

ITEM 296 : AMENORRHE PRIMAIRE

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Clinique	Diagnostic +	Absence de ménarche après 16 ans
	Diagnostic étiologique	<ul style="list-style-type: none"> - Age de la ménarche chez la mère/les sœurs - Stade pubertaire de Tanner - Examen gynécologique - Endoc : Caractères sexuels IIaire – Signes d’hyperandrogénie / Hyperprolactinémie / Hypercorticisme - Douleurs pelviennes cycliques - Troubles alimentaires / Psychiatriques – Sport intensif - Anosmie - Signes d’HTIC
Paraclinique	1 ^{ère} intention	<ul style="list-style-type: none"> - Echographie pelvienne - Radio du poignet gauche : Age osseux - Dosages hormonaux : FSH – LH – Prolactine - Courbe de T° sur 3 mois - βhCG au moindre doute
	2 ^{ème} intention	<ul style="list-style-type: none"> - Dosages hormonaux : Testostérone – Oestradiol – 17OHP – Δ4androsténedione - IRM hypophysaire - Caryotype - Test olfactif si doute sur un syndrome de Kallman

ETIOLOGIES

Caractère sexuels IIaires normaux	Anomalies utéro-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> - Imperforation de l’hymen - Hématométrie (sang dans l’utérus) – Hématocolpos (sang dans le vagin) – Douleurs pelviennes cycliques - Cloison vaginale transversale (Idem imperforation) - Aplasie vaginale - Syndrome de Rokitanski-Kuster-Hauser - Aplasie utéro-vaginale - Rechercher ectopie/aplasie rénale associée
	BK génitale pré-pubertaire	Synéchie utérine totale
	Syndrome de R aux androgènes	Morphotype féminin – Caryotype masculin – Absence d’utérus
Abs de caractères sexuels IIaires	Hypogonadisme hypergonadotrope = Caryotype	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de Turner - Dysgénésie gonadique congénitale - Anomalie ovarienne acquise : Maladie auto-immune – ChiomiOT – RadioT pelvienne
	Hypogonadisme hypogonadotrope = IRM hypophyse	<ul style="list-style-type: none"> - Endocrinopathie : Hypothyroïdie – Hyperprolactinémie – Hypercorticisme - Cause hypothalamo-hypophysaire - Hyperprl - Tumeur hypothalamo-hypophysaire - Chir/RadioT hypophysaire - Anorexie mentale – Sportive de haut niveau - Aménorrhée psychogène - Malabsorption – Maladie chronique - Retard pubertaire simple - Syndrome de Kallmann
Hyperandrogénie		<ul style="list-style-type: none"> - Hyperplasie congénitale des surrénales - Tumeur virilisante ovarienne ou surrénalienne

- SOPK

ITEM 296 : AMENORRHE SECONDAIRE

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Clinique	Diagnostic +	Absence de règle > 3 mois chez une femme antérieurement bien réglée
	Diagnostic étiologique	- ATCD gynécologique – ATCD familiaux de ménopause précoce - Mode d'installation - TTT en cours - Contraception - Examen gynécologique - Endoc : Caractères sexuels IIaire – Signes d'hyperandrogénie / Hyperprolactinémie / Hypercorticisme - Douleurs pelviennes cycliques - Troubles alimentaires / Psychiatriques – Sport intensif
Paraclinique	1 ^{ère} intention	- Echographie pelvienne - Test aux progestatifs 10j Si règles : Taux d'oestrogènes suffisant pour protéger de l'ostéoporose - Courbe de T° sur 3 mois - βhCG
	2 ^{ème} intention	- Dosages hormonaux : Testostérone – Oestradiol – DHA – Δ4androsténone – FSH – LH - Prolactine - IRM hypophysaire - Hystérocopie - Hystérosalpingographie

