

Imagerie des méno-métrorragies

Y Robert (1) et M Bazot (2)

Abstract

Meno-metrorrhagia imaging

J Radiol 2008;89:115-33

Menometrorrhagia is a frequent cause of medical consulting. After clinical examination showing the uterine origin of bleeding and excluding a cervical or vulvo-vaginal cause, ultrasonography is indicated. It is the first-line technique examination for the identification of an etiology: benign endometrium lesion (polyp, endometrium atrophy or hypertrophy) or malignant tumor, myometrial lesions (adenomyosis, leiomyoma), adnexal tumors, and first trimester pregnancy complication. Color Doppler sonography and hysterosonography are useful tools for ultrasound performance improvement. Ultrasound gives orientation for diagnosis and therapeutic strategy.

Key words: Uterus, endometrium. Uterus, myometrium. Uterus, US. Uterine neoplasms. Ovary, neoplasms.

Résumé

La survenue de ménorragies et/ou de métrorragies est une circonstance fréquente de consultation. Après un examen clinique qui authentifie l'origine utérine du saignement et exclut une cause cervicale ou vulvo-vaginale, une échographie est indiquée. C'est l'examen de première intention qui permet de rechercher une étiologie pouvant être à l'origine de ces méno-métrorragies pré- ou post-ménopausiques : affections bénignes de l'endomètre (polype, atrophie ou hypertrophie endométriale), tumeur maligne de l'utérus, pathologie du myomètre adjacent (léiomyome, adénomyose) voire tumeurs annexielles rares, sans oublier les complications de la grossesse au cours du 1^{er} trimestre. L'utilisation du Doppler et la réalisation d'une hystérosographie permettent d'optimiser les performances diagnostiques de l'échographie et d'orienter la stratégie diagnostique et thérapeutique ultérieure.

Mots-clés : Appareil génital féminin, hémorragie. Utérus, hémorragie. Ovaire. Échographie. Doppler.

Les hémorragies génitales représentent un tiers des consultations gynécologiques, ce motif de consultation atteignant 70 % en période péri- et post-ménopausique (1). Les hémorragies génitales hautes comprennent les ménorragies (saignement contemporain des règles d'une durée supérieure à 7 jours) avec polyménorrhée (règles abondantes et trop longues) et les métrorragies (saignement en dehors des règles). En cas de règles abondantes de durée normale, il s'agit d'hyperménorrhée, mais en pratique ce terme est englobé dans les ménorragies.

Ces symptômes peuvent être le témoin de perturbations fonctionnelles associées à des anomalies de l'endomètre (atrophie, hyperplasie de l'endomètre) ou non (cycles anovulatoires), de lésions organiques de l'endomètre (polype, cancer de l'endomètre) ou de voisinage (léiomyome, adénomyose, voire cancer tubaire) (*tableau 1*) (2). Les hémorragies justifient la réalisation d'investigations complémentaires, pour en rechercher la cause, en particulier une origine tumorale maligne en cas de métrorragies post-ménopausiques. Face au développement des techniques d'exploration, qui ne doivent pas se substituer à l'examen clinique pour exclure une hémorragie génitale basse, la technique initiale d'imagerie est, et reste, l'échographie. L'indication des autres méthodes d'investigations repose sur les informations que l'échographie a pu, voire n'a pas pu, fournir.

Le bilan diagnostique

L'interrogatoire doit préciser les antécédents et rechercher une contraception orale ou intra-utérine, la prise de progestatifs, un

éventuel retard de règles. Il convient également d'évaluer l'importance des symptômes et leur durée. Les données de l'examen doivent être connues, celui-ci ayant dû authentifier l'origine haute de ces hémorragies génitales.

