

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 12 ■ N° 28 (2017)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

- Les fistules uretéro-génitales au centre national hospitalier universitaire de Cotonou: aspects clinique et thérapeutique à propos de 11 cas**
Sewa EV, Avakoudjo DJ, Tengue KK, Kpatcha MT, Yevi IDM, Koumou-Moritoua RD, Jacquet D, Hounnasso PP.....1 - 5
- Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques de l'hématome rétroplacentaire (HRP) à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djamena.**
Foumsou L, Gabkika BM, Damthéou S, Hissein A, Nzapayaké A.....6 - 11
- Comparaison rachianesthésie et anesthésie générale pour césarienne au service d'anesthésie réanimation de l'hôpital national Ignace Deen**
Donamou J, Sy T, Touré A, Bah IK, Diallo TS.....12 - 15
- Problématique des évacuations obstétricales des patientes provenant des maternités non couvertes par le CHU de Treichville (Abidjan - Côte d'Ivoire).**
JM Dia, E Bohoussou, E Nguessan, C Saki, M Oyelade, P Guié, S Anongba.16 - 21
- Efficacité et tolérance du sulfate de Magnésium par voie intraveineuse lente versus seringue électrique dans la prise en charge de la pré-eclampsie sévère et de l'eclampsie.**
Hounkpatin B, Ogoudjobi OM, Tognifode V, Lokossou MSHS, Denakpo JL, Dansou CA, Perrin R-X22 - 27
- Profil hormonal des patientes aux ovaires micropolykystiques de diagnostic échographique**
Fomba M, Toure Ecra A F, Fanny M, Koffi K A, Aka K E, Konan M P, Konan S, Horo GA, Kone M.28 - 31
- L'insuffisance rénale aigue compliquant la preeclampsie au CHU de Yopougon : une étude retrospective de 48 cas**
Tia WM, Coulibaly PA, Guei MC, Kalemback HP, Lagou DA, Ackoundoun NC, Gnionsahe DA.32 - 37

CAS CLINIQUE

- Tumeur de la granulosa adulte de l'ovaire propos d'un cas/**
J.I Kambire, R. Sib Sie, S Ouedraogo, S Ouedraogo, I Ouedraogo, S Traore, SS Traore.....38 - 40

CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

- Uretero-genital fistulas at national teaching hospital of Cotonou: clinical and therapeutical aspects about 11 cases*
Sewa EV, Avakoudjo DJ, Tengue KK, Kpatcha MT, Yevi IDM, Koumou-Moritoua RD, Jacquet D, Hounnasso PP.....1 - 5
- Epidemiological, therapeutic aspects and prognosis of abruption placentae at N'djamena mother and child hospital.*
Foumsou L, Gabkika BM, Damthéou S, Hissein A, Nzapayaké A.....6 - 11
- Comparison of spinal anesthesia and general anesthesia for caesarean section in the service of anesthesia-resuscitation of the national Ignace Deen hospital*
Donamou J, Sy T, Touré A, Bah IK, Diallo TS.....12 - 15
- Problem of obstetrical evacuations of patients coming from maternities outside the zone of treichville university hospital center (abidjan- côte d'ivoire).*
JM Dia, E Bohoussou, E Nguessan, C Saki, M Oyelade, P Guié, S Anongba.16 - 21
- Efficacy and tolerance of magnesium sulphate intravenous slow versus electrical syringe in the treatment of severe pre-eclampsia and eclampsia.*
Hounkpatin B, Ogoudjobi OM, Tognifode V, Lokossou MSHS, Denakpo JL, Dansou CA, Perrin R-X22 - 27
- Hormonal profile of patients having micropolykystic ovary with echographic diagnostics*
Fomba M, Toure Ecra A F, Fanny M, Koffi K A, Aka K E, Konan M P, Konan S, Horo GA, Kone M.28 - 31
- Pre-eclampsia-related acute kidney failure at the teaching hospital of Yopougon: a review of 48 cases*
Tia WM, Coulibaly PA, Guei MC, Kalemback HP, Lagou DA, Ackoundoun NC, Gnionsahe DA.32 - 37

