

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

Cours destiné aux étudiants de 5<sup>ème</sup> année de médecine  
Module de gynécologie

# Les aménorrhées

Fait par Dr CHERGUI T  
Maitre assistant

Année universitaire 2012-2013

Docteur CHERGUI Toufik  
Maître Assistant  
Gynécologie- Obstétrique  
N° Ordre 25/4353

## Les aménorrhées

### 1 - Introduction et définitions :

- Aménorrhée primaire : c'est l'absence de survenue des ménarches (première règle) chez une femme en âge d'être réglée, l'âge limite d'apparition des règles est de 18 ans.
- Aménorrhée secondaire : c'est la disparition des règles pendant une période minimale de 3 mois, chez une femme habituellement bien réglée.

### 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 (gynoïde, 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 vulve, 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.
- Coelioscopie 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 (hématocolpose).

⇒Traitement : plastie réparatrice.

-agénésie utéro-vaginale ou **syndrome de Rokitanski kuster-hausen** : absence de fusion supérieur des deux canaux de Muller, absence de l'utérus et les deux tiers sup du vagin.

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

**1 c- métrose de réceptivité** : diagnostique d'élimination, 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 insuffisant ou absents.
- le dosage des FSH et LH permet de différencier l'origine haute ou basse.

### 2 a- hypogonadisme hypergonadotrope : ↗↗ FHS et LH avec ↘ de oestrogènes et progestérones :

- **Syndrome de Turner** : caryotype : 45 XO absence du chromosome sexuel ; petite taille, thorax en bouclier ⇒ traitement : hormonal substitutif a vie.
- dysgénésie gonadique pure** : soit
  - caryotype 46 XX : impuberisme, ovaire en bandelette résistant aux gonadotrophines.
  - caryotype 46 XY : ambigüité sexuelle ; pseudo hermaphrodisme masculin.
- Acquis** : par castration radiothérapique ou chimiothérapique, avant la puberté.

### 2 b- hypogonadisme hypogonadotrope : ↘↘ FSH et LH et ↘ 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 Démorsier Kallman** : agénésie congénitale de l'hypophyse antérieur associe une aménorrhée et anosmie et une impuberisme.

## 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 ↗ ; FSH et LH ↘ ; 17 cétostéroïde normal.
  - tumeur surrénalienne virilisante** : testostérone ↗, ACTH ↘, 17 cétostéroïde très ↗
- ⇒ 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
- ⇒ Traitement les corticoïdes.
- d'origine maternelle** : signes de virilisation foetal chez une fille a caryotype 46 XX, organes génitaux externes virilisés due a des traitements au cours de la grossesse par des hormones virilisantes.

### 3b- avec signes d'ambigüité sexuelle :(pseudo hermaphrodisme masculin) :

Absence ou une insuffisance de virilisation chez un foetus 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 au les grandes lèvres.

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

### 3- L'aménorrhée secondaire :

#### A-L'intérogatoire :

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

#### B-examen somatique :

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

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

#### D- Etiologies :

##### 1- causes utérines :

- synéchie utérine suite a un curetage ou endométrite , traitement chirurgical.
- tuberculose génitale : endométrite , culture d'un fragment de endomètre.
- sténose cicatriciel du col : hématimétrie après conisation cervicale ou électro coagulation, traitement chirurgicale
- atrophie endométriale post pilule : persiste 2 a 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, cœlioscopie : aspect de l'ovaire en noyau de datte.
- dystrophie ovarienne** : syndrome de Stein leventhal : aménorrhée secondaire suite a une longue période de spanioménorrhée , obésité , stérilité ,(syndrome des OPK ) ovaires poly kystique avec FSH normal et LH  $\nearrow$
- ovarite auto-immune** : associe a d'autre maladie auto-immune (Basedow ou thyroïdite d'hachimoto). Biopsie ovarienne.

##### 3- cause hypothalamo-hypophysaire :

###### a- Avec galactorrhée :

- Adénome a 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 a une hémorragie de poste partum.
- adénome de l'antéhypophyse** : panpytuitarisme (somatotrope, gonadotrope, thyriotrope, corticotrope).
- tumeurs sus hypophysaire** : craniopharyngiome
- causes fonctionnelle : stress psychologique, choc psychoaffectif, anorexie mentale.