

Traitement des méno- métrorragies utérines en dehors de la grossesse

Quoi de neuf en gynéco ?


Le Havre, juin 2018

Dr KELLOU Kamilia, GHH

Pathologies organiques

Les fibromes

Désir potentiel de grossesse

Myomes type 0,1, 2 (<4cm):  **Résection hystéroscopique**
Traitement médical possible pour réduire les saignements et corriger l'anémie avant l'intervention

Myomes types 3-7:  **Traitement médical initial**

DIU au lévonorgestrel
acide tranexamique
contraceptifs oraux œstroprogestatifs
progestatifs de synthèse 21 j/mois
AINS

Si échec ou infertilité : recours à une myomectomie

Les fibromes (2)

Plus de désir de grossesse:

➡ **Traitement médical** en première intention

(réduire les saignements, corriger l'anémie, préparer une intervention chirurgicale)

DIU au lévonorgestrel

acide tranexamique

contraceptifs oraux œstroprogestatifs

progestatifs de synthèse

AINS

➡ **Traitement chirurgical en deuxième intention : Hystérectomie**

➡ ***Myomectomie ou embolisation possible si refus d'hystérectomie***

Polype et hyperplasie atypique

Polype



Résection hystéroscopique

+/- DIU levonorgestrel ou ablation d'endomètre en l'absence de désir de grossesse chez la femme non ménopausée

Hyperplasie atypique



Hystérectomie

si désir de grossesse: curetage biopsique associé à un traitement médical pour 6 mois (progestatifs per os , analogues de la GnRH , DIU au lévonorgestrel), avec contrôle histologique de l'endomètre à la fin des 6 mois de traitement

Adénomyose

Désir potentiel de grossesse

- **DIU au lévonorgestrel**
- analogues de la GnRH + add-back thérapie

Plus de désir de grossesse

- **DIU au lévonorgestrel** ou analogues de la GnRH
- **Résection ou destruction de l'endomètre** (*si superficielle*)
 - Ballonnet (*destruction jusqu'à 8mm*)
 - Radiofréquence (*destruction jusqu'à 5mm*)
- **Hystérectomie** en cas d'échec ou de refus

Cancer de l'endomètre

- **Biopsie de l'endomètre** à l'aveugle ou dirigée sous hystéroscopie par pipelle de Cornier + **échographie** obligatoire pour les métrorragies post-ménopausiques mais également chez les patientes de plus de 45 ans ou ayant des FDR de cancer de l'endomètre.
- Pour les équipes qui en dispose, la réalisation d'une hystéroscopie diagnostique ou d'une hystérosonographie est recommandée
- **Traitement spécialisé**

Méno-métrorragies utérines fonctionnelles

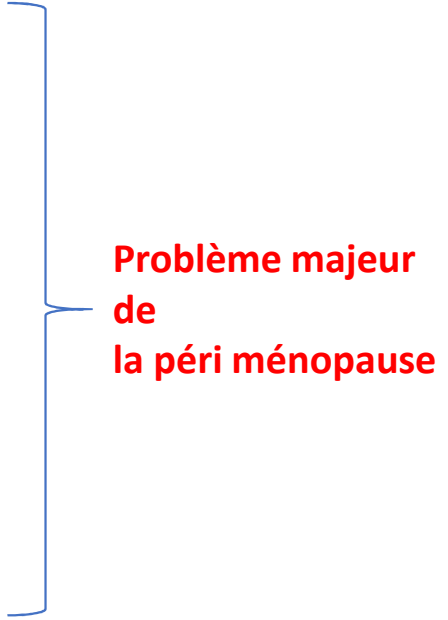
Les méno-métrorragies utérines fonctionnelles

- Pathologie fréquente

- Presque 30% des femmes concernées
- Problème de santé publique
- Choix thérapeutiques inappropriés
- Pathologie minorée
- 10 % des consultations gynécologiques spécialisées*

- Impact

- Bien être social
- Psychologique
- Économique
- qualité de vie
- Anémie



**Problème majeur
de
la péri ménopause**

- Méthodes médicales de 1 ères lignes souvent inefficaces
- Hystérectomie très efficace mais morbidité élevée

