

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — ENDOCRINOLOGIE — GONADES · PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-GON-HF · Version 1.0 — validée le 21/06/2026

HYPOGONADISME FÉMININ — conduite à tenir

Objet

Diagnostiquer un hypogonadisme féminin (insuffisance ovarienne ou atteinte centrale), en préciser le niveau et le traiter (substitution œstroprogestative, prise en charge de la fertilité).

CAT diagnostique

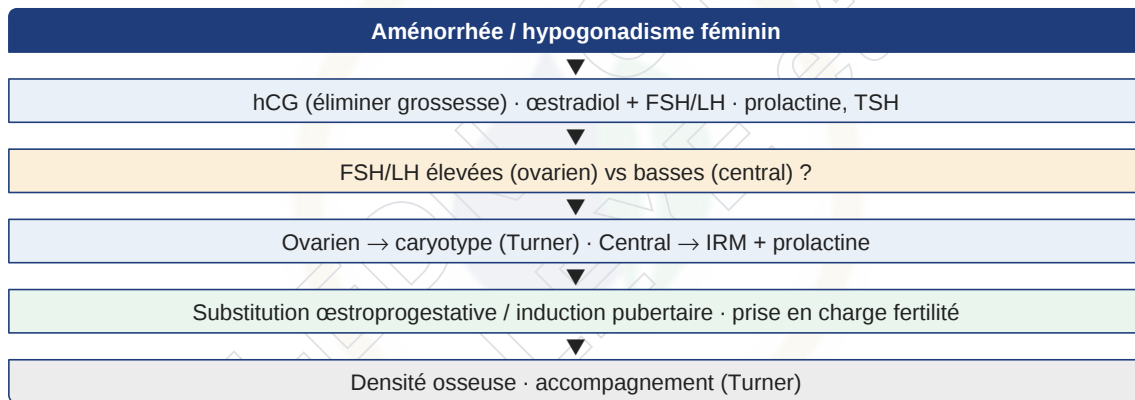
1. Signes cliniques

- **Aménorrhée primaire** (impubérisme, absence de règles après 15 ans) ou **aménorrhée secondaire**.
- Signes d'hypoœstrogénie : bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, infertilité, déminéralisation.
- **Syndrome de Turner** (45,X) : petite taille, dysmorphie, impubérisme — à évoquer systématiquement.
- Causes centrales : aménorrhée hypothalamique fonctionnelle (dénutrition/sport), hyperprolactinémie, syndrome tumoral.

2. Signes paracliniques

- **Éliminer une grossesse** (hCG) en premier.
- **Œstradiol bas + FSH/LH : élevées** → insuffisance ovarienne (primaire) → **caryotype** (45,X = Turner) ; **basses** → atteinte centrale → IRM, prolactine, bilan hypophysaire.
- **AMH** (réserve ovarienne), **échographie pelvienne** ; prolactine, TSH, testostérone selon le contexte.

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Traitement hormonal substitutif** œstroprogestatif (protection osseuse, trophicité, qualité de vie) en l'absence de contre-indication.
- **Induction pubertaire progressive** chez l'adolescente (œstrogènes à doses croissantes puis association d'un progestatif).
- **Fertilité** : selon la cause — induction de l'ovulation (atteinte centrale), **don d'ovocytes/PMA** (insuffisance ovarienne) ; prise en charge spécialisée.
- **Traiter la cause** (correction nutritionnelle de l'aménorrhée fonctionnelle, hyperprolactinémie, etc.) ; suivi du Turner (cardio, croissance).

Surveillance

- Cycle/trophicité, tolérance du THS, densité osseuse ; suivi de la cause.
- Suivi pluridisciplinaire du syndrome de Turner.

Points de vigilance

- Toujours éliminer une grossesse avant exploration ; évoquer le Turner devant une aménorrhée primaire avec petite taille.
- Aménorrhée hypothalamique fonctionnelle : corriger le déficit énergétique (risque osseux).

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- hCG + œstradiol + FSH/LH + échographie = démarche accessible ; caryotype/IRM/PMA à organiser.
- THS œstroprogestatif accessible ; éducation et accompagnement psychologique.
- Penser au Turner et à l'aménorrhée fonctionnelle (fréquentes) ; prise en charge nutritionnelle.