



Article Original

Apport de l'Échographie dans l'Orientation Diagnostique des Ménométrorragies à l'Hôpital Régional de Ngaoundéré

Contribution of ultrasound in the diagnostic orientation of the menorrhagia at the Regional Hospital of Ngaoundere

Neossi Guena M^{1,2}, Nganyou Piaple I¹, Alpha Florent¹, Nkigoum Nana A³

RÉSUMÉ

Objectifs : Déterminer la prévalence des ménométrorragies (MMT), ses étiologies à l'échographie et faire une confrontation écho clinique. **Méthodologie :** L'étude était descriptive transversale concernant toutes les femmes de 15 ans et plus, présentant les MMT, réalisant une échographie pelvienne de juin à novembre 2017. Les variables étudiées étaient : l'âge, les indications, l'abondance du saignement, la gestité et les résultats d'échographie. L'échographe était de marque Logiq 7. L'échographie était réalisée par voie sus pubienne et/ou endovaginale. L'analyse des variables était réalisée avec le logiciel Sphinx plus version 5.1.0.6, Microsoft Excel 2010. **Résultats.** 90 échographies pelviennes pour MMT étaient retenues, soit 23,3% des échographies pelviennes. L'âge moyen était de 32,98 ans. 76% avaient déjà été enceintes; 22% avaient pris les contraceptifs, 3% les anticoagulants. Les étiologies retrouvées à l'échographie étaient, myomes interstitiels (24,4%), dystrophies ovariennes poly micro kystiques (16,7%), kystes simples ou cloisonnés (12,2%), myomes sous séreux (10%), myomes sous muqueux (8,9%), kyste dermoïde (6,7%), polypes (5,6%), abcès tubo ovarien (3,3%), néo de l'endomètre, néo du col utérin et hyperplasie de l'endomètre (2,2% chacun), Adénomyose (1,1%). 25% d'échographies étaient normales. Les femmes de 15 à 30 ans avaient pour la plupart une échographie normale, celles de 30 à 50 ans les myomes interstitiels et celles plus de 50 ans le néo de l'endomètre et du col utérin. **Conclusion.** Les MMT sont plus fréquentes chez les femmes jeunes, l'échographie permet le plus souvent de retrouver des étiologies qui sont soit fonctionnelles ou organiques.

ABSTRACT

Objectives. To determine the prevalence of menorrhagia (MMT), its etiologies in ultrasound and to make an echo-clinical confrontation. **Methods.** The study was descriptive cross-sectional for all women aged 15 years and over, presenting MMT, performing a pelvic ultrasound from June to November 2017 in ngaoundere regional Hospital. The variables studied were: age, indications, bleeding quantity, gestity and ultrasound results. The ultrasound machine used was GE logiq 7 with convex probe of 3,5Mhz and endocavity probe. Ultrasound examinations were performed simultaneously by supra pubic and endovaginal route. The variables was analysed with Sphinx plus version 5.1.0.6, Microsoft Excel 2010. **Results.** 90 pelvic ultrasounds for MMT were retained, representing 23.3% of pelvic ultrasounds. The average age was 32.98 years with extremes of 19 and 52 years. 76% had already been pregnant; 22% had taken contraceptives, 3% anticoagulants. The etiologies found on the ultrasound were interstitial myomas (24.4%), poly micro-cystic ovarian dystrophies (16.7%), single or partitioned cysts (12.2%), sub-serous myomas (10%), submucosal myomas (8.9%), dermoid cyst (6.7%), polyps (5.6%), ovarian tubo abscess (3.3%), endometrial cancer (2.2%), cervix cancer (2.2%), endometrial hyperplasia (2.2%), Adenomyosis (1.1%). 25% of ultrasounds were normal. Most women between the ages of 15 and 30 years had normal ultrasound, those between the ages of 30 and 50 years, interstitial myomas, and those over 50 years, endometrial cancer and cervix cancer. **Conclusion.** Menorrhagia are more common in young women. Ultrasound allows most often to find etiologies that are either functional or organic.

