VERS UNE MEILLEURE MISE AU POINT DES SAIGNEMENTS UTÉRINS ANORMAUX ET DES PATHOLOGIES UTÉRINES

F. VAN DEN BRÛLE (1), O. WÉRY (2), PH. HERMAN (3), U. GASPARD (4)

RÉSUMÉ : La mise au point des ménométrorragies nécessite à la fois une imagerie utérine aussi parfaite que possible et une analyse anatomopathologique fine afin de diagnostiquer précisément les pathologies responsables de saignements utérins anormaux. Nous présentons un cas clinique typique d'écueil diagnostique de prise en charge de saignements utérins anormaux, et en discutons les différentes étapes diagnostiques.

TOWARDS BETTER INVESTIGATION OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING AND UTERINE LESIONS

SUMMARY : Exploration of menometrorrhagia needs perfect imaging of the uterus and pathologic analysis in order to diagnose the endometrial pathologies responsible for abnormal uterine bleeding. We present here a clinical case typical for difficulties in the exploration of abnormal uterine bleeding, and discuss the diagnostical steps.

KEYWORDS : ***Uterus - Endometrium - Abnormal uterine bleeding - Sonography***

INTRODUCTION

L'exploration des saignements utérins anormaux constitue une cause extrêmement fréquente de consultation en gynécologie. Leurs pics de fréquence sont situés aux deux extrêmes de la vie reproductive, c'est-à-dire aux périodes postpubertaire et périménopausique. Elles trouvent leur origine dans des causes fonctionnelles ou organiques, d'origine générale ou locale, et nécessitent un traitement directement adapté à leur cause.

L'exploration de ces saignements utérins anormaux repose sur l'utilisation efficace et raisonnée des examens disponibles (1). L'imagerie ultrasonographique du tractus génital constitue une étape primordiale de cette prise en charge (2). Cependant, l'interprétation adéquate des images obtenues est parfois erronée, par méconnaissance des limites de l'examen. Dans cet article, nous discuterons d'un cas clinique typique d'une mauvaise interprétation de l'échographie vaginale menant à une prise en charge inadéquate et inefficace.

CAS CLINIQUE

Une patiente de 47 ans consulte pour saignements utérins anormaux. Elle présente un cycle spontané et n'a pas d'histoire médicale particulière. Elle rapporte un cycle régulier de 28 jours avec des règles d'abondance normale durant 5 jours. Elle se plaint de saignements intermenstruels de type spotting et métrorragies, dont la durée peut atteindre deux semaines.

L'examen gynécologique est banal. Le frottis cervicovaginal de dépistage est normal. Une échographie vaginale est réalisée. Elle met en évidence un endomètre dont les limites sont nettes et dont l'épaisseur en double couche est mesurée à 8 mm, les dernières règles datant de 7 jours. Le myomètre et les annexes sont d'aspect normal. Un bilan hormonal est réalisé le 21ème jour du cycle. Il met en évidence une progestérone à 4,2 ng/ml; les autres valeurs sont normales. La patiente est mise sous progestatif, en l'occurrence de la dydrogestérone (Duphaston®) 10 mg par jour, du 15ème au 25ème jour du cycle.

Elle est revue après trois mois de traitement. Les troubles du cycle n'ont pas rétrocédé sous le traitement, qui est par ailleurs bien toléré. La patiente est alors placée sous lynestrenol 5 mg du 15ème au 25ème jour du cycle. L'évaluation après 3 mois de cette thérapeutique démontre l'inefficacité de cette dernière sur les troubles du cycle. Un curetage biopsique est alors pratiqué sous anesthésie générale. Il permet d'obtenir peu de matériel, dont l'analyse anatomopathologique montre une imprégnation progestative d'un endomètre hypotrophique. Une hystérectomie est alors proposée à la patiente. Le rapport anatomopathologique relatif à l'analyse de la pièce conclut à la présence d'un polype endométrial bénin; le reste est banal.

ERREURS D'INTERPRÉTATION

Différentes remarques peuvent être émises après examen de cette prise en charge clinique.

