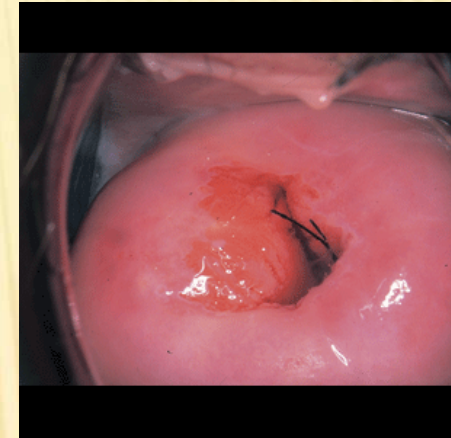


Fanny Bouchard
DES de médecine générale



RSCA : MÉTRRORRAGIES CHEZ UNE FEMME MÉNOPAUSÉE

Maître de stage : Dr M. Danvin

INTRODUCTION

- Patiente de 85 ans
- Autonome, vivant seule à domicile
- Appel du médecin traitant
- Métrorragies d'apparition brutale le 9 Juin 2009

PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

Antécédents

- Chirurgicaux : Hystérectomie en 1968 /fibrome
- Médicaux : G2P2
HTA, Hypercholestérolémie
Lympho-sarcome en rémission
complète (RT-CT en 1979)
Allergie au spasfon

PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

Traitement actuel

- Aprovel 75
- Kardégic 75
- Timoptol
- Témesta

PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

Motifs de consultation

Métrorragies d'abondance modérée apparues brutalement le 9 juin.

Examen

- Poul= 65 TA= 150/90
- Abdomen SDI, TV : col présent / ras
- Examen au spéculum : origine cervicale des saignements

Démarche diagnostique

- le saignement étant d'origine cervical, seule une Écho pelvienne pourrait nous donner le diagnostic (métrorragies chez la femme ménopausée.....cancer de l'endomètre....)
 - le frottis cervical complètera notre bilan
- ➔ Prescription de ces deux examens

Résultats des investigations

- Echo normale ?!!!!
- Frottis initial : dysplasie cervicale sévère

Entre temps : Arrêt des saignements !!!!!



Que faire ??? Chez cette patiente de 85 ans, asymptomatique présentant une lésion manifestement maligne sur un col utérin restant ?

Avis gynéco demandé

- Colpectomie et examen ana-path : **Carcinome épidermoïde** moyennement différencié sur 24 mm de hauteur et 5mm d'épaisseur pT1b1, limites d'exérèse saines
- RCP : intérêt d'une curithérapie complémentaire

Intérêt d'une curithérapie /âge de la patiente ?



Appel du radiothérapeute :

Renseignement sur les conditions de réalisation (anesthésie, isolement 24h, sonde dans le vagin...)



- Risque de traumatisme physique et psychique liés à la technique de curithérapie (âge, anesthésie et réveil, condition d'isolement)
- Intérêt : diminution des récurrences locales et générales

UN MOIS APRÈS...

- Malaise + douleur thoracique

- Aux urgences :

- BAV du 3^{ème} degré

- fqce=36

- hyperkaliémie 6.7mmol/l, ins rénale sévère (créat 10 mg/l)

- OAP

- transfert en SI

- Mise en place d'un Pace-Maker double chambre



RÉSUMÉ

- Patiente de 85 ans présentant :
 - métrorragies post-ménopausiques brutales
 - ➔ diagnostic de cancer sur col restant conduisant à une chirurgie et posant l'indication d'une curithérapie.
 - un mois après la colpectomie
 - malaise brutal avec bradychardie à 36
 - ➔ diagnostic de BAV3. La patiente bénéficie alors de la pose d'un PM.
 - Modification de la prise en charge et abandon de la curithérapie.

RECOMMANDATIONS ET CONSENSUS

- Le Carcinome épidermoïde (le + fréquent des cancers du col :85-90%) est lié à l'infection par *Human papillomavirus*(HPV)
- Le stade in situ précède d'environ 10-20 ans le cancer invasif
- Un cancer in situ évolue dans 80% des cas vers un cancer invasif en 30 ans

RECOMMANDATIONS ET CONSENSUS

➤ Circonstances de découverte

- Le + souvent : découverte fortuite sur frottis anormal
- Métrorragies provoquées ou spontanée
- Leucorrhée +/- jaunâtre (tumeur nécrotique)
- Douleurs (lombaires, fessières, lombo-sacrées)
- Troubles urinaires et rectaux dans les formes avancées (cystite, hématurie, pollakiurie, ténesme, épreinte, faux besoins)
- Anémie

RECOMMANDATIONS ET CONSENSUS

➤ Outil diagnostique essentiel

➤ FROTTIS cervico-vaginal

Dès 25 ans, 2 frottis à 1 an d'intervalle, puis, tous les 3 ans jusqu'à 65 ans (et après ???)

