



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

**MENO-METRORRAGIES DE LA PERI-MENOPAUSE: ANALYSE DES
FACTEURS INFLUENÇANT LA DECISION D'ORIENTATION SPECIALISEE**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 30 Mai 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Michela CALABRETTO

Née le 05 mai 1986

A PUTIGNANO (ITALIE)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

**MENO-METRORRAGIES DE LA PERI-MENOPAUSE: ANALYSE DES
FACTEURS INFLUENÇANT LA DECISION D'ORIENTATION SPECIALISEE**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 30 Mai 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Michela CALABRETTO

Née le 05 mai 1986

A PUTIGNANO (ITALIE)

Année Universitaire 2016-2017
au 1^{er} Janvier 2017

Doyen :
1^{er} Assesseur :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Yves ARTUR
Mme Laurence DUVILLARD
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	MANGOLA	Urgences
----	-------	----------------	----------

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre jusqu'au 31/08/2017)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Professeur Serge DOUVIER, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Dijon

Membres:

Professeur Pablo ORTEGA-DEBALLON, Service de Chirurgie Digestive, CHU Dijon

Professeur Associé François MORLON, Département de Médecine Générale, Dijon

Directeur de Thèse :

Docteur Thierry MIRAS, Service de Gynécologie-Obstétrique, CH Chalon-sur-Saône

REMERCIEMENTS

Au Professeur Serge DOUVIER, qui a accepté de présider ce jury. Pour son investissement, malgré le peu de temps à disposition.

Au Professeur Pablo ORTEGA-DEBALLON, pour avoir intégré avec enthousiasme ce jury.

Au Professeur François MORLON, pour avoir accepté de juger mon travail et pour m'avoir transmis un des plus précieux enseignements : « en médecine générale nous n'avons pas le temps, mais nous avons la durée ».

Au Dr Thierry Miras, pour m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail, pour ses conseils, pour le temps consacré et pour les réponses promptes à mes questions urgentes.

A François pour l'aide à l'élaboration des statistiques. Merci d'avoir répondu présent.

A ma famille, qui m'a appris à marcher sur mes deux jambes. Partout, en toutes circonstances. Si je ne tombe pas c'est parce que, peu importe la distance, je sais que vous veillez sur moi.

A mes amis italiens. Chaque retour au Pays est un voyage dans le temps et j'ai l'impression de ne jamais vous avoir quittés.

A mes maitres de stage et à tous les collègues, internes et non, qui ont animé ces six semestres d'internat. Un remerciement particulier à la coloc' de « Montceau-les-Ruines », aux internes de la Dermatologie du CHU et au team « The top of Chalon ».

A tout le personnel de la Maternité de Chalon-sur-Saône qui, complice de ce travail de thèse, m'a adoptée et a pris soins de moi pendant tous ces mois.

Au personnel des Urgences de Beaune. A mes co-internes aimables et arrangeants, aux chefs-bientôt-collègues et aux paramédicaux avec qui j'aurai l'honneur de partager mes premières expériences de « Docteur ».

A chaque personne que j'ai rencontrée à Semur-en-Auxois. Il y aurait tellement de choses à dire sur ce semestre semurois ! Le bon travail, la bonne équipe, la bonne ambiance, les bonnes soirées... Evidemment, tout ne sera pas pareil, mais je reviens vers vous pour mon plus grand plaisir !

Et le meilleur est pour la fin...

A Alix, cette très belle rencontre professionnelle et personnelle. Une de ces rares personnes que l'on peut définir, sans peur de se tromper, de confiance. Et, accessoirement, tu es aussi un très bon médecin ! Reviens vite sur Dijon mon petit !

A Margaux, pour l'aide et le soutien apportés pendant ces derniers mois, au travail comme dans ma vie personnelle. Merci de ne pas avoir oublié qu'il y a des jours plus durs que d'autres, merci de m'avoir accompagnée pendant ces moments et merci également d'avoir partagé avec moi les moments de bonheur !

A Martha, rencontrée par hasard et gardée par choix. Une présence importante tant au début qu'à la fin de cet internat, les transitions marquantes on les aura toutes faites ensemble ! On se quitte un moment pour se retrouver plus loin !

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	7
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	9
TABLE DES MATIERES.....	10
TABLE DES ILLUSTRATIONS	13
ABRÉVIATIONS	15
PARTIE I : INTRODUCTION.....	16
1. Situation de la problématique	16
2. Les méno-métrorragies	17
2.1 Les étiologies	18
2.2 Classification	18
2.3 Diagnostic	19
2.4 Prise en charge et traitement des hémorragies d'origine utérine (AUB)	19
3. La péri-ménopause	24
4. Risques opératoires	25
PARTIE II : MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	27
1. Population	27
2. Variables	27
3. Analyse statistique.....	29
PARTIE III : RÉSULTATS.....	30
1. Analyse descriptive de la totalité de l'échantillon	30
1.1 Diagnostic	30
1.2 Parité	30
1.3 Contraception	31
1.4 Frottis cervico-utérin	32
1.5 Comorbidités	32

1.6 Diabète	32
1.8 Obésité.....	33
1.9 Anticoagulants	33
2. Analyse descriptive par 2 groupes de traitement : « traitement chirurgical » et « traitement non chirurgical »	35
2.1 Type de chirurgie	35
2.2 Type de traitement médical	36
2.3 Analyse descriptive des variables explicatives.....	37
2.4 Le cas particulier de la patiente traitée par conisation	43
3. Analyse descriptive par 3 groupes de traitement : « traitement chirurgical de première intention », « traitement chirurgical secondaire » et « traitement non chirurgical »	44
3.1 Diagnostic	44
3.2 Parité	45
3.3 Contraception	46
3.4 Frottis cervico-utérin	47
3.5 Comorbidités	48
3.6 Diabète	48
3.7 Anémie.....	49
3.8 Obésité.....	50
3.9 Anticoagulants	50
4. Analyse statistique par 2 groupes de traitement : « traitement chirurgical » et « traitement non chirurgical »	51
5. Analyse statistique par 3 groupes de traitement : « traitement chirurgical de première intention », « traitement chirurgical secondaire » et « traitement non chirurgical »	52
5.1 « Traitement chirurgical en première intention » vs « traitement chirurgical secondaire »	52

5.1 « Traitement non chirurgical » vs « traitement chirurgical secondaire »	54
PARTIE IV: DISCUSSION	56
1. Prise en charge chirurgicale pour les méno-métrorragies organiques.....	56
2. Prise en charge chirurgicale pour les patientes sous anticoagulants	57
3. Les comorbidités n’influencent pas le choix.....	57
4. Pas plus de traitements non chirurgicaux pour les patientes obèses	57
5. Le diabète est un facteur neutre	57
6. Le désir de grossesse n’est pas influant.....	58
7. L’anémie n’oriente pas vers un traitement chirurgical.....	58
8. Les FCU anormaux n’influencent pas le choix	58
9. Les pathologies organiques bénéficient d’une chirurgie secondaire	59
10. L’obésité repousse l’orientation vers une prise en charge chirurgicale	59
11. Limites de l’étude	60
12. Forces de l’étude	60
PARTIE V : CONCLUSION	61
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
ANNEXES	65

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1. Répartition des diagnostics dans la population étudiée	30
Figure 2. Répartition de la parité dans la population étudiée	31
Figure 3. Répartition de la contraception dans la population étudiée	31
Figure 4. Répartition du résultat du FCU dans la population étudiée	32
Figure 5. Répartition de l'anémie dans la population étudiée	33
Figure 6. Répartition de l'obésité dans la population étudiée	33
Figure 7. Répartition des anticoagulants dans la population étudiée	34
Figure 8. Répartition de la population en fonction du traitement	35
Figure 9. Répartition du traitement chirurgical dans la population étudiée	36
Figure 10. Répartition du traitement conservateur dans la population étudiée	36
Figure 11. Répartition du traitement médical dans la population étudiée	37
Figure 12. Répartition du diagnostic dans les deux groupes	38
Figure 13. Répartition de la parité dans les deux groupes	38
Figure 14. Répartition de la contraception dans les deux groupes	39
Figure 15. Répartition du résultat du FCU dans les deux groupes	40
Figure 16. Répartition des comorbidités dans les deux groupes	40
Figure 17. Répartition du diabète dans les deux groupes	41
Figure 18. Répartition de l'anémie dans les deux groupes	41
Figure 19. Répartition de l'obésité dans les deux groupes	42
Figure 20. Répartition des anticoagulants dans les deux groupes	43
Figure 21. Répartition de la population dans les trois groupes	44
Figure 22. Répartition du diagnostic dans les trois groupes	45

Figure 23. Répartition de la parité dans les trois groupes	46
Figure 24. Répartition de la contraception dans les trois groupes	47
Figure 25. Répartition du résultat du FCU dans les trois groupes	47
Figure 26. Répartition des comorbidités dans les trois groupes	48
Figure 27. Répartition du diabète dans les trois groupes	49
Figure 28. Répartition de l'anémie dans les trois groupes	49
Figure 29. Répartition de l'obésité dans les trois groupes	50
Figure 30. Répartition des anticoagulants dans les trois groupes	51

ABRÉVIATIONS

AMM :	Autorisation de mise sur le marché
ASCUS :	Atypical squamous cells of undertermined significance
AUB :	Anormal uterine bleeding
AVK:	anti-vitamine K
DIU :	Dispositif intra-utérin
DIU-Cu :	Dispositif intra-utérin au cuivre
DIU-LNG :	Dispositif intra-utérin au <i>lévonorgestrel</i>
FCU :	Frottis cervico-utérin
FIGO :	International Federation of Gynecology and Obstetrics
FSH :	Hormone folliculo-stimulante
GnRH :	Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPV :	Human papillomavirus
INR :	International Normalized Ratio
LDL :	Low density lipoprotein
LH-RH :	Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires
NACO :	Nouveaux anticoagulants oraux
NILM :	Negative for intraepithelial lesion or malignancy

PARTIE I : INTRODUCTION

1. Situation de la problématique

Les hémorragies génitales, pertes de sang provenant de l'appareil génital féminin, sont une des causes les plus fréquentes de consultation en gynécologie. Elles représentent 20% des consultations d'ordre gynécologique chez le médecin généraliste (1).

Les hémorragies peuvent avoir origine de la partie terminale de l'appareil génital : il s'agit d'hémorragies vulvaires et vaginales. Elles peuvent également provenir de l'utérus : on parle alors de ménorragies et de métrorragies (2).

Environ 30% des femmes subissent un saignement utérin anormal (AUB, *Anormal Uterin Bleeding*) au cours de leur vie (3).

Ces saignements utérins sont responsables d'anémie et d'une importante altération de la qualité de vie des patientes. Ils sont également la première cause d'hystérectomie qui est donc réalisée pour améliorer le confort alors qu'il n'y a pas de risque vital (4).

Compte tenu du grand nombre de méthodes thérapeutiques médicales, endoscopiques et de radiologie interventionnelle disponibles, des alternatives thérapeutiques sont cependant possibles.

La péri-ménopause est la phase de transition entre l'activité ovarienne de l'âge fertile et la ménopause. Elle se caractérise par une désorganisation hormonale, avec d'abord une phase d'hyper-oestrogénémie et ensuite l'alternance de phases d'hypo- et hyperactivité ovarienne. Ces variations hormonales sont associées à l'apparition de signes cliniques caractéristiques de la ménopause et des ménorragies sont fréquemment rencontrées au cours de cette période. La ménopause est enfin un diagnostic défini à posteriori par une aménorrhée d'une durée supérieure ou égale à un an (5) (6).

Définir l'âge de la péri-ménopause n'est pas simple. Certains auteurs situent l'âge médian à 45,5 ans (5) et le début de la ménopause à 50 ans (7).

Il est raisonnable de penser que les patientes consultant à ces âges ont, dans la plupart des cas, déjà eu un premier contact avec un spécialiste en gynécologie (FCV, grossesse, suivi réguliers, etc...). Parfois il s'agit d'un spécialiste consulté avec régularité, dit « de confiance ».

Dans la prise en charge des méno-métrorragies, à tout âge, les recommandations de bonne pratique préconisent en première intention la réalisation d'un examen clinique avec toucher vaginal, mise en place d'un spéculum et réalisation d'un frottis cervico-vaginal. Une grossesse devra toujours être éliminée et en cas d'hémorragie avérée l'échographie vaginale sera l'examen de première intention (8). D'autres examens seront à réaliser en deuxième intention sur des terrains spécifiques.

Compte tenu des différentes possibilités thérapeutiques (médicales et chirurgicales) et du fait que près de la moitié (47,6 %) des gynécologues exerçant en 2014 sur le territoire français ne pratiquent pas de chirurgie (9) il est intéressant pour le médecin généraliste de soulever la question de la bonne orientation des patientes consultants pour des méno-métrorragies aux âges de la péri-ménopause.

Existent-ils des facteurs liés au problème gynécologique ou au terrain des patientes qui influencent le choix d'un traitement chirurgical ? La présence d'un ou plus de ces facteurs pourrait-elle justifier l'orientation d'emblée vers un chirurgien afin de réduire le risque d'échec thérapeutique et par conséquent la durée de l'inconfort pour les patientes et le risque de complications ?

L'objectif de cette étude est d'identifier et d'analyser les différents facteurs influençant la décision de prise en charge chirurgicale des méno-métrorragies chez les patientes âgées de 40 à 55 ans non ménopausées.

2. Les méno-métrorragies

Les saignements utérins anormaux (AUB) représentent une affection gynécologique très fréquente concernant environ 30% des femmes (2).

Les **ménorragies** sont définies par la présence de règles prolongées et abondantes coïncidant avec des cycles de durée variable. On distinguera :

- Polyménorrhée : règles abondantes et fréquentes.
- Pollakiménorrhée : règles fréquentes.
- Hyperménorrhée : règles abondantes.
- Macroménorrhée : règles se prolongeant au-delà de huit jours.

Les **métrorragies** sont définies par une hémorragie utérine survenant en dehors de la période menstruelle.

2.1 Les étiologies

Les hémorragies génitales de l'âge fertile se distinguent en deux grands groupes : les hémorragies gravidiques et les hémorragies non gravidiques (2).

Les causes d'hémorragies non gravidiques sont très nombreuses.

Les ménorragies sont l'expression clinique d'une desquamation endométriale aberrante en rapport avec une hypertrophie de l'endomètre provoquée par une sécrétion de progestérone insuffisante.

Les métrorragies peuvent, de leur côté, avoir des origines variées :

- Les causes organiques :
 - a. Les lésions vulvo-vaginales et cervicales : infections (vulvo-vaginite, exo- et endocervicite), corps étrangers, lésions traumatiques (plaies de la vulve, du vagin, des culs de sac, du col, de l'hymène), adénose vaginale (épithélium glandulaire sur l'exocol et le vagin), endométriose vaginale, cancers du vagin et du col, polypes et fibromes du col.
 - b. Les causes corporéales : fibrome utérin, polype endométrial, endométrite, cancer de l'endomètre, endométriose utérine ou adénomyose, stérilet.
 - c. Les lésions annexielles : salpingite aiguë, cancer de la trompe, tumeurs de l'ovaire.
- Les hémorragies utérines fonctionnelles :
 - a. Insuffisance progestéronique.
 - b. Sécrétion oestrogénique insuffisante en début de cycle.
- Les causes iatrogènes, induites par un traitement mal équilibré : oestroprogestatifs (arrêt prématuré de la pilule, pilule à faible teneur en estrogènes), progestatifs (spotting sous pilule progestative minidosée continue), anticoagulants.
- Les causes générales :
 - a. Hémopathies et troubles de la coagulation
 - b. Acromégalie, pathologies thyroïdiennes

2.2 Classification

En 2011, le Groupe de Troubles Menstruels de la *Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique* (FIGO) a publié un nouveau système de classification des saignements anormaux, le PALM-COEIN. Ce système a été développé pour normaliser la nomenclature afin de décrire l'étiologie et la sévérité des AUB. Selon cette nouvelle classification, les termes ménorragie et métrorragie ne sont plus recommandés (3).

Classification PALM-COEIN :

- Polype
- Adénomyose
- Léiomyome
- Malignité et hyperplasie
- Coagulopathie
- Dysfonctionnement Ovulatoire
- Endométrial
- Iatrogène
- Non encore classifié

2.3 Diagnostic

L'interrogatoire doit évaluer les saignements, leur retentissement et éventuellement orienter vers des pathologies spécifiques (pathologies systémiques, troubles de l'hémostase).

