

P639 : Profils endocriniens des différents phénotypes du syndrome des ovaires polykystiques

R. Makhoul^a (Dr), K. Chaabouni^a (Pr), M. Walha^a (Dr), M. Naifar^a (Dr), F. Hajkacem^b (Dr), F. Abida^c (Dr), M. Abid^b (Pr), F. Ayedi^a (Pr)

^a Laboratoire de Biochimie, CHU Habib Bourguiba Sfax et Unité de Recherche Bases Moléculaires de la Pathologie Humaine, Faculté de Médecine, Sfax, TUNISIE ;

^b Service d'Endocrinologie Diabétologie, Centre Hospitalo-Universitaire H. Chaker, Sfax, TUNISIE ;

^c Laboratoire de Biochimie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, TUNISIE

Introduction

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est une endocrinopathie fréquente caractérisée par une grande hétérogénéité. Son diagnostic se fait selon l'association d'au moins de 2 des 3 critères de Rotterdam (1) : Hyperandrogénie (H), Oligoanovulation/ Oligoménorrhée (O) et/ou présence des ovaires polykystiques à l'échographie pelvienne (P). En utilisant ces critères, 4 phénotypes peuvent être définis.

Notre objectif était d'évaluer la prévalence de ces différents phénotypes et de déterminer leurs profils endocriniens.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant des femmes ayant consulté au service d'endocrinologie entre 2012 et 2017. Les critères d'inclusion étaient un âge entre 18 et 40 ans avec présence de SOPK selon Rotterdam 2003. Des données cliniques, hormonales et échographiques ont été collectées. Les participantes ont été classées selon les 4 phénotypes suivants : **A** = H+O+P, **B** = H+O, **C** = H+P, **D** = O+P.

Résultats

Trente femmes ont été incluses dans cette étude. Le phénotype le plus commun était B (54%) puis A (30%), C (13%) et D (3,2%) (Figure 1). Les profils hormonaux des différents phénotypes sont détaillés dans le tableau 1.

Les taux les plus élevés de testostérone étaient observés chez les phénotypes A et B. Les phénotypes B et C avaient des taux de Delta 4 les plus élevés. La fréquence de l'inversion du rapport LH/FSH était plus élevée en présence du phénotype A (77,8%) suivi par C (75%) et B (57,1%). Par ailleurs, Les taux de FSH et d'œstradiol étaient comparables dans tous les phénotypes.

Tableau 1 : Les profils hormonaux des différents phénotypes de SOPK

	A	B	C	D	Valeurs usuelles
T (ng/ml)	0,54 ±0,28	0,47±0,59	0,22±0,06	0,21	0.06 – 0.82
DELTA 4 (ng/ml)	2,88±1,52	4,02±4,35	4,03 (n=1)	-	0.75 – 3.89
SDHEA (µg/ml)	2,73±1,04	2,49±1,88	3,42±2,58	-	0.4- 2.17
17OH(ng/ml)	1,29±0,59	1,05±0,67	1,1±0,26	0,94	0.1 – 0.8
E2 (pg/ml)	44,97±24,15	34,54±21,06	35,67±29,57	34,6	12.5 – 166
FSH (mIU/mL)	4,98±1,78	5,51±2,25	5,02±0,92	7,4	3.5-12.5
LH (mIU/mL)	7,01±3,1	9,62±8,45	6,9±3,5	14,6	2.4- 12.6
LH/FSH	1,44±0,51	1,64±1,38	1,41±0,81	1,97	< 1
PRL (ng/ml)	30,88±43,02	20,78±11,26	16,5±7,72	16	6 - 29.9

