 - 30 à 55% de 2 à 4 ans post ménarche
 - 20 % de 4 à 5 ans post ménarche
- Sécrétion continue d'œstrogènes et déficit en progestérone
 - Développement de l'endomètre sous l'effet des œstrogènes
 - Pas d'ovulation donc pas de progestérone (pas de corps jaune)
 - Desquamation irrégulière et incomplète de l'endomètre

PRINCIPALES CAUSES HÉMATOLOGIQUES

- La **maladie de Willebrand**
- **L'hémophilie A ou B** : certaines femmes conductrices (anomalie liée à liée) peuvent présenter des formes mineures voire sévère
- Plus rarement, les **formes sévères (homozygotes)** des autres déficits rares (par ordre de prévalence: FVII, FXI , FII, FV, FX, FXIII)
- Et encore plus rarement, les **thrombopathies** (thrombasténie de GLZ, JBS, pool vide)
- A côté de ces déficits héréditaires, il y a les déficits acquis chez les femmes sous **traitement anticoagulant**, les ménorragies pouvant d'ailleurs révéler des maladies gynécologiques.

FOCUS MALADIE DE WILLEBRAND

- La maladie de Willebrand est une **maladie hémorragique héréditaire** due à un défaut génétique de la concentration, structure ou fonction du Facteur Willebrand (VWF), une protéine impliquée dans les mécanismes d'hémostase primaire et de la coagulation.
- Il existe deux grands groupes de déficit en VWF :
 - **Quantitatif**, partiel (type 1) ou complet (type 3)
 - **Qualitatif** (type 2) regroupant plusieurs types (2A, 2B, 2M, 2N). C'est une maladie très variable dans son expression clinique et biologique.
- Dans sa forme modérée (type 1), elle est considérée **comme la plus fréquente des maladies hémorragiques familiales**.
- Sa prévalence est estimée entre **0,5 et 1,1 %**.
- La prévalence des formes symptomatiques (type 2) qui nécessitent un traitement spécifique serait plutôt de l'ordre de 1 sur 10 000 et à ce titre la MWD est à considérer comme une maladie rare.
- Le déficit complet en VWF (type 3 de MWD) est extrêmement rare (1 sur 1 000 000).

MME N, 17 ANS

MME N, 17 ANS

Pas d'antécédent particulier.

Histoire des ménorragies :

- Ménarche à 13 ans
- Cycles réguliers de 30 et 35 jours
- Règles
 - Nombre de protection = changement de protection toutes les 2.5 heures
 - Nombre de jour = 3 jours abondant, 5 jours au total
 - Changements de nuit = non mais débordements
 - Présence de caillots = oui
- Score Higham = 274
- Métrorragies : non
- Dysménorrhées +/- traitements antalgiques : légèrement le premier jour sans absentéisme, bien soulagée par le PARACETAMOL
- Patiente vierge

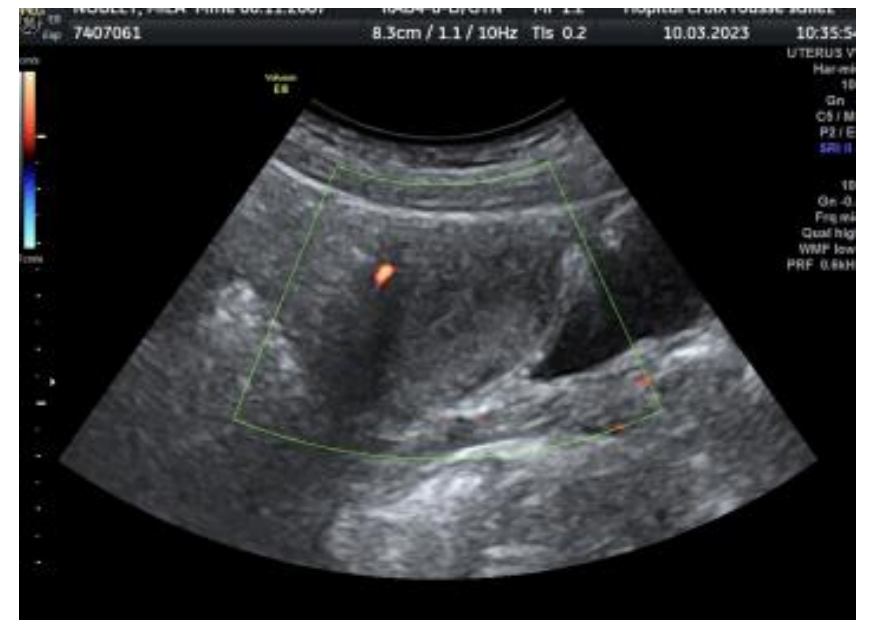
MME N, 17 ANS

Echographie sus pubienne retrouve :

