

LES AMÉNORRHÉES SECONDAIRES

Dr Mekhnache
EHS SMK

-Introduction :

Conditions nécessaires pour que les règles surviennent :

- Intégrité anatomique et fonctionnelle des voies génitales,
- Intégrité du système de commande neuro-hypothalamo-hypophysaire, dont l'activité est liée au taux des hormones stéroïdes ovariennes,
- à la présence de **monoamines** hypothalamiques et au taux circulant de **prolactine**.

-Définitions :

Il convient de distinguer

-l'**aménorrhée primaire**: (absence de ménarche chez une jeune fille de plus de 16 ans) et

- l'**aménorrhée secondaire** (absence de règles depuis plus de trois mois chez une femme antérieurement réglée).

-Cette dernière est de loin **la plus fréquente**

-La principale cause d'aménorrhée secondaire chez la femme en âge de procréer est la grossesse, qu'il faut éliminer par l'examen clinique et le dosage du **β -hCG**.

Les aménorrhées secondaires

I. Démarche diagnostique :

A. Interrogatoire :

- *Un interrogatoire bien mené permet de trouver une étiologie dans 85 % des cas.*

Il permet d'apprécier :

- Le mode d'installation de l'aménorrhée, son ancienneté, le caractère unique ou répété, son caractère isolé ou associé à des douleurs pelviennes cycliques, des bouffées de chaleur ou des **mastodynies**,
- La nature des cycles antérieurs : irrégularité, longueur, abondance des règles,
- La prise de thérapeutiques : neuroleptiques, **œstroprogestatifs**,
- Les antécédents gynéco-obstétricaux **IVG** curetage récent, accouchement, suites de couches, **conisation**, **myomectomie**s, césariennes,
- Un changement dans le mode de vie : prise de poids, ou amaigrissement, conditions psychologiques particulières : divorce, conflit familial et social, choc psychoaffectif, déménagement.
- L'éventualité d'une grossesse.

B. Examen clinique :

- Enregistre le poids, la taille, l'index de masse corporelle,
- Recherche des signes cliniques :
 - 1-d'**hyperandrogénie**
 - 2-de **dysthyroïdie**,

3-de dysfonctionnement surrénalien associés,

- Objective : une masse annexielle, un gros utérus, une **galactorrhée**, un goitre thyroïdien.

C. Bilan paraclinique :

1. **Test aux progestatifs** pratiqué en première intention, consiste à administrer pendant 10 jours un progestatif, (par exemple de la **dydrogestérone** Duphaston® 10 mg, 2 comprimés par jour) la survenue d'une hémorragie de privation dans les deux jours suivant l'arrêt permet d'affirmer que :
 - L'**endomètre** est normal et réceptif,
 - Le taux d'**œstradiol** endogène est suffisant,
 - Le fonctionnement hypophysaire gonadotrope est subnormal à part le pic de LH.
2. **Courbe de température** donne des renseignements sur le fonctionnement ovarien.
3. **Échographie pelvienne** recherche des stigmates d'OPK et une hématométrie.
4. **Dosages hormonaux** et imagerie sont demandés selon le contexte.
 - Le premier bilan clinique et paraclinique permet de situer l'origine de l'aménorrhée :
 - 1) les causes périphériques, utérines et ovariennes.
 - 2) les causes centrales.

