

LE SYNDROME DES OVAIRES POLYKYSTIQUES

RETOUR SUR LES ASSISES NATIONALES DE GYNÉCOLOGIE – 4 JUILLET 2022

CAROLINE SYLVESTRE

INTERNE DE GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

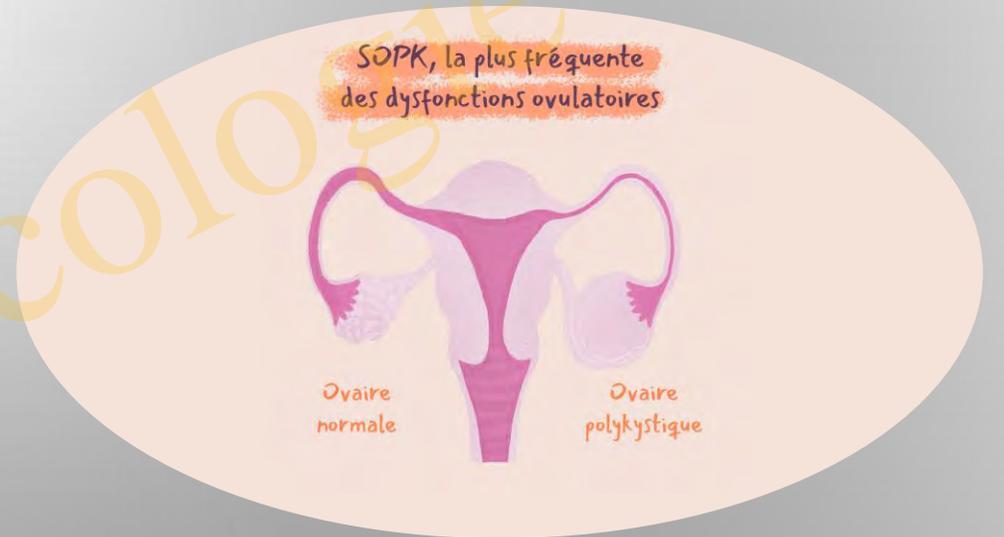
Collège de

Gynécologie CVL

QUELQUES DÉFINITIONS

- PRÉVALENCE : 4 À 21% DES FEMMES DANS LE MONDE
- DESCRIPTION PRINCEPS EN 1935 :
 - CYCLES LONGS VOIRE AMÉNORRHÉE
 - HIRSUTISME
 - OVAIRES VOLUMINEUX SANS MACROKYTE
 - OBÉSITÉ
- CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU SOPK (ROTTERDAM):
 - OLIGO-ANOVLUTION : TROUBLE DU CYCLE, CYCLES LONGS, SPANIOMÉNORRHÉE, AMÉNORRHÉE
 - HYPERANDROGÉNIE CLINIQUE ET/OU BIOLOGIQUE
 - OVAIRES MICROPOLYKYSTIQUES ÉCHOGRAPHIQUES : AU MOINS UN DES DEUX OVAIRES AYANT VOLUME > 10ML ET/OU > 12 FOLLICULES DE 2-9MM PAR OVAIRE.

!! APRÈS EXCLUSION DE TOUTES LES AUTRES CAUSES D'HYPERANDROGÉNIE.



ORIGINES GÈNES DU SOPK ?

- MUTATIONS RECHERCHÉES SUR 160 GÈNES : AUCUN RÉSULTAT
- HÉRITABILITÉ DU SOPK : VARIANTS GWAS (COMPLEXE CONFÉRANT UN RISQUE DE SOPK) DÉTECTÉS DANS MOINS DE 5%
- EXPOSITION IN UTERO DES FŒTUS FÉMININS À L'HYPERANDROGÉNIE : PRINCIPALE RESPONSABLE DE LA REPROGRAMMATION ÉPIGÉNOMIQUE.

