



Contraception et syndrome ovaires micropolykystiques

Atelier journée régionale IVG-contraception
2018

Cas clinique

Myriam, 23 ans, a des cycles irréguliers ses premières règles, avec des cycles longs, des règles douloureuses. Elle a un peu d'acné et un léger hirsutisme qu'elle gère par des épilations. Elle vous rapporte son échographie pelvienne qui ne montre pas d'anomalie en dehors d'ovaires micropolykystiques.

Elle souhaite une contraception, que lui proposez-vous ?

Elle revient vous voir, de plus en plus gênée par son hirsutisme, que lui proposez-vous ?

Elle revient vous revoir, 15 ans plus tard, s'est mise à fumer. Que lui proposez-vous comme contraception ?

Cas clinique

Myriam, 23 ans, a des cycles irréguliers depuis ses premières règles, avec des cycles longs, des règles douloureuses. Elle a un peu d'acné et un léger hirsutisme qu'elle gère par des épilations. Elle vous rapporte son échographie pelvienne qui ne montre pas d'anomalie en dehors d'ovaires micropolykystiques.

Elle souhaite une contraception, que lui proposez-vous ?

Pas de CI. COP de préférence, recherche d'effet anti-androgénique = pg de 3^{em} génération

Elle revient vous voir, de plus en plus gênée par son hirsutisme, que lui proposez-vous ?

Épilation ou Acétate de cyprotérone. Règles de prescription.

Elle revient vous revoir, 15 ans plus tard, s'est mise à fumer. Que lui proposez-vous comme contraception ?

PG seul, avec recherche d'effet anti-androgénique

SOMPK

5 à 10% des femmes en âge de procréer : augmentation de la sécrétion des androgènes par les ovaires

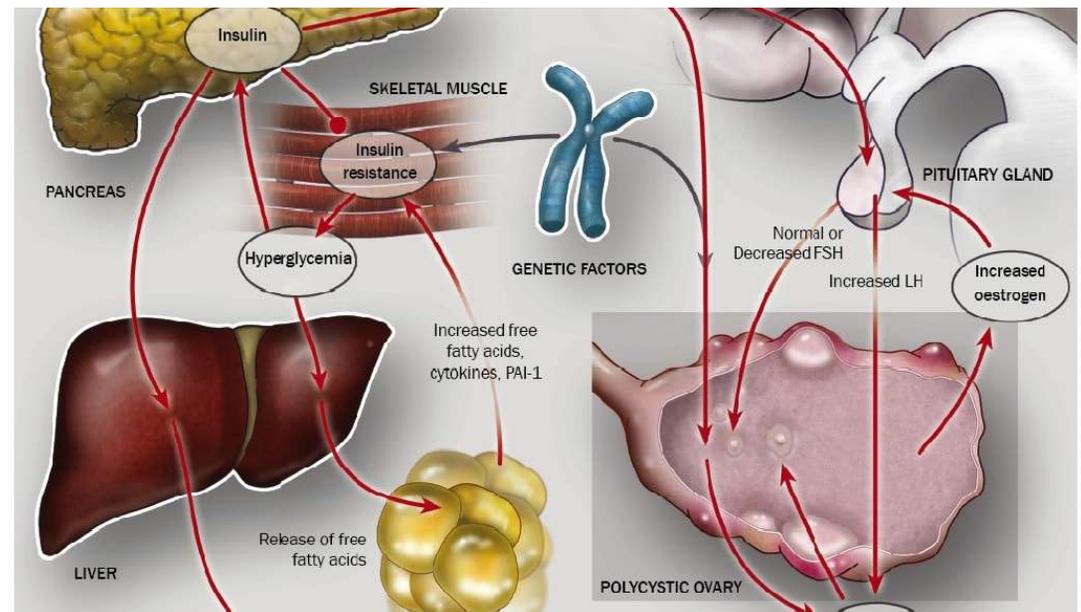
2 critères sur 3 :

