

LES AMENORRHEES

Introduction :

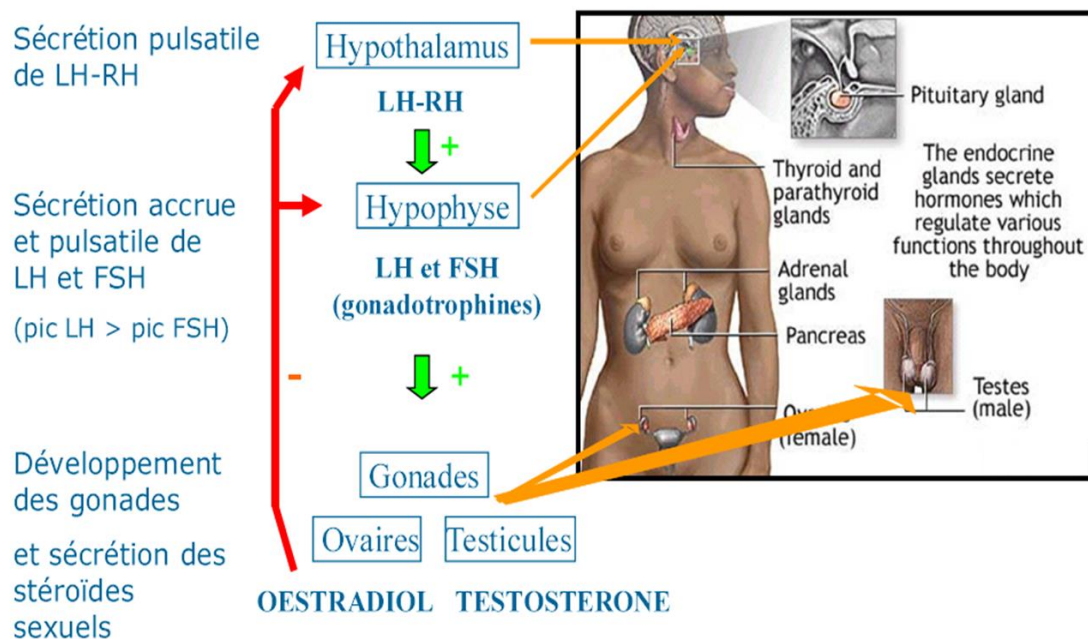
- Les aménorrhées sont un motif fréquent de consultation.
- L'existence d'une aménorrhée témoigne d'une atteinte de l'axe hypothalamo-hypophysaire-ovarien ou d'une anomalie anatomique du tractus reproducteur.
- Un traitement estroprogestatif sans exploration préalable est illégitime.

Définitions :

L'aménorrhée primaire: est l'absence de cycle menstruel chez la fille après l'âge de 16 ans qu'il y ait ou non un développement pubertaire.

L'aménorrhée secondaire: est l'interruption du cycle menstruel durant 3 mois ou plus chez une femme préalablement réglée.

Rappel physiologique :



Aménorrhées primaires :

Ces aménorrhées relèvent surtout de causes chromosomiques et génétiques

1-Éléments cliniques:

A-Interrogatoire:

- ✓ Antécédents familiaux de cas similaires ou de retard pubertaire, l'âge de la puberté maternelle.
- ✓ L'existence d'une maladie endocrinienne, chronique, chirurgie radiothérapie ou chimiothérapie pouvant retentir sur l'axe gonadotrope.
- ✓ Rechercher une carence nutritionnelle, apprécier le profil psychologique, et quantifier l'activité physique.
- ✓ Notion de douleur pelvienne cyclique, galactorrhée ou bouffée de chaleur.

