

CAT devant une aménorrhée Endocrine

Pr KHELIL

MCA en Endocrinologie – Diabétologie

Faculté de médecine de Tlemcen

Objectifs du cours

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents
- Proposer une prise en charge en fonction de l'étiologie.

Plan du cours

I- Rappels

II- Démarche diagnostique

III- Démarche étiologique

IV - Principes de prise en charge

Introduction

- Les aménorrhées constituent **un des principaux motifs de consultation en médecine de la reproduction**.
- Elles sont définies par l'absence de cycle menstruel chez la fille après l'âge de 16 ans avec ou sans développement pubertaire (**aménorrhée primaire**) ou par son interruption chez une femme préalablement réglée (**aménorrhée secondaire**).
- La distinction classique entre aménorrhée primaire et secondaire est artificielle puisque **leurs étiologies se croisent**.
- Toute interruption du cycle menstruel > 1 mois, même après arrêt d'une contraception orale, est anormal et justifie une enquête étiologique.
- L'aménorrhée peut être précédée d'irrégularités menstruelles (oligo-spanioménorrhée) dont la valeur sémiologique est similaire.
- Un cycle menstruel n'implique une intégrité de l'axe hypothalamo- hypophyso-ovarien et une intégrité anatomique de l'appareil génital féminin.