L'examen clinique, comprenant l'examen gynécologique complet et éventuellement la réalisation d'un frottis cervico-utérin, permettra d'éliminer les causes cervico-vaginales et d'apprécier le volume utérin.

Une possible grossesse sera toujours évoquée et éliminée.

Les dosages hormonaux n'ont pas d'intérêt en dehors de la suspicion d'un syndrome des ovaires polykystiques.

La biopsie endométriale sera réalisée systématiquement après l'âge de 40 ans ou en présence de facteurs de risque de cancer de l'endomètre.

Parmi les examens d'imagerie, l'échographie vaginale est l'examen de première intention. L'hystérocopie et l'hystérosonographie seront réalisées lorsque l'échographie n'est pas concluante ou en cas d'échec du traitement médical. L'IRM est un examen de seconde intention demandé devant un utérus polymyomateux ou devant une suspicion d'adénomyose (8).

2.4 Prise en charge et traitement des hémorragies d'origine utérine (AUB)

2.4.1 Le polype

Il n'existe pas de traitement médical efficace pour cette pathologie. Une abstention thérapeutique peut donc être proposée aux femmes paucisymptomatiques devant des polypes infra-centimétriques.

Le traitement de choix est la chirurgie conservatrice par résection hystéroscopique, de préférence à l'anse bipolaire ou avec électrode bipolaire.

L'association de cette intervention au traitement de l'endomètre, médical par DIU au *lévonorgestrel* (DIU-LNG) ou chirurgical par résection ou réduction endométriale, réduit le risque de récurrence hémorragique.

Le choix du traitement médical ou chirurgical doit tenir compte du désir de grossesse de la patiente (11).

2.4.2 L'adénomyose

Chez les femmes désireuses d'une grossesse future le traitement médical est recommandé en première intention. Les molécules à choisir sont les analogues de la GnRH (Enantone®, Decapeptyl®, Gonapeptyl®), associés à l'add-back thérapie (administration d'œstrogénostatifs à faible dose) ou au *lévonorgestrel* par voie locale.

Chez les femmes sans désir de grossesse le traitement de première intention est médical ou chirurgical conservateur (résection ou destruction de l'endomètre). L'hystérectomie n'est recommandée qu'en deuxième intention. Lorsque des douleurs pelviennes affectent les patientes, un abord laparoscopique devrait être privilégié afin de chercher une endométriose pelvienne (11).

2.4.3 Le leiomyome

Les myomes sont la principale cause organique de saignement génital avant 40 ans. Ils sont retrouvés chez 10 à 51,2 % des patientes présentant des méno-métrorragies (12).

La prise en charge des fibromes utérins symptomatiques dépend principalement du désir de la patiente de préserver sa fertilité.

En dehors des Selective Progesterone Receptor Modulators (SPRM), les traitements médicaux n'ont pas d'indication à visée curative. Ils permettent cependant de prendre en charge les symptômes et peuvent être utilisés en phase préopératoire dans le but de réduire le volume des fibromes et de corriger l'anémie (13).

Les épisodes hémorragiques aigus peuvent être traités par *acide tranexamique*, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou œstrogènes à forte dose (14).

Les progestatifs par voie orale peuvent traiter les symptômes associés aux myomes, mais ne réduisent pas leur volume ni empêchent leur croissance (15).

Les agonistes de la Gn-RH entraînent la diminution du volume des myomes et augmentent le taux d'hémoglobine préopératoire. Ils sont donc indiqués à visée préopératoire, pour une durée de 3 mois, ou être prescrits à long terme associés à une add-back thérapie.

Dans la famille des SPRM, deux molécules sont utilisées : la *mifépristone*, qui permet une réduction de la taille des myomes et l'amélioration des symptômes, et l'*ulipristal acétate* (ESMYA®). Ce dernier a obtenu européenne dans l'indication au traitement préopératoire des myomes à la dose de 5mg/j pour une durée de 3 mois. Les effets de l'*ulipristal acétate* sont observés sur les cellules myomateuses mais ne touchent pas les cellules saines. Cette molécule réduit de 40 à 55 % le volume du myome et génère une aménorrhée réversible à l'arrêt du traitement (15).

Les myomes sous-muqueux hémorragiques sont traités par résection hystéroscopique soit en première intention, soit en cas d'échec du traitement médicamenteux.

Les myomes interstitiels symptomatiques bénéficient d'une première ligne de traitement médicamenteuse. La deuxième ligne est représentée par la myomectomie laparoscopique ou par voie haute chez les femmes désirant une grossesse future, et par l'embolisation des artères utérines chez les femmes sans désir de grossesse (11).

2.4.4 L'hyperplasie endométriale sans atypie cellulaire

Le traitement de référence est représenté par les progestatifs, de préférence par voie locale (DIU-LNG) même si la voie orale est également efficace.

Il n'existe pas de protocole pour la prise en charge des hyperplasies résistantes ou récidivantes malgré 3 mois de progestatifs oraux ou 12 mois de Mirena®. Un traitement chirurgical peut être envisagé dans cette circonstance. En cas d'hyperplasie isolée, un traitement conservateur est indiqué : résection ou thermocoagulation endométriale après curetage biopsique. La résection peut être préférée à la thermocoagulation si la muqueuse est d'aspect «suspect» à l'hystéroscopie, afin d'envoyer l'ensemble de l'endomètre à l'analyse histopathologique. Au contraire, lorsque l'hyperplasie est associée à une autre pathologie organique (fibrome, adénomyose) ou devant des facteurs de risque de cancer de l'endomètre, l'hystérectomie sera réalisée (11).

2.4.5 L'hyperplasie endométriale avec atypies cellulaires

En raison du risque d'évolution en cancer de l'endomètre, l'hystérectomie est le traitement de référence.

Toutefois, chez les femmes désireuses d'une grossesse ou celles dont le terrain contre-indique à la chirurgie, un traitement par progestatif ou analogues de la LH-RH peut être envisagé (18).

En cas de contre-indication à la chirurgie, la résection endométriale peut être une alternative par rapport à l'abstention.

Pour rappel, le cancer de l'endomètre est une pathologie atteignant principalement les femmes ménopausées. De nombreux facteurs de risque sont associés au développement de cette pathologie, dont les principaux sont l'obésité, le diabète et l'exposition prolongée aux œstrogènes (19).

2.4.6 L'atrophie endométriale

L'atrophie de l'endomètre est liée à une carence œstrogénique. En l'absence de lésion suspecte, le traitement est médical : administration séquentielle d'œstrogènes et de progestatifs (11).

2.4.7 Saignement utérin d'origine fonctionnelle ou non organique

Selon la nouvelle classification de la FIGO (PALM-COEIN), en l'absence de cause structurale, l'expression «saignement utérin dysfonctionnel» devrait être évitée en faveur d'une indication étiologique : AUB causés par des troubles de la coagulation (AUB-C), par des troubles de l'ovulation (AUB-O) ou par dysfonctionnement primaire de l'endomètre (AUB-E) (10).

Les méno-métrorragies fonctionnelles (autrement dites idiopathiques) sont un diagnostic d'exclusion. Leur prévalence est de 40 à 60 % chez les patientes présentant des méno-métrorragies (20).

Le traitement recommandé en première ligne en cas de saignements idiopathiques est médical (21) : en première intention le DIU au *lévonorgestrel* pour une durée minimale de 6 mois ; en deuxième intention l'acide *tranexamique* ; en troisième intention les contraceptifs oraux œstro-progestatifs ou progestatifs de synthèse administrés au minimum 21 jours ; en quatrième intention les AINS.

L'*acide tranexamique* et les AINS sont à préférer en cas de contre-indication aux traitements hormonaux. L'*acide tranexamique* sera également le traitement de choix chez les patientes présentant un désir de grossesse immédiat en raison de l'effet contraceptif des traitements hormonaux.

Selon accord professionnel, l'efficacité des traitements médicaux, à l'exception de celle du DIU au *lévonorgestrel*, est appréciée après 3 cycles et en cas d'échec, un deuxième traitement médical peut être tenté.

Chez les femmes sans désir de grossesse, le traitement chirurgical conservateur est une alternative au traitement médical. Les techniques proposées sont la résection (à l'anse électrique ou au rollerball) ou la destruction de l'endomètre (avec ballonnet thermique ou radiofréquence). Selon les données de la littérature, le traitement chirurgical conservateur présente à long terme une efficacité supérieure par rapport au traitement médical. Cependant l'option thérapeutique plus économique et associée au total d'années de qualité de vie le plus élevé est l'administration d'un DIU au *lévonorgestrel* (ou d'*acide tranexamique* par défaut), suivie en cas d'échec par une technique chirurgicale. L'hystérectomie devrait être réservée en cas échecs des traitements de première intention (11). Chez les femmes désirant maintenir les possibilités de procréation, la chirurgie conservatrice avec résection complète de l'endomètre est contre-indiquée. Le seul traitement possible est donc le curetage qui présente cependant une efficacité temporaire, qui peut toutefois être prolongée en associant un traitement progestatif par voie orale (17).

Parmi les coagulopathies, la maladie de Willebrand est la plus fréquemment associée à des méno-métrorragies. Le contrôle des symptômes repose sur la prise en charge pluridisciplinaire de ce trouble de l'hémostase. En cas d'échec, l'hystérectomie ou l'ablation sélective de l'endomètre peuvent être envisagées (18).

2.4.8 Saignement utérin d'origine iatrogène et non encore classifiés

Les hémorragies utérines iatrogènes peuvent être induites par un traitement mal équilibré. Elles concernent principalement les œstroprogestatifs (arrêt prématuré de la pilule, pilule à faible teneur en estrogènes), les progestatifs (spotting sous pilule progestative minidosée continue) et les anticoagulants, anti-vitamines K (AVK) ou héparine.

Il s'agit de saignements généralement régressifs à l'arrêt ou à la correction du traitement (8).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) les méno-métrorragies isolées, dans le cadre d'un traitement par AVK, sont qualifiées d'hémorragies non graves. Elles bénéficient d'une prise en charge ambulatoire par le médecin traitant avec réalisation d'un INR en urgence. En cas de surdosage, les mesures de correction de l'INR du surdosage asymptomatique sont à adopter (23).

Dans le cadre d'un traitement par AVK, l'hémorragie sera définie grave en présence d'une hémorragie extériorisée non contrôlable, d'instabilité hémodynamique, de la nécessité d'un geste hémostatique urgent ou devant la nécessité d'une transfusion sanguine. La prise en charge est

basée sur le contrôle du choc hypovolémique éventuel et l'administration de vitamine K et des concentrés de facteurs vitamines K dépendants.

En l'absence de surdosage (INR normal), la recherche d'une pathologie organique utérine s'impose (18).

Certaines pathologies générales peuvent être à l'origine d'hémorragies génitales, en particulier les diathèses hémorragiques constitutionnelles ou acquises. L'hypothyroïdie, le lupus érythémateux ou l'insuffisance hépatique peuvent également être en cause (24).

3. La péri-ménopause

La péri-ménopause est la période de la vie génitale de la femme qui précède la survenue de la ménopause physiologique. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle « débute lorsque apparaissent des signes cliniques et/ou biologiques qui annoncent la survenue de la ménopause ; elle se termine une année, au moins, après les dernières règles » (5).

Sur le plan physiologique, autour des 38 ans survient une résistance d'origine génomique du follicule à l'hormone folliculo-stimulante (FSH). Par conséquent, la réponse folliculaire à la FSH diminue avec libération moindre d'inhibine B. Une autre explication est que la baisse de l'inhibine B soit secondaire à la diminution du stock folliculaire.

La baisse de la production d'inhibine B, qui normalement exerce un feedback négatif sur l'axe hypothalamus-hypophyse-ovaires, est responsable de l'élévation de la FSH, imputée dans l'accélération de la maturation folliculaire et dans l'hyper-œstrogénie.

Sur le plan histologique ces changements hormonaux sont responsables de l'apparition d'une hyperplasie de l'endomètre avec méno-métrorragies.

Les cycles sont anovulatoires et cela entraîne une insuffisance lutéale accompagnée d'un risque de saignements entre les cycles.

L'hypo-œstrogénie qui s'installe avec le temps se manifeste par des bouffées de chaleur, des troubles de l'humeur, une élévation du cholestérol total et du LDL cholestérol. On observe également une élévation du fibrinogène et du facteur VII, ainsi qu'une perte osseuse (25).

Le saignement utérin anormal est un phénomène fréquent pendant la transition ménopausique. Afin d'obtenir la meilleure voie diagnostique et la thérapie optimale, la gestion clinique des AUB doit suivre un système de classification standardisé (26). Ce travail fera référence à la classification PALM-COEIN.

4. Risques opératoires

L'indication à un traitement médical ou chirurgical pour les méno-métrorragies ne peut pas tenir compte exclusivement de l'origine des saignements. L'analyse du terrain de la patiente rentrera également dans l'équation afin de dépister des situations à risque chirurgical.

Tout geste chirurgical est en effet lié à des risques anesthésiologiques et opératoires (27).

Les principales complications anesthésiologiques peuvent survenir au moment de l'induction (effets hémodynamiques de l'anesthésie, choc anaphylactique, difficultés d'intubation ou ventilation du patient) ou bien dans la phase de réveil, essentiellement par dépression respiratoire. Les anesthésies locorégionales ne sont pas non plus dénuées de risques. Ce type d'anesthésie est lié à un risque de passage intravasculaire des drogues qui peuvent entraîner des accidents toxiques neurologiques (convulsions) et cardiaques (arrêts circulatoires). Le risque de lésion d'un nerf lors de la ponction n'est pas non plus négligeable.

Les risques péri-opératoires sont nombreux et ils sont plus importants chez les patients présentant des comorbidités.

Sur le plan cardiologique, la présence d'une cardiopathie majeure le risque de morbidité péri-opératoire (inférieure à 1 % chez un patient sans antécédent et de 4 % lorsque l'on suspecte une pathologie cardiaque). Le risque de complications double chez les patients hypertendus et traités par rapport aux patients normotendus. Un patient hypertendu mal traité présentera également deux fois plus de risques de complications péropératoires qu'un patient hypertendu bien traité.

Sur le plan respiratoire les patients plus à risque sont ceux présentant une perturbation des épreuves fonctionnelles respiratoires ou de la gazométrie (patients asthmatiques ou atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisants respiratoires). Chez ces patients le risque de bronchospasme peropératoire est multiplié par sept. Chez les patients atteints du syndrome d'apnées du sommeil le risque principal est représenté par la dépression ventilatoire en postopératoire.

Bien que l'obésité soit associée à de nombreuses comorbidités (en particulier cardiovasculaires et respiratoires), des publications récentes montrent que la mortalité et la morbidité postopératoires ne sont pas augmentées chez les personnes obèses par rapport à celles de poids normal (28).

Les patients diabétiques présentent une morbidité et des risques opératoires accrus. Les risques principaux sont les infections post-opératoires, l'insuffisance rénale aigue péri-opératoire et les défauts de cicatrisation. Un autre groupe de complications est lié à la neuropathie

dysautonomique : infarctus myocardique indolore, insuffisance cardiaque, mort subite, troubles du rythme et complications digestives à type de gastroparésie accompagnée de régurgitations en phase d'induction et en postopératoire (30).

Les patients atteints de néphropathies ou d'hépatopathies ont également une morbidité et une mortalité péri-opératoires accrues.

Deux éléments à ne pas négliger dans un contexte de chirurgie sont le risque hémorragique, qui est lié au type d'intervention, aux qualités de l'opérateur et aux médicaments pris par le patient (anticoagulants, antiagrégants) et les risques liés à la transfusion de produits sanguins (risque infectieux, erreur transfusionnelle, risque immunologique).

Compte tenu de tous ces éléments, il est fondamental de mettre en balance les bénéfices et les risques de chaque stratégie thérapeutique (prise en charge chirurgicale ou abstention). Cela est d'autant plus vrai quand il s'agit d'une chirurgie de confort, comme c'est souvent le cas pour les méno-métrorragies.

PARTIE II : MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Population

Il s'agit d'une étude épidémiologique analytique de type rétrospective réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier de Chalon-sur-Saône.

