

Hyperandrogénie post-ménopausique : Intérêt d'un test de freinage à l'acétate de cyprotérone...

Sylvie Hiéronimus, Charlotte Rougier, Anne Chevalier, Patrick Fénichel

Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Médecine de la Reproduction, Laboratoire d'Anatomo-pathologie
Hôpital l'Archet, CHU de Nice, FRANCE

Introduction :

L' **hyperthécose ovarienne** (HTO) représente la première cause d'hyperandrogénie sévère post-ménopausique. Les taux élevés de Testostérone font initialement suspecter une cause **tumorale ovarienne ou surrénalienne**.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 70 ans ayant consulté pour hyperandrogénie avec virilisation post-ménopausique.

Antécédents

GOPO cycles réguliers
Hystérectomie sans annexectomie pour fibrome à l'âge de 45 ans (CR non disponible)
Ménopause à 50 ans

Histoire de la maladie

Développement progressif en post-ménopause d'un **hirsutisme sévère** et d'une **alopécie temporale en aggravation depuis 2 ans**
Contexte d'obésité androïde avec hypertension artérielle traitée et diabète de type 2 sous régime seul (HbA1C 6,4%)

Examen clinique

84 kg - 1.60 m - IMC 33kg/m² TOUR de TAILLE 113 cm

- **Signes de virilisation** : alopecie temporale et vertex
absence d'hypertrophie clitoridienne
- **Hirsutisme**: menton, lèvre supérieure, épaules, dos, péri-aréolaire, ligne ombilico- pubienne
- **Absence d'acanthosis nigricans ou de signes cutanés évocateurs d'un hypercorticisme**

Examens complémentaires

Bilan hormonal

Céstradiol : 36 pg/mL
FSH 102 UI/L ; LH 41 UI/L
Testostérone T: 1.5 µg/mL
SHBG 43 nmol/l Index de testo libre 11
Δ4 Androstènedione 2,3 µg/L

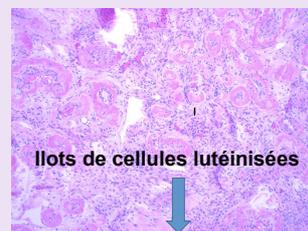
SDHA : 950 µg/L CLU 24 µg/l
17OH Progestérone : 0,84 µg/l

IRM abdomino-pelvienne

- Pas d'anomalie surrénalienne
- Absence de tumeur ovarienne

Examen anatomo-pathologique

volumineux ovaire droit
4,2 x 2,2 x 1,4 cm



Îlots de cellules lutéinisées

Diagnostic d'hyperthécose ovarienne

Test Acétate de Cyprotérone

100 mg X 2 pendant 10 jours

	J0	J10
Testo T	1,5	0,5
Δ4	2,3	1,7
LH/FSH	41/102	16/34

Prise en charge

- **Coelioscopie chirurgicale**: ovariectomie droite, absence d'ovaire gauche
- **Examen anatomo-pathologique**: volumineux ovaire droit, **prolifération de cellules stromales**, présence **d'îlots de cellules lutéinisées**

Discussion

Sous l'effet d'un freinage des gonadotrophines par l'AC, on observe une baisse significative de la testostérone, confirmant l'origine ovarienne de la sécrétion excessive d'androgène et le rôle des taux élevés de LH dans la physiopathologie de l'HTO. Ce test simple peut être utile dans l'exploration des hyperandrogénies post-ménopausiques. En l'absence de tumeur ovarienne à l'IRM, il conforte la suspicion d'Hyperthécose. En cas de contre-indication opératoire, l'AC pourrait constituer en post-ménopause une alternative au traitement par analogues du GnRH classiquement proposé.