CASE REPORT

- Adult granulosa's tumor of ovary case report.*
J.I Kambire, R. Sib Sie, S Ouedraogo, S Ouedraogo, I Ouedraogo, S Traore, SS Traore.....38 - 40

PROFIL HORMONAL DES PATIENTES AUX OVAIRES MICROPOLYKYSTIQUES DE DIAGNOSTIC ECHOGRAPHIQUE

HORMONAL PROFILE OF PATIENTS HAVING MICROPOLYKYSTIC OVARY WITH ECHOGRAPHIC DIAGNOSTICS

FOMBAM, TOURE ECRAAF, FANNY M, KOFFIKA, AKAKE, KONAN MP, KONAN S, HOROGA, KONE M.
Service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Yopougon (Abidjan)

Correspondances : FOMBAMINATA
minatafomba@yahoo.fr / **Contacts** : 05 20 30 54/01 11 73 59

RESUME : Contexte : Le syndrome des ovaires micropolykystiques ou SOPK est une affection qui a un polymorphisme clinique et biologique, ni constant ni spécifique, lui ayant conféré une définition consensuelle. En pratique, les dosages biologiques sont très peu réalisés dans nos contrées et le diagnostic du SOPK est posé sur le seul critère échographique dont l'aspect n'est ni spécifique, ni pathognomonique tout comme la clinique et la biologie.

L'objectif de ce travail était d'établir le profil hormonal des patientes diagnostiquées SOPK à l'échographie dans notre pays.

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive portant sur 56 patientes à Abidjan, répondant aux critères SOPK à l'échographie et qui disposaient d'un bilan hormonal minimum (la FSH et la LH).

RÉSULTATS : l'âge moyen était de 30,17 ans et 35,71% des patientes étaient obèses. Les principaux motifs de consultation étaient l'infertilité (90%) et l'irrégularité du cycle à type d'oligo aménorrhée (80,35%). Le bilan hormonal n'était pas toujours complet, l'hormone anti mullerienne (AMH) n'ayant jamais été réalisé et la testostéronémie chez seulement sept patientes. Cependant, nous avons noté 21,42% d'élévation de la LH, une FSH normale dans 89,28%, une inversion du rapport LH/FSH dans 53,58%, une élévation d'E2 dans 27,27% et une hyperprolactinémie dans 37,5%.

CONCLUSION : Du fait de l'hétérogénéité des symptômes cliniques, de la non constance des troubles hormonaux et de la non spécificité de l'échographie, il ressort qu'il n'existe pour l'heure aucun marqueur unique permettant de définir clairement cette maladie complexe. D'où l'intérêt pour les praticiens d'avoir une stratégie diagnostique précise, devant toute échographie suspecte de SOPK.

ABSTRACT : Background: Micropolycystic ovarian syndrome (PCOS) is a condition that has a clinical and biological polymorphism, neither constant nor specific, that has given it a consensual definition. In practice, biological assays are very little carried out in our regions and the diagnosis of SOPK is based on the ultrasound criterion, the appearance of which is neither specific nor pathognomonic, as is clinical and biology.

The objective of this work was to establish the hormonal profile of patients diagnosed SOPK on ultrasound in our country.

We performed a descriptive retrospective study of 56 patients in Abidjan who met the ultrasound SOPK criteria and had a minimum hormonal balance (FSH and LH).

RESULTS: The mean age was 30.17 years and 35.71% of the patients were obese. The main reasons for consultation were infertility (90%) and irregularity of the oligo-amenorrhea type cycle (80.35%). The hormonal balance was not always complete, the anti-mullerian hormone (AMH) having never been performed and testosterone in only seven patients. However, we noted 21.42% elevation of LH, normal FSH in 89.28%, inversion of LH / FSH in 53.58%, elevation of E2 in 27.27%, and Hyperprolactinemia in 37.5%.

CONCLUSION: Due to the heterogeneity of the clinical symptoms, the non-constancy of the hormonal disorders and the non-specificity of the ultrasound, it appears that for the time being there is no single marker to clearly define this disease complex. Hence the interest for practitioners to have a precise diagnostic strategy, before any suspicious ultrasound of SOPK.

hyperprolactinémie, avaient un rapport LH/FSH non inversé.

