

HYPERSTIMULATION OVARIENNE SPONTANÉE SUR UN ADÉNOME HYPOPHYSAIRE



CHU REIMS

Mlle P. LUGASSY^a, Dr A. KATTINI^b, Dr B. DECOUDIER^a, Dr A. FEVRE^a, Pr C. HOEFFEL^c, Pr D. MAROT^d,
Pr B. DELEMER^a

^a CHU Robert Debré, service endocrinologie, REIMS ; ^b Centre Hospitalier Régional de Troyes, service gynécologie-obstétrique, TROYES ; ^c CHU Robert Debré, service de radiologie, REIMS ; ^d CHU Robert Debré, laboratoire de biochimie médicale, REIMS

Cas clinique :

Patiente de 22 ans hospitalisée pour douleurs abdominales intenses, associées à des vomissements et des **méno-métrorragies**.

Echographie : aspect typique d'**hyperstimulation ovarienne** chez cette patiente ne prenant aucun traitement et chez qui la grossesse avait été exclue.

IRM pelvienne : (image 1) ovaires macropolykystiques mesurés respectivement à 13.7 x 11 cm (**680 cc**) à droite et 12.5 x 8.5 cm (**500 cc**) à gauche.

Bilan biologique : estradiol extrêmement élevé à **2924 pg/mL**, avec une LH freinée (**0.3 UI/L**) et une FSH limite supérieure (**10.8 UI/L**).

Devant l'absence d'inhibition de la FSH par l'estradiol, nous avons réalisé une **IRM hypophysaire** (image 2) : adénome de 10 mm, vraisemblable **adénome gonadotrope**.



Image 1 : IRM pelvienne, T2 coupe sagittale

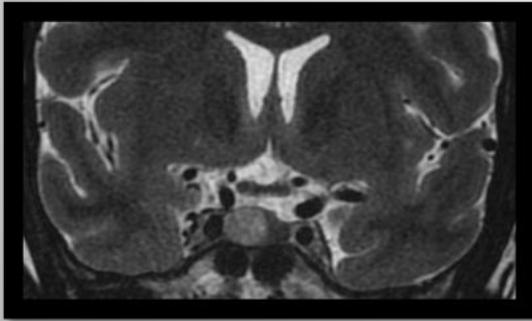


Image 2 : IRM hypophysaire, T2, montrant un adénome de 10 mm

Prise en charge thérapeutique : Traitement par **cabergoline** à dose maximum de 0.5 mg par jour.

Evolution : Normalisation des taux d'estradiol, LH et FSH en quelques jours (respectivement : 92 pg/mL pour l'estradiol, 5.2 UI/L pour la LH et 5.1 UI/L pour la FSH). Réduction des volumes ovariens de 680 à 140 cc à droite et de 500 à 125 cc à gauche, en trois semaines de traitement (image 3).

Discussion / Conclusion :

La cabergoline peut avoir 2 types d'action : s'opposer à l'effet du **VEGF** (principal facteur impliqué dans l'hyperstimulation ovarienne) en inhibant la phosphorylation de VEGFR2 et/ou diminuer la sécrétion de FSH par l'adénome gonadotrope.

Nous montrons donc une hyperstimulation ovarienne exceptionnelle et l'efficacité de la cabergoline dans cette situation rarissime (seulement 8 cas décrits dans la littérature).



Image 3 : IRM pelvienne, T2 coupe coronale en cours de traitement

| | 13 JANV | 23 JANV | 4 FEV | 21 FEV |
|----------------------|---------|---------|-------|--------|
| FSH (mUI/mL) | 10,8 | 2,2 | 5,1 | 3,4 |
| LH (mUI/mL) | 0,3 | < 0,1 | 5,2 | 4,4 |
| ESTRADIOL (pg/mL) | 2924 | 92 | 219 | 119 |

↑
cabergoline

Figure 1 : Suivi hormonal avant et après traitement