

Parcours de femmes avec SUA au travers de cas cliniques - Evolution de la prise en charge multidisciplinaire

Lucia Rugeri, Hématologue, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon
Gaëlle Duliège, Gynécologue, Bourgoin-Jallieu

[Lien WooClap](#)



Liens d'intérêt – Dr L Rugeri

Liens	Déclaration (si lien d'intérêt existe)
Support à la recherche	-
Comités scientifiques	CSL Behring, Novonordisk, LFB Biomédicaments
Autres	Octapharma, Werfen

Liens d'intérêt – Dr G Duliège

Liens	Déclaration (si lien d'intérêt existe)
Support à la recherche	Aucun
Comités scientifiques	Aucun
Autres	Aucun

Quiz Test

Combien de femmes avec SUA avez-vous rencontré au cours de votre carrière :

- 0
- 1-5
- 6-10
- 10-20
- > 20

Célia, 12 ans

Célia, 12 ans

- Est adressée par son médecin traitant aux urgences pour anémie sévère et Saignements Utérins Abondants (SUA).
- A l'arrivée aux urgences pédiatriques, il est constaté par l'interne un saignement utérin en cours, sans interruption depuis la veille, estimé par sa mère à un change toutes les heures
- A l'examen clinique : on retrouve une tachycardie, une dyspnée ...

Quel examen clinique faites-vous ?

- **Examen cutanéomuqueux** : OUI, à la recherche d'ecchymoses
- Examen gynécologique : NON, pas systématique

Quels examens complémentaires prescrivez-vous en 1^{ère} intention ?

Questions

Quels examens complémentaires prescrivez-vous en 1^{ère} intention ?

1. Echographie pelvienne systématique **OUI : recherche d'une cause utérine au SUA**
2. Bilan biologique : NFP, ferritine, TP, TCA, Groupage sanguin **OUI**
3. β HCG **OUI : systématique**
4. Bilan biologique complémentaire : dosage FVIII, VWF **OUI**
5. TSH **NON systématique, mais y penser**
6. Bilan hormonal avec FSH et LH **NON, pas systématique même en 2^{ème} intention en l'absence de signes cliniques et/ou d'hyperandrogénie**

Célia, 12 ans

- Les SUA persistent et sont très abondants
- L'échographie pelvienne revient normale
- Le bilan biologique retrouve :
 - NFP :
 - Hb = 890 g/L
 - NP 230 giga/L
 - β HCG négatifs

Quelle prise en charge proposer en urgence et dans un 2^{ème} temps ?

