

ODPC ~ ENDO



**Prise en charge du syndrome des ovaires
polykystiques – SFE 2023**

**Statistiques des réponses aux questions des
vignettes cliniques**

Vignette clinique 1

Une patiente de 30 ans consulte pour hirsutisme avec suspicion de SOPK

- **ATCD** : ménarche à 11-12 ans, règles irrégulières quasiment d'emblée. Pas de pillule.
G2P2, grossesses obtenues difficilement avec PMA (stimulation simple a priori) dans la clinique du B....
Pas de diabète gestationnel. HTA gravidique fin de 2nd grossesse
- **Clinique**: DDR: aménorrhée depuis 3 mois - Spanioménorrhée avant.
Elle a fait du laser sur les cuisses et lèvre supérieure pour un hirsutisme
Acné depuis longtemps, majorée récemment
Perte de cheveux, sans alopécie franche- Séborrhée
Hirsutisme: - Cuisses 3/4 avant laser - bras, dos et entre les seins: 1/4 - Lèvre sup et menton 3/4 – Ligne blanche 2 à 3/4 => Ferriman à 17
- **Histoire pondérale**:
Poids avant la grossesse 60-65kg Taille 1m65
Puis 100kg pendant la grossesse puis yoyos pour perdre du poids
Poids stable à 90kg au prix d'efforts diététiques (IMC 33)
Aucune activité physique

La patiente rapporte des troubles du cycle menstruel depuis la puberté. Elle est actuellement en aménorrhée secondaire depuis décembre 2021.

Voici le bilan hormonal prescrit par son médecin traitant :

- Testostérone à 1 ng/ml (N 0,2 - 0,8)
- Oestradiol à 50 ng/l (185 pmol/L), FSH à 3,71 U/l, LH à 7,7 U/l,
- Cortisol à 8 h à 248 nmol/L

Biologie contrôlée en 04/2022, faite à J3 du cycle (DDR le 12/04):

- Prolactine 6.11 ng/ml
- Testostéronémie à 1.2 ng /ml (N 0.2-0.8).

Bilan le jour de l'hospitalisation de jour :

Bilan hormonal

- TSH 1.59 0.27-4.2 mUI/L
- T4 libre 14.0 12-22 pmol/L
- FSH 3.99 (3,5-12.5 UI/l)
- LH 13.73 UI/L (2.4-12.6)
- Prolactine 118.6 (102-496 mUI/L)
- Estradiol 166.1 (98 - 571 pmol/L)
- Progestérone <0.1 ng/ml
- Testostérone 2.0 (0.2-2.8 nmol/L)
- ACTH 8h pg/mL 13.6 (7.2-63.3)
- Cortisol 8h 172 nmol/L (172-497)
- FLU 24.9 µg/24 H (4.3-176) - 1,7 L diurèse

Bilan métabolique

- Glucose 86.4 mg/dL
- Créatinine 61 µmol/L (45-84)
- Albumine 43.6 g/L (35-52)
- Cholestérol 1.9 g/L (1.51-2.52)
- Cholestérol HD 0.52 g/L (0.4-0.6)
- Cholestérol LDL 1.18 g/l
- Triglycérides 1.00 g/L (0.44-1.47)

V1Q1 Que pensez-vous de son histoire actuelle ?

- A. Le SOPK est un FDR de prise de poids quel que soit l'IMC initial
- B. La stimulation par Clomid peut être impliquée dans la prise de poids chez cette patiente
- C. Les paramètres du SOPK s'aggravent dès le surpoids
- D. Il existe une association entre SOPK et HTA gravidique
- E. Environ 2/3 des femmes avec SOPK ont recours à un traitement de l'infertilité pour obtenir une grossesse

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 27	Non : 13	32%
B. Oui : 8	Non : 32	20%
C. Oui : 36	Non : 4	90%
D. Oui : 31	Non : 9	78%
E. Oui : 19	Non : 21	48%

Échographie : « L'examen par voie sus pubienne met en évidence un utérus antéversé, de volume normal, mesuré à 87*39*53 mm. Le myomètre est d'échostructure homogène. L'endomètre mesure 9.4 mm. Pas de collection endométriale décelable. L'ovaire gauche mesure 36*39 mm, d'échostructure micro-folliculaire. L'ovaire droit mesure 34*21 mm, d'échostructure micro folliculaire. Pas d'épanchement dans le cul de sac de Douglas. Conclusion ; ovaires micro polykystiques bilatéraux... »

V1Q2 Cette échographie confirme-t-elle le diagnostic de SOPK ?