*BrJOG 1994 Lalonde

Prise en charge médicale

En première intention

- **Hormonale :**

- DIU au levonogestrel
- Contraceptifs hormonaux combinés
- MacroProgestatifs
- Agonistes de la GnRH

- **Non hormonale :**

- Antifibrinolytiques
- AINS

DIU au Levonogestrel



- Atrophie endométriale réversible
- Délivrance d'une dose quotidienne de 20 $\mu\text{g}/\text{j}$ de lévonorgestrel pendant 5 ans
- Efficacité :
 - Supérieure Exacyl et AINS
 - réduction du flux sanguin mensuel de 86 % à 3 mois et 97 % à 1 an*
 - Augmentation significative du taux d'Hb et de ferritine.
 - Aménorrhée à 1 an : entre 40 et 60 % selon les études

*Anderson, 1990

DIU au Levonogestrel (2)



- **Avantages :**
 - Efficace sur les dysménorrhées
 - Effets réversibles
 - Bonne tolérance avec taux d'interruption du traitement à 1 an de 20%
 - Faible coût
 - Traitement médical actuel le plus efficace dans le traitement des métrorragies fonctionnelles
 - Désir de grossesse ou conservation utérine
- **Inconvénients :**
 - Saignements irréguliers dans les 3 à 6 premiers mois dans 70% des cas
- **Effet indésirables :**
 - acné, céphalées, mastodynies

Contraceptifs hormonaux combinés

- Régulation de la croissance endométriale
- Efficacité :
 - Diminution du flux sanguin mensuel de 20 à 40% mais peu donnée
 - Une étude randomisée sur 45 patientes: diminution des pertes sanguines de 43%*
 - Efficacité sur les dysménorrhées

Inconvénients:

- Observance du traitement,
- CI en cas de facteurs de risque: tabac, âge, obésité...
- Effets secondaires: Acné, libido, œdème

* Fraser,1991

Progestatifs oraux

- Phase lutéale (J12-16 à J25)
 - permet de régulariser les saignements mais ne diminue pas le volume sanguin
- En continu (28J/28)
 - Diminution significative des pertes mensuelles (équivalentes au Mirena) mais mauvaise tolérance (prise de poids, céphalées, jambes lourdes,...)
 - 30% de récurrences à 3 mois
 - Observance médiocre
 - Métrorragie sur atrophie

Analogues de la GnRH

- Hypo oestrogénie avec atrophie endométriale
- Efficacité: >90 % d'aménorrhée
- Limites :
 - Effets indésirables avec syndrome climatérique et ostéopénie
 - si traitement prolongé (>6mois) : add back therapy
- Intérêt :
 - Endométriose ou en pré-opératoire
 - Utilisation très limitée dans le cadre des métrorragies fonctionnelles : en cas de contre-indication ou échec des autres traitements médicaux

Acide tranexamique (Exacyl)

- Antifibrinolytique
- Traitement de courte durée (<5 j)
- Efficacité :
 - diminution du flux sanguin de 50 % en moyenne
 - Meilleure efficacité que les AINS
- Avantages :
 - Bonne tolérance (81 % de patientes satisfaites*)
- Limites :
 - Pas d'efficacité sur les dysménorrhées ni sur la durée des saignements

* Winkler, 2001

AINS



- Réduction de la production de prostaglandines
- Efficacité
 - Diminution du flux mensuel de 20 à 30 % (acide méfénamique>diclofenac,naproxène>ibuprofène)
 - Moins efficace que l'acide tranexamique* et le DIU au lévonogestrel*
 - Efficacité sur les dysménorrhées

* *Cochrane 2007*

** *Milsolm 1991*

Hémorragies fonctionnelles

Désir de grossesse
immédiat

Oui

Acide tranexamique
AINS

Non

DIU au lévonogestrel
Acide tranexamique
Macro-progestatifs oraux
Contraceptifs oraux
AINS
Agoniste de la GnRH

Prise en charge chirurgicale

- Indications chirurgicales

- Echec du traitement médical
- Impossibilité de recours au traitement médical (CI)
- Anémie symptomatique
- Présence concomitante d'une pathologie
- Effet sur la qualité de vie