La population étudiée comprenait les patientes âgées de 40 à 55 ans qui s'étaient présentées en consultation d'urgence ou en consultation programmée pour le motif « ménométrorragies » sur la période allant du 1^{er} novembre 2015 au 30 avril 2016.

Les dossiers de ces patientes ont été suivis sur une période de six mois à un an allant du 1^{er} novembre 2015 au 30 octobre 2016.

Les patientes non connues ménopausées pour lesquelles un diagnostic de saignement d'origine utérine était retenu ont été incluses. Le diagnostic d'AUB pouvait être porté lors de l'examen clinique ou éventuellement par des examens paracliniques (échographie, biopsie endométriale, prélèvement vaginal, TDM, IRM).

Les critères d'exclusion étaient : femmes ménopausées (patientes connues ou dosages hormonaux en faveur), saignement d'origine vulvo-vaginale, suspicion ou diagnostic d'infection génitale.

2. Variables

Nous avons choisi comme variable à expliquer le traitement des méno-métrorragies.

Dans la première partie de l'étude le traitement a été considéré comme une variable qualitative de type binaire : traitement par chirurgie ou non. Le groupe « traitement chirurgical » regroupe tout geste chirurgical (conservateur et hystérectomie) et toute voie d'abord (laparotomie, coelioscopie, chirurgie par voie basse, chirurgie coelio-vaginale et hystéroscopie). Il regroupe à la fois les patientes ayant reçu une chirurgie en première intention mais aussi les patientes ayant reçu une chirurgie secondaire. Le groupe « traitement non chirurgical » regroupe les patientes ayant reçu un traitement médical ou bien aucun traitement (expectative ou abstention).

Dans la deuxième partie de l'étude nous avons considéré le traitement comme une variable qualitative à trois modalités : le groupe « traitement chirurgical en première intention » regroupe les patientes ayant reçu un traitement chirurgical en première intention ; le groupe « traitement non chirurgical » regroupe les patientes ayant reçu un traitement médical ou bien aucun

traitement et le groupe « traitement chirurgical secondaire » regroupe les patientes initialement traitées médicalement ou non traitées et bénéficiant secondairement d'une chirurgie.

Pour les patientes ayant consulté sur la période de recueil pour suivi de ménométrorragies, et non pour une première consultation, une analyse du dossier antérieur a été faite afin de les inclure dans un des trois groupes : « traitement chirurgical en première intention », « traitement non chirurgical », « traitement chirurgical secondaire ».

Les patientes se présentant en consultation pour récurrence de ménométrorragies ont été considérées comme des patientes n'ayant jamais consulté pour ce motif.

Nous avons choisi de recueillir les variables explicatives suivantes. Il s'agit de variables qualitatives binaires:

Variables liées aux ménométrorragies

- **Diagnostic** : étiologie des saignements retenue après examen clinique et éventuellement paraclinique (échographie, biopsie endométriale, prélèvement vaginal, TDM, IRM). Les deux modalités étudiées sont: l'origine *organique*, regroupant léiomyome, polype, adénomyose, atrophie endométriale, hypertrophie endométriale, métaplasie malpighienne, nodule pseudo-kystique endométrial ; et l'origine *fonctionnelle*, diagnostic d'élimination retenu lorsque l'examen clinique et éventuellement les examens paracliniques n'orientaient pas vers une pathologie organique.

Autres variables gynécologiques

- **Parité** : nombre d'enfants mis au monde vivants par la patiente. Le premier groupe rassemble les patientes n'ayant pas eu d'enfant ou ayant eu un seul enfant. Le deuxième groupe regroupe les patientes ayant eu deux enfants ou plus. Cette variable a été considérée comme corrélée au maintien de la possibilité de procréation. Le seuil entre 1 et 2 enfants vivants a été choisi afin de travailler sur deux groupes plus homogènes.
- **Contraception** : recours à un moyen de contraception régulier, préservatif exclu. Le premier groupe regroupe les patientes utilisant une contraception régulière, le deuxième celles n'ayant pas de contraception. Cette variable a été considérée comme corrélée au désir de grossesse.
- **Frottis cervico-utérin (FCU)** : résultat sur frottis. Le premier groupe regroupe les résultats normaux, Negative for intraepithelial lesion or Malignancy (NILM), et le deuxième groupe regroupe les résultats anormaux, Atypical squamous cells of

underdetermined significance (ASCUS). En cas de FCU répété au cours de la période d'observation, le résultat retenu était le plus récent.

Variables liées au terrain

- **Comorbidités** : toutes les pathologies pouvant modifier le risque opératoire (hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, pathologies respiratoires chroniques, néphropathies, hépatopathies), les pathologies susceptibles d'influer sur les saignements (hypothyroïdie, diabète, pathologies auto-immunitaires, coagulopathies), et les pathologies susceptibles d'altérer le pronostic vital (cancers solides ou hématologiques). Le premier groupe rassemble les patientes présentant des comorbidités et le deuxième les patientes sans comorbidités.
- **Diabète** : antécédent personnel de diabète de type 1 ou 2. Compte tenu de la prévalence de la pathologie chez l'adulte, 8.3 % en 2013 (29) à l'échelle de la planète, nous avons isolé et analysé cette comorbidité. Le premier groupe regroupe les patientes atteintes de diabète et le deuxième les patientes non atteintes.
- **Anémie** : taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/L. Cette valeur a été choisie en fonction des indications de la HAS qui recommandent, au cours de la période péri-opératoire, de privilégier un seuil transfusionnel de 8-9 g/L pour les personnes ayant des antécédents cardio-vasculaires (30). Le premier groupe rassemble les patientes anémiées et le deuxième les patientes non anémiées.
- **Obésité** : IMC supérieur à 30. Le premier groupe regroupe les patientes dont l'IMC est supérieur à 30 ; le deuxième groupe regroupe les patientes dont l'IMC est inférieur à 30.
- **Anticoagulants** : prise d'un traitement anticoagulant oral au long cours, tels que : AVK et NACO (nouveaux anticoagulants oraux). Le premier groupe rassemble les patientes traitées par anticoagulants oraux, le deuxième les patientes ne prenant pas d'anticoagulant.

3. Analyse statistique

Une analyse descriptive a été réalisée afin d'étudier les caractéristiques des patientes incluses dans notre étude. Les variables ont été décrites par les effectifs et pourcentages et comparées à l'aide du test du CHI2 ou du test exact de Fisher lorsque les conditions d'application du test du CHI2 n'étaient pas remplies.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R Studio. Tous les tests étaient bilatéraux et le seuil de significativité choisi était de 5%.

PARTIE III : RÉSULTATS

1. Analyse descriptive de la totalité de l'échantillon

Notre étude a inclus 98 patientes ayant consulté pour méno-métrorragies en consultation d'urgence et consultation programmée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier de Chalon-sur-Saône sur la période allant du 1^{er} novembre 2015 au 30 avril 2016.

La moyenne d'âge des patientes était de 47,3 ans et la médiane de 47 ans.

1.1 Diagnostic

Les saignements étaient provoqués par un léiomyome chez 40 patientes (40,8%), seul ou associé à d'autres lésions organiques. Une étiologie fonctionnelle était retrouvée chez 37 (37,8%) des patientes incluses. Ces deux diagnostics représentent à eux seuls près de 80% des étiologies des méno-métrorragies chez ces patientes. Les 21 autres patientes (21,4%) étaient atteintes d'autres pathologies organiques (polypes, atrophies endométriales, hypertrophies, métaplasies malpighiennes, adénomyose, nodule pseudokystique endométrial). Les patientes atteintes d'une pathologie organique étaient donc 61 (62,2%). La répartition du diagnostic pour la population étudiée est rapportée à la figure 1.

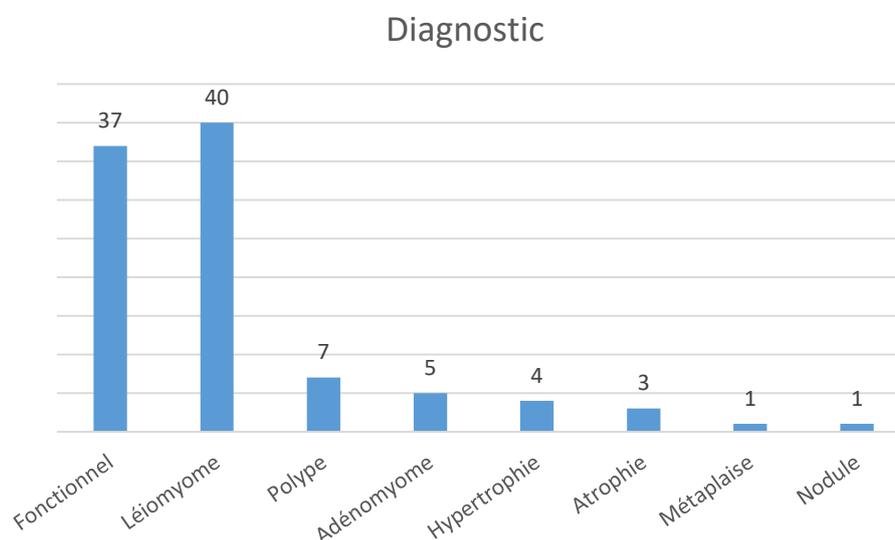


Figure 1 : Répartition des diagnostics de méno-métrorragies (n=98)

1.2 Parité

Cette information n'avait pas pu être recueillie pour 5 patientes (5,1%). Chez les 93 patientes restantes, 71 (76,3%) avaient deux ou plus enfants et 22 (23,6%) étaient nullipares ou

avec un seul enfant. La répartition de la parité pour la population étudiée est rapportée à la figure 2.

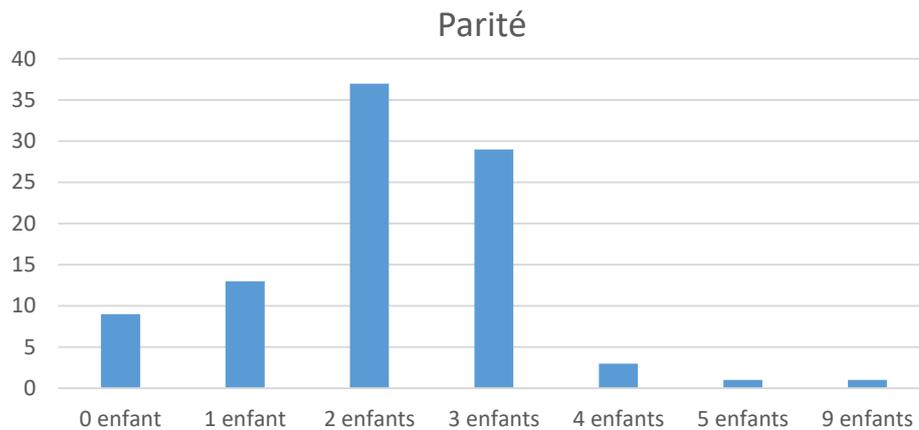


Figure 2 : Répartition de la parité des patientes (n=93)

1.3 Contraception

Cette information était absente dans 9 dossiers (9,2%). Chez les 89 patientes restantes 37 (41.6%) prenaient une contraception régulière, tandis que 52 (58.4%) n'avaient pas de moyen de contraception de longue durée. Parmi les 37 patientes utilisant une contraception, 13 (35.1%) étaient sous pilule progestative, 4 (10.8%) sous pilule œstro-progestative et 8 (21.6%) avaient un DIU hormonal. Aucune patiente ne portait d'implant sous-cutané. Au total, 25 patientes avec contraception (67.5%) avaient un traitement hormonal et seulement 6 (16.2%) avaient un DIU au cuivre. Les 6 patientes restantes (16.2%) avaient bénéficié d'une stérilisation tubaire. La répartition des moyens de contraception est rapportée à la figure 3.

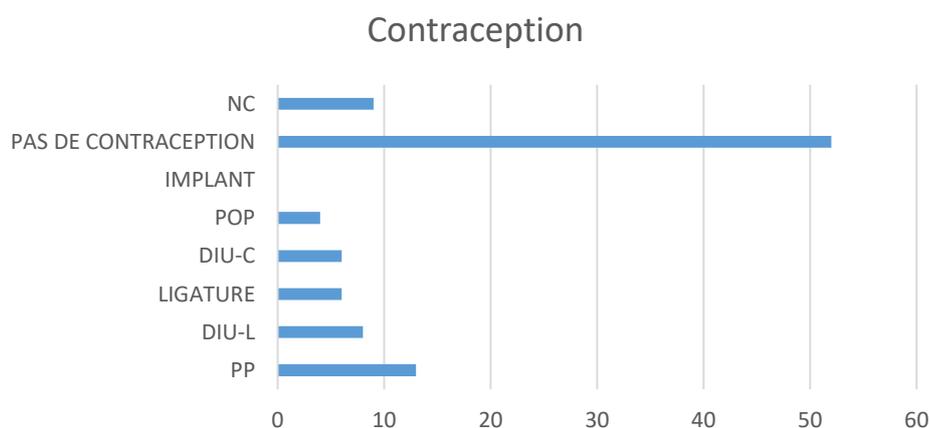


Figure 3: Répartition des moyens de contraception (n=98) PP : pilule progestative. DIU-LNG : dispositif intra-utérin au lévonorgestrel. DIU-Cu : dispositif intra-utérin au cuivre. POP : pilule œstroprogestative.

1.4 Frottis cervico-utérin

Pour 48 patientes (49%) il était renseigné le résultat du dernier frottis cervico-vaginal réalisé et datant de moins de 2 ans. L'analyse cytologique avait retrouvé un résultat normal (NILM) chez 41 patientes (85,4%), un résultat ASCUS HPV négatif chez 3 patientes (6,3%) et un résultat ASCUS HPV positif chez 4 patientes (8,3%). La répartition du FCU est rapportée à la figure 4.

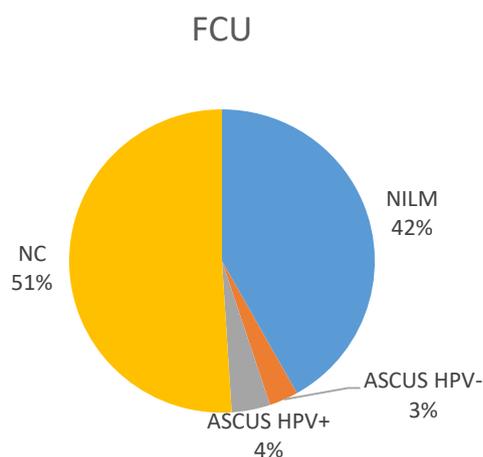


Figure 4. Répartition du résultat du FCU dans la population étudiée (n=98)

1.5 Comorbidités

Cinquante-neuf patientes ne présentaient aucune comorbidité (60,2%), tandis que les 39 patientes restantes (39,8%) en présentaient une ou plusieurs.

1.6 Diabète

Seulement 6 patientes (6.1%) étaient atteintes de diabète de type 1 ou 2, le reste de la population étudiée, 92 patientes (93.9%), n'était pas atteinte.

1.7 Anémie

Cette donnée n'était pas renseignée dans 24 dossiers (24.5 %). Chez les 74 patientes restantes, 4 (5.4%) avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/dL, tandis que 70 (94.6%) n'avaient pas d'anémie. La répartition de l'anémie est rapportée à la figure 5.

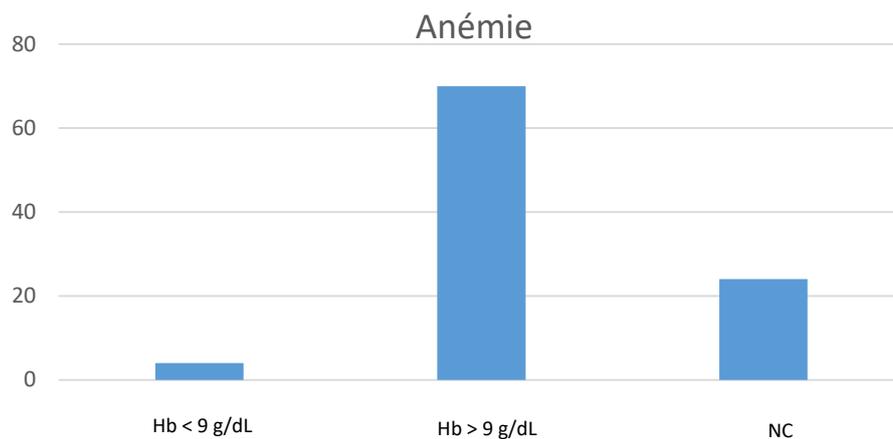


Figure 5. Répartition de l'anémie dans la population étudiée (n=98)

1.8 Obésité

Cette information était manquante dans 35 (35.7 %) dossiers. Parmi les 63 patientes restantes seules 13 (20.6%) avaient un IMC supérieur à 30. Les autres 50 (79.4%) n'étaient pas obèses. La répartition de l'obésité est rapportée à la figure 6.