1. Département des Sciences Biomédicales, Faculté des Sciences, Université de Ngaoundéré
2. Service d'Imagerie, Hôpital Régional de Ngaoundéré
3. Service de Gynécologie obstétrique, Hôpital Régional Ngaoundéré

*Auteur correspondant

Dr Neossi Guena
Mathurin, Hôpital
Régional de Ngaoundéré-
Cameroun, BP 45

Email

mneossiguena@yahoo.fr

Mots-clés : Etiologie,
Ménométrorragies,
échographie pelvienne,
Hôpital Régional de
Ngaoundéré.

Keywords: Etiology,
menorrhagia, pelvic
echography, Regional
Hospital of Ngaoundéré

INTRODUCTION

Les troubles menstruels constituent une indication courante justifiant la tenue de consultations médicales. Jusqu'à 30% des femmes connaissent des saignements menstruels abondants au cours de leur vie génésique [1]. Les ménométrorragies (MMT) représentent une cause fréquente, en particulier 1/3 des consultations gynécologiques, ce chiffre atteignant 70% en période péri et post ménopausique [2] ; la prévalence des MMT est estimée entre 11-13% dans la population générale, et augmente avec l'âge pour atteindre 24% chez les femmes de 36-40 ans [3]. Les ménométrorragies, peuvent affecter considérablement la qualité de vie, donner lieu à des absentéismes au travail, mener à une intervention chirurgicale (hystérectomie par exemple) et finalement exercer des effets significatifs sur le système de santé [4], d'où l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge rapide. Après l'examen clinique, la réalisation des examens complémentaires est nécessaire pour orienter le diagnostic étiologique des MMT. Plusieurs examens d'imagerie aident dans la recherche des étiologies des MMT notamment : l'hystérosonographie, l'hystéroscopie, l'IRM, et l'échographie pelvienne qui est généralement recommandée en première intention, par voie sus pubienne et/ou endovaginale. Elle permet une évaluation détaillée des anomalies anatomiques de l'utérus et de l'endomètre ; de surcroît, les pathologies du myomètre, du col utérin, des trompes et des ovaires [5]. Elle est moins coûteuse, indolore et accessible. Vu l'impact que cette affection a sur la vie sociale, sanitaire et même mentale de la femme et sa prévalence élevée dans certains pays, nous nous sommes proposés, de mener une étude sur le bilan échographique des MMT au Centre d'Imagerie Médicale de l'Hôpital Régional de Ngaoundéré ; afin de répertorier les étiologies de ces troubles à l'échographie dont la connaissance pourrait améliorer la prise en charge.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude transversale et descriptive de juin à novembre 2017 dans le Centre d'Imagerie Médicale de l'Hôpital Régional de Ngaoundéré (HGN). Les femmes âgées de 15 ans et plus présentant les MMT et venant réaliser une échographie pelvienne étaient incluses dans notre étude, L'échantillonnage était de type consécutif et exhaustif non probabiliste, les sujets étaient reçus pour un examen échographique pelvien. Après consentement éclairé, un interrogatoire et un examen clinique étaient réalisés permettant d'éliminer une éventuelle grossesse, un saignement vulvo-vaginal, un contexte post partum et post abortum, puis de collecter les différentes variables. L'examen était réalisé sur des sujets en décubitus dorsal en position gynécologique, un examen au speculum et un toucher vaginal étaient réalisés. Les sondes utilisées étaient des sondes convexes de 3,5MHz et endocavitaire de 6MHz d'un échographe de marque General Electric LOGIQ7 mis en service en 2015. Les échographies étaient réalisées concomitamment par voie sus pubienne et endovaginale par le même opérateur, un médecin radiologue de plus

de 5 ans d'expérience. Les variables étudiées étaient l'âge, l'indication, l'abondance du saignement déterminé en fonction du nombre de protections utilisées par jour par la patiente, la gestité, la prise de contraceptifs, la survenue du trouble à la suite d'une aménorrhée et les résultats de l'échographie. L'analyse des variables a été réalisée avec le logiciel Sphinx plus version 5.1.0.6, Microsoft Excel 2010.

RÉSULTATS

Données socio démographique et cliniques

Durant notre période de collecte, 1500 échographies ont été réalisées dont 386 échographies pelviennes parmi lesquelles, 90 avaient pour indications les MMT, soit 23,3% des échographies pelviennes et 6% de l'ensemble des échographies. Les tranches d'âge les plus touchées par les MMT étaient celles comprises entre 20 et 30 ans, 30 et 40 ans et, 40 et 50 ans avec respectivement 37,8%, 27,8% et 24,4% (**tableau 1**).

