

LIGNES DIRECTRICES SUR LA PRISE EN CHARGE DU SAIGNEMENT UTÉRIN ANORMAL

Ces lignes directrices ont été revues par le Comité de la pratique clinique - gynécologie et le Comité d'endocrinologie de la reproduction et d'infertilité et il a reçu l'approbation du Comité exécutif et du Conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

AUTEURS PRINCIPAUX

George A. Vilos, MD, FRCSC, London (Ont.); Guylaine Lefebvre, MD, FRCSC, Toronto (Ont.); Gillian R. Graves, MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)

MEMBRES DU COMITÉ DE LA PRATIQUE CLINIQUE — GYNÉCOLOGIE

Guylaine Lefebvre, MD, FRCSC, Toronto (Ont.), (présidente); Catherine Allaire, MD, FRCSC, Vancouver (B.-C.); Michel Fortier, MD, FRCSC, Québec (Qc); Barry Gilliland, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.); John Jeffrey, MD, FRCSC, Kingston (Ont.); H. Ward Murdock, MD, FRCSC, Fredericton (N.-B.)

MEMBRES DU COMITÉ D'ENDOCRINOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET D'INFERTILITÉ

Gillian R. Graves, MD, FRCSC, Halifax (N.-É.), (présidente); Paul Claman, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.); Margo Fluker, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.); Marianne Morrison, RN, Ottawa (Ont.); Seang L. Tan, MD, FRCSC, Montréal (Qc); John Thiel, MD, FRCSC, Regina (Sask.); Ian S. Tummon, MD, FRCSC, London (Ont.)

Résumé

Objectif : On estime que neuf à 30 pour cent des femmes en âge de procréer souffrent de ménorragie. Sa prévalence augmente avec l'âge et atteint son taux le plus élevé tout juste avant la ménopause. La ménorragie et les fibromes utérins sont responsables de jusqu'à 75 pour cent de toutes les hystérectomies pratiquées à l'échelle mondiale. Les présentes lignes directrices offrent des recommandations aux gynécologues et fournisseurs de soins de santé sur le diagnostic et la prise en charge du saignement utérin anormal (SUA), en se fondant sur les données actuelles.

Options : Ces directives passent en revue les outils servant au diagnostic et les choix médicaux et chirurgicaux possibles et présentent les connaissances actuelles.

Évidence : Des recherches ont été faites sur les bases de données de MEDLINE, d'EMBASE et de la *Cochrane Library* et on a fait une revue des directives d'autres sociétés.

Recommandations :

1. Les femmes souffrant de saignements menstruels irrégulier doivent être examinées pour dépister les polypes endométriaux ou les fibromes sous-muqueux. (II-2 B)
2. Les femmes présentant une ménorragie doivent recevoir une cytologie cervicale courante et un hémogramme. Les autres examens doivent être faits selon les situations propres à chaque patiente. Il est utile de savoir si la cause des saignements est de nature ovulatoire ou anovulatoire, à la fois pour le choix des examens indiqués et du traitement. (III B)
3. Les cliniciens doivent faire un prélèvement endométrial selon

les méthodes dont ils disposent. Si possible, une biopsie d'endomètre devrait être pratiquée en cabinet pour toute femme présentant des saignements utérins anormaux et ayant plus de 40 ans ou pesant 90 kg ou plus. (II B)

4. Une biopsie guidée par hystérocopie est indiquée pour toute femme ayant des saignements menstruels irréguliers qui persistent, ayant subi une thérapie médicale infructueuse ou ayant eu des résultats d'échographie transvaginale avec solution saline qui indiquaient la possibilité d'une pathologie intra-utérine focale, comme des polypes ou des myomes. Les femmes dont les symptômes persistent, mais qui ont eu des résultats de tests négatifs, doivent être examinées de nouveau. (II B)
5. Les progestatifs pris durant la phase lutéale des cycles menstruels ovulatoires réduisent efficacement les saignements menstruels réguliers excessifs. (I A)
6. Alors que la dilatation-curetage (DC) peut jouer un rôle dans le diagnostic, elle n'offre pas une thérapie efficace pour les femmes ayant des saignements menstruels excessifs. (II B)
7. L'endomètre peut être éliminé par diverses techniques, mais l'ablation par « rollerball » entraîne un taux d'intervention répétée après cinq ans allant jusqu'à 40 pour cent. Cette technique doit être réservée aux femmes qui ne sont plus en âge de procréer et qui sont conscientes du risque de réapparition des saignements. (I A)

Parrainage : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

INTRODUCTION

Le cycle menstruel normal dure 28 ± 7 jours ; le flot menstruel dure 4 ± 2 jours, et la quantité moyenne de sang perdu est de 40 ± 20 ml.¹

Le saignement utérin anormal (SUA) se définit comme des changements dans la fréquence des menstrues, la durée des pertes ou la quantité de sang perdu. La ménométrorragie fonctionnelle (MMF) constitue un diagnostic d'exclusion en l'absence de pathologie pelvienne ou de cause médicale sous-jacente. La MMF se caractérise normalement par des pertes abondantes et prolongées, avec ou sans saignements intermenstruels. Elle peut se produire en l'absence ou en présence d'ovulation.

