



Syndrome des ovaires polykystiques en période péripubertaire : polymorphisme clinique, biologique, métabolique et génétique

Polycystic ovary syndrome in pubertal period: clinical, biological, metabolic and genetic polymorphism

S. Trimèche ^{a,b,*}, J.-F. Thuan Dit Dieudonne ^{a,b}, C. Jeandel ^a,
F. Paris ^{a,b}, I. Simoni-Brum ^a, F. Orio ^a, C. Sultan ^{a,b}

^a *Unité d'endocrinologie et gynécologie pédiatriques, service de pédiatrie I, Hôpital Arnaud-de-Villeneuve, CHU de Montpellier, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34235 Montpellier cedex 5, France*

^b *Service d'hormonologie du développement et de la reproduction, Hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34235 Montpellier cedex 5, France*

MOTS CLÉS

Adolescente ;
Hyperandrogénie ;
Puberté ;
Syndrome des ovaires
polykystiques

Résumé Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) constitue une cause fréquente des hyperandrogénies de l'adolescente. Dans sa forme complète postménarchale, ce syndrome doit associer deux signes cliniques, deux signes biologiques et deux signes échographiques caractéristiques. Plusieurs facteurs ont permis de mieux analyser les différentes formes cliniques du SOPK de l'adolescente et d'identifier les pièges diagnostiques à un âge de la vie où ce diagnostic engage un traitement de plusieurs années et interpelle l'adolescente sur son avenir gynécologique. Au cours des trois dernières années, nous avons pris en charge dans le service 45 adolescentes qui présentaient une hyperandrogénie principalement d'origine ovarienne : 32 avaient un SOPK et 13 une hyperandrogénie ovarienne fonctionnelle (HOF), définie par un tableau clinique et biologique de SOPK, sans images échographiques. Dans cette étude, nous décrivons, à partir d'une expérience personnelle ainsi que des données récentes de la littérature, les formes cliniques du SOPK qui sont rencontrées en période péripubertaire : la forme postménarchale typique, la forme préménarchale, la forme postpubarche précoce, la forme postpuberté précoce, la forme familiale et la forme avec insulino-résistance.

© 2004 Publié par Elsevier SAS.

☆ La version originale de cet article a été publiée dans Elsevier, *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 32,2004 : 3-17.

* Auteur correspondant.

KEYWORDS

Adolescent girl;
Hyperandrogenism;
Puberty;
Polycystic ovary
syndrome

Abstract Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a common cause of hyperandrogenism in adolescent girls. In its complete post menarchal expression, the syndrome is characterized by the association of typical clinical, biological, and ultrasonographic findings. Many factors have contributed to our knowledge of different clinical forms of PCOS in adolescent girls. They are helpful for clarifying misleading situations in a period of life when diagnosis of PCOS implies a treatment for many years and may interfere with gynecological outcome. During the last 3 years, we had the opportunity to follow-up in our unit 45 adolescent girls with ovarian hyperandrogenism: 32 of them had PCOS and the other 13 functional ovarian hyperandrogenism defined by clinical and biological hyperandrogenism without ultrasonographic abnormality. In this review, we report, from our personal experience as well as from recent literature data, the various clinical expressions of PCOS in the pubertal period: the classical post menarchal form, the exceptional pre menarchal form, the post precocious pubarche and the post precocious puberty forms, the familial expression as well as the dominant metabolic expression.

© 2004 Publié par Elsevier SAS.

Introduction

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est une cause fréquente des hyperandrogénies de l'adolescente : dans notre expérience, il représente environ un tiers des hyperandrogénies de la période péripubertaire.¹ Dans sa forme complète postménarchale, ce syndrome associe des signes cliniques, biologiques et échographiques caractéristiques.² Son diagnostic est parfois difficile en période pubertaire où une hyperandrogénie transitoire est habituellement observée, les spanioménorrhées sont fréquentes et les images échographiques évolutives.

Plusieurs facteurs ont permis de mieux définir les différentes formes cliniques du SOPK de l'adolescente, d'identifier les pièges diagnostiques à un âge de la vie où ce diagnostic engage un traitement de plusieurs années et interpelle l'adolescente sur son avenir gynécologique. Ce sont principalement l'analyse rigoureuse de la symptomatologie clinique, biologique et échographique, une approche physiopathologique approfondie, une analyse de l'insulinosécrétion systématique comme l'étude rétrospective du SOPK de l'adolescente et l'expertise génétique habituelle.

Dans cette revue, nous décrivons à partir d'une expérience personnelle comme à travers les données récentes de la littérature, les formes cliniques du SOPK qui sont rencontrées en période péripubertaire. Il s'agit principalement d'identifier à cette période les adolescentes à risque qui nécessitent une surveillance clinique particulière et une prise en charge thérapeutique précoce. C'est à ce prix qu'on peut réduire ou abolir les complications métaboliques et cardiovasculaires qui aggravent l'évolutivité du SOPK.

Au cours des trois dernières années, nous avons pris en charge dans le service 45 adolescentes qui

présentaient une hyperandrogénie principalement d'origine ovarienne : il s'agissait pour 32 d'entre elles de SOPK et pour les 13 autres d'hyperandrogénie ovarienne fonctionnelle (HOF), définie par un tableau clinique et biologique de SOPK, sans images échographiques.

Formes cliniques

Forme typique postménarchale

La période péripubertaire est caractérisée par des irrégularités menstruelles, des cycles volontiers dysovulatoires, ce qui rend difficile la distinction entre une hyperandrogénie « physiologique » transitoire et un authentique SOPK. En général, la persistance de ces troubles au-delà des deux premières années après la ménarche doit faire évoquer le diagnostic de SOPK,³ a fortiori si une hyperandrogénie clinique ou biologique franche est associée.

La définition du SOPK varie considérablement selon les équipes, ce qui rend difficile, sinon hasardeux toute analyse des données de la littérature. Le phénotype nord-américain repose sur l'association d'une oligoménorrhée (moins de six cycles par an) à une élévation des androgènes plasmatiques (testostérone libre ou totale).⁴ Le phénotype « anglais » se limite à une définition échographique (ovaires augmentés de volume avec une couronne d'au moins 10 follicules, de diamètre inférieur à 10 mm) et une augmentation de la densité du stroma.⁵ Or, moins de 30 % des femmes jeunes ont des ovaires polykystiques à l'échographie sans être pour autant porteuses d'un véritable SOPK.⁶ Nous considérons, pour notre part, que le diagnostic de SOPK de l'adolescente doit impérativement associer à la fois deux signes cliniques, deux signes biologiques et deux signes échographiques figurant

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9319304>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9319304>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)