



LES AMENORRHÉES

Dr OUSALAH.F
Maitre assistante en gynécologie
obstétrique HMRUO

PLAN DU COURS: LES AMÉNORRHÉES

I-GENERALITE-DEFINITION

II-LES AMENORRHEES PRIMAIRES

1. Définition

2. Etude clinique

a-Interrogatoire.

b-Examen général.

c-Examen gynécologique.

3-Examen complémentaire

4-Les étiologies des Aménorrhées primaires

a. Caractères sexuels II présents et normaux.

b. Caractères sexuels II présents et anormaux.

c. Caractères sexuels absents : Impubérisme.

III-LES AMENORRHEES SECONDAIRES

1.Définition

2. Etude clinique.

a-Interrogatoire.

b-Examen clinique.

3. Examens complémentaires

4. Les étiologies des Aménorrhées secondaires

a-Causes Utérines.

b-Causes Ovariennes.

c-Causes HypothalamoHypophysaires.

IV- CONCLUSION

I-DEFINITION GENERALITES

Définition : L'aménorrhée est l'absence des règles chez une femme en âge d'être réglée ; en dehors de la grossesse ;

L'aménorrhée peut être :

***Primaire** : Les premières règles ne sont pas apparues à l'âge de 16-17 ans.

***Secondaire** : c'est l'absence des règles de plus de trois mois, chez une femme antérieurement réglée.

Il faut savoir, que pour qu'un cycle menstruel se déroule normalement,

il faut:

- Un cortex non perturbé.
- Un axe hypothalamo_hypophysaire normal.
- Des ovaires normaux.
- Un endomètre réceptif.
- Une filière génitale perméable.

II-LES AMENORRHEES PRIMAIRES :

1- Définition :

c'est l'absence, des règles, à un âge où elles auraient dû apparaître (16- 17 ans).

Age auquel il faut commencer à s'inquiéter de leur absence, et d'entreprendre un bilan pour rechercher l'étiologie, afin de pouvoir la traiter.

2 - Etude clinique :

A. Interrogatoire : Précise,

Les antécédents personnels, et familiaux (prise médicamenteuse de la mère pendant la grossesse, date de la ménarche chez la mère et les sœurs, affection neurologique dans l'enfance.

Les signes d'accompagnement, tels que les douleurs pelviennes cycliques.

B. Examen Général : permet :

- D'apprécier, Le degré de maturation pubertaire : taille, poids, morphotype, existence ou insuffisance de développement des caractères sexuels secondaires.
- De rechercher des anomalies : hyper androgénie, Hyperprolactinémie, hypercorticisme.

C. Examen gynécologique :

Inspection de la vulve, de l'hymen.

Toucher rectal : pour préciser la présence de l'utérus et des ovaires.

Spéculum de la vierge, pour explorer le vagin, et le col.

3- Examens complémentaires :

Sont nombreux, et le choix doit être orienté par la clinique.

***La courbe menothermique**, faite sur plusieurs mois, permet de préciser l'existence ou l'absence de l'ovulation. :

***Les frottis vaginaux** ; pour apprécier, l'imprégnation hormonale.

***Les dosages hormonaux plasmatiques** : des hormones hypophysaires (FSH, LH), Ovariennes (œstradiol, progestérone, des androgènes (testostérone, D4androstenedione), et de la prolactine.

***La radiographie** :

- Du poignet avec recherche du sésamoïde du pouce (âge osseux)
- De la selle turcique.
- Hystérosalpingographie.
- Echographie.
- Coelioscopie.
- Caryotype et chromatine sexuelle.

4-Les étiologies des aménorrhées primaires :

A- Caractères sexuels secondaires présents et normaux :

Il s'agit d'une jeune fille pubère, d'aspect féminin, avec une vulve, une pilosité et des seins normaux :

Il peut s'agir de:

1. Imperforation de l'hymen :

Elle est responsable d'une résistance à l'écoulement des règles, réalisant la cryptoménorrhée, elle se traduit par des douleurs de plus en plus intenses, survenant de façon cyclique.

L'examen clinique retrouve, un hymen bombant et bleuté, au toucher rectal le vagin est tendu par la rétention (c'est l'hématocolpos), parfois l'utérus est augmenté de volume (hématométrie), à un degré plus les trompes sont dilatées par le sang (l'hématosalpinx).

Le risque d'une telle rétention est l'infection et la greffe endométriosique.

Le traitement est chirurgical : Incision de l'hymen.

2. Absence congénitale du vagin :

Le diagnostic est facile, confirmé par l'impossibilité de faire le toucher vaginal.

L'examen sous anesthésie et par cœlioscopie permet de constater :

a. Le syndrome de ROKYTANSKY KUSTER : avec,

Un utérus rudimentaire, un vagin absent (seul le vestibule et la vulve sont normaux)

Les ovaires et les trompes sont normaux.