La ménorragie (hyperménorrhée) se définit comme des saignements menstruels cycliques excessifs se produisant pendant plusieurs cycles consécutifs chez la femme en âge de procréer. Objectivement, la ménorragie se définit comme une perte sanguine de plus de 80 ml par cycle, ce qui représente le 90^e centile, selon l'étude portant sur 476 femmes de Gothenberg, publiée par Hallberg et coll. en 1966.² Les pertes sanguines mensuelles de plus de 60 ml peuvent entraîner une anémie ferriprive et nuire à la qualité de la vie.³

APPROCHE AU DIAGNOSTIC DU SUA

ANTÉCÉDENTS

Il est important de distinguer le SUA anovulatoire, plus susceptible de mener à l'hyperplasie endométriale, du SUA ovulatoire. La femme présentant des SUA anovulatoires a probablement eu des pertes sanguines menstruelles excessives pendant plusieurs cycles consécutifs, sans avoir eu de saignements intermenstruels ou postcoïtaux. Elle peut avoir une dysménorrhée liée à des pertes de caillots. Les symptômes prémenstruels sont aussi indicatifs de cycles ovulatoires. Les antécédents devraient comprendre des symptômes suggérant la possibilité d'une autre pathologie, tels que des saignements irréguliers ou postcoïtaux et des douleurs pelviennes. Les polypes et les fibromes sous-muqueux sont présents chez 25 à 50 pour cent des femmes qui ont des saignements irréguliers.^{4,5}

DIAGNOSTIC

Il est essentiel de faire un examen abdominal et pelvien approfondi. Si cela est indiqué, il faut faire une cytologie cervicale. Un hémogramme (hémostase \pm ferritine) est nécessaire pour établir le degré d'anémie. D'autres analyses peuvent être envisagées : l'hormone de stimulation de la thyrotrophine, quand d'autres symptômes de dysfonctionnement thyroïdien sont présents ; la prolactine ; la progestérone aux jours 21 à 23, dans le but de vérifier l'état ovulatoire ; l'hormone folliculostimulante et l'hormone lutéinisante, afin de vérifier le statut ménopausique ou de confirmer un diagnostic de syndrome des ovaires polykystiques ; et

enfin, un bilan de coagulation, en présence d'une ménorragie au moment de la puberté ou si on soupçonne la possibilité clinique de coagulopathie.

ÉVALUATION DE L'ENDOMÈTRE

L'évaluation de l'endomètre est pratiquée pour permettre de poser un diagnostic de malignité ou de prémaliginité et pour évaluer les influences des hormones sur l'endomètre. Spencer et coll. ont passé en revue 142 études pour définir la valeur des méthodes d'évaluation de l'endomètre chez des femmes souffrant de SUA. Les données ne permettent pas de faire une recommandation uniforme sur l'évaluation de l'endomètre.⁶

Le prélèvement d'un échantillon de l'endomètre doit être envisagé pour toute patiente de plus de 40 ans présentant des saignements anormaux ou pour les femmes qui ont un risque particulier de cancer de l'endomètre :^{1,7} la nulliparité ayant des antécédents d'infécondité ; l'apparition nouvelle de saignements irréguliers excessifs ; l'obésité (≥ 90 kg) ;^{7,8} des ovaires polykystiques ;⁹ des antécédents familiaux de cancer de l'endomètre ou du côlon,⁷ ainsi que le fait d'avoir suivi une thérapie au tamoxifène.^{10,11}

Il est aussi important d'évaluer l'histopathologie endométriale de la femme dont les saignements ne se sont pas améliorés après une thérapie de trois mois. Les directives cliniques de la SOGC, *Diagnostic du cancer de l'utérus chez les femmes ayant des saignements vaginaux anormaux* (2000), ont examiné les

TABLEAU I
FACTEURS INDÉPENDANTS DE RISQUE
D'HYPERPLASIE ENDOMÉTRIALE ET DE CARCINOME CHEZ LES FEMMES SOUFFRANT DE SUA^{7,13}

Facteur	Prévalence	Rapport des cotes et IC de 95 %	Valeur p
Toutes les patientes	4,9 %	—	—
Poids ≥ 90 kg	12,7 %	5,5 (2,9-10,6)	< 0,0001
Âge ≥ 45 ans	7,9 %	3,1 (1,5-6,1)	0,0016
Poids ≥ 90 kg et âge ≥ 45 ans	22,2 %	—	—
Poids ≥ 90 kg et âge < 45 ans	2,3 %	—	—
Antécédents familiaux de cancer du côlon	—	5,0 (1,3-19,1)	0,0182
Infécondité	—	3,6 (1,3-9,9)	0,0127
Nulliparité	—	2,8 (1,1-7,2)	0,0267
Antécédents familiaux de cancer de l'endomètre	—	5,8 (1,1-28,6)	0,0392