On a noté 3 cas d'élévation de TSH sur 9 patientes ayant réalisé ce dosage, Et l'une de ces 3 patientes présentait un rapport LH/FSH non inversé.

DISCUSSION

Caractéristiques épidémiologiques :

Âge : Les femmes de plus de 35 ans et les adolescentes sont peu nombreuses dans notre étude ; 2/3 de nos patientes avaient un âge compris entre 26 et 35 ans, période propice de maternité, en accord avec la majorité des auteurs (3, 4).

Indice de masse corporelle et facteurs de risque vasculaire :

Le SOPK peut s'accompagner de troubles métaboliques, notamment l'obésité (plus souvent androïde) et l'insulinorésistance. Ces composantes pondéro métaboliques sont présentes dans 50 à 70% des cas (5,6). L'association du SOPK à une obésité androïde a été notée depuis sa première description faisant de l'obésité l'un des symptômes caractérisant cette affection. Toutefois le rôle de l'obésité dans le SOPK n'est pas clair et il est évident que d'authentiques SOPK sont retrouvés chez des femmes de poids normal.

L'association obésité abdominale, de l'intolérance au glucose et moins fréquemment de l'hypertension artérielle a fait envisager le SOPK comme une pathologie métabolique comparable au syndrome d'insulinorésistance.

Anomalies de l'ovulation et trouble de la fertilité :

L'infertilité est la conséquence de l'anovulation chronique liée au SOPK.

La proportion des patientes SOPK infertiles est variable de 20 à 74% dans la littérature (7, 8).

Dans notre étude, les chiffres seraient surestimés du fait du biais de recrutement ; un dépistage systématique du SOPK dans la population aurait permis d'obtenir une prévalence plus exacte.

Caractéristiques hormonales :

21,42% de nos patientes avaient un LH élevée. Des moyennes de LH élevées sont rapportées par de nombreux auteurs (4,9).

L'élévation de cette hormone au cours des SOPK est caractéristique et connue de longue date (10). Il est souvent admis que cette sécrétion excessive de LH soit secondaire au dysfonctionnement ovarien (10) ; Et bien qu'elle soit inconstante, elle est évocatrice du diagnostic (10).

La sécrétion de FSH ne semble pas très différente chez les femmes SOPK comparativement aux

femmes normales en début de phase folliculaire. Tout au plus, une baisse modérée a été décrite (10).

De ce fait, le dosage isolé de cette hormone n'apporte pas d'élément diagnostique direct en faveur des SOPK, mais elle permet avec le dosage de l'E2 d'écarter d'autres causes d'aménorrhée notamment les insuffisances ovariennes et les déficits gonadotropes sévères.

L'inversion du rapport LH/FSH dans le SOPK est connue faisant de lui un marqueur prédictif souvent utilisé en pratique ; cependant, son inconstance lui donne un rôle secondaire dans le diagnostic de cette affection.

Pour certains auteurs (11), il n'est plus nécessaire de mesurer ce rapport car seules les patientes non obèses ont une inversion de ce rapport ; ce qui n'est pas le cas dans notre étude.

Les concentrations plasmatiques d'E2 chez les patientes SOPK sont assez proches de celles observées en début de phase folliculaire chez les femmes normales (10).

Des valeurs moyennes élevées d'E2 sont toutefois rapportées (9,12).

La testostéronémie n'a été dosée que chez 12,5% de nos patientes, rendant l'interprétation des résultats difficile.

Le SOPK est la principale cause de l'hyperandrogénie ; Denakpo (3) trouve 91,66% des patientes présentant une hyperandrogénie dans son étude.

L'hyperandrogénie est un élément essentiel dans le diagnostic du SOPK mais inconstante ; une normalité de la testostérone totale lors d'une exploration ponctuelle n'élimine pas le diagnostic. Il serait utile de doser la testostérone non liée à sa protéine porteuse SHBG compte tenu de la baisse artificielle de la testostérone totale liée à la baisse de cette protéine chez les patientes SOPK obèses et ou avec hyperinsulinisme (10).