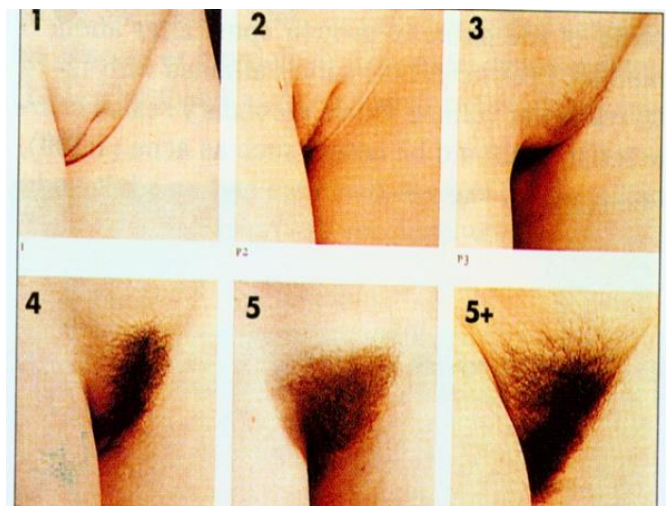
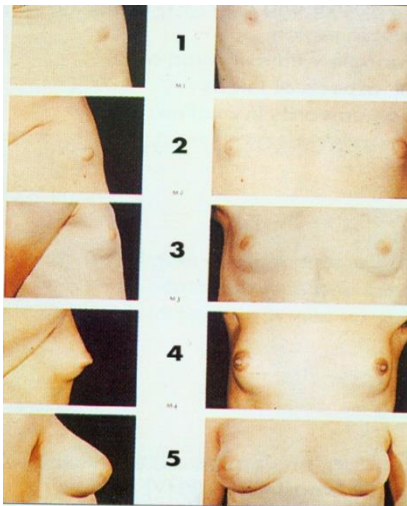
B-Examen clinique:

- ✓ Préciser le poids, la taille, le BMI.
- ✓ Rechercher un syndrome malformatif évoquant un syndrome de Turner.
- ✓ Préciser le développement pubertaire selon la classification de Tanner.
- ✓ Apprécier l'aspect des organes génitaux externes (ambiguïté de OGE).
- ✓ Rechercher des signes d'hyperandrogénie (hirsutisme, acné, séborrhée).
- ✓ Rechercher une anosmie évoquant un syndrome de Kallmann.
- ✓ Evaluer la perméabilité du vagin.

STADES DE TANNER CHEZ LA FILLE :

Développement mammaire

- S1 - prépubère, simple saillie du mamelon
S2 - bourgeon mammaire, élargissement de l'aréole
S3 - élargissement de la saillie du sein et de l'aréole s'accroît, leurs contours ne sont pas distincts
S4- projection en avant de l'aréole et du mamelon qui forment une saillie en avant du plan du sein
S5- sein adulte: aréole se confond avec le contour général du sein, seul le mamelon fait saillie
P1- absence de pilosité pubienne
P2- quelques poils longs pigmentés surtout sur les grandes lèvres
P3- poils plus denses, plus épais, bouclés s'étendant peu au-dessus de la symphyse pubienne
P4- pilosité adulte moins étendue, sans extension à la cuisse
P5- pilosité adulte, extension à la partie interne des cuisses



2-Exploration paraclinique :

a-Dosage hormonal :

- ✓ FSH-LH-Oestradiol
- ✓ Indispensable pour l'orientation diagnostique initiale.
- ✓ E2 bas et gonadotrophines (FSH-LH) normales ou basse → hypogonadisme hypogonadotrope → origine centrale.
- ✓ E2 bas et gonadotrophines (FSH-LH) élevées → hypogonadisme hypergonadotrope → origine périphérique.

Autres dosages :

- ✓ Beta hCG pour écarter une grossesse
- ✓ Prolactinémie
- ✓ Androgènes
- ✓ TSH, freinage minute

b-Imagerie :

1-Echographie pelvienne:

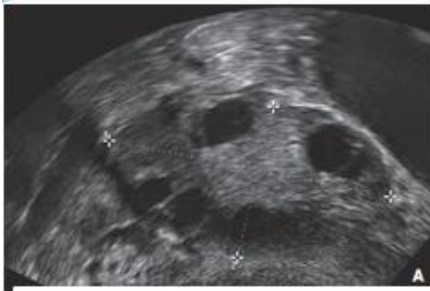
- ✓ Permet de vérifier l'existence de l'utérus (son absence doit faire rechercher un syndrome de Rokitanski), son aspect pré ou post-pubère.
- ✓ Présence des gonades, taille et le nombre de follicules.
- ✓ L'existence d'hématocolpos ou d'hématométrie (accumulation du sang dans le vagin ou l'utérus).

2-IRM hypothalamo-hypophysaire:

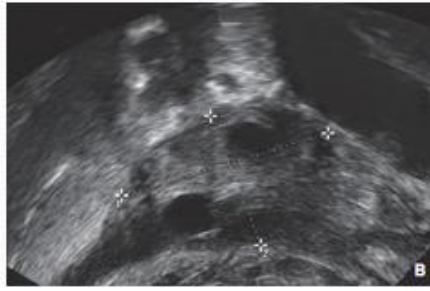
- ✓ Permet de rechercher une étiologie tumorale, infiltrative, ou autre.

