

Université de Constantine 3
Faculté de médecine de Constantine
Service de gynécologie et d'obstétrique
De sidi mabrouk

Cours destiné aux étudiants de 5^{ème} année de médecine
Module de gynécologie

Les aménorrhées

Fait par Dr CHERGUI T
Maitre assistant

Les aménorrhées

Dr CHERGUI

1 - Introduction et définitions :

- Aménorrhée primaire : c'est l'absence de survenue de **ménarche** chez une femme en âge d'être réglée, l'âge limite d'apparition des règles est de 18 ans.
 - Amenorrhée secondaire : c'est la disparition des règles pendant une période minimale de 3 mois chez une femme habituellement bien réglée.
- La première cause de l'aménorrhée secondaire est la grossesse et l'allaitement

2- L'aménorrhée primaire :

A- L'interrogatoire :

- circonstances de la grossesse et de l'accouchement (poids de naissance et la croissance, taille).
- Antécédents familiaux (puberté chez la mère et les sœurs)
- Antécédents médicaux : (tuberculose, vaccination par BCG).
- Episode de radiothérapie.
- troubles de l'olfaction et de vision, céphalées.
- dysfonctionnement hormonale ; dysthyroïdie, hypophysaire ou surrénalienne.

B-examen clinique :

a-Examen somatique :

- morphotype (gyncoïde, androïde..), taille, poids.
- développement de la pilosité (membre, thorax, visage).
- développement mammaire, acné, séborrhée, galactorrhée.

b-Examen gynécologique :

- inspection des grande et petite lèvres, la vuive, taille du clitoris, pilosité pubienne.
- spéculum de vierge : profondeur du vagin, l'hymen, le col utérin.
- toucher rectal : l'existence de l'utérus ou masse latéro utérine.

C-Examens complémentaires :

- radiographie de la main : âge osseux sésamoïde du pouce.
- radiographie de la selle turcique : anomalie hypophysaires.
- dosage hormonal : permet de situer le niveau de l'anomalie :
 - exploration périphérique : œstrogènes, progestérone, androgènes.
 - exploration hypophysaire : les gonadotrophines (FSH et LH) et la prolactine .
 - exploration hypothalamique : test du LHRH .
- Echographie gynécologique : chercher l'utérus et les ovaires.
- Cœlioscopie exploratrice.
- Caryotype : devant une hypogonadisme avec syndrome dysmorphique.

D-Etiologies :

1- Caractères sexuels secondaires présents et normaux :

- puberté normale, morphotype féminin, seins normaux, trophicité normale des organes génitaux externes. Pilosité pubienne et axillaire normale.

1 a –malformations utéro vaginales : soit :

- imperforation hyméneale.
- cloison vaginale transversale (diaphragme).
- aplasie vaginale partielle.

⇒Se traduit par des douleurs cycliques (cryptoménorrhées) occasionné par l'accumulation du sang des règles au dessus d'un obstacle (hematocolpose) .

⇒Traitement : plastie réparatrice.

-agénésie utéro-vaginale ou **syndrome de Rokitanski kuster-hausen** : Les 2 canaux de Muller fusionnent normalement de bas en haut. Dans ce cas, la fusion est basse avec absence de formation en haut donnant le 1/3 inférieur du vagin avec agénésie utéro-vaginale.

1 b- Tuberculose génitale pré pubertaire : syndrome de Netter et Musset : par synéchie utérine : contexte de primo-infection tuberculeuse.

1. c- métrose de réceptivité : Mutation inactivatrice du gène du récepteur ovariens de la LH : exploration hormonale et morphologique sont normales, l'endomètre ne répond pas aux incitations hormonales.

2- Caractères sexuels secondaires absents :

-le tableau de l'impuberisme, dysmorphie staturo-pondérale. Age osseux < a 15 ans, stéroïdes sexuels insuffisants ou absents.

- le dosage des FSH et LH permet de différencier l'origine haute ou basse.

2 a- hypogonadisme hypergonadotrope : $\nearrow \nearrow$ FSH et LH avec \searrow de oestrogènes et progestérones \rightarrow

- Syndrome de Turner : caryotype : 45 XO absence du chromosome sexuel ; petite taille, thorax en bouclier \Rightarrow traitement : hormonal substitutif a vie.

-dysgénésie gonadique pure : soit

- caryotype 46 XX : impuberisme, ovale en bandelette résistant aux gonadotrophines.

- caryotype 46 XY : ambiguïté sexuelle ; pseudo hermaphrodisme masculin : Par insensibilité périphérique aux androgènes. Les gonades sont des testicules mais de phénotype féminin (46xy) le taux d'androgène est très élevé. Le traitement se fait vers 16 – 18 ans par résection de ces gonades

-Acquise : par castration radiothérapique ou chimiothérapique, avant la puberté .

2 b- hypogonadisme hypogonadotrope : $\searrow \searrow$ FSH et LH et \searrow de oestrogènes et progestérones

b1-lésions organiques :

- tumeurs hypophysaires : adénome a prolactine, adénome chromophile, gliome du chiasma optique.

-tumeurs suprasellaires : craniopharyngiome, tumeur diencephalique, hydrocéphalie.

