

Démarche diagnostique devant un trouble de l'ovulation

Florence Lesourd
Centre d'AMP-CHU Paule de Viguier
Toulouse

DESC Médecine de la reproduction
Toulouse 01/04/2010

L'ovulation

Elle résulte d'une chronologie d'événements hormonaux et morphologiques permettant le développement du follicule dominant et l'atrésie des autres follicules de la cohorte.

Elle aboutit à la rupture du follicule dominant avec expulsion d'un ovocyte mûr et formation d'un corps jaune.

Le contrôle hormonal se situe à 3 niveaux :

- **hypothalamique**: sécrétions pulsatiles neuro-hormonales (GnRh)
- **hypophysaire**: sécrétion cyclique de FSH et de LH
- **ovarien**: régulation autocrine et paracrine par des molécules peptidiques et stéroïdiennes

Démarche Diagnostique: Interrogatoire

La démarche diagnostique commence par un interrogatoire et un examen clinique complet.

Les données pertinentes de l'interrogatoire:

- antécédents familiaux d'IOP, de troubles de la glycorégulation, de pertes fœtales ou néonatales inexplicées, d'anomalies génétiques
- antécédents personnels de pathologies gynécologiques dans l'enfance, d'anomalies pubertaires, d'exposition à des traitements ou toxiques in utéro, dans l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte, de pathologies obstétricales, de troubles du comportement alimentaire

Interrogatoire

- âge des premières règles, mode de survenue, signes associés
- contraception hormonales suivies
- habitus: tabac, sport
- durée et régularité des cycles spontanés
- signes fonctionnels d'hyper ou d'hypo estrogénie
- traitements déjà suivis et leurs effets

Longueur et régularité des cycles

Cycles courts ≤ 25 jours

Cycles longs > 35 jours

Cycles réguliers ± 4 jours

Aménorrhée

Examen clinique

- ✓ Examen général:
 - Taille, poids: IMC
 - Morphotype
 - Caractères sexuels secondaires
 - Répartition des graisses: tour de hanches, tour de taille
 - Pilosité: importance et répartition

- ✓ Examen gynécologique:
 - Imprégnation estrogénique
 - Aspect du col et de la glaire en fonction du jour du cycle

Les courbes ménothermiques peuvent aider à préciser la longueur et la régularité des cycles.
Elles sont faites au maximum sur 3 à 4 cycles.

En cas d'aménorrhée le test aux progestatifs permet d'orienter le diagnostic vers 1 aménorrhée hyper ou hypo estrogénique.

Courbes de température: diagnostic a posteriori

Courbe biphasique, décalage de $0,3$ à $0,5^{\circ}\text{C}$
en 24 à 48 heures, plateau d'au moins 10 jours

Longueur des cycles

Raccourcissement de la phase folliculaire (<10 jours): IOP

Courbe plate, monophasique: anovulation?

Examens de deuxième intention

Bilan hormonal

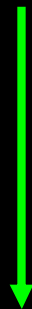
- ✓ Entre J2 et J5
- ✓ FSH, LH, E2, AMH toujours
- ✓ Androgènes, TSH, PRL, tests dynamiques en fonction des signes d'appel

Échographie

- ✓ Avant J5
- ✓ Par un opérateur entraîné+++
- ✓ Par voie vaginale
- ✓ CFA +/- volumes et surfaces

Orientation Diagnostique

Cycles courts



IOP

Bilan hormonal
Échographie

Insuffisance ovarienne

Age, contexte familial

Bouffées de chaleur, sécheresse vaginale...

Altération qualitative et quantitative du stock ovocytaire

Plus ou moins précoce, plus ou moins complète

Origine: Génétique, post thérapeutique, toxique,
auto-immune ou primitive

Insuffisance ovarienne

- ✓ Bilan hormonal J2 J5:
 - FSH élevée ou normale avec E2 élevé,
 - AMH basse

- ✓ Échographie avant J5:
 - CFA bas,
 - follicule > 10mm
 - Petits ovaires

Orientation Diagnostique

Aménorrhée:
Test aux progestatifs -

Cause ovarienne

Cause centrale

Bilan hormonal
Échographie

Anovulation centrale

origine hypothalamique ou supra-hypothalamique

Aménorrhée hypoestrogénique

Contexte:

Anorexie mentale

Stress chronique

Déséquilibre psycho-affectif

Insuffisance pondérale chronique

Activité physique excessive

Affections organiques exceptionnelles

Altération de la pulsatilité de la sécrétion de GnRh induisant
une anomalie de sécrétion de LH et/ou de FSH

Anovulation d'origine hypophysaire

Aménorrhée hypoestrogénique

Plutôt organiques: tumorale, vasculaire ou post- thérapeutique

Signes cliniques associés

Anomalie de la sécrétion cyclique des gonadotrophines

Anovulations hautes

FSH et LH sont basses

Test au LHRH

- Positif si cause hypothalamique
- Négatif si cause hypophysaire

E2 bas

AMH normale

Ovaires multifolliculaires à l'écho

Spanioménorrhée ou Aménorrhée: Test aux progestatifs +



Anovulation ou
dysovulation
normogonadotrope



OPK

Bilan hormonal
Échographie

Dysovulation ou anovulation normogonadotrope Type II OMS

Bilan hormonal normal
Échographie de réserve ovarienne normale

Syndrôme des ovaires polykystiques

Touche 5 à 10% des femmes en âge de procréer, 1^o cause d'anovulation, d'hyperandrogénie et d'infécondité

Anovulation chronique hyper-estrogénique

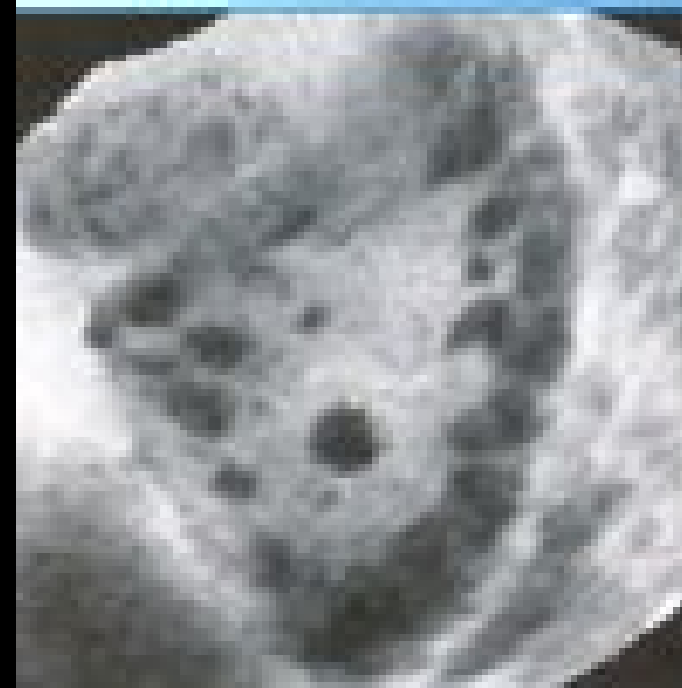
Spanioménorrhée, hyperandrogénie, hyperinsulinisme+ excès de poids

Syndrome des ovaires micropolykystiques

FSH normale ou basse, LH normale ou élevée, E2 normal
ou élevé

AMH augmentée

Augmentation du CFA



Conclusion

La démarche diagnostique devant un trouble de l'ovulation repose avant tout sur la qualité de l'interrogatoire et l'examen clinique. Des bilans complémentaires ciblés interviennent en deuxième intention pour confirmer le diagnostic et ajuster au mieux le traitement.