

Pilosité anormale chez l'enfant

frantz Lancelin pédiatrie

Quels examens ?

Age de découverte

- ▶ Soit pendant enfance
- ▶ Soit à la puberté



La pilosité normale est diffuse sur le corps

avec des zones sensibles aux hormones stéroïdes
sexuelles (zones pubertaires masculines et féminines)

et **des zones insensibles**
(reste du corps et diffus)

le follicule est identique et se transforme avec la stimulation hormonale

Aspect ,répartition,contexte familial,contexte pubertaire

- ▶ définir une pilosité:
- ▶ Abondante en zone de peau « normale »:**hypertrichose**
- ▶ En zone sexuelle (apparaissant à la puberté ou non):**hirsutisme**
- ▶ Coréllée au sexe ou non(visage chez les filles)
- ▶ Et son évolutivité rapide

- ▶ Aspect de la pilosité :
- ▶ Simple duvet ou pilosité non tortueuse;
- ▶ Tortueuse d'allure pubertaire (épais ,fonçé,grossier)

La pilosité normale

- ▶ Abondance liée souvent à une origine ethnique spécifique familiale
- ▶ Touchant un des 2 parents
- ▶ Ex: pourtour méditerranéen
- ▶ Différencier d'un phénomène inhabituel dans la famille
- ▶ Rechercher alors cause médicamenteuse , génétique:
 - ▶ **Médicamenteuses** : minoxidil , ciclosporine, diazoxide , glucocorticoïdes, phenobarbital, diazoxide, hormones
 - ▶ **Génétique** (type cornelia de lange ..)

hirsutisme





Classification gallaway



Hirsutisme:

- ▶ Poils d'allure androgéniques , type « virilisation »
 - ▶ Lèvre sup ,joues,menton ,abdomen sup ,sternum
 - ▶ **+signes à rechercher:**
 - ▶ Acné sévère ,alopécie,voix grave,clitoromégalie
 - ▶ Eventuel **signes de cushing**
-
- ▶ Évolution rapide ?
 - ▶ **avant la puberté ou pendant**

Avant la puberté

- ▶ Le plus souvent **pilosité en zone pubertaire** (cotation A2, P2...)
- ▶ Rechercher des éléments de puberté en avance (filles et garçons)
- ▶ Ou dissociée (filles) et /ou virilisation
- ▶ Taille testicules ,verge, clitoris hypertrophié

- ▶ **Souvent pubarche (adrenache)+marquée**

- ▶ Soit puberté surrénalienne physio (ethnique)
- ▶ Soit bloc surrénalien(déficit 21ohase forme tardive)**pseudo puberté ptécoce**
- ▶ Voire tumeur(rapide)

Pilosité et tumeur

- ▶ Tumeurs:
 - ▶ Surrénale ou cushing
 - ▶ Ovarienne
- ▶ Rechercher :
 - ▶ HTA, poids ,croissance anormale (ralentie par cushing)
 - ▶ 17 OHP ,dhea ,test lhrh, testosterone,CLU
- ▶ Rarement pilosité isolée

En période pubertaire

- ▶ Pilosité en zone anormale (**hirsutisme**) (fille)
- ▶ Préciser :
- ▶ Poids (BMI), stade pubertaire (après règles)
- ▶ Localisation poils et autres signes de virilisation...
- ▶ Acanthosis nigricans (cou, aines ,aisselles)
- ▶ Signes de cushing (vergetures ,bosse , visage..)
- ▶ galactorrhée

Bilan sanguin nécessaire de base

- ▶ Testostérone ,17 OHP, S-DHA, PRL, cortisol libre urinaire
- ▶ Autres examens utiles:
- ▶ Bilan métabolique : cholestérol hdl, triglycérides,
- ▶ glycémie ,insuline (à jeun) ou HPO-insuline
- ▶ **Imagerie:** écho pelvienne (ovaires: taille , follicules ,stroma)
- ▶ +rare AMH, LH,FSH, freinage DXM, synacthène

Situations à exclure:

- ▶ **Causes tumorales:**

- ▶ Taux très élevé de testostérone: ovaire

- ▶ de SDHA : surrénale

- ▶ CLU élevé : cushing

- ▶ Prolactinome (PRL stimule S° androgènes)

- ▶ Diagnostic: **TDM ou IRM**

- ▶ **17OHP élevé(ou synacthène)** (jusqu'à 6%ado hyperandrogeniques : CAH congenital adrenal hypertrophy)