Démarche diagnostique

Aménorrhée primaire

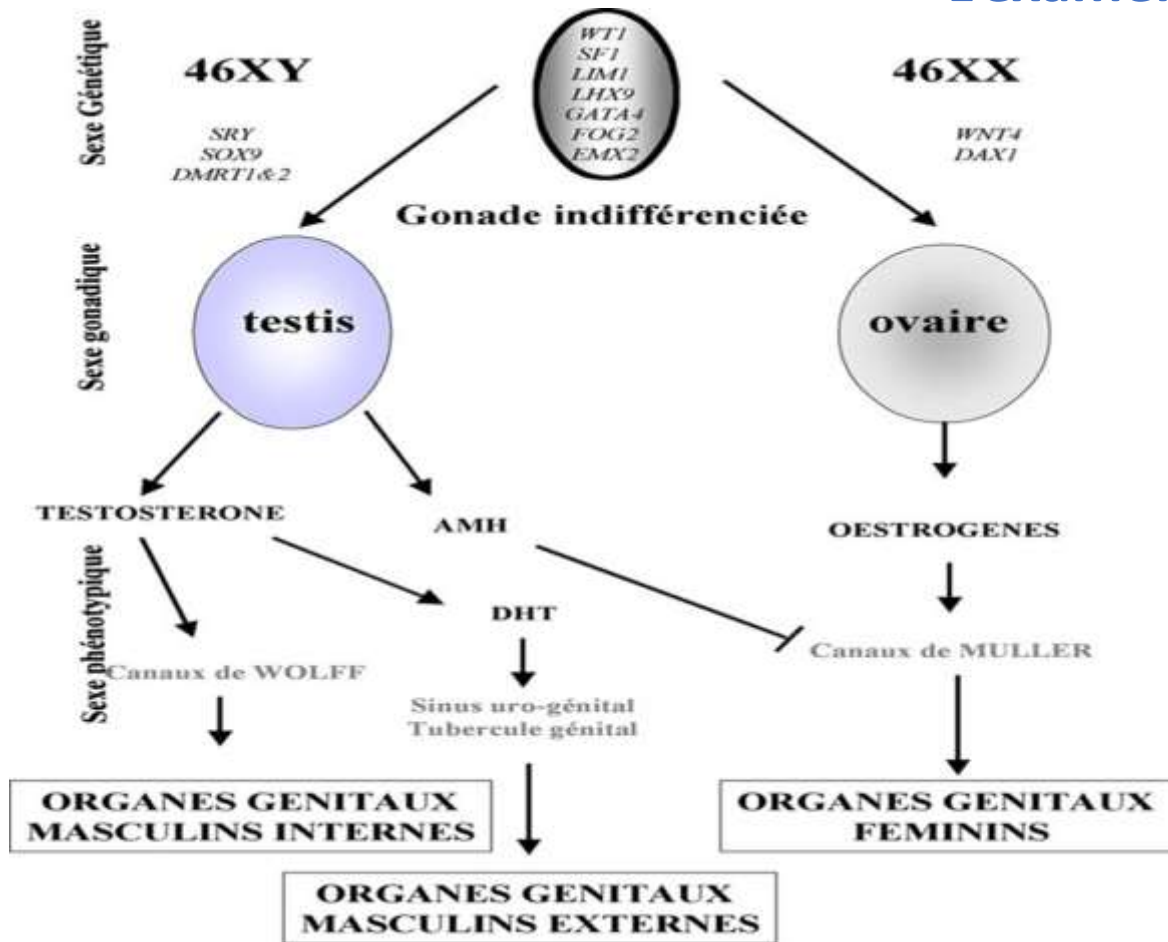
L'interrogatoire

- La probabilité d'une cause génétique est importante , il convient donc de rechercher l'existence, dans la famille, d'autres individus atteints d'hypogonadisme, de retard pubertaire ou d'aménorrhée;
- Recherche une carence nutritionnelle liée ou non à une maladie chronique.

Démarche diagnostique

Aménorrhée primaire

L'examen clinique



Démarche diagnostique

Aménorrhée secondaire

Les aménorrhées secondaires sont le plus souvent le résultat d'une pathologie acquise . Cependant, une anomalie génétique est toujours possible, surtout si l'aménorrhée a été précédée d'une anovulation chronique depuis la puberté, parfois malencontreusement masquée par un traitement oestroprogestatif administré « pour régulariser les règles ».

Interrogatoire

- Recherche une grossesse
- Une prise de médicaments (anti-dopaminergiques, corticoïdes, macroprogestatifs, radiothérapie, chimiothérapie)
- L'histoire gynécologique et obstétricale
- Recherche de bouffées de chaleur , douleurs pelviennes cycliques,

Démarche diagnostique

Aménorrhées secondaires

Examen clinique

- Poids/ taille/ BMI
- Signes d'hyperandrogénie: hirsutisme, séborrhée, acné...
- Signes d'hyperPRL: galactorrhée, syndrome tumoral crânien
- Signes de déficit oestrogénique: sècheresse vaginale avec dyspareunie, atrophie mammaire

Démarche diagnostique

Examens paracliniques de 1^{ère} intention



Bilan hormonal

- BHCG
- FSH , LH, estradiol
- Prolactine (PRL)
- Progestérone (21^{ème} jour du cycle)
- Testostérone, androstendione et 17 hydroxy progestérone.



Bilan morphologique

- Echographie pelvienne
- IRM hypothalamo-hypophysaire
- Echographie abdominale centrée sur les surrénales.

