

ITEM 34 : ANOMALIE DU CYCLE MENSTRUEL

Trouble du cycle = perturbation de la régularité menstruelle, dus à une **anomalie de l'ovulation** (le plus souvent), à un **fonctionnement ovarien anormal** ou à une **perturbation de la commande hypothalamo-hypophysaire**
 → **L'écoulement menstruel** est la seule manifestation visible du cycle menstruel, conséquence des variations du taux d'oestrogènes (action proliférante sur l'endomètre) et de progestérone (modifications endométriales et vasculaires)

Physiologie du cycle menstruel	Hypothalamus	= Sécrétion pulsatile de LH-RH (ou GnRH) : - Contrôle la sécrétion hypophysaire de FSH et LH - Régulée par un feedback négatif selon le taux d'oestrogène et de progestérone
	Hypophyse	= Sécrétion pulsatile d'hormones gonadotrophines : - FSH (Follicule Stimulating Hormon) : développement des follicules ovariens - LH (Luteinizing Hormon) : sécrétion des hormones ovariennes
	Ovaires	= 2 fonctions : - Endocrine : sécrétion des stéroïdes sexuels = œstrogène (par les follicules en développement), progestérone (par le corps jaune post-ovulatoire) et androgènes - Exocrine : ovulation - A la puberté : 400 000 follicules primordiaux dans l'ovaire, renfermant un ovocyte immature, bloqué au stade de prophase (1 ^{ère} méiose) - A chaque cycle : 500 follicules primordiaux commencent leur développement → 1 seul est sélectionné pour devenir le follicule pré-ovulatoire de De Graaf
	Endomètre	= Evolution de la muqueuse utérine selon les variations hormonales : - Phase folliculaire : œstrogène → prolifération de la muqueuse endométriale - Phase lutéale : progestérone (sécrété par le corps jaune) → action sur l'endomètre déjà sous influence oestrogénique - Règles (3 à 6 jours, perte sanguine moyenne = 80 mL) : chute brutale de la sécrétion d'oestrogènes et de progestérone → desquamation de l'endomètre - Avant la puberté et après la ménopause : endomètre atrophique (en l'absence d'oestrogènes)
	Cycle menstruel	
Déroulement du cycle	Phase folliculaire	= Développement du follicule dominant - Œstrogène : stimule la prolifération de l'endomètre en préparation d'une éventuelle nidation d'un embryon
	Ovulation	= Rupture d'un follicule mûr de De Graaf , libérant un ovocyte prêt à être fécondé dans l'ampoule de la trompe utérine - A lieu en moyenne à J14 du cycle, 36h après le pic sécrétion de LH
	Phase lutéale	= Transformation du follicule en corps jaune par un phénomène de lutéinisation : sécrétion de progestérone et d'oestradiol - En l'absence de fécondation : involution du corps jaune en 14 jours → chute du taux d'oestrogènes et de progestérone → menstruations - Fécondation : stimulation du corps jaune par l'hCG sécrété par l'embryon
Anomalie	- Métrorragie : saignement d'origine utérine endométriale survenant en dehors des règles - Ménorragie : saignement d'origine utérine coïncidant avec le moment des règles = règles abondantes > 80 mL et/ou prolongées > 7 jours - Aménorrhée : absence de règle chez une femme en période d'activité génitale (primaire ou 2 ^{ndr}) - Spanioménorrhée : allongement de l'intervalle séparant les règles, pouvant précéder une aménorrhée 2 ^{ndr} → Toute anomalie des règles doit faire rechercher une grossesse	

METRORRAGIE

Origine fonctionnelle	= Survenue d'une anovulation par absence de pic pré-ovulatoire de LH = absence de formation de corps jaune → absence de progestérone → endomètre sous imprégnation oestrogénique continue , avec des métrorragies variables selon le taux d'oestrogènes (hémorragie quand le taux baisse, arrêt lorsqu'il remonte)	
	Cause	= Dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire - Idiopathique le plus souvent - Secondaire : affection générale (hypothyroïdie), iatrogène (neuroleptique), perturbations psychologiques
	PC	- Courbe thermique : monophasique (anovulation) - Echographie pelvienne : éliminer une cause organique - Dosages hormonaux inutiles
	TTT	- Désir de grossesse : progestatif oral de J15 à J25 du cycle - En l'absence de désir de grossesse : DIU progestatif (Mirena®)
Origine organique	Grossesse	→ Toute métrorragie est une grossesse jusqu'à preuve du contraire
	Origine bénigne	- Fibrome utérin - Hyperplasie endométriale : hyperoestrogénie vraie ou relative - Polype endométrial - Adénomyose : foyers d'endomètre à l'intérieur du myomètre - Troubles de l'hémostase : maladie de Willebrandt...
	Origine maligne	- Cancer de l'endomètre : classiquement post-ménopausique - Cancer du col : classiquement métrorragies provoquées - Tumeur sécrétante (rare) : origine ovarienne ou surrénalienne
Autre	- Métrorragies fonctionnelles cycliques = « d'ovulation » : métrorragies peu abondantes, de courte durée, survenant au milieu de chaque cycle lors de l'ovulation, associée à un épisode douloureux pelvien - Métrorragies post-ménopausiques fonctionnelles : par atrophie endométriale	

MENORRAGIE

Ménorragies = règles abondantes > **80 mL** et/ou prolongées > **7 jours**

Cause	Fonctionnelle	= Souvent en période pré-ménopause, par hyperoestrogénie relative (insuffisance lutéale)	
		TTT médical	En 1 ^{ère} intention : progestatif - DIU progestatif (Mirena®) - Progestatif de synthèse (21 jours/cycle) ou oestroprogestatif En 2 nd intention : acide tranexamique (Exacyl® = agent anti-fibrinolytique)
	TTT chirurgical	= En 2 nd intention : - Conservateur : thermodestruction de l'endomètre ou endométréctomie - Non conservateur : hystérectomie	
	Organique	- Cause hématologique : trouble de l'hémostase, prise d'anticoagulant - Cause endo-utérine : port d'un DIU au cuivre, fibrome, polype endométrial, hyperplasie atypique de l'endomètre, adénomyose	

SYNDROME PRE-MENSTRUEL

= Manifestations bénignes cycliques apparaissant dans les jours précédant les règles, jusqu'au début des règles
- Très fréquent : **35 à 45%** des femmes

Diagnostic	- Tension mammaire simple, jusqu'à la mastodynie - Tension abdomino-pelvienne à type de ballonnement , avec constipation et prise de poids possible - Signes neuropsychiques : troubles de l'humeur (irritabilité, fatigabilité, syndrome dépressif), diminution des performances intellectuelles , voire troubles du comportement → Diagnostic uniquement clinique
TTT	- RHD : restriction hydrosodée modérée, limiter les sucres rapides et excitants (café, alcool, tabac) - TTT local des mastodynie : gel de progestérone - TTT hormonal : - Progestatif de synthèse (démégestone, rétro-progestérone) en 2 nd partie de cycle (J15-J25) - Contraception oestroprogestative en monophasique continue