- A. Les ovaires sont de taille normale
- B. Les ovaires sont de taille augmentée
- C. L'échostructure est un argument insuffisant
- D. Le seuil actuel pour évoquer un SOPK est de 12 follicules de 2-9 mm
- E. Le seuil actuel pour évoquer un SOPK est de 20 follicules de 2-9 mm
- F. Il convient de prévoir une nouvelle échographie, de meilleure qualité et intravaginale.

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 8	Non : 32	80%
B. Oui : 17	Non : 30	38%
C. Oui : 15	Non : 25	38%
D. Oui : 12	Non : 28	70%
E. Oui : 25	Non : 15	63%
F. Oui : 31	Non : 9	78%

Voici le résultat du TDM abdominal prescrit :

Aspect normal des surrénales. Aspect hypertrophique des ovaires, sans formation macrokystique. Qu'en pensez-vous ?

VIQ3 Qu'en pensez-vous ?

A. Le radiologue aurait pu préciser la taille des ovaires

B. Vous prescrivez une IRM abdominale pour mieux visualiser les surrénales

C. Seul un cathétérisme des veines surrénaliennes est très spécifique pour éliminer une tumeur surrénalienne non visible sur le scanner

D. L'IRM pelvienne n'a pas de place recommandée dans la prise en charge du SOPK, même chez la jeune femme

E. Le scanner abdominal est recommandé devant toute élévation de testostérone au-delà de 1 ng/ml (N 0,4-0,8)

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 25	Non : 15	63%
B. Oui : 2	Non : 38	95%
C. Oui : 4	Non : 36	10%
D. Oui : 28	Non : 12	70%
E. Oui : 19	Non : 21	53%

Test au synacthène : Voici le résultat :

17OHProgestérone. T0min : 2.75 nmol/L (0.9 ng/ml) - T30min : 3.3 nmol/L (1.0 ng/ml) - T60min : 3.8 nmol/L (1.2 ng/ml) - Méthode CLSM –

V1Q4 Qu'en pensez-vous ?

- A. le taux de base de 17OHP est presque suffisant pour affirmer un bloc en 21 hydroxylase
- B. Quel que soit le taux de testostérone, le test au Synacthène est recommandé
- C. Ce test devra être contrôlé dans 1 an avant d'éliminer le diagnostic de bloc
- D. Les seuils pour diagnostiquer un bloc sont : sup 2 ng/ml de base et 10 ng/ml après test
- E. L'extraction par chromatographie avant immuno-dosages donne des résultats plus fiables que les immuno-dosages seuls surtout chez les enfants

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 5	Non : 35	88%
B. Oui : 10	Non : 30	25%
C. Oui : 0	Non : 40	100%
D. Oui : 37	Non : 3	93%
E. Oui : 9	Non : 31	23%

V1Q5 Sur le plan métabolique, quelle sera votre prise en charge ?

- A. Vous prescrivez une HbA1c
- B. Vous proposez la réalisation d'une HGPO
- C. Vous prescrivez de la metformine pour l'aider à perdre du poids
- D. Si elle présente une intolérance aux hydrates de carbone, vous lui proposerez de la metformine
- E. Dans le contexte du SOPK, le risque d'avoir une insulino-résistance est identique à celui d'une femme avec un diabète de type 2

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 9	Non : 31	23%
B. Oui : 20	Non : 20	50%
C. Oui : 5	Non : 35	88%
D. Oui : 19	Non : 21	48%
E. Oui : 29	Non : 11	73%

V1Q6 Son hirsutisme est important, quelles seront vos propositions ?

