

3 LES SAIGNEMENTS UTÉRINS ANORMAUX

PAS DE QUOI FAIRE ROUGIR !

CLAUDIA LACHAPELLE BENOIT
ET KASSANDRA TARDIF



Lors d'un souper familial, Laurie et sa sœur Stéphanie discutent de leurs menstruations qui leur causent bien des tracas. Leur mère Manon était loin de se douter que ses filles présentaient les mêmes symptômes qu'elle. Plongez dans cet avant-midi en clinique sous le thème des saignements utérins anormaux (SUA), alors que vous travaillez avec Alex, un résident en médecine familiale.

1.

Laurie Gagnon, 40 ans, se présente à votre cabinet pour des SUA. Laquelle des caractéristiques suivantes est considérée comme anormale ?

- A Un cycle menstruel variant de 24 à 38 jours
- B Des menstruations d'une durée de 9 à 10 jours
- C Un volume de pertes sanguines inférieur à 80 ml lors des menstruations
- D Un écart de 8 jours entre les durées des cycles les plus courts et les plus longs

2.

Laurie Gagnon ne prend aucun médicament. Vous procédez à un questionnaire exhaustif, puis à un examen physique. Lequel de ces signes et symptômes faut-il explorer ?

- A Mastalgie, leucorrhée abondante et perte de poids de 4,5 kg en 6 mois
- B Antécédent personnel de purpura
- C Présence d'hirsutisme et d'obésité
- D Toutes ces réponses

Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), les SUA se définissent comme « tout écart par rapport au cycle menstruel normal »¹. Les menstruations normales durent de 3 à 8 jours et présentent un volume inférieur à 80 ml (soit une protection hygiénique saturée en 3 h ou des caillots sanguins de moins de 2,5 cm de diamètre)². Un cycle est considéré régulier lorsqu'il survient tous les 24 à 38 jours et que la différence entre le cycle le plus court et le plus long ne dépasse pas 7 à 9 jours^{1,2}. Il est donc primordial de bien préciser les caractéristiques des saignements utérins chez les patientes afin de déterminer s'ils sont normaux ou non.

Réponse : B

La D^{re} Claudia Lachapelle Benoit est médecin de famille au GMF-U de Drummondville. La D^{re} Cassandra Tardif est médecin de famille au GMF-U de Drummondville, où elle pratique notamment en santé sexuelle. Toutes deux sont professeures d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke.

Selon la SOGC¹, le diagnostic différentiel des SUA repose principalement sur l'anamnèse et l'examen physique. Il importe d'abord de bien préciser les caractéristiques des saignements. Les éléments clés de l'anamnèse comprennent la date des dernières menstruations, l'âge de la ménarche, l'âge de la ménopause, le nombre de grossesses, le désir de grossesse, l'infertilité et les facteurs de risque d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), entre autres. Les antécédents personnels et familiaux, tels que les coagulopathies, les dysthyroïdies, la ménopause précoce et les cancers (endomètre, sein, colon) peuvent aussi guider le praticien dans son évaluation. Les symptômes obstétricaux, urinaires, gynécologiques (p. ex. leucorrhée anormale, saignements postcoïtaux, douleur pelvienne) et constitutionnels (p. ex. perte de poids, fatigue, diaphorèse nocturne) doivent également être pris en compte. Il ne faut pas non plus sous-estimer les causes iatrogènes, notamment les contraceptifs hormonaux et les anticoagulants.

À l'examen physique, les signes d'hyperandrogénisme ou la présence de lésions cutanées, telles que les ecchymoses, les pétéchies ou le purpura, peuvent orienter vers un syndrome ovarien métabolique polyendocrinien

