

Métrorragies à la ménopause : explorations et conduite pratique

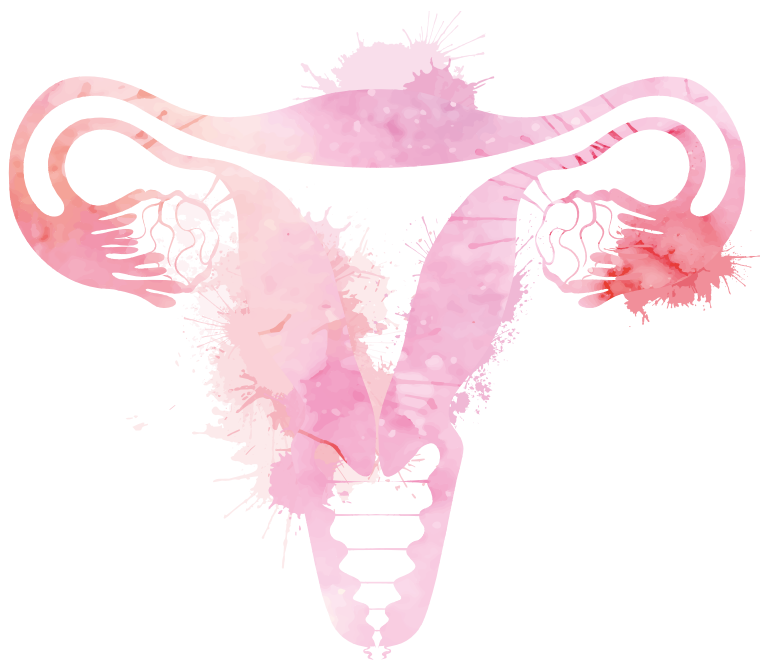


M. Carbonnel^{1, 2}, L. Marié-Scemama¹

¹ Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Foch,
SURESNES

² UFR Simone Veil, UVSQ-Paris-Saclay

RÉSUMÉ : Les métrorragies post-ménopausiques (MPM) constituent un symptôme fréquent qui justifie une évaluation rigoureuse, car elles peuvent révéler des pathologies bénignes ou malignes, notamment un cancer de l'endomètre. L'échographie endovaginale constitue l'examen de première intention, permettant, dans la majorité des cas, d'orienter la conduite à tenir. En cas d'anomalie, en particulier d'endomètre mesurant plus de 4 mm ou de récurrence des saignements, des examens complémentaires tels que l'hystérocopie et la biopsie endométriale sont nécessaires. Cet article fait le point sur les explorations recommandées et les stratégies thérapeutiques actuelles, en s'appuyant sur les dernières recommandations du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français).



POINTS FORTS

- Toute métrorragie post-ménopausique (MPM) nécessite une exploration.
- L'échographie pelvienne endovaginale est l'examen de première intention.
- Un endomètre ≤ 4 mm en l'absence de traitement hormonal de la ménopause (THM) a une valeur prédictive négative de 99 % pour le cancer.
- L'hystérocopie diagnostique et la biopsie de l'endomètre sont recommandées en cas d'endomètre > 4 mm ou de récurrence de métrorragies.
- Il ne faut jamais banaliser ces saignements : dans 10 % des cas, une cause maligne est retrouvée.

Retrouvez cette fiche en flashant
le QR code ci-dessous



©Veleri @Stock

Les métrorragies post-ménopausiques (MPM) représentent un symptôme fréquent en pratique gynécologique, définies comme tout saignement d'origine utérine survenant au moins un an après l'arrêt spontané des règles, en dehors de tout traitement hormonal de la ménopause (THM), ou tout saignement en dehors des règles de privation chez les femmes sous THM séquentiel. Elles concernent environ 11 % des femmes ménopausées, avec une fréquence légèrement variable selon les populations étudiées [1].

Bien que la plupart des MPM soient liées à des pathologies bénignes, telles que l'atrophie endométriale ou les polypes, elles peuvent révéler un cancer de l'endomètre dans environ 10 % des cas [2]. Il représente le quatrième cancer féminin en termes de fréquence et le sixième en termes de mortalité, avec un pic d'incidence autour de 59 ans. La gravité potentielle du diagnostic impose donc une évaluation rigoureuse, systématique et rationnelle de toute métrorragie post-ménopausique, même isolée, d'autant plus qu'il s'accompagne de MPM dans près de 95 % des cas.

