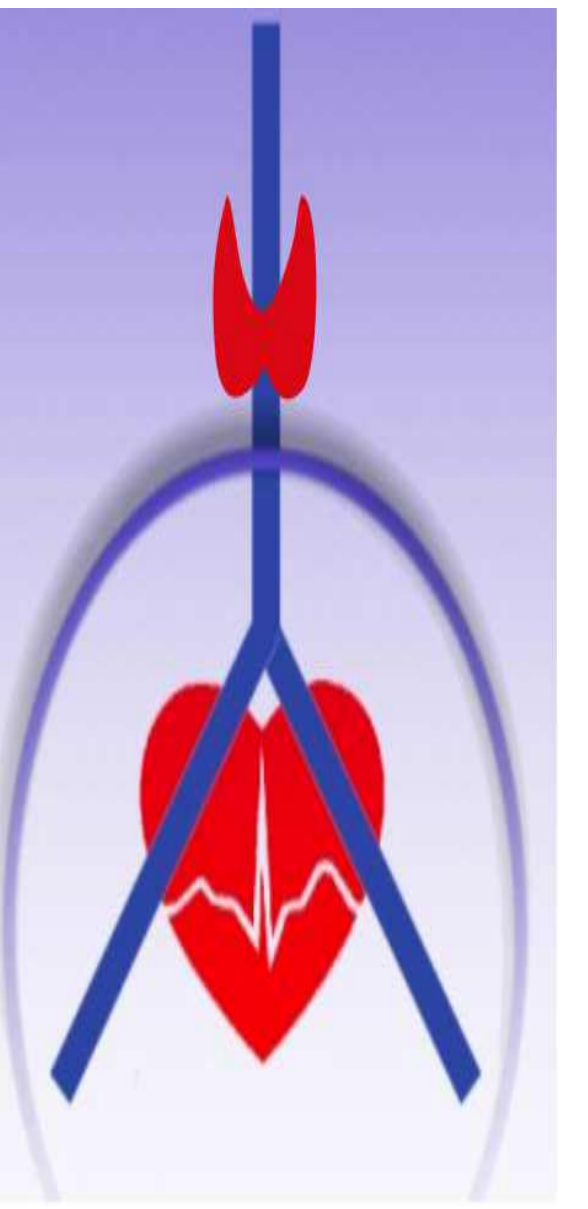




L'hirsutisme chez la femme obèse

N. Belhamri, G. EL Mghari, N. EL Ansari

**Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies métaboliques et Nutrition
Laboratoire PCIM
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad. Marrakech**



Introduction:

L'hirsutisme est un motif fréquent de consultation dans notre formation .
C'est un dérèglement fonctionnel ovarien et/ou surrénalien
Qui peut résulter d'une affection organique préoccupante telle une tumeur androgénosécrétante.
Le mode d'installation et d'apparition des signes cliniques de l'hyperandrogénie est capital:
apparu en période pubertaire, d'évolution lente, il est évocateur d'une cause fonctionnelle.

Objectif de l'étude:

- Le but de notre étude est de :
- 1) Etudier les caractéristiques épidémiologiques, biologiques et étiologiques de l'hirsutisme chez les obèses (IMC > 45 kg/m²).
 - 2) Nous aider à élaborer des stratégies thérapeutiques efficaces et appropriées des patientes obèses avec hyperandrogénie.