Dans la littérature, des moyennes élevées (4) mais aussi normales (9) sont rapportées.

L'élévation de la prolactinémie dans le SOPK constituerait un trouble satellite ; Des études (13) rapportent 5 à 30% d'hyperprolactinémie dans le SOPK. Cependant, cette élévation pourrait être primaire chez certaines de nos patientes. En effet, en dehors de l'aspect plurifolliculaire de l'ovaire, aucun élément biologique ne semble évoquer la possibilité d'un SOPK chez ces patientes, or il est reconnu que l'hyperprolactinémie s'accompagne d'un aspect plurifolliculaire de l'ovaire.

Réalisée chez seulement le cinquième de nos patientes, la TSH était élevée dans 30% des cas.

Certains auteurs (4) stipulent que les patientes SOPK ont très souvent un profil d'hypothyroïdie.

CONCLUSION

Du fait de l'hétérogénéité des symptômes cliniques, de la non constance des troubles hormonaux et de la non spécificité de l'échographie, il ressort qu'il n'existe pour l'heure aucun marqueur unique permettant de définir clairement cette maladie complexe.

D'où l'intérêt pour les praticiens d'avoir une stratégie diagnostique précise, de réaliser systématiquement un bilan biologique devant toute échographie faisant suspecter un SOPK.

Ce bilan biologique devrait prendre en compte les nouveaux marqueurs de prédiction du SOPK en l'occurrence l'hormone anti-müllérienne. Par ailleurs, il serait souhaitable de mener une étude prospective incluant ces paramètres hormonaux insuffisamment ou non analysés dans notre étude, notamment l'AMH et la testostéronémie, afin de mieux préciser le profil biologique de cette affection dans notre contexte.

REFERENCES

1- Asuncion M, Calvo RM, San Millan JL, Sancho J, Avila S, Escobar Moneale HF. <<A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected caucasian women from Spain >> *J. Clin Endocrinol Metab*, vol 86, 2000, p.2434-8.

2- Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod* 2004; 19(1):41-7.

3- J.L Dénakpo, A Kerekou, V. Tognifodé, M. Houeto, D. Komongui, D. Amoussou Guénou et al. Le syndrome des ovaires micropolykystiques chez les femmes infertiles à Cotonou: résultats de la prise en charge de 74 cas. *Clinic in mother and child*

health, vol 9 (2012), 5 pages.

4-Dahiya R., Sachdeva A., Singh V, Dahiya P, Singh R, Dhankhar R et al. Reproductive hormone and thyroid hormone profile in polycystic ovarian syndrome. Juin 2012 ISSN 2046-1690.

5- Slowey MJ. PCOS: new perspective on an old problem. *South Med* fev 2001;94(2)190-6

6- Opgenorth A., Ginsberg J. Polycystic ovary syndrome: A global metabolic disorder. *Patient care* September 2001; 12(9):54-60

7- Hull MG. Epidemiology of infertility and polycystic ovarian disease: endocrinological and demographic studies. *Gynecol endocrinol.* 1987 sept; 1(3):235-45.

8- Hart R, Hickey M, Franks S. Definitions, prevalence and symptoms of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome. *Best Pract Res Clin obstet gynaecol.* 2004 oct; 18(5):671-83.

9-Ethel Codner, German I, Claudio V, Patricia L, Nestor S, Theresa sir-P et al. *Journal of clinical endocrinology a metabolism* 92 copyright 2007.

10-Sylvie Brailly et Jacques Young Présentation clinique et exploration hormonale. Ovaires polykystiques 112-680 OQA.C104 page 748 2 mars 2007.

11- Lavoie H. Syndrome des ovaires polykystiques: déclenchement de l'ovulation avec la metformine. *Le Medecin du Quebec* Juillet 2001; 36(7): 71-3

12-Hee-yeon woo, Kye - hyun Kin et al. Differences of the association of AMH with clinical or biochemical characteristics between women with and without PCOS. *Japan Endocrine Society* 2012.

13-Luciano A, Chapler F K, Sherman BM. hyperprolactinemia in polycystic ovaries syndrome, *fertil steril* 1984; 41:719-725.