- Spanioménorrhée (allongement progressif de l'intervalle des règles) ou Oligoménorrhée (règles de très faible abondance)
- Hyperandrogénie clinique (acné, hirsutisme) et/ou biologique
- Aspect échographique :
12 follicules de moins de 9 mm sur chaque ovaire

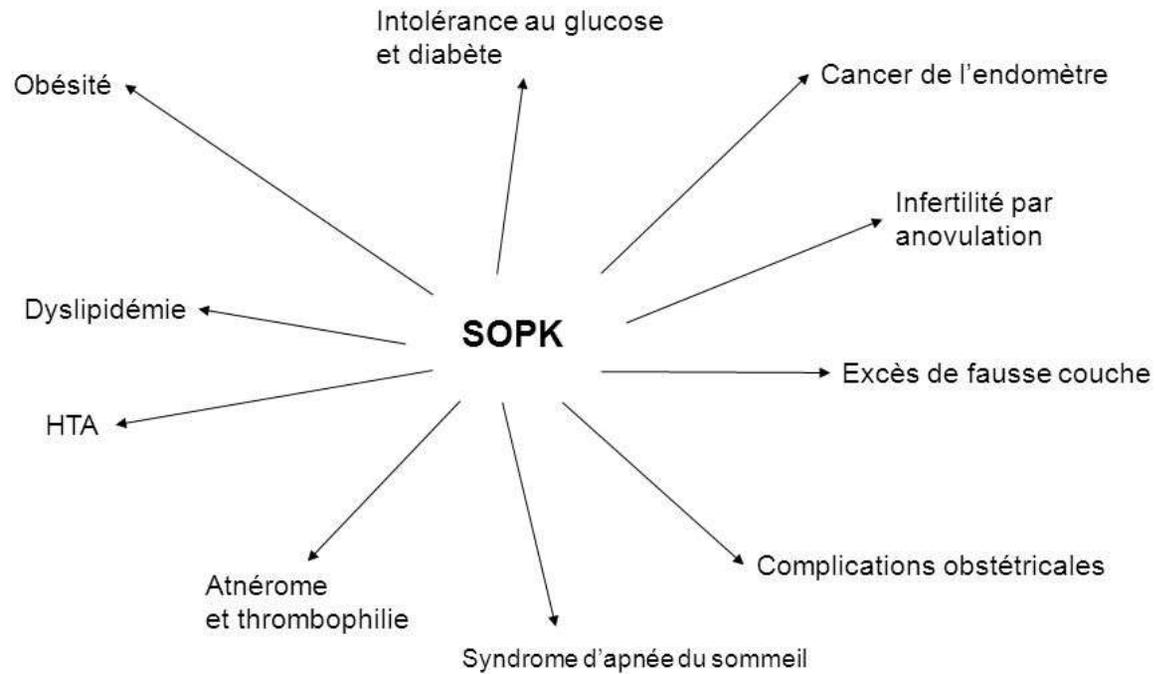


Physiopathologie

- Augmentation de la sécrétion des androgènes par les ovaires
- Dysrégulation des cellules stéroïdiennes de la thèque interne majorée par LH et insuline
- Hyperandrogénie responsable de l'excès de follicules (effet anti-apoptotique) et défaut de sélection du follicule dominant.