-dysplasie olfacto-génitale de Démosier Kallman : agénésie congénitale de l'hypophyse antérieure associe une aménorrhée et anosmie et une impuberisme.

b2- lésions fonctionnelles :

-hypothyroïdie fruste.

-anorexie mentale : < a 40 kg et aménorrhée.

3- Caractères sexuels secondaires dissociés :

3 a – avec signe de virilisation (pseudo hermaphrodisme féminin):

-signes de virilisation apparaissent avant l'âge de puberté : morphotype androïde, voix grave, virilisation pilaire, hypertrophie clitoridienne, atrophie mammaire, caryotype 46XX

-tumeur ovarienne virilisante : testostérone très \nearrow ; FSH et LH \searrow

-tumeur surrénalienne virilisante : testostérone \nearrow , ACTH \searrow

\Rightarrow Traitement chirurgical.

-hyperplasie congénitale des surrénales : examen gynécologique normal, défaut d'abouchement de urètre antérieur (au niveau du vagin) ; FSH et LH normales, testostérone normale

\Rightarrow Traitement les corticoïdes.

-d'origine maternelle : signes de virilisation foetal chez une fille a caryotype 46 XX, organes génitaux internes normaux mais externes virilisés due a des traitements au cours de la grossesse par des hormones virilisantes.

3b- avec signes d'ambiguïté sexuelle :(pseudo hermaphrodisme masculin) : Absence ou une insuffisance de virilisation chez un fœtus male porteur d'un testicule et caryotype 46 XY :

-trouble de sécrétion de testostérone : déficit enzymatique testiculaire et cortico-surrénalienne en 17 OH lase et 17 -20 desmolase.

-trouble de la réceptivité aux androgènes : développement pubertaire féminin incomplet, seins normaux, pilosité absent, vulve normale, vagin réduit a une cupule, pas d'utérus, présence des gonades dans les plis inguinaux ou les grandes lèvres.

\Rightarrow Traitement : ablation des gonades, œstroprogestatifs pour développer les organes génitaux ambigus et une chirurgie esthétique réparatrice.

3- L'aménorrhée secondaire :

A- L'interrogatoire :

- **contexte évocateur**: douleurs pelviennes, mastodynie, galactorrhée, bouffées de chaleur, signe d'hyperandrogénie.
- **antécédent de spanioménorrhée**, curetage, accouchement, arrêt d'une pilule, radiothérapie ou chimiothérapie, myomectomie.
- **rechercher** : prise médicamenteuse, choc psychologique, anorexie mentale, troubles du sommeil.

B- examen somatique :

- **spéculum** : signes d'imprégnation oestrogénique.
- **toucher vaginal** : taille de l'utérus, ovaire.
- **seins** : galactorrhée.

C-examens complémentaires : courbe de température, dosage hormonal (FSH, LH, BHCG, test au progestatif), échographie, hystérogaphie, scanner cérébral, radiographie du selle turcique.

D- Etiologies :

1- causes utérines :

- **synéchie utérine** suite à un curetage ou endométrite, traitement chirurgical.
- **tuberculose génitale** : endométrite, culture d'un fragment de endomètre.
- **sténose cicatriciel du col** : hématométrie après conisation cervicale ou électrocoagulation, traitement chirurgical.
- **atrophie endométriale post pilule** : persiste 2 à 3 mois (test au progestatif positif).

2- causes ovariennes :

- **Epuisement ovarienne** : bouffées de chaleur, absence de glaire, FSH et LH \nearrow E2 \searrow
- **ménopause précoce** : 35-40 ans contexte familial, traitement hormonal substitutif
- **iatrogène** : castration chirurgicale ou radiothérapique.
- **hypoplasie ovarienne** : ou dysgénésie ovarienne partielle, coelioscopie : aspect de l'ovaire en noyau de datte.
- **dystrophie ovarienne** : syndrome de Stein Leventhal : aménorrhée secondaire suite à une longue période de spanioménorrhée, obésité, stérilité, (syndrome des OPK) ovaires polykystiques avec FSH normal et LH \nearrow
- **ovarite auto-immune** : associée à d'autres maladies auto-immunes (Basedow ou thyroïdite d'Hashimoto). Biopsie ovarienne.

3- cause hypothalamo-hypophysaire :

a- Avec galactorrhée :

- **Adénome à prolactine** : prolactine >100 ng/ml FSH et LH \searrow E2 \searrow troubles visuels, céphalées.
 \Rightarrow Fond d'œil, scanner cérébral, radiologie du selle turcique.
- **causes fonctionnelles** : prise médicamenteuse : œstroprogestatifs, neuroleptiques, antidépresseur, dialyse.

B- Sans galactorrhée :

- **syndrome de Sheehan** : ischémie hypophysaire suite à une hémorragie de poste partum.
- **adénome de l'antéhypophyse** : panhypopituitarisme (somatotrope, gonadotrope, thyrotrope, corticotrope).
- **tumeurs sus hypophysaire** : craniopharyngiome
- **causes fonctionnelle** : stress psychologique, choc psychoaffectif, anorexie mentale.