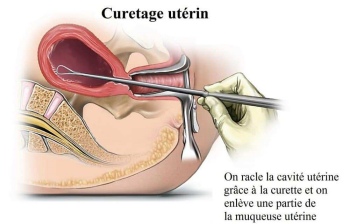
- Options chirurgicales

- Curetage hémostatique
- Ablation de l'endomètre (AE) avec ou sans résection
- hystérectomies

Prise en charge chirurgicale

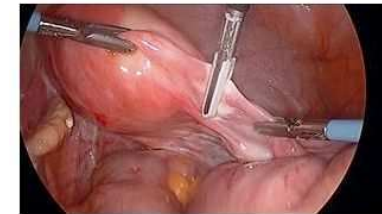
• Curetage hémostatique

- 13000 en 2005 en France
- Efficacité thérapeutique n'excède pas 50%*, récurrence élevée
- Exérèse incomplète et superficielle
- Risque de perforation, d'infection, d'hémorragie
- Recommandation Cochrane et NICE 2007: **méthode doit être abandonnée sauf urgence**



• Hystérectomie

- Solution définitive
- Echec de tous les traitements conservateurs
- Efficacité 100%
- Morbi mortalité à tenir compte
- Pas de désir de grossesse
- Voie basse et Coelioscopique +++**
- 31,9 % des Hystérectomies en Ile de France en 2007 = HFU***



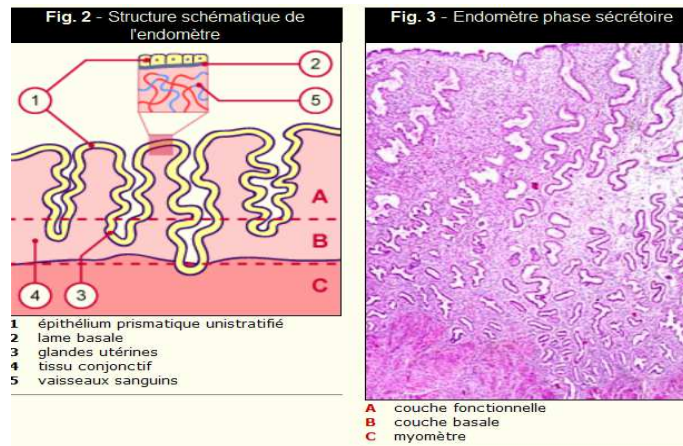
* CNGOF 2008

** Nieboer 2009 Cochrane

** Daraï 2007

Ablation endomètre (AE)

Technique de résection/réduction/destruction de l'endomètre jusqu'à la membrane basale chez patientes ne désirant plus de grossesse



➔ Alternative au traitement chirurgical radical (hystérectomie)

Précautions et contre-indications à l'AE

- Contre indications

- Grossesse et désir de grossesse
- Néoplasie de l'endomètre
- Infection pelvienne active et maladies inflammatoires pelviennes

- Précautions

- Information sur la possible aménorrhée, le risque de récurrence voire d'hystérectomie
- Anapath systématique avant
- Endomètre fin pour l'intervention
- Pas d'intérêt d'antibioprophylaxie
- BHCG
- Frottis récent
- Echographie pré op ou hystéroscopie diagnostique

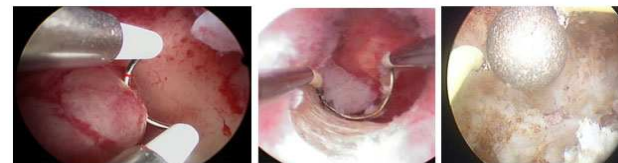
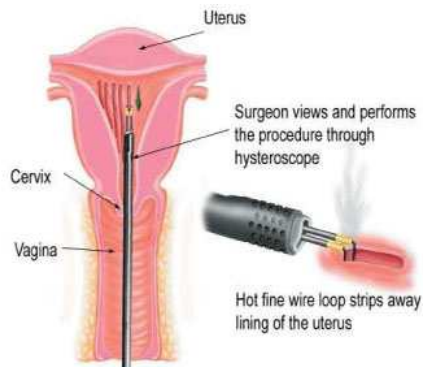
Technique AE de 1^{ère} génération

- Principe :