- Utérus antéversé, antéfléchi de taille normale
- Endomètre aillant un aspect homogène, compatible avec le jour du cycle ou statut hormonal. Épaisseur totale 9,4 mm.

Réalisation d'un bilan biologique avec :

- NFP, Ferritine, CRP
- TP, TCA, Fibrinogène
- FVIII, FIX, FXI
- VWF :Rco, VWF :Ag
- Groupe sanguin
- TSH



MME N, 17 ANS

Hémostase Primaire

Résultats	Unités	Valeurs de référence	Antériorités
-----------	--------	----------------------	--------------

Nature du prélèvement: plasma citraté

Information groupe Sanguin	Groupe A Rhésus +		Non renseigné	10/03/2023 10:12	
VWF: Activité (VWF:GPIbR) <small>Méthode immunoturbidimétrique en présence de ristocétine et de GPIb recombinante sur ACL TOP***</small>	↓ 27	%	48-240	27	10/03/2023 10:12
	Groupe O: 48 - 202%; Groupe non O: 61 - 240%				
Facteur Willebrand: Antigène <small>Méthode immunoturbidimétrique sur ACL TOP***</small>	↓ 38	%	42-176	39	10/03/2023 10:12
	Groupe O: 42 - 141%; Groupe non O: 66 - 176%				
Facteur Willebrand: Collagen Binding <small>Technique automatisée chimiluminescence (ACUSTAR)</small>	↓ 43	%	47-193		
	Groupe O: 47 - 171%; Groupe non O: 61 - 193%				

Déficit en facteur Willebrand, à confirmer et à approfondir par une étude familiale et une caractérisation du déficit.

Analyse d'agrégation plaquettaire réalisée par méthode d'agrégométrie optique

Agrégations normales à la ristocétine.

Logiciel d'aide à la validation : Valab version 14.04**

Exploration Facteur Willebrand

Plasma (citrate) Echantillon N° : 023168793302 prélevé le 26/10/23 à 08:55

Résultats	Unités	Valeurs de référence	Antériorités
-----------	--------	----------------------	--------------

Information groupe Sanguin	Non renseigné		Groupe A Rhésus +	09/05/2023 11:05	
VWF: Activité (VWF:GPIbR) <small>Méthode immunoturbidimétrique en présence de ristocétine et de GPIb recombinante sur ACL TOP***</small>	↓ 22	%	48-240	27	09/05/2023 11:05
	Groupe O: 48 - 202%; Groupe non O: 61 - 240%				
Facteur Willebrand: Antigène <small>Méthode immunoturbidimétrique sur ACL TOP***</small>	↓ 32	%	42-176	38	09/05/2023 11:05
	Groupe O: 42 - 141%; Groupe non O: 66 - 176%				
Facteur Willebrand: Collagen Binding <small>Technique automatisée chimiluminescence (ACUSTAR)***</small>	↓ 40	%	47-193	43	09/05/2023 11:05
	Groupe O: 47 - 171%; Groupe non O: 61 - 193%				

Déficit en facteur Willebrand persistant.

Logiciel d'aide à la validation : Valab version 14.04

Premier Bilan réalisé en mai 2023 et confirmé en novembre 2023

Confirmation de maladie de Willebrand (type 1 ou 2)

MME N, 17 ANS

Exploration Facteur Willebrand

Plasma (citrate) Echantillon N° : 023168919903 prélevé le 26/10/23 à 11:30

	Résultats	Unités	Valeurs de référence	Antériorités	
Information groupe Sanguin	Non renseigné			Non renseigné	26/10/2023 08:55
VWF: Activité (VWF:GPIbR) <small>Méthode immunoturbidimétrique en présence de ristocétine et de GPIb recombinante sur ACL TDP™</small>	95	%	48-240	22	26/10/2023 08:55
Facteur Willebrand: Antigène <small>Méthode immunoturbidimétrique sur ACL TDP™</small>	113	%	42-176	32	26/10/2023 08:55

Traitement par Minirin.

