

Aménorrhée secondaire: une cause peut en cacher une autre

F.Z. El Bouazzaoui, G. El MGHARI, N. El ANSARI
Service d'Endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques. Laboratoire PCIM, FMPM.
Université Cadi Ayad. CHU Mohamed VI. Marrakech.



INTRODUCTION:

- L'aménorrhée secondaire témoigne d'une atteinte de l'axe hypothalamo-hypophysaire ovarien ou anomalie du tractus producteurs.
- Le diagnostic étiologique est souvent complexe, mais une démarche diagnostique bien conduite avec un bilan hormonal indispensable permet une orientation étiologique précise.

OBSERVATION:

- On rapporte l'observation d'une patiente de 35 ans consultant pour une aménorrhée secondaire évoluant depuis 5ans.
- A l'anamnèse:
 - Bouffés de chaleurs associées à des douleurs cycliques depuis 5ans
 - Céphalées diffuses depuis 7ans, soulagée partiellement par prise d'antalgique, sans vomissements, avec brouillard visuel depuis 1an, sans signe d'insuffisance corticotrope ni thyroïdienne.
- A l'examen clinique:
 - IMC à 25,63kg/m².
 - Bon développement des caractères sexuels secondaires
 - Pas de syndrome dysmorphique.
- Au bilan :
 - FSH=89,20 mUI/ ; LH=60,73mUI/ml ; Œstradiol <5ng/l, sans autre anomalie au reste de l'hypophysogramme.
- A l'IRM hypophysaire:
 - Kyste de la poche de Rathke de 9,3*11,6*5mm, qui refoule la tige pituitaire en avant et la post hypophyse en arrière, avec un amincissement du parenchyme de l'antéhypophyse (Figure1 et 2).
- Au bilan de retentissement:
 - Ostéodensitométrie: ostéopénie au niveau du rachis avec un T-score à -2,0.
 - Fond d'œil normal.
 - Champs visuel normal.
 - Caryotype normale.
- Devant l'hypogonadisme hypergonadotrope le diagnostic d'insuffisance ovarienne prématurée (IOP) a été retenu.



Figure 1. KPR à l'IRM hypophysaire

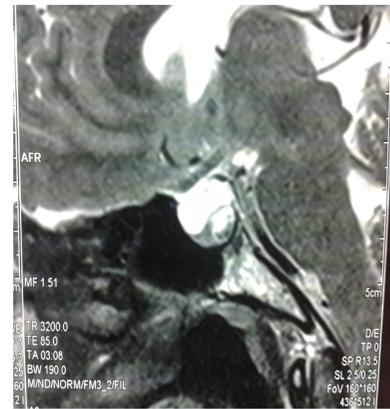


Figure 2. Figure 1. KPR à l'IRM hypophysaire après injection de gadolinium.

Discussion:

- L'insuffisance ovarienne prématurée est définie comme la présence d'une aménorrhée primaire ou l'apparition d'une aménorrhée secondaire avant l'âge de 40 ans et associée une hypo-estrogénie et une élévation des gonadotrophines.
- Chez cette patiente le tableau hormonal est celui d'une aménorrhée d'origine périphérique avec IOP, mais vu la présence à l'IRM hypophysaire d'un kyste de la poche de Rathke, on s'attendait à un déficit gonadotrope et non pas une insuffisance ovarienne.
- Mais l'association de deux atteintes est exceptionnel, d'où l'intérêt du bilan hormonal qui permet de trancher sur l'atteinte à l'origine de la symptomatologie.
- Le défi chez cette patiente a été discuté lors d'un staff multidisciplinaire avec les neurochirurgiens pour une prise en charge des deux atteintes, avec décision de traiter l'atteinte périphérique par traitement substitutif et induction d'ovulation, avec surveillance de l'atteinte centrale vu l'absence de retentissement.

CONCLUSION:

- Cet observation illustre le défi de diagnostic étiologique devant l'association aléatoire de deux atteintes à différents niveaux de l'axe hypothalamo hypophysaire ovarien, devant laquelle il est indispensable d'argumenter la prise en charge adéquate qui cible l'étiologie à l'origine de la symptomatologie et respectée d'autre atteinte de découverte fortuite après bien sûr éliminer tout éventuel retentissement.

Conflits d'intérêt : aucun