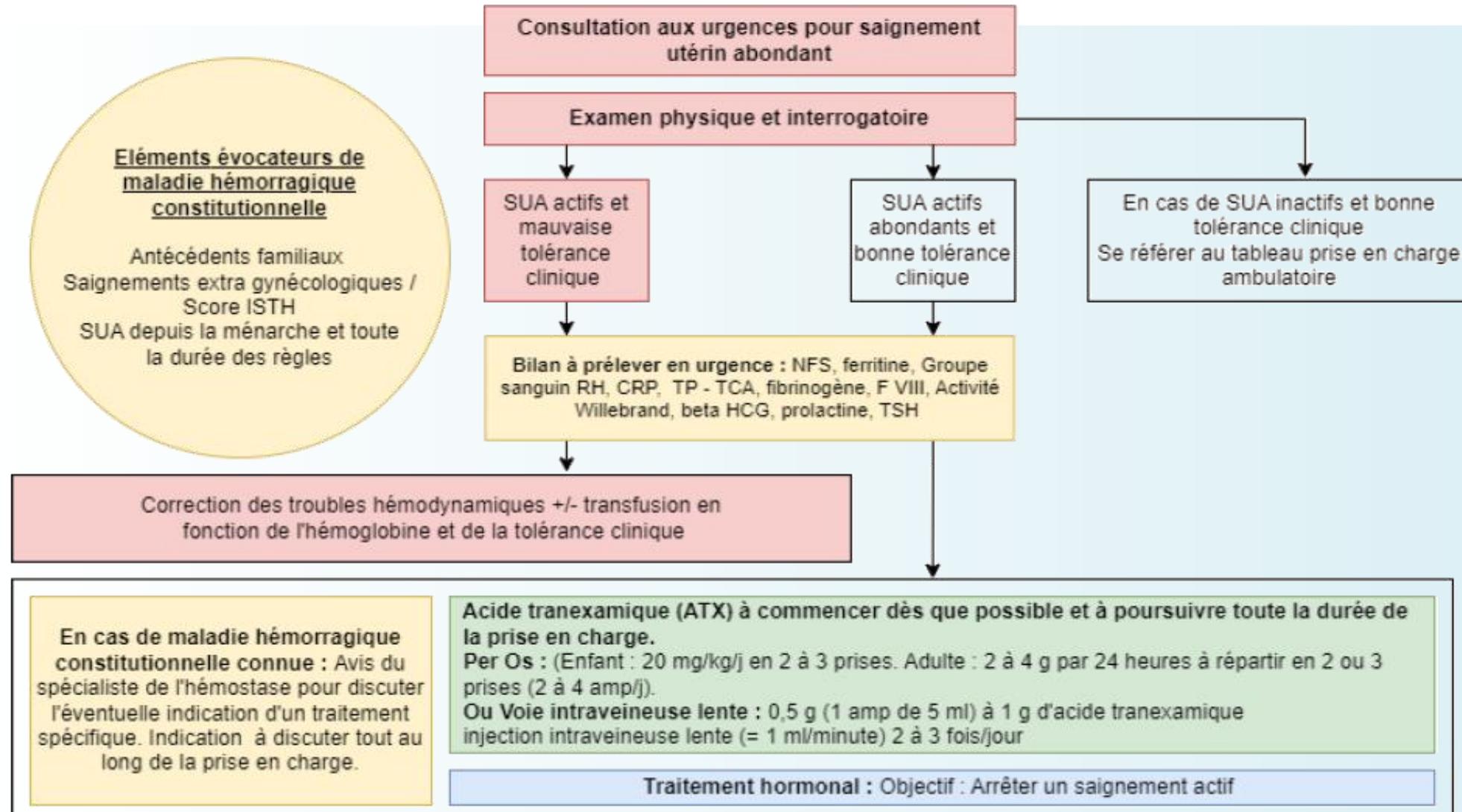
Questions

Quelles prises en charge proposer en urgence et dans un 2^{ème} temps ?

1. Hospitalisation pour transfusion de CGR **NON**
2. Hospitalisation pour traitement par acide tranexamique 1g IV **OUI**
3. Mise en place d'un traitement par ETHINYLESTRADIOL / LEVONORGESTREL 2 à 3 cp/j J1-J2 puis en continu + traitement martial PO **OUI**
4. Mise en place d'un traitement par DESOGESTREL 1 cp/j J1-J2 puis en continu + traitement martial PO **NON**
5. Prescription d'un traitement par acide tranexamique 1g x3 /jour PO + ETHINYLESTRADIOL / LEVONORGESTREL 2 à 3 cp/j J1-J2 puis en continu + traitement martial PO + perfusion de FER à programmer + consultation par gynécologue dès que possible **NON**



Prise en charge aux urgences d'un saignement utérin abondant (SUA) chez une jeune fille avec ou sans diagnostic préalable de maladie hémorragique constitutionnelle ou acquise (MHCA)
PNDS Prise en charge des saignements utérins abondants (SUA) de la femme jeune dans les MHCA 2022



En cas de maladie hémorragique constitutionnelle connue : Avis du spécialiste de l'hémostase pour discuter l'éventuelle indication d'un traitement spécifique. Indication à discuter tout au long de la prise en charge.

Acide tranexamique (ATX) à commencer dès que possible et à poursuivre toute la durée de la prise en charge.
Per Os : (Enfant : 20 mg/kg/j en 2 à 3 prises. Adulte : 2 à 4 g par 24 heures à répartir en 2 ou 3 prises (2 à 4 amp/j)).
Ou Voie intraveineuse lente : 0,5 g (1 amp de 5 ml) à 1 g d'acide tranexamique injection intraveineuse lente (= 1 ml/minute) 2 à 3 fois/jour

Traitement hormonal : Objectif : Arrêter un saignement actif

Contre indication à la contraception œstro progestative (COP)