Les premiers commentaires concernent l'échographie vaginale. Celle-ci constitue actuellement la pierre d'angle de l'investigation des saignements utérins anormaux, permettant un examen anatomique du tractus utérin (3). L'échographie permet de suggérer la présence de différents types d'anomalies endométriales (muqueuse épaisse, polype endométrial, ...) et de pathologies annexielles (2, 4). Cet examen présente une valeur prédictive négative élevée, et pourra donc être rassurant quant à l'absence de pathologie organique chez une patiente dont

(1) Chercheur Qualifié du FNRS, (2) Résident Spécialiste, (3) Chef de Service Associé, (4) Chef du Service de Gynécologie, CHU Sart Tilman Liège.

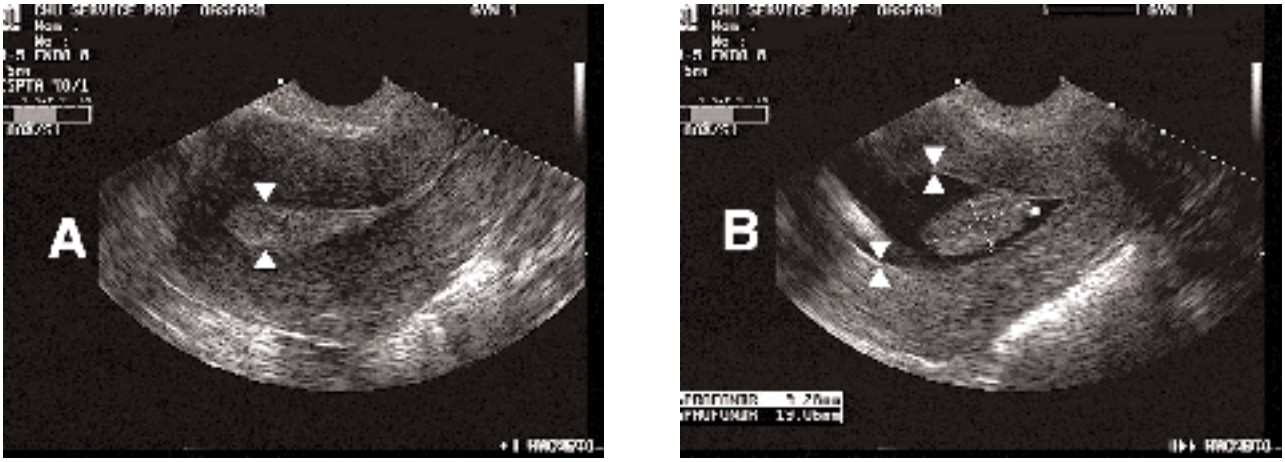


Fig. 1. Image échographique d'endomètre épaissi (A, flèches) méconnaissant la présence d'une lésion polypoïde dans une cavité utérine bordée d'endomètre d'épaisseur normale (flèches), comme démontré par hystérosonographie de contraste (B).

l'examen est strictement normal (endomètre bien visualisé, fin et régulier, sans image focale); cependant, sa valeur prédictive positive est faible pour dépister les pathologies endométriales (5), et il constituera donc un examen d'orientation, nécessitant d'autres investigations en présence de toute anomalie.

Dans le cas clinique décrit, on note tout d'abord que la patiente présente un endomètre épaissi par rapport à la limite communément admise de 5 millimètres d'épaisseur en double couche. La définition d'un seuil d'épaisseur endométriale départageant l'endomètre normal et l'endomètre pathologique est un sujet qui a suscité de nombreuses discussions (6, 7). Bien que le risque de cancer endométrial soit faible dans le cas présenté, il aurait été nécessaire de réaliser des examens permettant de poser le diagnostic de lésion polypoïde endométriale plus tôt. Tout d'abord, l'observation fine de l'écho endométrial aurait peut-être permis de visualiser une image dite de "bord brillant", consistant en l'observation d'un écho linéaire intraendométrial constituant un bord du polype méconnu (8). L'utilisation du Doppler couleur pourrait apporter un élément intéressant dans la définition de la pathologie endométriale présentée, car à cause de la sensibilité actuelle des machines d'échographie, l'endomètre normal ne présente pas ou peu de signal au Doppler couleur; un signal positif constituerait un signe évocateur de pathologie à explorer (2, 6). Enfin, la réalisation d'une hystérosonographie de contraste ou une hystéroscopie diagnostique au cabinet aurait certainement permis de poser un diagnostic anatomique correct, dès le début de l'investigation (3, 9, 10). En effet, nous avons contribué à démontrer que l'hystérosonographie de contraste permet de diagnostiquer des lésions polypoïdes méconnues (10) (fig. 1). Ceci est d'autant plus important que, dans le cas présenté, le curetage biopsique n'a pas pu échantillonner l'entièreté de la cavité utérine, comme rapporté dans diverses études (11-14). Il aurait également été intéressant de réaliser une hystéroscopie diagnostique, en profitant de l'anesthésie avant le curetage, ce qui aurait permis de diagnostiquer la lésion. Enfin, le diagnostic précoce de la lésion polypoïde aurait permis d'éviter des traitements médicamenteux inadaptés, et de proposer à la patiente, à la place de l'hystérectomie, la réalisation d'une hystéroscopie opératoire permettant une intervention chirurgicale conservatrice et efficace.