FIGURE

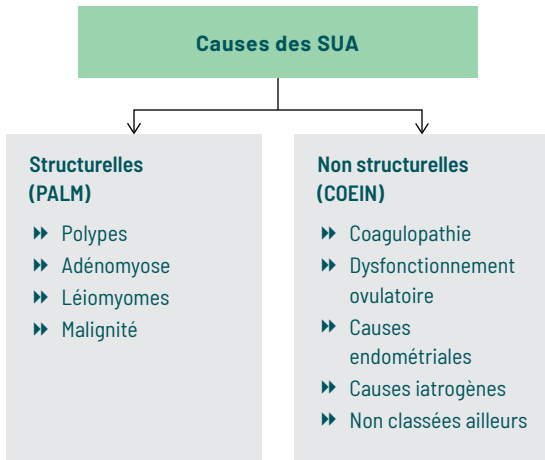
CLASSIFICATION
PALM-COEIN DES SUA¹⁻³

Figure des auteures

(anciennement syndrome des ovaires polykystiques) ou une coagulopathie. La palpation abdominale et la recherche d'une hépatosplénomégalie permettent de déceler une masse ou une atteinte hépatique. L'examen des organes génitaux externes et internes, de même qu'un examen bimanuel, vise à repérer des lésions cutanées, des lésions cervicales ou des signes d'inflammation pelvienne.

Réponse : D

3.

À l'anamnèse, Laurie Gagnon présente des menstruations abondantes depuis la ménarche. Elle n'a jamais consulté, car sa mère lui a toujours dit qu'il était normal de saigner autant. Depuis l'âge de 38 ans, les saignements sont toutefois devenus plus irréguliers et prolongés. Quel diagnostic vous semble le plus probable ?

- A Dysfonctionnement ovulatoire
- B Coagulopathie
- C Fibrome utérin
- D Hyperplasie de l'endomètre

La classification PALM-COEIN des SUA distingue deux catégories : les causes structurelles et les causes non structurelles (figure¹⁻³)^{1,2}.

Les anomalies structurelles entraînent généralement des saignements cycliques et réguliers, alors que les causes non structurelles se manifestent plutôt par des saignements irréguliers ou une aménorrhée. Les saignements ovulatoires s'accompagnent fréquemment de symptômes prémenstruels et de dysménorrhée, tandis que les saignements anovulatoires, plus fréquents en périménarche et en périménopause, se caractérisent par des cycles irréguliers, longs et abondants. Ces dysfonctionnements ovulatoires surviennent chez plus de 50 % des femmes de plus de 45 ans et chez 20 % des adolescentes présentant des SUA ; ils constituent ainsi la cause la plus fréquente de SUA¹. Il ne faut toutefois pas sous-estimer les coagulopathies, qui touchent près de 20 % des patientes présentant des saignements abondants⁴.

Réponse : A

4.

Laurie Gagnon s'interroge sur l'indication d'explorer davantage ses SUA. Quelle conduite adopter chez cette patiente de 40 ans en périménopause présentant des SUA ?

- A Observation et réévaluation dans 3 à 6 mois
- B Imagerie
- C Biopsie de l'endomètre
- D Référence en gynécologie

Il est essentiel de distinguer une femme en périménopause d'une femme ménopausée. Chez la femme ménopausée, il va sans dire que des examens complémentaires s'imposent. Bien que la SOGC recommande une évaluation chez toutes les femmes de plus de 40 ans présentant des SUA¹ (le sujet sera abordé dans les sections suivantes), en l'absence de symptômes systémiques de néoplasie, une observation ou des traitements médicaux temporaires demeurent raisonnables chez les patientes périménopausées présentant des saignements d'allure anovulatoire. En l'absence d'amélioration spontanée, en cas d'échec du traitement après 3 à 6 mois ou en présence de facteurs de risque de cancer de l'endomètre (tableau^{1,5}), un bilan s'impose. L'article de la Dr^e Isabelle Hébert et de M^{me} Stéphanie Carreau, intitulé : « Saignements utérins anormaux et périménopause : le chaos avant la fin », publié en mai 2020 dans Le Médecin du Québec, décrit les traitements appropriés³.

Réponse : A

5.

Alex, le résident de 2^e année, rencontre Stéphanie Gagnon, 42 ans. Elle consulte en raison de menstruations abondantes et irrégulières depuis 4 mois. Elle a un nouveau conjoint depuis un an. Des saignements postcoïtaux occasionnels complètent le tableau. Vous demandez au résident quels examens sont pertinents chez cette patiente.

