

Le syndrome métabolique et la dystrophie ovarienne

M.Ammar^a, N.Charfi^a, S.Msaad^b, J.Jdidi^c, M.Mnif^a, M.Abid^a

^a Service d'endocrinologie et diabétologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

^b Service de pneumologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

^c Service de médecine préventive, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

Introduction:

Le syndrome métabolique (SM) avec ses différents paramètres est commun au syndrome des ovaires polykystiques ou dystrophie ovarienne polykystique (SOPK). En effet, la prévalence du SM dans le SOPK est 3,4 à 6,6 fois plus élevée que dans la population témoin.

L'objectif de notre étude est d'étudier les caractéristiques de 30 femmes ayant un SOPK et de déterminer la prévalence du SM dans cette population.

Matériels et méthodes:

Etude portant sur 30 patientes, en période d'activité génitale, ayant un SOPK diagnostiqué selon les critères de Rotterdam 2003. Toutes ont bénéficié d'un examen clinique et d'un bilan biologique recherchant le SM. Dans notre étude, on a défini le SM selon les critères du NCEP ATP III (2001).

Résultats:

1. Caractéristiques des patientes SOPK:

- **Age moyen:** 28,3 ans (extrêmes: 18-45 ans)
- **Statut matrimonial:** 40% des patientes étaient mariées
- **Oligo-anovulation et/ou anovulation:**
 - Parmi les femmes mariées, 66,7% avaient un problème d'infertilité, qui était primaire dans la majorité des cas
 - Les troubles du cycle menstruel étaient notés dans 86,66% des cas, dominés par les spanioménorrhées
- **Hyperandrogénie clinique :**
 - L'hirsutisme était noté dans 66,7% des cas
 - La médiane du score de Ferriman et Gallway était de 11,5 avec des extrêmes de 8 à 23
 - L'hirsutisme était léger chez 15 patientes et modéré chez 5 patientes
- **Manifestations cutanées :**
 - Dix-huit patientes atteintes d'un SOPK (60%) avaient un acanthosis nigricans, témoin d'une insulino-résistance sévère
- **Hyperandrogénie biologique :**
 - La testostéronémie totale était en moyenne de $0,68 \pm 0,37$ ng/ml (extrêmes : 0,17- 1,49)
 - Une hyperandrogénie biologique (testostéronémie totale > 0,6 ng/ml) était présente chez 13 patientes (56,5%) (Figure 1)