Tableau 1: répartition des patientes en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Effectifs	(%)
Moins de 20 ans	4	4,4
De 20 à 30 ans	34	37,8
De 30 à 40 ans	25	27,8
De 40 à 50 ans	22	24,4
50 ans et plus	5	5,6
TOTAL	90	100

Les extrêmes étaient de 16 et 52 ans et l'âge moyen était de 32.98 ans. L'indication la plus représentée était les métrorragies avec 45% des patientes, suivi des ménorragies avec 29% des patientes, enfin les ménométrorragies avec 26%. 43% des patientes avaient des saignements abondants (elles utilisaient 3 à 4 protections complètement inondées par jour) 27% avaient des saignements peu abondants, 19% avaient des saignements très abondants et 11% minimales (**figure 2**).

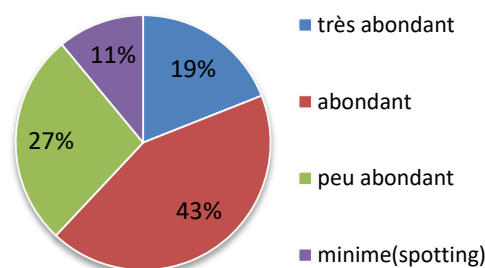


Figure 2 : abondance du saignement

Les métrorragies étaient l'indication la plus rencontrée dans les tranches d'âge 20-30 ans, 30-40 ans et plus de 50 ans; dans les tranches d'âge de moins de 20 ans et 40-50 ans par contre, les ménorragies étaient l'indication la plus fréquente (**tableau 2**). Il n'y avait pas de corrélation

significative entre l'indication et l'âge (coefficient de corrélation = -0,006). Sur le **plan médicamenteux**, l'on 67 patientes (74,4%) ne prenaient ni contraceptif, ni anticoagulant ; 20 patientes (22,2%) prenaient les contraceptifs et 3 (3,3%) prenaient les anticoagulants.

Tableau 2 : répartition des indications en fonction des tranches d'âge

Tranche d'âge/ Indication	MN	MT	MMT	TOTAL
Moins de 20 ans	3	1	0	4
De 20 à 30 ans	6	19	9	34
De 30 à 40 ans	8	11	6	25
De 40 à 50 ans	9	6	7	22
50 ans et plus	0	4	1	5
TOTAL	26	41	23	90

MN : ménorragie. MT : métrorragie. MMT : ménométrorragie

Résultats échographiques

13 pathologies ont été diagnostiquées à l'échographie (**tableau 4**). Les plus rencontrées étaient les myomes interstitiels avec une prévalence de 24,4%, suivi des dystrophies ovariennes micro kystiques, avec une prévalence de 16,7% ; les kystes, qu'ils soient cloisonnés ou non, avaient les mêmes proportions pour les deux types (12,2%), les myomes sous séreux (10%), les myomes sous muqueux (8,9%) kyste dermoïde (6,7%), les polypes venaient ensuite avec une prévalence de 5,6%, abcès tubo ovarien (3,3%), néo de l'endomètre, néo du col utérin et hyperplasie de l'endomètre (2,2% chacun), adénomyose (1,1%). 25% des échographies étaient normales. Nous voulons préciser que, une seule patiente pouvait présenter à la fois plusieurs pathologies.

Tableau 4: répartition des résultats échographiques

Résultat échographique	N.	%
Normal	23	25,6
Myome interstitiel	22	24,4
dystrophie ovarienne micro kystique	15	16,7
Kyste ovarien cloisonné	11	12,2
Kyste ovarien simple	11	12,2
Myome sous séreux	9	10,0
Myome sous muqueux	8	8,9
Kyste dermoïde	6	6,7
Polype	5	5,6
Abcès tubo ovarien	3	3,3
Néo du col utérin	2	2,2
Hyperplasie de l'endomètre	2	2,2
Néo de l'endomètre	2	2,2
Adénomyose	1	1,1
TOTAL	104	100