- A FSC, bêta-hCG, bilan de coagulation
- B FSC, bêta-hCG, bilan de coagulation, FSH
- C FSC, bêta-hCG, bilan de coagulation, TSH, ITSS
- D FSC, bêta-hCG, bilan de coagulation, TSH, estradiol

Le test de grossesse devrait d'emblée s'imposer comme un réflexe chez toute femme en âge de procréer, même si elle se dit sexuellement inactive ou qu'elle utilise assidûment un moyen de contraception.

Le caractère abondant des menstruations justifie la réalisation d'une formule sanguine complète afin d'exclure une anémie ou une thrombopénie.

Par ailleurs, la sœur de la patiente souffre de menstruations abondantes depuis la ménarche, ce qui doit faire évoquer une diathèse hémorragique familiale. Si un tel trouble est confirmé, un bilan de coagulation est indiqué. Celui-ci comprend le PT et le RIN (évaluant la voie extrinsèque et la voie commune), le TCA (évaluant la voie intrinsèque et la voie commune), le fibrinogène, le PFA-100 (temps d'occlusion plaquettaire), ainsi que l'antigène du facteur de von Willebrand et l'activité des facteurs de von Willebrand et VIII⁶.

De plus, chez cette patiente engagée dans une nouvelle relation, une ITSS pourrait être une cause possible des saignements postcoïtaux. Un dépistage est alors indiqué.

Quant à l'irrégularité des saignements, la recherche de causes systémiques repose d'abord sur un questionnaire et un examen physique rigoureux, les bilans sanguins étant orientés en fonction des hypothèses cliniques. Bien que la littérature ne soit pas unanime à ce sujet, un dosage de la TSH est souvent effectué¹. Le dosage de l'estradiol ne fait généralement pas partie de l'exploration des SUA, sauf en présence de symptômes compatibles avec une entité clinique telle qu'une insuffisance ovarienne prématurée ou une dysfonction hypothalamique.

Un dépistage du cancer du col de l'utérus à jour devrait également figurer au dossier.

Réponse : C

TABLEAU

PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE DU CANCER DE L'ENDOMÈTRE^{1,5}**Hormonaux et reproductifs**

- » Anovulation chronique
- » Tumeur sécrétrice d'œstrogènes
- » Ménarche précoce (< 12 ans)
- » Ménopause tardive (> 55 ans)
- » Nulliparité

Métaboliques

- » Obésité
- » Diabète
- » HTA

Génétiques

- » Syndrome de Lynch
- » Maladie de Cowden
- » Race noire ou autochtone
- » Antécédents familiaux de cancer de l'endomètre au 1^{er} degré

Pharmacologiques

- » Prise de tamoxifène > 2 ans
- » Utilisation d'œstrogènes sans opposition progestative

Autres

- » Âge avancé
- » Sédentarité
- » Résidence en Amérique du Nord ou Europe du Nord
- » Radiothérapie pelvienne

Tableau des auteurs

6.

Quels énoncés constituent des indications d'imagerie chez une patiente présentant des SUA ?

- A Nulliparité
- B Anomalie à l'examen physique
- C Toutes les patientes présentant des SUA devraient bénéficier d'une imagerie
- D Obésité

Une imagerie est indiquée en cas d'éléments évoquant une anomalie structurale. Une dysménorrhée notable, un utérus

de volume augmenté ainsi que des saignements abondants ou intermenstruels constituent, entre autres, des indices en ce sens. Il en va de même en l'absence de réponse durable aux traitements usuels et en présence de facteurs de risque de malignité de l'endomètre (*tableau*^{1,5}).

L'exploration radiologique débute par une échographie transabdominale, habituellement suivie d'une échographie transvaginale en raison de son faible coût, de son accessibilité et de son innocuité. Il est parfois pertinent de recourir à une hystéroscopie (éventuellement combinée à une hystérosonographie) pour préciser l'atteinte intracavitaire, notamment en présence d'un polype ou d'un fibrome faisant saillie dans la cavité utérine. L'imagerie par résonance magnétique peut être indiquée lorsque l'échographie transvaginale est impraticable en raison d'une malformation, par exemple, ou pour cartographier les lésions en préopératoire. La tomodensitométrie ne joue aucun rôle dans l'exploration des SUA¹.