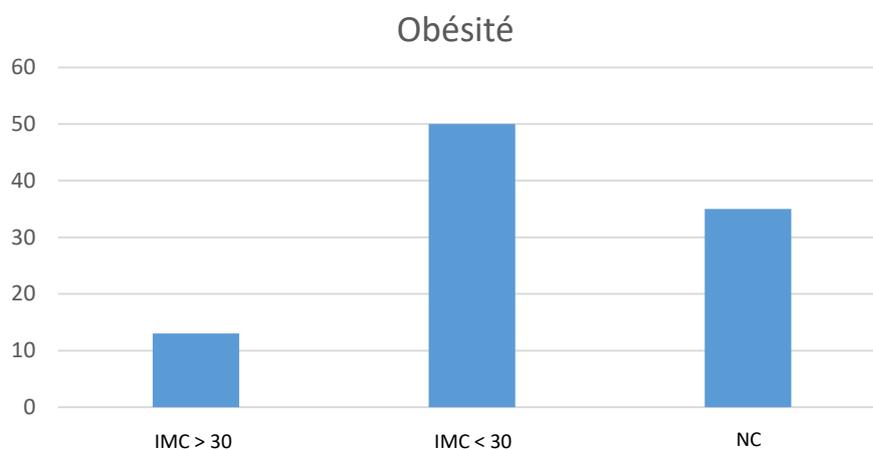


Figure 6. Répartition de l'obésité dans la population étudiée (n=98)

1.9 Anticoagulants

Quatre patientes étaient sous traitement anticoagulant oral (4,1%), tandis que 93 patientes (95,9%) ne prenaient pas cette classe de médicaments. La prise d'anticoagulants n'était pas renseignée dans 1 seul dossier. La répartition des anticoagulants est rapportée à la figure 7.

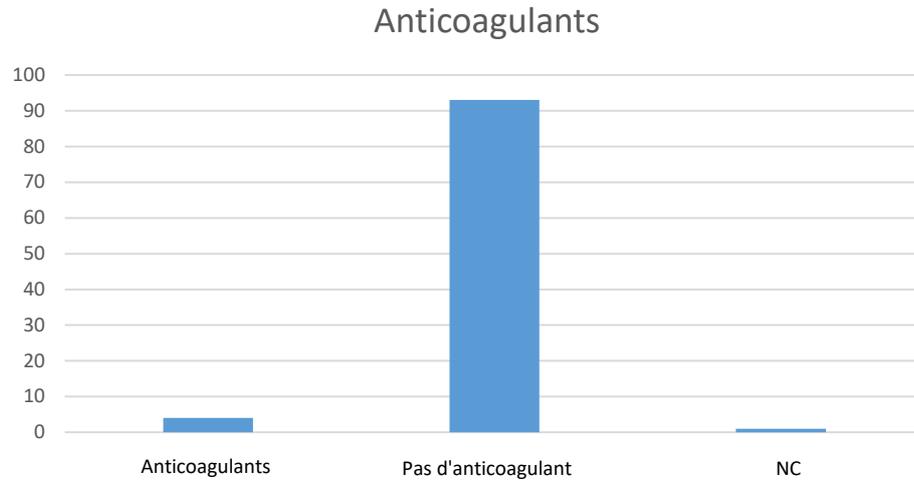


Figure 7. Répartition des anticoagulants dans la population étudiée (n=98)

2. Analyse descriptive par 2 groupes de traitement : « traitement chirurgical » et « traitement non chirurgical »

Parmi les patientes incluses dans notre étude, 43 (44%) étaient prises en charge chirurgicalement. Les 55 patientes restantes (56%) étaient traitées de manière non chirurgicale.

Parmi les patientes traitées chirurgicalement, 33 (76,7%) avaient bénéficié d'une chirurgie de première intention et 10 (23,3%) d'une chirurgie secondaire.

Parmi les patientes non traitées par chirurgie, 35 (63,7%) avaient reçu un traitement médical et 20 (36,4%) aucun traitement (expectative).

Dans le groupe traitement chirurgical l'âge moyen était de 47,4 ans et la médiane de 47 ans. Dans le groupe traitement non chirurgical l'âge moyen était de 47,2 ans et la médiane de 47 ans. La répartition du traitement est rapportée à la figure 8.

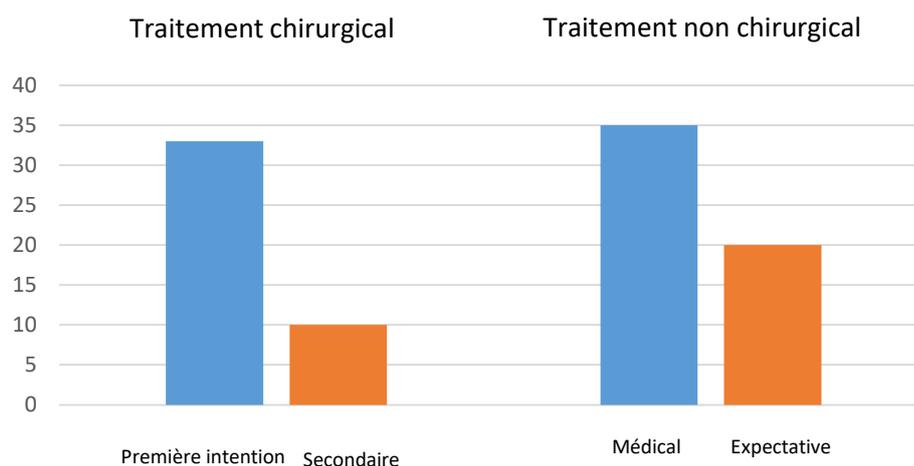


Figure 8. Répartition de la population en fonction du traitement (n=98)

2.1 Type de chirurgie

Parmi les 43 patientes ayant bénéficié d'un traitement chirurgical, 26 ont eu un traitement chirurgical conservateur par hystéroscopie (60,5%). Une hystérectomie a été réalisée pour 16 patientes (37,2%) et une conisation chez une seule patiente (2,4%). La répartition du traitement chirurgical est rapportée à la figure 9.

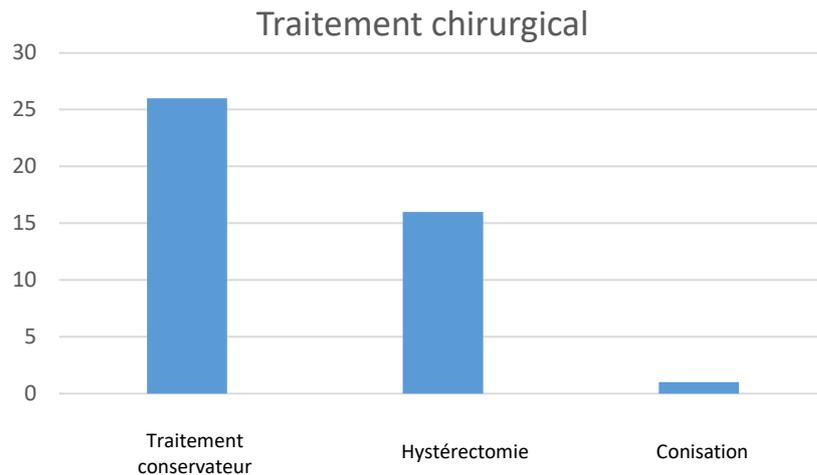


Figure 9. Répartition du traitement chirurgical dans la population étudiée (n=43)

Parmi les patientes ayant reçu un traitement conservateur, 11 ont bénéficié d'une résection endométriale (42,3%), 6 d'une thermoablation (23,1%) et 6 d'une résection de polype (23,1%). Une seule patiente (3,8%) a bénéficié d'une myomectomie, une patiente (3,8%) a bénéficié d'une myomectomie associée à endomectomie et une patiente (3,8%) a bénéficié de l'association de résection de polype et thermoablation. La répartition du traitement chirurgical conservateur est rapportée à la figure 10.

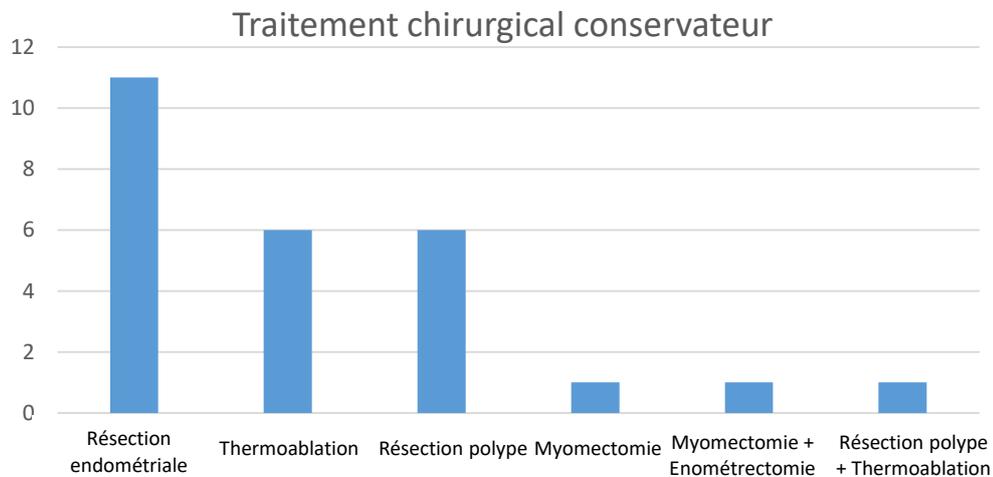
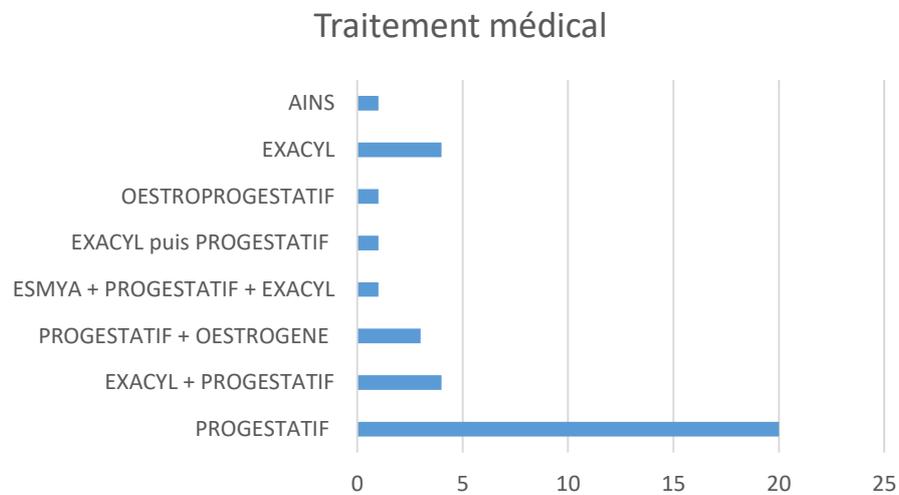


Figure 10. Répartition du traitement chirurgical conservateur dans la population étudiée (n=26)

2.2 Type de traitement médical

Parmi les 35 patientes ayant reçu seulement un traitement médical, 30 (85,7%) étaient sous traitement progestatif, seul ou associé à d'autres molécules (œstrogènes, acide tranexamique, Esmya®). Seules 5 patientes (14,3%) étaient traitées par d'autres classes de

médicaments (acide tranexamique, AINS). La répartition du traitement médical est rapportée à la figure 11.



EXACYL : acide tranexamique

Figure 11: Répartition du traitement médical (n=35)

2.3 Analyse descriptive des variables explicatives

2.3.1 Diagnostic

Dans notre étude, parmi les patientes traitées chirurgicalement, 3 étaient atteintes de saignements fonctionnels (7%) et 40 d'une pathologie organique (93%).

Parmi les patientes non traitées par chirurgie, 34 présentaient des saignements fonctionnels (62%) et 21 des saignements d'origine organique (38%).

La répartition du diagnostic dans les deux groupes est rapportée à la figure 12.

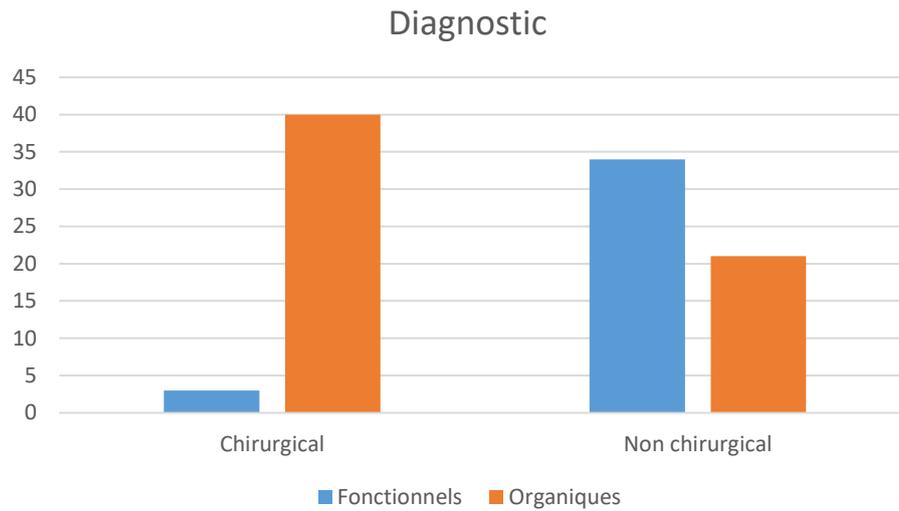


Figure 12. Répartition du diagnostic dans les deux groupes (n=98)

2.3.2 Parité

Les patientes traitées par chirurgie avaient dans 10 (24%) cas pas d'enfant ou un seul enfant et dans 31 (76%) cas deux ou plus enfants.

Dans le groupe non recevant de traitement chirurgical, 12 (23%) patientes avaient zéro ou un enfant et 40 patientes (77%) avaient deux ou plus enfants.

La répartition de la parité dans les deux groupes est rapportée à la figure 13.

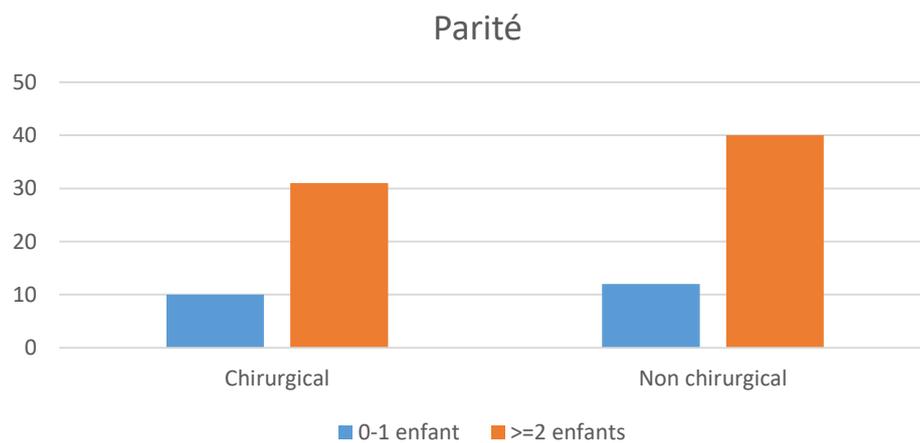


Figure 13. Répartition de la parité dans les deux groupes

2.3.3 Contraception

14 patientes sur les 36 (39%) ayant reçu un traitement chirurgical prenaient une contraception régulière et 22 (61%) n'avaient aucune contraception.

23 (43%) patientes bénéficiant d'un traitement non chirurgical étaient sous contraception régulière et 30 (57%) ne l'étaient pas.

