

L'IMAGE DU MOIS

Une image d'ovaire micropolykystique par échographie transvaginale

F. VAN DEN BRÛLE (1), O. WAUTERS (2), U. GASPARD (3)

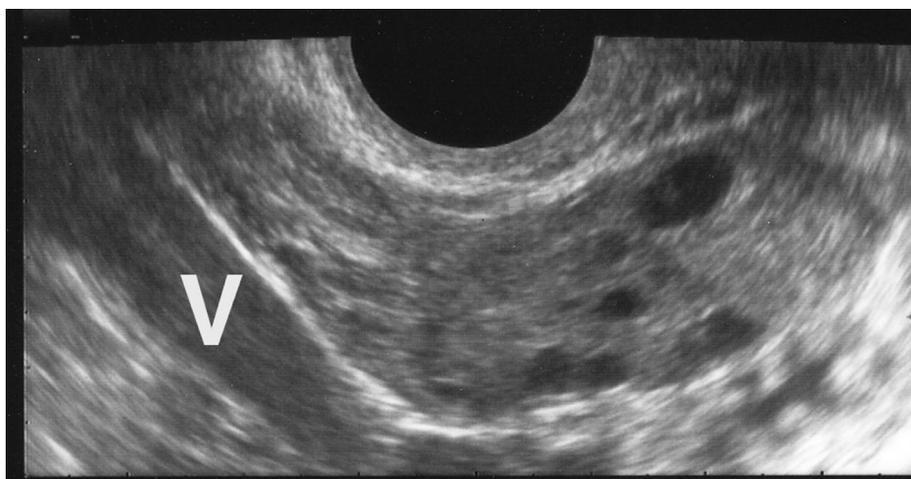


Fig. 1 : Aspect en échographie vaginale d'un ovaire droit de type micropolykystique. L'ovaire est identifié facilement par la présence de follicules et son rapport avec la veine hypogastrique (V). L'ovaire est de volume accru (51 x 24 x 31 mm ; volume 15,2 cm³) et présente plus de 12 follicules de moins de 10 mm, disposés surtout en périphérie d'un stroma ovarien abondant et hyperéchogène.

Nous rapportons ici le cas d'une patiente de 25 ans, nulligeste, consultant pour oligoaménorrhée, acné et séborrhée. L'examen clinique révèle une patiente de 161 cm, pesant 74 kg (BMI 28,5), présentant une obésité de type androïde (rapport des circonférences taille-hanches 1,3). Elle présente une acné modérée au niveau du visage, du thorax et du dos, une hyperpilosité au niveau de la moustache, du menton, de la poitrine et du dos, ainsi que sur les membres, et un *acanthosis nigricans* typique. L'examen clinique et l'examen gynécologique sont par ailleurs normaux. La glaire cervicale est abondante et filante. L'échographie vaginale met en évidence un utérus antéversé de volume normal, avec un endomètre d'aspect prolifératif (image «en grain de café») épais de 13 mm. Les ovaires sont augmentés de volume (50 et 51 mm de plus grand axe), d'aspect micropolykystique, et présentent un stroma abondant (Figure 1 : ovaire droit). Le bilan sanguin révèle une hyperandrogénie d'origine ovarienne, un hyperinsulinisme de base et une hypercholestérolémie légère. Un test à la progestérone (dydrogestérone 20 mg par jour pendant 5 jours) induit la survenue d'un saignement utérin (test positif). Le diagnostic de syndrome des ovaires micropo-

lykystiques (1-3) est retenu, et la patiente est placée sous metformine 3 x 850 mg par jour (4), et contraception orale par une combinaison d'éthinylestradiol 35 µg et acétate de cyprotérone 2 mg, cette dernière molécule possédant une action antiandrogénique utile dans ce cas. Des mesures hygiénodietétiques et l'exercice physique sont recommandés pour contrôler le taux de cholestérol et l'excès de poids (5, 6).

Le syndrome des ovaires micropolykystiques a été décrit en 1935 par Stein et Leventhal (7). Il consiste en l'observation d'ovaires polykystiques augmentés de volume et dont l'albuginée est typiquement nacrée, chez une patiente présentant une aménorrhée avec hirsutisme sur une hyperandrogénie d'origine ovarienne. Ces patientes présentent habituellement une oligoaménorrhée avec dysovulation et hyperoestrogénie relative, mettant la patiente à risque, à long terme, d'adénocarcinome endométrial (3). Elles présentent également un hyperinsulinisme qui contribue au risque de développer un diabète de type 2, ainsi qu'au risque cardiovasculaire global accru (3, 8).