Pas de contre indication à la COP

Acétate de Chlormadinone 10 mg * ou médrogestone 1 cp par 24h en continu (pas de discontinu)

Ethinylestradiol 0,03 mg - Lévonorgestrel 0,15 mg 1 cp dès que possible

Saignements contrôlés

Persistance des SUA à 8h du 1er comprimé

Saignements contrôlés

Persistance SUA actif

Ethinylestradiol 0,03 mg / Lévonorgestrel 0,15 mg 1 cp toutes les 8h

Ethinylestradiol 0,03 mg / Lévonorgestrel 0,15 mg Poursuivre 1 cp par jour en continu

Echographie pelvienne en urgence

Saignements contrôlés

Avis du médecin spécialiste de l'hémostase

Discussion en fonction des résultats d'une prise en charge homéostatique locale avec les différents spécialistes

Ethinylestradiol 0,03 mg / Lévonorgestrel 0,15 mg 1 cp / 8 h pendant 2 jours Puis 1 cp / 12 h pendant 3 jours Puis 1 cp par jour en continu

Retour à domicile :

Traitement hormonal à poursuivre en continu jusque la consultation de suivi

Acide Tranexamique à poursuivre pendant au minimum 5 jours après la consultation aux urgences et à reprendre en cas de récurrence des saignements pour une durée minimum de 5 jours.

Supplémentation martiale per os ou organisation en externe d'une cure de supplémentation martiale par voie intra veineuse en cas de carence

RDV avec spécialiste à 2/3 mois de l'épisode avec bilan NFS/ferritine de contrôle pour adaptation du traitement.

* Acétate de chlormadinone 10 mg : AMM dans la prise en charge des ménorragies, information éclairée des familles sur l'alerte ANSM. Pas d'IRM cérébrale nécessaire avant un an de traitement

Célia, 12 ans

Recommandations du PNDS sur les SAU en aigu :

*“Plusieurs recommandations de bonnes pratiques proposent l’utilisation des **COP à fortes** doses en cas de saignement aigu sévère.*

*On utilise une COP dosée à **30 µg : 1cp toutes les 6 à 8 heures jusqu’à la cessation du saignement** puis avec décroissance progressive en 2 jours jusqu’à la dose de maintenance minimale efficace.*

Selon le degré de l’anémie, cela nécessite une prise en charge hospitalière par les médecins experts des centres de référence.”

Célia, 12 ans

- Les saignements ont finalement été contrôlés grâce à votre prise en charge.
- La patiente est alors adressée en **consultation de gynécologie médicale**. L'interrogatoire retrouve en fait des épistaxis fréquents. La patiente a présenté une hémorragie lors d'une extraction de dent de lait. On note chez sa mère une anémie chronique et une hémorragie de la délivrance.
- Le gynécologue prescrit dans ce contexte un bilan biologique

Célia, 12 ans

Bilan biologique réalisé 1 mois après l'hospitalisation aux Urgences :

- NFP : HB 120/L, Ferritine = 60 µg/L, NP 230 giga/L
- TP, TCA, fibrinogène normaux
- FVIII:C = 29% , VWF:RcO = 60% , VWF:Ag = 72% (Groupe sanguin O RH+)

La patiente est adressée sans urgence en consultation d'Hémostase Clinique pour quel bilan et quelle prise en charge ? ?

- Contrôle des dosages des FVIII, VWF et/ou explorations complémentaires pour diagnostic d'hémophilie A ou maladie de Willebrand : VWF : FVIII B, génotypage ?
- Réalisation systématique d'un test à la desmopressine ?
- Enquête familiale ?

