

désirer un enfant

LE SYNDROME  
DES OVAIRES  
POLYKYSTIQUES  
EN QUESTIONS...



3398 - FR-NONF-00045 - Octobre 2020

Merck

[www.merck.fr](http://www.merck.fr)



**Information médicale/Pharmacovigilance**

pour les patients, les aidants et les professionnels de santé

0 800 888 024 (Service & appel gratuits)

E-mail : [infoqualit@merckgroup.com](mailto:infoqualit@merckgroup.com)

Merck Serono s.a.s.

37 rue Saint-Romain - 69008 Lyon

désirer un enfant

## LE SYNDROME DES OVAIRES POLYKYSTIQUES EN QUESTIONS...

**Pr Sophie Catteau-Jonard M.D., Ph.D.**

PU-PH de Gynécologie Médicale

Service de Gynécologie Endocrinienne  
et Médecine de la Reproduction

Hôpital Jeanne de Flandre 59037 Lille Cedex (France)

On vous a annoncé que vous aviez un « Syndrome des Ovaires Polykystiques » ou « SOPK » et vous vous posez beaucoup de questions. Quelle est l'origine de cette maladie ? D'autres femmes sont-elles atteintes ? Quels en sont les symptômes ? Vais-je réussir à avoir des enfants ? Peut-on me guérir de cette maladie ? Etc...

L'objectif de ce livret est de répondre à l'ensemble de vos interrogations en vous expliquant ce qu'est ce « Syndrome des Ovaires Polykystiques » et quelles sont les solutions qui vont vous être proposées.

### POURQUOI ÇA S'APPELLE COMME ÇA ?

Le nom prête à confusion... En effet, ce ne sont pas du tout des petits kystes que vous avez sur les ovaires mais tout simplement des petits follicules<sup>(1,3)</sup> ! Ces follicules contiennent des « ovocytes » ou « ovules » qui, fécondés par les spermatozoïdes, peuvent permettre d'obtenir des embryons puis des bébés. Il est donc tout à fait normal d'avoir des follicules visibles sur les ovaires. Chez vous, ces petits follicules sont visibles en trop grande quantité et paradoxalement, seuls peu d'entre eux arrivent à maturation jusqu'à l'ovulation, ce qui entraîne souvent des troubles du cycle<sup>(1,3)</sup>. En effet, dans le SOPK, les hormones mâles (les androgènes) modifient la croissance de ces petits follicules et les rendent plus visibles à l'échographie. Les follicules sont remplis de liquide et ils paraissent noirs à l'échographie, tout comme les kystes. Les premiers médecins à observer ce syndrome ont parlé de petits kystes au lieu de follicules, d'où la confusion<sup>(1,3)</sup>.



## C'EST DÙ À QUOI ?

L'origine du syndrome des ovaires polykystiques n'est pas encore complètement connue. On sait que les ovaires des femmes porteuses de ce syndrome fabriquent trop d'hormones mâles (les androgènes)<sup>(1)</sup>.

Ces androgènes entraînent une modification de la croissance des petits follicules qui deviennent alors visibles en plus grand nombre à l'échographie. De plus, l'ovulation est souvent moins régulière et entraîne alors des troubles des règles.

Chez certaines femmes, ces androgènes fabriqués en excès peuvent aussi entraîner de l'acné, une pilosité excessive (appelée hirsutisme) et/ou une perte de cheveux<sup>(1)</sup>. Tous ces symptômes sont très différents d'une femme à une autre et il y a donc beaucoup de formes différentes de ce syndrome.

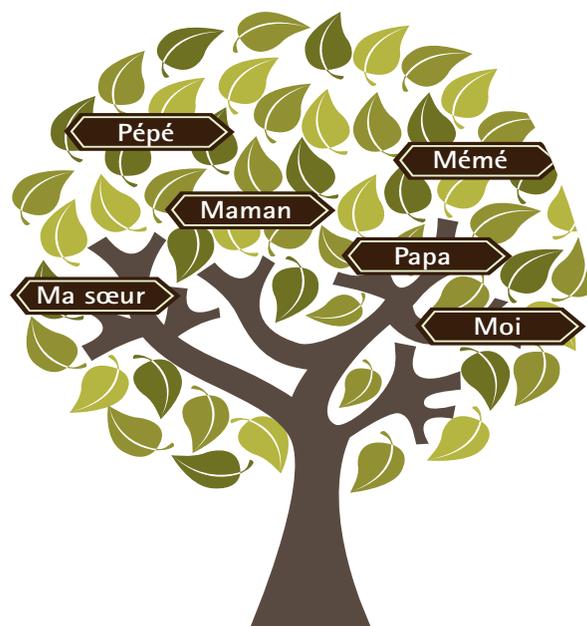


## ÇA TOUCHE QUI ET COMMENT ?

C'est un syndrome très fréquent qui touche 5 à 10 % des femmes jeunes<sup>(1,4)</sup>.