1. L'échographie-Doppler

L'exploration échographique débute par une étude sus-pubienne afin de ne pas méconnaître une pathologie pelvienne à développement abdominal. La voie endovaginale est l'examen de choix, afin d'étudier la cavité utérine d'une part, et le myomètre adjacent d'autre part. Elle permet, de plus, d'étudier dans le même temps les annexes. En cas d'anomalie identifiée ou suspectée en mode B ou pour conforter la négativité de l'examen, le Doppler couleur peut être utilisé pour améliorer les performances diagnostiques de l'échographie. Elle peut visualiser le pédicule vasculaire d'un polype ou l'hypervascularisation d'une tumeur endométriale et évaluer la vascularisation d'un léiomyome. La période du cycle à laquelle est effectuée l'examen peut interférer sur les informations qu'il est susceptible de fournir. Une exploration en 1^{re} partie de cycle est particulièrement adaptée pour la recherche d'un polype, la 2^e pour étudier les rapports d'un fibrome sous-muqueux avec la cavité utérine. Cependant on ne sait pas à l'avance quelle est la pathologie responsable de la symptomatologie ; le compromis est aux alentours du 10^e jour du cycle, mais cet idéal n'est pas toujours applicable en pratique quotidienne. Rappelons que la mesure de l'endomètre prend en compte la totalité de l'endomètre de part et d'autre de la ligne cavitaire sur une coupe sagittale médiane.

2. L'hystérosographie

Elle complète éventuellement l'exploration échographique de l'appareil génital féminin. Outre le matériel autorisant la visualisation et préparation du col utérin (spéculum, hystéromètre, pince, etc.), deux éléments particuliers à la technique hystérosographique

(1) Centre d'imagerie médicale, 14 rue de Bouvines, 59000 Lille, France. (2) Service de radiologie Hôpital Tenon, 4 rue de la Chine, 75970 Paris Cedex 20, France.
Correspondance : Y Robert, Centre d'Imagerie Médicale, 88 Rue des Fusillés, 59493 Villeneuve d'Ascq.
E-mail : yannrobert1@frec.fr

Tableau I**Causes de saignements génitaux anormaux chez la femme.****Pathologie de l'appareil génital :**

Atrophie endométriale

Lésions bénignes : polype, hypertrophie de l'endomètre, adénomyose, fibrome

Pathologie tumorale : cancer de l'endomètre, cancer du col, du vagin et de la vulve, tumeur ovarienne maligne, bénigne hormono-sécrétante ou non

Infection vaginale, cervicale, utérine ou tubaire

Traumatisme

Complications de la grossesse (GEU, avortement spontané, pathologie trophoblastique, polype ou rétention placentaire)

Causes iatrogènes :

Traitement hormonal contraceptif, de substitution, de l'acné, de l'hirsutisme, de l'endométriose

Dispositif intra-utérin

Anticoagulant, antidépresseur

Causes systémiques :

Hypothyroïdie

Cirrhose

Troubles de la coagulation

Causes fonctionnelles :

Cycles anovulatoires, insuffisance œstrogénique ou progestative

sont nécessaires pour sa réalisation pratique : le choix du cathéter et le choix du produit de contraste (3).

2.1. Le cathéter

Trois types de « sondes » peuvent être utilisés pour l'instillation du produit de contraste :

- un cathéter spécialement conçu pour l'hystérosographie de calibre 5F ou 7F, flexible, à trou distal, muni d'un ballonnet ;
- une sonde de Foley pédiatrique ;
- un cathéter à insémination artificielle.

Chaque type de matériel présente des avantages et des inconvénients.

2.1.1. Le cathéter conçu pour l'hystérosographie

Il est d'introduction facile grâce à un mandrin rigide qui est placé au niveau de l'orifice externe du col. Son embout distal permet une purge facile éliminant toute bulle d'air et le ballonnet permet d'assurer une bonne étanchéité et un remplissage satisfaisant de la cavité utérine. Son inconvénient est son coût.

2.1.2. La sonde de Foley pédiatrique

Elle possède également un ballonnet et a pour avantage son très faible coût. Cependant, sa souplesse ne facilite pas son introduction dans le canal cervical. De plus, son extrémité, munie de trous latéraux, ne permet pas une purge complète et l'introduction d'air intracavitaire peut gêner l'examen échographique.