Logiciel d'aide à la validation : Valab version 14.04

Correction du déficit par la DESMOPRESSINE (MINIRIN®)

MME N, 17 ANS

- Mise sous Acide Tranexamique : efficace
- Proposition de prescription de traitement par EE 20 + LVN 100 mais refusé par la patiente.
- Réévaluation à 1 an: bien soulagée par A. Tranexamique seul

MME F, 20 ANS

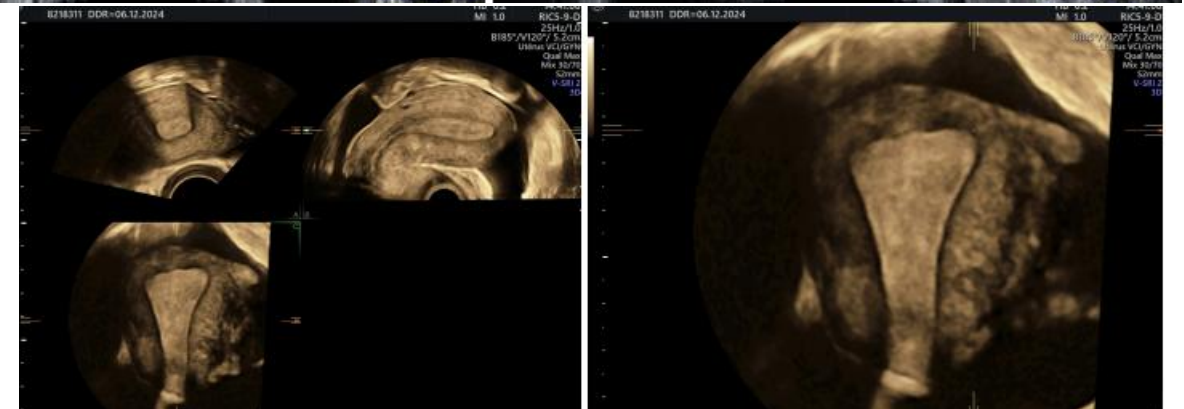
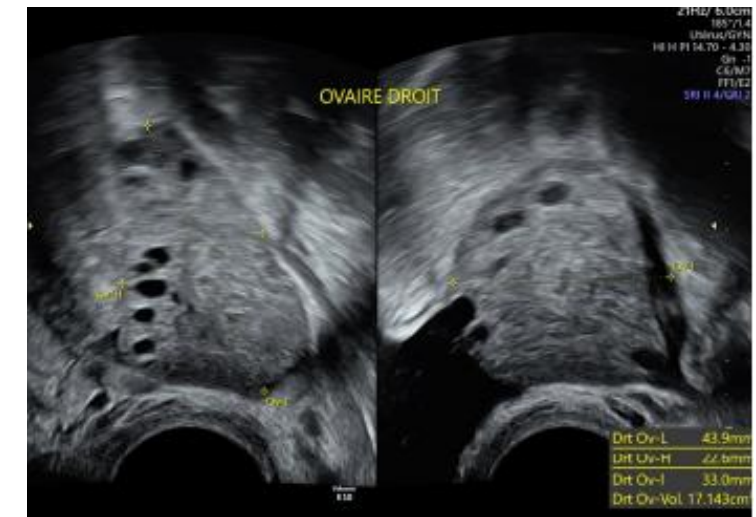
MME F, 20 ANS

- Antécédents personnels: IMC 40, G0P0
- Antécédents familiaux: RAS
- Consulte pour cycles longs et irréguliers.
- L'interrogatoire retrouve:
 - Cycles : spanioménorrhée depuis la ménarche à 10 ans, 2 mois à 4 mois
 - Score de Higham: 340
 - **Test SYNACTHÈNE® ancien en 2012 ayant permis d'éliminer un bloc 21 hydroxylase.** Test qui a été renouvelé ce mois-ci. Aucun signe clinique d'hypercatabolisme, d'hypercorticisme. Absence d'hirsutisme (épilation jambe par crème ou rasoir). SBP basse dans le contexte d'obésité.
 - DHEAS limite supérieure à 13 800 mmol/l (pour une normale supérieure à 11 000 nmol/ml) sans répercussion clinique.
 - Absence de complication métabolique sur l'obésité (GAJ à 0.8 g/l, absence de dyslipidémie).
 - **Insulinorésistance** clinique au niveau axillaire et du cou.