Même si on ne connaît pas encore les gènes responsables, il y a très probablement une origine génétique puisque une femme a environ un risque sur 2 de transmettre ce syndrome à chacune de ses filles.

D'autres facteurs dus à l'environnement (par exemple un surpoids, une façon déséquilibrée de s'alimenter...) peuvent aussi jouer un rôle dans l'apparition de ce syndrome<sup>(1)</sup>.



## COMMENT FAIT-ON LE DIAGNOSTIC ?

Le diagnostic du SOPK repose sur 3 signes. Il suffit d'avoir au moins 2 signes sur les 3 et d'avoir exclu les autres diagnostics possibles pour porter le diagnostic de SOPK<sup>(1,2,3)</sup>.

Ces signes sont les suivants :

- 1 Des règles irrégulières, ce qui témoigne d'un problème d'ovulation.**  
Certaines femmes vont n'être réglées que tous les 2 ou 3 mois, d'autres pratiquement jamais.
- 2 Un excès d'hormones mâles (appelées « androgènes »).**  
Il est normal que les ovaires sécrètent des androgènes. Chez certaines femmes, cette sécrétion est trop importante et peut entraîner des signes cliniques :
  - une pilosité excessive (hirsutisme) sur des zones du corps où une femme n'a en principe pas de poils (cuisses, ventre, dos, seins, visage,...)
  - de l'acné sévère sur au moins deux zones du corps
  - une perte de cheveux importante (alopécie)

Chez certaines femmes, l'excès d'androgènes peut être détecté au niveau sanguin par des dosages à réaliser au moment des règles. En particulier, le dosage de la testostérone totale est utile.

- 3 Un excès de follicules ovariens visibles en échographie ou des ovaires augmentés de volume.**

Il est normal de voir des follicules sur les ovaires des femmes avant la ménopause. Chez certaines femmes, et en particulier en cas de SOPK, on en voit plus que d'habitude. Au-delà d'un certain seuil (en général à partir de 20 follicules par ovaire si on utilise un appareil d'échographie moderne et puissant), on parle d'ovaires polykystiques (même si le terme est mal choisi puisqu'il s'agit de follicules et non de kystes).

Des ovaires augmentés de volume (au-delà de 10 ml) sont aussi un signe d'ovaires polykystiques<sup>(3)</sup>.

L'hormone anti-Müllérienne (AMH) est une hormone sécrétée par les petits follicules en croissance. Son dosage permet de donner un bon reflet du nombre de follicules que contiennent vos ovaires. Ce dosage pourra vous être proposé en complément de l'échographie si celle-ci est difficile à réaliser ou à interpréter. Ce dosage n'est pour le moment pas remboursé par la Sécurité Sociale.





Afin de pouvoir porter le diagnostic de SOPK, votre médecin va donc certainement vous prescrire un bilan sanguin et une échographie pelvienne, permettant en particulier de visualiser vos ovaires. Il est important au cours de ce bilan d'éliminer les autres pathologies entraînant des troubles des règles et/ou une hyperandrogénie. Ainsi, un dosage de la prolactine, des gonadotrophines, de l'œstradiol, des androgènes (testostérone, 17 hydroxyprogesterone), etc... vous sera certainement prescrit.

Ce bilan est à réaliser au début de votre cycle, c'est-à-dire au moment de vos règles. Les hormones fluctuent en effet au cours du cycle menstruel. Si vous n'êtes pas réglée spontanément, votre médecin pourra vous prescrire un traitement par un progestatif pour tenter de déclencher les règles.

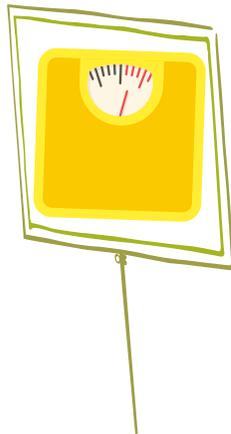
## Y-A-T-IL UN LIEN AVEC LE SURPOIDS ?

Certaines femmes présentant un SOPK ont également un surpoids.