- ▶ CAH (déficit 21 ohase :à forme tardive /hétérozygotes)

- ▶ Prématuration pubarche <8 ans

Cas difficiles et + fréquent

hyperandrogénie des adolescentes après 1eres règles

- ▶ A savoir : peut être fréquent
- ▶ Hyper androgénie séborrhée , règles irrégulières
- ▶ pendant 2^o partie de la puberté (post ménarche)
- ▶ Acné, séborrhée ,règles irrégulières:

- ▶ Transitoire .. Pendant 1 à 2 ans normal

- ▶ **si s'aggrave et hirsutisme** ;rechercher SOPK ou surrénale

Physiologie: à la puberté

- ▶ Début puberté : pulses de LH (nocturnes puis diurnes dont amplitude et fréquence augmente)
- ▶ Augmentation androgènes et taille des ovaires
- ▶ Aspect multifolliculaires
- ▶ Modification axe GH/IgF1: hyperinsulinisme
- ▶ 1ers cycles anovulatoires(avec taux testo ,delta4 ,LH +élevés)
- ▶ Petits signeandrogéniques
- ▶ Dure 1 à 2 ans =mini sopk physio de début pubeté

- ▶ Si cela s'aggrave : SOPK ?

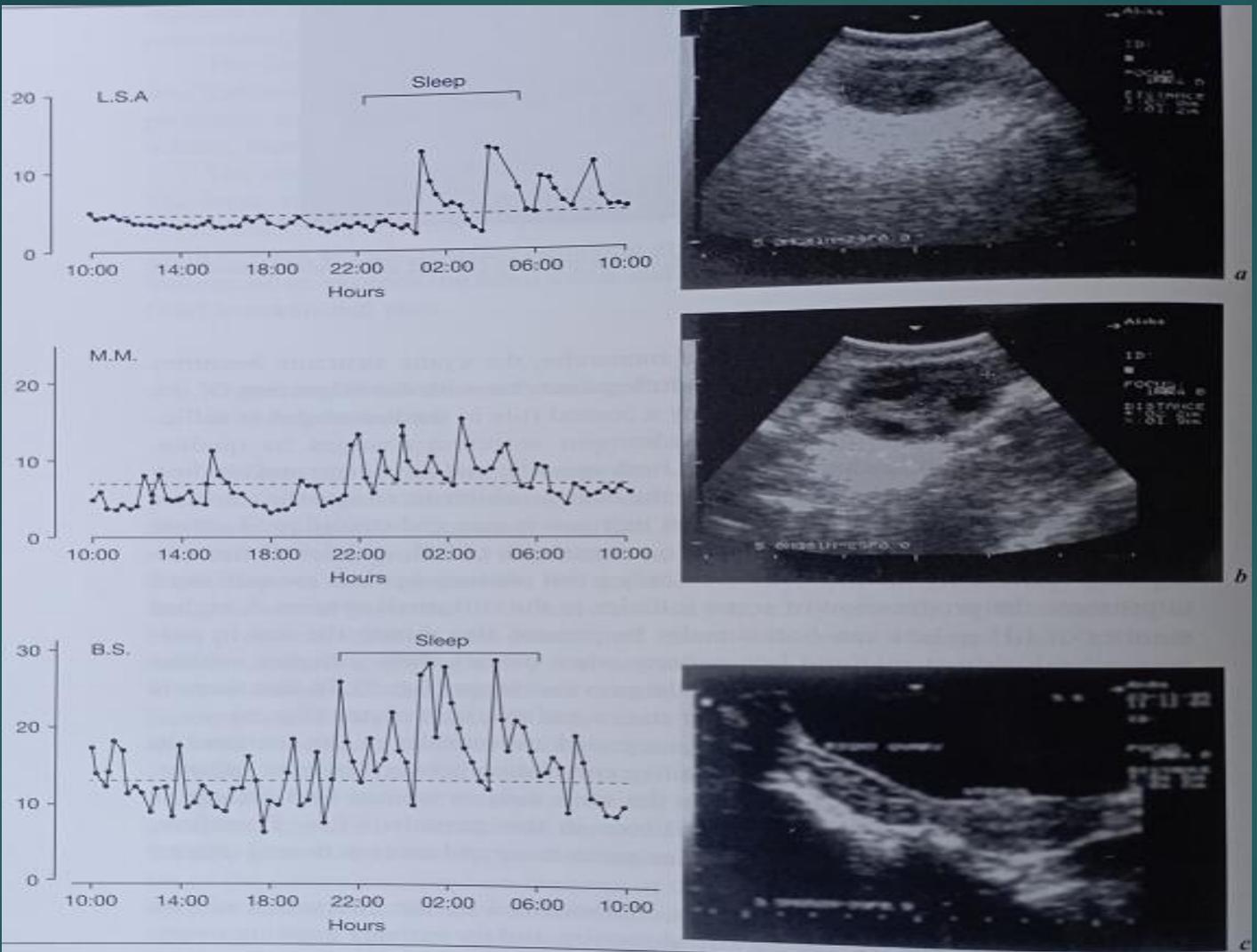
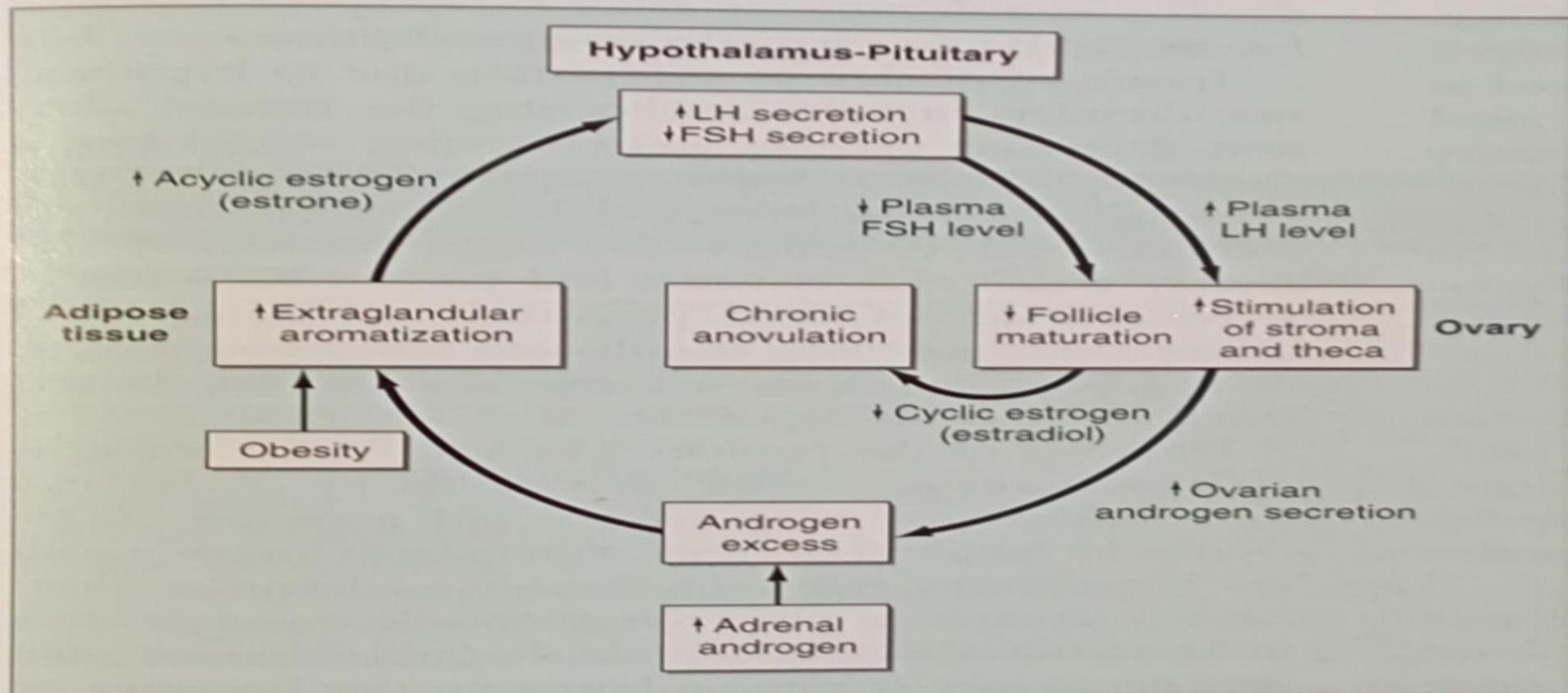


Fig. 5. Gonadotropin profiles and related sonographic ovarian appearance at *(a)* early, *(b)* mid and *(c)* late puberty.

