

# JOURNÉE D'ENSEIGNEMENT DE GYNÉCOLOGIE POUR LES MÉDECINS TRAITANTS

**VENDREDI  
14 JUIN 2019**

SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE  
PR F. GOLFIER  
CENTRE HOSPITALIER LYON-SUD

---

**Syndrome des ovaires polykystiques :  
Que dire? Que faire ?**

Dr de Ciantis  
Dr Sesques

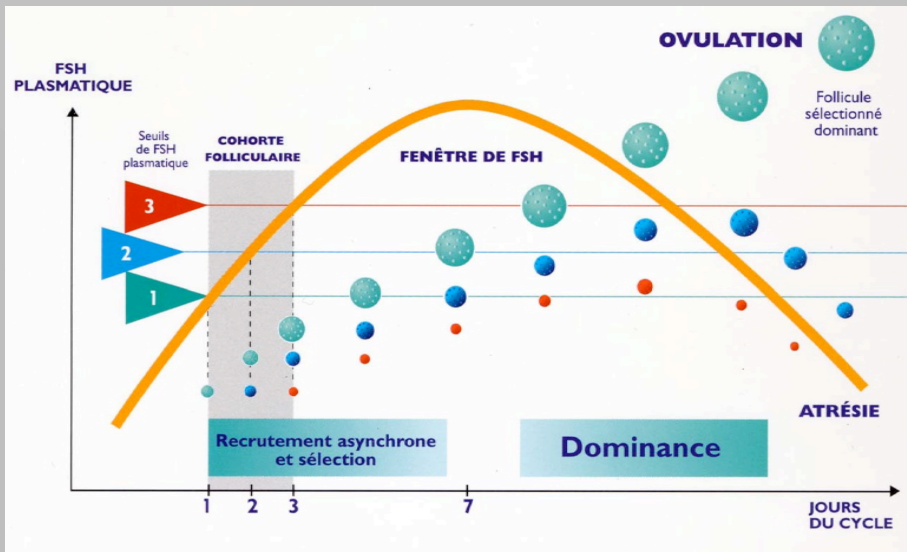
---

Dr Marine de Ciantis  
Dr Alix Sesques

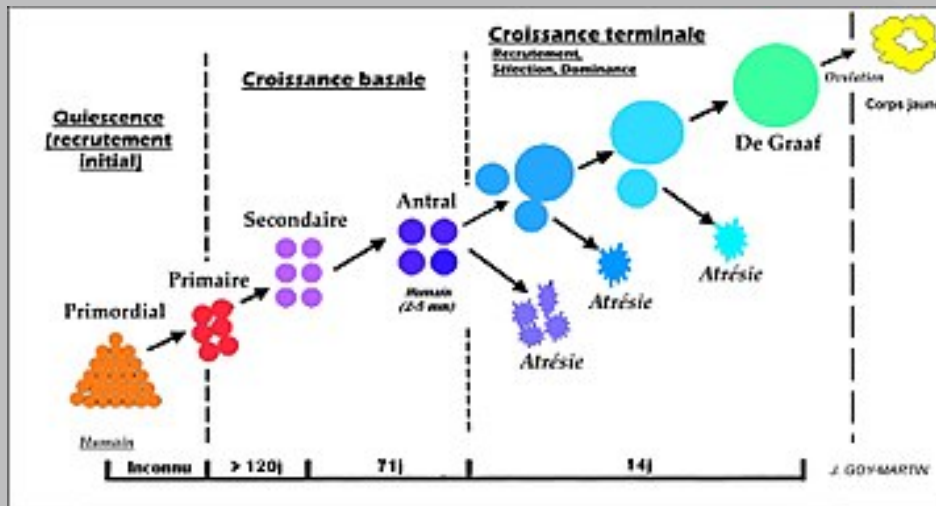


# Physiopathologie

- 5-10% des femmes en âge de procréer
- 60-80% des infertilités par anovulation
- Associé dans 30% des cas à une obésité
  - Associé dans 5 à 20% des cas à une intolérance au sucre et dyslipidémie



- Cycle naturel
- 1/ recrutement folliculaire asynchrone
  - 2/ phase de dominance selon seuil FSH



Excès de follicules primaires et secondaires en croissance → moins atrésie, androgènes ++ (accumulation)  
Pas de follicule dominant

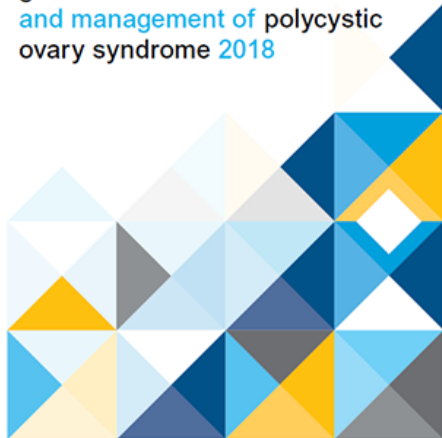
Conflit entre follicules en croissance et FSH

# Diagnostic

*Critères de Rotterdam: 2/3 critères*

- Cycles irréguliers (oligo/anovulation)
- Hyperandrogénie clinique ou biologique
- Diagnostic échographique

International evidence-based  
guideline for the assessment  
and management of polycystic  
ovary syndrome 2018