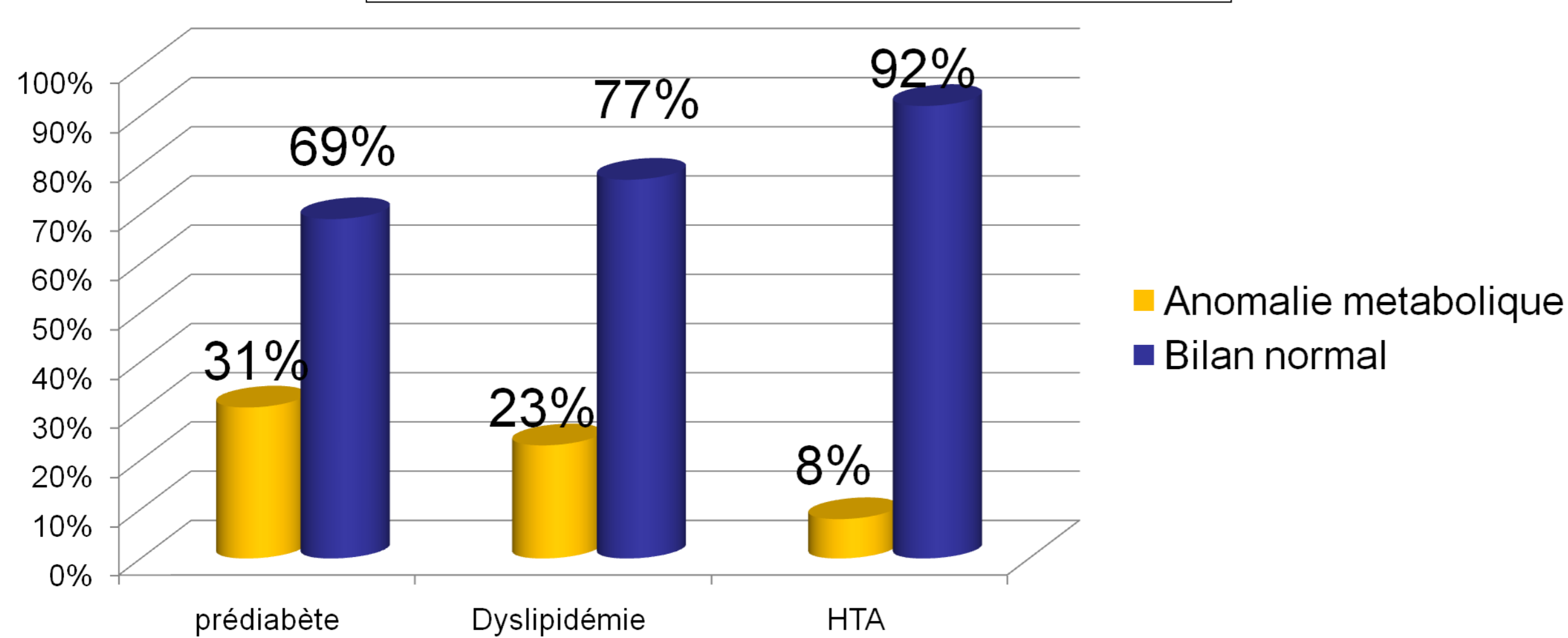
Patients et Méthodes:

- Type d'étude : Il s'agit d'une étude descriptive prospective.
- Durée de l'étude : 6 mois : du début du mois de Aout 2015 au mois de janvier 2016.
- Population de l'étude : Patientes admises en unité d'obésité au service d'endocrinologie, diabétologie, maladie métabolique et nutrition du CHU Mohamed VI de Marrakech.
- *Critères d'inclusion :
Toute patiente obèse (IMC > 45 kg/m²) présentant un hirsutisme modéré ou sévère selon la classification de Ferriman et Gallwey, hospitalisée en unité d'obésité.
- *Critères d'exclusion :
-Patientes traitées par les hormones thyroïdiennes ou de médicaments à effet œstrogène (anticonvulsifs de type Dépakine®).

Résultats:

- Taille de l'échantillon : n=26.
- L'âge: La moyenne d'âge de nos patientes était de 24 ± 11 ans, avec des extrêmes de 13 à 35 ans.
- 35% ont une obésité qui évolue depuis l'enfance, 75% l'obésité évolue depuis l'adolescence.
- Toutes les patientes ont un IMC > 45 kg/m² dont 13% ont un IMC > 52 kg/m².
- Tour de taille étaient pathologiques chez toutes les patientes avec une moyenne 125 ± 21 cm
- 7.6% étaient hypertendues.
- Toutes les avaient un bilan thyroïdien correcte.