Farquhar et coll., 1999.⁷ Analyse à variables multiples portant sur 1033 femmes.

données sur le prélèvement endométrial et elles proposent la conduite à tenir pour l'évaluation de l'endomètre.¹²

TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENT ENDOMÉTRIAL

La biopsie d'endomètre en cabinet permet de faire un prélèvement adéquat dans 87 à 97 pour cent des cas^{13,15} et de détecter 67 à 96 pour cent des carcinomes endométriaux.^{13,15} Bien que le choix du dispositif de prélèvement en affecte la précision, aucune méthode actuelle ne permet de faire un échantillonnage de l'endomètre au complet.⁶ Comme procédé diagnostique, le prélèvement guidé par hystérocopie permet de détecter un pourcentage plus élevé d'anomalies lorsqu'on le compare directement à la dilatation-curetage (DC).¹⁶⁻¹⁸ Même si la cavité utérine semble normale lors de l'hystérocopie, il faut faire un prélèvement puisque l'hystérocopie, à elle seule, ne suffit pas pour exclure la possibilité d'une néoplasie ou d'un carcinome d'endomètre.^{19,20} (II-A)

DILATATION-CURETAGE

Chez 10 à 25 pour cent des femmes, la DC, à elle seule, ne révèle pas une pathologie de l'endomètre.²¹ Les données ont lié la DC à une perforation utérine dans 0,6 à 1,3 pour cent des cas et à une hémorragie dans 0,4 pour cent des cas.²¹ La DC est une intervention aveugle qui entraîne des erreurs d'échantillonnage importantes. Elle exige aussi une anesthésie comportant un risque de complications. Elle doit être réservée aux cas où une biopsie en cabinet ou une biopsie guidée par hystérocopie ne sont pas disponibles ou possibles.^{21,22} (II-B)

EXAMEN DE L'ENDOMÈTRE PAR ÉCHOGRAPHIE

L'échographie transvaginale (ÉTV) évalue l'épaisseur de l'endomètre et détecte les polypes et les myomes avec une sensibilité de 80 pour cent et une spécificité de 69 pour cent.²³

Bien qu'il existe des preuves que l'épaisseur de l'endomètre peut révéler une pathologie chez la femme ménopausée, de telles preuves n'existent pas pour la femme en âge de procréer. Une méta-analyse comprenant 35 études a révélé que, chez les femmes ménopausées, pour une épaisseur de l'endomètre de cinq millimètres, l'échographie a une sensibilité de 92 pour cent pour la détection de lésions endométriales et de 96 pour cent pour la détection du cancer.²⁴ Elle n'est pas utile si l'épaisseur est de cinq à 12 mm.²⁵ De telles corrélations n'ont pas encore été solidement établies pour les patientes non ménopausées.^{5,12,23,26}

HYSTÉRO-ÉCHOGRAPHIE AVEC SOLUTION SALINE

L'introduction de cinq à 15 ml d'une solution saline dans la cavité utérine au moyen d'un cathéter amorcé ou d'une sonde d'alimentation pédiatrique peut améliorer le diagnostic des masses intra-utérines lors de l'ÉTV.^{6,27-30}

TRAITEMENT DU SUA

PRISE EN CHARGE MÉDICALE

L'âge, le désir de la patiente de conserver sa fécondité, des conditions médicales coexistantes et ses préférences personnelles sont des facteurs essentiels dont il faut tenir compte. Pour chacune des méthodes suggérées, la patiente doit connaître les risques et les contre-indications lui permettant de faire un choix éclairé. Le degré de satisfaction de la patiente pourrait être influencé par l'efficacité, les attentes, le coût, les inconvénients et les effets indésirables.

MÉDICAMENTS ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS

Chez les femmes qui souffrent de saignements menstruels excessifs, les prostaglandines de l'endomètre sont élevées.^{31,32} Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) bloquent la cyclo-oxygénase^{31,32} et réduisent les niveaux de prostaglandine endométriale.³¹ Une revue de 21 essais contrôlés et randomisés a conclu que les AINS pris au moment des règles réduisaient les pertes sanguines menstruelles de 20 à 50 pour cent.^{33,34} Les AINS améliorent la dysménorrhée chez jusqu'à 70 pour cent des patientes.³³ Cette thérapie doit commencer le premier jour des menstruations et se poursuivre pendant cinq jours ou jusqu'à la fin des règles. (I-A)