Le surpoids et la résistance à l'insuline favorisent l'expression des symptômes d'hyperandrogénie (acné, excès de pilosité) et de dysovulation (troubles du cycle). De plus, le surpoids diminue les chances de grossesse<sup>(1,4)</sup>. La première chose à faire lorsque vous avez un SOPK associé à un excès de poids est donc de mettre en place des mesures « hygiéno-diététiques » pour diminuer cet excès de poids.

Des études<sup>(4)</sup> montrent que la perte de seulement 5 à 10 % de votre poids initial peut suffire dans certains cas à entraîner une ovulation spontanée et donc une grossesse !

Demandez à être aidée par vos médecins pour cette perte de poids.



## PEUT-ON EN GUÉRIR ?

Le SOPK diminue avec l'âge et on dispose d'un certain nombre de traitements pour améliorer les symptômes présentés par chaque femme. Même si on ne le fait pas disparaître complètement, le SOPK peut donc être « maîtrisé<sup>(1)</sup> ».

Si vous êtes surtout gênée par l'acné, la pilosité ou la perte des cheveux, des traitements anti-androgènes existent. Si vous voulez être réglée régulièrement, des moyens simples peuvent être mis à votre disposition. Si votre souhait est d'obtenir une grossesse, là encore des traitements simples ou un peu plus sophistiqués vous seront proposés.

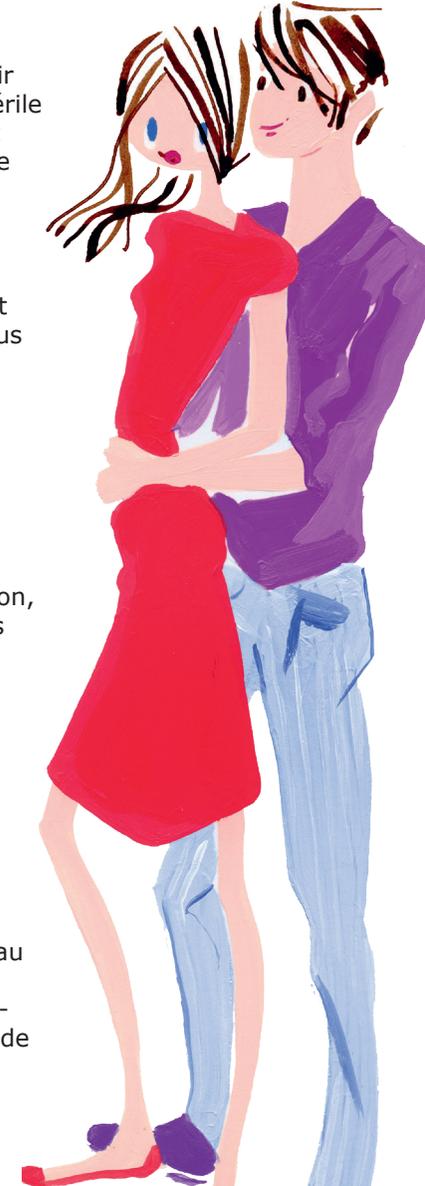
## EST-CE QUE ÇA REND STÉRILE ?

Beaucoup de femmes avec SOPK arrivent à obtenir des grossesses naturellement. Vous n'êtes pas stérile puisque vous avez beaucoup de petits follicules et donc d'ovocytes (ou ovules) présents au niveau de vos ovaires. Ces petits follicules n'arrivent cependant pas souvent à maturation jusqu'à l'ovulation, ce qui entraîne des troubles du cycle et peut diminuer vos chances de grossesse spontanée<sup>(1,3)</sup>. Si la grossesse tarde à arriver, il est alors conseillé de consulter un spécialiste pour vous aider.

## QUEL TRAITEMENT VA-T-ON ME PROPOSER POUR OBTENIR UNE GROSSESSE<sup>(1,4)</sup> ?

Si vous avez un SOPK avec un trouble de l'ovulation, votre médecin va tout d'abord rechercher d'autres causes à votre infertilité : votre conjoint a-t-il un sperme normal ? Vos trompes utérines sont-elles bien perméables pour permettre la rencontre de l'ovocyte et des spermatozoïdes ? Votre utérus ne présente-t-il pas d'obstacle à une grossesse<sup>(1)</sup> ?