II. Les étiologies :

1. Les aménorrhées secondaires périphériques

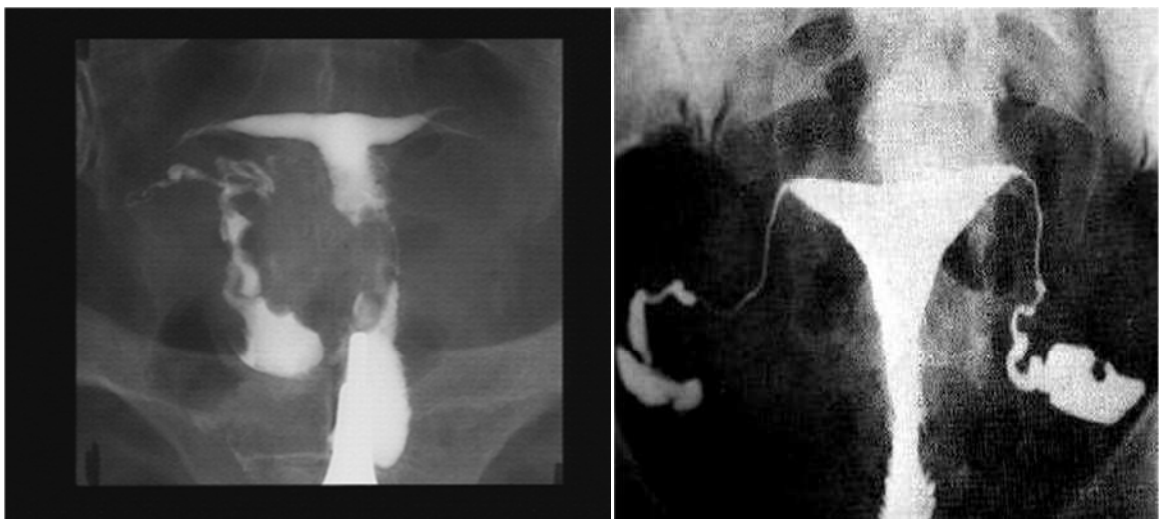
A. D'origine utérine

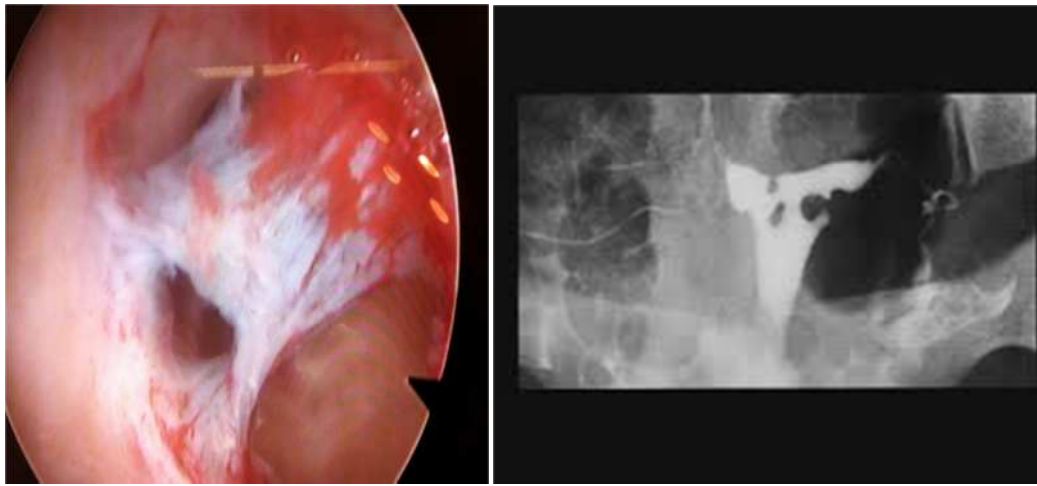
a. **Synéchies utérines (syndrome d'Asherman)**

- rarement tuberculeuses
- traumatiques +++
- synéchies étendues
- synéchie isthmique

*Le diagnostic repose sur l'**hystéroscopie***

b. **Sténose cicatricielle du col utérin**





B. D'origine ovarienne

1) Ménopause précoce ou physiologique

Le diagnostic est affirmé par un taux de **FSH** très élevé confirmé par 2 dosages faits à un mois d'intervalle.