SOPK ET AMH

- AMH SÉCRÉTÉE PAR LES CELLULES DE LA GRANULOSA OVARIENNE DANS LES FOLLICULES EN CROISSANCE JUSQU'AU STADE DE 8 MM.
- RÔLE PHYSIOLOGIQUE :
 - RÉTROCONTRÔLE SUR LES FOLLICULES PRIMORDIAUX
 - INHIBITION DE L'ACTION DE LA FSH DANS LES PETITS FOLLICULES ANTRAUX
- DANS LE SOPK, EXCÈS DE FOLLICULE → ÉLÉVATION DU TAUX D'AMH
- SHIFT AMH-ŒSTRADIOL : PHYSIOLOGIQUEMENT, LORS DE LA SÉLECTION DU FOLLICULE DOMINANT, LA FSH PERMET LA LIAISON ENTRE ŒSTRADIOL ET SON RÉCEPTEUR CE QUI RÉTROCONTRÔLE L'AMH.

4 PHÉNOTYPES CLINIQUES

- PHÉNOTYPE A : DYSOVULATION, HYPERANDROGÉNIE, OPK ÉCHOGRAPHIQUE
- PHÉNOTYPE B : DYSOVULATION, HYPERANDROGÉNIE,
- PHÉNOTYPE C : HYPERANDROGÉNIE, OPK ÉCHOGRAPHIQUE
- PHÉNOTYPE D : DYSOVULATION, OPK ÉCHOGRAPHIQUE

CONSÉQUENCES MÉTABOLIQUES DU SOPK INSULINO-RÉSISTANCE

- INSULINO-RÉSISTANCE : 50 À 70% DES SOPK
- INTOLÉRANCE AU GLUCOSE :
 - 40% DES FEMMES AVEC SOPK APRÈS 40 ANS
 - 54% DE CONVERSION EN DIABÈTE EN 6 ANS
- IMPACT SUR LA FERTILITÉ : IMPLANTATION
- ASSOCIATION ++ AVEC OBÉSITÉ ANDROÏDE (TOUR DE TAILLE >80CM) ET SYNDROME MÉTABOLIQUE

IMPORTANCE DE RECHERCHER UNE INSULINO-RÉSISTANCE EN CAS DE DIAGNOSTIC DE SOPK.

CONSÉQUENCES MÉTABOLIQUES DU SOPK OBÉSITÉ ET LE SYNDROME MÉTABOLIQUE

- 30% DES FEMMES OBÈSES ONT UN SOPK
- 50% DES FEMMES SOPK ONT UN IMC > 25
- A DÉPISTER CHEZ TOUTE FEMME SOPK SURTOUT SI IMC > 25 :

Sexe	Homme	Femme
Circonférence abdominale	> 94 cm	> 80 cm
+		
2 des facteurs suivants :		
HDL C	< 40 mg/dl	< 50 mg/dl
Triglycérides	> 150 mg/dl	> 150 mg/dl
Pression artérielle (PA)	S > 130 D > 85	S > 130 D > 85
Glycémie	> 1 g/l ou diabète de type II	> 1 g/l ou diabète de type II

NÉCESSITÉ D'UNE CONTRACEPTION ? OUI !

- CERTAINES FEMMES SOPK OVULENT +/- FRÉQUEMMENT (EXEMPLE DU PHÉNOTYPE C)
- HYPOFERTILITÉ MAIS PAS STÉRILITÉ



UNE CONTRACEPTION : OUI MAIS LAQUELLE ?

1 / 2

- AVANTAGE DES OESTRO-PROGESTATIFS :
 - RÉGULARISATION DES CYCLES
 - DIMINUTION DU VOLUME DES RÈGLES ET DES DYSMÉNORRHÉES
 - EFFICACITÉ SUR SIGNES D'HYPERANDROGÉNIE (SURTOUT L'ACNÉ)
- FAIRE LE POINT SUR LES CI AVANT PRESCRIPTION
- RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE DES COP : PAS PLUS ÉLEVÉ CHEZ LES FEMMES SOPK MAIS PEU D'ÉTUDE ET BIAIS IMPORTANTS.
- COP CONTENANT DES ANTI-ANDROGÉNIQUES PLUS FAVORABLES : BON COMPROMIS CLINIQUE ET MÉTABOLIQUE.