Dosage plasmatique :
hCG, PRL, FSH, LH, estradiol, testostérone

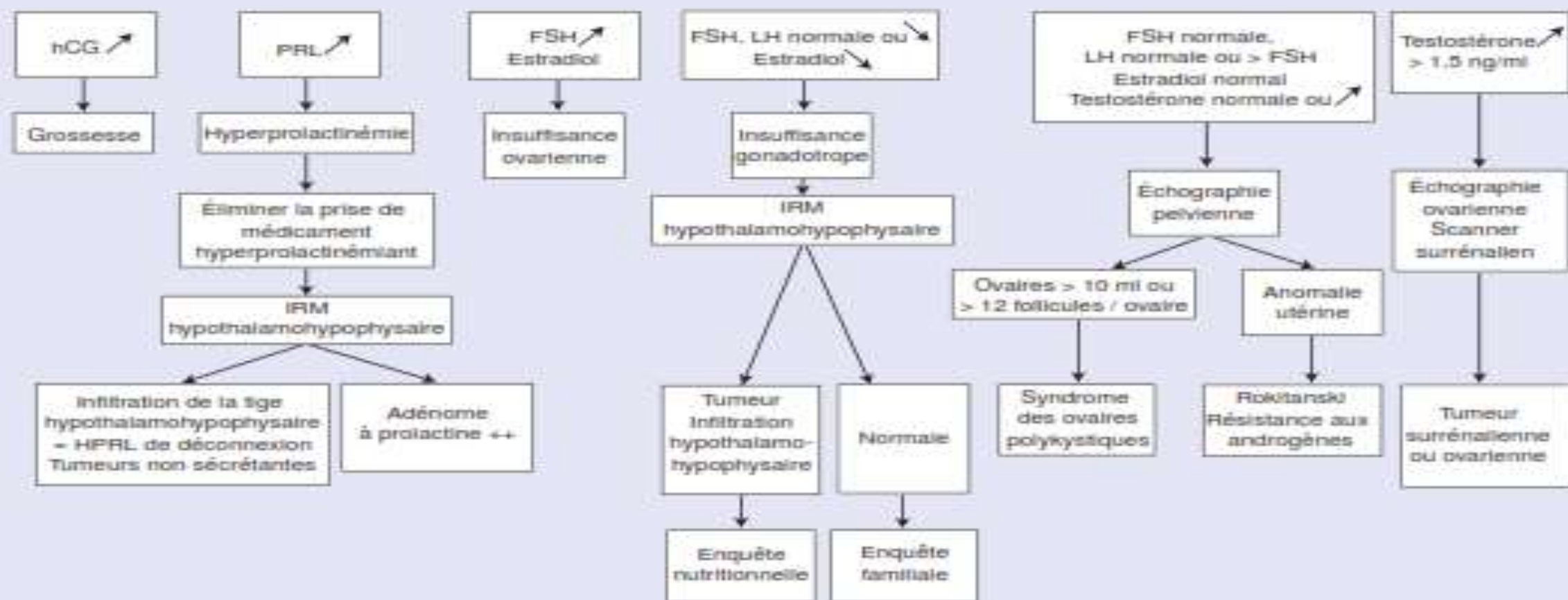


Figure 3. Arbre décisionnel. FSH : follicle stimulating hormone ; GH : growth hormone ; LH : luteinizing hormone ; PRL : prolactine ; hCG : human chorionic gonadotropin ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; HPRL : hyperprolactinémie.

Diagnostic étiologique

Aménorrhée par déficit gonadotrope (FSH, LH nl ou bas avec E2 bas)

- Aménorrhée hypothalamique/hypophysaire:

- Atteinte fonctionnelle: anorexie mentale
- Atteinte génétiques: anomalies de fact de transcription ou Sy génétique (Sy de Kallman...)
- Atteintes organiques: macroadénome hypophysaire avec hyper PRL de déconnection, tumeur hypothalamique (craniopharyngiome....)
- Syndrome de Sheehan

La CAT en fct de l'étiologie:

- Si tm : chirurgie
- En l'absence de désir de grossesse, substitution EP
- Si désir de grossesse, induction par FSH et LH ou pompe à GnRH en fct du niveau de l'atteinte

Diagnostic étiologique

Insuffisance ovarienne primitive (FSH ,LH élevées et E2 bas)

- Chirurgicale, post radio ou chimiothérapie
- Syndrome de Turner : (45 XO), associe u syndrome malformatif à une petite taille et atteintes cardiaques et rénales potentielles + susceptibilité au DS et aux dysthyroidies.
- Insuff ovarienne primitive d'origine auto-immune

CAT :