Quel bilan réaliser?

MME F, 20 ANS

Utérus antéversé, antéfléchi.
Endomètre fin sans image d'addition
intra cavitaire. Myomètre homogène,
pas de fibrome ni de signe
d'adénomyose. **Ovaires**
multifolliculaires augmentés de
volume, ovaire droit de **17 mL** et
gauche de **10 mL**. Follicules en
couronne, plus de **20** par ovaire.



MME F, 20 ANS

- Résultats biologiques supplémentaires:
 - LH 3,1 > FSH 2,5
 - Testostérone totale 1,5
 - AMH 2,5 ng
 - Hb 10,3
 - Ferritine 15
- Quel diagnostic est suspecté ?

MME F, 20 ANS

Un SOPK (qu'on devrait appeler un syndrome multifolliculaire)!

Quel traitement proposer?

- OP en première intention (en l'absence de CI)
- Progestatifs
 - En continu
 - Schéma séquentiel pour reprendre régularité des cycles: du 10^{ème} au 25^{ème} jour du cycle
- Symptomatique :
 - A. Tranexamique
 - AINS si dysménorrhées associées
- Traitement du syndrome métabolique associé:
 - Règles hygiéno-diététiques
 - METFORMINE si insulinarésistance (HGPO si IMC élevé)

PRISE EN CHARGE |

EXAMEN DE PREMIÈRE INTENTION

Interrogatoire : ATCD gynécologiques (fibrome, polype), parité, caractéristiques des règles (durée, abondance...), contraception en cours...

Antécédents familiaux : recherche de maladies hémorragiques familiales, hémorragies de la délivrance...

Examen clinique gynécologique :

- **Speculum** : recherche d'un **polype** cervical.
- Palpation abdominale et TV : recherche d'un **utérus fibromateux**.

Examen général:

- Recherche goitre thyroïdien
- Hirsutisme

Echographie pelvienne : recherche d'une cause organique :

- Polype, fibrome, adénomyose, hyperplasie de l'endomètre, SOPK...

BILAN BIOLOGIQUE

Bilan **biologique** de première intention :

- NFS, ferritine : **anémie**
- **Prolactine**
- **hCG**
- TSH : **dysthyroïdie**
- TP, TCA, Fibrinogène, les FVIII, FIX, FXI, VWF : Rco et VWF : Ag

En 2^{ème} intention ou si signe d'appel:

- Bilan hormonal : peut mettre en évidence une **hyper-oestrogénie** mais sera surtout intéressant en cas de suspicion de **MNR fonctionnelle sur SOPK** (LH > FSH, testostérone augmentée, AMH augmentée...)

MOYENS THÉRAPEUTIQUES DE PREMIÈRE INTENTION

- **Anti fibrinolytiques: Acide tranexamique** (EXACYL[®], SPOTOF[®])
- **Antalgiques/AINS** : Flurbiprofène (Antadys[®]), Acide méfénamique (Ponstyl[®])
- Si projet de **grossesse** : progestatif pur (DUPHASTON[®]) 15 j/mois mais peu atrophiant.
- **Traitement hormonal** : Oestroprogestatif - progestatif
- **Système Intra Utérin hormonal** (LEVONORGESTREL 52 mg)
- Traitement de l'anémie

EN PREMIÈRE INTENTION

En l'absence de CI aux OP:

- Aménorrhée mieux obtenue par EE 30 gamma
- 2^{ème} génération en première intention
- OU avec NORGESTIMATE pour acné

Si les OP sont contre indiqués:

- DROSPIRENONE ou DIENOGEST
- SIU LEVONORGESTREL 52 mg
- ACETATE DE CHLORMADINONE (courte durée ++) ou MEDROGESTONE
- DESOGESTREL, LEVONORGESTREL et implant contraceptif **peu efficaces**