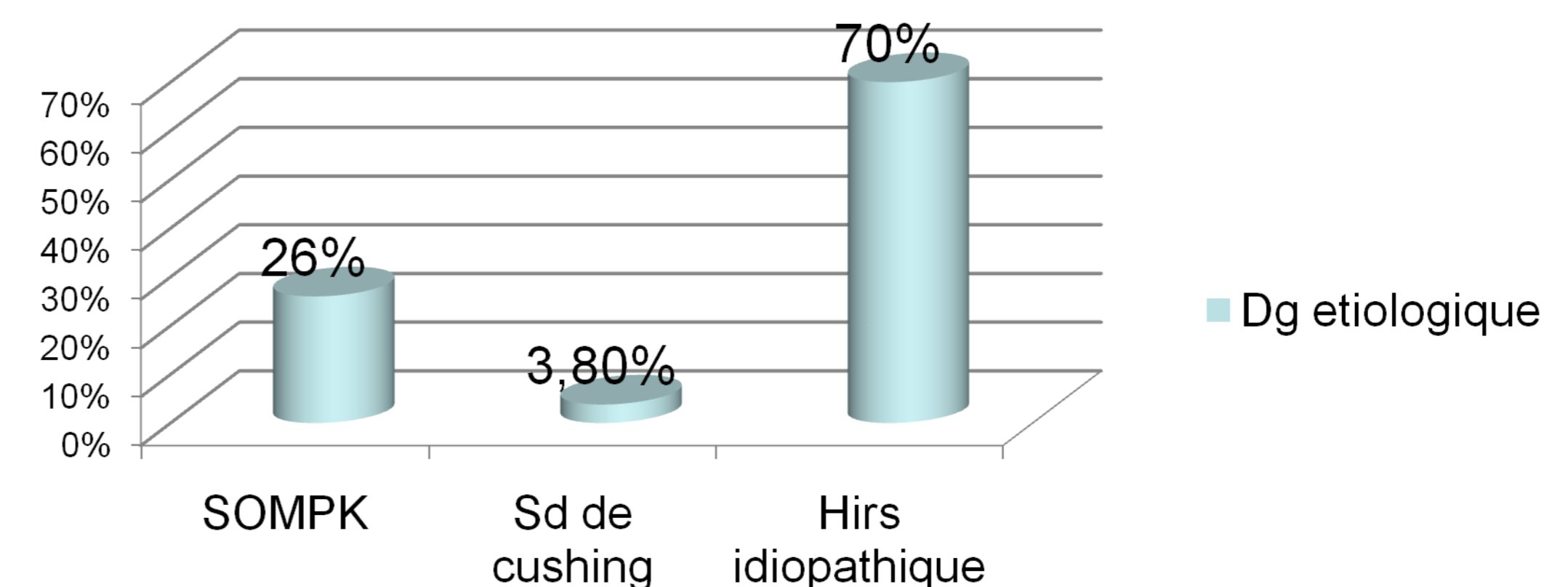
Figure 1: Les anomalies métaboliques



- Critères retenus: Tour de taille > 88 cm.
- Triglycérides ≥ 150 mg/dl et/ou HDL-C < 50 mg/dl
- Pression artérielle systolique ≥ 130 et/ou diastolique ≥ 85 mmHg
- Intolérance aux hydrates de carbone 1,10 g/l < glycémie à jeun < 1,26 g/l et/ou 1,40 g/l < glycémie 2 h après HGPO < 1,99 g/l

Résultats: Facteurs liés à l'hyperandrogénie

- Les manifestations cliniques de l'hyperandrogénie associées à divers degrés d'hirsutisme, les troubles du cycle menstruel avec la prise de poids qui ont évolué pour certaines en l'absence de prise en charge précoce, vers un trouble de l'ovulation et une hypofertilité associée à un syndrome d'insulinorésistance avec dyslipidémie, hypertension artérielle et intolérance au hydrate de carbone.
- Un hypophysogramme a été réalisé chez toutes les patientes qui présentent un hirsutisme avec trouble de l'ovulation afin d'éliminer une anovulation hypothalamo-hypophysaire.
- Toutes les patientes avaient une testostéronémie totale inférieure à 1,5 ng/mL (ou dans les limites de la norme du laboratoire).
- La prolactinémie était sans anomalie chez toutes les patientes.
- Le diagnostic d'hyperplasie congénitale des surrénales a été écarté par le dosage de la 17-hydroxyprogestérone, une valeur < 2 ng/mL en début de phase folliculaire élimine le diagnostic.



Commentaire des résultats:

- L'hirsutisme et les troubles des règles sont fréquemment retrouvés chez les patientes obèses (IMC > 45 kg/m²), le profil hormonal de chacune diffère, en effet l'hyperandrogénie chez les obèses est due essentiellement à une diminution de la SHBG.
- Une origine tumorale est à suspecter devant tout hirsutisme d'apparition récente, rapidement progressive, avec des signes de virilisation.
- Dans la littérature:**
Après avoir éliminé une étiologie organique, l'hirsutisme idiopathique chez l'obèse est due essentiellement à une diminution de la SHBG.

Dans notre série:

- Le syndrome des ovaires polymicrokystiques est la cause la plus fréquente des hyperandrogénies féminines (26 % des cas) mais doit rester un diagnostic d'élimination.
- Le dosage plasmatique de la testostéronémie totale et de la 17-hydroxy-progesterone ainsi que l'échographie pelvienne sont les examens de première intention devant toute hyperandrogénie clinique.
- Le citrate de clomiphène (CC) demeure le traitement de première intention pour l'induction de l'ovulation. Si l'IMC est supérieur à 30, il doit être précédé d'une amélioration de l'état métabolique par des mesures hygiéno-diététiques.

Conclusion:

- L'hyperandrogénie chez les obèses est une cause fréquente de consultation en endocrinologie.
- Son diagnostic est simple, basé sur la clinique d'un hirsutisme, d'une acné ou d'une virilisation et sur des dosages d'androgènes plasmatiques élevés.
- Les causes de l'hyperandrogénie sont principalement surrénaliennes et ovariennes. Le SOPMK reste la plus fréquente suivi par les déficits enzymatiques surrénaliens, mais ne doit être qu'un diagnostic d'élimination.
- Les hyperandrogénies d'origine tumorales, bien que rares, doivent toujours être recherchées.
- Le traitement associé, en plus du traitement étiologique, des règles hygiéno-diététiques en cas d'obésité, des mesures esthétiques et un traitement anti-androgénique.