L'objectif de cet article est de proposer une conduite diagnostique et thérapeutique claire et actualisée, fondée sur les recommandations des sociétés savantes, notamment du CNGOF [3].

Éléments clés de l'interrogatoire et de l'examen clinique

L'approche clinique initiale repose sur un interrogatoire précis et un examen gynécologique complet, indispensables pour guider les explorations complémentaires. Ces éléments permettent d'évaluer la probabilité d'une cause organique sous-jacente et d'identifier les patientes à risque de pathologie maligne.

1. Données générales

L'âge et la date de la ménopause doivent être recueillis systématiquement. Le risque de cancer de l'endomètre augmente avec l'âge, en particulier après 55 ans, avec un pic d'incidence autour de 59 ans [4].

Il est essentiel de rechercher les facteurs de risque de cancer de l'endomètre [4] : L'obésité est le facteur de risque le plus important. Le syndrome métabolique, incluant diabète de type 2, hypertension artérielle et dyslipidémie, est fréquemment associé à un surrisque. Enfin, la nulliparité, une ménarche précoce et une ménopause tardive prolongent la durée d'exposition aux œstrogènes sans opposition progestative.

Le THM à base d'œstrogènes non associés à un progestatif chez les femmes non hystérectomisées et le tamoxifène, prescrit dans le cadre des cancers du sein, avec un effet agoniste œstrogénique sur l'endomètre, sont des facteurs de risques à part entière.

Le syndrome de Lynch (HNPCC) prédispose au développement de cancers colorectaux, et de cancers de l'endomètre, mais souvent avant 50 ans. Les antécédents familiaux de cancers gynécologiques ou colorectaux, les antécédents personnels de cancers hormono-dépendants sont également à prendre en compte. Les hyperplasies endométriales atypiques sont considérées comme des lésions précancéreuses dans 20 à 40 % des cas.

2. Caractéristiques des saignements

Il est important de documenter avec précision la nature des saignements : le mode de survenue (spontané ou provoqué), la quantité et durée, la localisation, le caractère récidivant ou isolé, la présence éventuelle de douleurs associées.

Un saignement rouge vif, isolé, peut être lié à une cause atrophique, tandis que des saignements récidivants ou mêlés à des caillots doivent faire évoquer une pathologie endométriale ou endocavitaire.

3. Examen gynécologique

Un examen au spéculum est indispensable pour éliminer une cause locale : atrophie vaginale avec fragilité muqueuse, ulcérations, érosions, saignement de contact et lésions cervicales suspectes. Un toucher vaginal permet d'évaluer la taille et la mobilité utérines, de rechercher une sensibilité ou une masse annexielle. Les diagnostics différentiels des rectorragies et hématuries doivent être recherchés.

Explorations : démarche diagnostique

L'objectif des explorations devant des MPM est d'identifier une cause organique et, en particulier, de ne pas méconnaître un cancer de l'endomètre. La démarche doit être structurée, progressive et adaptée au contexte clinique. Elle s'appuie principalement sur l'imagerie pelvienne, l'hystérocopie diagnostique et la biopsie endométriale.

1. Échographie pelvienne endovaginale

L'échographie pelvienne est l'examen recommandé en première intention (grade A) [3]. Elle doit être réalisée par un échographiste entraîné, de préférence en fin de séquence progestative chez les femmes sous traitement séquentiel, ou n'importe quand en cas de traitement combiné. Si l'endomètre est ≤ 4 mm et que l'épisode de métrorragie est isolé, il est possible de surseoir à des examens complémentaires (avis d'experts) [3] (**fig. 1**). En effet, une épaisseur endométriale ≤ 4 mm a une valeur prédictive négative de 99 % pour le cancer de l'endomètre [5]. En cas de métrorragies récidivantes, d'endomètre > 4 mm ou d'aspect hétérogène, des examens complémentaires de seconde intention sont nécessaires.