A. Reprendre une CO oestroprogestative

B. Proposer d'emblée de l'Androcur avec précautions d'usage par rapport au risque de méningiome

C. Vous demandez une prise en charge du traitement laser car 2 taux élevés de testostérone

D. La rassurer sur le fait que l'hirsutisme diminue avec l'âge

E. Si vous optez pour la spironolactone, la dose efficace est habituellement de 50 mg par jour

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 27	Non : 13	68%
B. Oui : 5	Non : 35	88%
C. Oui : 24	Non : 16	60%
D. Oui : 5	Non : 35	13%
E. Oui : 5	Non : 35	88%

Vignette clinique 2

Madame M 38 ans vient vous consulter pour un avis sur le plan hormonal.

Elle a une maladie de Churg et Strauss depuis la naissance avec plusieurs interventions chirurgicales dans l'enfance. Elle a eu un traitement par hormone de croissance pendant 5 ans. Elle a eu ses premières règles à 11 ans et demi. Elle a toujours eu une spanioménorrhée et elle avait ses règles environ tous les 5 à 6 mois. Elle a eu une première grossesse avec traitement par Clomid avec une fille qui est née en 2012, une 2^e grossesse spontanée arrivée « plus vite qu'elle ne pensait ». Elle avait eu des bilans hormonaux montrant un taux de testostérone qui était un peu élevé mais elle n'a pas de bilan avec elle ce jour.

Actuellement elle a ses règles environ tous les 2 à 3 mois, elle a eu une ligature de trompes. Elle a une hypothyroïdie périphérique traitée par Levothyrox 25 µg.

Examen poids 62.7 kg pour 1.58 m, TA 123/85 mm de Hg. Pas d'hirsutisme, cheveux clairsemés et courts cassants au niveau vertex de la tête.

V2Q1 Elle vous demande quelle est la cause de sa spanioménorrhée et si c'est sa maladie de Churg et Strauss. Que lui répondez-vous ?

- A. Vous ne pensez pas que le syndrome de Churg et Strauss est en cause mais vous allez vérifier car c'est une maladie rare
- B. C'est un syndrome des ovaires polykystiques qui est en cause.
- C. C'est un déficit hypophysaire qui est en cause
- D. C'est son hypothyroïdie qui est en cause.
- E. C'est un déficit en hormone de croissance qui est en cause.

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 38	Non : 2	95%
B. Oui : 16	Non : 24	40%
C. Oui : 5	Non : 35	88%
D. Oui : 0	Non : 40	100%
E. Oui : 0	Non : 40	100%

V2Q2 Quel bilan lui faites-vous faire à ce stade ?

- A. Un dosage de testostérone totale.
- B. Des dosages de LH et FSH.
- C. Des dosages de glycémie/insulinémie.
- D. Un hypophysiogramme complet
- E. Une échographie pelvienne.

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 37	Non : 3	93%
B. Oui : 32	Non : 8	80%
C. Oui : 21	Non : 19	53%
D. Oui : 33	Non : 7	83%
E. Oui : 35	Non : 5	88%

Dans le doute vous lui faites faire une I.R.M. hypophysaire qui retrouve une tige pituitaire un peu épaissie. En reprenant son ancienne imagerie, cet aspect était déjà retrouvé il y a plusieurs années. Le bilan hypophysaire, en particulier la prolactine, est normal.

V2Q3 Cette anomalie de la tige pituitaire est-elle en rapport avec ses troubles du cycle ? ... vous demande la patiente

- A. Probablement non car la prolactine est normale
- B. Oui
- C. C'est un épaississement de la tige pituitaire d'allure idiopathique.
- D. Un SOPK est l'hypothèse la plus probable.
- E. Il faudrait éliminer les autres pathologies responsables de tige pituitaire épaissie

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 24	Non : 16	60%
B. Oui : 1	Non : 39	98%
C. Oui : 12	Non : 28	30%
D. Oui : 17	Non : 23	43%
E. Oui : 30	Non : 10	75%

Elle revient avec son échographie pelvienne. La conclusion est : « aspect compatible avec des ovaires polykystiques ».

V2Q4 Quels éléments devriez-vous trouver dans le compte rendu ?

- A. Le comptage des follicules sur chaque ovaire.
- B. La taille des follicules.
- C. La mesure du stroma ovarien.
- D. Un ovaire avec les critères OPK permet de dire qu'il s'agit d'ovaires polykystiques.
- E. Les deux ovaires doivent être atteints pour poser le diagnostic d'ovaires polykystiques.