2.1.3. Les cathéters à insémination artificielle

Ils sont également peu coûteux. Leur deuxième avantage est de comporter à la fois un segment rigide et un segment distal fin et souple, rendant l'introduction facile et atraumatique. L'inconvénient majeur est représenté par l'absence de ballonnet : dans certains cas, le défaut d'étanchéité s'accompagne d'un reflux de produit de contraste ne permettant pas d'obtenir une distension satisfaisante de la cavité utérine.

2.2. Le produit de contraste

Deux types de produit de contraste peuvent être utilisés pour visualiser la cavité utérine :

- un produit de contraste négatif : le sérum physiologique, transsonore, très peu onéreux et facilement accessible ;
- un produit de contraste positif : liquide rendu échogène par la présence de microbulles en suspension. Ce type de produit est plus onéreux, mais permet une exploration plus aisée et fiable du passage du produit de contraste dans les trompes utérines.

Après l'étude complète de la cavité pelvienne par voie sus-pubienne et endo-vaginale, qui permet d'éliminer une dilatation tubaire contre-indiquant l'examen, la réalisation d'une hystérosographie est en tout point similaire à celle d'une hystérogaphie. Comme pour l'hystérogaphie, l'examen doit être réalisé en première partie de cycle en dehors des saignements si cela est possible, et en respectant les contre-indications que sont l'infection et la grossesse. Sa réalisation en deuxième partie de cycle s'accompagne d'une augmentation des faux positifs (4). Après mise en place du spéculum, le col cervical est nettoyé et le cathéter est introduit dans le canal cervical et mis en place dans la cavité utérine. Si l'on utilise une sonde munie d'un ballonnet, celui-ci est gonflé dans la cavité utérine, de façon progressive et en interrogeant la patiente pour éviter toute douleur lors de son remplissage à l'eau. Le ballonnet est ensuite placé au contact de l'orifice interne du canal cervical, pour prévenir toute fuite de produit de contraste. Le produit de contraste peut alors être instillé dans la cavité utérine sous contrôle échographique, en évitant toute distension excessive et douloureuse. On réalise alors un balayage de droite à gauche selon le plan sagittal, et de bas en haut selon le plan transversal de l'ensemble de la cavité utérine. L'analyse de la partie basse de la cavité utérine peut être obtenue par mobilisation du ballonnet vers le fond cavitaire ou lors du retrait de la sonde. L'étude du canal cervical s'effectue en fin d'examen, au cours de l'évacuation du produit de contraste.

3. L'hystérogaphie

Elle demeure un mode classique d'exploration radiologique de la cavité utérine, même si son indication est moindre depuis le développement d'une part de l'échographie, en particulier endo-vaginale et d'autre part de l'hystérocopie souple. La préparation du col est identique à celle de l'hystérosographie. Le matériel utilisé peut être soit des sondes à ballonnet en utilisant éventuellement une pince de Pozzi pour pouvoir exercer une traction sur le col, soit des sondes dotées de cupule s'appliquant sur le col au sein de laquelle la dépression obtenue à l'aide d'une seringue ou du vide permet d'exercer une traction si nécessaire sur le col. Le produit de contraste peut être soit hyperosmolaire, soit d'osmolalité plus basse ; ces derniers produits de contraste iodés de nouvelle génération étant plus fluides et diminuant les douleurs lors du passage péritonéal tendent à être préférés, en particulier dans les bilans tubaires. La concordance de l'hystérogaphie avec l'hystérocopie est de 50 à 70 % ; comparées aux résultats opératoires et anatomopathologiques, leur exactitude est respectivement de 50 et 86 % (5).

4. L'imagerie par résonance magnétique

C'est actuellement la technique de deuxième intention, qui doit être préconisée en complément de l'échographie, en particulier dans le bilan d'extension des cancers de l'endomètre. L'examen

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4235838>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4235838>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)