2) Dystrophie ovarienne ou syndrome des OPK

Typiquement associé à :

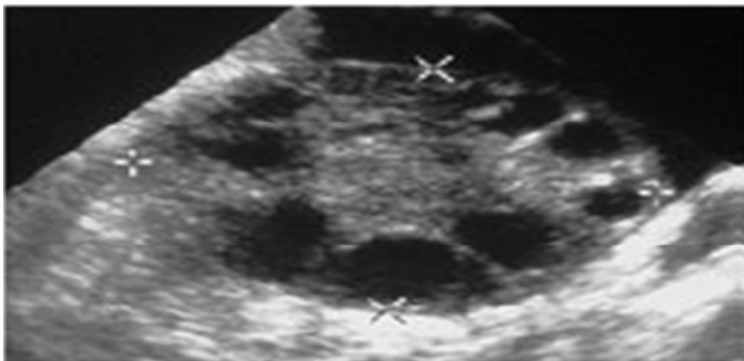
- Une aménorrhée secondaire succédant à une **spanioménorrhée**,
- Une obésité de type androïde,
- Une stérilité anovulatoire et 2 volumineux ovaires réguliers sans trace d'ovulation, de couleur blanc nacré à la **coéloscopie** .
-

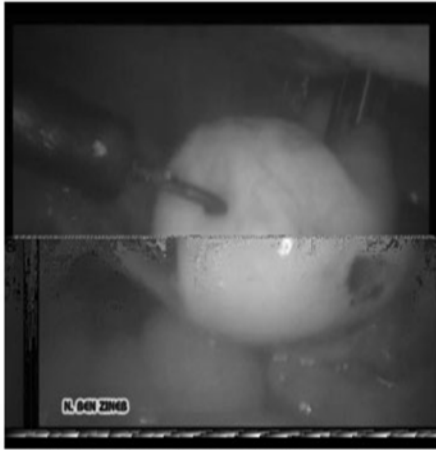
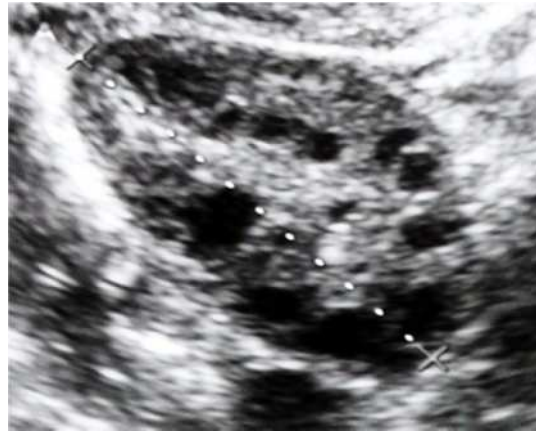
Le diagnostic est paraclinique :

LH augmentée sans pic ovulatoire,

FSH normale -> augmentation du rapport LH/FSH > 2,

- **Androgènes** élevés
- La physiopathologie de l'OPK n'est pas encore bien élucidée.
- => Échographie :
augmentation du volume ovarien -> ovaire sphérique
hypertrophie du stroma,
couronne de microkystes.
- *Traitement* : il est différent selon que la patiente souhaite ou non une grossesse





2. Les aménorrhées secondaires centrales

A. Aménorrhées hypophysaires

a) Syndrome de Sheehan

il réalise une insuffisance hypophysaire globale par nécrose ischémique du lobe antérieur, secondaire à un accouchement hémorragique.

Cliniquement : absence de montée laiteuse et de retour de couches,

b) Hypophysite auto-immune :

Elle réalise un tableau voisin et se caractérise par la positivité des auto-anticorps antihypophyse

c) Tumeurs de l'hypophyse

d) Aménorrhées avec hyperprolactinémies

- **Les adénomes à prolactine** En cas d'adénome vrai ou macroadénome, l'aménorrhée est souvent associée à une galactorrhée, des céphalées et des troubles visuels.

- Les hyperprolactinémies non tumorales

Elles entraînent une aménorrhée-galactorrhée isolée.

B. Aménorrhées hypothalamiques

Les plus fréquentes, elles traduisent un déséquilibre neurohypothalamique. Il peut s'agir d'aménorrhée associée à des troubles du comportement alimentaire

a - Aménorrhées post-pilules

b-Aménorrhées des athlètes « de haut niveau »

c-Aménorrhées psychogènes

d- Aménorrhées de l'anorexie mentale

e- Aménorrhées de cause générale ou endocrinienne