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 39	Non : 1	98%
B. Oui : 30	Non : 10	75%
C. Oui : 23	Non : 17	43%
D. Oui : 17	Non : 23	43%
E. Oui : 11	Non : 29	73%

Finalement elle revient avec son bilan biologique qui retrouve une testostérone à 0,49 ng/l, une LH à 8 Ui/l et une FSH à 5 Ui/l, bilan réalisé après déclenchement des règles par Duphaston.

V2Q5 Que lui dites-vous ?

A. L'ensemble de son histoire en faveur d'un syndrome des ovaires polykystiques

B. L'imprégnation hormonale de la grossesse a plutôt favorisé des cycles un peu plus réguliers et un taux testostéronémie qui n'est pas élevé

C. Le syndrome des OPK est très fréquent et probablement indépendant de sa maladie

D. Elle n'a pas besoin de contraception et n'a donc pas besoin de traitement

E. Un traitement par Metformine pourrait régulariser les cycles

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 31	Non : 9	78%
B. Oui : 1	Non : 39	3%
C. Oui : 35	Non : 5	88%
D. Oui : 9	Non : 31	78%
E. Oui : 9	Non : 31	23%

Elle vous demande si une pilule estro-progestative aura un effet sur ses cheveux. Elle fume 10 cigarettes par jour.

V2Q7 Que lui dites-vous ?

- A. Compte tenu de son âge et de son tabagisme, la pilule est contre indiquée
- B. Cette pilule aura peu d'effets sur ses cheveux
- C. De façon générale, la pilule OP peut avoir un effet net sur une acnée, plus lent sur la pilosité
- D. Vous lui faites une prescription d'Androcur
- E. Vous lui faites une prescription de Spironolactone

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 33	Non : 7	83%
B. Oui : 20	Non : 20	50%
C. Oui : 35	Non : 5	88%
D. Oui : 0	Non : 40	100%
E. Oui : 25	Non : 15	38%

Vignette clinique 3

Une patiente de 16 ans vient vous consulter pour irrégularité menstruelle. Ses premières règles datent de ses 15 ans et 3 mois et les cycles ont toujours été irréguliers depuis.

V3Q1 Quelle(s) affirmation(s) est(sont) correcte(s) :

- A. Diagnostic de spanioménorrhée
- B. Il faut réaliser un bilan biologique
- C. Il faut réaliser une échographie pelvienne
- D. Par argument de fréquence, il s'agit très probablement d'un SOPK
- E. Avoir des cycles irréguliers la première année post-ménarche est normal

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 11	Non : 29	73%
B. Oui : 17	Non : 23	58%
C. Oui : 11	Non : 29	73%
D. Oui : 5	Non : 35	88%
E. Oui : 80	Non : 8	88%

La sœur de la première patiente vous consulte pour un excès de pilosité. Voici une photo :



V3Q2 Quelle(s) affirmation(s) est(sont) correcte(s) :

- A. Il s'agit d'un hirsutisme
- B. Le score de Ferriman est identique dans la population asiatique et dans la population américaine
- C. Par argument de fréquence, il s'agit très probablement d'un SOPK
- D. Il s'agit d'une hypertrichose
- E. La patiente a très probablement un syndrome de Cushing

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 12	Non : 28	70%
B. Oui : 3	Non : 37	93%
C. Oui : 5	Non : 35	88%
D. Oui : 28	Non : 12	70%
E. Oui : 2	Non : 38	95%

Une patiente de 25 ans vous consulte pour spanioménorrhée primaire. Elle a cliniquement un hirsutisme modéré, une acné modérée traitée par Roacutane durant l'adolescence. Son IMC est à 25 kg/m².

V3Q3 Que proposez-vous ?