3-Autres explorations radiologiques:

- ✓ La radiographie de la main qui précise l'âge osseux.
- ✓ Hystérogaphie si suspicion d'une tuberculose.



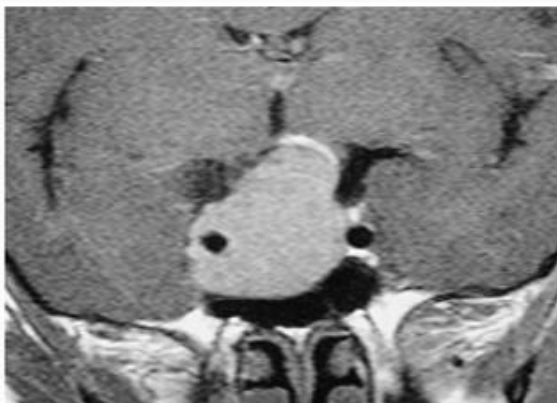
Ovaire normal



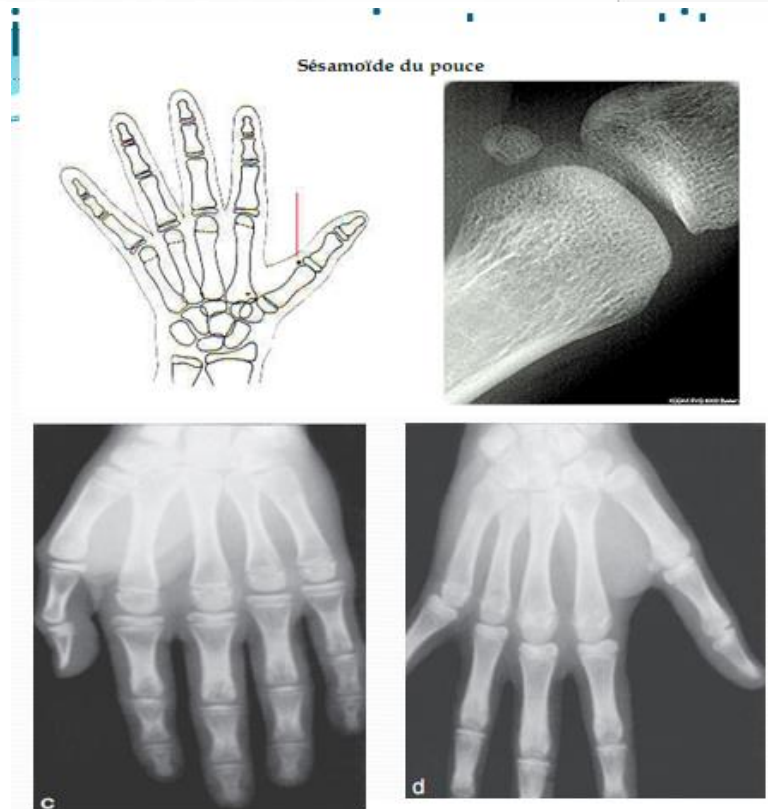
Insuffisance ovarienne prématurée



Syndrôme des ovaires polykystique



Macroadénome à prolactine



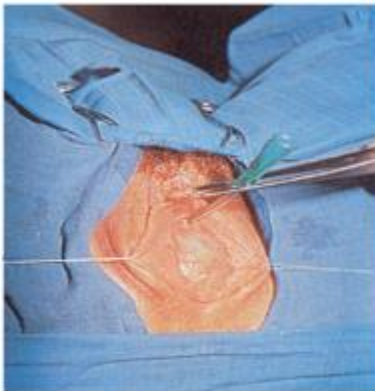
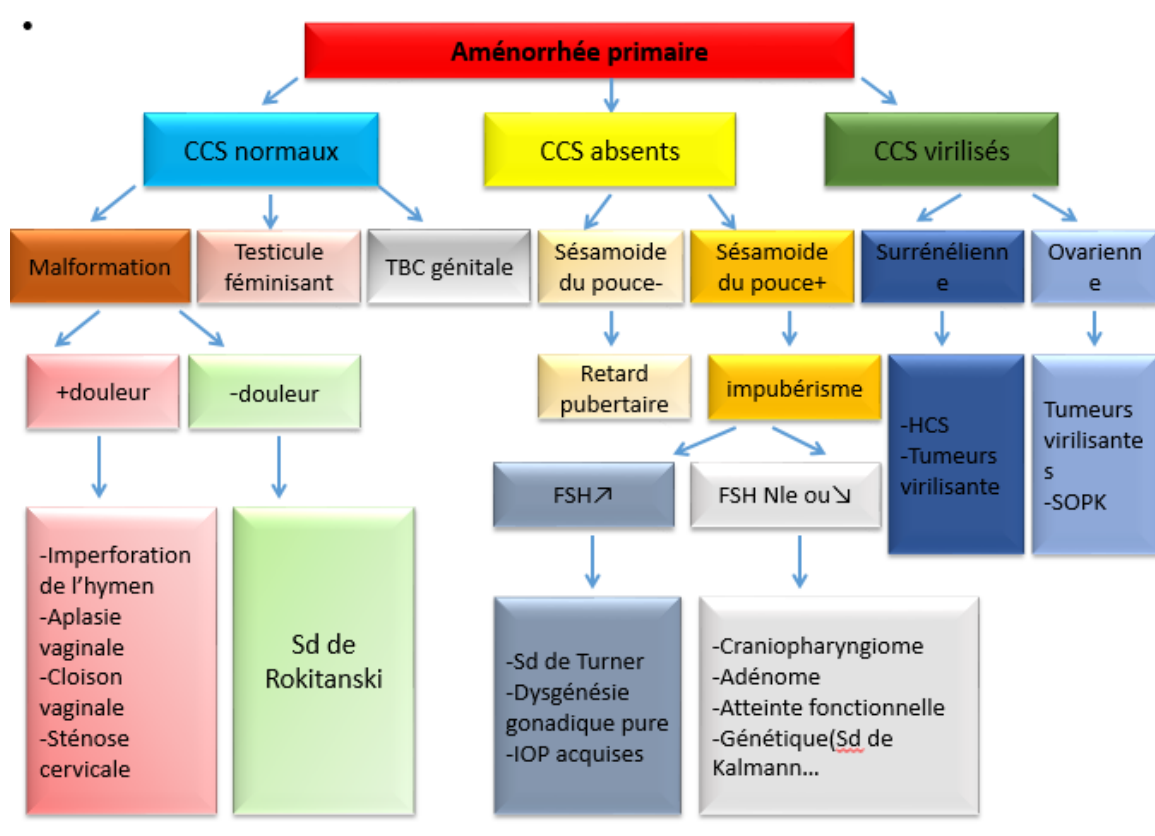
Absence du sésamoïde du pouce

sence du sésamoïde du pouce

c-Autres explorations:

Un caryotype : permettant d'identifier le sexe (XX ou XY) et de détecter des aberrations chromosomiques (ex: 45 X0 dans le syndrome de Turner).

Diagnostic étiologique :



Imperforation hyménéale



Testicule féminisant



Syndrome de Turner

Aménorrhées secondaires :

Ces aménorrhées sont le plus souvent secondaires à une pathologie acquises

1-Éléments cliniques:

A-Interrogatoire:

- ✓ Rechercher la notion d'un rapport sexuel potentiellement fécondant.
- ✓ Prise médicamenteuse (antidopaminergiques, macro progestatifs, corticothérapie).
- ✓ Thérapeutique agressive pour l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien (chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie).
- ✓ Une maladie endocrinienne ou chronique.
- ✓ Les antécédents gynécologiques et obstétricaux (parité, suites de couches, contraception orale, IVG, curetage utérin, douleurs pelviennes cycliques).
- ✓ Enquête nutritionnelle, variation pondérale.
- ✓ Existence de bouffée de chaleur, ou de galactorrhée.

Examen clinique :

Poids, taille, le BMI.

- Les signes d'hyperandrogénie (hirsutisme, acné, séborrhée, signes de virilisation).
- Rechercher une galactorrhée provoquée.
- Signe évoquant une maladie endocrinienne (axe thyroïdienne et corticotrope).
- Les signes de carence estrogénique (sécheresse vaginale, dyspareunie, avec un test aux progestatifs négatif).