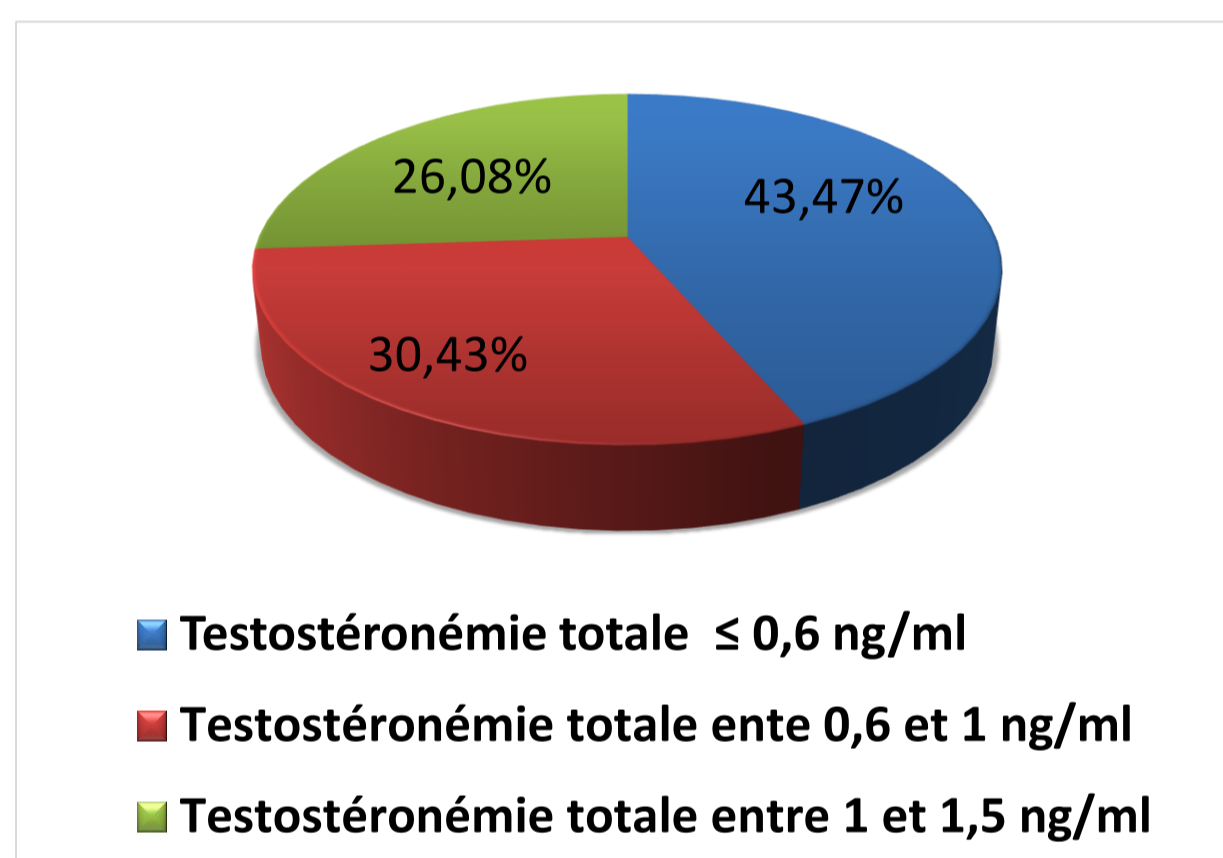


Figure 1: Répartition des patientes selon le taux de testostéronémie totale

➤ Données échographiques :

Dans notre série, l'échographie pelvienne réalisée chez 24 patientes avait confirmé la présence d'OPK chez 22 parmi elles (91,66%)

2. Paramètres anthropométriques:

Paramètres	Moyenne ± ET	Extrêmes
Poids (kg)	90,17 ± 20,72	49-127
IMC (kg/m ²)	33,89 ± 7,51	18,59 - 49,30
Tour de taille (TT) (cm)	101,73 ± 15,89	63 - 135
Tour de hanche (TH) (cm)	116,03 ± 13,69	86- 137
Rapport taille sur hanche (RTH)	0,87 ± 0,07	0,68 - 0,99
Périmètre cervical (PC) (cm)	36,37 ± 2,89	29 - 42

Discussion:

- ❑ Le SM est défini selon la NCEP/ATPIII (2001) par la présence d'au moins 3 des 5 critères suivants:
 1. Obésité abdominale (femme) : tour de taille > 88 cm
 2. Triglycérides $\geq 1,50$ g/l
 3. HDL-C (femme) < 0,50 g/l
 4. Pression artérielle (au repos) $\geq 130 / \geq 85$ mmHg
 5. Intolérance aux hydrates de carbone voire diabète de type 2 : glycémie à jeun $\geq 1,10$ g/dl
- ❑ La prévalence du SM est augmentée en cas de SOPK (43 à 46%). Dans notre population, elle était de 34,5%. selon les critères de la NCEP ATPIII.
- ❑ L'insulino-résistance, fréquemment retrouvée chez les patientes ayant un SOPK, joue un rôle clef dans la survenue d'un SM. Sur le plan clinique, l'insulino-résistance est suspectée devant une répartition androïde des graisses, et se traduit dans les cas sévères par un acanthosis nigricans.
- ❑ Il convient alors de dépister ce SM par la recherche de stigmates cliniques d'insulino-résistance mais surtout par la recherche systématique du SM puisqu'il représente un phénotype à risque de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires plus élevé que dans la population générale.