- A. Instauration d'une contraception oestro-progestative d'emblée
- B. Réalisation d'un bilan biologique à la recherche d'une hyperandrogénie
- C. Réalisation d'une échographie pelvienne
- D. Réalisation d'un scanner surrénalien
- E. Aucune prise en charge spécifique, vous rassurez la patiente

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 0	Non : 40	100%
B. Oui : 40	Non : 0	100%
C. Oui : 31	Non : 9	60%
D. Oui : 0	Non : 40	100%
E. Oui : 0	Non : 40	100%

Voici les résultats de son bilan biologique :

FSH : 5.9 mUI/ml - LH 8 : mUI/l – Estradiol : 50 pg/ml - Testostérone totale : 0,5 ng/ml - Delta4androstenedione : 3 ng/ml - 17OHP : 0,4 ng/ml

V3Q4 Que manque-t-il ?

- A. Le dosage de l'AMH
- B. Le dosage du cortisol 8h
- C. Le dosage du cortisol libre urinaire de 24h
- D. Le dosage de la prolactine
- E. La date des dernières règles par rapport au bilan

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 10	Non : 30	75%
B. Oui : 1	Non : 39	98%
C. Oui : 25	Non : 15	38%
D. Oui : 30	Non : 10	75%
E. Oui : 36	Non : 4	10%

L'échographie pelvienne réalisée par voie endovaginale retrouve : ovaire gauche mesuré à 10 cc, ovaire droit 5 cc, porteur chacun de 20 follicules. Les diagnostics différentiels ont été éliminés.

V3Q5 Quelles sont les réponses exactes ?

- A. Il s'agit d'un SOPK de phénotype A
- B. Il s'agit d'un SOPK de phénotype B
- C. Il s'agit d'un SOPK de phénotype C
- D. Il s'agit d'un SOPK de phénotype D
- E. Il s'agit d'une forme non classique de bloc en 21 hydroxylase

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 27	Non : 13	68%
B. Oui : 5	Non : 35	88%
C. Oui : 2	Non : 38	95%
D. Oui : 6	Non : 34	85%
E. Oui : 0	Non : 40	100%

Avant de discuter de l'option thérapeutique à proposer à votre patiente,

V3Q6 Que vérifiez-vous ?

- A. Absence de tabagisme
- B. Antécédent de migraine avec aura au 1^{er} degré
- C. Antécédent de METV au 1^{er} degré avant 50 ans
- D. La pression artérielle
- E. Antécédent personnelle de migraine

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 38	Non : 2	5%
B. Oui : 14	Non : 26	65%
C. Oui : 40	Non : 0	100%
D. Oui : 40	Non : 0	100%
E. Oui : 30	Non : 10	75%

Elle vous consulte 6 mois après un traitement par ethinyl-estradiol 30µG + Levonorgestrel et se plaint toujours d'un hirsutisme modéré.

V3Q7 Que lui proposez-vous ?

- A. Le renforcement des règles hygiéno diététiques
- B. L'ajout d'un traitement par Spironolactone (hors AMM)
- C. Un traitement par Acétate de ciproterone
- D. Un traitement local par laser
- E. Un traitement par ethinyl-estradiol 20µG + Levonorgestrel

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 20	Non : 20	50%
B. Oui : 37	Non : 3	93%
C. Oui : 1	Non : 39	98%
D. Oui : 26	Non : 14	65%
E. Oui : 2	Non : 38	95%

V3Q8 Dans le cas où la testostérone initiale ait été supérieure à 2 fois la norme du laboratoire, qu'auriez-vous proposé ?

- A. Une imagerie à la recherche d'une tumeur ovarienne ou surrénalienne
- B. Une IRM pelvienne
- C. Un scanner surrénalien
- D. Une IRM hypophysaire
- E. Le dosage du SDHEA

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 35	Non : 5	88%
B. Oui : 13	Non : 27	33%
C. Oui : 24	Non : 16	60%
D. Oui : 0	Non : 40	100%
E. Oui : 25	Non : 15	38%

Vignette clinique 4

Mlle B, 21 ans, employée dans une mutuelle, est adressée, en 1990, par son dermatologue pour bilan et éventuelle prise en charge d'un hirsutisme.

Elle n'a pas d'antécédent notable autre que des douleurs lombaires et des gonalgies pour lesquelles elle a déjà sollicité un avis rhumatologique. Célibataire, sans enfant et sans projet de grossesse, elle est réglée depuis l'âge de 11 ans avec, durant les 4 premières années, une oligoménorrhée puis des cycles relativement réguliers entrecoupés d'une période d'aménorrhée d'une durée de 9 mois à l'âge de 18 ans.