La répartition de la contraception dans les deux groupes est rapportée à la figure 14.

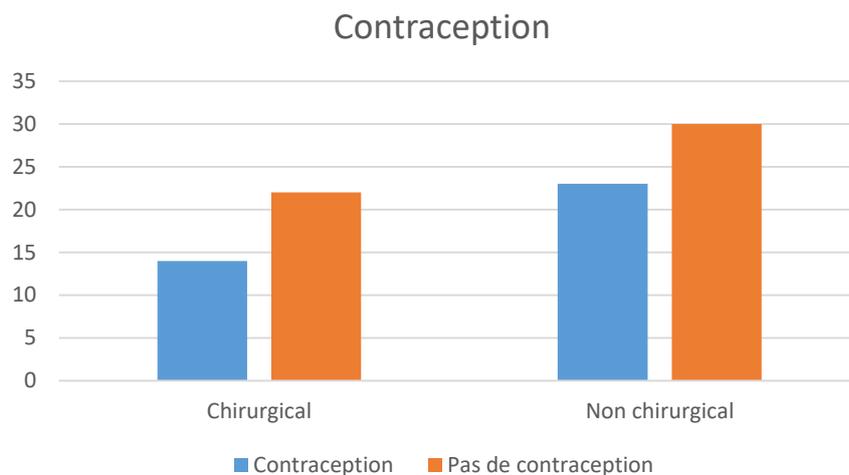


Figure 14. Répartition de la contraception dans les deux groupes (n=98)

2.3.4 Frottis cervico-utérin

Parmi les patientes traitées par chirurgie, 13 (76%) avaient un FCU sans anomalie cytologique, tandis que pour 4 patientes (24%) un résultat ASCUS HPV négatif ou HPV positif était retrouvé.

Dans le groupe non traité par chirurgie 28 patientes (90%) avaient un FCU normal et 3 (10%) présentaient des anomalies cytologiques.

La répartition du résultat du FCU dans les deux groupes est rapportée à la figure 15.

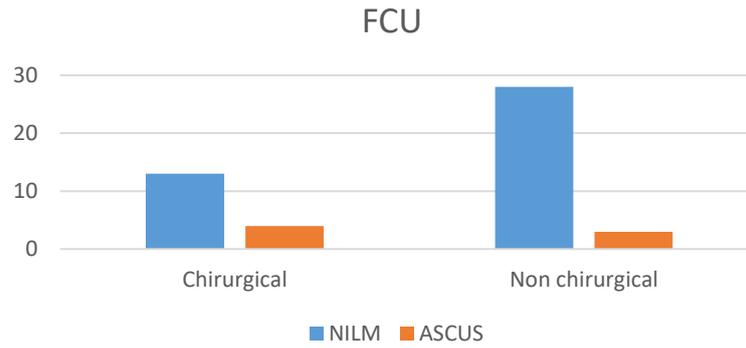


Figure 15. Répartition du résultat du FCU dans les deux groupes (n=48)

2.3.5 Comorbidités

Des 43 patientes traitées par chirurgie, 23 (53%) n'avaient pas de comorbidité, tandis que 20 (47%) présentaient des comorbidités associées.

Des 55 patientes non traitées chirurgicalement, 36 (65%) ne présentaient pas de comorbidité et 19 (35%) avaient des pathologies associées.

La répartition des comorbidités dans les deux groupes est rapportée à la figure 16.

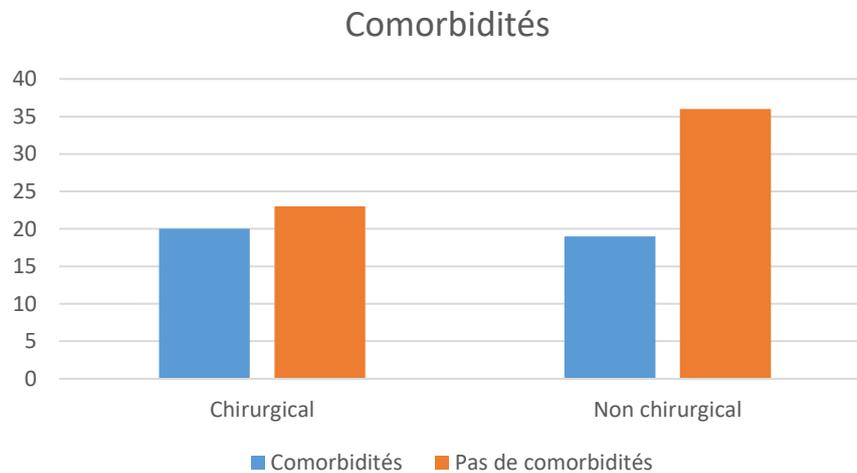


Figure 16. Répartition des comorbidités dans les deux groupes (n=98)

2.3.6 Diabète

4 patientes (9%) ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale étaient atteintes de diabète, les restantes 39 (91%) ne l'étaient pas.

Parmi les patientes non bénéficiant d'une prise en charge chirurgicale 2 (4%) étaient atteintes de diabète et 53 (96%) ne l'étaient pas.

La répartition du diabète dans les deux groupes est rapportée à la figure 17.

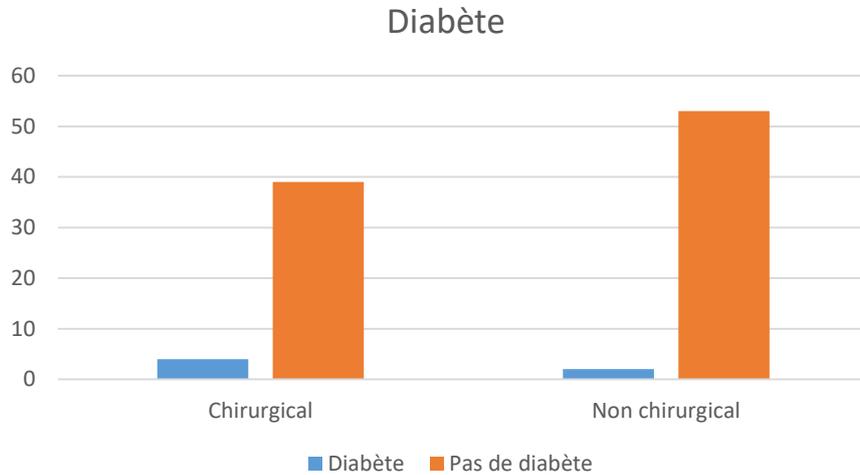


Figure 17. Répartition du diabète dans les deux groupes (n=98)

2.3.7 Anémie

Parmi les patientes bénéficiant d'un traitement chirurgical, seules 3 (8%) avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/dL et 36 (92%) supérieur à ce seuil.

Parmi les patientes non traitées par chirurgie, 1 seule patiente (3%) présentait une anémie et 34 patientes (97%) non. La répartition de l'anémie dans les deux groupes est rapportée à la figure 18.

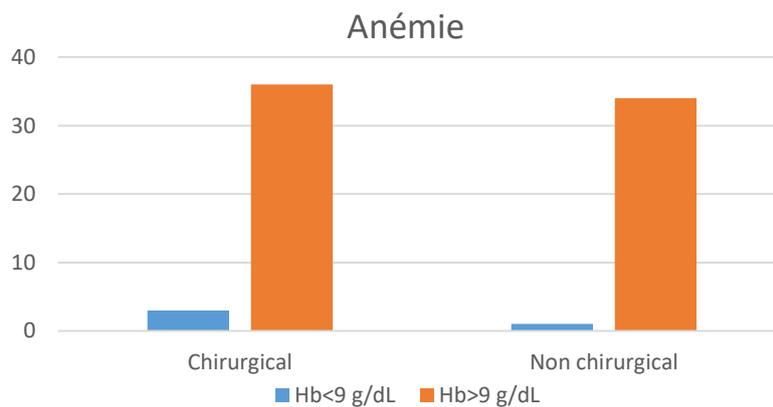


Figure 18. Répartition de l'anémie dans les deux groupes (n=74)

2.3.8 Obésité

Les patientes bénéficiant d'un traitement chirurgical avaient un IMC supérieur à 30 dans 8 cas (22%) et inférieur à 30 dans 29 cas (78%).

Les patientes n'ayant pas reçu de traitement chirurgical étaient obèses dans 5 cas (19%) et non obèses dans 21 cas (81%).

La répartition de l'obésité dans les deux groupes est rapportée à la figure 19.

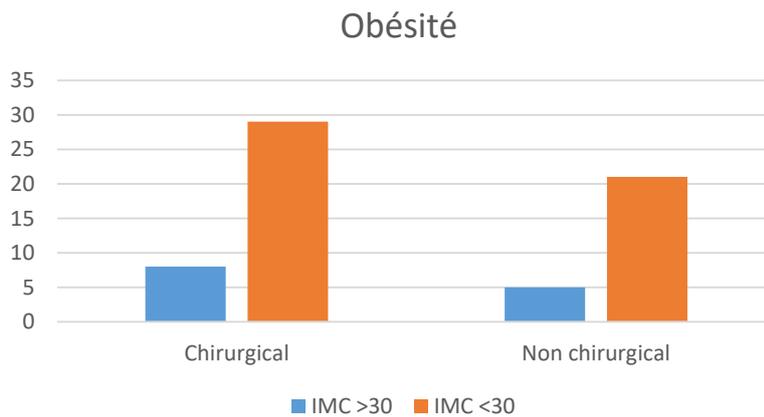


Figure 19. Répartition de l'obésité dans les deux groupes (n=63)

2.3.9 Anticoagulants

Dans le groupe des patientes traitées par chirurgie, seules 4 (9%) étaient sous traitement anticoagulant et 39 (91%) ne l'étaient pas.

Dans le groupe des patientes non traitées par chirurgie toutes les 54 patientes (100%) ne prenaient pas de traitement anticoagulant.

La répartition des anticoagulants dans les deux groupes est rapportée à la figure 20.

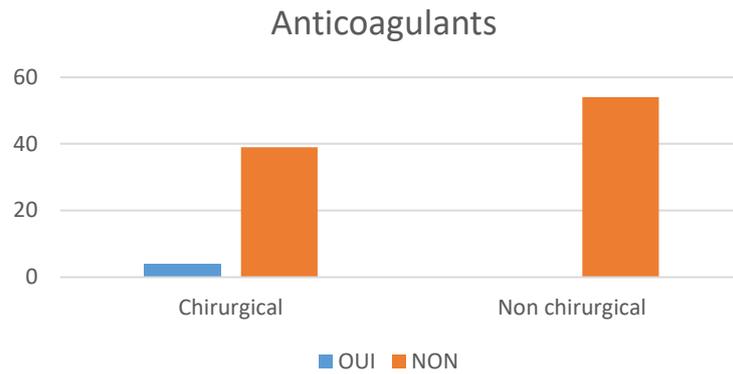


Figure 20. Répartition des anticoagulants dans les deux groupes (n=97)

2.4 Le cas particulier de la patiente traitée par conisation

Dans notre étude une seule patiente avait bénéficié d'une conisation. L'analyse de ce dossier relève les variables suivantes :

- Age : 49 ans
- Diagnostic : métaplasie malpighienne sans dysplasie
- Parité : non connue
- Contraception : pilule progestative
- FCU : ASCUS HPV positif
- Comorbidités : non
- Diabète : non
- Anémie : non
- Obésité : non
- Anticoagulants : non

3. Analyse descriptive par 3 groupes de traitement : « traitement chirurgical de première intention », « traitement chirurgical secondaire » et « traitement non chirurgical »

Dans notre étude, 33 patientes (33,7%) ont bénéficié d'un traitement chirurgical en première intention, 55 (56,1%) patientes d'un traitement non chirurgical et 10 (10,2%) patientes ont été réorientées vers une chirurgie secondaire.

La moyenne d'âge est de 47,8 ans dans le groupe « traitement chirurgical en première intention », 47,3 ans dans le groupe « traitement non chirurgical » et 47,4 ans dans le groupe « traitement chirurgical secondaire ». La médiane d'âge est de 47 ans dans les 3 groupes.

Parmi les 10 patientes ayant bénéficié d'une chirurgie secondaire, 4 ont reçu un traitement initial par Esmya® seul ou associé à d'autres molécules (acide tranexamique, progestatif ou analogue de la GnRH).

La répartition de la population dans les trois groupes en fonction du traitement est rapportée à la figure 21.

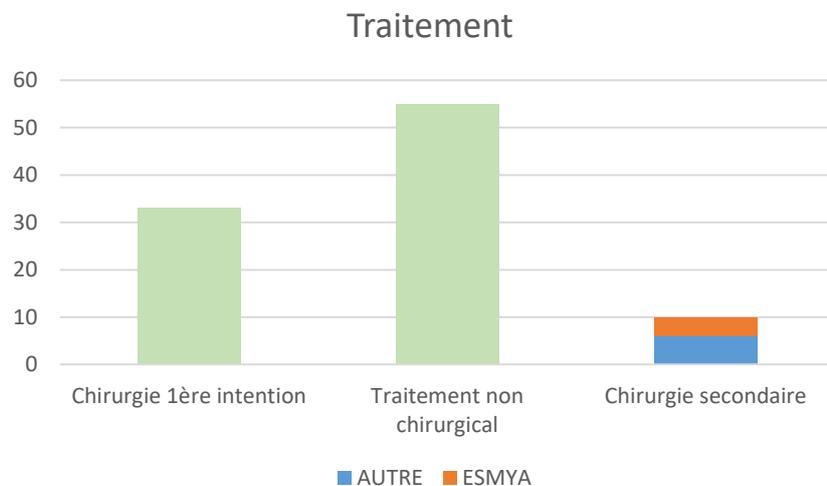


Figure 21. Répartition de la population dans les trois groupes (n=98)

3.1 Diagnostic

Dans le groupe « traitement chirurgical en première intention », 2 patientes sont atteintes d'une pathologie fonctionnelle (6%) et 31 d'une pathologie organique (94%).

Dans le groupe « traitement non chirurgical » 34 patientes présentent des saignements fonctionnels (62%) et 21 des saignements d'origine organique (38%).

Dans le groupe « traitement chirurgical secondaire », 1 patiente présente des saignements fonctionnels et 9 sont atteintes d'une lésion organique (90%).

La répartition du diagnostic dans les trois groupes est rapportée à la figure 22.

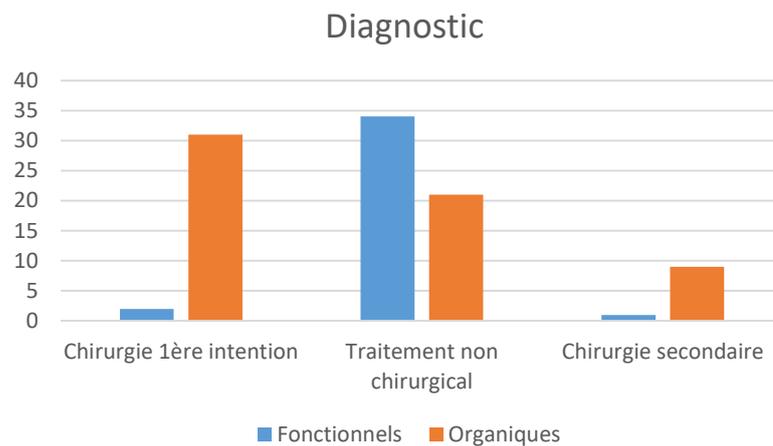


Figure 22. Répartition du diagnostic dans les trois groupes (n=98)

3.2 Parité

Les patientes ayant bénéficié du seul traitement chirurgical n'avaient aucun enfant ou un seul enfant dans 6 des cas étudiés (19%) et deux ou plus enfants dans 26 cas (81%).

Les patientes non traitées par chirurgie avaient zéro ou un enfant dans 12 (23%) cas et 40 (77%) patientes avaient deux ou plus enfants.

Les patientes ayant bénéficié d'une chirurgie dans un deuxième temps n'avaient pas d'enfant ou un seul enfant dans 4 cas (44%) et deux ou plus enfants dans 5 cas (56%).

La répartition de la parité dans les trois groupes est rapportée à la figure 23.