Substitution EP

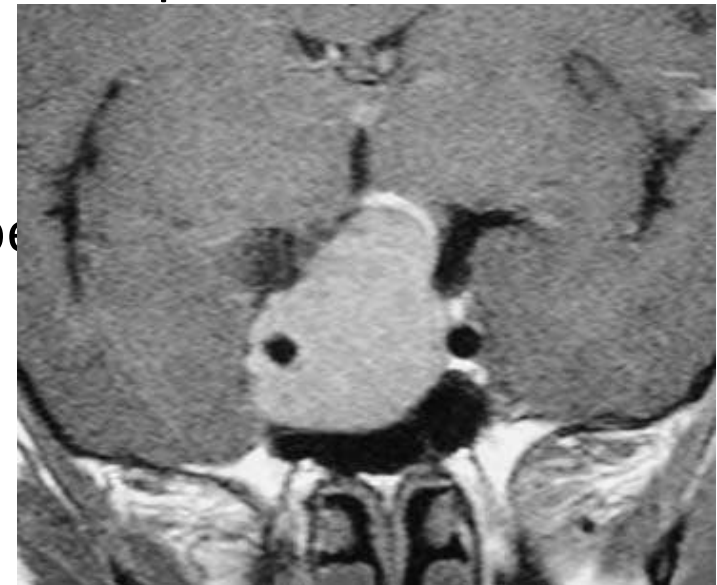
Diagnostic étiologique

Hyperprolactinémie

L'effet antigonadotrope de la prolactine s'exerce de façon prédominante, sinon exclusive, au niveau hypothalamique. Il a été clairement démontré que l'hyperprolactinémie diminue la fréquence des pulses de LH par atteinte hypothalamique:

- Micro ou macroadénome hypophysaire à PRL
- Macroadénome (autre type) avec déficit gonadotrope
- Big big prolactine (aggrégats de PRL)

CAT : prise en charge de l'Hyper PRL (voir cours)



Diagnostic étiologique

Autres endocrinopathies

- L'hypercorticisme (déficit gonadotrope induit par les GC)
- Les dysthyroïdies
- Le bloc enzymatique surrénalien (en 21 hydroxylase , le plus frq)

CAT:

Le Trt de l'endocrinopathie restaure le cycle menstruel le plus souvent.

Diagnostic étiologique

Hyperandrogénémie

- Syndrome d'ovaires polykystiques (SOPK)
- Tumeur ovarienne ou surrénalienne sécrétrice de testo

CAT:

Si cause tumoral: prise en charge chir

SOPK (voir cours hirsutisme)