CONCLUSIONS

Ce cas clinique est exemplatif d'une prise en charge imprécise d'une pathologie endométriale bénigne et fréquente. La connaissance aussi parfaite que possible des limites des examens pratiqués doit permettre au praticien d'interpréter leurs résultats pour le meilleur bénéfice de la patiente, afin d'orienter celle-ci vers la meilleure solution thérapeutique disponible.

RÉFÉRENCES

1. van den Brûle FA, Gaspard UJ.— Le diagnostic non hystéroscopique du saignement utérin. *Gunaïkeia*, 1998, **3**, 141-145.

2. Laing FC, Brown DL, DiSalvo DN.— Gynecologic ultrasound. *Radiol Clin North Am*, 2001, **39**, 523-540.

3. van den Brûle FA, Wéry O, Gaspard U. L'hystérosonographie de contraste: indications et technique. *Rev Med Liège*, 1998, **53**, 660-664.

4. Fleischer AC.— Sonographic assessment of endometrial disorders. *Semin Ultrasound CT MR*, 1999, 20, 259-266.

5. Langer RD, Pierce JJ, O'Hanlan KA, et al.— Transvaginal ultrasonography compared with endometrial biopsy

for the detection of endometrial disease. Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions Trial. *N Engl J Med*, 1997, **337**, 1792-1798.

6. Bourne TH, Campbell S, Steer CV, et al.— Detection of endometrial cancer by transvaginal ultrasonography with color flow imaging and blood flow analysis: a preliminary report. *Gynecol Oncol*, 1991, **40**, 253-259.

7. Karlsson B, Granberg S, Wikland M, et al.— Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding--a Nordic multicenter study. *Am J Obstet Gynecol,* 1995, **172**, 1488-1494.

8. Caspi B, Applelman Z, Goldchmit R, et al.— The bright edge of the endometrial polyp. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2000, **15**, 327-330.

9. van den Brûle FA, Wéry O, Huveneers J, Gaspard UJ.— L'hystérosonographie de contraste: un moyen d'investigation contributif en gynécologie - Revue de la littérature. *J Gyn Obstet Biol Repr*, 1998, **27**, 655-664.

10. van den Brûle FA, Wéry O, Huveneers J, Gaspard UJ.— Comparaison de l'hystérosonographie de contraste et de l'échographie vaginale en imagerie utérine. *J Gyn Obstet Biol Repr*, 1999, **28**, 131-136.

11. Word B, Gravlee C, Wideman G.— The fallacy of simple uterine curettage. *Obstet Gynecol*, 1958, **12**, 642-648.

12. Stock R, Kanbour A.— Prehysterectomy curettage. *Obstet Gynecol*, 1975, **45**, 537-541.

13. Holst J, Koskela O, von Schoultz B.— Endometrial findings following curettage in 2018 women according to age and indications. *Ann Chir Gynaecol*, 1983, **72**, 274-277.

14. Lidor A, Ismajovich B, Confino E, David M.— Histopathological findings in 226 women with postmenopausal uterine bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1986, **65**, 41-43.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr F. van den Brûle, Service de Gynécologie, CHU, Sart Tilman, 4000 Liège.