MOYENS THÉRAPEUTIQUES : LES + LES -

- **Acide tranexamique** : efficace mais peut causer des nausées
- **Oestroprogestatif** : efficace dans **75 %** des cas mais maux de tête et HTA, seulement 35 % des femmes l'utilisent
- **SIU hormonal (MIRÉNA®)** efficace mais prise de poids et syndrome dépressif

FOCUS ACIDE TRANEXAMIQUE

- Posologies enfants: 10 mg/kg/8h maximum
- Posologies adultes (>40 kg): 1g 3 à 4 fois par jour, pas de demi dose.
- **Pendant toute la durée des saignements +++**
- C'est un antifibrinolytique, n'augmente pas le risque de thrombose.
- CI: **thrombose** en cours et sous **anticoagulants** (avis d'experts) et **épilepsie** non équilibrée

NE PAS AVOIR PEUR +++

GENERAL MEDICINE/SYSTEMATIC REVIEW SNAPSHOT

Does Tranexamic Acid Affect Risk of Venous and Arterial Thrombosis or Mortality in Nonsurgical Patients?



TAKE-HOME MESSAGE

Tranexamic acid does not increase the risk of venous or arterial thrombosis among nonsurgical patients and may be associated with reduced mortality.

Results of tranexamic acid for nonsurgical patients.

Outcome	No. of Studies (No. of Patients)	RR (95% CI)	Heterogeneity (I ²), %
Mortality	13 (44,533)	0.92 (0.87–0.98)	0
Risk of DVT	8 (46,630)	0.97 (0.69–1.37)	0
Risk of PE	6 (43,161)	0.97 (0.75–1.26)	0
Risk of MI	3 (42,470)	0.88 (0.43–1.84)	46
Risk of stroke	5 (42,815)	1.10 (0.68–1.78)	31

RR, Relative risk; CI, confidence interval; DVT, deep venous thrombosis; PE, pulmonary embolism; MI, myocardial infarction.

FOCUS SUR LES AINS DANS LES SUA

- Le rôle des AINS est de bloquer la formation de la **prostacycline**, un antagoniste du thromboxane TXA2, qui accélère l'agrégation plaquettaire et initie la coagulation.
- La prostacycline est produite en grande quantité dans l'endomètre ménorragique.
- Par conséquent, les AINS pourraient effectivement diminuer le flux sanguin utérin.

PATIENTES SOUS ANTI COAGULANTS

Elles peuvent présenter des ménorragies qui peuvent révéler des **maladies gynécologiques** : échographie +++

La prise en charge de ces ménorragies est plus complexe

- Les traitements hormonaux doivent être adaptés aux antécédents thrombotiques. Pour rappel il n'y a pas de CI aux progestatifs
- **ACIDE TRANÉXAMIQUE n'est à priori pas recommandé**
- Rediscuter de l'indication des traitements au long cours , du type de molécule et des posologies.
- Et ces discussions doivent être menées de façon **multidisciplinaire**

PLACE DE LA CHIRURGIE

- Le traitement chirurgical, comprend la résection de l'endomètre ou endométrectomie (partielle ou complète en fonction des symptômes et de leur récurrence), et l'hystérectomie.
- La thermocoagulation endométriale
 - Peut-être associé à la pose d'un DIU au LVN 52 mg dans le même temps opératoire.
- Ce sont des options si le traitement médical est inefficace ou contre indiqué.

SUA AIGUS |

PRISE EN CHARGE DES SAU AIGUS

- Prise en charge de l'anémie aigue : correction **martiale** (per os, IV) transfusion Culot Globulaire.
- Recours au **traitement spécifique de la maladie hémorragique** surtout pour les formes sévères.
- Lors de la période maximale, penser à l'utilisation d'une **sonde de Foley** intra-utérine.
- **Hospitalisation** surveillance – Evaluation tolérance et efficacité.