Si vous présentez un surpoids, il est nécessaire de perdre du poids avant de débuter tout traitement. Cette perte de poids va améliorer vos symptômes et faciliter les ovulations spontanées ou induites par les traitements. Avec un poids normal, vous répondrez plus facilement au traitement, aurez plus de chance d'obtenir une grossesse et moins de risques de faire une fausse-couche. Enfin, votre grossesse comportera moins de risques de complications (diabète, hypertension artérielle, etc...) pour vous et pour votre bébé<sup>(4)</sup>.





Si l'infertilité de votre couple n'est due qu'au seul problème de dysovulation, votre médecin va certainement vous prescrire en première intention un traitement sous forme de comprimés (de citrate de clomifène) à débiter au moment de vos règles pour vous aider à ovuler<sup>(1)</sup>. Un suivi par échographie et prise de sang sera nécessaire pour surveiller l'efficacité du traitement et l'absence de trop forte réponse de vos ovaires qui pourrait conduire à une grossesse multiple ! En général, 3 à 6 cycles sont réalisés avec ce traitement. Le nombre de comprimés sera augmenté au cours des cycles si vous n'ovulez pas avec 1 comprimé par jour.

Si ce premier traitement n'aboutit pas à une grossesse, votre médecin vous proposera :

- soit une petite intervention chirurgicale au niveau des ovaires pour essayer d'entraîner des ovulations spontanées (« drilling » ovarien<sup>(1)</sup>). Cette intervention réalisée sous anesthésie générale nécessite une ou plusieurs petites incisions au niveau du ventre ou au fond du vagin afin de passer une caméra et des outils miniatures. Le but est de faire des petits trous dans les ovaires afin de diminuer le nombre de follicules et les androgènes et de vous aider ainsi à ovuler. Ce traitement est efficace dans environ 50 % des cas mais, du fait de l'intervention chirurgicale, il peut conduire au développement d'adhérences pelviennes<sup>(1)</sup>.

- soit un traitement par injections de gonadotrophines FSH pour stimuler la croissance terminale d'un follicule et permettre l'ovulation et peut-être une grossesse<sup>(1)</sup>. Il s'agit d'injections quotidiennes en sous-cutanées, facilement réalisables par vous-mêmes, à faire pendant au minimum 10 à 12 jours. Là encore, un suivi rapproché par échographie et prises de sang est indispensable environ 2 fois par semaine pour éviter le risque d'hyperstimulation ovarienne<sup>(1,3)</sup>. Si aucun follicule ne grossit, le médecin augmentera très progressivement les doses de gonadotrophine afin de n'avoir qu'un seul follicule qui se développe à la fois et éviter ainsi les grossesses multiples.

Si une autre cause d'infertilité est associée à votre SOPK (sperme anormal, trompes non perméables, etc...) ou en cas d'échec des techniques précédentes, votre médecin vous proposera peut-être une autre technique plus sophistiquée telle que la fécondation in vitro.

**En conclusion, le syndrome des ovaires polykystiques est fréquent et entraîne des symptômes variés d'une femme à l'autre. Des traitements pour ces différents symptômes existent et seront proposés selon la gêne présentée par la patiente.**

**En cas d'infertilité par trouble de l'ovulation, des traitements très simples ou un peu plus complexes permettront dans la majorité des cas d'obtenir la grossesse tant souhaitée !**

1 Polycystic ovary syndrome. Norman RJ, Dewailly D, Legro RS, Hickey TE. Lancet. 2007 Aug 25;370(9588):685-97. Review.

2 Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). Hum Reprod 2004; 19:41-47.

3 Definition and significance of polycystic ovarian morphology: a task force report from the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. Dewailly D, Lujan ME, Carmina E, Cedars MI, Laven J, Norman RJ, Escobar-Morreale HF. Hum Reprod Update. 2014 May-Jun ; 20 (3):334-52.

4 Treatment of obesity in polycystic ovary syndrome: a position statement of the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. Moran L; Pasquali R, Teede HJ, Hoeger KM, Norman RJ. Fertil Steril. 2009 Dec; 92(6):1966-82.

# LEXIQUE

## 17 hydroxy progestérone

hormone produite par les surrénales, les testicules et les ovaires. Son augmentation peut témoigner d'une anomalie des surrénales (glandes situées au-dessus des reins) et peut entraîner une hyperandrogénie et parfois des troubles du cycle.

## Alopécie

accélération de la chute des cheveux

## AMH

voir Hormone anti-Müllérienne

## Androgènes

hormones provoquant l'apparition des caractères sexuels masculins tels que la pilosité. Ces hormones sont naturellement sécrétées par les glandes surrénales, les testicules, mais aussi les ovaires chez la femme. La plus connue est la testostérone, produite à un taux vingt fois supérieur par l'homme que par la femme.