Célia, 12 ans

Bilan biologique réalisé 1 mois après l'hospitalisation aux Urgences :

- NFP : HB 12,0 g/L, Ferritine = 60 µg/L, NP 230 G/L
- TP, TCA, fibrinogène normaux
- FVIII:C = 29% , VWF:RcO = 60% , VWF:Ag = 72% (Groupe sanguin O RH+)

La patiente est adressée sans urgence en consultation d'Hémostase Clinique pour :

- Contrôle des dosages des FVIII, VWF et/ou explorations complémentaires pour diagnostic d'hémophilie A ou maladie de Willebrand : VWF : FVIII B, génotypage
- Réalisation systématique d'un test à la Desmopressine
- Enquête familiale

Célia, 12 ans

La patiente est revue au bout de 2 mois en consultation d'Hémostase Clinique :

- Contrôle des dosages des FVIII, VWF et/ou explorations complémentaires pour diagnostic d'hémophilie A ou maladie de Willebrand :
 - Dosage FVIII:C (méthode chromométrique et chromogénique), FVIII:Ag
 - Dosage VWF : FVIIIIB normal

Diagnostic d'hémophilie A mineure et de conduction d'HA

- Génotypage *F8*

Réalisation systématique d'un test à la desmopressine

Enquête familiale malgré l'absence d'Hémophilie connue dans la famille ?

Célia, 12 ans

Enquête familiale malgré l'absence d'Hémophilie connue dans la famille

- Dépistage FVIII:C chez sa mère, chez ses sœurs de 15 et 10 ans et chez son frère de 3 ans
- Génotypage de l'ensemble de la fratrie et de la mère. Seul le résultat sera transmis à la mère.
- En fonction des taux de FVIII chez ses sœurs et frères et des résultats de biologie moléculaire
 - Consultation spécifique pour le diagnostic d'hémophilie mineure, ses symptômes (en particuliers sur les ménorragies), sa prise en charge, les modalités de transmission
 - Consultation de gynécologie ou de pédiatrie avant les 1^{ères} règles

Célia, 12 ans

- La patiente est revue après 3 mois, elle poursuit sa contraception oestro-progestative dosée à 30 µg d'EE mais elle signale la persistance de ménorragies, avec des hémorragies de privation durant 7 jours, avec 3 jours très abondants (change toutes les 2 à 3h, 1 à 2 changes nocturnes et présence de caillots).

Que peut-on lui proposer ?

Questions

Que peut-on lui proposer ?

- Poursuite de la COP en discontinu selon le même dosage et même schéma ? **NON**
- Modification du traitement hormonal : prise de la COP en continu ? **OUI**
- Switch microprogestatifs ou implant à l'étonorgestrel ? **NON**
- Traitement symptomatique par acide tranexamique ? **OUI**
- Mise en place d'un traitement par desmopressine ? **NON**

Célia, 12 ans

Recommandations du PNDS :

*“Dans les cas d’hémorragies très sévères chez les patientes porteuses de MHCA, une **aménorrhée thérapeutique** peut être recommandée par la prise de la **COP en continu**”*

Mathilde, 37 ans

Mathilde, 37 ans

- Est adressée en HDJ car lors de l'hospitalisation de sa fille il y a quelques mois pour une anémie sévère sur ménorragies, elle avait signalé qu'elle-même souffrait de règles abondantes depuis l'adolescence.

Devant quelles symptomatologies peut-on parler de SUA ?

Questions

Devant quelles symptomatologies peut-on parler de SUA ?

Anomalies du **cycle menstruel** avec augmentation de la durée ou de l'abondance des règles.

- Score de Higham > 80 **NON**
- Saignement > 80 ml et/ou > 7 jours **OUI**
- Anémie + ferritine basse **NON**
- Ferritine basse sans anémie **NON**
- Absentéisme professionnel (1 à 2 arrêt maladie/an) **NON**

Score de Higham

Je note chaque jour le nombre de changements utilisés dans la ligne correspondant à l'abondance des pertes

À la fin de l'épisodes menstruel, j'additionne le nombre de changements utilisés par ligne que je multiplie par le nombre de points affectés à chaque niveau

Exemple :
2e ligne (abondance normale)
12 changements multiplié par 5 = 60 points

Date :		Jours de règle								
Serviette ou tampon	Nombre de pts/change	1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	Total points
1 	1				4	3				7
2 	5		6	6						60
3 	20	5								100
Caillots		X								167
Débordement			X							

Je juge de l'abondance des pertes selon 3 niveaux
1 : pertes peu abondantes
2 : pertes normales
3 : pertes très abondantes

Je note par une croix les débordements (linge tâché la nuit)

Je note par une croix la présence de caillots

Un score supérieur à 100 points correspond à un saignement supérieur à 80 ml du sang (définition de la **ménorragie**).