Conclusion:

Les patientes ayant un SOPK ont un risque plus élevé de développer un syndrome métabolique, qui doit être recherché et traité précocement.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

- L'étude de l'IMC de nos patientes avait montré que 20 patientes étaient obèses (66.7%) et 7 avaient un surpoids (23.3%)
- Presque la moitié des patientes obèses avaient une obésité grade II (figure 2)
- La répartition androïde des graisses était retrouvée chez 63,3% des patientes selon RTH > 0,85 et 76,7% selon TT > 88 cm

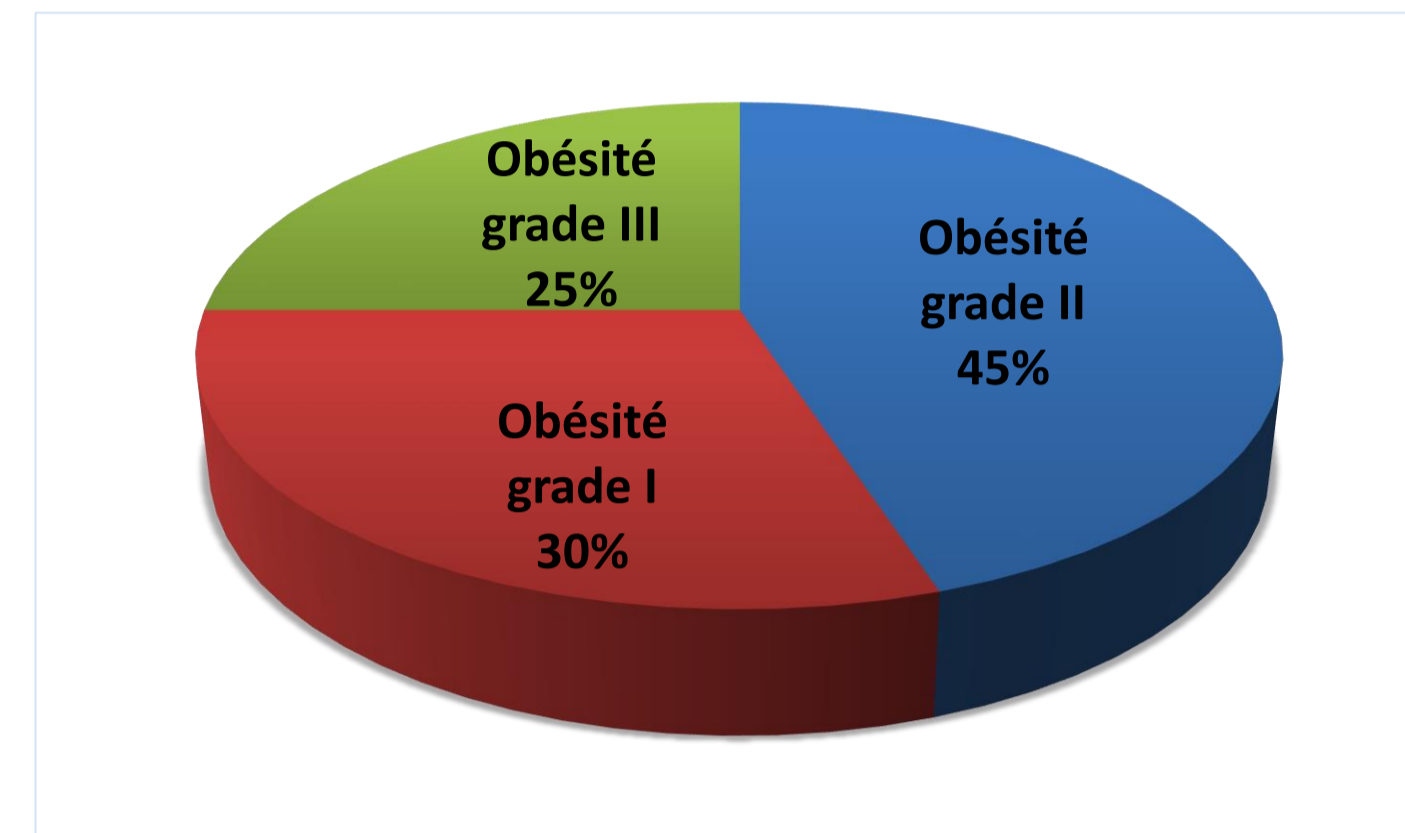


Figure 2 : Répartition des patientes en fonction du grade de l'obésité

3. Profil métabolique:

	Moyenne ±ET ou médiane	Extrêmes
Glycémie à jeun (mmol/l)	4,57 ± 0,66	3,5- 6,1
Triglycérides (mmol/l)	1,1	0,45- 3,9
Cholestérol total (mmol/l)	4,45 ± 0,63	3,34- 5,87
HDL Cholestérol (mmol/l)	1,19 ± 0,25	0,8- 1,95