L'épaisseur de l'endomètre ne doit pas être prise en considération chez les femmes non ménopausées en raison de sa grande variabilité et de l'absence de corrélation clinique. En revanche, en cas de saignement postménopausique, une épaisseur endométriale inférieure ou égale à 4 mm mesurée par échographie transvaginale peut permettre d'éviter une biopsie dans certains cas, notamment lorsqu'il s'agit d'un épisode isolé chez une femme sans facteur de risque et dont l'endomètre est d'aspect lisse⁷. Fait intéressant, un épaississement endométrial uniforme de moins de 11 mm découvert fortuitement chez une femme ménopausée asymptomatique et sans facteur de risque de SUA ne nécessiterait pas d'exploration supplémentaire, puisque 99 % des cancers de l'endomètre après la ménopause s'accompagnent de saignements⁸.

En ce qui a trait à la biopsie de l'endomètre chez les femmes de 40 à 45 ans, les données sont divergentes. Il est primordial de tenir compte des facteurs de risque de la patiente, de la réponse au traitement et de l'allure des cycles afin de guider la décision de réaliser une biopsie. Par exemple, une biopsie peut se justifier chez une patiente présentant des symptômes importants ou des cycles d'apparence anovulatoire. Après 45 ans, le consensus recommande la réalisation d'une biopsie endométriale en cas de SUA⁸.

L'article de la D^{re} Isabelle Hébert et de M^{me} Stéphanie Carreau, cité précédemment, apporte des précisions supplémentaires sur le sujet³.

Pour élargir la réflexion, vous demandez au résident si la conduite serait différente si la patiente recevait un traitement anticoagulant, les SUA affectant jusqu'à 70 % des femmes en âge de procréer sous anticoagulothérapie après un événement thromboembolique⁹. Celui-ci, ayant révisé

le sujet, vous répond que la prise en charge demeure la même, soit l'anamnèse et l'examen physique. Il importe de s'intéresser aux autres médicaments prothrombotiques ainsi qu'aux autres sources de saignement. L'ISTH-BAT (*International Society on Thrombosis and Haemostasis Bleeding Assessment Tool*) est un outil intéressant proposé par Thrombose Canada⁹. Il faut garder à l'esprit que les SUA sous anticoagulothérapie surviennent parfois à la suite de l'arrêt concomitant d'une méthode contraceptive. Par ailleurs, les données probantes robustes demeurent limitées quant à l'utilisation de certains traitements envisagés après un événement thrombotique, tels que les contraceptifs oraux combinés sous anticoagulation, l'acétate de méthoxyprogestérone et l'acide tranexamique⁹. Un avis en gynécologie est recommandé.

Réponse : A, B, D

7.

Manon Martel, 67 ans, mère de patientes précédentes, revient à votre cabinet afin de connaître le résultat de sa biopsie endométriale réalisée pour des saignements postménopausiques. Parmi les résultats suivants, lesquels justifient des examens complémentaires ?

- A** Cellules endométriales à la cytologie cervicale
- B** Polype endométrial
- C** Hyperplasie simple sans atypie
- D** Tissu endométrial normal
(mais biopsie à l'aveugle avec zone d'hyperplasie à l'échographie)

La biopsie est une technique simple à réaliser en cabinet. Malgré une sensibilité supérieure à 90 %¹ pour la détection des carcinomes endométriaux, particulièrement en postménopause, elle comporte certaines limites. Lorsqu'elle est effectuée à l'aveugle, les données montrent que, dans 60 % des cas, moins de la moitié de l'endomètre est prélevée. Ces résultats appuient le recours à une biopsie sous vision directe lorsqu'une zone d'hyperplasie focale est observée à l'échographie.

Si le résultat est normal ou si la biopsie révèle une atrophie, le clinicien peut être rassuré en présence d'un premier

épisode de saignement. Toutefois, en cas de persistance des saignements postménopausiques, une consultation en gynécologie demeure indiquée.