SOPK à adolescence:

- ▶ Beaucoup de signes = exagération des signes observés habituellement (hyperandrogénie, cycles...)
- ▶ Sopk 8 à 12% femmes
- ▶ semble commencer à la puberté souvent ...
- ▶ obésité et hyperinsulinisme semblent prédisposer mais inconstant
- ▶ **Triade +++**
 - ▶ 1 : Hyperandrogénie (parfois adrénaρχe précoce)
 - ▶ 2 : Anovulation ; oligoménorrhée (cycle > 3 mois) et aménorrhée
2° (normoestrogénique: régressif sous progestatifs) 20% sopk règles N, 20% aménorrhée 1°
 - ▶ 3 : Syndrome métabolique



Syndrome métabolique

- ▶ Obésité (BMI>25)
- ▶ Développement graisse sur segment supérieur (abdominal : InsulinoR)
- ▶ Acanthosis nigricans

- ▶ Diagnostic:
- ▶ Lh,LH/FSH élevés, androgènes testo un peu élevé
- ▶ (suppression DXM)
- ▶ Echographie:
- ▶ surface ovarienne augmentée(>10 cm²)...**en fait >5,5cm²**
- ▶ 2 éléments(stroma et follicules sous capsulaires augmentés)

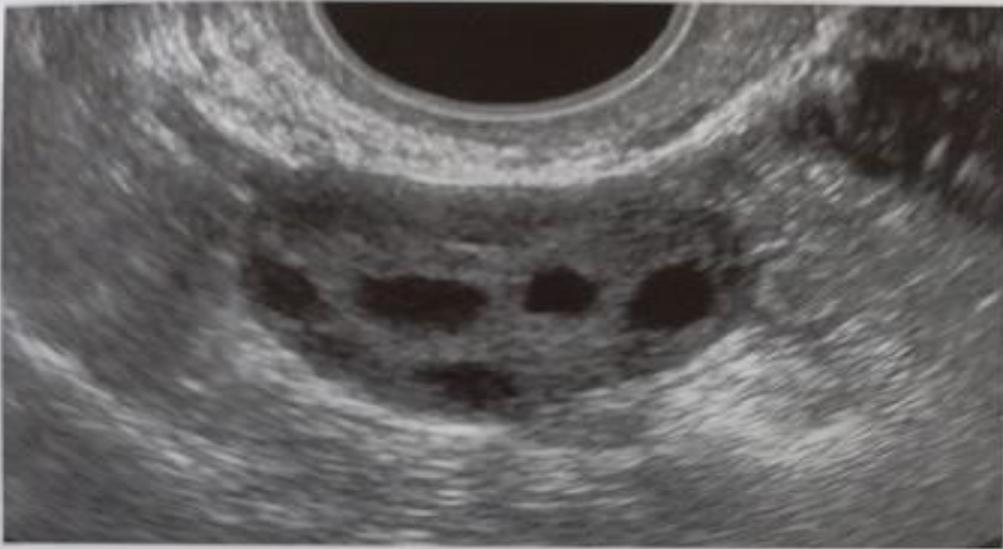


Fig. 8. Sonographic aspect of a multifollicular ovary.



Fig. 9. Sonographic aspect of a polycystic ovary.

échographie

En pratique

- ▶ **Causes à la puberté :**

- ▶ Sompk

- ▶ Tumeurs rares(ovaire : testo>2ng/ml , surrénale :SDHA>20micmol/l)