Mathilde, 37 ans

La patiente consulte son gynécologue

Données à rechercher à l'interrogatoire :

- ATCD médico-chirurgicaux : ATCD d'hémorragies spontanées, provoquées, SCORE ISTH BAT
- ATCD obstétricaux : GxPx; Hémorragie du post partum
- Prises médicamenteuses (AINS, aspirine, anticoagulants...) et contraception
- ATCD familiaux hémorragiques
- Caractéristiques des règles : durée, nombre de change, caillots ? Signes de mauvaise tolérance, dysménorrhées associées... SCORE de Higham

Quels examens complémentaires de 1^{ère} et/ou 2^{ème} intention ?

Questions

Quels examens complémentaires de 1^{ère} et/ou 2^{ème} intention ?

- Echographie pelvienne systématique ? **OUI, pour éliminer une cause gynécologique/utérine ?**
- IRM pelvienne ? **NON, systématique / en 2^{ème} intention selon l'écho**
- NFP, ferritine, TP, TCA ? **OUI**
- β HCG ? **OUI, pour éliminer une grossesse/GEU**
- Dosage FVIII:C, VWF:Rco + VWF:Ag ? **OUI, dans ce cas car point d'appel à l'interrogatoire. A discuter si ATCD chirurgicaux non hémorragiques**
- TSH ? **OUI, car dysthyroïdies responsables de troubles des cycles**

Mathilde, 37 ans

- La patiente est finalement adressée à l'HDJ : elle reçoit un traitement par Fer plusieurs fois/an du fait d'une anémie chronique
- Score ISTH BAT = 3
 - Pas d'antécédent hémorragique spontané
 - Pas de saignement rapporté après une appendicectomie, 1 HPP mais 2 accouchements non hémorragiques (dont 1 césarienne)
- Echographie pelvienne : discrets signes d'adénomyose
- Bilan sanguin :
 - NFP : HB 110 g/L, NP 210 giga/L, Ferritine = 15 µg/L,
 - TP, TCA, fibrinogène normaux
 - FVIII:C = 49% , VWF:RcO = 25%, VWF:Ag = 30% (Groupe sanguin O RH+)
 - TSH Normale

Questions

Quelles prises en charge proposer ?

1. Poursuite explorations biologiques par un typage de la maladie de Willebrand **OUI**
2. Mise en place d'un traitement symptomatique par acide tranexamique 1g x3 /jour PO + Fer (1 cp/jour) **OUI**
3. Mise en place d'un DIU au levonorgestrel ? **OUI**
4. Mise en place d'un traitement progestatif de nouvelle génération de type dienogest **OUI**
5. Dépistage de la maladie de Willebrand chez les 2 filles de la patiente **OUI**

Mathilde, 37 ans

- Lors d'une 2^{ème} consultation d'hémostase on confirme une maladie de Willebrand de Type 1
 - FVIII:C = 49% , VWF:RcO = 25%, VWF:Ag = 30%
 - VWF:CB = 25%, RIPA normal, multimères normaux, inclusion dans le CRMW
- On propose la réalisation à distance d'un test à la desmopressine
- Et le dépistage de ses 2 filles

Mathilde, 37 ans

Bilan chez sa fille aînée qui ne rapporte pas de ménorragies

- TP, TCA, fibrinogène normaux
- FVIII:C = 85 % , VWF:RcO = 60 % , VWF:Ag = 75 % (Groupe sanguin A RH+)

Bilan chez sa fille cadette âgée de 11 ans non réglée

- TP, TCA, fibrinogène normaux
- FVIII:C = 49% , VWF:RcO = 25% , VWF:Ag = 32% (Groupe sanguin A RH+)

Quels conseils lui proposer pour la prise en charge des 1^{ères} règles ?

Questions

Quels conseils lui proposer pour la prise en charge des 1^{ères} règles ?