En ce qui concerne les polypes de l'endomètre, certains critères orientent vers la polypectomie, notamment la taille, les saignements associés, la récurrence, le nombre, leur prolapsus ainsi que les facteurs de risque de néoplasie de l'endomètre, désormais bien maîtrisés¹⁰.

Une endométrite peut aussi être mise en évidence à la biopsie. Il convient d'en rechercher la cause, le plus souvent infectieuse ou inflammatoire, notamment en présence d'un léiomyome sous-muqueux ou d'un dispositif intra-utérin (stérilet).

La mention, au rapport de pathologie, d'un carcinome de l'endomètre ou d'une hyperplasie complexe avec atypie nécessite une consultation rapide en spécialité.

Qu'en est-il de l'hyperplasie sans atypie ? Le rapport pathologique peut préciser s'il s'agit d'une forme simple ou complexe, distinction qui repose sur l'organisation et l'homogénéité des glandes au sein du stroma (forme simple lorsque l'architecture est préservée et les glandes régulières ; forme complexe en cas d'encombrement glandulaire, de diminution du stroma et de désorganisation architecturale). Cette forme complexe s'accompagne d'un risque accru de néoplasie. La présence d'atypies reflète des anomalies cellulaires et constitue également un facteur défavorable. En somme, compte tenu de la complexité du sujet, une évaluation en gynécologie est recommandée pour toute hyperplasie endométriale postménopausique¹¹.

Un endomètre prolifératif est attendu durant la première phase du cycle menstruel, mais devient plus préoccupant chez une femme ménopausée de longue date. Il convient alors de rechercher une source d'exposition aux œstrogènes et d'assurer un suivi individualisé¹². La présence de facteurs de risque de cancer de l'endomètre, d'une anomalie à l'imagerie ou de saignements postménopausiques doit faire envisager une consultation en gynécologie.

Des cellules endométriales bénignes à l'examen de cytologie cervicale sont fréquemment observées en préménopause, surtout durant la phase folliculaire du cycle, période durant laquelle l'endomètre desquame. Le consensus canadien recommande d'en signaler la présence dans les rapports de pathologie à partir de l'âge de 45 ans¹², car une telle constatation après la ménopause justifie la réalisation d'une biopsie de l'endomètre, que la patiente présente des symptômes ou non.

Réponse : A, B, C, D

8.

Vous revoyez Manon Martel à la suite de ses examens. Lequel des énoncés suivants ne constitue pas une indication de référence en spécialité ?

- A Anomalie structurelle à l'échographie
- B Épaisseur de l'endomètre de 3 mm à l'échographie endovaginale
- C Biopsie endométriale non concluante
- D Absence de réponse au traitement

Une orientation en gynécologie est indiquée en l'absence de réponse ou en cas de réponse partielle au traitement, ainsi qu'en cas de mauvaise tolérance. Les anomalies structurelles et les lésions intra-utérines focales mises en évidence à l'imagerie constituent également des indications de référence.

Lorsqu'une biopsie de l'endomètre est indiquée et que l'omnipraticien ne se sent pas à l'aise de la réaliser, une consultation en spécialité est de mise. La figure de l'article intitulé : « L'ABC des saignements utérins chez la femme en péri- et postménopause », paru dans *Le Médecin du Québec* en avril 2006¹³ et portant sur la prise en charge des résultats de biopsie de l'endomètre, demeure pertinente : <https://bit.ly/abc-saignements-uterins>.

