Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2008) 37, S329–S333

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

PRISE EN CHARGE DES MÉNOMÉTRORRAGIES

Ménométrorragies : à qui, pourquoi, sur quels critères proposer une exploration hormonale ?

Menometrorrhagia: to whom, why, on which criteria to propose a hormonal exploration?

S. Brailly-Tabard[a*], S. Trabado[a], O. Khallouf[b]

« Hormones-Marqueurs »,
[a]Génétique moléculaire, pharmacogénétique et hormonologie,
[b]Biophysique et médecine nucléaire, CHU Bicêtre, AP-HP,
78, rue du Général-Leclerc, 94275 Kremlin Bicêtre cedex, France.

MOTS CLÉS
Hypothyroïdie ;
Infertilité ;
Métrorragie ;
Syndrome des ovaires polykystiques ;
Prolactine.

Résumé
L'exploration hormonale des ménométrorragies ne concerne que les patientes en période d'activité génitale, elle n'est pas indiquée en dehors de cette période. En première intention chez la femme en âge de procréer seront réalisées une détermination d'hCG, dosage incontournable afin d'éliminer une grossesse, et une mesure de TSH sérique dans le cas d'antécédents personnels ou familiaux pour le dépistage de l'hypothyroïdie frustre.
D'autres investigations peuvent être effectuées en seconde intention en fonction des signes d'appel, dans le cadre du diagnostic différentiel de dysovulation, pour poser le diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), comme la mesure sérique de la prolactine, de la 17-hydroxyprogestérone et de la testostérone totale et non liée à sa protéine de liaison la SHBG.
© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Hypothyroidism;
Infertility;
Metrorrhagia;
Polycystic ovary syndrome;
Prolactin.

Summary
The hormonal exploration of menometrorrhagia concerns only the patients throughout their reproductive life, it is not indicated outside this period. In first intention at the woman in age to procreate, will be realized a determination of hCG, an inescapable determination to eliminate a pregnancy and a measure of serum TSH in the case of personal or family history for the screening of subclinical hypothyroidism. Further investigations can be carried out in second-based signs of appeal under the differential diagnosis of polycystic ovary syndrome (PCOS), as a measure serum prolactin, 17-hydroxyprogesterone and total testosterone and not bound to its binding protein the SHBG.
© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant :
sylvie.brailly@bct.aphp.fr

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Bonne pratique et valeur diagnostique de la biologie

L'objectif recherché lors de la réalisation d'un bilan hormonal chez des femmes souffrant de ménométrorragies est d'orienter le diagnostic du clinicien, c'est-à-dire d'identifier les causes du dérèglement ou une pathologie sous-jacente. Or, il faut savoir que des ménométrorragies sont fréquemment retrouvées lors de l'installation des cycles réguliers et ovulatoires et lors de l'installation de la ménopause, période de périménopause au cours de laquelle une échographie de l'endomètre est prescrite en cas de saignements anormaux et/ou abondants [1]. Ainsi, on comprend que l'exploration hormonale des ménométrorragies concerne uniquement les femmes en période d'activité génitale.

Chez les filles jeunes, l'installation des cycles réguliers et ovulatoires se met en place progressivement avec des périodes de ménorragies irrégulières, en particulier les deux-trois années suivant la ménarche [2], ainsi que des cycles anovulatoires en raison de l'immaturité du système hypothalamo-hypophyso-ovarien. La fréquence de ces cycles anovulatoires est de 55 à 80 % les deux années suivant les premières règles [3, 4] (NP2).

Pendant la période de périménopause, les cycles deviennent anovulatoires, les phases lutéales normales deviennent de plus en plus rares, évoluant vers une insuffisance lutéale. On observe dans une première phase une hyper-œstrogénie correspondant à la réponse ovarienne à la FSH, puis dans une seconde phase une hypo-œstrogénie due à des signes de résistance des follicules ovariens à la FSH. Ces variations hormonales sont associées à une apparition de signes cliniques caractéristiques de la ménopause, et des ménorragies fréquemment rencontrées au cours de cette période [5, 6] (NP3), chez environ 10 % des femmes préménopausées selon Benedetto *et al* [7] (NP1). Les métrorragies de la périménopause peuvent être associées d'une part à une augmentation de l'œstradiol, sans relation avec l'hyperplasie de l'endomètre, étude de Moen de 2004 portant sur 28 patientes en périménopause et présentant des métrorragies [8], d'autre part, en cas d'anovulation, comme par exemple dans cette période, une chute du taux d'œstradiol est responsable de métrorragies de privation [9].