PRISE EN CHARGE DES SAU AIGUS

- Antifibrinolytique : Acide tranexamique +++ à dose efficace
- **Traitements hormonaux :**
 - Oestroprogestatif (EE 30 + LVN 150) toutes les 8 à 12 heures jusqu'à arrêt des saignements puis 1 fois par jour.
 - Progestatif (non micro) si CI
- Les agonistes du GnRH et autres traitements à visée chirurgicale
 - Ils peuvent être indiqués par les spécialistes des centres de référence en 2ème recours pour les patientes sous traitement anticoagulant, ou atteintes de maladies hémorragiques de ma coagulation acquises sévères.
 - Les agonistes du GnRH permettent d'arrêter les saignements dans un délai court.
- Puis bilan d'hémostase +++
 - Si normal: arrêt d'une semaine en fin de plaquette
 - Si anormal: prise en continu
 - Discuter l'aménorrhée thérapeutique
 - Selon l'âge: poursuite pilule 3-6 mois (angoisse des parents +++)

LES RCP DU CNGOF 2022

EXTRAIT DES RPC DU CNGOF 2022

- Chez une femme adulte ayant des ménorragies, **sans traitement hormonal** et avec une **échographie normale**, il est recommandé de réaliser une **NFS**, un bilan de **coagulation** et une recherche de la maladie de **Willebrand**.
- Chez une femme adulte ayant des ménorragies **sans traitement hormonal** et sans trouble de l'hémostase, il est recommandé de **ne pas réaliser d'IRM** si l'**échographie pelvienne réalisée par un référent est normale**.
- Chez une femme adulte ayant des ménorragies sans traitement hormonal avec une échographie pelvienne révélant **un ou plusieurs myomes utérins de type 2 et plus**, il est recommandé de réaliser une **IRM pelvienne** pour établir une cartographie des myomes avant myomectomie (si échographie jugée insuffisante) ou radiologie interventionnelle.
- Chez une femme adulte ayant des ménorragies, il est recommandé de réaliser une **biopsie de l'endomètre** si l'endomètre mesure **15 mm** ou plus.
- Chez une **adolescente** ayant des ménorragies, il est recommandé de réaliser un **bilan d'hémostase** en première intention.

EXTRAIT DES RPC DU CNGOF 2022

- Chez une femme adulte ayant des ménorragies **idiopathiques** et souhaitant une **grossesse** à court terme, il est recommandé de proposer en première intention des traitements non hormonaux en privilégiant les **antifibrinolytiques**.
- Chez une femme adulte ayant des ménorragies **idiopathiques** et ne **souhaitant pas une grossesse** à court terme, il est recommandé de proposer en première intention un traitement par dispositif intra-utérin au **LÉVONORGESTREL 52 mg** (en l'absence de contre-indication).
- Chez une femme adulte de **plus de 42 ans** ayant des ménorragies idiopathiques souhaitant **conserver son utérus** mais pas ses possibilités de procréation, il est recommandé de proposer en première intention un **traitement chirurgical conservateur** plutôt qu'un dispositif intra-utérin au LÉVONORGESTREL 52 mg, en raison d'un taux moindre d'effets secondaires.
- Chez une femme adulte ayant des ménorragies idiopathiques éligibles à un traitement chirurgical et souhaitant conserver son utérus, il est recommandé de proposer en première intention une technique de **résection ou destruction endométriale**.
- Chez une femme ayant des ménorragies associées à une **adénomyose** éligible à un traitement médical, il est recommandé de privilégier le dispositif intra-utérin au **LÉVONORGESTREL 52 mg** (en l'absence de contre-indications) par rapport à la contraception œstroprogestative.
- Chez une femme ayant des ménorragies associées à une **adénomyose** éligible à un traitement chirurgical conservateur de l'utérus et sans projet parental, il est recommandé **d'associer la technique de résection ou destruction endométriale au traitement hormonal**.

EN CONCLUSION

- SAU nécessitent une prise en charge **multidisciplinaire**.
- SAU sont **d'intensité variable** suivant les pathologies hémorragiques.
- SAU sont **variables** suivant la vie génitale.
- SAU nécessite un **traitement adapté**, +/- spécifique de la maladie hémorragique.
- Importance de la prise en compte du désir de la patiente capitale pour bonne observance
- Dans tous les cas le **traitement doit être réévalué**.
- Objectif principal = **amélioration de la qualité de vie**.
- Ne pas avoir peur de l'acide tranexamique +++ !!

MERCI !