ANTIFIBRINOLYTIQUES

L'acide tranexamique (cyclokapron), un dérivé synthétique de l'acide aminé lysine, exerce un effet antifibrinolytique par un blocage réversible du plasminogène.^{35,36} Le médicament n'a aucun effet sur les paramètres de la coagulation sanguine ou sur la dysménorrhée.^{35,36} Un tiers des femmes connaissent des effets secondaires tels que la nausée et les crampes dans les jambes. Un gramme d'acide tranexamique toutes les six heures pendant les quatre premiers jours du cycle réduit les pertes sanguines menstruelles jusqu'à 40 pour cent, selon les résultats de 10 essais randomisés et contrôlés contre placebo.^{33,35,36} (I-A)

DANAZOL

Le danazol, un stéroïde synthétique doté de légères propriétés androgéniques, bloque la stéroïdogénèse dans l'ovaire et a un effet profond sur le tissu de l'endomètre,³⁷ réduisant ainsi les pertes sanguines menstruelles de jusqu'à 80 pour cent.³⁸⁻⁴¹ Après une thérapie au danazol (de 100 à 200 mg par jour), 20 pour cent des patientes ont rapporté une aménorrhée et 70 pour cent, une spanioménorrhée. Environ 50 pour cent des patientes n'ont rapporté aucun effet secondaire lié au danazol alors que 20 pour cent ont signalé des effets secondaires sans gravité.^{38,39} Un gain pondéral d'un à deux kilos et demi chez 60 pour cent des patientes était la plainte la plus fréquente. On recommande une dose de 100 à 200 mg par jour pendant trois mois.^{39,40}

PROGESTATIFS

Des essais randomisés et contrôlés ont démontré l'inefficacité des progestatifs cycliques pour le contrôle des saignements menstruels

réguliers excessifs, en comparaison aux AINS et à l'acide tranexamique.⁴²⁻⁴⁴ Les progestatifs peuvent être utiles pour les femmes ayant des cycles irréguliers ou anovulatoires lorsqu'ils sont pris pendant 12 à 14 jours, chaque mois.⁴⁵ L'acétate de médroxyprogestérone utilisé dans les contraceptifs provoque une aménorrhée au cours de la première année chez 80 pour cent des femmes,⁴⁶ mais jusqu'à 50 pour cent d'entre elles connaissent des saignements irréguliers.⁴⁶

LA PILULE CONTRACEPTIVE ORALE COMBINÉE

La réduction des pertes sanguines menstruelles attribuable à la pilule contraceptive orale (CO) combinée est probablement le résultat d'une atrophie endométriale provoquée. Un essai randomisé contrôlé auprès de femmes prenant un CO de 30 µg d'éthinylœstradiol a permis de constater une réduction des pertes sanguines menstruelles de 43 pour cent par rapport au point de départ.⁴⁷ Deux études cas-témoins longitudinales ont conclu que les utilisatrices risquaient moins d'avoir des saignements menstruels excessifs ou de souffrir d'anémie.⁴⁸ D'autres avantages des CO sont la contraception et la réduction de la dysménorrhée.

SYSTÈME INTRA-UTÉRIN À LA PROGESTÉRONNE

On a observé des réductions des saignements menstruels liées à l'utilisation de stérilets imprégnés de progestérone.⁴⁹⁻⁵² Le plus récent système intra-utérin au lévonorgestrel (SIU-LNG) est un stérilet en forme de T qui libère une quantité régulière de lévonorgestrel (20 µg/24 h) provenant d'un réservoir de stéroïdes situé le long des tiges verticales du dispositif. Il fait en ce moment l'objet de recherches cliniques au Canada et on s'attend à ce qu'il soit mis en marché dans les mois qui viennent.

AGONISTES DE LA GnRH

Les agonistes de la GnRH déclenchent un état hypogœstrogénique réversible, réduisant ainsi le volume utérin total de 40 à 60 pour cent.⁵³ Les myomes et le volume utérin retournent aux niveaux d'avant le traitement quelques mois après l'arrêt de la thérapie.⁵³ Les agonistes de la GnRH réduisent efficacement les pertes sanguines menstruelles chez les femmes approchant la ménopause, mais des effets secondaires, comme les bouffées de chaleur et la diminution de la densité osseuse, constituent un obstacle à leur utilisation.⁵³

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DILATATION-CURETAGE

Il n'existe pas de rapports publiés sur des essais randomisés et contrôlés comparant la DC à d'autres traitements possibles pour l'amélioration de la ménorragie.²² La seule étude visant à mesurer les pertes sanguines avant et après une DC a permis d'observer une réduction temporaire des pertes sanguines menstruelles immédiatement après l'intervention. Toutefois, les

pertes sont revenues aux niveaux antérieurs ou à des niveaux supérieurs lors des deuxièmes menstruations suivant l'intervention.^{22,54} La DC peut jouer un rôle diagnostique quand la biopsie d'endomètre ne permet pas de tirer des conclusions claires et que les symptômes persistent ou quand on soupçonne la possibilité d'une pathologie sous-jacente.¹²

