

# Surveillance et prise en charge de la fonction ovarienne chez les patientes galactosémiques

**Vers l'âge de 10 ans** : consultation systématique en auprès d'un endocrinologue-pédiatre ou gynéco-pédiatre (réfèrent identifié pour la patiente et sa famille)

Évaluation du stade pubertaire (stades de Tanner), date de début du développement mammaire, courbe de croissance

Antécédents familiaux : puberté (âge des règles de la mère et de la fratrie éventuelle) et fertilité

Evaluation des apports calciques et supplémentation en vitamine D

## Puberté enclenchée (S2 ou plus)

## Puberté **non enclenchée** (S1)

Bilan sanguin : FSH, LH, œstradiol, AMH et inhibine B, 25OHD  
Echographie pelvienne  
Densitométrie osseuse

Bilan sanguin : FSH, LH, œstradiol, AMH et inhibine B  
Echographie pelvienne – Radiographie d'âge osseux  
Densitométrie osseuse

### Bilan normal

### Bilan **anormal**

Surveillance clinique / 6 mois

Si puberté clinique évolutive :  
Surveillance clinique / 6 mois

Si absence d'évolution de la puberté

Si âge chronologique  $\geq 12$  ans et âge osseux  $> 11$  ans :  
substitution par œstrogènes à faibles doses pendant 3 mois  
17 $\beta$  œstradiol per os 0.25mg 1 jour sur 2 ou par voie percutanée  
25 ¼ patch /3 jours

Puis augmenter à  
0.25mg/j per os ou 25 ½ patch /3 jours par voie percutanée

Si âge chronologique ou âge osseux  $< 12$  ans :  
surveillance clinique /6 mois

Si absence d'évolution de la puberté

Fin de croissance :  
Substitution œstro-progestative  
Contrôle de la densitométrie osseuse

**À partir de 15 ans, proposer consultation de PMA**