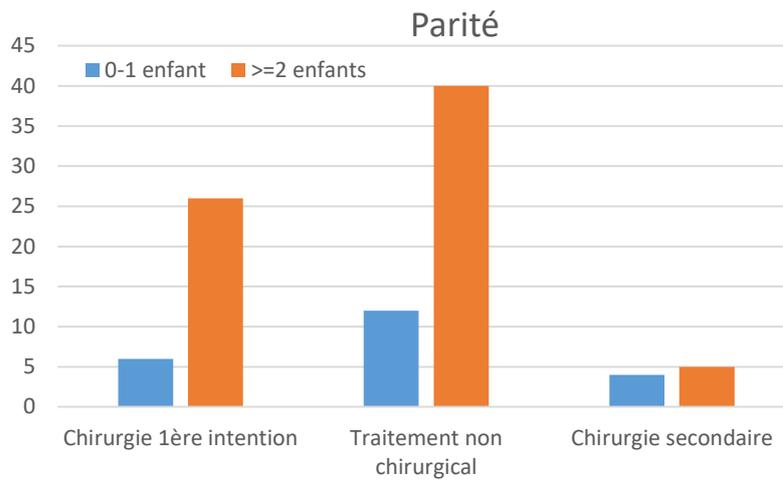


Figure 23. Répartition de la parité dans les trois groupes (n=93)

3.3 Contraception

Dans le groupe « traitement chirurgical en première intention », 17 patientes (65%) ne prenaient pas de contraception régulière, tandis que les restantes 9 patientes (35%) en avaient bien un.

Dans le groupe « traitement non chirurgical », 23 patientes (43%) faisaient recours à un moyen contraceptif et 30 (57%) non.

Dans le groupe « traitement chirurgical secondaire » la moitié des patientes, 5 (50%), prenaient une contraception.

La répartition de la contraception dans les trois groupes est rapportée à la figure 24.

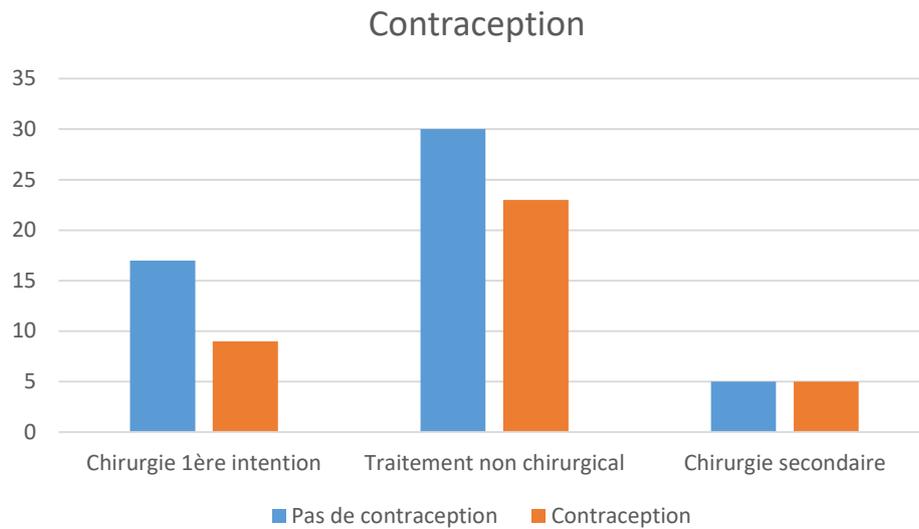


Figure 241. Répartition de la contraception dans les trois groupes (n=89)

3.4 Frottis cervico-utérin

Dans le groupe « traitement chirurgical en première intention » 10 patientes (71%) avaient un FCU datant de moins de deux ans sans anomalies cytologiques (NILM) et 4 patientes (29%) avaient un résultat ASCUS HPV négatif ou positif.

Dans le groupe des patientes non traitées chirurgicalement, 28 (90%) avaient un FCU sans anomalie et 3 (10%) présentaient des anomalies cytologiques.

Toutes les 3 patientes (100%) recevant une chirurgie secondaire avaient un FCU normal.

La répartition du résultat du FCU dans les trois groupes est rapportée à la figure 25.

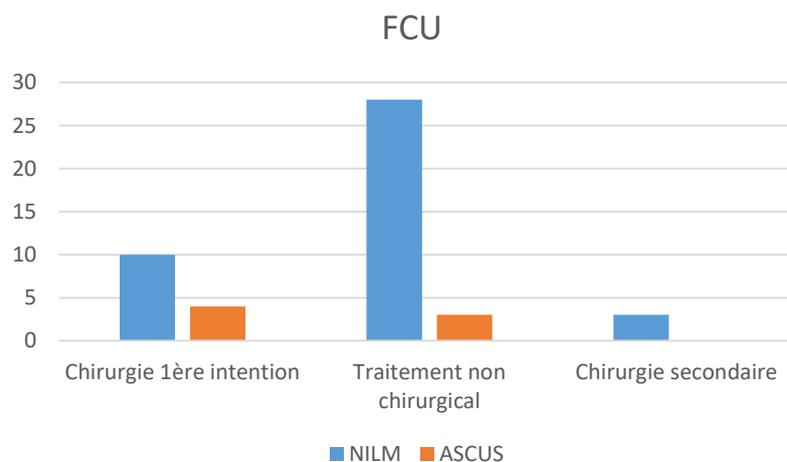


Figure 25. Répartition du résultat du FCU dans les trois groupes (n=48)

3.5 Comorbidités

Dans le groupe « traitement chirurgical en première intention » 15 patientes (45%) ne présentaient pas de comorbidité, tandis que 18 (55%) étaient atteintes d'autres pathologies.

Dans le groupe « traitement non chirurgical » 36 patientes (65%) n'avaient pas de comorbidité et 19 patientes (35%) en avaient.

Dans le groupe « traitement chirurgical secondaire » 2 patientes (80%) présentaient des comorbidités et 2 patientes (20%) non.

La répartition des comorbidités dans les trois groupes est rapportée à la figure 26.

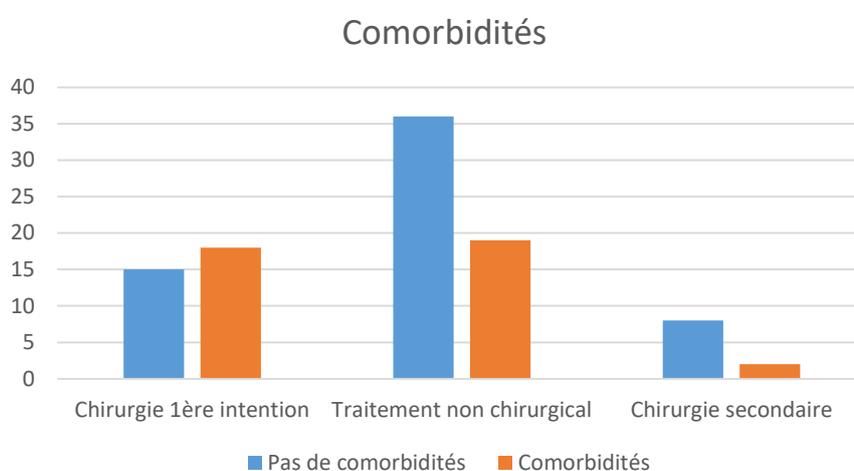


Figure 26. Répartition des comorbidités dans les trois groupes (n=98)

3.6 Diabète

Parmi les patientes traitées chirurgicalement en première intention 30 (91%) n'étaient pas atteintes de diabète et 3 (9%) l'étaient.

Parmi les patientes non traitées par chirurgie 53 (96%) n'étaient pas diabétiques et 2 (4%) l'étaient.

Parmi les patientes ayant reçu une chirurgie secondairement, 1 (10%) était diabétique et 9 (90%) non.

La répartition du diabète dans les trois groupes est rapportée à la figure 27.

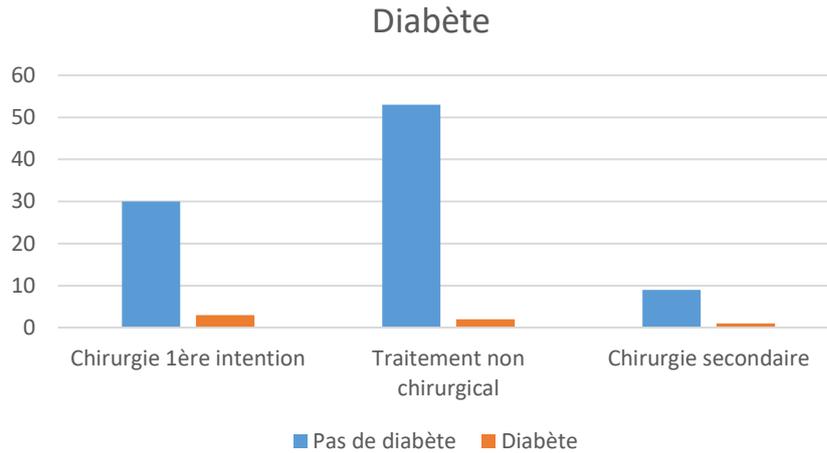


Figure 27. Répartition du diabète dans les trois groupes (n=98)

3.7 Anémie

Les patientes ayant bénéficié d'un traitement chirurgical en première intention avaient un taux d'hémoglobine supérieur à 9 g/dL dans 28 cas (97%). Une seule patiente (3%) avait un taux d'hémoglobine inférieur à ce seuil.

Une seule patiente (3%) n'ayant pas reçu de traitement chirurgical présentait une anémie, les 34 restantes (97%) avaient un taux d'hémoglobine supérieur à 9 g/dL.

Deux patientes (20%) ayant bénéficié d'une chirurgie secondaire avaient une anémie, tandis que les 8 autres (80%) avaient un taux d'hémoglobine au-dessus du seuil.

La répartition de l'anémie dans les trois groupes est rapportée à la figure 28.

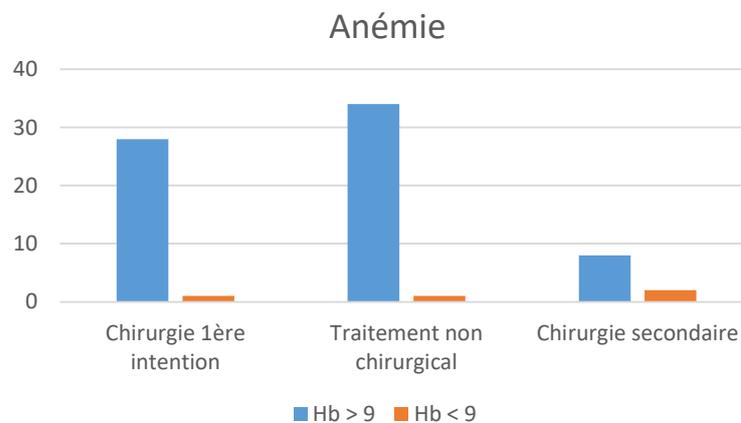


Figure 28. Répartition de l'anémie dans les trois groupes (n=74)

3.8 Obésité

Dans le groupe des patientes traitées par chirurgie en première intention, 24 (89%) avaient un IMC inférieur à 30, tandis que 3 (11%) étaient obèses.

Dans le groupe des patientes non traitées par chirurgie, 5 (19%) étaient obèses et 21 (81%) ne l'étaient pas.

Dans le groupe des patientes traitées secondairement par chirurgie, 5 patientes (10%) étaient obèses et 5 (50%) ne l'étaient pas.

La répartition de l'obésité dans les trois groupes est rapportée à la figure 29.

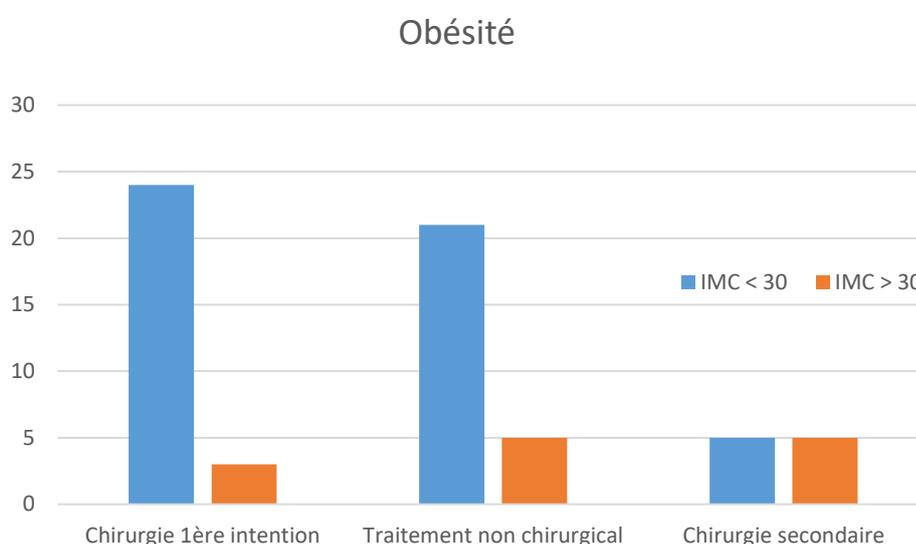


Figure 29. Répartition de l'obésité dans les trois groupes (n=63)

3.9 Anticoagulants

Parmi les patientes bénéficiant d'une chirurgie en première intention, 4 (12%) prenaient des anticoagulants et 29 (88%) n'en prenaient pas.

Dans les groupes « traitement non chirurgical » et « traitement chirurgical secondaire », la totalité des patientes, respectivement 54 (100%) et 10 (100%) ne prenaient pas d'anticoagulants.

La répartition des anticoagulants dans les trois groupes est rapportée à la figure 30.

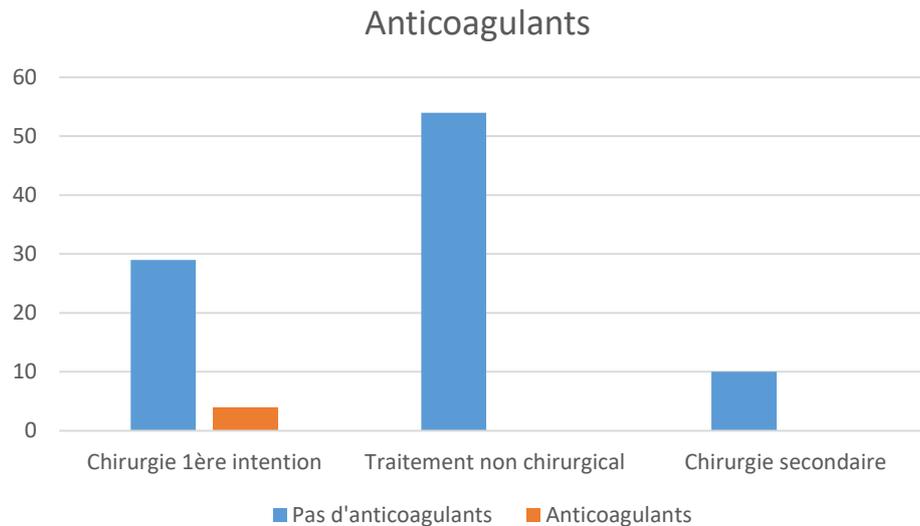


Figure 30. Répartition des anticoagulants dans les trois groupes (n=97)

4. Analyse statistique par 2 groupes de traitement : « traitement chirurgical » et « traitement non chirurgical »

Sur les 10 facteurs analysés, l'analyse univariée a mis en évidence une significativité ($p < 0.05$) pour seulement deux d'entre eux :

- Diagnostic ($p < 0.05$)
- Anticoagulants ($p = 0.04$)

Le diagnostic de saignements d'origine organique et la prise d'anticoagulants étaient susceptibles d'orienter les patientes vers une prise en charge chirurgicale.

Les autres facteurs, au contraire, n'étaient pas significatifs pour l'orientation:

- Parité ($p = 0.88$)

Les patientes ayant deux ou plusieurs enfants n'étaient pas plus susceptibles d'être prises en charge chirurgicalement par rapport aux patientes nullipares ou avec un seul enfant.

- Contraception ($p = 0.67$)

Les patientes recourant à une contraception régulière n'étaient pas orientées significativement plus en chirurgie par rapport aux patientes n'ayant pas de contraception.

- Frottis cervico-utérin ($p = 0.23$)

Les patientes présentant des anomalies cytologiques au frottis cervico-utérin n'étaient pas plus susceptibles d'être traitées par chirurgie par rapport aux patientes avec un frottis cervico-utérin normal.