DESTRUCTION DE L'ENDOMÈTRE

La destruction de l'endomètre peut se faire au moyen de plusieurs techniques chirurgicales. Martyn⁵⁵ a passé en revue l'ablation endométriale par hystérocopie avec photocoagulation, par « rollerball », par électrocoagulation ou par la « loop », ainsi que leurs résultats à long terme. On évalue cliniquement l'ablation de l'endomètre depuis 20 ans. Plusieurs études, comportant une analyse de la table de survie allant jusqu'à 6,5 ans, ont révélé des taux de satisfaction d'environ 85 pour cent.⁵⁵ Pendant les périodes étudiées, environ 10 pour cent des femmes ont, par la suite, subi une hystérectomie et 10 pour cent ont dû avoir une nouvelle ablation de l'endomètre, en raison d'un traitement initial infructueux.⁵⁵ Les patientes qui subissent l'intervention après l'âge de 40 ans semblent avoir de meilleures issues.⁵⁵ Il n'existe pas de preuves claires que la présence de fibromes ou d'une dysménorrhée, avant l'ablation endométriale, réduit les taux de succès. Un traitement médical pré-opératoire ne semble pas améliorer les résultats à long terme, mais il améliore la facilité avec laquelle l'intervention est pratiquée ainsi que l'aménorrhée à court terme.⁵⁵ L'ablation de l'endomètre par hystérocopie est un traitement efficace pour la ménorragie chronique ne répondant pas à un traitement médical et elle est accompagnée d'un taux raisonnablement faible de complications et d'un degré élevé de satisfaction de la part des patientes lors de leur évaluation au terme d'un suivi prolongé.⁵⁵ Le taux de ré-opération après cinq ans peut aller jusqu'à 40 pour cent pour l'ablation « rollerball ». ⁵⁵ L'ablation endométriale se compare favorablement à l'hystérectomie dans les essais randomisés comparant l'efficacité et le coût,⁵⁶ bien que l'analyse à long terme devrait comprendre le coût des traitements suivis par les femmes qui ont besoin d'interventions additionnelles par la suite.

L'ablation endométriale globale, que Vilos vient de passer en revue, a été présentée dans les années 1990 comme une solution de rechange à l'ablation hystérocopique parce que plus facile,

TABLEAU 2

AVANTAGES DE L'ABLATION ENDOMÉTRIALE GLOBALE⁵⁷

1. Les dispositifs sont relativement sûrs, mais on ne pourra définir la sécurité de chaque technique avant d'avoir pratiqué plusieurs centaines d'interventions pour chacune.
2. Ces dispositifs sont plus faciles à utiliser que l'ablation endométriale par hystérocopie.
3. Étant donné que l'endomètre est détruit, il est essentiel d'exclure la possibilité de néoplasie endométriale.

sûre et aussi efficace.⁵⁷ On a mis au point plusieurs dispositifs différents, dont quelques-uns font encore l'objet d'études de faisabilité ou d'essais cliniques : les ballonnets intra-utérins remplis d'eau chaude, la solution saline libre intra-utérine, le ballonnet électro-coagulant, la sonde d'électrocoagulation bipolaire à trois dimensions, le dispositif à micro-ondes, le laser de fibres à diodes et plusieurs cryosondes différentes.⁵⁷ Ces dispositifs exigent moins de dextérité de la part de l'opérateur que l'ablation endométriale par hystérocopie, et aucune solution irrigante ou distendante n'est nécessaire. Chacun utilise soit la chaleur, soit le froid, pour détruire l'endomètre. Bien que ces dispositifs soient prometteurs et aient donné des résultats préliminaires impressionnants, leur efficacité à long terme, les taux de complications et le rapport coût-efficacité n'ont pas encore été évalués.

Étant donné que toutes ces interventions sont pratiquées sans visualisation hystérocopique (à l'exception de l'hydrothermablation), il est prudent de faire une hystérocopie avant et après le traitement pour s'assurer que seule la cavité endométriale a été traitée. De faux passages et des perforations partielles ou complètes se produisent à une fréquence de 0,8 à 1,5 pour cent et peuvent entraîner des blessures aux organes adjacents.⁵⁷

HYSTÉRECTOMIE

Les risques que comporte cette intervention chirurgicale majeure doivent être évalués par rapport aux solutions de rechange. Lefebvre et coll.⁵⁸ ont fait un compte-rendu des directives de la pratique clinique sur l'hystérectomie. Celle-ci offre une solution permanente au traitement de la ménorragie et des saignements utérins

anormaux, et le degré de satisfaction est élevé chez les patientes choisies correctement. Pour la femme qui n'a plus l'intention d'avoir d'enfants, qui a examiné les choix possibles et qui a essayé les traitements conservateurs, sans avoir obtenu de résultats acceptables, l'hystérectomie est souvent le meilleur choix possible.