- ▶ Cushing :cortisolurie 24h CLU

- ▶ **Bloc surrenalien:**17ohp>5ng/ml

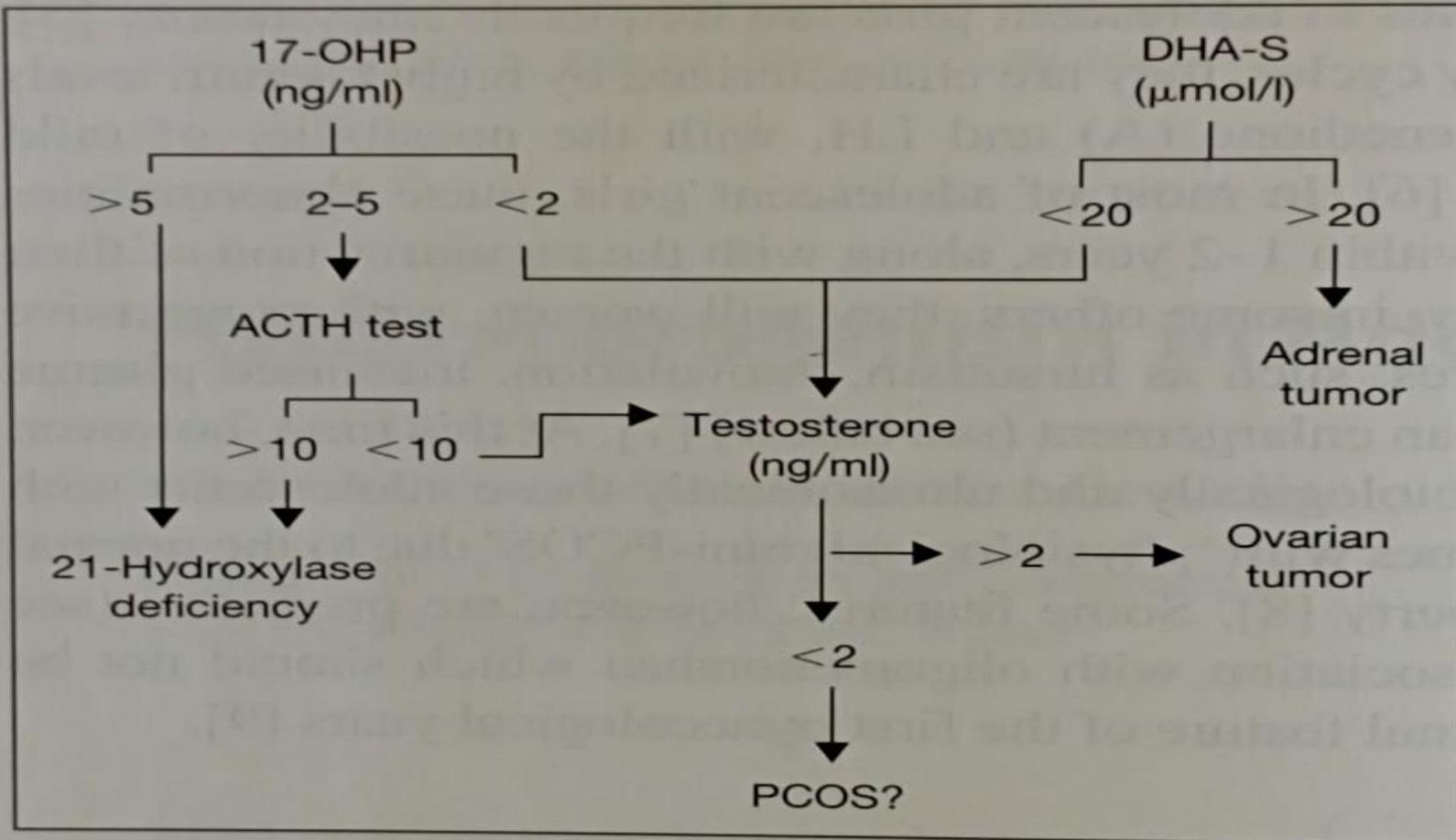
- ▶ (ou synacthene >10ng/ml)genetique++

- ▶ Prolactine

- ▶ Hirsutisme Idiopathique: dg élimination

- ▶ Certains Médicaments anabolisants,depakine...

En pratique hyperandrogénie adolescente



Traiter hirsutisme/hyperandrogenie

- ▶ Toujours **commencer par méthodes cosmétiques**:
- ▶ Dépilation(rasage ou crème)
- ▶ Épilation traditionnelle ou laser
- ▶ >6 mois
- ▶ Médicaments antiandrogènes: action sur récepteur
- ▶ Acétate de ciproterone(actif sur acné ,testo) :déconseillé
..méningiomes
- ▶ Spironolactone (étude Lilloise :satisfaction des patientes avec switch androcur aldactone sur pilosité et diminution taux testo)
- ▶ Eflornithine(Vaniqa):cycle du poil ,sur visage >18 ans >9 mois

Traitement

- ▶ De la cause si possible: tumeur ,
- ▶ Bloc tardif 21 phase : hydrocortisone,dxm,prednisone ou rien
- ▶ **Sopk avéré :**
- ▶ Objectif :amélioration des cycles : pilule ou progestatif
- ▶ Diminuer insulino-résistance :diététique,metformine (DT2)
- ▶ Traiter hyperandrogénie

Ou bien

Chart 20. Hirsutism in Adolescent Girls

(See chapters by Forest, Honour, and Müller)