1. Consultation d'anticipation avec endocrino-pédiatre ou gynécologue à réaliser lors des premières règles ? **NON**
2. Consultation d'anticipation avec endocrino-pédiatre ou gynécologue à réaliser dans l'année qui suit le début du développement mammaire ? **OUI**
3. NFS et ferritine prescription pour anticiper et corriger une carence martiale ? **OUI**
4. Démarrage d'une pilule en continu avant même la ménarche ? **NON**
5. Ordonnance d'anticipation avec acide tranexamique, traitement hormonal et/ou hémostatique ? **OUI**

Consultation d'anticipation endocrino-gynéco pédiatre + Consultation Hémostasien dans l'année qui suit le développement mammaire et lorsque l'âge osseux est supérieur à 12 ans

Stade 3 Tanner
Age osseux de 12 ans

Echographie pelvienne pour recherche de ligne de vacuité endométriale

+/- Correction d'une carence martiale

Education thérapeutique :

- 1) Savoir quantifier les règles
- 2) Savoir reconnaître les signes d'urgence
- 3) Connaître le parcours de soins en cas de saignements utérins abondants (SUA)

Ordonnances médicamenteuses d'anticipation :
Acide Tranexamique
Traitement hormonal
Traitement hémostatique

Ordonnance pour bilan biologique à J2 de la ménarche : NFS ferritine

Ménarche

Consultation de suivi avec endocrino-gynéco-pédiatre / médecin de l'hémostase à 3/6 mois

Margot , 27 ans

Margot, 27 ans

- Diagnostic d'un déficit sévère en FVII à la naissance (FVII <1%)
- Antécédents hémorragiques :
 - Epistaxis dans l'enfance
 - Plusieurs épisodes de règles hémorragiques depuis les ménarches, certains ont justifié d'un traitement par rFVIIa
 - 2020 : gingivorragies traitées par 1 injection de rFVIIa
- Antécédents chirurgicaux :
 - 2019 : 4 germectomies (rFVIIa)
 - 2020 : colposcopie (rFVIIa)
 - 2021 : infiltration cheville droite (rFVIIa)

Margot, 27 ans

- Patiente adressée par son médecin référent en HDJ car reprise des ménorragies malgré une mise sous microprogestatifs
- Depuis les ménarches à l'âge de 13 ans :
 - plusieurs épisodes de SUA ont justifié des traitements par rFVIIa
- Amélioration de la symptomatologie sous microprogestatifs pendant 5 ans
- Puis remplacement par acétate de chlormadinone ayant permis une aménorrhée et la disparition d'une anémie ferriprive persistante

Margot, 27 ans

- En 2020, déménagement sur Lyon, remplacement de l'acétate de chlormadinone par un progestatif seul, par son nouveau gynécologue du fait du risque de méningiome sous macroprogestatifs (IRM cérébrale normale)
- Depuis 2020, sous progestatif seul en continu
 - Durée des règles entre 7 à 21 jours
 - Score de Higham calculé à 327
- Traitement actuel :
 - Progestatif seul
 - Fer 1cp/ jour
 - Acide Tranexamique : 1g matin et soir les 3 premiers jours des règles

Margot, 27 ans

Le bilan retrouve :

- Echographie endovaginale normale
- HB = 144 g/L
- Ferritine = 21 $\mu\text{g/L}$
- TSH normale

Questions

Quelle prise en charge proposez-vous ?

1. Augmentation de l'acide tranexamique à 1g x3 jour toute la durée des règles abondantes **OUI**
2. Essai d'une autre de spécialité du Fer en espaçant 1jour/2 **OUI**
3. Poursuite de desogestrel en continu **NON**
4. Reprise de l'acétate de chlormadinone au long cours **OUI**
5. Reprise de l'acétate de chlormadinone jusqu'à la pose d'un DIU au lévonorgestrel **OUI**
6. Prescription de dienogest **OUI**

Margot, 27 ans

Recommandations PNDS sur les microprogestatifs :

*“Ils ne sont **pas** une solution de 1^{ère} intention du fait de la fréquence des SUA. Aucune étude n’a évalué l’action des microprogestatifs sur les SUA aigus chez les patientes atteintes de MHCA.”*

Margot, 27 ans

Recommandations ANSM sur les macroprogestatifs :

*En 2021 L'ANSM a modifié les indications et ces traitements pour les « hémorragies fonctionnelles » : ces traitements ne peuvent désormais **être envisagées que « lorsque les alternatives thérapeutiques ont échoué ou sont contre indiquées »**.*

Il a été établi des recommandations concernant les nouvelles conditions de prescription et de délivrance des spécialités à base d'Acétate de Nomesgestrol et d'Acétate de Chlormadinone liées au risque de méningiome. Leur prescription est parfois justifiée après avis d'expert de centre de référence.