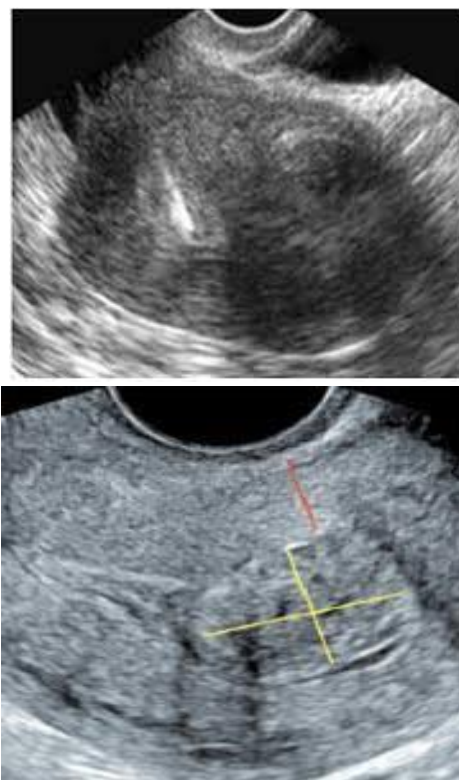


Figure 3 : myomes sous muqueux (flèche blanche) en A, et interstitiel en B

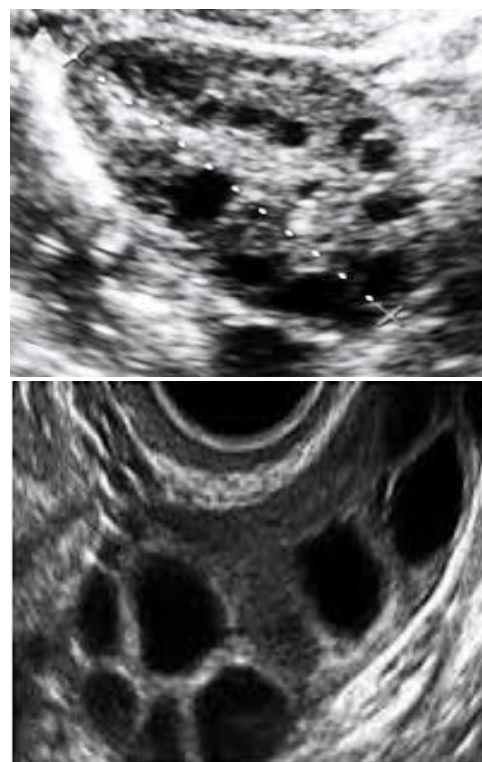


Figure 4 : Dystrophie ovarienne poly micro kystique (A) et macro kystique (B).

Confrontation écho-clinique

Les femmes de moins de 20 ans, et celles d'âge compris entre 20 et 30 ans avaient pour la plupart un résultat normal, chez les femmes de 30 à 50 ans, c'étaient les myomes interstitiels et chez les femmes de plus de 50 ans, le néo de l'endomètre, du col utérin et les myomes interstitiels (**tableau 5**). Il existe une corrélation forte entre l'âge et les étiologies des ménométrorragies retrouvées à l'échographie avec un coefficient de corrélation de 0,231.

Tableau 5 : Confrontation entre les résultats échographiques et les tranches d'âge.

Résultats	Âge/ ans	Moins de 20 ans	De 20 à 30 ans	De 30 à 40 ans	De 40 à 50 ans	50 ans et plus	TOTAL
Kyste ovarien simple		0	2	2	7	0	11
Kyste ovarien cloisonné		0	3	5	3	0	11
Abcès tubo ovarien		0	3	0	0	0	3
Kyste dermoïde		0	2	2	2	0	6
Dystrophie micro kystique		1	11	2	1	0	15
Néo du col utérin		0	0	0	1	1	2
Myome interstitiel		0	2	8	10	2	22
Néo de l'endomètre		0	0	0	0	2	2
Myome sous séreux		0	2	5	1	1	9
Myome sous muqueux		0	2	2	4	0	8
Adénomyose		0	0	1	0	0	1
Polype		0	2	0	3	0	5
Hyperplasie endométriale		0	0	0	1	1	2
Normal		3	12	6	1	1	23
TOTAL		4	41	33	34	8	120

Il n'y a pas de lien significatif entre les résultats échographiques et l'indication (le fait que la femme présente les ménorragies, métrorragies ou ménométrorragies). Le coefficient de corrélation étant de -0,008.