2. Biopsie endométriale

La biopsie est indiquée en cas de saignements récidivants ou d'épaisseur endométriale > 4 mm. La pipelle de Cornier permet de réaliser une biopsie en consultation avec une spécificité de 99 % et une sensibilité de 84 % pour le cancer de l'endomètre [6], bien que réalisée "à l'aveugle". Une biopsie négative n'exclut donc pas définitivement une pathologie : une réévaluation est recommandée si les symptômes persistent au-delà de 6 mois. De plus, elle doit être systématiquement associée à une hystérocopie diagnostique pour mieux caractériser les lésions (grade B) [3].

3. Hystérocopie diagnostique

Réalisée au cabinet en conditions stériles, elle permet une visualisation directe de la cavité utérine et des biopsies dirigées en cas de suspicion de malignité. L'examen peut être réalisé sans préparation cervicale,

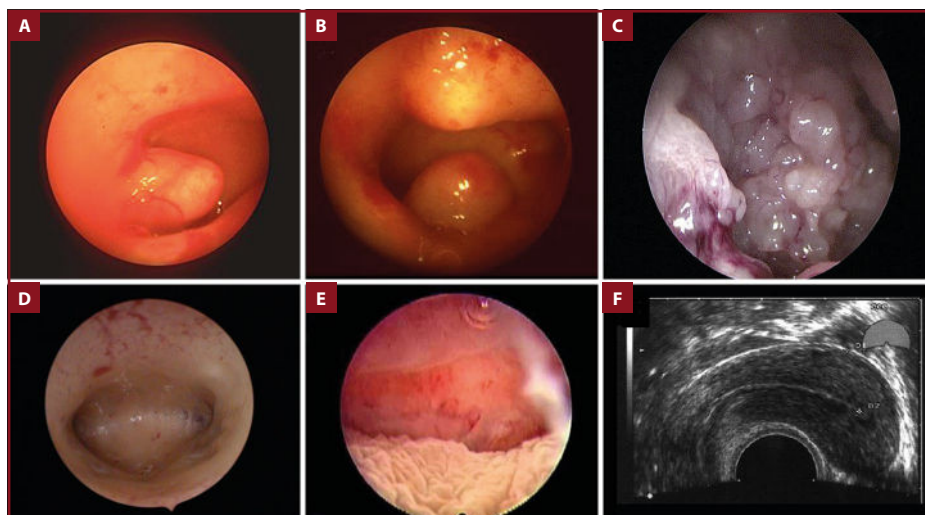


Fig. 1 : Images d'hystérocopie diagnostique et d'échographie pelvienne devant des MPM. Hystérocopie diagnostique. **A :** polype; **B :** 2 fibromes FIGO 1 et 2; **C :** cancer de l'endomètre; **D :** atrophie endométriale; **E :** hypertrophie endométriale et échographie pelvienne par voie endovaginale en coupe longitudinale; **F :** atrophie endométriale.

sauf en cas de sténose, où une préparation hormonale peut être ajoutée les jours précédents. Les complications sont rares (perforation < 0,3 %, infections < 2 %), et le taux d'échec est faible (4 %). L'hystérocopie permet un diagnostic plus précis, notamment pour les polypes et les myomes, avec une meilleure caractérisation des lésions. Les tumeurs bourgeonnantes, friables, irrégulières, avec des zones nécrotiques et une vascularisation anarchique, sont fortement évocatrices de cancer (**fig. 1**).

4. Hystérosophonographie

Cette technique alternative utilise un cathéter rigide ou une sonde pédiatrique avec sérum physiologique. Elle a une sensibilité et une spécificité proches de

l'hystérocopie. Elle ne permet cependant pas la visualisation directe des lésions ni la réalisation de biopsies dirigées, ce qui en limite l'intérêt dans le bilan de saignements post-ménopausiques. L'hystérocopie reste donc préférée chez la femme ménopausée [3].