La fonction des ovaires est normale,

Le caryotype est féminin.

Le traitement est chirurgical : création d'un néo vagin.

b. Autres anomalies ; moins typiques, aplasie ou atrésie du vagin, ou diaphragme du vagin.

3. Les aménorrhées utérines :

a- La synéchie tuberculeuse : secondaire à une atteinte tuberculeuse de l'endomètre, le pronostic est mauvais.

b- Les testicules féminisants : l'aspect de ces patientes est féminin, l'examen montre :

*L'absence de pilosité axillaire et pubienne.

*Vulve est normale, le vagin est de longueur variable.

*L'absence de l'utérus.

*Présence parfois au niveau des orifices inguinaux, de testicules.

*Le diagnostic est biologique, basé sur :- le caryotype : est masculin,- le taux de testostérone : est celui d'un homme.

*La cœlioscopie : absence d'utérus, de trompes et des ovaires, parfois les testicules sont intra abdominaux.

*La conduite à tenir : respecter le morphotype, extirper les gonades ectopiques car risque de cancérisation.

B- Les caractères sexuels présents, mais anormaux :

Il s'agit de sujet de sexe féminin, mais dont les caractères sexuels sont virilisés :

α-Hyperplasie congénitale des surrénales : qui réalise, un pseudohermaphrodisme féminin,

Avec des signes évocateurs :

- * Hypertrophie clitoridienne,
- * Fusion des grandes lèvres ne laissant qu'un petit orifice.
- * Pilosité de type masculine.
- * Voie grave.
- * Acné.
- * Atrophie des seins.

Le traitement : Corticothérapie qui freine l'ACTH, freine l'hyperandrogénie.

b-Tumeurs virilisantes : elles sont rares, siègent plus souvent, sur les surrénales que sur les ovaires.

C- Les caractères sexuels absents, impubérisme :

1. Impubérisme de cause général :

Le développement somatique est en retard par rapport à l'âge chronologique, ainsi qu'en témoigne l'âge osseux, l'âge statural et mental ou dentaire.

Il peut s'agir : *D'un nanisme rénal

*D'un diabète, d'une anémie, d'une cardiopathie, d'un état de dénutrition, ou d'insuffisance thyroïdienne

Le traitement: consiste en un traitement de la cause.

2. Impubérisme d'origine ovarienne :

La forme la plus caractéristique est le syndrome de TURNER, où le développement somatique est en retard par rapport à l'âge chronologique et qui associe ;

*Un nanisme,

*Des malformations diverses,

*Absence de développement mammaire, et les organes génitaux sont de type infantile.

Biologie : -absence d'œstrogène et de pregnandiol, -élévation des gonadotrophines,-le caryotype est anormal (44x0).

A la cœlioscopie : L'utérus est hypoplasique, les trompes sont grêles, les ovaires réduits à deux bandelettes fibreuses non fonctionnelles.

Le traitement : est substitutif, créer un cycle artificiel (aménorrhée est définitive).

3. Impubérisme hypothalamo- hypophysaire :

-Cliniquement, il peut être isolé, ou être un des éléments d'un hypopituitarisme prépubertaire, associant: un nanisme harmonieux, une insuffisance thyroïdienne, ou une insuffisance surrénalienne.

Le diagnostic est basé sur :

- * Le dosage des gonado- stimulines qui est très bas,
- * L'étude des antécédents, convulsions, méningoencéphalite...
- * L'examen radiologique et le fond d'œil.

On pourra mettre en évidence ; une tumeur hypophysaire, hypothalamique, des séquelles de traumatisme,....

-Autres formes, d'impubérisme hypothalmo-hypophysaire :

**Syndrome de MORSIER KALLMAN* : c'est une dysplasie olfacto-génitale.

**Le retard pubertaire simple*, ce n'est qu'après avoir éliminé toutes les autres étiologies que ce diagnostic est retenu. De diagnostic est facile, si on a la notion d'un pareil retard chez les ascendants, à la radiographie du poignet, il y a l'absence du sésamoïde du pouce.

III- LES AMENORRHEES SECONDAIRES

I-Définition :

L'aménorrhée secondaire, est l'absence de menstruation plus de trois mois, chez une femme antérieurement réglée.

Trois diagnostics doivent être éliminés, d'emblée :

- *La grossesse et l'allaitement.

- *La ménopause.

- *L'aménorrhée post thérapeutique (hystérectomie, castration,).

II -Etude clinique :

A. Interrogatoire : Précise,

*Le mode d'installation de l'aménorrhée : brutal ou progressif ayant succéder à une spanioménorrhée.