Tableau 6 : confrontation des résultats échographiques et des indications

Résultat échographique / Indication	MN	MT	MMT	TOTAL
Kyste ovarien simple	3	6	2	11
Kyste ovarien cloisonné	2	8	1	11
Abcès tubo ovarien	2	1	0	3
Kyste dermoïde	2	1	3	6
dystrophie ovarienne micro kystique	4	5	6	15
Néo du col utérin	0	1	1	2
Myome interstitiel	13	7	2	22
Néo de l'endomètre	0	2	0	2
Myome sous séreux	3	3	3	9
Myome sous muqueux	4	2	2	8
Adénomyose	0	1	0	1
Polype	1	2	2	5
Hyperplasie de l'endomètre	0	1	1	2
Normal	5	11	7	23
TOTAL	39	51	30	120

MN : ménorragie. MT : métrorragie. MMT : ménométrorragie

Il n'y a pas de corrélation entre le résultat échographique et l'abondance du saignement. Le coefficient de corrélation étant de -0,024 (tableau 7).

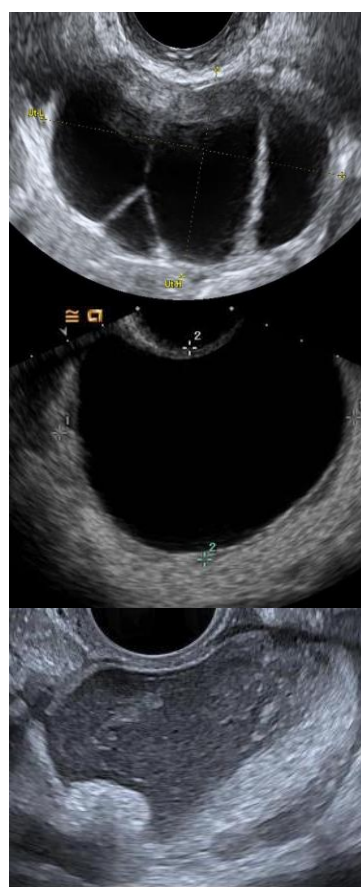


Figure 5 :
Kyste ovarien
cloisonné (A)

Kyste ovarien
simple (B).

Figure 5 :
Kyste ovarien
dermoïde

Tableau 7: confrontation des résultats échographiques et abondance du saignement

Abondance du saignement	Très abondant	Abondant	Peu abondant	Minime	Total
Résultat échographique /					
Kyste ovarien simple	2	4	3	2	11
Kyste ovarien cloisonné	1	4	2	4	11
Abcès tubo ovarien	0	1	1	1	3
Kyste dermoïde	4	1	0	1	6
Dystrophie ovarienne micro kystique	4	5	5	1	15
Néo du col utérin	0	1	1	0	2
Myome interstitiel	6	8	5	3	22
Néo de l'endomètre	1	0	1	0	2
Myome sous séreux	1	6	2	0	9
Myome sous muqueux	3	3	1	1	8
Adénomyose	0	0	1	0	1
Polype	1	2	1	1	5
Hyperplasie de l'endomètre	0	2	0	0	2
Normal	2	12	8	1	23
TOTAL	25	49	31	15	120

DISCUSSION

Données socio démographiques et cliniques

Les ménométrorragies constituent un motif fréquent de consultation et d'échographie, sa prévalence dans notre étude était de 23,3% des échographies pelviennes et de 6% de toutes les échographies. Ceci corrobore avec les résultats de Gervaise et Fernandez en 2004 [6] dans leur étude sur les troubles hémorragiques fonctionnels en péri ménopause, qui trouvent que 5 à 20% des femmes consultent pour ce motif. Nos résultats pourraient être comparables à ceux du CNGOF en 2010 qui trouve une prévalence des MMT de 11 à 13% dans la population générale et qui augmente avec l'âge pour atteindre 24% [7]. Dans notre série 45 % présentaient les métrorragies, 29 % les ménométrorragies et 26 % de ménorragies ; en effet ces termes sont confondus sous l'appellation de ménométrorragies [5]. Nyingone en 2015 [8] trouve que les métrorragies constituent le motif de consultation le plus fréquent (50%), suivi des MMT (38,5%) et enfin des ménorragies (11,5%). Ce qui corrobore nos résultats qui trouvent que les femmes consultaient dans notre Hôpital surtout pour métrorragies. En effet ces manifestations cliniques ne diffèrent que par la quantité et la durée de saignement, ce qui peut s'avérer difficile à apprécier. Il n'est donc pas toujours aisé de faire la différence entre ces troubles.