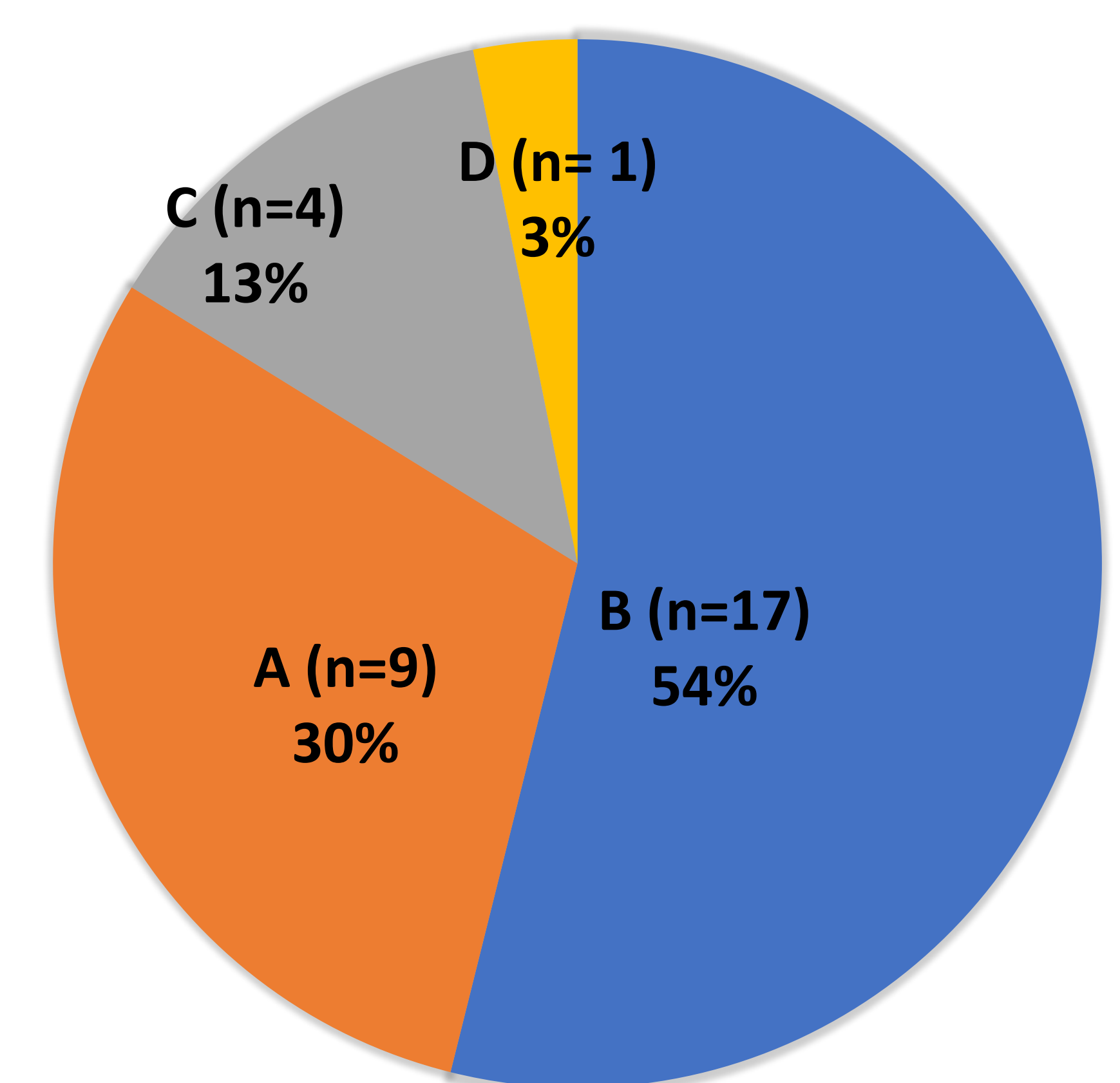


Figure 1 : La prévalence des différents phénotypes de SOPK

testostérone totale (T), prolactine (PRL), œstradiol (E2), Delta 4 androstenedione (Delta 4), Dehydroépiandrosterone sulfate (SDHEA) and 17-hydroxyprogesterone (17-OP)

Discussion

La distribution du SOPK selon le phénotype dépend de la race, de l'ethnie et des facteurs génétiques et géographiques (2). Cette distribution serait aussi variable selon l'origine du recrutement. Les perturbations du profil endocrinien ont concerné les phénotypes les plus fréquents dans notre population d'étude. Des perturbations métaboliques ont été aussi rapportées dans la littérature, avec des prévalences variables selon le phénotype. Une analyse du profil métabolique et du risque cardiovasculaire des différents phénotypes observés dans notre étude en comparaison à des témoins âge et sexe appariés serait d'un grand apport (3). Une augmentation de la taille de l'échantillon avec un recrutement élargi aux consultations de gynécologie et dermatologie serait aussi prévue.

Bibliographie

- 1- Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. Fertil Steril 2004;81:(1)19-25.
- 2- Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) - EM|consulte [Internet]. [cité 14 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/13295009>
- 3-al SR et. Risk of metabolic complications in the new PCOS phenotypes based on the Rotterdam criteria.