

Aménorrhée secondaire : profil clinique, biologique, étiologique et thérapeutique

M.M.LARWANOU, BOUZIANE.T, H.EL OUAHABI,
Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition CHU Hassan II. Fès/Maroc

Introduction

L'aménorrhée secondaire témoigne d'une atteinte de l'axe hypothalamo-hypophysaire ovarien ou anomalie du tractus génital, dont le diagnostic étiologique est souvent complexe, mais une démarche diagnostique bien conduite permet une orientation étiologique précise. Le but du travail est d'analyser le profil clinique, biologique, étiologique et thérapeutique des aménorrhées secondaires.

Patients et méthodes

Étude descriptive rétrospective sur 3 ans portant sur 29 patientes admises dans le service d'endocrinologie pour aménorrhée secondaire

Résultats

L'âge moyen est de 29,51 ans \pm 6.79 ans, un antécédent d'hémorragie du post partum, de chimiothérapie et radiothérapie cérébrale, et une thyroïdite de Hachimoto sont retrouvés. Hirsutisme est retrouvé dans 7 cas, des signes cliniques d'hypothyroïdie chez 3 patientes, un syndrome de Cushing dans 1 cas et les galactorrhées sont retrouvés chez 5 patientes. Le bilan biologique est revenu en faveur d'un hypogonadisme hypogonadotrope chez 10 cas, un hypogonadisme hypergonadotrope chez 12 patientes, FSH normale LH élevée et estradiol normale dans 4 cas, une TSH basse dans 2 cas, 4 cas hyperprolactinémie. L'échographie pelvienne trouve aspect des OPK dans 7 cas et une hypolasie utérine dans 6 cas. L'IRM HH a mis en évidence un adénome hypophysaire chez 3 patientes et 1 cas de selle turcique vide. Etiologique : IOP dans 12 cas 7 cas d'OPK, macroprolactinome 2 cas, 1 cas de Cushing, 2 cas d'hypothyroïdie, 1 cas IAH, 1 cas de Sheehan, 1 cas de diabète, 2 cas hyperprolactinémie idiopathique. Le traitement a été en fonction de l'étiologie.

