

Aménorrhées secondaires

Définition

- On appelle aménorrhée secondaire, une absence de menstruation depuis plus de 3 mois, chez une patiente antérieurement bien réglée
- L'aménorrhée secondaire est beaucoup plus fréquente que l'aménorrhée primaire
- La première cause à éliminer est la grossesse
- Un interrogatoire bien mené retrouve souvent la cause probable

Démarche diagnostique

- **Interrogatoire :**
 - Risque potentiel de grossesse +++
 - Mode d'installation, facteurs déclenchants, cycles antérieurs
 - Thérapeutiques (neuroleptiques, œstro-progestatifs)
 - Antécédents gynéco-obstétriques (conisation, Interruption Volontaire de Grossesse, curetage, accouchement, pathologie ovarienne)
 - Signes associés (galactorrhée, douleurs, bouffées de chaleur, hyper-androgénie...)
 - Changement de mode de vie (poids, affectif...)
- **Examen clinique :**
 - Poids, taille
 - **Morphotype :**
 - Imprégnation oestrogénique (glaire cervicale, trophicité muqueuses)
 - Imprégnation androgénique (acné, hirsutisme)
 - Dysthyroïdie
 - Galactorrhée
 - Gros utérus, masse annexielle
- **Examens complémentaires :**
 - **HCG plasmatique**
 - **Test aux progestatifs :** en 1^{ère} intention, administration pendant 10 jours d'un progestatif (exemple : 2 comprimé de Duphaston 10 mg/j/10j), si hémorragie de privation :
 - Œstrogène endogène suffisant (≥ 50 pg/ml)
 - Endomètre normal et réceptif
 - Fonctionnement hypophysaire gonadotrope subnormal (à part le pic de LH)
 - **Courbe de température :** pendant 2 à 3 mois
 - **Dosages hormonaux principaux (FSH, LH, prolactine) :** situent le problème dans la majorité des cas
 - **FSH élevée** → atteinte ovarienne
 - **FSH normale** → atteinte de l'utérus ou de l'hypothalamus
 - **FSH basse** → atteinte hypophysaire
 - **LH augmentée** → atteinte ovarienne
 - **Prolactine augmentée** → aménorrhée avec hyper-prolactinémie
 - **En fonction du contexte :**
 - **Dosages hormonaux autres :** œstradiol, testostérone, Delta-4-androstenedione, DHA et S-DHA
 - Echographie pelvienne, hystérocopie, hystérosalpingographie, coelioscopie
 - Radiographie de la selle turcique, scanner, IRM



Etiologies

- **Aménorrhées secondaires périphériques :**
 - **Causes utérines :**
 - **Sténose cicatricielle du col :** électrocoagulation, cancer du col, douleurs menstruelles fréquentes
 - ✓ **Traitement :** cathétérisme du col
 - **Synéchies :** rarement tuberculeuses, traumatiques +++, synéchies étendues, synéchie isthmique
 - **Causes ovariennes :**
 - **Ménopause précoce :** elle est provoquée par l'épuisement prématuré du capital ovarien ou un dysfonctionnement ovarien. La ménopause est dite précoce lorsqu'elle s'installe avant 40 ans. Sa prévalence est d'environ 2 % dans la population. Le diagnostic est affirmé par un taux de FSH très élevé confirmé par 2 dosages faits à un mois d'intervalle
 - ✓ **Causes :** plusieurs causes sont invoquées :
 - ❖ **Chirurgicales :** ovariectomie
 - ❖ **Toxiques :** chimiothérapie, radiothérapie, tabac
 - ❖ **Auto-immunité**
 - ❖ **Génétiques**
 - ✓ **Traitement :** substitutif, œstro-progestatif, est nécessaire pour éviter des troubles trophique, une involution des organes génitaux, des troubles sexuels et une ostéoporose
 - **Dystrophie ovarienne (syndrome des Ovaires Poly-Kystiques) :**
 - ✓ **Clinique :**
 - ❖ Aménorrhée secondaire succédant à une spanioménorrhée
 - ❖ Obésité de type androïde
 - ❖ Stérilité anovulatoire
 - ✓ **Paraclinique :**
 - ❖ LH élevée sans pic ovulatoire
 - ❖ FSH normale ou diminuée
 - ❖ Androgènes élevés
 - ✓ **Echographie / Coelioscopie :** gros ovaires réguliers blanc nacré sans ovulation
 - ✓ **Physiopathologie :** n'est pas encore bien élucidée
 - ✓ **Traitement :** œstro-progestatifs, anti-androgènes, citrate de clomifène
- **Aménorrhées secondaires centrales :**
 - **Causes hypophysaires :**
 - **Syndrome de Sheehan :** insuffisance hypophysaire par nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse, secondaire à un accouchement hémorragique
 - ✓ **Clinique :** absence de montée laiteuse, asthénie, frilosité, anomalie de la pilosité
 - ✓ **Biologie :** TSH, gonadotrophines, prolactines, ACTH et cortisol bas
 - ✓ **Traitement :** substitutif (œstro-progestatifs, hydrocortisone, hormones thyroïdiennes)
 - **Aménorrhée avec hyper-prolactinémie :**
 - ✓ **Adénomes à prolactine :** galactorrhée, céphalées, troubles visuels
 - ❖ **Biologie :** prolactinémie > 100 ng/ml
 - ❖ **Radiologie :** radiographie du crâne, scanner ou IRM
 - ❖ **Traitement :** chirurgical
 - ✓ **Micro-adénomes :** mesurant moins de 10 mm de diamètre. Le diagnostic radiologique est plus difficile, il faut alors recourir à l'examen IRM de l'hypophyse
 - ❖ **Traitement :** médical

✓ **Hyper-prolactinémie non-tumorale** : le taux de prolactine est modérément élevé < 100 ng/ml : antidépresseurs, neuroleptiques, Largatil, dogmatil, α -méthyl-dopa, Cimétidine

- **Causes hypothalamiques** : aménorrhée des athlètes de haut niveau (trouble de la sécrétion de LH), aménorrhée psychogène, anorexie mentale, aménorrhée post-pilule
- **Causes générales ou endocriniennes** : affection grave avec tableau de dénutrition (cirrhose, cancer...), maladies endocriniennes, hypothyroïdie, Cushing, Addison