L'examen de la patiente confirme un hirsutisme sévère et invalidant intéressant les membres supérieurs et inférieurs, la ligne blanche, le thorax et la région péri mamelonnaire ainsi que le visage (lèvre supérieure et menton), scoré à 28 à l'échelle semi-quantitative de Ferriman-Gallwey et associé à un début d'alopecie androgénique. Par ailleurs, son poids est de 68 kg pour 157cm (IMC à 27.6), le périmètre abdominal est mesuré à 88 cm et la PA à 135/80 mmHg.

Elle n'a aucun traitement et notamment pas de contraception orale.

V4Q1 Quels éléments anamnestiques vous semblent manquer pour progresser dans la démarche diagnostique ?

- A. Antécédents familiaux ?
- B. Existence d'une galactorrhée ?
- C. Palpation cervicale ?
- D. Anomalies cutanées ?
- E. Altération de l'état général ?

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 32	Non : 8	80%
B. Oui : 21	Non : 19	53%
C. Oui : 6	Non : 34	85%
D. Oui : 35	Non : 5	88%
E. Oui : 27	Non : 13	33%

V4Q2 Dans le bilan biologique hormonal initial, parmi les dosages suivants, lesquels auriez-vous prescrits ?

- A. Testostérone totale ?
- B. Prolactine ?
- C. Delta-4-androstéedione ?
- D. Sulfate de DHEA ?
- E. 17 OH progestérone ?
- F. LH et FSH ?

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 40	Non : 0	100%
B. Oui : 30	Non : 10	75%
C. Oui : 32	Non : 8	20%
D. Oui : 34	Non : 6	15%
E. Oui : 40	Non : 0	100%
F. Oui : 32	Non : 6	80%

V4Q3 Dans le bilan biologique hormonal initial, quels autres paramètres hormonaux vous paraissent indispensables à demander ?

- A. Testostérone libre calculée ?
- B. Insulinémie ?
- C. hGH ?
- D. TSH ?
- E. AMH ?
- F. CLU ?

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 3	Non : 37	93%
B. Oui : 5	Non : 35	88%
C. Oui : 8	Non : 32	80%
D. Oui : 24	Non : 16	40%
E. Oui : 7	Non : 33	83%
F. Oui : 39	Non : 1	98%

V4Q4 Quel bilan biologique non hormonal auriez-vous également demandé à ce stade initial ?

- A. Aucun ?
- B. Glycémie à jeun ?
- C. ALAT, ASAT ?
- D. EAL ?
- E. HbA1c ?

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 1	Non : 39	98%
B. Oui : 38	Non : 2	95%
C. Oui : 31	Non : 9	23%
D. Oui : 39	Non : 1	98%
E. Oui : 8	Non : 32	80%

V4Q5 Quels examens complémentaires autres que biologiques auriez-vous demandés ?

- A. Une TDM surrénalienne avec injection ?
- B. Une échographie utérine ?
- C. Une TDM surrénalienne sans injection ?
- D. Une échographie ovarienne ?
- E. Une IRM hypophysaire ?

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 14	Non : 26	65%
B. Oui : 2	Non : 38	5%
C. Oui : 5	Non : 35	88%
D. Oui : 37	Non : 3	93%
E. Oui : 1	Non : 39	98%

Les résultats du bilan biologique demandé en début d'un cycle ont été les suivants:

- Testostérone totale : 1.3 ng/ml (0.2 - 0.8) = 4.50 nmol/l (0.8 – 2.9)
- LH (phase folliculaire): 8.4 mUI/ml (2.5 – 10.2)
- FSH (phase folliculaire): 5.2 mUI/ml (1.2 – 12.5)
- 17 OH Progestérone : 1.55 ng/ml (0.2 – 1.5) = 4.69 nmol/l (0.6 – 4.5)
- CLU : 30 µg/24h (10 – 100)
- Delta-4-androstéedione : 4.0 ng/ml (0.3 – 3.3)
- Sulfate de DHEA : 1.90 µmol/l (0.70 – 12.49) = 0.70 mg/l (0.26 – 4.60)
- Glycémie à jeun: 1.18 g/l
- Triglycérides : 2,00 g/l ; HDL-cholestérol : 0.45 g/l

Une échographie ovarienne réalisée par son gynécologue avait également été effectuée dont les résultats étaient les suivants:

- Comptage folliculaire d'une trentaine de follicules en périphérie de 5 à 9 mm, absence de kyste ou de follicule dominant ; volume ovarien de 12 et 14 cm³ - hypertrophie du stroma

V4Q6 Quelles hypothèses diagnostiques auriez-vous formulées ?