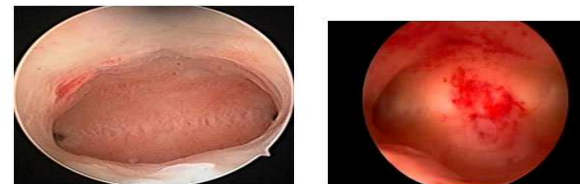
- Ablation de la totalité de l'endomètre et des fibres myométriales internes superficielles
- Réalisée par voie transcervicale sous AG ou Rachi à l'aide d'un hystéroscope opératoire avec courant bipolaire (sérum physiologique) après une dilatation cervicale à la bougie 10 sur les 4 parois (latérales et antéro-postérieure)
- Hémostase soignée et récupération des copeaux

- Modalités

- Soit résection pratiquée avec **une anse**
- Soit résection **au roller Ball** après un curetage préalable (plus rapide et à moindre risques)



Ablation using resectoscope



Post ablation on recheck hysteroscopy

Technique AE de 1^{ère} génération (2)

- Efficacité
 - Dans des mains entraînées: courbe apprentissage longue
 - Sur les saignements à 2 ans : 85% puis décroissance lente**
 - Taux d'aménorrhées : 23 à 60%**
 - Avantage : anaph complète de l'endomètre (atypies)
- **Hystérectomie secondaires dans les 5 ans: 6 à 20%****
- **Complications estimées à 4,4%***
 - 2,5% pour le roller-Ball
 - 7% pour les résections endomètres
 - surcharge de liquide et hyponatrémie
 - Perforation 1,3%**
 - Lésions intestinales, vésicales ou vaginales
 - Hémorragies 3%

**Overton 1997 BrJOG*

***2009 Cochrane 2009*

Technique AE de 2^{ème} génération

- Technologies variées:
 - **Thermocoagulation** : Cavaterm
 - **Radiofréquence bipolaire** : NovaSure
 - Irrigation de la cavité au serum chaud : Hydrothermablation (HTA)
 - Microondes : Microsulis (abandonnée)
- CNGOF 2008, Cochrane, NICE → Traitement de référence des destructions de l'endomètre
 - Courbe d'apprentissage rapide
 - Compétence chirurgicale faible
 - Morbidité inférieure à 1% (endométrite, perforation 0,3%)
 - Durée opératoire très courte
 - Toujours précédées d'un curetage biopsique

NovaSure

Vaporisation de l'endomètre et dessiccation du myomètre superficiel par radiofréquence délivrée sur une électrode bipolaire



NovaSure (2)

- **Procédure**

- Dilatation cervicale à 8
- Hystérocopie diagnostique préprocédure
 - Calcul taille utérus
 - Anapath pré coagulation
- Durée 1mn30 à 2 mn max

- **Résultats**

- 97% d'hystérectomies évitées à 3 et 5 ans *
- 97% de réduction des saignements à 3 ans *, 98% à 5 ans
- **65% d'aménorrhée à 3 ans *, 75% à 5 ans ****

- **Avantages**

- Rapidité et efficacité

- **Inconvénients**

- Cavités normales
- Cout
- Positionnement du matériel

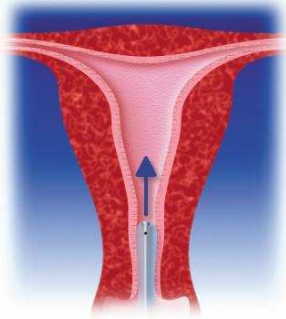
Cavaterm

- Destruction endométriale par mise en place d'un ballonnet réglable en silicone dans la cavité utérine
- Le traitement utilise l'action combinée de la chaleur (76°C en moyenne) et de la pression durant 10 minutes pour aboutir à la coagulation irréversible de l'endomètre ainsi que d'une couche superficielle de myomètre.
- La profondeur de traitement est de 5-8 mm

- Avantages
 - Simple
 - Apprentissage rapide
 - Usage unique
 - Taux de complications très faible

- Inconvénients
 - Curetage préalable
 - Cavité utérine < à 4 ou > à 10 : impossible
 - Coût

Cavaterm (2)



le cathéter à ballonnet est installé dans la cavité utérine jusqu'à ce que l'extrémité du dispositif touche le fond utérin sans dilatation cervicale



