

Découverte d'une tumeur ovarienne à cellules de Leydig avec hyperthécose devant un déséquilibre de diabète de type 2 associé à une hyperandrogénie clinique chez une femme ménopausée

T. Brun (Mlle), I. Guilhem(Dr), E. Bauville(Dr), A. Guenego(Dr)

CHU Rennes, Rennes, FRANCE

Introduction

Devant une hyperandrogénie, les causes ovariennes, en dehors du syndrome des ovaires polykystiques, sont rares et souvent méconnues par les endocrinologues.

Observation

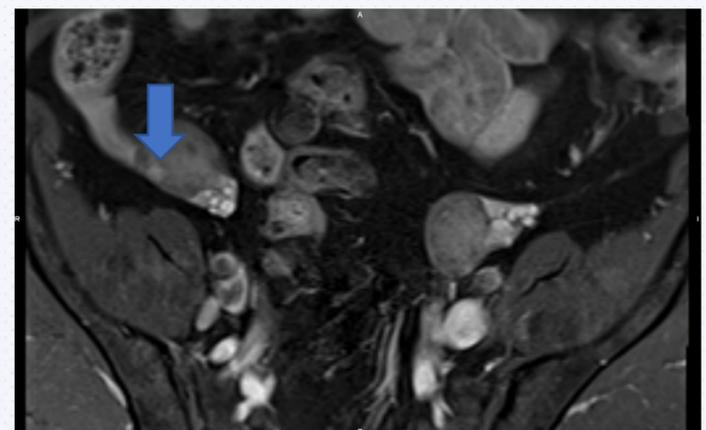
Une femme de 60 ans, 3^{ème} pare, ménopausée, diabétique de type 2, a été vue en consultation pour un déséquilibre glycémique récent motivant l'initiation d'une insulinothérapie. L'examen retrouve alors des signes d'hyperandrogénie : alopecie ancienne, hirsutisme d'aggravation récente, raucité de la voix et clitoridomégalie, jamais explorés jusqu'alors.



	Testostérone (N ménopause : <0,9)	17 OH progesterone (N Ménopause : 0,08- 1,3)	Delta- 4- Androstenedio ne (N 1,5-2.9)	SDHA (N 0,3 -3)	Cortisol à 8h
Avant chirurgie	3.46ng /ml	1.43ng/ml	1.32ng/ml	0,2µg/mL	38ng/mL
1 mois post chirurgie	1.11ng/mL	0.16ng/ml	4.78ng/mL	0.2µg/mL	

Le bilan hormonal retrouve une hyperandrogénie biologique franche (cf tableau), sans hypercorticisme (cortisolémie après freinage minute à 1,1µg/dl, cortisol libre urinaire/24h normal) et sans argument pour une hyperplasie congénitale des surrénales avec un pic de 17OHProgéstérone après test au Synacthène à 4,57ng/ml (N<10).

Les premiers examens complémentaires : scanner surrénalien et deux échographies pelviennes, sont normaux. L'IRM pelvienne retrouve des ovaires de taille augmentée, évocateurs d'hyperthécose, ainsi qu'une zone nodulaire ovarienne droite. Une annexectomie bilatérale est réalisée. L'anatomopathologie retrouve une tumeur stéroïde à cellules de Leydig de l'ovaire droit, non hilaire, de 7mm, développée dans un contexte d'hyperplasie stromale diffuse avec hyperplasie des cellules de Leydig des deux ovaires.



IRM coupe sagittale, après injection de Gadolinium FATSat
Visualisation d'un nodule de l'ovaire droit

En post opératoire à 1 mois, la testostéronémie se normalise (111pg/mL) avec diminution des besoins en insuline. L'évolution des signes cliniques d'hyperandrogénie seront à évaluer à distance.

Discussion

Les tumeurs de Leydig et les thécomes, principalement présents à la ménopause, sont bénins et peuvent être virilisants. Leur prise en charge est chirurgicale. Il faut savoir y penser même si les examens complémentaires de première intention sont normaux. Chez cette patiente, le diagnostic de tumeur de Leydig a été tardif (retard de consultation, errance diagnostique après deux échographies ovariennes normales). L'hyperandrogénie induite a été potentialisée par l'hyperthécose, favorisant le déséquilibre de diabète, soit un motif de consultation atypique pour un tel diagnostic.