ETIOLOGIES

/!\ 3 diagnostic principaux

- Grossesse
- Ménopause
- Allaitement

Utérine	- Synéchie utérine - Sténose cicatricielle du col utérin - Atrophie endométriale (progestatifs)
Ovarienne	- Ménopause précoce idiopathique - Ménopause précoce IIaire : Iatrogène : Ovariectomie – RadioT – ChimioT Ovarite auto-immune ou virale Dysgénésie gonadique partielle - Hypoplasie ovarienne - SOPK : 2/3 parmi Anovulation – Hyperandrogénie – Echo : OPK - Syndrome des ovaires R aux gonadotrophines
Hypophysaire	- Tumeur hypophysaire - Hyperprolactinémie - RadioT/Chir de l'hypophyse - Selle turcique vide - Hémochromatose - Syndrome de Sheehan (Nécrose hypophysaire sur choc hémorragique – Le plus souvent hémorragie de la délivrance) - Hypophysite auto-immune Céphalées frontales – Trouble du cycle +/- gallatorrhée IRM : Hypophyse ↑ volume – Hyperdense et hétérogène – Pas d'adénome

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

Hypothalamique	<ul style="list-style-type: none"> - Psychogène - Anorexie mentale – Sportive de haut niveau - Malabsorption – Dénutrition – Maladie chronique - Endocrinopathie : Hypothyroïdie – Hypercorticisme – Insuffisance surrénale
-----------------------	---

HYPERANDROGENIE

Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperséborrhée / Acné - Hirsutisme / Alopécie temporale - Spanioménorrhée / Aménorrhée - Virilisation^o : Voix rauque – Hypertrophie μ – Hypertrophie clitoridienne/des grandes lèvres
Paraclinique	Testostérone \uparrow - Androgènes surrénaliens (DHEA – Δ 4androsténedione) \uparrow si cause surrénale
Etiologies	Périphérique : <ul style="list-style-type: none"> - Surrénale : Tumorale (Corticosurréalome) – Fonctionnelle : Bloc en 21 hydroxylase - Ovaire : Tumorale – Fonctionnelle (SOPK) Centrale : Maladie de Cushing – Sd paranéoplasique cushingoïde (CBP)

BLOC EN 21 HYDROXYLASE : HYPERPLASIE BILATERALE DES SURRENALES

Clinique	Incomplète : Insuffisance surrénale chronique – Pseudo puberté précoce Hyperandrogénie : <ul style="list-style-type: none"> - Hyperséborrhée / Acné - Hirsutisme / Alopécie temporale - Spanioménorrhée / Aménorrhée - Virilisation^o : Voix rauque – Hypertrophie μ – Hypertrophie clitoridienne/des grandes lèvres Complète : ISA néonatale - Pseudohermaphrodisme
Paraclinique	Bio : 17 OH progestérone élevé (Guthrie à J3 de vie) Test au Synacthène négatif : Pas d'élévation du cortisol mais élévation de la 17OHP TDM abdo : Hyperplasie bilatérale des surrénales Génétique : Après consentement libre et éclairé – Ecrit signé - Recherche de la mutation

SYNDROME DES OVAIRES POLYKYSTIQUES (SOPK)

Définition	Hyperandrogénisme ovarien + Cycles anovulatoires chez une femme aux ovaires polykystiques
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Début à la puberté – Accentuation progressive - Hyperandrogénie : Hirsutisme – Acné - Irrégularités menstruelles : Oligo-Aménorrhée - Souvent associé : Obésité – Acanthosis nigricans
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> - LH/FSH > 2 : Cycle anovulatoire (mais normal dans 30% des cas) - Hypertestostéronémie mais < 5mM (\neq tumeurs sécrétrices) - Hyperprl modérée - \uparrow GAJ – Dyslipidémie - Test d'imprégnation oestrogénique positif - Echo pelvienne endovaginale : Ovaires d'aspect polykystique
DD	HSC (17OHP) – Tumeur ovarienne ou surrénalienne (SDHEA – Testostérone) – Cushing
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids - Prise en charge des FDRCV - Soutien psychologique - Hirsutisme : Pilule Diane

HYPERPROLACTINEMIE

/!\ Toujours éliminer une grossesse et des médicaments

/!\ Y penser devant : Impuissance chez un homme jeune – Irrégularité menstruelle chez une femme

Etiologies

- Adénome à prolactine
- Hyperprolactinémie de déconnexion
- Grossesse +++ - Lactation
- Hypothyroïdie
- SOPK
- Insuffisance hépatique – Insuffisance rénale
- Médicamenteux : NRL – ADTC – Oestroprogestatifs – Morphinique – Isoniazide