- Comorbidité ($p= 0.23$)

Les patientes présentant une ou plus comorbidités n'étaient pas plus susceptibles de recevoir un traitement chirurgical par rapport aux patientes ne présentant pas de comorbidités.

- Diabète ($p= 0.4$)

Les patientes diabétiques ne bénéficiaient pas plus d'un traitement chirurgical par rapport aux patientes non diabétiques.

- Anémie ($p= 0.62$)

Les patientes avec un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/dL n'étaient pas plus susceptibles de recevoir un traitement chirurgical par rapport aux patientes non anémiées.

- Obésité ($p= 0.82$)

Les patientes avec un IMC supérieurs à 30 n'étaient pas plus susceptibles d'être prises en charge chirurgicalement par rapport par rapport aux patientes non obèses.

5. Analyse statistique par 3 groupes de traitement : « traitement chirurgical de première intention », « traitement chirurgical secondaire » et « traitement non chirurgical »

Dans cette analyse nous avons comparé les groupes :

1. « traitement chirurgical en première intention » et « traitement chirurgical secondaire »
2. « traitement non chirurgical » et « traitement chirurgical secondaire »

5.1 « Traitement chirurgical en première intention » vs « traitement chirurgical secondaire »

L'analyse univariée a mis en évidence un seul facteur significatif :

- Obésité ($p= 0.02$)

Les patientes obèses étaient significativement plus susceptibles de recevoir un traitement chirurgical secondaire par rapport aux patientes non obèses qui étaient, au contraire, plus orientées vers une prise en charge chirurgicale en première intention.

Les autres facteurs n'influençaient pas significativement l'orientation ni dans le sens d'une chirurgie de première intention ni dans le sens d'une chirurgie secondaire.

- Diagnostic ($p < 0.56$)

Le diagnostic de saignement organique n'orientait pas plus dans les sens d'une chirurgie de première intention ou secondaire par rapport au diagnostic de saignements fonctionnels.

- Parité ($p = 0.18$)

Les patientes nullipares ou avec un seul enfant n'étaient pas significativement plus orientées vers une chirurgie de première intention ou secondaire par rapport aux patientes avec deux ou plus enfants.

- Contraception ($p = 0.18$)

Les patientes avec une contraception régulière n'étaient pas plus susceptibles par rapport aux patientes sans contraception de bénéficier d'une chirurgie de première intention, ni secondaire.

- Frottis cervico-utérin ($p = 0.18$)

Les patientes dont le dernier frottis cervico-utérin ne montrait pas d'anomalie cytologique n'étaient pas plus susceptibles par rapport aux patientes avec un résultat ASCUS de recevoir un traitement chirurgical de première intention ou bien secondaire.

- Comorbidité ($p = 0.08$)

Les patientes avec une ou plus comorbidités n'étaient pas plus susceptibles de recevoir un traitement chirurgical en première intention ou bien secondaire par rapport aux patientes ne présentant aucune comorbidité.

- Diabète ($p = 0.4$)

Les patientes diabétiques n'étaient pas plus susceptibles par rapport aux patientes non diabétiques de bénéficier d'une chirurgie de première intention ni secondaire.

- Anémie ($p = 0.18$)

Les patientes avec un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/dL n'étaient pas plus orientées vers une prise en charge chirurgicale de première intention ni secondaire par rapport aux patientes sans anémie.

- Obésité ($p= 0.18$)

Les patientes obèses n'étaient pas plus susceptibles par rapport aux patientes non obèses de recevoir un traitement chirurgical de première intention ou bien secondaire.

- Anticoagulants ($p= 0.04$)

La prise d'anticoagulants n'orientait pas les patientes vers une prise en charge chirurgicale de première intention plus que secondaire.

5.1 « Traitement non chirurgical » vs « traitement chirurgical secondaire »

L'analyse univariée a mis en évidence un seul facteur significatif :

- Diagnostic ($p < 0.02$)

Parmi les patientes ne bénéficiant pas d'un traitement chirurgical en première intention, le diagnostic de saignement d'origine organique orientait significativement vers une prise en charge chirurgicale secondaire par rapport au diagnostic de saignement fonctionnel.

Les autres facteurs n'influençaient pas significativement l'orientation vers une chirurgie secondaire chez les patientes n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge chirurgicale en première intention.

- Parité ($p= 0.22$)

Parmi les patientes n'ayant pas reçu de traitement chirurgical en première intention, les nullipares ou celles avec un seul enfant n'étaient pas significativement plus orientées vers une chirurgie secondaire par rapport aux patientes avec deux ou plus enfants.

- Contraception ($p= 0.92$)

Parmi les patientes n'ayant pas reçu de traitement chirurgical en première intention, celles avec une contraception régulière n'étaient pas plus susceptibles par rapport aux patientes sans contraception de bénéficier d'une chirurgie secondaire.

- Frottis cervico-utérin ($p= 1$)

Parmi les patientes n'ayant pas reçu de traitement chirurgical en première intention, celles dont le dernier frottis cervico-utérin ne montrait pas d'anomalie cytologique n'étaient pas plus susceptibles par rapport aux patientes avec anomalies cytologiques de recevoir un traitement chirurgical secondaire.

- Comorbidité ($p= 0.48$)

Parmi les patientes n'ayant pas reçu de traitement chirurgical en première intention, celles avec une ou plusieurs comorbidités n'étaient pas plus susceptibles de recevoir un traitement chirurgical secondaire par rapport aux patientes ne présentant aucune comorbidité.

- Diabète ($p= 0.40$)

Parmi les patientes n'ayant pas reçu de traitement chirurgical en première intention, les diabétiques n'étaient pas plus susceptibles par rapport aux non diabétiques de bénéficier d'une chirurgie secondaire.

- Anémie ($p= 0.14$)

Parmi les patientes n'ayant pas reçu de traitement chirurgical en première intention, un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/dL n'orientait pas vers une prise en charge chirurgicale secondaire par rapport à l'absence d'anémie.

- Obésité ($p= 0.06$)

Parmi les patientes n'ayant pas reçu de traitement chirurgical en première intention, les obèses n'étaient pas plus susceptibles par rapport aux patientes non obèses de recevoir un traitement chirurgical secondaire.

- Anticoagulants ($p= 1$)

Parmi les patientes n'ayant pas reçu de traitement chirurgical en première intention, la prise d'anticoagulants n'orientait pas vers une prise en charge chirurgicale de première intention plus que secondaire.

PARTIE IV: DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était la recherche de facteurs liés aux hémorragies utérines ou au terrain des patientes pouvant orienter les femmes péri-ménopausées atteintes de méno-métrorragies vers une prise en charge chirurgicale.

Parmi les 9 facteurs étudiés seulement 2 semblaient influencer significativement ce choix : le diagnostic de saignements organiques et la prise d'anticoagulants.

Dans un deuxième temps nous avons analysé les groupes « traitement chirurgical en première intention », « traitement chirurgical secondaire » et « traitement non chirurgical » afin de relever des différences significatives dans les caractéristiques de ces populations. Cette analyse a retrouvé deux facteurs significatifs : le diagnostic et l'obésité.

1. Prise en charge chirurgicale pour les méno-métrorragies organiques

Notre étude a mis en évidence que les saignements utérins fonctionnels bénéficiaient le plus souvent d'un traitement non chirurgical (traitement médical ou abstention) par rapport aux saignements organiques qui étaient, au contraire, plus fréquemment pris en charge chirurgicalement. Ce résultat est en accord avec les données de la littérature qui préconisent en première intention un traitement médical pour la pathologie hémorragique fonctionnelle (21). La prévalence de ce diagnostic dans notre échantillon (37,8%) était proche de la prévalence dans la population féminine d'âge fertile, qui varie entre 40 et 60% (20).

Pour les pathologies organiques, la prise en charge recommandée (chirurgicale ou non) est strictement liée au diagnostic évoqué. Dans notre étude, le diagnostic le plus fréquemment retrouvé était le leiomyome, pour 40,8% des patientes incluses. Ce résultat est conforme à la littérature qui retrouve cette pathologie chez 10 à 51,2% des femmes atteintes de méno-métrorragies de l'âge fertile (12). Dans notre étude, nous n'avons pas différencié le diagnostic de myome sous-muqueux de celui de myome interstitiel. Ces deux pathologies bénéficient pourtant, selon les recommandations actuelles, de traitements de première ligne différents : résection hystéroscopique dans le premier cas et traitement médicamenteux dans le deuxième (12). Cependant pour les deux diagnostics les recommandations préconisent un traitement chirurgical conservateur, soit en première soit en deuxième intention. Cette chirurgie est également celle qui est réalisée le plus souvent dans notre étude.

2. Prise en charge chirurgicale pour les patientes sous anticoagulants

Dans notre étude les patientes sous anticoagulants oraux bénéficiaient le plus souvent d'un traitement chirurgical. Aucune des études recensées n'avait étudié auparavant cette corrélation. Néanmoins ce résultat est en accord avec les données recueillies : selon les sources consultées, les saignements génitaux sous anticoagulants sont en relation soit avec un surdosage (qui peut être dépisté et corrigé selon les recommandations de la HAS) soit avec des lésions organiques (11). Ces dernières sont corrélées à une prise en charge chirurgicale. Le risque hémorragique opératoire semble dans ce contexte négligeable car contrôlable par une prophylaxie préopératoire et la surveillance anesthésiologique.

3. Les comorbidités n'influencent pas le choix

Bien que la littérature montre que les comorbidités sont associées à une majoration du risque opératoire, ce facteur ne semblait pas peser sur la décision d'une prise en charge non chirurgicale dans notre étude. Ce résultat est peut être en relation avec l'âge des patientes : il s'agit de femmes relativement jeunes, ne présentant pas de polypathologie. Il est intéressant de rappeler, d'ailleurs, qu'il existe une corrélation entre événements cardiovasculaires et ménopause, les changements hormonaux favorisant la survenue du diabète, de l'hypertension et des dyslipidémies (32) (33) (34).

4. Pas plus de traitements non chirurgicaux pour les patientes obèses

Dans notre étude l'obésité ne semblait pas influencer la décision de prise en charge chirurgicale ou non. L'obésité est une comorbidité assez particulière, en raison d'un phénomène appelé *obesity paradox* : si d'un côté elle est responsable d'une augmentation de la morbidité péri-opératoire, notamment cardiovasculaire et respiratoire, cette condition semble d'autre part être un facteur protecteur en post-opératoire (28). Il faut également rappeler que l'obésité est un facteur de risque de cancer de l'endomètre, même si cet élément ne semble pas modifier l'indication à une prise en charge chirurgicale.

5. Le diabète est un facteur neutre

Dans notre étude le diabète ne semblait pas orienter de manière significative les patientes vers un traitement chirurgical ou plutôt non chirurgical. Le diabète est lié d'une part à un risque accru de morbidité opératoire (30), et représente d'autre part un facteur de risque de cancer de l'endomètre. De plus il existe une corrélation entre insulino-résistance et hyperplasie

endométriale (35). Ces deux constatations (risque majoré de cancer endométrial et hyperplasie endométriale) pourraient faire croire que le diabète oriente le choix dans le sens d'une prise en charge chirurgicale (hystérectomie ou traitement conservateur), cependant notre étude ne relevait pas de corrélation. Le faible nombre de patientes diabétiques recrutées rend cependant ce résultat peu exploitable.

6. Le désir de grossesse n'est pas influant

Dans notre étude nous avons voulu analyser l'influence du désir de maintien de la procréation dans l'orientation vers une prise en charge chirurgicale ou non. Cependant cette information n'était renseignée que pour un nombre très limité de dossiers. Nous avons donc plutôt choisi deux facteurs pouvant être corrélés indirectement avec le désir de grossesse : le recours à une contraception régulière et le nombre d'enfants vivants des patientes. L'analyse statistique a montré que ces deux facteurs n'avaient pas d'influence dans l'orientation de la prise en charge.

7. L'anémie n'oriente pas vers un traitement chirurgical

Dans un contexte de saignements génitaux, l'anémie peut être une complication secondaire de l'hémorragie ou représenter un problème préexistant et indépendant. Dans les deux cas un taux d'hémoglobine faible majore la morbidité peropératoire (27). Dans notre étude cet élément ne semblait pas avoir d'importance dans l'orientation des patientes vers une prise en charge non chirurgicale. Les risques opératoires liés à l'anémie peuvent d'ailleurs être minimisés par une correcte stratégie préopératoire et anesthésiologique (36). Il est important de souligner également que les anémies secondaires aux hémorragies génitales pourraient avoir un retentissement important sur l'état de santé des patientes et leur qualité de vie. Cependant ce facteur ne semble pas non plus influencer l'orientation dans le sens d'une prise en charge chirurgicale. L'interprétation de ce résultat est toutefois délicate en raison du nombre limité de patientes à faible taux d'hémoglobine recrutées et de la répartition de l'échantillon en deux groupes peu homogènes en termes d'effectifs (4 patientes avec anémie contre 70 patientes sans anémie).

8. Les FCU anormaux n'influencent pas le choix

Dans notre étude nous avons exploré la possibilité que les anomalies cytologiques du frottis cervico-utérin orientent les patientes vers une prise en charge chirurgicale en raison d'un risque théoriquement majoré de développer une pathologie organique maligne. Cependant ce facteur était neutre d'après notre analyse. Il est toutefois intéressant de remarquer que la seule patiente ayant reçu une conisation présentait un FCU ASCUS HPV positif. Nous n'avons pas relevé si les trois autres patientes ASCUS HPV positif avaient bénéficié d'un traitement chirurgical. Notre résultat n'est probablement pas significatif en raison du recrutement d'un faible

nombre de patientes présentant des anomalies du FCU (7 patientes contre 41). De plus nous avons regroupé dans notre étude les FCU ASCUS HPV négatif et positif afin de travailler sur des groupes plus homogènes en termes d'effectifs. Il serait intéressant de comparer les groupes FCU NILM et ASCUS HPV positif afin de relever l'influence de la découverte du HPV dans la décision de prise en charge.

9. Les pathologies organiques bénéficient d'une chirurgie secondaire

Notre étude a montré que les patientes présentant des saignements d'origine organique qui n'étaient pas traitées chirurgicalement en première intention, étaient significativement plus souvent réorientées vers une chirurgie secondaire, par rapport aux patientes atteintes d'hémorragies fonctionnelles. Ce résultat peut sans doute être expliqué par l'échec du traitement non chirurgical de première intention dans certains cas. De plus, selon les plus récentes recommandations, les saignements liés aux léiomyomes peuvent bénéficier d'un traitement préopératoire par les agonistes de la Gn-RH ou par les Selective Progesterone Receptor Modulators (Esmya®) pour une durée de trois mois (14, 15, 16). Dans notre étude 40% des patientes orientées vers une chirurgie secondaire avaient bénéficié d'un traitement initial par Esmya® seul ou associé à d'autres molécules, résultat qui pourrait être en faveur d'une indication préopératoire à l'utilisation de ce médicament.

10. L'obésité repousse l'orientation vers une prise en charge chirurgicale

Dans notre étude les patientes non obèses étaient significativement plus orientées vers une chirurgie en première intention par rapport aux patientes obèses. Cependant, aucune corrélation n'a été retrouvée entre un IMC supérieur à 30 et la décision d'abstention chirurgicale. Selon la littérature actuelle, bien que les risques opératoires soient majorés chez cette population, l'obésité représente un facteur protecteur en postopératoire. Il est possible d'imaginer toutefois que les chirurgiens craignent des complications péri-opératoires et qu'ils préfèrent si possible essayer une première ligne de traitement non chirurgical. Dans notre étude, l'obésité n'était pas significativement corrélée au recours à une chirurgie secondaire après traitement non chirurgical en première intention. Cependant le résultat de l'analyse univariée était proche de la significativité ($p= 0.06$). Il serait donc intéressant d'étudier cette corrélation sur de plus grands effectifs. Ce résultat en effet pourrait suggérer un risque d'échec de la prise en charge non chirurgicale chez cette population. Pour rappel, le traitement non chirurgical le plus fréquemment envisagé est le recours à progestérone, une hormone stéroïdienne. Il est raisonnable d'imaginer que chez les patientes obèses, cette hormone liposoluble ne soit pas efficace aux posologies habituellement prescrites.

11. Limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites qui restreignent sa puissance. Premièrement il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur analyse de dossiers. Ce type d'études a une puissance limitée par rapport aux études prospectives. Les dossiers analysés étaient en plus des dossiers papiers non standardisés : le recueil de données était donc à la discrétion du médecin consultant et certaines informations n'ont pas pu être recensées.

La deuxième limite est le faible nombre de patientes incluses dans notre étude, ayant pour conséquence de petits effectifs dans les sous-groupes. Compte tenu du nombre limité de résultats significatifs ressortis de l'analyse univariée et des faibles effectifs, nous n'avons pas réalisé d'analyse multivariée.

Il pourrait être intéressant de réaliser cette étude sur une population plus grande, ce qui permettrait peut-être de mettre en évidence d'autres facteurs influençant la décision pour la prise en charge des méno-métrorragies de la périménopause.

12. Forces de l'étude

Malgré les nombreuses limites, il s'agit d'une étude originale qui répond pour la première fois à la question de l'orientation des patientes présentant des hémorragies utérines. Elle peut être considérée comme une analyse préliminaire de la situation actuelle. Compte tenu des résultats obtenus, des études ultérieures pourraient être menées. Sur le plan méthodologique il est toutefois nécessaire de procéder à une standardisation des dossiers afin de limiter le nombre de données manquantes et d'adapter la méthodologie d'inclusion aux variables sélectionnées afin d'obtenir des groupes plus homogènes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lumsden MA, Gebbie A, Holland C. Managing unscheduled bleeding in non-pregnant premenopausal women. *BMJ*. 4 juin 2013;346:3251-3251.
2. Cravello L, D'Ercole C, Blanc B. Les ménométrorragies chez la femme en dehors de la ménopause. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Vingtièmes journées nationales. Paris : CNGOF. 1996.
3. Deneris A. PALM-COEIN Nomenclature for Abnormal Uterine Bleeding. *J Midwifery Womens Health*. Mai 2016;61(3):376-9.
4. Lopes P [Internet]. Traitement des méno-métrorragies : quel choix entre le traitement médical, le S.I.U. au lévonorgestrel, la chirurgie endoscopique conservatrice et la chirurgie radicale [cité 12 avr 2017]. Disponible sur: http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1310.
5. Dumont A, Bendris N, Dewailly D, Letombe B, Robin G. Périménopause. *EMC - Gynécologie* 2016:1-14.
6. Brailly-Tabard S, Trabado S, Khallouf O. Ménométrorragies : à qui, pourquoi, sur quels critères proposer une exploration hormonale ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2008 Dec;37 Suppl 8:S329-333.
7. Rozenbaum H. Ménopause. *EMC - Endocrinologie-Nutrition* 2010:1-19.
8. Gervaise A. Hiérarchisation de la stratégie de prise en charge diagnostique et étiologique des ménométrorragies. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 Dec;37 Suppl 8:S349-55.
9. Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France [Internet]. Données chiffrées en gynécologie obstétrique et gynécologie médicale [cité 12 avr 2017]. Disponible sur: <http://syngof.fr/wp-content/uploads/2015/10/2015-Demographie-Gynecologie.pdf>.
10. Khrouf M, Terras K. Diagnosis and Management of Formerly Called « Dysfunctional Uterine Bleeding » According to PALM-COEIN FIGO Classification and the New Guidelines. *J Obstet Gynaecol India*. Déc 2014;64(6):388-93.
11. Brun JL, André G, Descat E, et coll. Modalités et efficacité des traitements médicaux et chirurgicaux devant des ménométrorragies organiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2008 Dec;37 Suppl 8:S368-83.

12. Huchon C, Fritel X. : Épidémiologie des ménométrorragies. *Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2008 Dec;37(8S1):307-316.
13. Phelippeau J, Fernandez H. Fibromes utérins. *EMC - Gynécologie* 2016;11(3):1-6.
14. Koskas M, Derrien J. Traitements médicaux chez la femme ayant des myomes symptomatiques en période d'activité génitale. *Presse Medicale.* Paris 1983 Août 2013;42(7-8):1122-6.
15. Boubli L [Internet]. Traitement médical des fibromes utérins. 8 mars 2008 [cité 2 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/113877>.
16. Merviel P, Lourdel E, Sanguin S, Gagneur O, Cabry R, Nasreddine A. Intérêt actuel des selective progesterone receptor modulators (SPRM) dans l'endométriose. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2013 Sep; 41(9):524–528.
17. Roman H, Loisel C, Puscasiu L, Senthilhes L, Marpeau L. Hiérarchisation des stratégies thérapeutiques pour les ménométrorragies avec ou sans désir de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2008; 37:405-417.
18. Brun J-L, Descat E, Boubli B, Dallay D. Les hyperplasies de l'endomètre. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2006 ; 35 : 542-550.
19. Jost S, Heitz D. Cancer de l'endomètre. *EMC - AKOS (Traité de Médecine)* 2015;10(3):1-8.
20. Plu-Bureau G, Pichard C, Rakotonarivo L, Gompel A. Métorragies en dehors des pathologies de la grossesse. *EMC - Médecine d'urgence* 2011:1-12.
21. CNGOF [Internet]. Recommandations pour la pratique - extractions instrumentales [cité 6 mai 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_22.HTM.
22. Plu-Bureau G, Horellou M-H. Prise en charge thérapeutique des ménométrorragies liées aux coagulopathies et traitement anticoagulant. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2008;37:S.
23. HAS [Internet]. Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier. Avril 2008 [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf.
24. Cosson M. Hémorragie génitale. *EMC - AKOS (Traité de Médecine)* 1999:1-5.

25. Jamin C. La périménopause : le schéma de freinage-substitution. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. Vingt-sixièmes journées nationales. Paris : CNGOF. 2002.
26. Sabbioni L, Zanetti I, Orlandini C, Petraglia F, Luisi S. Abnormal uterine bleeding unrelated to structural uterine abnormalities: management in the perimenopausal period. *Minerva Ginecol.* Févr 2017;69(1):75-83.
27. Riou B, Langeron O. Risque anesthésique. *EMC - AKOS (Traité de Médecine)* 1998:1-4.
28. Quilliot D. Faut-il faire maigrir un patient obèse avant un acte de chirurgie lourde ? *Nutrition clinique et métabolisme* 2014;28(3) :235-243.
29. Simon D. Épidémiologie du diabète. *EMC - Endocrinologie-Nutrition* 2016;13(4):1-19.
30. Raucoules-Aimé M. Diabétique en période périopératoire. *EMC - Endocrinologie-Nutrition* 2016;13(3):1-15.
31. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé [Internet]. Transfusion de globules rouges homologues : produits, indications, alternatives. Recommandations [cité 26 avr 2017]. Disponible sur: http://www.hemovigilance-cncrh.fr/Indicat/cgr%20_recommandations.pdf.
32. Gourine M, Bentadj K, Mostefa-Kara S, Cherrak A, Halimi S, Belhadj M. Ménopause, diabète, et risque cardiovasculaire : étude cas-témoins. *Médecine des Maladies Métaboliques.* 2015 Jun ; 9(4):418-422.
33. Fonseca MIH, da Silva IT, Ferreira SRG. Impact of menopause and diabetes on atherogenic lipid profile: is it worth to analyse lipoprotein subfractions to assess cardiovascular risk in women? *Diabetol Metab Syndr.* 2017 Apr 7;9:22.
34. Staessen J, Fagard R, Lijnen P, Amery A. The influence of menopause on blood pressure. *Arch Belg Belg Arch.* 1989;47(1-4):118-22.
35. Kacalska-Janssen O, Rajtar-Ciosek A, Zmaczyński A, Wyroba J, Milewicz T, Krzyczkowska-Sendrakowska M, et al. Markers of insulin resistance in perimenopausal women with endometrial pathology. *Ginekol Pol.* nov 2013;84(11):922-9.
36. Lasocki S, Rineau E, Chaudet A, Carlier L. Anémie périopératoire : nouveau paradigme. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation.* 2013 Apr ; 17(2) :75-120.

ANNEXES

Tableau 1. Tableau descriptif des variables explicatives

DIAGNOSTIC	TOTAL	
	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
fonctionnelle	37	37,80%
leiomyome	40	40,80%
autres	21	21,40%
PARITE		
P0	9	9,70%
P1	13	14,00%
P2	37	39,80%
P3	34	36,60%
NC	5	
CONTRACEPTION		
NON	52	58,40%
OUI	37	41,60%
NC	9	
FCU		
NILM	41	85,40%
ASCUS HPV-	3	6,30%
ASCUS HPV+	4	8,30%
NC	50	
COMORBIDITES		
NON	59	60,20%
OUI	39	39,80%
DIABETE		
NON	92	93,90%
OUI	6	6,10%
ANEMIE		
NON	70	94,60%
OUI	4	5,40%

	NC	24	
OBESITE			
	NON	50	79,40%
	OUI	13	20,60%
	NC	35	
ANTICOAGULANTS			
	NON	93	95,90%
	OUI	4	4,10%
	NC	1	

FCU : frottis cervico-utérin, NC : non connu, NILM : no intraepithelial lesion or malignancy, ASCUS : Atypical Squamous Cells of Undertermined Significance , HPV : Human papillomavirus, HPV

Tableau 2. Analyse univariée : « traitement chirurgical » vs « traitement non chirurgical »

	TRAITEMENT CHIRURGICAL		TRAITEMENT NON CHIRURGICAL		CHIR vs NON CHIR p
	Moyenne ± SD	Médiane	Moyenne ± SD	Médiane	
AGE (ans)	47,4 ± 4,4	47,0	47,2 ± 4,1	47,0	
DIAGNOSTIC	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	<0,05
fonctionnelle	3	7%	34	62%	
organique	40	93%	21	38%	
PARITE					0,88
PO / P1	10	24%	12	23%	
≤ P2	31	76%	40	77%	
NC	2		3		
S COMORBIDITE					0,23
NON	23	53%	36	65%	
OUI	20	47%	19	35%	
DIABETE					0,40

NON	39	91%	53	96%	
OUI	4	9%	2	4%	
ANTICOAGULANTS					0,04
NON	39	91%	54	100%	
OUI	4	9%	0	0%	
NC	0		1		
ANEMIE					0,62
NON	36	92%	34	97%	
OUI	3	8%	1	3%	
NC	4		20		
FROTTIS CERVICO-UTERIN					0,23
NILM	13	76%	28	90%	
ASCUS HPV- / HPV+	4	24%	3	10%	
NC	26		24		
OBESITE					0,82
NON	29	78%	21	81%	
OUI	8	22%	5	19%	
NC	6		29		
CONTRACEPTION					0,67
NON	22	61%	30	57%	
OUI	14	39%	23	43%	
NC	7		2		
TRAITEMENT HORMONAL					0,61
NON	25	68%	33	62%	
OUI	12	32%	20	38%	
NC	6		2		
TOTAL	43	44%	55	56%	

Tableau 3. Analyse univarié : « traitement chirurgical en première intention » vs « traitement chirurgical secondaire »

	TRAITEMENT CHIRURGICAL 1ère int		TRAITEMENT CHIR SEC		CHIR 1ERE vs CHIR SEC
	Moyen ne ± SD	Médi ane	Moye nne ± SD	Médi ane	p
AGE (ans)	47,8 ± 4,2	47,0	47,4 ± 2,8	47,0	
DIAGNOSTIC	Effectif	Pourcentage	Effectif f	Pourcentage	0,56
fonctionnelle	2	6%	1	10%	
organique	31	94%	9	90%	
PARITE					0,18
P0 / P1	6	19%	4	44%	
≤ P2	26	81%	5	56%	
NC	1		1		
COMORBIDIT ES					0,08
NON	15	45%	8	80%	
OUI	18	55%	2	20%	
DIABETE					1
NON	30	91%	9	90%	
OUI	3	9%	1	10%	
ANTICOAGUL ANTS					0,56
NON	29	88%	10	100%	
OUI	4	12%	0	0%	
NC	0		0		
ANEMIE					0,16
NON	28	97%	8	80%	
OUI	1	3%	2	20%	
NC	4		0		

FROTTIS CERVICO-UTERIN					0,54
NILM	10	71%	3	100%	
ASCUS HPV- / HPV+	4	29%	0	0%	
NC	19		7		
OBESITE					0,02
NON	24	89%	5	50%	
OUI	3	11%	5	50%	
NC	6		0		
CONTRACEPTI ON					0,39
NON	17	65%	5	50%	
OUI	9	35%	5	50%	
NC	7		0		
TRAITEMENT HORMONAL					0,16
NON	20	74%	5	50%	
OUI	7	26%	5	50%	
NC	6				
TOTAL	33	34%	10	10%	

Tableau 4. Analyse univarié : « traitement non chirurgical » vs « traitement chirurgical secondaire »

	TRAITEMENT NON CHIRURGICAL		TRAITEMENT CHIR SEC		NON CHIR vs CHIR SEC
	Moyenne \pm SD	Médiane	Moyenne \pm SD	Médiane	
AGE					p
(ans)	47,3 \pm 4,3	47,0	47,4 \pm 2,8	47,0	
DIAGNOSTIC	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	<0,05
fonctionnelle	34	62%	1	10%	
organique	21	38%	9	90%	
PARITE					0,22
P0 / P1	12	23%	4	44%	
\leq P2	40	77%	5	56%	
NC	3		1		
COMORBIDITES					0,48
NON	36	65%	8	80%	
OUI	19	35%	2	20%	
DIABETE					0,40
NON	53	96%	9	90%	
OUI	2	4%	1	10%	
ANTICOAGULANTS					1
NON	54	100%	10	100%	
OUI	0	0%	0	0%	
NC	1		0		
ANEMIE					0,14
NON	34	97%	8	80%	
OUI	1	3%	2	20%	
NC	20		0		
FROTTIS CERVICO-UTERIN					1
NILM	28	90%	3	100%	

ASCUS HPV- / HPV+	3	90%	0	0%	
NC	24		7		
OBESITE					0,06
NON	21	81%	5	50%	
OUI	5	19%	5	50%	
NC	29		0		
CONTRACEPTI ON					0,92
NON	30	57%	5	50%	
OUI	23	43%	5	50%	
NC	2		0		
TRAITEMENT HORMONAL					0,47
NON	33	62%	5	50%	
OUI	20	38%	5	50%	
NC	2				
TOTAL	55	56%	10	10%	

TITRE : Méno-métrorragies de la péri-ménopause : analyse des facteurs influençant la décision d'orientation spécialisée

AUTEUR : CALABRETTO Michela

RESUME : Les méno-métrorragies sont un motif de consultation fréquent en soins primaires. Elles sont responsables d'anémie, d'une altération de la qualité de vie et sont la première cause d'hystérectomie de confort.

L'objectif de cette étude était de rechercher chez les patientes atteintes de méno-métrorragies de la péri-ménopause des facteurs influençant la décision de prise en charge chirurgicale afin de mieux orienter les patientes consultant en soins primaires.

Notre travail repose sur une étude rétrospective sur analyse de 98 dossiers de patientes âgées de 40 à 55 ans ayant consulté à la Maternité de Chalon-sur-Saône du 1^{er} novembre 2015 au 30 avril 2016 pour méno-métrorragies.

Notre analyse a montré que les seuls facteurs significatifs étaient le diagnostic de pathologie organique et la prise d'anticoagulants. Notre étude a relevé également que les patientes atteintes d'une pathologie organique initialement non traitées par chirurgie étaient plus susceptibles de bénéficier d'une chirurgie secondaire par rapport aux patientes atteintes de saignements fonctionnels. Les patientes non obèses étaient significativement plus orientées vers une chirurgie de première intention par rapport aux patientes obèses.

En conclusion: les patientes entre 40 et 55 ans non ménopausées consultant en soins primaires pour méno-métrorragies peuvent être orientées vers tout gynécologue. La prise d'anticoagulants pourrait éventuellement décider les médecins généralistes à adresser les patientes vers un chirurgien. Les généralistes maîtrisant l'échographie gynécologique pourraient également orienter les patientes vers un chirurgien devant un diagnostic échographique de pathologie organique.

MOTS CLES : méno-métrorragies, péri-ménopause, chirurgie conservatrice, hystérectomie, traitement médical, diagnostic.