Les femmes les plus affectées par les MMT étaient celles d'âge compris entre 20 et 50 ans avec un âge moyen de 32,98 ans qui est l'intervalle réel d'activité génitale; elles représentaient 90% de notre échantillon. Sukhbir et al en 2013[2] dans son étude sur les saignements utérins anormaux chez les femmes pré ménopausées trouvent que les MMT touchent essentiellement les femmes durant leur période d'activité génitale ; ils trouvent une prévalence de 10 à 25% chez les femmes d'âge compris entre 30 et 49 ans et 24% chez les 36-40 ans. Les femmes en activité génitale sont les plus touchées par les MMT ; ceci certainement à cause des troubles hormonaux qui sont fréquents dans cette phase de la vie féminine. Par contre Cravello et al

[9] en Alger dans son étude portant sur les ménométrorragies en péri ménopause trouvent que les femmes de plus de 40 ans sont plus touchées par les MMT que les jeunes ; ils trouvent 4,7% chez les femmes jeunes et 24% chez les femmes de plus de 40 ans ; ses résultats s'expliquent certainement par le fait qu'il ne se soit intéressé qu'aux femmes de 39 ans et plus.

Les femmes en activité gestuelle étaient les plus touchées par les MMT dans notre étude avec 84%. Nyingone en 2015 [8] trouve que, 55,8% des femmes atteintes d'hémorragie génitale étaient des multipares, 29,8% des nullipares et 14,4% des primipares. Diarra en 2008 [10] trouve que 41,6% étaient des paucigestes et 19,7% de femmes nuligestes. Le fait d'avoir déjà été enceinte serait un facteur favorisant de la survenue de MMT.

La plupart de nos patientes (76%) n'avaient pas eu à prendre ni contraceptif ni anticoagulant, 20% avaient eu à prendre les contraceptifs et 4% les anticoagulants. Nyingone en 2015 [8] trouve que, 29 patientes sur un échantillon de 104 soit 27,8% avaient eu à prendre les contraceptifs ce qui n'est pas très loin de nos résultats, elle précise que, le contraceptif oral et le stérilet sont des motifs fréquents des métrorragies. Pour Diarra en 2008 [10] 72,5% des femmes atteintes de métrorragie n'avaient pas eu à prendre de contraception ce qui corrobore nos résultats. Les MMT ne sont donc pas dans la plupart des cas provoqués par d'éventuel prise de contraceptif, ils peuvent avoir divers origines dont la prise de contraceptif ne devrait pas être ignorée quel que soit sa forme.

Chez certaines patientes les MMT faisaient suite à un retard des règles (36%), ce qui pourrait être en rapport avec des fluctuations hormonales. Les MMT sont souvent de quantité variable pouvant être abondantes, peu abondantes ou minimales, bien qu'il n'existe pas de lien significatif selon nos résultats entre la quantité du saignement et les résultats échographiques, on observe dans certaines étiologies des

saignements abondants comme les myomes sous muqueux, légers secondaires à la prise de pilule ou à un traitement hormonal mal adapté [3].