UNE CONTRACEPTION : OUI MAIS LAQUELLE ?

2/2

- LES MICROPROGESTATIFS (PO ET IMPLANT) ET LA DROSPIRÉNONE :
 - PAS IDÉAL POUR RÉGULARISER LES CYCLES ET POUR L'HYPERANDROGÉNIE CLINIQUE
- LES MACROPROGESTATIFS (HORS ACP) : CHLORMADINONE
 - EN CAS DE CI AUX COP
 - ANTI-GONADOTROPE
 - NEUTRALITÉ MÉTABOLIQUE ET VASCULAIRE
 - PROTECTION ENDOMÉTRIALE
 - PROBLÉMATIQUE DU RISQUE AUGMENTÉ DE MÉNINGIOME
- SIU AU LÉVONORGESTREL :
 - PAS IDÉAL POUR L'HYPERANDROGÉNIE CLINIQUE
 - PROTECTION ENDOMÉTRIALE
- DIU AU CUIVRE :
 - NEUTRE SUR L'HYPERANDROGÉNIE
 - PAS IDÉAL POUR LES TROUBLES DU CYCLES, PAS DE PROTECTION ENDOMÉTRIALE

PRISE EN CHARGE DE L'ACNÉ ET DE L'HIRSUTISME

RECO SFE 2020

- EN CAS D'ACNÉ SEUL ET/OU HIRSUTISME MODÉRÉ :
 - 1^{ÈRE} INTENTION : COP AVEC PROGESTATIFS PAS OU PEU ANDROGÉNIQUES
 - 2^{ÈME} INTENTION : COP ASSOCIÉE À DE LA SPIRONOLACTONE (HORS AMM)
 - 3^{ÈME} INTENTION : SPIRONOLACTONE SEULE AVEC CONTRACEPTION EFFICACE (HORS AMM)
- SI HIRSUTISME SÉVÈRE ET INVALIDANT :
 - 1^{ÈRE} INTENTION : ACÉTATE DE CYPROTÉRONNE ASSOCIÉ À UN ŒSTROGÈNE
 - 1^{ER} AU 20^{ÈME} JOUR : 17 BETA-OE PO OU PERCUTANÉ + 50MG/J D'ACP
 - TRAITEMENT « FREINAGE-SUBSTITUTION » QUI PERMET ACTION ANTI-GONADOTROPE ++
 - 2^{ÈME} INTENTION : SPIRONOLACTONE SEULE AVEC CONTRACEPTION EFFICACE (HORS AMM)

LA SPIRONOLACTONE

- ANTAGONISTE DE L'ALDOSTÉRONNE AVEC ACTIVITÉ ANTI-ANDROGÉNIQUE
- EFFICACE DANS HIRSUTISME MODÉRÉ À SÉVÈRE
- SOUS COUVERT D'UNE CONTRACEPTION EFFICACE
- HORS AMM
- EFFICACITÉ DOSE DÉPENDANTE :
 - DOSE INITIALE : 75 À 100 MG
 - SI OBÉSITÉ : 100 À 200 MG
- EI : POLYDIPSIE, POLYURIE, NAUSÉES, ASTHÉNIE, INTOLÉRANCE DIGESTIVE, SPOTTINGS.
- SURVEILLANCE ALLÉGÉE DE LA KALIÉMIE

AUGMENTATION DU CANCER DE L'ENDOMÈTRE

- HYPEROESTROGÉNIE RELATIVE PAR ANOVULATION : HYPERPLASIE DE L'ENDOMÈTRE ET RISQUE DE DÉGÉNÉRESCENCE
- OBÉSITÉ : FDR DU CANCER DE L'ENDOMÈTRE
- DÉPISTAGE : SURVEILLANCE ÉCHOGRAPHIQUE DE L'ENDOMÈTRE EN CAS D'AMÉNORRHÉE PROLONGÉE VOIRE +/- BIOPSIE
- PRÉVENTION :
 - SI PAS DE DÉSIR DE GROSSESSE : COP OU CONTRACEPTION PROGESTATIVE
 - SINON, PROGESTATIF SÉQUENTIEL 10 JOURS PAR MOIS (AU MOINS 4X/AN)