Réponse : B

RETOUR AU CAS CLINIQUE INITIAL

Les sœurs Gagnon et M^{me} Martel sont bien heureuses d'avoir été prises en charge par vous et par le résident. Des examens complémentaires et un suivi individualisé leur ont été proposés, et M^{me} Martel a été orientée en gynécologie. ■

Date de réception : le 20 janvier 2026

Date d'acceptation : le 19 février 2026

Les D^{res} Claudia Lachapelle Benoit et Kassandra Tardif n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

- Singh S, Best C, Dunn S et coll. N° 292-Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 ; 40 (5) : e416-e444. DOI : 10.1016/j.jogc.2018.03.008
- Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS et coll. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 ; 143 (3) : 393-408. DOI : 10.1002/ijgo.12666



CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- » Un bilan de coagulation est indiqué en cas de SUA si les menstruations sont abondantes depuis la ménarche ou en présence d'antécédents hémorragiques personnels ou familiaux.
- » Tout SUA chez une femme de plus de 40 à 45 ans nécessite une biopsie de l'endomètre. Toutefois, chez une femme ménopausée présentant un épisode isolé de saignement et un endomètre mesurant 4 mm ou moins, celle-ci peut être évitée.
- » Si les SUA persistent après 3 à 6 mois d'observation ou de traitement approprié malgré une biopsie de l'endomètre négative, des examens complémentaires, voire une orientation en spécialité, s'imposent.

3. Hébert I, Carreau S. Saignements utérins anormaux et périménopause : le chaos avant la fin. *Le Médecin du Québec* 2020 ; 55 (5) : 53-8.
4. Oberman E, Rodriguez-Triana V. Abnormal uterine bleeding: treatment options. *Clin Obstet Gynecol*. 2018 ; 61(1): 72-5. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000340
5. Bryce C, Gazda R, Fuerst H. Endometrial cancer: rapid evidence review. *Am Fam Physician*. 2025 ; 111(6): 526-31.
6. Lanthier L. *Guide de médecine interne Lanthier. Section : Troubles de coagulation – hypocoagulabilité* [application] (consulté le 20 novembre 2025).
7. Noël P. *Évaluation échographique de l'endomètre chez la patiente ménopausée*. Montréal : Société de radiologie du Québec ; 2019. 46 pages.
8. Wolfman W, Bougie O, Chen I et coll. Directive clinique n° 451 : épaissement asymptomatique de l'endomètre chez les femmes ménopausées. *J Obstet Gynaecol Can*. 2024 ; 46 (7) : 102590. DOI : 10.1016/j.jogc.2024.102590
9. Thrombosis Canada. *Clinical guide: Orthopedic surgery – Thromboprophylaxis* (en ligne). Whitby : Thrombosis Canada ; 2024. Site Internet : <https://bit.ly/orthopedic-surgery-thromboprophylaxis> (consulté le 26 novembre 2025).
10. Stewart E. Endometrial polyps. Dans : Barbieri RL, rédacteur. *UpToDate* Waltham : Wolters Kluwer ; 2025 (consulté le 27 novembre 2025).
11. Auclair MH, Yong PJ, Salvador S et coll. Directive clinique n° 390 : classification et prise en charge de l'hyperplasie de l'endomètre. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019 ; 41 (12) : 1801-13. DOI : 10.1016/j.jogc.2019.07.012
12. Rotenberg O, Doulaveris G, Fridman D et coll. Long-term outcome of postmenopausal women with proliferative endometrium on endometrial sampling. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 ; 223 (6) : 896.e1-896.e7. DOI : 10.1016/j.ajog.2020.06.045
13. Lespérance S, Boucher K. L'ABC des saignements utérins chez la femme en péri- et postménopause. *Le Médecin du Québec* 2006 ; 41 (4) : 59-64.

JE SUIS MÉDECIN DE FAMILLE

POUR MON
ASSURANCE HABITATION,
MA PLACE EST ICI.

Sogemec
ASSURANCES



Être médecin est exigeant.
Grâce au **FORAIT
PRIVILÈGE SOGEMEC**
incluant la protection valeur
élevée, vous bénéficiez
d'une tarification exclusive
et d'un ensemble de
protections étendues.

Demandez une soumission
d'assurance habitation



1 866 350-8282
sogemec.com

Le saviez-vous ?

La **FMQ** est un actionnaire de Sogemec
Assurances.

Le régime d'assurance de Sogemec est souscrit par La Personnelle, assurances générales inc. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer aux offres mentionnées. Les clauses et modalités relatives aux protections décrites sont précisées au contrat d'assurance, lequel prévaut en tout temps.