Condition de réalisation importantes (à + de 48h d'un rapport sexuel, à distance des règles et de toute infection c-v traitée, présence indispensable de cellules endocervicales)

➤ Diagnostic histologique par biopsie dirigée du col et examen anatomopathologique

STADIFICATION FIGO DES CANCERS DU COL

- **Stade 0** : carcinome in situ
- **Stade I** : carcinome limité au col
 - Ia1** : microscopique <3mm d'invasion et 7mm en superficie
 - Ia2** : microscopique <5mm d'invasion et 7mm en superficie
 - Ib1** : macroscopique <4cm
 - Ib2** : macroscopique >4cm
- **Stade IIa** : atteinte 2/3 sup du vagin
- **Stade IIb** : atteinte paramétriale
- **Stade IIIa** : atteinte 1/3 inf du vagin
- **Stade IIIb** : paroi pelvienne et/ou hydronéphrose
- **Stade IVa** : vessie/rectum
- **Stade IVb** : métastases

RECOMMANDATIONS ET CONSENSUS

- Bilan :
 - IRM abdominopelvienne
 - radio pulmonaire
 - +/- cystographie ou rectoscopie

- Traitement :
 - chirurgie (colpohystérectomie)
 - irradiation externe
 - curiethérapie

Curithérapie
utéro-vaginale
pré-opératoire

Stade Ib, IIA, IIB proximaux
+ facteurs de bon pronostic
(tumeur < 4 cm, No)

Chirurgie 6 sem +
tard : colpo-
hystérectomie
totale +
annexectomie +
lymphadénectomie
bilatérales

Radiothérapie
externe
pelvienne post-
opératoire

Radiochimiothérapie
Concomittante
pré-opératoire

Stade Ib, IIA, IIB proximaux
+ facteurs de mauvais
pronostic (tumeur > 4 cm, N+)

**Chirurgie, 8 sem +
tard** : colpo-
hystérectomie totale
avec annexectomie et
lymphadénectomie
bilatérale + exérèse
d'une collerette
vaginale et du
paramètre

+/-curithérapie
utéro-vaginale
de
surimpression

Radiochimiothérapie
concomittante +
curithérapie

Stade IIb + envahissement
distaux des paramètres
stade III et V

+/- chirurgie

PEC ET SPÉCIFICITÉ DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Le premier recours

- Réception de la patiente au cabinet : Patiente de 85 ans autonome, présentant des métrorragies d'apparition brutale
- Examen clinique + interrogatoire : origine cervicale des saignements.
- Hypothèses diagnostiques : cancer de l'utérus ??? (le + fréquent à cet âge), ou cancer du col ??
- Prescription d'examens complémentaires à visée étiologique (frottis, écho) et pronostique (NFS)

PEC ET SPÉCIFICITÉ DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La prise en charge globale

- Prévention des complications : arrêt du Kardégic
- Bilan réalisé en ville : frottis, écho, NFS
- Recours au gynéco pour poursuite de la prise en charge
- Lien avec la famille

PEC ET SPÉCIFICITÉ DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La coordination des soins

- Surveillance à domicile : visites et téléphone
L'arrêt des saignements est pris en compte et conduit à une remise en question de la pec.
- Appel du laboratoire de ville
- Appel du gynécologue
- Lien avec l'anesthésiste et le radiothérapeute
- Lien et avis de la famille pris en compte
- Lettre faite aux urgences

PEC ET SPÉCIFICITÉ DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La continuité des soins

Adaptation de la prise en charge en fonction de la clinique, des résultats biologiques, des avis des différents spécialistes, du souhait de la patiente et de sa famille.

PEC ET SPÉCIFICITÉ DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Le rôle d'acteur de santé publique

- Médecin généraliste = 1^{er} intervenant
- Explication de la prise en charge diagnostique, thérapeutique et du pronostic à la patiente et à sa famille. Explication de la technique de curithérapie, des avantages et des risques...
- Liens avec les autres praticiens
- Prévention par les vaccinations (intérêt du vaccin anti-Papilloma virus !)

CONCLUSION

- Médecin généraliste 1^{er} intervenant auprès du patient et responsable du suivi global en tant que médecin traitant.
- Oriente examens et consultations en fonction de son examen clinique, interrogatoire, et de ses connaissances théoriques.
- Prend les décisions adaptées à chaque patient, après évaluation de la balance bénéfices/risques, « même si cela ne colle pas toujours à la littérature ».
- Intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire.
- Est prêt à se remettre en cause à chaque étape de sa prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- EMC de médecine générale
- HAS
- *Gynécologie-Obstétrique*, COURBIERE/CARCOPINO