Résultats échographiques

Les étiologies des MMT retrouvées dans notre série sont aussi variées que dans la littérature, et dominées par les myomes interstitiels avec 24,4%, suivi des dystrophies ovariennes micro kystiques à 16,7% et des kystes ovariens simple et cloisonné à 12,2% chacun. Diarra en 2008 [10] trouve 32,6% de métrorragies fonctionnelles, 17,4% des fibromes utérins. Les métrorragies fonctionnelles peuvent se traduire par le syndrome des ovaires poly micro kystiques tel que définis par Huchon et Fritel en 2008 [3] qui dans leur étude sur l'épidémiologie des MMT trouvent une prévalence de 17 à 23%. Nyingone en 2015 [8] trouve une prévalence de 63,5% pour les myomes utérins, 32,7% pour les dystrophies ovariennes et 11,5% pour les polypes et kystes, ces résultats sont globalement comparables aux nôtres. Cravello et al, Fethia et al [9, 11] trouvent que les fibromes utérins sont les étiologies les plus fréquentes surtout chez les femmes de plus de 35 ans. Les Ménométrorragies provoquées par les fibromes pourraient être dus à la perturbation du développement normal de l'endomètre par des myomes sous-muqueux, par l'augmentation de la surface endométriale et par la perturbation de la contractilité myométriale par ces myomes [12]. Les dystrophies ovariennes sont dues à un dysfonctionnement de l'axe gonadotrope responsable d'une dysovulation ou d'une anovulation [8,13]. Elles sont très souvent suivies d'une hyperplasie de l'endomètre qui dans les cycles anovulatoires, continue de s'épaissir et sera expulsé lorsque l'utérus reprendra sa contractilité. L'endomètre épais est long à éliminer, d'où le saignement anormal. Les tumeurs de l'ovaire peuvent entraîner des métrorragies soit du fait d'une métastase utérine, soit du fait d'une tumeur sécrétante pour certaines formes endocrines comme les tumeurs de la granulosa sécrétant des œstrogènes et qui peuvent provoquer des hémorragies utérines par hyperplasie endométriale. En fait, tout kyste de l'ovaire peut entraîner des métrorragies, y compris les dystrophies sclérokystiques de l'ovaire justifiées d'une simple coelioscopie et d'un blocage de l'ovulation par œstroprogestatifs [14]. Les polypes font saigner en raison de leur structure friable [13].

Confrontation écho-clinique

Nous avons confronté le diagnostic échographique à l'âge, pour voir s'il y aurait une relation significative entre les deux, ceci pourrait nous permettre de déterminer la tranche d'âge la plus touchée. Nous nous sommes rendu compte que, qu'il existe une corrélation forte entre l'âge et les étiologies des MMT retrouvées à l'échographie. Chez les moins de 20 ans, et chez les femmes d'âge compris entre 20 et 30 ans, les dystrophies ovariennes micro kystiques étaient les plus rencontrées, chez les femmes de 30 à 40 ans, c'étaient les kystes ovariens cloisonnés ; chez les femmes de 40 à 50 ans, les myomes interstitiels et les kystes ovariens simples et chez les plus de 50 ans, le néo de l'endomètre,

du col utérin et les myomes interstitiels. Nyingone en 2015 [8] ayant classé ses résultats en trois groupes, trouve que les femmes en période pubertaire ont plus les MMT fonctionnelles [15,16], en période génitale active, les fibromes sont la principale cause et en ménopause, les myomes utérins et les néoplasies. Diarra en 2008 [10] a rencontré les fibromes et cancer du col utérin surtout chez les patientes ménopausées. Huchon et al, 2008 [3] trouvent que les myomes sont l'étiologie la plus rencontrée avant 40 ans et les polypes après 40 ans, le cancer de l'endomètre est représenté à un très faible pourcentage (0,5%) chez les patientes fertiles. Les patientes jeunes (20-40 ans) sont le plus souvent atteintes de MMT fonctionnelles. En général le cancer du col et de l'endomètre sont plus fréquents chez les femmes âgées de plus de 40 ans [4]. Par ailleurs l'on a noté un lien très significatif entre le résultat échographique et la prise de ces médicaments. Celles qui prenaient les contraceptifs avaient présenté les dystrophies ovariennes micro kystiques. Il n'y avait pas de lien significatif entre l'âge et l'indication, ni entre l'indication et le résultat échographique ni même entre l'abondance du saignement et le résultat échographique, ainsi aucun type de MMT ne saurait être spécifique d'une tranche d'âge ou d'une étiologie quelconque. Les métrorragies étaient le type de MMT plus représentées dans toutes les tranches d'âge. Ce qui semble logique, car les métrorragies étaient l'indication dominante dans l'étude. Hors mis les femmes ménopausées qui ne manifestent que les métrorragies, toutes les femmes en période génitale active peuvent présenter tout type de MMT. Le fait qu'une femme présente les ménorragies, métrorragies ou ménométrorragies ou même qu'elle saigne abondamment ou non ne détermine pas la nature de la pathologie en cause, ce constat avait déjà été fait par plusieurs auteurs [3, 7, 8,13].