Pronostic SOPK



Torre A, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007;36:423-446

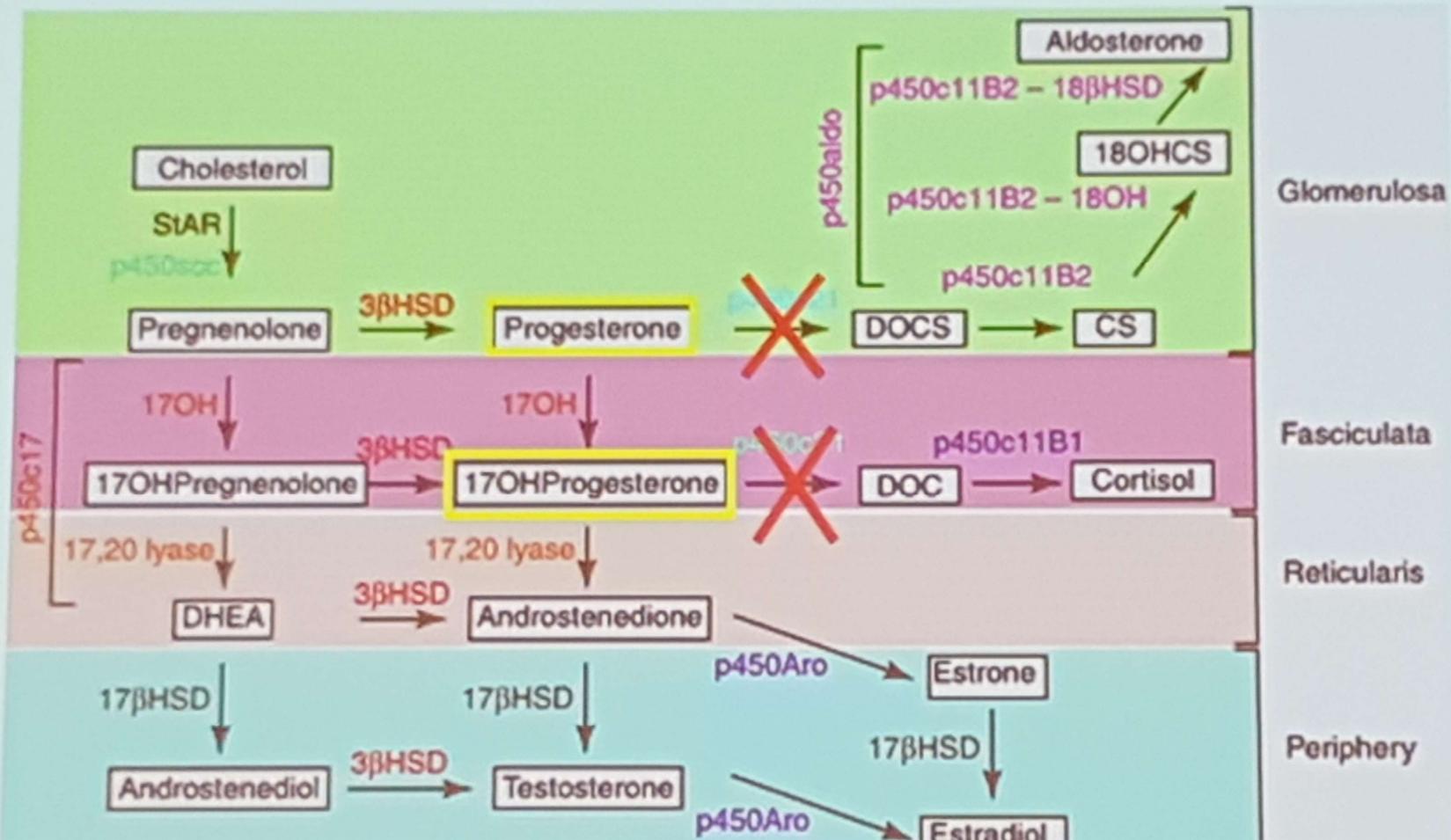
Bilan biologique

- FSH nle
- LH (>FSH ; absence de pic)
- Testostérone Totale + libre (nle ou \nearrow)
- Androstenedione(nle ou \nearrow)
- 17 OH progestérone (nl < 2ng/ml)

Le dosage de la 17OHP est surtout indiqué pour le diagnostic des hyperplasies congénitales de la surrénale par déficit de la 21-hydroxylase. En effet, du fait du blocage enzymatique, il y a accumulation du stéroïde en amont

- Bilan lipidique
- Glycémie à jeun

Blocs en 21-hydroxylase



Contraception et SOMPK

COP

EE + Progestatifs de 3eme Génération = effet anti-androgénique

(gestodène, drospirénone, norgestimate)

Si CI aux OP :

Progestatif Pregnane (acétate de chlormadinone)

Si Hyperandrogénie :

Acétate de cyprotérone + EE

Contraception et SOMP

- Micro-progestatifs , DIU-LNG : aggravation hyperandrogénie et n'améliore pas les troubles du cycle.