5. IRM pelvienne

L'IRM n'a pas sa place dans les examens de seconde intention en l'absence de diagnostic de cancer. L'IRM présente une excellente sensibilité et spécificité, mais son coût élevé et son absence de capacité diagnostique histologique en limitent l'usage. Elle est en revanche nécessaire en cas de diagnostic avéré de cancer ou de forte suspicion avec sténose cervicale

empêchant l'hystérocopie diagnostique et la biopsie, afin de réaliser le bilan d'extension.

L'arbre décisionnel des explorations à réaliser en cas de MPM est représenté sur la **figure 2**.

Étiologies principales et conduite à tenir

60 % des MPM ne sont pas secondaires à une pathologie, mais dues à l'utilisation d'un THM ou à une atrophie, 40 % sont liées à une pathologie organique dont 11 % des cancers de l'endomètre, en particulier autour de 60 ans.

1. L'atrophie de l'endomètre

C'est la cause la plus fréquente des MPM. Elle résulte de la carence œstrogénique post-ménopausique, entraînant une fragilité de l'endomètre. L'échographie endovaginale montre généralement un endomètre fin (≤ 4 mm), homogène. En l'absence de facteurs de risque et si le saignement est isolé, une simple surveillance peut être proposée. Dans des cas sélectionnés de récurrences symptomatiques, une hystérocopie opératoire avec endoméctomie peut être envisagée à visée symptomatique et diagnostique.

2. Polypes endométriaux

Les polypes sont fréquents après la ménopause, en particulier en cas de THM, et souvent bénins, mais leur potentiel de transformation maligne augmente avec l'âge, la taille ou un traitement hormonal concomitant. La réalisation d'une hystérocopie opératoire avec analyse histologique (résection de polype et endoméctomie) est systématique.

3. Fibromes sous-muqueux

Moins fréquents après la ménopause, ils peuvent cependant persister, notamment sous THM. Leur localisation intracavitaire favorise les saignements. Ils doivent être également retirés, le plus souvent par hystérocopie opératoire pour les types 0, 1 ou 2 de moins de 4 cm. L'analyse histologique est indispensable; le diagnostic de sarcome, bien que rare, ne doit pas être omis.

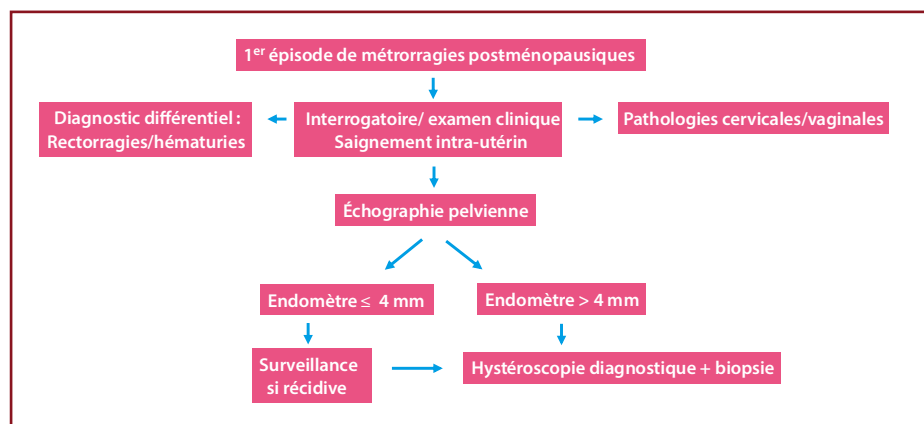


Fig. 2 : Arbre décisionnel des explorations en cas de MPM.

4. Hyperplasie de l'endomètre

Elle est liée à une exposition œstrogénique prolongée non équilibrée par une progestérone, souvent chez la femme obèse, diabétique, ou sous THM parfois trop dosé en œstrogènes ou pas assez en progestérone. L'échographie montre un endomètre épaissi (> 4 mm), parfois irrégulier. Un prélèvement endométrial est indispensable. En l'absence d'atypie, une endoméctomie par hystérocopie opératoire est proposée. En cas d'atypie, une hystérectomie est recommandée d'emblée après discussion multidisciplinaire.

5. Cancer de l'endomètre

En cas de confirmation, un bilan d'extension (IRM pelvienne, TDM TAP) précède la discussion thérapeutique puis la prise en charge dans un centre agréé.

