

Entretien et examen cliniques - Recherche de signes évocateurs en regardant les tableaux, respirer et lire le diagramme doucement car c'est pas si facile !

Bilan de débrouillage

Standard : HCG plasmatique, FSH, LH, estradiol, TSH, Prolactine, échographie pelvienne avec compte folliculaire antral (CFA)

Selon orientation : bilan androgénique (Testostérone, SDHEA, 17OH Progestérone), caryotype...

Etiologie évidente

Prise en charge adaptée si grossesse (HCG positif), dysthyroïdie (TSH) ou hyperprolactinémie (PRL)...

Utérus présent

Evaluation Bilan Hormonal (interprétable si estradiol < 50 pg/mL)
Cf fiche Formagnyn « Les hormones »

Utérus absent

Caryotype, testostérone totale et libre
Orientation gynécologue (agénésie müllerienne...)

Aménorrhée hypothalamique

- o Fonctionnelle (carence nutritionnelle...)
- o Délai pubertaire simple
- o Autres causes rares.
- o /!\ Maladie chroniques

Insuffisance Ovarienne

Caryotype si morphotype évocateur Turner

Hyperandrogénie clinique ou biologique

Evaluation du bilan androgénique (testostérone, SDHEA, 17OH progestérone)

Pas d'étiologie endocrinologique

Renouveler le bilan.

Si antécédent obstétricaux ou de geste endo-utérin, envisager hystéroscopie

Si signes d'hypertension intracrânienne (céphalées, vomissements, changements dans la vision) : envisager IRM cérébrale.

Prise en charge pluridisciplinaire

Si hypothalamique fonctionnelle et pas de reprise de cycle :
- à 6 mois : ostéodensitométrie
- à 12 mois oestroprogestatifs (sauf de CI)

Prise en charge pluridisciplinaire

Traitement hormonal au plus vite : oestroprogestatifs en l'absence de désir de grossesse (sauf CI)

SOPK

Dépistage Sd métabolique.
Oestroprogestatifs en l'absence de désir de grossesse (sauf CI)

Autres hyperandrogénies

Prise en charge endocrinologique

Entretien

Chimiothérapie, irradiation	Déficience structure spécifique (cérébrale, ovarienne)
ATCD familial de ménarche précoce ou tardive	Retard pubertaire simple
Galactorrhée	Tumeur hypophysaire
Hirsutisme, acné	Hyperandrogénie, SOPK, tumeur ovarienne ou surrénalienne, hyperplasie congénitale des surrénales, syndrome de Cushing.
Médications (opioïdes), drogues	Associations multiples (/!\ prolactine)
Absence d'odorat	Syndrome de Kallman de Morsier
Ménarche ou cycles avant	Aménorrhée secondaire
Activité sexuelle	Grossesse
Céphalées importantes, changements vision	Tumeur système nerveux central, syndrome selle turcique vide
Intolérance température, palpitation, diarrhées, constipation, tremblements, dépression, changements cutanés	Pathologie thyroïdienne
Symptômes vasomoteurs	Insuffisance ovarienne, ménopause
Perte de poids, exercice physique intensif, troubles nutritionnels, détresse psychosociale, régime	Aménorrhée hypothalamique fonctionnelle.

Examen clinique

Examen thyroïdien anormal	Trouble thyroïdien
Acanthosis nigricans, acrochordons (fibromes mous, « tétines »)	Hyperinsulinémie (SOPK)
Taille, courbe croissance	Associations multiples, syndrome de Turner, retard pubertaire simple.
IMC	o Éleve : SOPK o Bas : Aménorrhée hypothalamique fonctionnelle.
Bradycardie	Aménorrhée hypothalamique fonctionnelle.
Développement normal des seins	Présence d'estrogène circulant (possible si absence cependant)
Syndrome dysmorphique évocateur (pterygium colli...)	Syndrome de Turner
Calvitie masculine, hypertrichose, acné	Hyperandrogénie, SOPK, tumeur ovarienne/surrénalienne, hyperplasie congénitale des surrénales, Sd Cushing
Ex. pelvien : pas d'utérus ou anomalie	Agénésie Müllerienne, syndrome insensibilité aux androgènes
Ex. pelvien : hypertrophie clitoridienne	Tumeur androgénique sécrétante, hyperplasie congénitale des surrénales, déficit 5alpha réductase
Ex. pelvien : muqueuses fines, rouges	Déficit androgénique
Développement anormal caractères sexuels secondaires	Syndrome de Turner, retard pubertaire simple, causes rares
Vergetures, bosse de bison, obésité centrale, HTA	Syndrome de Cushing