

Retentissement osseux au cours des aménorrhées primaires

W.Grira, F.Chaker, C.Danguir, M chihaoui, M yazidi, H Slimane
Service endocrinologie la Rabta. Tunis-Tunisie

Introduction

La carence oestrogénique observée au cours des aménorrhées primaires (AP) est associée à une augmentation de la résorption osseuse dont la gravité dépend de l'intensité et de la durée d'évolution de l'hypogonadisme.

L'objectif de notre étude était d'évaluer le retentissement osseux au cours des AP.

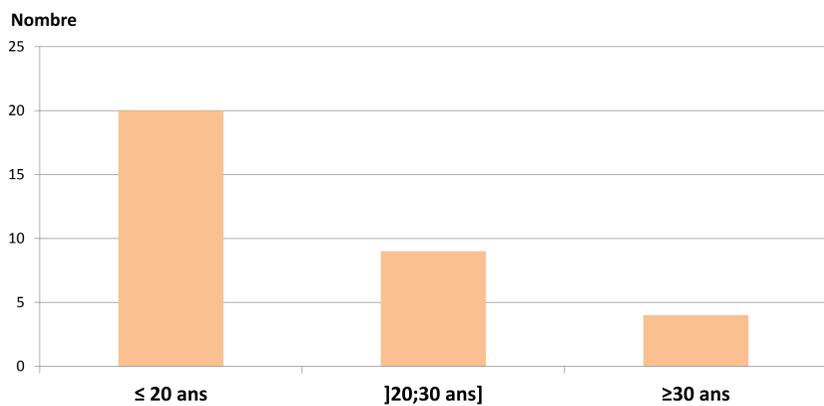
Patients et méthodes

- Étude rétrospective sur 10 ans (entre 2004 et 2014).
- Nous avons inclus 33 patientes qui ont consulté pour aménorrhée primaire (AP). Deux cas de syndrome de Rokitanski ont été exclus.
- Nous avons relevé chez ces patientes les caractéristiques générales, l'étiologie de l'aménorrhée, les antécédents de fractures osseuses et le profil ostéodensitométrique.

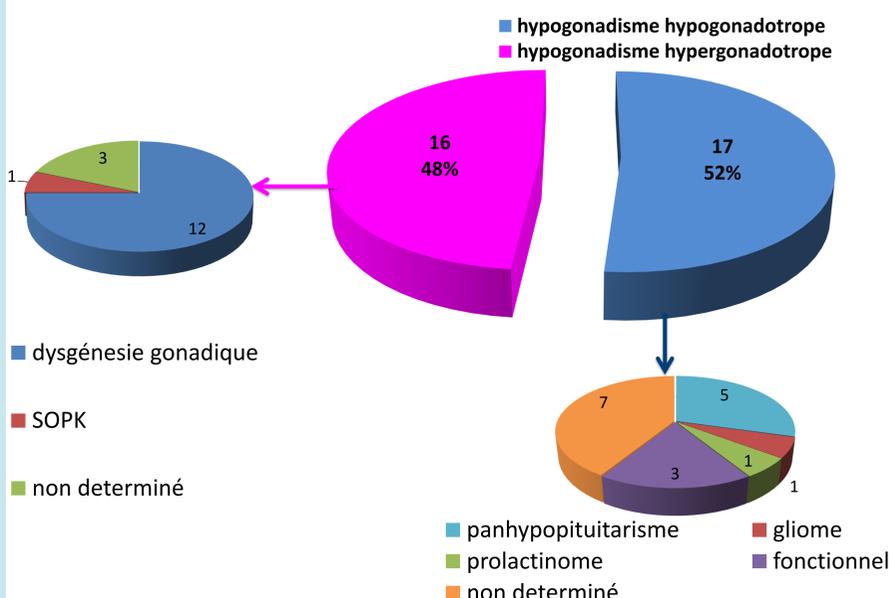
Résultats

Répartition selon l'âge:

- L'âge moyen : 22,97 ans (13-60).
- Retard diagnostique moyen de 6,9 ans.
- 60% des patientes âgées de moins de 20 ans.



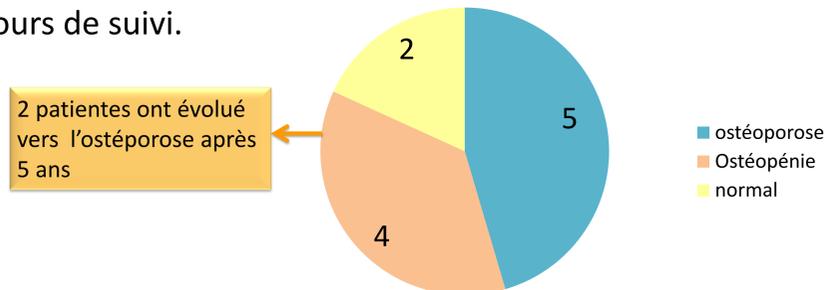
Répartition selon l'étiologie:



Retentissement osseux au cours des AP:

Antécédents de fracture: Un seul cas de fracture du coude a été noté dans les antécédents de la patiente la plus âgée (60ans).

Profil ostéodensitométrique: 11 patientes (33%) ont bénéficié d'une ostéodensitométrie initialement et/ou au cours de suivi.



Traitement et suivi:

- Le suivi moyen était de 3,8 ans ± 3,7 (0-16).
- Aucun cas de fracture n'a été noté au cours de suivi.
- 52% des patientes ont bénéficiés d'un traitement oestrogénostatif substitutif
- Une seule patiente ostéoporotique a reçu un traitement par bisphosphonate.

Discussion

- La carence ostrogénique provoque une activation des ostéoclastes, qui augmentent la résorption osseuse. La gravité de l'atteinte osseuse dépend de l'intensité et de la durée de l'hypogonadisme.
- Au cours des AP, l'hypogonadisme survient précocement, au cours de la période pubertaire, période d'acquisition du capital osseux, d'où la nécessité d'un traitement oestrogénostatif bien conduit. Deux de nos patientes, initialement en ostéopénie, ont évolué vers l'ostéoporose sous traitement oestrogénostatif.
- Les indications de l'ostéodensitométrie dépendent de l'étiologie de l'aménorrhée: en cas de syndrome de Turner une ostéodensitométrie ajustée à la taille est recommandée lors de la première consultation adulte, puis tous les 5 ans en l'absence d'anomalies.
- La prévention de l'ostéoporose repose sur l'oestrogénothérapie. La supplémentation calcique et en vitamine D est nécessaire en cas d'apports insuffisants. La pratique d'une activité physique est également souhaitable.

BMJ VOLUME 301 6 OCTOBER 1990

Conclusion

Les causes d'ostéoporose chez la femme jeune sont dominées par l'hypogonadisme. La prise en charge des aménorrhées primaires secondaires à un hypogonadisme doit englober la recherche et le traitement des complications osseuses.