

Aménorrhée Primaire Révélant un Adénome a Prolactine Evoluant Depuis L'enfance Primary Amenorrhea Revealing a Prolactinoma Evolving Since Childhood

I.Damoune¹, M.Rchachi¹, H.El Ouahabi¹, F.Ajdi²

¹Service d'endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques CHU Hassan II Fès Maroc

²Faculté de Médecine et de Pharmacie Université Ibn Zohr Agadir Maroc

Abstract: Primary amenorrhea can occur for a variety of reasons as genetic defects, tumors or hormonal disorders. We will report the cases of two adult patients with primary amenorrhea with normal secondary sexual characters revealing a prolactinoma probably evolving since childhood which stopped pubertal development before the occurrence of menstruation.

Keywords: Primary amenorrhea, pituitary adenoma, hyperprolactinemia

Résumé : L'aménorrhée primaire peut être l'entrée dans de multiples pathologies génétique, tumorales ou du à un dysfonctionnement hormonal. On va rapporter le cas de deux patientes adultes présentant une aménorrhée primaire à caractères sexuels normaux révélant un adénome hypophysaire à prolactine évoluant probablement depuis l'enfance qui a stoppé le développement pubertaire avant la survenue de menstruations.

Mot clés : aménorrhée primaire, adénome hypophysaire, hyperprolactinémie

I. Introduction

L'aménorrhée primaire est l'absence de ménarche au-delà de l'âge de 16ans avec ou sans développement des caractères sexuels secondaires (CSS). L'exploration d'une aménorrhée conduit nécessairement à la découverte de pathologies congénitales ou acquises.

Patient et observation :

Première observation :

Patiente âgée de 33ans, sans antécédents pathologiques notables qui consulte pour une aménorrhée primaire. La patiente avait présenté à l'âge de 12 ans un développement normal des seins puis apparition de la pilosité pubienne et axillaire avec la non-apparition des règles, la symptomatologie s'est aggravée y a 4 ans par l'apparition d'un écoulement mamelonnaire lactescent bilatéral. L'examen clinique trouve : des seins et pilosité pubienne stade IV de Tanner sans signes d'ambiguïté sexuelle avec présence de galactorrhées bilatérales, le reste de l'examen somatique était normal. Au bilan biologique on a trouvé un hypogonadisme hypogonadotrope avec une hyperprolactinémie à 6038ng/ml. Devant ce taux tumoral de prolactine, on a réalisé une IRM hypothalamo hypophysaire montrant un macroadénome hypophysaire de 55x50x38 mm (figure 1), une IRM pelvienne a été aussi réalisé montrant un utérus et ovaires hypoplasiques.

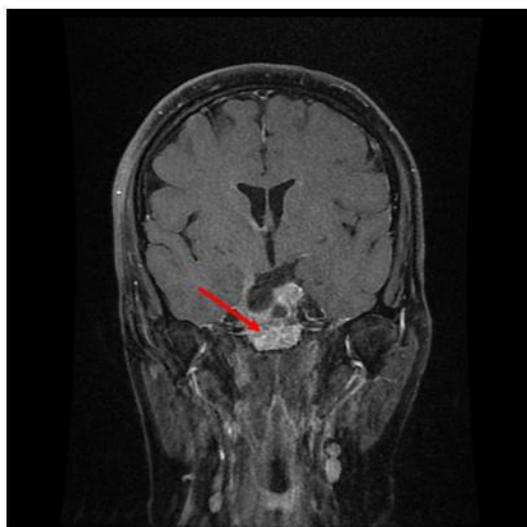


Figure 1 : coupe coronale injecté d'une IRH HH montrant le macroadénome hypophysaire

Deuxième observation :

Patiente âgée de 34ans, sans antécédents pathologique notable, qui a présenté depuis l'âge de 12 ans un développement normal des seins puis apparition de la pilosité pubienne avec la non-apparition des règles , la symptomatologie s'est aggravé y a un mois par l'installation d'une cécité bilatérale et hémiplégié droite. L'examen clinique n'avait pas retrouvé de galactorrhées spontanées ou provoquées, caractères sexuels secondaire : seins et pilosité pubienne stade IV de Tanner, vulve infantile avec absence de petites lèvres et clitoris peu développé. Devant ce tableau aigue de symptomatologie neurologique, la patiente a bénéficié d'une TDM cérébrale montrant un processus expansif tissulaire intra et extra sellaire complété par IRH hypothalamo hypophysaire montrant un volumineux macroadénome hypophysaire de 69x42mm (figure 2). Au bilan biologique, on a trouvé on a trouvé un hypogonadisme hypogonadotrope avec une hyperprolactinémie à 20 000ng/ml .

