

## Introduction

L'hypogonadisme hypogonadotrope (HH) peut être congénital ou acquis. Le tableau diffère selon que l'hypogonadisme est isolé ou entrant dans le cadre d'une insuffisance antéhypophysaire (IAH). Le but de ce travail est de décrire les caractéristiques clinico-biologiques et thérapeutiques des HH féminins.

## Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 27 patientes hospitalisées entre 2009 et 2016 au service d'endocrinologie du CHU Hassan II de Fès.

## Résultats

-L'âge moyen des patientes était de 30,8 ans (19-48ans).  
- Pour les Circonstances de découverte:  
l'hypogonadisme hypogonadotrope était révélé par une aménorrhée primaire chez 9 cas (33,3%), une aménorrhée secondaire chez 12 cas (44,4%), une maladie abortive chez 1 cas, et par un Adénome hypophysaire chez 5 cas (18,51%).  
- Concernant les caractéristiques cliniques, l'IMC était en moyenne de 24,6 Kg /m<sup>2</sup>, la Consanguinité était noté chez 1 cas, on n'avait pas noté de cas familiaux d'HH, un Syndrome tumoral hypophysaire a été rapporté chez 4 cas(14,8%) .  
-Pour le Stade pubertaire : on avait noté une régression des caractères sexuelles secondaires chez 4 cas (14,8%).  
L'HH était isolé dans 4 cas (14,8%) et entrant dans le cadre d'une IAH dans 23 cas (85,2%) .

-Pour les étiologies retrouvées dans notre série on avait noté un adénome hypophysaire chez 15 cas (55,5%), la maladie de Sheehan chez 4 cas(14,8%), un syndrome de kallman de Morsier chez 1 cas , L'arachnoidocèle chez 1 cas, la chimio- radiothérapie chez 1 cas, l'hypoplasie hypophysaire chez un 1cas , une selle turcique vide chez 1 cas et la cause était indéterminée (idiopathique) chez 3 cas (11,1%).  
-Pour le traitement : 14 patientes (51,8%) avaient bénéficié d'un traitement hormonal substitutif à base d'oestroprogestatifs s et un traitement étiologique dans les autres cas.

## Discussion

La prévalence de l'HH est de 2-5% des femmes adultes, mais semble être variable selon la population étudiée [1]. Pour l'HH congénital, la prévalence est estimé de 1/4000 à 1/10,000 chez l'homme et 2 à 5 fois moins fréquente chez les femmes [2]. Le tableau clinique diffère en fonction de l'âge d'installation de l'hypogonadisme. Les pathologies non tumorales constituent les causes les plus fréquentes de l'HH acquis chez les femmes et en particulier la maladie de Sheehan. Les causes de HH isolé congénital sont multiples, des anomalies moléculaires ne sont identifiées que pour environ 30 % des patients [3]. Le traitement substitutif s'impose à un âge jeune pour assurer le bon développement pubertaire et améliorer le pronostic de la fertilité. Pour les femmes les plus âgées, l'hormonothérapie substitutive sera discuté, c'est la substitution des autres axes qui prime sur l'axe gonadotrope.

## Conclusion

L'hypogonadisme central isolé est surtout l'apanage de la femme jeune chez qui la carence œstrogénique est toujours néfaste, ce qui n'est pas le cas des femmes plus âgées chez qui la substitution des autres axes en cas d'IAH prime sur celle de l'axe gonadotrope.

## Références

- [1]J.-M. Kuhn et al. Insuffisance antéhypophysaire. EMC-Endocrinologie 2 (2005) 148–170
- [2]C. Rose et al. hypogonadisme hypogonadotrope congénital. Annales d'endocrinologie 70(2009)/2-13
- [3]F. Castinetti et al. / Déficit hypophysaire combiné multiple : aspects cliniques et génétique/ Annales d'Endocrinologie 69 (2008)