# Diagnostic CLINIQUE / BIO / ECHO

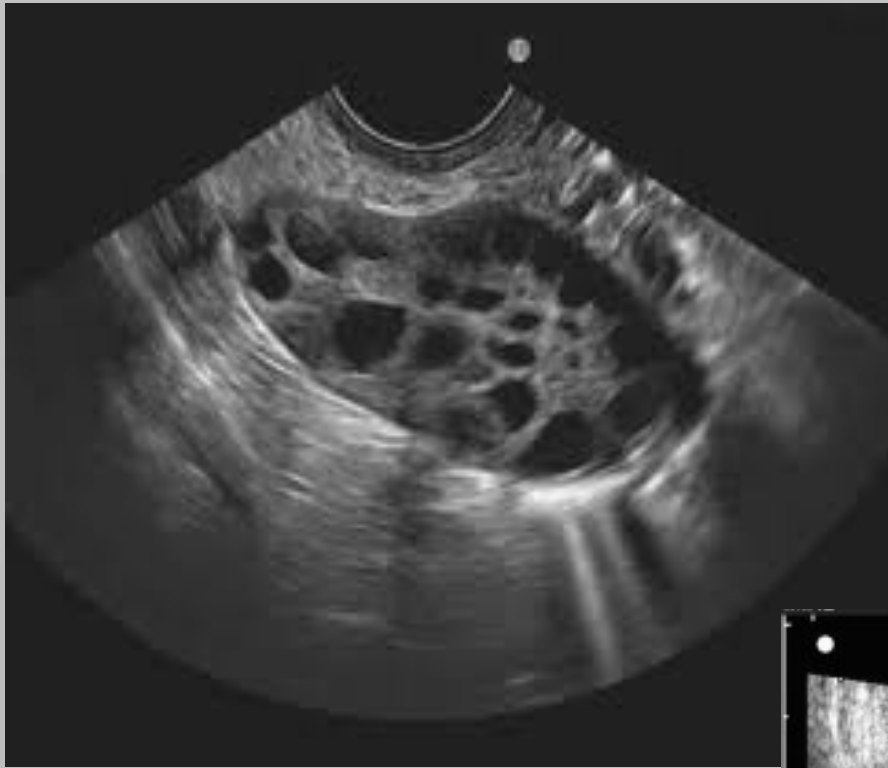
Dosage biologique vers J3 du cycle

- FSH LH E2 PRL TSH
- Androgènes : testostérone totale, SHBG (si obésité) delta 4 androsténédione, SDHEA, 17OHP
- Echographie pelvienne J3 avec compte des follicules antraux

Au moins 12 follicules de 2 à 9 mm

Et/ou de volumes ovariens supérieurs à 10 ml

→ Attention aucun dosage sous pilule! Attendre au moins 2mois après arrêt



# Diagnostic différentiel

*Hyperprolactinémie* : troubles du cycle

*Hypothyroïdie*: troubles du cycle

*Bloc en 21 hydroxylase (forme tardive) dosage 17 OHP si > 2ng/ml* → cs endoc (hyperandrogénie)

*Syndrome de cushing* : CLU des 24H

*Tumeurs virilisantes (surrénales ou ovariennes) = dosage des androgènes* → augmentation supra physiologiques testo > 1,5ng/ml

# Bilan complémentaire

- *Conséquences*

- Cardiovasculaire

- Diabète gestationnel, intolérance au glucose et diabète de type 2

- Cancer de l'endomètre RR x 2-6

- *Bilan*

Mesure TA 1/an

Bilan Glucido lipidique

+/- test HGPO: si BMI > 25 / SOPK et grossesse = HGPO



# Prise en charge

- Mesures hygiéno diététiques

Perte de poids 5 à 10%

Activité physique ++

- Ne pas laisser une patiente en spanioménorrhée sans traitement → hyperplasie endométriale → risque de cancer endomètre

- **Duphaston** 2cp / jour du 16 au 25 eme jour du cycle
- **COP** en 1 ére intention en absence de CI
- Si CI COP= **microprogestatif** +/- aldactone avec contrôle lono
- **Androcur et méningiome +++**

# Et la fertilité ?

- Règles hygièno diététiques ++
- Dysovulation donc possible retard fertilité
- Adresser en consultation PMA avec bilan complet
- CLOMID ou stimulation simple si autres paramètres normaux

→ Attention aucune stimulation ovarienne sans vérification des trompes (hystérosalpingogrpahie) et spermogramme

# Take home message

→ Attention aux diagnostics différentiels potentiellement grave

→ Suivi à long terme, diabète, risque cardiovasculaire et cancer de l'endomètre (hyperoestrogénie)

→ Aucune stimulation ovarienne sans vérification des trompes (hystérosalpingographie) et spermogramme

# JOURNÉE D'ENSEIGNEMENT DE GYNÉCOLOGIE POUR LES MÉDECINS TRAITANTS

**MERCI DE VOTRE  
ATTENTION**

SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE  
PR F. GOLFIER  
CENTRE HOSPITALIER LYON-SUD

---

**LES COMMUNICATIONS SERONT  
DISPONIBLES SUR LE SITE DE LA  
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON SUD**  
<http://lyon-sud.univ-lyon1.fr/jegmt/>

---