RECOMMANDATIONS

1. Les femmes souffrant de saignements menstruels irréguliers doivent être examinées pour dépister les polypes endométriaux ou les fibromes sous-muqueux. (II-2 B)
2. Les femmes présentant une ménorragie doivent recevoir une cytologie cervicale courante et un hémogramme. Les autres examens doivent être faits selon les situations propres à chaque patiente. Il est utile de savoir si la cause des saignements est de nature ovulatoire ou anovulatoire, à la fois pour le choix des examens indiqués et du traitement. (III B)
3. Les cliniciens doivent faire un prélèvement endométrial selon les méthodes dont ils disposent. Si possible, une biopsie d'endomètre devrait être pratiquée en cabinet pour toute femme présentant des saignements utérins anormaux et ayant plus de 40 ans ou pesant 90 kg ou plus. (II B)
4. Une biopsie guidée par hystérocopie est indiquée pour toute femme ayant des saignements menstruels irréguliers qui persistent, ayant subi une thérapie médicale infructueuse ou ayant eu des résultats d'échographie transvaginale avec solution saline qui indiquaient la possibilité d'une pathologie intra-utérine focale, comme des polypes ou des myomes. Les femmes dont

TABLEAU 3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ÉVIDENCE ⁵⁹	CLASSIFICATION DES RECOMMANDATIONS ⁵⁹
<p>Les recommandations de ces lignes directrices ont été pondérées en utilisant les critères d'évaluation de l'évidence établis par le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.⁵⁹</p> <p>I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.</p> <p>II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.</p> <p>II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.</p> <p>II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.</p> <p>III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.</p>	<p>Les recommandations de ces lignes directrices ont été adaptées de la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.⁵⁹</p> <p>A : On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>B : On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>C : On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.</p> <p>D : On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>E : On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p>

- les symptômes persistent, mais qui ont eu des résultats de tests négatifs, doivent être examinées de nouveau. (II B)
5. Les progestatifs pris durant la phase lutéale des cycles menstruels ovulatoires réduisent efficacement les saignements menstruels réguliers excessifs. (I A)
 6. Alors que la dilatation-curetage (DC) peut jouer un rôle dans le diagnostic, elle n'offre pas une thérapie efficace pour les femmes ayant des saignements menstruels excessifs. (II B)
 7. L'endomètre peut être éliminé par diverses techniques, mais l'ablation par « rollerball » entraîne un taux d'intervention répétée après cinq ans allant jusqu'à 40 pour cent. Cette technique doit être réservée aux femmes qui ne sont plus en âge de procréer et qui sont conscientes du risque de réapparition des saignements. (I A)