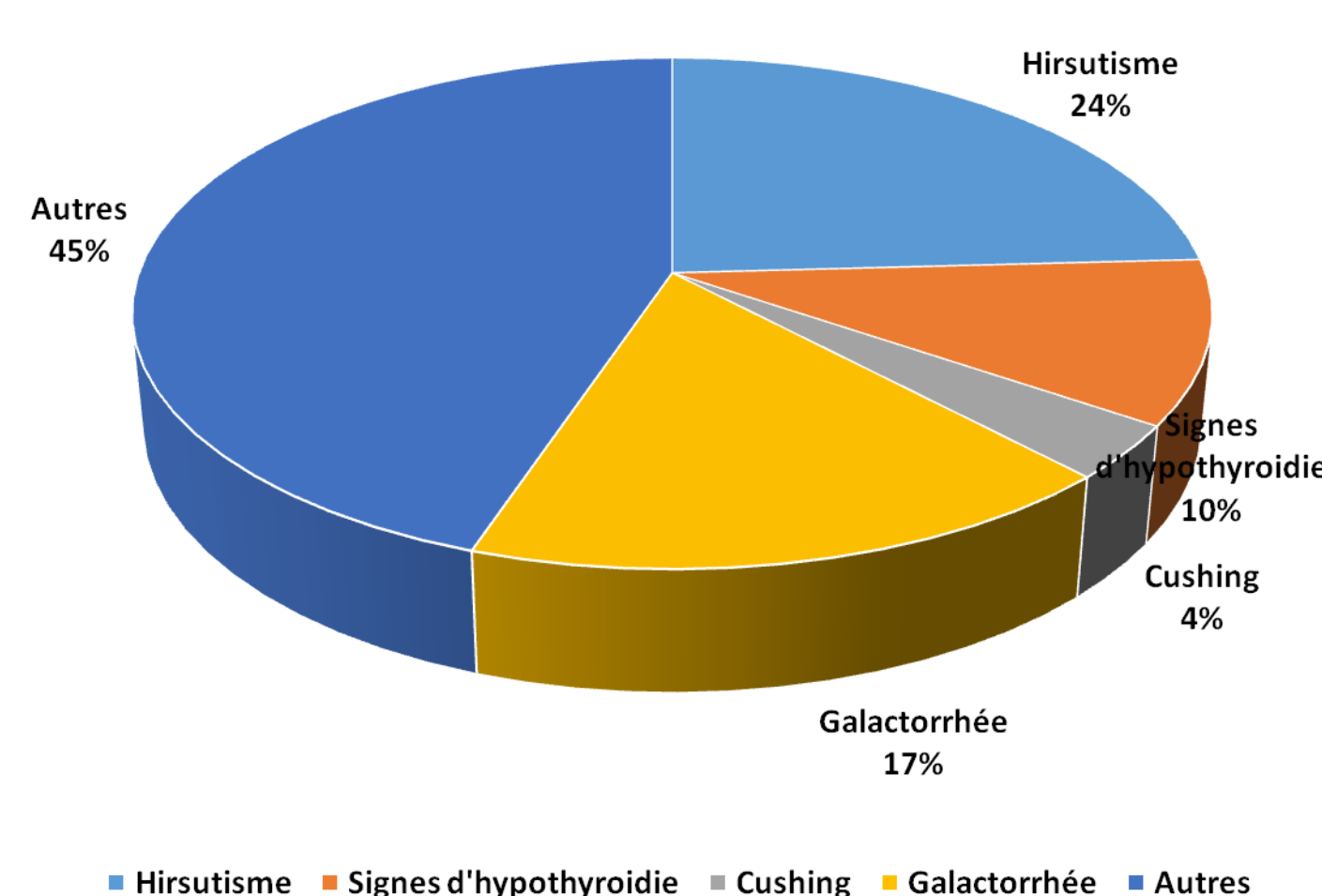


Figure1: signes cliniques

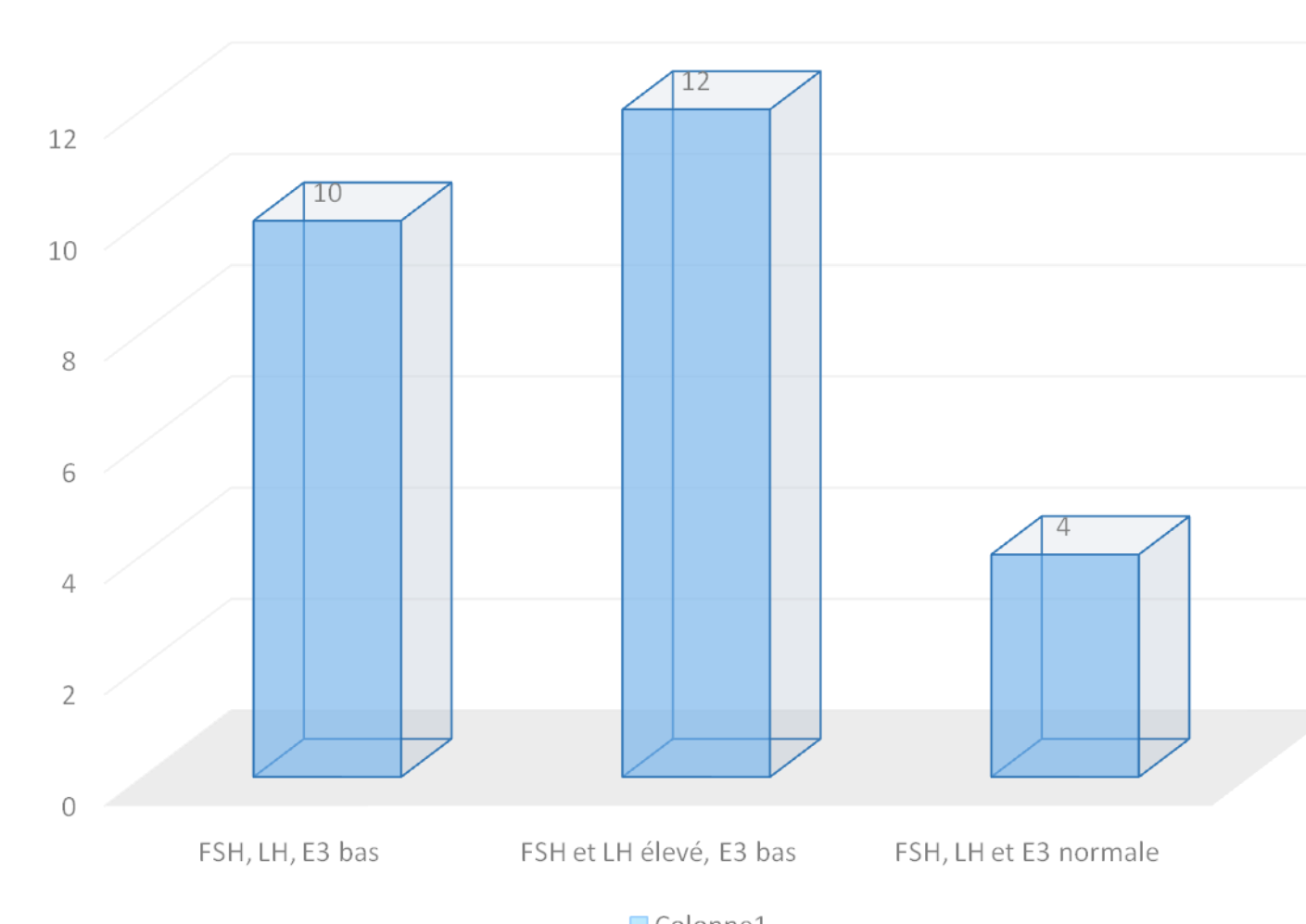


Figure2: profil biologique

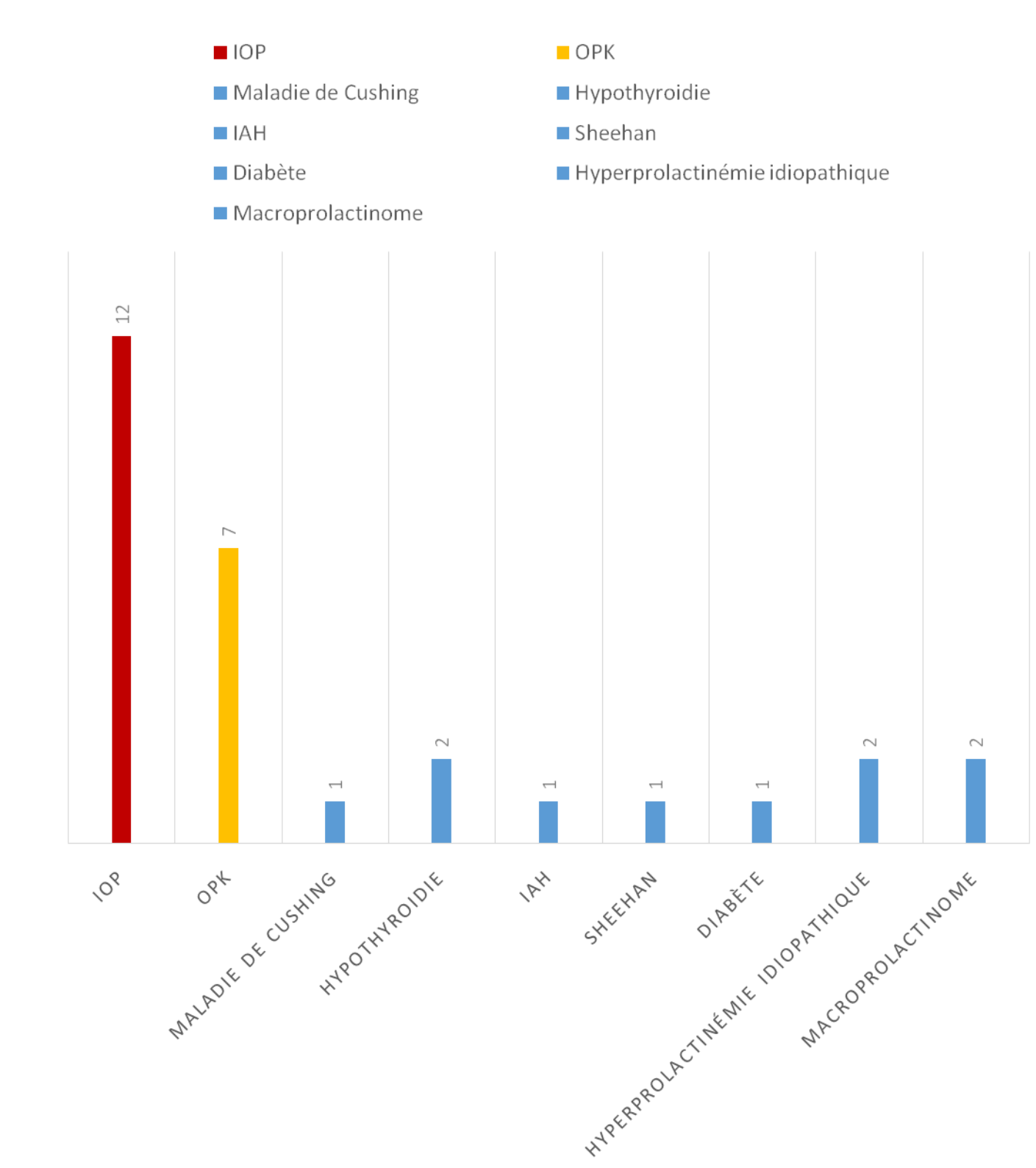


Figure3: étiologies

Discussion

L'aménorrhée secondaire est l'interruption des cycles menstruels pendant plus de 3 mois chez une femme préalablement réglée [1]. Elle est le plus souvent le résultat d'une pathologie acquise. L'exploration de l'aménorrhée secondaire commence une fois le diagnostic de la grossesse écarté, en absence de l'allaitement, de la ménopause ou de prise de contraception. La démarche étiologique consiste à rechercher dans l'interrogatoire et l'examen clinique des signes qui vont orienter vers des pathologies susceptibles de retentir sur l'axe hypothalamo-hypophysaire ovarien ou anomalie du tractus producteur, afin d'orienter les explorations paracliniques.