L'image échographique de l'ovaire micropolykystique présentée ici est compatible avec les critères actuellement reconnus pour ce syndrome (9-11). En effet, l'ovaire doit présenter ≥ 12 follicules de 2 à 9 mm de diamètre, ou une augmentation du volume ovarien de plus de 10 cm³ (12). Si un follicule de plus de 10 mm est

(1) Maître de Recherches du FNRS, (2) Etudiante en 3^{ème} Doctorat, (3) Professeur, Chef de Service, Service de Gynécologie, CHU Sart Tilman, B-4000 Liège, Belgique.

observé, l'examen échographique doit être répété à une période où l'ovaire ne présente pas de follicule en croissance, afin de pouvoir calculer précisément le volume ovarien. L'observation d'un seul ovaire d'aspect micropolykystique est suffisant pour affirmer le diagnostic. Celui-ci ne doit pas nécessairement présenter une distribution périphérique des follicules de moins de 10 mm, ni la description d'un stroma abondant et hyperéchogène, bien que ceci soit très évocateur du syndrome. En effet, la mesure du volume ovarien constitue un excellent marqueur indirect de la quantification de l'abondance du stroma ovarien en pratique clinique de routine. Par ailleurs, un diagnostic de syndrome des ovaires micropolykystiques ne devrait pas être retenu chez une patiente dont les ovaires présentent un aspect micropolykystique à l'échographie, sans dysovulation, ni hyperandrogénie (13, 14).

En conclusion, le syndrome des ovaires micropolykystiques est une entité importante à diagnostiquer et à traiter, pour prévenir ses complications, entre autres sur le plan métabolique et de fertilité. L'échographie transvaginale fait partie des outils disponibles et indispensables dans ce but, et doit être utilisée dans la bonne connaissance des critères diagnostiques reconnus.

RÉFÉRENCES

1. Lakhani K, Seifalian AM, Atiomo WU et al.— Polycystic ovaries. *Br J Radiol*, 2002, **75**, 9-16.
2. Legro RS.— Diagnostic criteria in polycystic ovary syndrome. *Semin Reprod Med*, 2003, **21**, 267-75.
3. Guzick DS.— Polycystic ovary syndrome. *Obstet Gynecol*, 2004, **103**, 181-93.
4. De Leo V, la Marca A, Petraglia F.— Insulin-lowering agents in the management of polycystic ovary syndrome. *Endocr Rev*, 2003, **24**, 633-67.
5. Bruni V, Dei M, Pontello V et al.— The management of polycystic ovary syndrome. *Ann NY Acad Sci*, 2003, **997**, 307-21.
6. Wei AY, Pritts EA.— Therapy for polycystic ovarian syndrome. *Curr Opin Pharmacol*, 2003, **3**, 678-82.
7. Stein IF, Leventhal ML.— Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *Am J Obstet Gynecol*, 1935, **29**, 181.
8. Legro RS.— Polycystic ovary syndrome and cardiovascular disease: a premature association? *Endocr Rev*, 2003, **24**, 302-12.
9. Kyei-Mensah A, Zaidi J, Campbell S.— Ultrasound diagnosis of polycystic ovary syndrome. *Clin Endocrinol Metab*, 1996, **10**, 249-62.
10. Homburg R.— What is polycystic ovarian syndrome? A proposal for a consensus on the definition and diagnosis of polycystic ovarian syndrome. *Hum Reprod*, 2002, **17**, 2495-9.
11. Balen AH, Laven JS, Tan SL et al.— Ultrasound assessment of the polycystic ovary: international consensus definitions. *Hum Reprod Update*, 2003, **9**, 505-14.
12. Lass A, Brinsden P.— The role of ovarian volume in reproductive medicine. *Hum Reprod Update*, 1999, **5**, 256-66.
13. Franks S, Adams J, Mason H et al.— Ovulatory disorders in women with polycystic ovary syndrome. *Clin Obstet Gynaecol*, 1985, **12**, 605-32.
14. Young RL, Goldzieher JW.— Clinical manifestations of polycystic ovarian disease. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 1988, **17**, 621-35.