J Obstet Gynaecol Can 2001;23(8):710-6

RÉFÉRENCES

1. Munro MG. Abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Part I: pathogenesis and clinical investigations. *J Am Assoc Gynecol Laparoscop* 1999;6:391-428.
2. Hallberg L, Hogdahl A, Nilsson L, Rybo G. Menstrual blood loss: a population study. Variations at different ages and attempts to define normality. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;45:320-51.
3. Cohen JM, Gibor Y. Anemia and menstrual blood loss. *Obstet Gynecol Surv* 1980;35:597-618.
4. Fedele I, Bianchi S, Dorta M, Brioschi D, Zanotti F, Vercellini P. Transvaginal ultrasonography versus hysteroscopy in the diagnosis of uterine submucous myomas. *Obstet Gynecol* 1991;77:745-8.
5. Diikuizen FP, Brolmann HA, Potters AE, Bingers NY, Heinz AP. The accuracy of transvaginal ultrasonography in the diagnosis of endometrial abnormalities. *Obstet Gynecol* 1996;87:345-9.
6. Spencer CP, Whitehead MI. Endometrial assessment re-visited (a review). *Br J Obstet Gynecol* 1999;106:623-32.
7. Farquhar CM, Lethaby A, Sowter M, Verry J, Baranyai J. An evaluation of risk factors for endometrial hyperplasia in premenopausal women with abnormal menstrual bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:525-9.
8. Ballard-Barbash R, Swanson CA. Body weight: Estimation of risk for breast and endometrial cancer. *Am J Clinical Nutrition* 1996;63:437-41.
9. Gibson M. Reproductive health and polycystic ovary syndrome. *Am J Med* 1995;98:67-75.
10. Morgan RV. Risk of endometrial cancer after tamoxifen treatment. *Oncology* 1997;11:25-33.
11. Barakat RR. Benign and hyperplastic endometrial changes associated with tamoxifen use. *Oncology* 1997;1:35-7.
12. Brand A, Dubuc-Lissoir J, Ehlen T, Plante M. Diagnosis of endometrial cancer in women with abnormal vaginal bleeding. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 2000;22(2):102-4.
13. Guido RS, Kanbour-Shakir A, Rulin MC, Christopherson WA. Pipelle endometrial sampling: sensitivity in the detection of endometrial cancer. *J Reprod Med* 1995;33:76-8.
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Hysteroscopic Surgery: A National Clinical Guideline*. Edinburgh, 1999.
15. Ferry J, Farnsworth A, Webster M, Wren B. The efficacy of pipelle endometrial biopsy in detecting endometrial cancer. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1993;33:76-8.
16. Emanuel MH, Verdel MJ, Wamsteker K, Lannes FB. A prospective comparison of transvaginal ultrasonography and diagnostic hysteroscopy in the evaluation of patients with abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:547-52.
17. Goldrath MH, Sherman AI. Office hysteroscopy and suction curettage: can we eliminate the hospital diagnostic dilatation and curettage? *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:220-9.
18. Towbin N, Gviazda I, March C. Office hysteroscopy versus transvaginal ultrasonography in the evaluation of patients with excessive uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1678-82.
19. Loffer FD. Hysteroscopy with selective endometrial sampling compared with D&C for abnormal uterine bleeding: the value of negative hysteroscopic view. *Obstet Gynecol* 1989;73:16-20.
20. Nagele F, O'Connor H, Davies A, Badaery A, Mohamed H, Magos A. 2500 outpatient diagnostic hysteroscopies. *Obstet Gynecol* 1996;88:87-92.
21. Grimes D. Diagnostic dilatation and curettage: a reappraisal. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142:1-6.
22. MacKenzie I, Bibby J. Critical assessment of dilatation and curettage in 1029 women. *Lancet* 1978;2:566-8.
23. Vercellini P, Cortesi I, Oldani S, Moschetta M, DeGiorgi O, Crosignani PG. The role of transvaginal ultrasonography and outpatient diagnostic hysteroscopy in the evaluation of patients with menorrhagia. *Hum Reprod* 1997;12:1768-71.
24. Smith-Bindman R, Kerlikowske K, Feldstein V, Subak L, Scheidler J, Segal M, et al. Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. *J Am Med Assoc* 1998;280:1510-7.
25. Langer RD, Pierce JJ, O'Hanlan KA, Johnson SR, Espeland MA, Trabala JF, et al. Transvaginal ultrasonography compared with endometrial biopsy for the detection of endometrial disease. *N Engl J Med* 1997;337:1792-8.
26. Tsuda H, Kawabata M, Yamamoto K, Inoue T, Umesaki N. Prospective study to compare endometrial cytology and transvaginal ultrasonography for identification of endometrial malignancies. *Gynecol Oncol* 1997;65:383-6.
27. Wldrich T, Bradley LD, Mitchinson AR, Colins RI. Comparison of saline infusion sonography with office hysteroscopy for the evaluation of the endometrium. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1327-34.
28. Wolman I, Jaffa A, Hartoov J, Bar-Am A, David M. Sensitivity and specificity of sonohysterography for the evaluation of the uterine cavity in perimenopausal patients. *J Ultrasound Med* 1996;15:285-8.
29. Bronz L, Sutter T, Rusca T. The value of transvaginal sonography with and without saline instillation in the diagnosis of uterine pathology in pre- and postmenopausal women with abnormal bleeding or suspect sonographic findings. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;9:53-8.
30. Schwarzler P, Concin H, Bosch H, Berlinger A, Wohlgenannt K, Collins WP, et al. An evaluation of sonohysterography and diagnostic hysteroscopy for the assessment of intrauterine pathology. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;11:337-42.
31. Smith SK, Abel MH, Kelly RW, Baird DT. Prostaglandin synthesis in the endometrium of women with ovular dysfunctional uterine bleeding. *Br J Obstet Gynecol* 1981;88:434-42.
32. Elder MG. Prostaglandins and menstrual disorders. *Br J Obstet Gynecol* 1993;287:703-4.
33. National Health Committee, New Zealand. *Guidelines for the Management of Heavy Menstrual Bleeding*. Christchurch: 1998.
34. Munro MG. Abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Part II: Medical management. *J Am Assoc Gynecol Laparoscop* 2000;7:17-35.
35. Edlund M, Andersson K, Rybo G, Lindoff C, Astedt B, von Schoultz B. Reduction of menstrual blood loss in women suffering from idiopathic menorrhagia with a novel antifibrinolytic (Kubi 2161). *Br J Obstet Gynecol* 1995;102:913-7.
36. Callender ST, Warner GT, Cope E. Treatment of menorrhagia with tranexamic acid: a double-blind trial. *Br Med J* 1970;24:214-6.
37. Barbieri RL, Ryan KJ. Danazol: endocrine pharmacology and therapeutic applications. *Am J Obstet Gynecol* 1981;141:453-63.
38. Lamb MP. Danazol in menorrhagia: A double blind placebo controlled trial. *J Obstet Gynecol* 1987;7:212-6.
39. Need JA, Forbes KL, Milazzo L, McKenzie E. Danazol in the treatment of menorrhagia: the effect of a 1 month induction dose (200 mg) and 2 month's maintenance therapy (200 mg, 100 mg, 50 mg or placebo). *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1992;32:346-52.
40. Bonduelle M, Walker JJ, Calder AA. A comparative study of danazol and norethisterone in dysfunctional uterine bleeding presenting as menorrhagia. *Postgrad Med J* 1991;67:833-6.