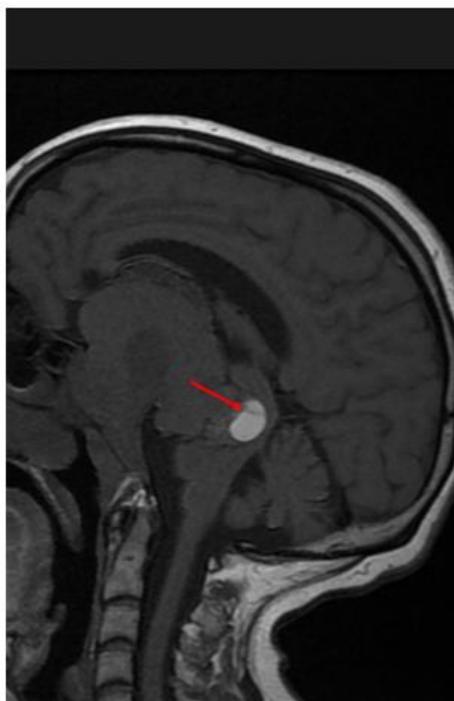


Figure N 2: coupe sagittale d'un IRH HH montrant le macoradénome hypophysaire

Les patientes ont été mises sous antagonistes dopaminergiques avec diminution du taux de prolactine et de la taille de l'adénome hypophysaire.

II. Discussion

Les aménorrhées constituent un des principaux motifs de consultation en médecine de la reproduction. Devant une aménorrhée primaire la probabilité d'une cause génétique est importante qu'il faudra d'abord éliminer en premier, l'existence d'une aménorrhée témoigne d'une atteinte de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien qui peut être congénitale ou acquise [1]. Nos patientes présentent une cause acquise de l'aménorrhée primaire, L'adénome à prolactine s'est installé probablement au cours de la puberté après le développement normal des caractères sexuels secondaires et qui a stoppé le développement pubertaire avant la survenue de menstruations Les adénomes hypophysaires sont des tumeurs bénignes, monoclonales, représentant environ 15 % des tumeurs intracrâniennes. Environ deux tiers de ces tumeurs sont sécrétantes dont les prolactinomes sont les plus fréquent avec une prévalence de 66/100 000 [2]. L'hyperprolactinémie bloque la pulsatilité de la luteinizing hormone releasing hormone (LH-RH), donc les effets cycliques sur la sécrétion de LH et FSH, donc l'ovulation ce qui en résulte des cycles irréguliers ou une aménorrhée. [3]

Une hyperprolactinémie peut être suspectée chez une patiente présentant une aménorrhée ou des cycles irréguliers (oligoménorrhée, spanioménorrhée) ou dans le cadre d'un bilan d'infertilité, une galactorrhée spontanée ou provoquée peut également être retrouvée à l'examen [4]. En cas de prolactinomes de l'adolescent, le tableau clinique est celui d'un retard pubertaire ou d'une aménorrhée primaire comme le cas de nos patientes. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) doit être aujourd'hui la seule technique utilisée à la recherche d'une tumeur de la région hypothalamo-hypophysaire. Les coupes sagittales et les séquences après injection de gadolinium sont indispensables dans l'étude des macroadénomes à prolactine (hyperprolactinémie supérieure à

150 µg/l, altération possible du champ visuel, syndrome tumoral, etc.) afin d'établir les relations de l'adénome hypophysaire avec les structures de voisinage, en particulier le chiasma optique et les sinus caverneux, et de repérer le tissu antéhypophysaire[5] Le traitement des adénomes hypophysaires repose avant tout sur les agonistes dopaminergiques, en particulier la cabergoline. L'efficacité de cette dernière est bien démontrée, tant pour normaliser la prolactinémie que pour réduire le volume tumoral afin de réduire les éventuels troubles visuels et préserver ou restaurer la fonction hypophysaire résiduelle saine [6]

III. Conclusion

Les cas qu'on a rapporté montre que l'adénome à prolactine chez nos patientes s'est installé probablement au cours de la puberté après le développement normal des CSS et qui a stoppé le développement pubertaire avant la survenue de menstruations ce qui impose devant toute aménorrhée primaire une enquête multidisciplinaire confrontant les données du bilan gynécologique, endocrinien et hypothalamo-hypophysaire

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail de recherche et à la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures :

Figure 1 : coupe coronale injectée d'une IRH HH montrant le macroadénome hypophysaire

Figure 2 : coupe sagittale d'un IRH HH montrant le macroadénome hypophysaire

Bibliographie

- [1]. Peigné M. Aménorrhées. Gynécologie [156-A-10]. 2014
- [2]. Castinetti, Brue T. Adénome hypophysaire. Traité de médecine AKOS 3-0600. 2010
- [3]. Brue T, Delemer B. French Society of Endocrinology (SFE) work group on the consensus on hyperprolactinemia. Diagnosis and management of hyperprolactinemia: expert consensus - French Society of Endocrinology. *Ann Endocrinol (Paris)* 2007;68:58-64.
- [4]. Casanueva FF, Molitch ME, Schlechte JA, Abs R, Bonert V, Bronstein MD, et al. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2006;65:265-73.
- [5]. Bonneville J et al. L'IRM hypophysaire : indications et résultats en gynécologie et en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2005 ; 33 : 147-153
- [6]. Sedda A, Meyer P. Endocrinologie. :Traitement des prolactinomes : quoi de neuf en 2010 ?. *Rev Med Suisse* 2011;7:20-24