

# AMÉNORRHÉES SECONDAIRES

- On appelle aménorrhée secondaire une absence de menstruation depuis plus de trois 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, OP)
  - atcd gynéco-obst (conisation, IVG, curetage, accouchement, patho ovarienne)
  - signes associés (galactorrhée, dl, bouffées de chaleur, hyperandrogénie...)
  - changement,t de mode de vie (poids, affectif...)

# Examen

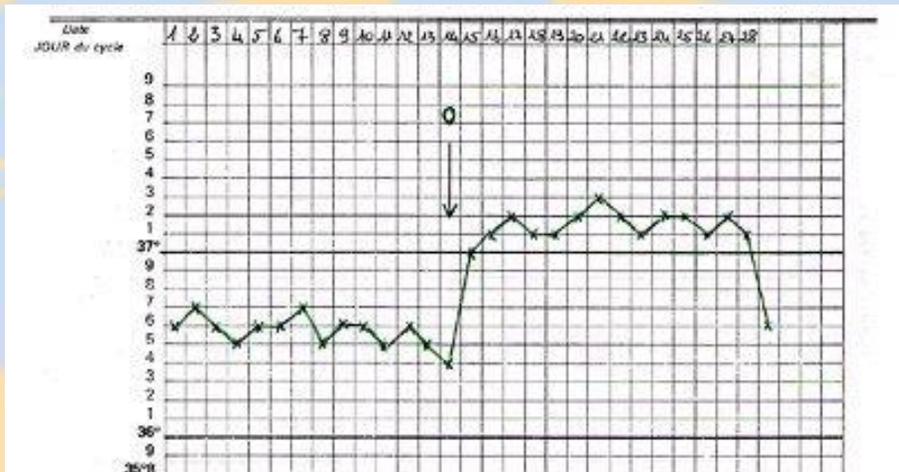
- Poids, taille
- Morphotype
  - imprégnation oestrogénique (glai­re cervicale, trophicité muqueuses)
  - imprégnation androgénique (acné, hirsutisme),
  - dysthyroïdie
- galactorrhée
- gros utérus, masse annexielle

# Ex complémentaires

- **HCG plasmatique**
- **Test aux progestatifs**
  - en 1ère intention
  - administration pendant 10 j d 'un progestatif (ex : 2cp Duphaston 10 mg/j/10j)
  - si HR de privation :
    - E2 endogène suffisant ( $\geq 50$ picog/ml)
    - endomètre normal et réceptif
    - fonctionnement hypophysaire gonadotrope subnormal (à part le pic de LH)

# Ex complémentaires

- **Courbe de température pendant 2 à 3 mois**



# Ex complémentaires

- Dosages hormonaux principaux
- FSH, LH, Prl : situent le Pb 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 de l'ovaire
  - prolactine augmentée : aménorrhée avec hyperprolactinémie

# Examens complémentaires

- En fonction du contexte
  - dosages hormonaux autres :
    - oestradiol, testostérone, Delta 4 androstenedione, DHA et S-DHA
  - Echo pelvienne, HSS, HSG, coelioscopie
  - radiographie de la selle turcique, scanner, IRM

# ETIOLOGIES

- **Origine utérine**

Le récepteur utérin est atteint. L'axe gonadotrope n'est pas perturbé. Il n'existe donc pas de troubles hormonaux associés.

Elles sont évoquées face à :

- des éventuelles douleurs pelviennes
- un test aux progestatifs négatif
- une courbe thermique normale biphasique
- des dosages hormonaux normaux
- 

L'échographie pelvienne est normale ou peut parfois mettre en évidence une hématométrie

Le diagnostic est fait par hystérocopie ou hystérographie.

# Causes utérines

- Sténose cicatricielle du col
  - électrocoagulation
  - cx du col
  - dl menstruelles fréquentes
  - trt : cathétérisme du col
- Synéchies
  - rarement tuberculeuses
  - traumatiques +++
  - synéchies étendues
  - synéchie isthmique

# Aménorrhées ovariennes

Elles sont évoquées devant :

- parfois des bouffées de chaleur
- une courbe thermique plate
- un test aux progestatifs négatif
- un taux d'œstradiol bas avec des taux de FSH et LH élevés

# Aménorrhées ovariennes

- Ménopause précoce
  - < 40 ans ; 2% de la pop
  - arrêt de la fction ovariennes pas tjrs définitif
  - pfs contexte familial
  - test pg -
  - FSH très élevée par 2 dosages à un mois d 'intervalle
  - THS
  - causes : cx, toxiques, auto-immunes, génétiques

# Dystrophie ovarienne ou syndrome des OPK

- Clinique

- Aménorrhée II succédant à une spanioménorrhée
- obésité de type androïde
- stérilité anovulatoire

- Paraclinique

- LH élevée sans pic ovulatoire
- FSH normale ou diminuée
- test LH-RH : réponse explosive
- androgènes élevés

- Echo/coelio :

- gros ovaires réguliers blanc nacré sans ovulation

- Traitement :

- OP antiandrogènes ; citrate de clomifène

# Causes ovariennes

- Hypoplasies ovariennes
  - FSH élevé, caryotype nl
  - THS
  - biopsie CI
- Dysgénésies gonadiques
  - mosaïque XX/XO

# Aménorrhées hypophysaires

- **Syndrome de Sheehan**

- insuffisance hypophysaire par nécrose du lobe ant secondaire à un accouchement hémorragique
- absence de montée laiteuse, asthénie, frilosité, anomalie de la pilosité
- bio :
  - TSH, gonadotrophines, prolactines, ACTH et cortisol bas
- trt : substitutif
  - OP, hydrocortisone, H thyroïdiennes

# Aménorrhées hypophysaires

- Aménorrhée avec hyperprolactinémie
  - adénomes à prolactine
    - galactorrhée, céphalées, troubles visuels
    - prl > 100 ng/ml
    - RX du crane, scanner ou IRM
    - trt cx
  - microadénomes
    - IRM
    - trt médical
    - bon pnc
  - hyperprolactinémies non tumorales
    - antidépresseurs, neuroleptiques, largatil, dogmatil, alpha-méthyl dopa, cimétidine

# Aménorrhées hypothalamiques

- Aménorrhée post-pilule
- athlètes de haut niveau
  - trouble de la sécrétion de LH
  - test LH-RH : augmentation de la réponse à la FSH
- psychogènes
- anorexie mentale

# Cause générale ou endocrinienne

- Affection grave
- maladies endocriniennes
  - hypothyroïdie
  - Cushing
  - Addison

# Etiologies

## Aménorrhées secondaires