6. Causes cervicales et vaginales

Les saignements peuvent aussi provenir d'une atrophie vaginale, d'un polype cervical, d'une cervicite ou d'une lésion néoplasique du col. L'examen au spéculum est essentiel. Tout aspect anormal du col doit conduire à un frottis, voire à une colposcopie avec biopsie.

7. Causes fonctionnelles : traitement hormonal de la ménopause

Elles surviennent le plus souvent durant les six premiers mois ou elles peuvent atteindre 50 %, et sont les principaux facteurs de mauvaise observance [7]. Les causes fonctionnelles sont la reprise de l'activité ovarienne, une mauvaise observance et des troubles trophiques de l'endomètre. En cas de premier épisode de métrorragies sous THM et d'endomètre ≤ 4 mm, il faut vérifier l'observance. On peut adapter le traitement, en particulier en augmentant le ratio progestatif/œstrogène. En cas de persistance des troubles, le traitement peut être interrompu. De même, en cas de pathologie organique non cancéreuse

entraînant des MPM (polypes, fibromes, hypertrophie), une interruption, voire un arrêt, des MPM peut être discutée en fonction de la balance bénéfice/risque avec la patiente.

L'hystérocopie opératoire : déroulement et risques

L'hystérocopie opératoire est un geste endoscopique mini-invasif permettant de traiter, sous contrôle visuel direct, les lésions intracavitaires utérines (polypes, fibromes sous-muqueux, hyperplasies localisées) responsables de métrorragies post-ménopausiques. Elle se pratique le plus souvent en ambulatoire, sous anesthésie locale ou générale, avec un hystéroscope opératoire rigide muni d'un canal pour instruments (anse, ciseaux, morcellateur...). Elle permet également d'y associer une endoméctomie complète à visée symptomatique (en cas d'atrophie endométriale hémorragique persistante ou d'hypertrophie diffuse) et diagnostique, en utilisant des techniques de 1^{re} génération (résectoscope) ou de 2^e génération (thermoablation). Le taux de complications des hystérocopies opératoires est faible (1 à 5 %). On note 2 % de risques de perforation, 1 % de risque d'endométrite, 0,03 % de risque hémorragique et 0,02 % de risque de plaie digestive. C'est un outil de choix dans la prise en charge ciblée et conservatrice des saignements post-ménopausiques d'origine intracavitaire.

Conclusion

Les MPM sont un symptôme à ne jamais négliger. Les avancées récentes permettent néanmoins de confirmer l'apport et la fiabilité de la mesure de l'endomètre en échographie avec un *cut-off* de 4 mm pour pousser les explorations et la prise en charge.

Bibliographie

1. ASTRUP K, OLIVARIUS NF. Frequency of spontaneously occurring postmenopausal bleeding in the general population. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004;83:203-207.
2. CLARKE MA, LONG BJ, DEL MAR MORILLO A *et al*. Association of Endometrial Cancer Risk With Postmenopausal Bleeding in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 2018;178:1210-1222.
3. TRÉMOLLIÈRES F, CHABBERT-BUFFET N, PLU-BUREAU G *et al*. Postmenopausal women management: CNGOF and GEMVi clinical practice guidelines (Short version). *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 2021;49:305-317.
4. CROSBIE EJ, KITSON SJ, McALPINE JN *et al*. Endometrial cancer. *Lancet*, 2022;399:1412-1428.
5. ACOG Committee Opinion No. 734: The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Women With Postmenopausal Bleeding. *Obstet Gynecol*, 2018;131:e124-e129.
6. MACHADO F, MORENO J, CARAZO M *et al*. Accuracy of endometrial biopsy with the Cornier pipelle for diagnosis of endometrial cancer and atypical hyperplasia. *Eur J Gynaecol Oncol*, 2003;24:279-281.
7. HAMDAOUI N, BOUBLI L. Management of side effects under hormonal replacement therapy in menopausal women: Abnormal uterine bleeding. Postmenopausal women management: CNGOF and GEMVi clinical practice guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 2021;49:474-484.

Les auteures ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.