

I- Généralités :

- Le cycle menstruel se caractérise par sa fragilité et sa complexité (multifactoriel), ce qui rend la limite entre la physiologie et la pathologie difficile.
- Définition : toutes les anomalies portant sur un ou plusieurs caractères du cycle menstruel normal par excès ou par défaut :
 - o Fréquence
 - o Durée
 - o Abondance

II- Pathogénie :

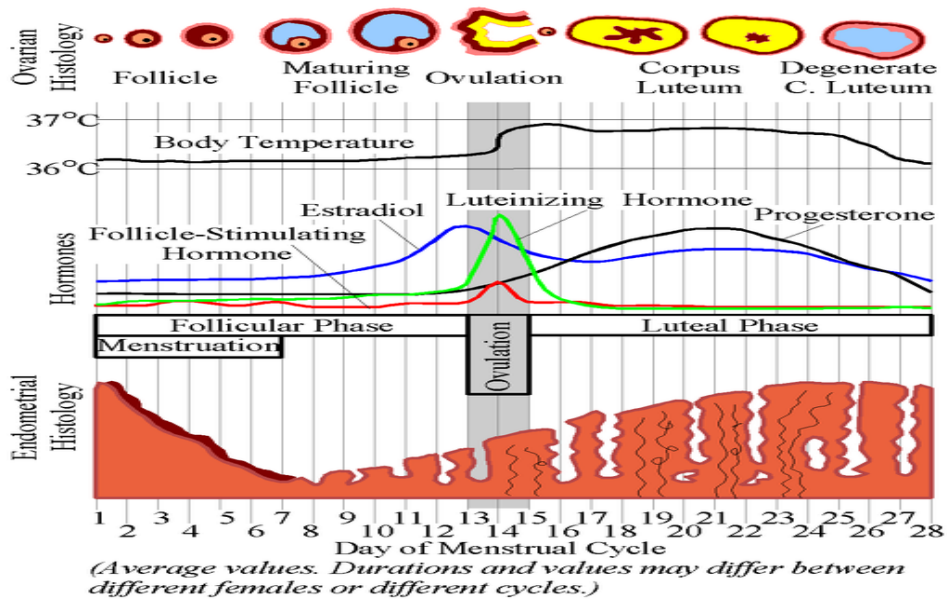
- Les TDC sont dus aux perturbations organiques, psychosomatiques, ou fonctionnelles portant sur les facteurs responsables du caractère normal du cycle menstruel :
 - o Le corps jaune : qui assure la durée normale du cycle
 - o L'endomètre : qui agit sur l'abondance des règles
 - o La réserve folliculaire : qui agit que la durée des règles
- Seront donc responsables d'un trouble du cycle menstruel :
 - o Une absence ou insuffisance du corps jaune
 - o Endomètre hypo ou hyperplasique
 - o Absence ou retard de réveil fonctionnel du follicule de De Graaf

III- Régulation du cycle :

- A la puberté, l'initiation du cycle menstruel et son déroulement chez la femme en activité génitale résulte de l'activation des hormones hypothalamiques qui régulent la sécrétion pulsatile de LH-RH, et de certains neurohormones (dopamine, noradrénaline) qui jouent un rôle déterminant.
- Axe hypothalamo-hypophysaire gonadotrope, via la GnRH agissant sur les gonadostimulines LH (à moindre degré FSH) :
 - o Feed back négatif : œstradiol → axe hypothalamo-hypophysaire gonadotrope
 - o Feed back positif : œstradiol → hypophyse : imprégnation hypophysaire progressive ⇒ amplification de la réponse et la constitution de réserve LH
- La chute brutale en fin de cycle et en l'absence de fécondation, les hormones ovariennes (progestérone) sont à l'origine de la nécrose hémorragique de l'endomètre.

IV- Variations hormonales :

- Phase folliculaire : réserve hypophysaire basse, augmente progressivement via l'œstradiol ⇒ faible sécrétion de LH + sécrétion croissante de FSH (1er pic)
- Phase pré-ovulatoire : réserve hypophysaire et sensibilité au LH-RH élevées ⇒ pic de LH (12h avant l'ovulation) + 2e pic de FSH
- Phase lutéale : feed back négatif des œstrogènes sur l'axe gonadotrophique ⇒ sécrétion de LH et FSH basses



1- Phase folliculaire :

- Ovaires :
 - o Recrutement des follicules : 3 phases ⇒ follicule de DEGRAAF : différenciation de la thèque interne (vascularisée) sécrète les oestrogènes) et externe (avasculaire)
- Endomètre :
 - o Epaissement de la muqueuse (mince à cellules cylindrique)
 - o Multiplication des glandes (droites)
 - o Artères droites

2- Ovulation :

- Saillie du follicule à la surface de l'ovaire ⇒ rupture au niveau du stigma + expulsion de l'ovocyte entourée de la corona radiata et de la granulosa
- Captation de l'ovocyte par les franges tubaires.