Le ballonnet est rempli avec du glucose à 5% jusqu'à ce que la pression se soit stabilisée à 230-240 mmHg
Le liquide circulant à l'intérieur du ballonnet est chauffé à une température cible de 80°C, ce qui est suffisant pour coaguler l'endomètre de manière irréversible



Le cycle de traitement dure 10 minutes, le système s'arrête automatiquement.
Il faut vider le ballonnet en retirant le liquide et on enlève le cathéter de l'utérus

HydroThermAblator

- Destruction de l'endomètre au sérum salé sous pression à 85° sous visualisation directe



- Procédure

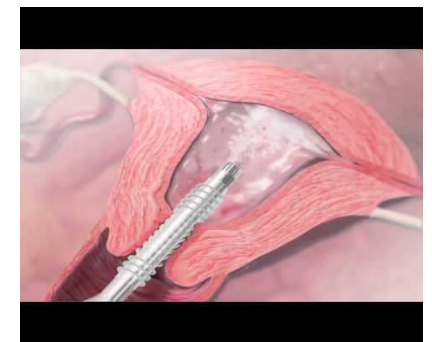
- Dilatation cervicale à 8
- Introduction d'un hystéroscope instillant un liquide chauffé à 85°
- Durée de 10 mn

- Avantages

- Procédure possible en cas de malformation utérine et irrégulières
- Visualisation directe

- Inconvénients

- **Fuites de liquide = brulures**
- Attendre refroidissement du liquide avant retrait du matériel



Comparaison des techniques de 2^{ème} génération

- Pas de différence en terme de résultats
- Pas de différence en terme de satisfaction : 86 à 99% à 1 an*
- NovaSure/HTA***
 - Satisfaction 87/68%
 - Aménorrhées 47%/24% à 1 an et 55%/37% à 5 ans
 - Réintervention 15%/35%
- NovaSure /Cavaterm**
 - Satisfaction à 1 an : idem >85%
 - Réintervention : idem
 - Aménorrhées NovaSure > Cavaterm à 12 mois (42%/12%)
 - Hypoménorrhées Cavaterm > NovaSure (59% vs 27%)

*Sharp 2006 Obstet Gynecol

**Abbott 2003 Fertil Steril

***Penninx 2011 Obstet Gynecol

Comparaison 1^{ère} et 2^{ème} génération

- Pas de différence en terme
 - de résultats**
 - de satisfaction *
 - de taux de réintervention chirurgicale : (21% vs 25%)**
 - De taux d'hystérectomie secondaire : 9,8 à 12,9%*
 - d'aménorrhée à 1 an: (37% vs 28%)**
 - d'aménorrhée à 5 ans : (53% vs 48%)**
- Risques opératoires 1G>>2G**
- Durée opératoire 1G>>2G**

