

## ITEM 296 : AMENORRHE PRIMAIRE

### DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

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

### ETIOLOGIES

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

- SOPK

## ITEM 296 : AMENORRHE SECONDAIRE

### DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

<b>Clinique</b>	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
<b>Paraclinique</b>	1 <sup>ère</sup> 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 <sup>ème</sup> intention	- Dosages hormonaux : Testostérone – Oestradiol – DHA – Δ4androsténone – FSH – LH - Prolactine - IRM hypophysaire - Hystérocopie - Hystérosalpingographie

### ETIOLOGIES

/!\ 3 diagnostic principaux

- Grossesse
- Ménopause
- Allaitement

<b>Utérine</b>	- Synéchie utérine - Sténose cicatricielle du col utérin - Atrophie endométriale (progestatifs)
<b>Ovarienne</b>	- 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
<b>Hypophysaire</b>	- 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/>

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

## HYPERANDROGENIE

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

## BLOC EN 21 HYDROXYLASE : HYPERPLASIE BILATERALE DES SURRENALES

<b>Clinique</b>	Incomplète : Insuffisance surrénale chronique – Pseudo puberté précoce Hyperandrogénie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperséborrhée / Acné</li> <li>- Hirsutisme / Alopécie temporale</li> <li>- Spanioménorrhée / Aménorrhée</li> <li>- Virilisation<sup>o</sup> : Voix rauque – Hypertrophie <math>\mu</math> – Hypertrophie clitoridienne/des grandes lèvres</li> </ul> Complète : ISA néonatale - Pseudohermaphrodisme
<b>Paraclinique</b>	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)

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

## 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