2-Exploration paraclinique :

a-Dosage hormonal :

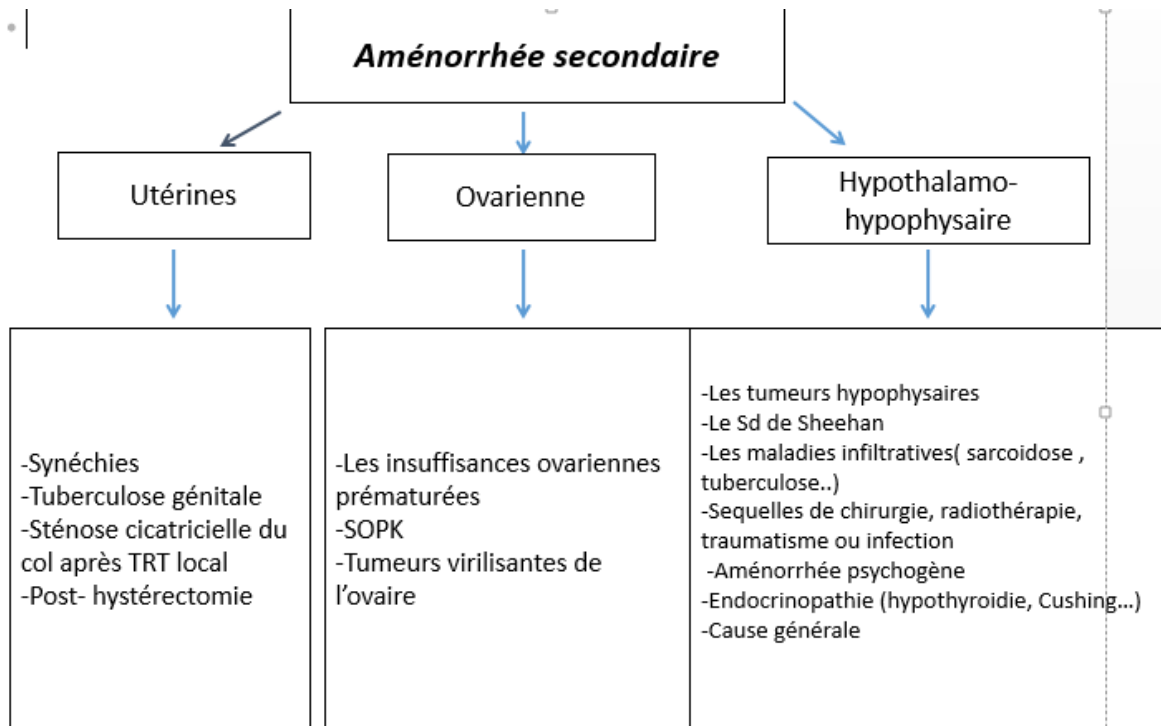
- β hCG plasmatique afin d'écartier une grossesse.
- Dosage de FSH, LH, Œstradiol (origine centrale ou périphérique).
- Rechercher une hyperprolactinémie.
- Dosage de la testostérone, 17OHP, delta 4androstènedione si signes d'hyperandrogénie.

b-Imagerie :

- En fonction de l'orientation clinico-biologique.
- IRM hypothalamo-hypophysaire, échographie ou IRM pelvienne, TDM surrénalienne...

Diagnostic étiologique :

La première étiologie à éliminer est l'existence d'une grossesse



Traitement :

Devant une aménorrhée primaire ou une aménorrhée secondaire, un traitement estroprogestatif sans exploration préalable est toujours illégitime

Le traitement dépend de la cause d'où l'intérêt d'un bilan précis

- Les malformations de l'appareil génital bénéficient d'un traitement chirurgical adapté.
- La tuberculose génitale nécessite un traitement antituberculeux.
- En cas de testicule féminisant le traitement fait appel à une gonadectomie associée à une pilule estroprogestative.
- L'hyperplasie congénitale des surrénales : hydrocortisone 20mg/j.
- Tumeur virilisante : exérèse chirurgicale.
- Dystrophie ovarienne : traitement symptomatique par cycle artificiel, et une stimulation ovarienne si désir de grossesse.
- Aménorrhée hypothalamo-hypophysaire : cycle artificiel, et si désir de grossesse : pompe à GnRH si l'hypophyse est intègre et stimulation par gonadotrophines si l'hypophyse est détruite.

Conclusion

En dehors de la grossesse, la lactation et la ménopause, toute interruption du cycle menstruel chez la femme est pathologique.

Un traitement estroprogestatif sans enquête préalable n'est pas légitime.

L'étiologie peut être hypothalamo-hypophysaire, ovarienne ou plus rarement utérine.

Le dosage en même temps que l'E2 des gonadotrophines FSH et LH permet de trancher entre une cause hypothalamo-hypophysaire (FSH et LH basse ou normales) et une insuffisance ovarienne (FSH et LH élevées).