+ prise en charge des anomalies métaboliques

Acétate de Cyproterone ANSM 2018 :Recommandations générales

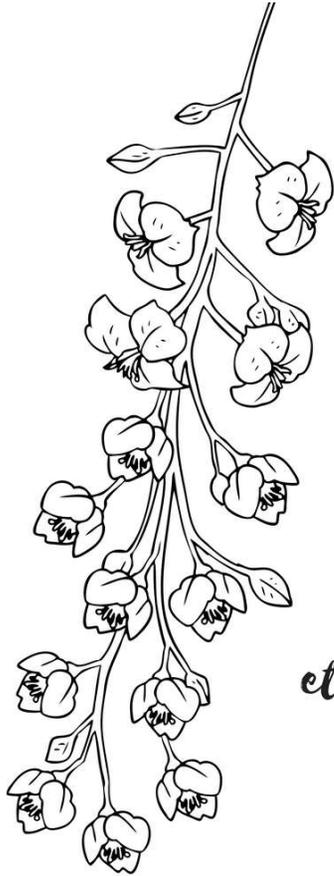
Risque augmenté de ménigiome

- Les indications hors-AMM telles que l'acné, la séborrhée et l'hirsutisme modéré sont à proscrire ;
- L'utilisation de l'acétate de cyprotérone chez l'enfant et la femme ménopausée n'est pas recommandée ;
- La prescription (indication et posologie) doit être réévaluée annuellement en tenant compte du rapport bénéfice / risque individuel et de l'évolution des symptômes ;
- La posologie minimale efficace permettant de contrôler les symptômes doit être utilisée ;
- Les utilisations prolongées et à fortes doses sont à proscrire (effet dose cumulée avec risque multiplié par 7 pour l'ensemble des patientes traitées pour une durée de plus de 6 mois et risque multiplié par 20 au-delà de 5 ans de traitement à posologie de 50 mg/j sur un cycle).

Surveillance radiologique dans le cadre du traitement

- Une imagerie cérébrale par **IRM** (Imagerie par Résonance Magnétique) doit être réalisée **en début de traitement pour tous les patients** ;
- En cas de poursuite de traitement, l'IRM sera **renouvelée à 5 ans puis tous les 2 ans** si l'IRM à 5 ans est normale ;
- Il est demandé aux médecins de contacter leurs patients actuellement traités par Androcur ou génériques pour réévaluer la nécessité de poursuivre leur traitement et envisager un contrôle par IRM si la poursuite du traitement est décidée;
- Chez les patients ayant arrêté le traitement, il n'est pas nécessaire de réaliser une imagerie cérébrale en l'absence de signe clinique;
- En cas de découverte de méningiome, le traitement doit être arrêté définitivement. Un avis neurochirurgical est recommandé ;
- Les méningiomes sous acétate de cyprotérone régressant ou se stabilisant après arrêt du traitement dans la plupart des cas, une approche conservatrice (non chirurgicale) est souvent possible. Celle-ci devra être discutée avec le neurochirurgien. Cette information sera relayée et précisée via des recommandations à établir avec la Société Française de Neurochirurgie.

Les traitements



- *La lutte contre l'obésité*
 - *perte de poids (régime avec un nutritionniste + sport)*
 - *Un mode de vie sain et une alimentation équilibrée*
- *Traitement pour la pousse des cheveux*

La pilule

- *La Metformine (abaisser le taux d'insuline)*
- *Les anti-androgènes (Androcur®)*