*L'existence de facteurs déclenchant : choc affectif, prise médicamenteuse, arrêt de contraception... .

*Les signes d'accompagnement : perte de poids, bouffées de chaleur, galactorrhée, des signes d'hyperandrogénie... .

*Les antécédents personnels et familiaux (ménopause précoce).

B) Examen clinique :

*Au spéculum : apprécie, les signes d'imprégnation oestrogéniques ; glaire cervicale, coloration du vagin et du col.

*Le toucher vaginal : apprécie ;

L'utérus : la mobilité ; la taille ; la sensibilité,

Les ovaires : gros, lisses, indolores évoquant le syndrome des ovaires poly kystiques.

*L'examen des glandes mammaires : recherche une galactorrhée spontanée ou provoquée.

*L'examen général ; à la recherche de signes d'hyperandrogénie, de galactorrhée, ou de maladie générale.

III- Les examens complémentaires :

***La courbe de température** : l'absence de décalage thermique, témoigne de l'absence ou la présence d'une ovulation.

***Dosage des hormones** : FSH LH, Œstrogène Progestérone, Prolactine, Testostérone D4androsteneddione, Les tests dynamiques.

***La radiographie de la selle turcique, Scanner cérébral.**

***Echographie et l'hystérosalpingographie.**

IV-Les étiologies des aménorrhées secondaires:

A. Aménorrhées de cause utérines :

Elle est évoquée, devant la triade :

*Douleurs.

*Courbe de température biphasique.

*Test aux progestatifs est négatif.

Les étiologies, sont :

**Sténose cicatricielle du col* : antécédents de conisation, d'amputation, d'électrocoagulation,...

**Synéchie traumatiques*, secondaire à un curetage avec abrasion de la muqueuse, une révision utérine mal faite, une myomectomie.

**Tuberculose génitale*, réalisant une synéchie. Le diagnostic est radiologique, biologique et histologique.

Le traitement, de ces affections est chirurgical, cure de synéchie suivie de la pose d'un stérilet et d'un traitement par les oestroprogestatifs. Le pronostic est réservé.

B. Aménorrhée d'origine ovarienne :

- 1. La ménopause précoce** : on retrouve le caractère familial.
- 2. Les tumeurs sécrétantes des ovaires** : responsable d'une aménorrhée, mais surtout de signes de virilisation.
- 3. L'ovarite auto immune** : la coexistence d'une affection auto immune.

C. Aménorrhée d'origine hypothalamohypophysaire :

1- Hyperprolactinémie : associant parfois une galactorrhée à l'aménorrhée.

Le diagnostic est fait, par le dosage de la prolactine qui est élevée.

Le diagnostic étiologique :

- Hyperprolactinémie liée à un adénome à prolactine, selon la taille le traitement sera médical ou chirurgical.

- Hyperprolactinémie non tumorale : la prolactinémie n'est pas très élevée, et les bilans neurologique et ophtalmique sont négatifs. Elle peut être:

 - *iatrogène, suite à une prise médicamenteuse (neuroleptiques, oestroprogestatifs.....),

 - *dans l'insuffisance thyroïdienne périphérique,

 - *dans l'insuffisance rénale chronique,

2-Le syndrome des ovaires polykystiques :

L'aménorrhée succède souvent à une période de spanioménorrhée.

Cliniquement, on note une obésité modérée, un hirsutisme, et deux gros ovaires lisses,

La courbe ménothermique (est plate) confirme l'anovulation.

Le dosage hormonal : FSH (nle), LH de base très élevé (6x), avec une réponse explosive de la LH au test à la GNRH,

La coelioscopie : Deux gros ovaires, blancs nacrés, lisses sans cicatrice d'ovulation.

3-Le syndrome de SHEEHAN :

Il réalise un pan hypopituitarisme, par nécrose de l'antéhypophyse, survenue suite à un accouchement très hémorragique.

4-L'Aménorrhée psychogène:

après avoir éliminé une cause organique,
d'apparition brutale, après un traumatisme psychologique,
Le traitement repose sur le soutien psychologique.

5-L'Anorexie mentale :

Il s'agit d'une jeune fille, de niveau intellectuel élevé ;
L'amaigrissement suivi d'une aménorrhée secondaire,
Sur le plan hormonal, on note une FSH et LH basses.
Le traitement repose sur la psychothérapie.

IV- CONCLUSION :

Il faut savoir que :

- L'aménorrhée n'est pas une maladie mais un symptôme ou une manifestation, d'une lésion organique, ou d'un trouble fonctionnel, ou d'une maladie générale.

- Devant une aménorrhée, on doit argumenter les principales hypothèses diagnostiques, et justifier les examens complémentaires pertinents, afin d'instaurer un traitement le plus vite possible, et le plus adéquat.