- La fréquence du SM dans notre population SOPK, selon la classification de la NCEP ATPIII, était de 34,5%
- La fréquence des différents paramètres constituant le SM est illustrée par le tableau suivant:

Critères	Nombre d'observations	Effectif observé	%
TT (cm)	30	23	76,7%
Triglycérides (mmol/l)	29	9	31%
HDL cholestérol (mmol/l)	29	20	69%
PA (mmHg)	30	7	23,3%
Glycémie à jeun (mmol/l)	29	2	6,9%
SM	29	10	34,5%

- Parmi toutes les patientes SOPK ayant un SM, 8 (27,58 %) présentaient 3 des 5 critères du NCEP, 1 patiente (3,44%) cumulait 4 critères et une autre (3,44%) tous les 5 critères (Figure 3).

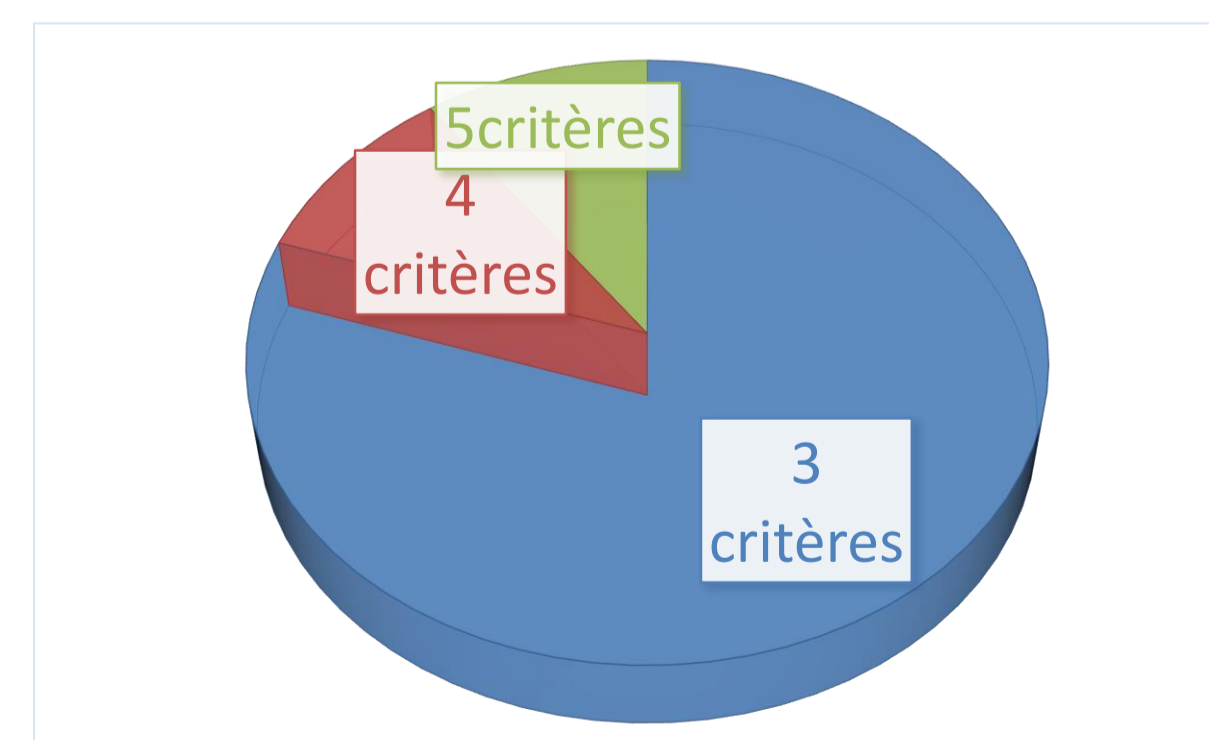


Figure 3: Nombre de critères du syndrome métabolique