41. Dockeray CJ, Sheppard BL, Bonnar J. Comparison between mefenamic acid and danazol in the treatment of established menorrhagia. *Br J Obstet Gynecol* 1989;96:840-4.
42. Cameron IT, Leask R, Kelly RW, Baird DT. The effects of danazol, mefenamic acid, norethisterone and a progesterone impregnated coil on endometrial prostaglandin concentrations in women with menorrhagia. *Prostaglandins* 1987;34:99-110.
43. Higham JM, Shaw RW. A comparative study of danazol, a regimen of decreasing doses of danazol and norethisterone in the treatment of objectively proven unexplained menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:1134-9.
44. Preston JT, Cameron IT, Adams EJ, Smith SK. Comparative study of tranexamic acid and norethisterone in the treatment of ovulatory menorrhagia. *Br J Obstet Gynecol* 1995;102:401-6.
45. Fraser IS. Treatment of ovulatory and anovulatory dysfunctional uterine bleeding with oral progestogens. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1990;30:353-6.
46. Kounitz AM. Injectable depot medroxyprogesterone acetate contraception: an update for US clinicians. *Int J Fertil Womens Med* 1998;43:73-83.
47. Fraser IS, McCarron G. Randomized trial of 2 hormonal and 2 prostaglandin inhibiting agents in women with a complaint of menorrhagia. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1991;31:66-70.
48. Ramcharan S, Fellegrin FA, Ray MR, Hsu J. The Walnut Creek Contraceptive Drug Study: a prospective study of the side effects of oral contraceptives. Vol III, an interim report: a comparison of disease occurrence leading to hospitalization or death in users and nonusers of oral contraceptives. *J Reprod Med* 1980;25:345-72.
49. Milsom I, Andersson K, Andersch B, Rybo G. A comparison of flurbiprofen, tranexamic acid, and a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device in the treatment of idiopathic menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:879-83.
50. Irvine GA, Campbell-Brown MB, Lumsden MA, Heikkila A, Walker JJ, Cameron IT. Randomized comparative trial of the levonorgestrel intrauterine system and norethisterone for treatment of idiopathic menorrhagia. *Br J Obstet Gynecol* 1998;105:592-8.
51. Crosignani PG, Vercellini P, Mosconi P, Oldani S, Cortei I, De Giorgi O. Levonorgestrel-releasing intrauterine device versus hysteroscopic endometrial resection in the treatment of dysfunctional uterine bleeding. *Obstet Gynecol* 1997;90:257-63.
52. Lahteenmaki P, Haukkamaa M, Puolakka J. Open randomized study of use of levonorgestrel releasing intrauterine system as alternative to hysterectomy. *Br J Obstet Gynecol* 1998;316:1122-6.
53. Friedman AJ, Hoffman DI, Comite F, Browneller RW, Miller JD. Treatment of leiomyomata uteri with leuprolide acetate depot: A double-blind placebo-controlled, multicentre study. Leuprolide study group. *Obstet Gynecol* 1991;77:720-5.
54. Lewis BV. Diagnostic dilatation and curettage in young women. *Br J Obstet Gynecol* 1993;306:225-6.
55. Martyn P. Endometrial ablation: long-term outcome. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 2000;22(6):423-7.
56. Sculpher MJ, Dwyer N, Byford S, Stirrat GM. Randomized trial comparing hysterectomy and transcervical endometrial resection: effect on health related quality of life and costs two years after surgery. *Br J Obstet Gynecol* 1996;103:142-9.
57. Vilos G. Global endometrial ablation. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 2000;22(9):668-75.
58. Lefebvre G, Bouchard C, Heywood M, Lea R, Racette N. Clinical practice guidelines for hysterectomy. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1996 18(7):677-87.
59. Woolf SH, Battista RN, Anderson GM, Logan AG, Wang E. Pour évaluer l'efficacité clinique des mesures préventives: principes analytiques et méthodes systématiques permettant d'examiner l'évidence et d'élaborer des recommandations pour la pratique clinique. Rapport du Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique. *J. d'épidémiologie clinique*. 1990;43(9):891-905.