3- Phase lutéale :

- Ovaire :
 - o Rupture de la lamina propria + vascularisation de la granulosa ⇒ corps jaune sécrète la progestérone (granulosa) et les oestrogènes (thèque interne)
 - o Dégénération du corps jaune en fin de cycle en l'absence de fécondation
- Endomètre :
 - o Epaissement muqueux (cellules riches en glycogène)
 - o Ramification des glandes (tortueuses) ⇒ "dentelle utérine"
 - o Artères spiralées distendues

4- Phase de menstruation :

- Endomètre :
 - o Arrêt de la poussée muqueuse + rupture des artères spiralées ⇒ ischémie endométriale ⇒ saignement + desquamation endométriale

V- Sémiologie :

- Menstruation normale :
 - o Cycle : 21-35j moy 28j
 - o Durée : 4-8j moy 5j
 - o Quantité : 50-200cc moy 100cc

- Anomalies par excès :
 - o Pollakiménorrhée : ↗ fréquence, cycle court <20j
 - o Hyperménorrhée : ↗ abondance >200cc
 - o Mégaménorrhée : ↗ durée >8j
 - o Ménorragie : durée+abondance: ↗ abondance+durée
 - o ménométrorragies: ↗ durée+fréquence+abondance.
- Anomalies par défaut :
 - o Oligoménorrhée : durée ↘ <4j
 - o Hypoménorrhée : abondance ↘ <50cc
 - o Spanioménorrhée : fréquence ↘ >35j
 - o Aménorrhée : absence de règles primaire ou secondaire (plus de trois mois).
- Irrégularités cycliques : anisoménorrhée.

VI- Clinique :

1- Interrogatoire :

- Âge : jeune fille, femme en activité génitale, femme en périménopause
- Caractères du saignement : abondance, fréquence, durée, régularité
- Circonstances : changement du climat, état affective, stress physique ou psychique, après ABRT, tuberculose, ATCD familiaux
- Signes associés : syndrome prémenstruel, signes de virilisation, stérilité, obésité...
- Caractères des cycles antérieurs : âge et caractéristiques de la ménarche, début des troubles...

2- Examen physique :

- Examen local : inspection (déformation, lésion...), palpation (douleur provoquée, masse...), percussion (météorisme, ascite)
- Examen sous speculum (origine du saignement, aspect du col, aspect de la glaire cervicale)
- Toucher vaginal (bimanuel) : l'aspect de l'utérus (volume, consistance, régularité) ; et des annexes, sensibilité des culs-de-sac
- Examen général : à la recherche d'un syndrome hémorragique, cardio, endocrinopathie, cirrhose, galactorrhée, signes neurologiques ou visuels

3- Examens complémentaires :

- Pas d'examen standard : de plus simple au plus compliqué, ils sont demandés en fonction des signes cliniques : courbe de température, FCU, biopsie de l'endomètre, dosage hormonaux, échographie pelvienne, hystérosalpingographie, hystérocopie, TDM, IRM.

VII- Étiologies :

1- Causes organiques : 50%

a- Fibrome utérin :

- Femme à la quarantaine, ethnie noire,
- Se traduit surtout par des ménorragies, le TV peut être normal ou retrouver un utérus gros, déformé, bosselé
- L'échographie pose le diagnostic et précise le siège du fibrome (fibrome sous-muqueux +++), l'IRM permet de préciser la cartographie, l'hystérocopie est primordiale dans le cas de fibromes sous-muqueux qui permet -entre autres- de le traiter

- Le traitement va de la simple abstention-surveillance au traitement chirurgical (myomectomie voire hystérectomie) en passant par le traitement médical (progestatif, oestroprogestatifs, voire agonistes de la GnRH).

b- Cancer de l'endomètre :

- Péri ou post-ménopausique ménorragies
- FCU, HSG, échographie, hystérosonographie, hystéroscopie +++
- Le traitement : selon le stade, chirurgie +/- radiothérapie, chimiothérapie.

c- Endométriose :

- Ménorragie, ou métrorragies, dysménorrhée souvent tardive
- Diagnostic : HSG, hystéroscopie, coelioscopie
- Le traitement est essentiellement médical (progestatifs, analogue de la GnRH) voire par coelioscopie.

d- Infection génitale :

- Cause fréquente de métrorragie, parfois oligo-spanioménorrhée

e- Polype :

- Cervical ou endométrial, speculum (masse accouché par le col), échographie, hystérosonographie, hystéroscopie (biopsie).

f- Tumeur de l'ovaire :

- Tumeur sécrétante (tumeur de la granulosa, de sertoli-leydig), diagnostic : échographie, IRM, coelioscopie (biopsie); traitement: chirurgie (cytoréduction) +/-radiochimiothérapie selon le stade.

g- Syndrome des ovaires polykystiques :

- oligospanioménorrhée, ou aménorrhée diagnostic: clinico-radio-biologique (hirsutisme, acné, syndrome métabolique, infertilité, dystrophie ovarienne, troubles hormonaux); trt: traiter le symptôme

h- Causes cortico-hypothalamo-hypophysaires :

- Trouble par excès ou par défaut : anorexie mentale, troubles du cycle psychogène, hyperprolactinémies, dysthyroïdie, maladie d'Addison, syndrome de cushing ;

i- Causes générales :

- Insuffisance rénale, insuffisance hépatique, causes hémtologique (maladie de willebrand, thrombopénie...).

2- Causes fonctionnelles : 50%

- Restent un diagnostic d'élimination, s'expliquent par la fragilité physiologique de la menstruation l'abstention est la règle mais elles peuvent nécessiter l'administration de progestatifs ou d'oestroprogestatifs

a- Hémorragie de l'ovulation :

- Saignement minime de 1-3jours au milieu du cycle due à une diminution de l'œstradiol par rupture folliculaire au 13ème du cycle

b- Métrorragies périmenstruelle :

- Hémorragie juste avant les règles par insuffisance du corps jaune

c- Pollakiménorrhée :

- Surtout aux extrémités de la vie génitale ; le traitement repose sur les œstrogènes de synthèse (ethinyl estradiol ou progynova 2mg/j)

VIII- Conclusion :

- Quantifier, bilanter (clinique, paraclinique), traiter (la cause générale ou génitale)