BILAN DU SOPK

- BILAN DIAGNOSTIC : CRITÈRES DE ROTTERDAM
- ÉLIMINATION DES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS :
 - FSH, LH, E2, PROLACTINE, TSH
 - TESTOSTÉRONE TOTALE, 17 OH PROGESTÉRONE
 - +/- CLU/24H
- BILAN DES COMPLICATIONS :
 - TOUR DE TAILLE, TA, EAL, SHBG
 - GAJ OU HGPO SI IMC >25 OU ATCD DE DIABÈTE
 - SAOS
 - QUALITÉ DE VIE

1 femme sur **10**



est concernée par cette
maladie hormonale

PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ

1 / 3

- PERTE DE POIDS DE 5 À 10 % :
 - PEUT RÉTABLIR UNE OVULATION SPONTANÉE
 - AMÉLIORATION DE L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS
 - AMÉLIORATION DES ISSUES DE GROSSESSES OBTENUES.
- PRENDRE LE TEMPS AVANT D'INITIER DES TTT
- PLACE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ??

PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ

2/3

- INDUCTION D'OVULATION :

- CLOMID (SERM)

- 50 À 100 MG / JOUR PENDANT 5 JOURS MAXIMUM - 4-6 CYCLES
- MONITORAGE DU CYCLE ++, PAS DE DÉCLENCHEMENT NI DE SOUTIEN LUTÉAL
- FDR DE RÉSISTANCE : HYPERANDROGÉNIE IMPORTANTE, IMC ÉLEVÉ, AMÉNORRHÉE, AMH > 8

- LETROZOLE (INHIBITEUR DE L'AROMATASE)

- RECOMMANDÉ EN 1^{ÈRE} INTENTION À L'INTERNATIONAL MAIS PAS D'AMM EN FRANCE DANS CETTE INDICATION (RISQUE DE MALFORMATIONS FŒTALES).
- MOINS DE GROSSESSE MULTIPLES, MEILLEUR TAUX DE GROSSESSE
- PAS D'IMPACT ENDOMÉTRIAL

- GONADOTROPHINE :

- STEP UP - LOW DOSE

PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITÉ

3/3

- IIU
 - SI ÉCHEC DE 6 CYCLES DE CLOMID
- DRILLING OVARIEN :
 - REPRISE DE CYCLES : 40 À 75% DES FEMMES
 - FCT PRÉDICTIFS :
 - DE RÉPONSE : <35 ANS, POIDS NORMAL, LH ÉLEVÉ, CFA<50
 - D'ÉCHEC : OBÉSITÉ, HYPERANDROGÉNIE ET AMH ÉLEVÉE.
 - EFFICACITÉ A LONG TERME ?
- FIV

TRAITEMENTS ADJUVANTS / INFERTILITÉ

- METFORMINE
 - HORS AMM DANS LE SOPK
 - HORS FIV : PAS EN INDUCTEUR SEUL, POUR AIDER LA PERTE DE POIDS EN PLUS DES RHD, SURTOUT SI TROUBLE GLUCIDIQUE
 - PENDANT UNE FIV : DIMINUTION DU RISQUE D'HSO, AUGMENTATION TAUX DE GROSSESSE, SURTOUT SI IMC > 26
- INOSITOL
 - EFFET MÉTABOLIQUE PLUTÔT FAVORABLE
 - 4G/JOUR
 - RÉSULTATS ENCOURAGEANTS MAIS NIVEAU DE PREUVE FAIBLE

CONCLUSION

- PATHOLOGIE FRÉQUENTE AVEC IMPACT IMPORTANT SUR LA QUALITÉ DE VIE
- PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA FEMME : NE PAS S'ARRÊTER A LA GROSSESSE
- PRISE EN CHARGE CODIFIÉE DE L'INFERTILITÉ

MERCI DE VOTRE ATTENTION !

Collège de Gynécologie CVA