CONCLUSION

Au terme de ce travail, il ressort que, Les saignements utérins anormaux constituent un motif fréquent d'échographie pelvienne, ils représentaient 23,3% des échographies pelviennes et 6% de l'ensemble des échographies dans notre série, ils prédominent chez les femmes en activité génitale. L'échographie permet dans la plupart de cas de retrouver une anomalie soit 75 % de cas. Les étiologies étaient variées et dominées dans l'ordre par les myomes utérins, les dystrophies ovariennes micro kystiques, les kystes ovariens, les polypes, l'hyperplasie de l'endomètre, les néo du col et de l'endomètre.

Il existe une liaison très significative entre l'âge et les étiologies de MMT retrouvées à l'échographie, ainsi la dystrophie ovarienne micro kystique était l'étiologie échographique la plus rencontrée chez les femmes de 20 à 30 ans, les kystes ovariens chez les femmes de 30 à 40 ans, les myomes interstitiels chez les femmes de 40 à 50 ans et les néo au-delà de 50 ans. Par contre il n'existe aucun lien entre le type de MMT et l'étiologie, l'âge et le type de MMT ainsi que entre l'étiologie et l'abondance du saignement.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt par rapport à cet article.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit.

RÉFÉRENCES

- [1] Fernandez H. Prise en charge des ménométrorragies en pré ménopause, 2008, disponible sur www.cngof.asso.fr/D_TELE/081204RPC_menometro.pd.
- [2] Sukhbir S, Carolyn B, Sheila D, Nicholas L, Wendy L. Saignements utérins anormaux chez les femmes pré ménopausées. Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada, 2013, V35 N°5, S1-S32.
- [3] Huchon C, Fritel X. épidémiologie des ménométrorragies. Journal de gynécologie d'obstétrique et biologie de la reproduction, 2008, vol 37, N° 8S1, p307_316
- [4] Engbang JPN, Koh VM, Tchente CN, Fewou A. 2015 ; Aspects histo-épidémiologiques des cancers génitaux de la femme dans la région du Littoral, Cameroun, 2015 Pan Afr Med J.2015, V 21, P116.
- [5] Bleuzen A. ce qui a changé dans l'exploration échographique en gynécologie ; groupement d'imagerie médicale. 2012, https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/996/2420/2855.
- [6] Gervaise A, Fernandez H. Troubles hémorragiques fonctionnels en péri ménopause.2004, Vingt-huitièmes journées Nationales Paris 2004, CNGOF. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Gm_037_darnaud.pdf.
- [7] CNGOF. Hémorragie génitale chez la femme.2010-2011.Disponible sur campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item243/site/.../cours.pd université médicale virtuelle francophone.
- [8] Nyngone S. profil épidémiologique et étiologique des hémorragies génitales chez la femme en activité génitale en dehors de la grossesse.[Thèse de Doctorat d'Université] ; Université SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH, 2015.
- [9] Cravello L, d'Ercole C, Blanc B. Les ménométrorragies chez les femmes en dehors de la ménopause, 1996. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1996_GO_233_cravello.pdf CNGOF .
- [10] Diarra A. Etude des métrorragies non gravidique dans le centre de santé de référence de la commune I de Bamako. [Thèse de Doctorat d'Université] Université de Bamako, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontomatologie, 2008.
- [11] Fethia B, Amel AJ, Sarah S, Anissa G, Eya G, Ezzeddine S, Dalenda C. L'apport de l'échographie dans l'exploration des métrorragies post-ménopausiques, Pan Afr Med J. 2016; 24: 175.
- [12] Darnaud T, Deleplancque K, Monnier-Barbarino P. Les troubles hémorragiques fonctionnels. Etiologies et bilan biologique. 2004, Vingt-huitièmes journées Nationales Paris 2004, CNGOF. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Gm_037_darnaud.pdf.
- [13] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Hémorragie génitale chez la femme, 2010-2011. Disponible sur <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item243/site/html/cours.pdf> . université médicale virtuelle francophone.
- [14] Bernard P. Anomalie du cycle menstruel, 2005. Disponible sur <http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/gyneco/gyneco/26/1/economprim.pdf>.
- [15] Jacot-Guillarmod M, Renteria SC. trouble du cycle à l'adolescence: une banalité? Rev Med Suisse 2010 ; 6 : 1236-41.
- [16] Cartault A, Pienkowski C. Métrorragies de l'adolescente. 2012, disponible sur http://pap-pediatrie.fr/files/cartault_0.pdf