Une évaluation de l'HAS en 2005 [10], réalisée sur une population de femmes âgées de 45 ans et plus, ne recommande pas la prescription du dosage de FSH pour le diagnostic de la préménopause ou de la ménopause, en dehors des patientes hystérectomisées, celle de la LH n'ayant aucun intérêt, les symptômes étant bien définis [11].

Investigation hormonale devant des ménométrorragies de la femme en période d'activité génitale

Ces investigations sont envisagées au cours de deux contextes : la grossesse et l'hypothyroïdie, et seront aussi abordés l'hyperprolactinémie et le syndrome des ovaires polykystiques.

- *Les causes gravidiques* sont celles auxquelles l'on doit penser en priorité chez une femme en période d'activité génitale présentant des métrorragies, même s'il n'y a pas de contexte de grossesse. Parmi ces causes, il faut évoquer la possibilité d'une grossesse débutante compliquée, en particulier une grossesse extra-utérine (GEU). Le dosage d'hCG permet rapidement d'affirmer ou d'infirmer ce diagnostic. Ce dosage peut être réalisé qualitativement dans le sang ou les urines, classique réaction de grossesse, permettant d'obtenir un diagnostic avec certitude, à partir de 10 à 15 jours de retard de règles, ou quantitativement essentiellement réalisé dans le sang [12, 13] (NP2). En fait le dosage quantitatif le plus utilisé, parce que le plus sensible et le plus spécifique, est le dosage plasmatique de l'hCG totale et/ou de sa sous-unité spécifique β hCG, correspondant au dosage dit de « β hCG » qui permet de diagnostiquer une grossesse très tôt même avant le retard de règles et d'aider au diagnostic d'une grossesse pathologique [14]. Kohn a étudié une cohorte de patientes recrutées aux urgences, présentant des douleurs abdominales ou des ménométrorragies et ayant une concentration de β hCG évoquant une grossesse débutante. Sur les 730 patientes analysées, 96 (13 %) avaient une grossesse extra-utérine, 253 (35 %) une grossesse intra-utérine anormale et 381 (52 %) une grossesse intra-utérine normale, avec une distribution de la concentration des β hCG identique pour les deux premiers groupes, plus basse que la population de grossesse normale intra-utérine [15] (NP2). Il ressort de cette étude que le risque d'avoir une GEU est plus grand chez les patientes présentant des douleurs abdominales ou des saignements et une concentration de β hCG basse.
- *L'hypothyroïdie* est la pathologie hormonale la plus fréquente [16, 17]. Dans la population générale, elle touche 7,5 % des femmes. L'hypothyroïdie peut avoir des conséquences néfastes sur la fertilité et être à l'origine de ménométrorragies dont la prévalence, quand elle est recherchée, est de 13,2 à 22 % [18, 19, 20] (NP2). Bien que le rôle exact des hormones thyroïdiennes sur la fonction reproductive soit imparfaitement connu, les patientes présentant une hypothyroïdie clinique sont davantage sujettes à des troubles du cycle et de l'ovulation. Selon une analyse de Krassas [21] (NP2), comparant 171 patientes en hypothyroïdie franche (TSH > 15 mUI/L + T4 et T3 abaissées) et 214 patientes témoins, 23,4 % des patientes en hypothyroïdie présentaient des irrégularités menstruelles soit une incidence 3 fois supérieure à la population témoin. L'oligoménorrhée était le trouble le plus fréquent (42,5 %), avec une fréquence des troubles en rapport avec la sévérité du déficit, la prévalence des irrégularités diminuant de 23,4 à 9,3 % après traitement par la L-thyroxine. La survenue de ménométrorragies était aussi observée mais avec une fréquence moins importante que l'oligoménorrhée. Actuellement, un dépistage précoce des pathologies thyroïdiennes diminue cette fréquence. Wilansky [20] avait décrit dix ans auparavant, en 1989, une observation identique, sur 67 patientes cliniquement euthyroïdiennes adressées pour ménorragies, 22 sur 67 présentaient un test au TRH positif (test aujourd'hui obsolète pour le diagnostic de l'hypothyroïdie), avec des valeurs de base de TSH significativement augmentées. Huit d'entre elles ont été sui-

Stratégie de recherche : base de données Medline (Pubmed), Cochrane review.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3273467

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3273467

Daneshyari.com