Il s'agit des signes d'hyperandrogénies (hirsutisme, acné, hyper séborrhée, clitoridomégalie, alopecie, raucité de voix...) des signes d'hypercorticismes (érythrose faciale répartition facio-tronculaire des graisses, vergetures pourpres...) des signes hyper insulinisme (acanthosis nigricans) et des galactorrhées[2]

Dans notre étude l'hirsutisme est retrouvé dans 7 cas, un syndrome de Cushing dans 1 cas et les galactorrhées sont retrouvés chez 5 patientes.

Les examens biologiques sont demandés en fonction de la présentation clinique, si signe clinique d'hyperandrogénie le dosage de testostérone et 17OH-progesterone sont réalisés si pas de signes d'hyperandrogénie on réalise le dosage de l'estradiol, FSH, LH et prolactine. Ces examens permettent de distinguer les étiologies.

Dans plus de 65% de cas les étiologies sont représentées par deux groupes de pathologies : les syndromes des ovaires polymicrokystes (OPK) et l'insuffisance ovarienne prématurée (IOP) [3], ce qui est le cas de notre échantillon où ces deux étiologies représentent 65,51%. Les autres étiologies sont beaucoup plus rares mais il faut, en présence d'hyperandrogénie, écarté un bloc en 21 hydroxylase, et le Cushing avant de retenir le syndrome OPK.

Sur le plan thérapeutique le traitement dépend de l'étiologie.

Conclusion

La prise en charge de l'aménorrhée secondaire nécessite une bonne exploration compte tenue des multiples étiologies, et son traitement passe par le traitement étiologique et/ou substitution hormonale.

Référence

- [1] M. Koskas, E. Azria. Aménorrhée. EMC-Traité de Médecine Akos.2015 ; 10 (2) :1-7
- [2] E. Laroche, L. Bricaire, S. Christin-Maitre. Diagnostic et prise en charge d'une aménorrhée chez l'adolescente.Achives de pédiatrie. 2013 ; 20 : 817-822.
- [3] L. Duranteau. Aménorrhée de l'adolescente. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2013 ; 26 : 308—321.