## Dysovulation

anomalie irrégulière de l'ovulation

## Echographie

technique d'imagerie médicale utilisant les ultrasons. Les échos renvoyés par les organes, permettent de visualiser ce qui est invisible à l'œil, voire aux rayons X. L'échographie est pratiquée par des médecins, au moyen d'un échographe.

## Embryon

organisme en développement depuis la première division de l'œuf ou zygote jusqu'au stade où les principaux organes sont formés. Un embryon est créé lorsqu'un ovocyte est fécondé par un spermatozoïde.

## Follicules

petit élément de l'ovaire en forme de sac sphérique dans lequel l'ovocyte est stocké jusqu'à sa maturation et sa libération au moment de l'ovulation.

## Gonadotrophines

hormone sécrétée par la glande de l'hypophyse (située à la base du cerveau) et qui agit chez la femme sur les ovaires. On distingue la FSH (hormone folliculostimulante) qui stimule la croissance du follicule dominant lors de la première partie du cycle menstruel, et la LH (hormone lutéinisante) qui entraîne l'ovulation du follicule dominant.

## Hirsutisme

développement excessif de la pilosité dans des régions où elle est normalement absente chez la femme (visage, dos, ventre, seins, ...)

## Hormone anti-Müllérienne

hormone sécrétée par les petits follicules en croissance. Son dosage permet de donner un bon reflet du nombre de follicules que contiennent les ovaires.

## Hyperandrogénie

production excessive d'hormones mâles pouvant entraîner un excès de pilosité (hirsutisme), une perte des cheveux (alopécie) ou encore une acné sévère.

## Insuline

hormone produite par le pancréas, pour aider à maîtriser le taux de glucose dans le sang.

## Kystes ovarien

petite poche le plus souvent sphérique, remplie de liquide, qui se forme dans un ovaire.

## Œstradiol

hormone sexuelle principalement féminine de la famille des œstrogènes qui permet la fertilité et le développement des caractères sexuels de la femme. Elle est sécrétée en particulier par les follicules en croissance et son taux augmente pendant les 14 premiers jours du cycle en même temps que le follicule dominant, jusqu'à l'ovulation.

## Ovaire

organe génital féminin, où se forment les ovocytes ou ovules (cellules destinées à être fécondées) et qui produit des hormones. Les femmes ont 2 ovaires, situés de part et d'autre de l'utérus.

## Ovocyte ou Ovule

cellule sexuelle de la femme permettant la reproduction. L'ovocyte est logé dans un follicule (voir ce terme) lui-même à l'abri dans l'ovaire. Ce follicule ovarien, au 14e jour du cycle menstruel environ, se rompt. Ceci aboutit à l'ovulation à l'origine de la libération de l'ovule aspiré par les franges du pavillon de la trompe de l'utérus. Ensuite l'ovocyte est transporté grâce aux mouvements de la trompe à l'intérieur de celle-ci, en direction de l'utérus. Après son ovulation, l'ovocyte possède la capacité d'être fécondé par un spermatozoïde, ce qui donne alors un embryon.

## Progestatif

substance artificielle proche de la progestérone dont elle a certains effets (mais pas forcément tous) et utilisée comme médicament. Il modifie l'endomètre (la paroi qui tapisse l'utérus) et à l'arrêt du progestatif, les règles peuvent survenir.

## Prolactine

hormone sécrétée par la glande de l'hypophyse (située à la base du cerveau) et qui permet, entre autres, le déclenchement et le maintien de la sécrétion de lait après l'accouchement. Un excès de prolactine peut entraîner des cycles anormaux, voire une absence de règles.

## Spermatozoïdes

cellules sexuelles de l'homme permettant la reproduction, contenues dans le sperme.

## Sperme

liquide biologique masculin expulsé du corps lors de l'éjaculation et contenant les spermatozoïdes.

## Testostérone

principale hormone mâle (ou androgènes) sécrétée par les surrénales, les testicules et les ovaires.

## Trompes

conduits musculieux se situant de chaque côté du fond de l'utérus pour se rapprocher de chaque ovaire. C'est durant sa migration dans les trompes que l'ovocyte (ou ovule) peut être fécondé.

## Utérus

organe féminin en forme de poche prévue pour accueillir un embryon et permettre son développement.

## Syndrome

ensemble des signes et des symptômes qu'un patient est susceptible de présenter lors de certaines situations cliniques.