- A. Hyperplasie congénitale des surrénales ?
- B. Hyperandrogénie "idiopathique" ?
- C. Syndrome des ovaires polykystiques ?
- D. Ovaires multi-kystiques ?
- E. Syndrome métabolique avec hypogonadisme hypogonadotrope ?

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 13	Non : 27	88%
B. Oui : 0	Non : 40	0%
C. Oui : 40	Non : 0	100%
D. Oui : 1	Non : 39	3%
E. Oui : 0	Non : 40	100%

La patiente est fortement demandeuse d'une prise en charge thérapeutique, son hirsutisme entrainant un préjudice esthétique et psychologique très important.

V4Q7 Qu'auriez-vous proposé comme prise en charge thérapeutique de 1^{ère} ligne ?

- A. Metformine ?
- B. Contraception oestro-progestative ?
- C. Épilation laser ?
- D. Mesures hygiéno-diététiques ?
- E. Acétate de Cyprotérone ?

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 5	Non : 25	63%
B. Oui : 30	Non : 10	75%
C. Oui : 24	Non : 16	40%
D. Oui : 37	Non : 3	93%
E. Oui : 12	Non : 28	70%

Nous sommes en 1991 et il est proposé à la patiente, outre l'application de mesures d'hygiène de vie, de débiter un traitement en discontinu par une association d'Acétate de Cyprotérone à raison de 50 mg/j et d'Estradiol 0,5 mg en gel percutané qu'elle poursuivra durant 3 années avec une amélioration significative des signes cliniques de la patiente qui s'en félicite.

En 1994 il lui est demandé d'interrompre le traitement, ce qu'elle refuse durant les 2 années suivantes pour accepter l'arrêt en 1997 avec un relai par de la Spironolactone à 100mg/j, traitement qu'elle maintiendra jusqu'en 2006, avec une lente mais régulière re aggravation de son hirsutisme. Elle reprend alors, à sa demande insistante auprès d'un autre prescripteur, le traitement par Acétate de Cyprotérone/Estradiol qui sera maintenu jusqu'en 2014, date à laquelle elle accepte à nouveau d'interrompre le traitement.

L'évolution durant les années qui suivent sera marquée par une prise pondérale significative (82 kg en 2008 – IMC : 33.3), l'apparition d'un diabète de type 2 patent qui amène à la prescription successive de Metformine, associé par la suite à un sulfamide hypoglycémiant, puis un iDPP4 et enfin une insuline basale. Par ailleurs est constaté une détérioration de sa dyslipidémie mixte, d'où une mise sous Atorvastatine à 10mg/j.

V4Q8 Parmi les pathologies suivantes, quelles sont celles dont il a été démontré que leur prévalence était majorée dans le SOPK ?

- A. La dépression ?
- B. Le cancer endométrial ?
- C. L'hépatite stéatosique non alcoolique ?
- D. Le cancer du sein ?
- E. Le syndrome d'apnée du sommeil ?
- F. L'endométriose ?

Réponses de l'audit		% bonnes réponses
A. Oui : 27	Non : 13	68%
B. Oui : 21	Non : 19	53%
C. Oui : 39	Non : 1	98%
D. Oui : 8	Non : 32	80%
E. Oui : 30	Non : 10	75%
F. Oui : 0	Non : 40	100%

En 2014, au décours du décès de son père, la patiente développe un syndrome dépressif amenant une prise en charge psychiatrique, mais aussi des vertiges et acouphènes, des troubles mnésiques. Le psychiatre prescrit une IRM cérébrale:

Volumineux méningiome sphénoïdal externe et moyen droit