

P640 : Hyperandrogénie postménopausique: à propos de 5 cas et revue de la littérature

R. Makhoulouf^a (Dr), M. Naifar^a (Dr), F. Hadjkacem^b (Dr), A. Hmidet^a (Dr), M. Abid^b (Pr), K. Chaabouni^a (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

Introduction

L'hyperandrogénie après la ménopause est peu documentée (1). A la ménopause apparaissent souvent des signes d'hyperandrogénie modérée et isolée cliniquement en rapport avec les modifications de la balance androgènes/oestrogènes. Leurs présentations cliniques et leurs étiologies sont très polymorphes variant des hirsutismes idiopathiques à des tumeurs malignes ovariennes ou surrénaliennes. Le diagnostic différentiel principal de l'excès d'androgène chez les femmes ménopausées est soit des causes tumorales, à savoir des tumeurs ovariennes ou surrénales sécrétant des androgènes, soit des causes non tumorales, à savoir le syndrome des ovaires polykystiques, l'hyperthécose, le syndrome de Cushing, l'hyperplasie congénitale des surrénales et l'hirsutisme médicamenteux (2). Le premier élément de l'enquête étiologique repose principalement sur le dosage de la testostéronémie(1).

Notre objectif était de décrire les caractéristiques hormonales chez des femmes ménopausées suivies pour hirsutisme.

Patients et méthodes

On a colligé des patientes ménopausées qui étaient suivies au service d'endocrinologie pour hirsutisme et qui ont eu une exploration hormonale comportant la testostéronémie (T), la Delta-4 androstènedione (A), la sulfate déhydroépiandrostérone (DHEAS), la 17 hydroxyprogestérone (17OHP), les gonadotrophines (FSH, LH) et le cortisol après freinage minute (FM).

Résultats

Cinq patientes ont été incluses dans cette étude. L'âge moyen était de 65.2±7.19 ans. Toutes les patientes avaient un IMC >30 kg/m². Toutes les patientes avaient un hirsutisme. Les résultats de l'exploration hormonale des patientes sont présentés dans le tableau 1. Les étiologies étaient: trois cas de tumeurs surrénaliennes, un cas d'hirsutisme médicamenteux et un cas d'hyperthécose.

Tableau 1: Les caractéristiques hormonales des patientes avec une hyperandrogénie post ménopausique

	Résultats	valeurs usuelles
T (ng/ml)	1.17± 0.89	0.06 – 0.82
17 OHP (ng/ml)	0.86±0.72	0.13 - 3.10
A (ng/ml)	3.7 ±1.25	0.35 – 2.49
DHEAS (µg/ml)	1.70 ± 1.24	0.4- 2.17
E2(pg/ml)	42.43 ± 20.5	12.5 – 166
FSH (mIU/mL)	41.5±7.63	3.5-12.5
LH (mIU/mL)	20.8±20	2.4- 12.6
FM(ng/ml)	6.5 ± 0.6	< 18

Testostéronémie (T), la Delta-4 androstènedione(A), la sulfate déhydroépiandrostérone(DHEAS), la 17 hydroxyprogestérone(17OHP), le cortisol après freinage minute(FM), oestradiol (E2)

Discussion

Après la ménopause, la prise en charge de l'hyperandrogénie est souvent assez difficile. Les valeurs seuils décisionnels des androgènes ne sont pas encore bien établies, en particulier celle de la testostérone et il existe une grande variation dans les seuils de testostérone utilisés entre les différentes études principalement en raison de la rareté relative des données chez les femmes ménopausées (3). Cependant, une testostéronémie >1 ng/ml incite à démarrer une enquête étiologique à la recherche de cause tumorale notamment (1-4). Dans notre série, la testostéronémie était élevée chez les 3 cas de tumeurs surrénaliennes et chez la femme avec hyperthécose.

D'autres dosages comme la Delta-4 androstènedione, la DHEAS androgène faible d'origine surrénalienne, les gonadotrophines, habituellement freinées dans les tumeurs peuvent être d'une certaine aide diagnostique. Le test de freinage minute sur le cortisol peu onéreux et facile à réaliser en ambulatoire doit être systématiquement effectué en particulier en cas de syndrome métabolique associé.

Bibliographie

1- Pichard C, Gombel A. Hyperandrogénies post- ménopausiques. :18.

2-Rothman MS & Wierman ME How should postmenopausal androgen excess be evaluated? Clinical Endocrinology 2011 75 160–164.

3- Sarfati J, Bachelot A, Coussieu C, Meduri G, Touraine P & Study Group Hyperandrogenism in Postmenopausal Women impact of clinical, hormonal, radiological, and immunohistochemical studies on the diagnosis of postmenopausal hyperandrogenism. European Journal of Endocrinology 2011 165 779–788.3- D'Alva CB, Abiven-Lepage G, Viallon V, Groussin L, Dugue MA, Bertagna X, Bertherat J. Sex steroids in androgen-secretingadrenocortical tumors: clinical and hormonal features in comparison with non-tumoral causes of androgen excess. Eur J Endocrinol 2008 Nov;159(5):641-7