Ils gardent leur place en cas de contre-indication à la COP ou d'inefficacité pour obtenir une aménorrhée thérapeutique, ou en traitement séquentiel si le risque hémorragique est peu sévère. Il est prescrit sur des courtes périodes et à la dose minimum efficace.

La balance bénéfice risque doit être réévaluée régulièrement pour la poursuite du traitement selon les recommandations de l'ANSM.

La prise d'acétate de nomégestrol ou d'acétate de chlormadinone est associée à une augmentation importante du risque de méningiome (tumeur généralement non cancéreuse des membranes entourant le cerveau, les méninges). Le risque est très faible quand le médicament est pris pendant moins d'un an. Au contraire, au-delà d'un an d'utilisation, le risque augmente en fonction de la dose, de la durée du traitement et de l'âge de la patiente.

L'objectif de cette attestation est de garantir l'information des patientes par leur médecin sur :

- ◆ le risque de méningiome lié à la prise du traitement,
- ◆ les mesures permettant de vérifier l'absence de méningiome au cours du traitement, et de réduire les risques de survenue d'un méningiome au cours du traitement,
- ◆ la conduite à tenir en cas de diagnostic d'un méningiome.

CONFIRMATION PAR LE MÉDECIN ET PAR LA PATIENTE ET/OU SON REPRÉSENTANT*

Veillez lire attentivement ce qui suit et cocher les cases

Nous confirmons que les points suivants ont été discutés:

Informations sur le risque de méningiome:

- ◆ Le risque de développer un méningiome est **multiplié par 12 à partir de 5 ans d'utilisation d'acétate de nomégestrol** (Lutényl et génériques). Il est **multiplié par 7 à partir de 3,5 ans d'utilisation pour l'acétate de chlormadinone** (Lutélan et génériques).
- ◆ Les symptômes cliniques pouvant évoquer un méningiome sont notamment: des maux de tête, des troubles de la vision, du langage, de l'audition ou bien des convulsions. En cas de doute, il est nécessaire de consulter son médecin traitant.

Avant de prendre le médicament:

- ◆ Ces médicaments sont **contre-indiqués en cas d'existence ou d'antécédent de méningiome.**
- ◆ Il n'est **pas nécessaire de réaliser une IRM au cours de la première année de traitement**, sauf en cas de facteur de risque de méningiome (radiothérapie du cerveau dans l'enfance ou neurofibromatose de type 2). Dans ce cas, l'IRM doit être réalisée au début du traitement.

Suivi au cours du traitement:

- ◆ L'intérêt du traitement doit être **réévalué au moins une fois par an en consultation**. Dans la mesure où le risque augmente avec la dose et la durée du traitement, les utilisations prolongées et à fortes doses doivent être évitées.
- ◆ Si le traitement est poursuivi au-delà d'un an, une IRM cérébrale devra être réalisée à la fin de la première année de traitement puis au plus tard 5 ans après la première IRM, puis tous les 2 ans tant que le traitement sera maintenu.
- ◆ En cas de découverte d'un méningiome, le traitement devra être arrêté définitivement et un avis neurochirurgical sera requis.

Important:

- ◆ **Cette attestation confirme que la patiente a reçu une information de la part de son médecin mais ne constitue en aucune manière une décharge de responsabilité.**

Fiche ANSM à remettre aux patientes lors de la prescription :

- d'acétate de nomégestrol
- d'acétate de chlormadinone

Surveillance par IRM cérébrale sous macroprogestatifs

Recommandations de surveillance par imagerie cérébrale (quel que soit l'âge)

Patientes initiant ou poursuivant un traitement



*Antécédent de radiothérapie encéphalique dans l'enfance ou neurofibromatose de type 2

Patientes ayant arrêté le traitement

- En cas de signes cliniques évocateurs d'un méningiome, une IRM cérébrale devra être réalisée, même à distance du traitement
- En l'absence de signe clinique, il n'est pas nécessaire de réaliser une IRM