



FSH et LH chez les femmes de plus de 45 ans

Nous reprenons ici les **recommandations de la HAS** (2005) concernant les dosages de FSH et de LH chez les femmes de plus de 45 ans, comme aide au diagnostic et à la prise en charge de la ménopause, ou de la périménopause.

« L'analyse des données de la littérature complétée par les avis des experts du groupe de lecture permet de conclure que chez les femmes de plus de 45 ans :

- la prescription du dosage de LH ne présente aucun intérêt et n'est pas recommandée ;
- la prescription de FSH n'est pas recommandée pour le diagnostic de périménopause ou de ménopause. La prise en compte de l'âge et des signes cliniques (irrégularités des cycles, aménorrhée associée à des bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale, des sueurs nocturnes) ainsi que le recours au test au progestatif doivent être privilégiés. La pratique du dosage de FSH doit être réservée à certaines situations cliniques comme l'hystérectomie (le dosage de FSH sera couplé à celui de l'œstradiol) ou la recherche d'insuffisance gonadotrope devant un cas d'aménorrhée sans troubles du climatère, ou encore dans le cadre du suivi de traitement par agonistes de la GnRH ;
- la prescription de FSH n'est pas recommandée pour décider d'un traitement hormonal substitutif ;
- le recours au dosage de FSH pour décider de l'arrêt de la contraception n'est pas considéré comme utile pour la majorité des experts interrogés. La stratégie proposée est l'interruption de la contraception orale, le remplacement par un autre mode de contraception et le suivi clinique (survenue de l'aménorrhée et de signes climatiques) ».

D'autres sources (www.labtestonline.fr, site référencé par diverses sociétés savantes) rappellent l'intérêt du dosage de la FSH et la LH :

Chez la femme, les concentrations de FSH et LH aident à différencier les troubles ovariens primitifs, des troubles secondaires (troubles de l'hypophyse ou de l'hypothalamus).

Des concentrations élevées de FSH et LH sont la conséquence d'un déficit ovarien primitif :

- * Anomalies congénitales avec aménorrhée primaire : agénésie, Turner, déficit en 17 alpha hydroxylase
- * Défaillances ovariennes suite à : radiothérapie, chimiothérapie, maladie auto-immune
- * Anovulations chroniques (sd des ovaires polykystiques, maladie surrénalienne, tumeur ovarienne...)
- * La ménopause (à son installation, on a une augmentation de la LH).

De faibles concentrations de FSH et de LH signent un déficit hypophysaire ou hypothalamique à l'origine d'une défaillance ovarienne secondaire.

Chez l'homme, des concentrations élevées de FSH et LH sont la conséquence d'une défaillance testiculaire primitive (défaut du développement, traumatisme testiculaire).

- * Défaut de développement testiculaire : agénésie, anomalies chromosomiques (Syndrome de Klinefelter)
- * Atteinte acquise : oreillons, traumatisme, radiothérapie, chimiothérapie, maladie auto-immune, tumeur

Chez l'homme, de faibles concentrations de FSH et de LH sont la conséquence d'une maladie hypophysaire ou hypothalamique à l'origine d'une défaillance testiculaire secondaire.