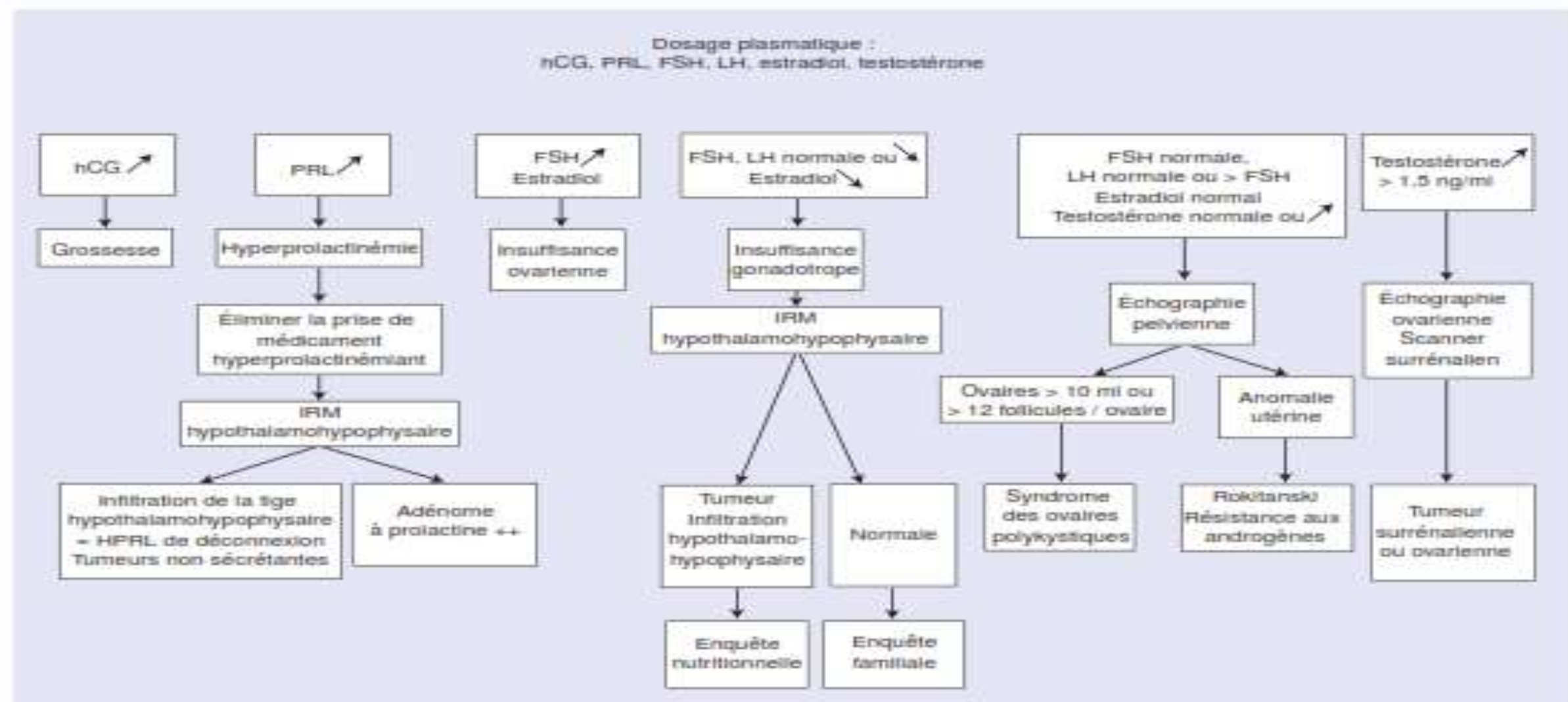


Figure 3. Arbre décisionnel. FSH : follicle stimulating hormone ; GH : growth hormone ; LH : luteinizing hormone ; PRL : prolactine ; hCG : human chorionic gonadotropin ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; HPRL : hyperprolactinémie.

Cas clinique

- Amel, jeune adolescente de 15 ans, consulte suite à un retard d'apparition des menstruations.
- Cadettes d'une fratrie de 3 sœurs qui ont eu leurs règles à l'âge de 12 ans toutes les deux, de même que la maman.
- Elle est née à 38 SA, par voie basse avec un poids de naissance à 3Kg 300.
- Aucun antécédent médical mise à part des épisodes d'otites séreuses à répétitions.
- A l'examen clinique: 38 kg, 1,42 m ;
- Pilosité pubienne P4 et discret développement mammaire bilatéral S3 (selon Tanner).
- Nombreux nævus, cou palmé avec implantation basse des cheveux.



Cette aménorrhée est :

A- Aménorrhée primaire

B- Aménorrhée secondaire

C- Aménorrhée primaire avec retard staturopondéral

D- Aménorrhée hypothalamique fonctionnelle

E- Retard pubertaire simple

Quel bilan allez vous réaliser?

A- Un dosage de FSH, LH et Estradiol

B- Un dosage de prolactinémie

C- Un dosage de la calcémie et Vit D

D- Une échographie pelvienne

E- Une IRM hypothalamo- hypophysaire

Le bilan biologique retrouve :

- FSH : 60 UI/l (N 4-12)/ LH: 25 UI/l (N 3-9);
- oestradiol : 16 pg/ml (N 40-150);
- prolactinémie : 15 ng/ml (5-30);
- testostéronémie : 0,2 ng/ml.

L'aménorrhée est due à :

- A- Une grossesse
- B- Un déficit hypophysaire
- C- Une insuffisance ovarienne
- D- Un adénome hypophysaire
- E- Le bilan est normal vu l'âge de la patiente

Quel examen faudra-t-il réaliser?

A- Une IRM hypophysaire

B- Un caryotype

C- Une échographie pelvienne

D- Un taux de BHCG

E- Une échographie cardiaque



Quel sera le bilan des complications à faire :

A- Une glycémie veineuse

B- Une ostéodensitométrie osseuse

C- Recherche d'AC de maladie coéliquaue

D- Echographie abdominale

E- Evaluation de l'audition

Comment prendre en charge cette patiente?

- A- trt substitutif à base d'oestrogènes puis progestatifs pour instaurer un cycle (trt à vie)
- B- Prendre en charge les pathologies associées
- C- Mettre sous hormone de croissance
- D- Ne rien faire , juste surveiller la patiente
- E- Mettre sous progestatifs seuls

Anomalie chromosomique rare caractérisé par l'absence totale ou partielle d'un chromosome X chez les filles, se manifestant sur le plan clinique par une petite taille, une insuffisance ovarienne prématurée, ainsi que par des atteintes cardiovasculaires, rénales, hépatiques et auto-immunes, une perte auditive et des troubles neurocognitifs.