*Bjog 2008

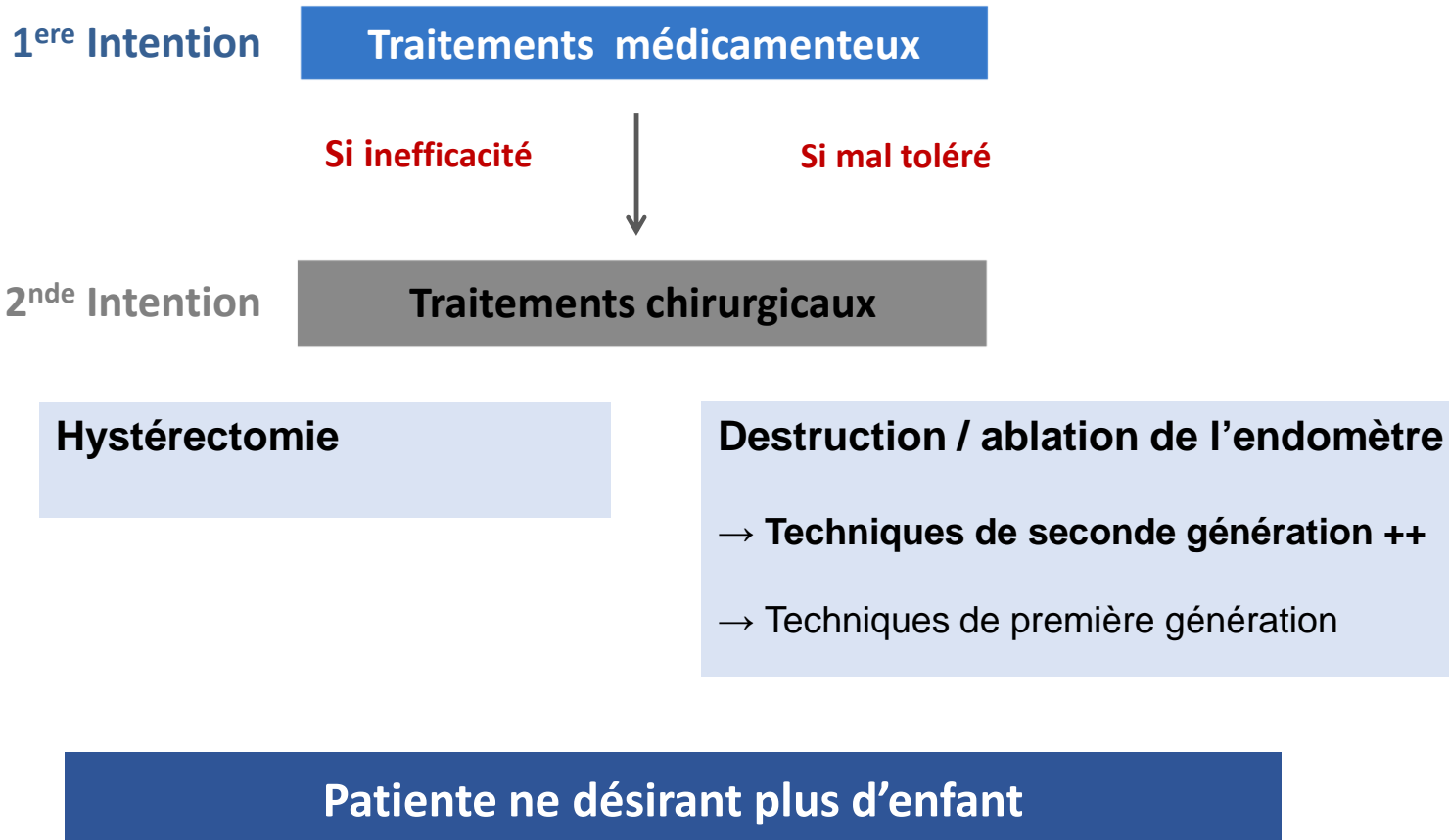
**Lethaby 2013 Cochrane

**CNGOF

Comparaison Hystérectomie et AE

- Etude de Matteson (2012)
 - Taux de patiente très satisfaites à 1an : HT (88%) > AE (78%), non retrouvée à 4 ans.
 - Maîtrise Douleur à long terme HT>AE
 - Maîtrise Saignements (aménorrhées) à long terme HT>AE
 - **Durée hospitalisation HT>AE**
 - **Taux de complications HT>AE**
- Etude Longionotti (2008)
 - **Chirurgie de IUE et prolapsus HT>AE**
 - **80% d'hystérectomies évitées chez les patientes de plus de 45 ans en cas d'AE**
 - Cout direct HT = AEx2
 - Mais à 4 ans Coût direct HT=AE

Stratégie thérapeutique



Stratégie thérapeutique 2

**Traitements médicamenteux
exclusif**

**Traitements chirurgicaux si cause
organique**



**DIU Levornogestrel (grade A)
Acide Tranexanique (Grade A)
Traitement martial (Grade A)
AINS (Grade B)
Hormonothérapie (Grade B)**

Patiente désirant un enfant

Cas particulier des méno-métrorragies de l'adolescente

Généralement associées aux phénomènes d'anovulation, d'ovaires polykystiques, d'hyperplasie bénigne de l'endomètre et souvent liées aux **coagulopathies** (maladie de Willebrand, thrombopénies ...)

Traitement selon le schéma des HUF chez les femmes désirant maintenir les possibilités de procréation en privilégiant les **pilules oestroprogestatives** et les traitements non hormonaux.