

RÉSULTATS: TEST HORMONAL SALIVAIRE

d'accesion: 100076543 • Patient(e): Jane Smith

[convertir en PDF, ou imprimer >>](#)
Patient(e) Jane Smith

Tél: (123) 454-6789

Courriel: test@test.com

Sexe: Female

Âge: 25 yr

Date de naissance: 1999-09-09

Hauteur: 5 ft 1 in

Poids: 105 lbs

Taille: 30 in

État menstruel: Regular

1er jour dernière menst.: Mois 02, Jour 15

Hormones: Oui, s'il vous plaît voir page suivante.

d'accesion: 100076543

Échantillon reçu: 2025-03-05

Date du rapport: 2025-03-05

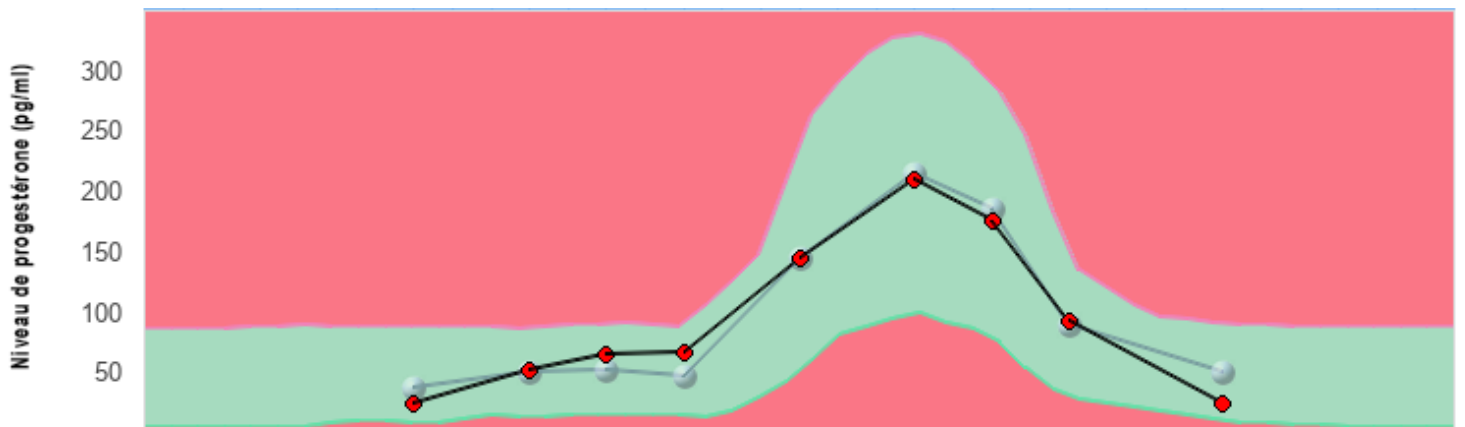
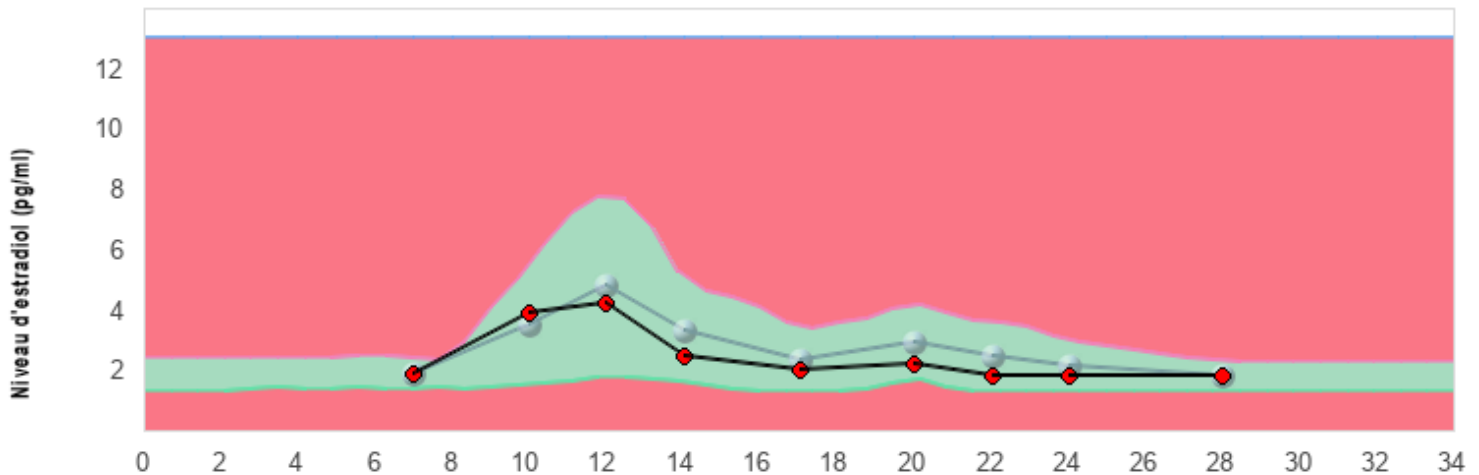
Date de première collecte : 2025-03-01

Professionnel(le) de la santé: John Smith

Adresse: 340 March Road #400, Ottawa, Ontario K2K 2E4

LA CARTOGRAPHIE DU CYCLE MENSTRUEL
RÉSULTATS (pg/ml)

| Journée en cycle | 07 | 10 | 12 | 14 | 17 | 20 | 22 | 24 | 28 | Avg. |
|------------------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|------|------|
| Estradiol | 1.9 | 3.9 | 4.2 | 2.5 | 2 | 2.2 | 1.8 | 1.8 | 1.8 | 2.46 |
| Progestérone | 24.6 | 52.5 | 65.1 | 67.5 | 145 | 210 | 175 | 92 | 24.6 | 95.1 |



◆ représente les résultats du patient

La zone verte représente la gamme de référence normale

● Représente les valeurs optimales

RÉSULTATS: TEST HORMONAL SALIVAIRE

d'accèsion: 100076543 • Patient(e): Jane Smith

[convertir en PDF, ou imprimer >>](#)
Gamme de référence (pg/ml)

| 17-β ESTRADIOL (E2) | | |
|---------------------|--------------------|--------------------|
| Femme | | Gamme de référence |
| 21-50 years | Phase folliculaire | 1.3 - 7.8 |
| | Mi-cycle | 12 |
| | Phase lutéale | 1.2 - 8.4 |
| 51-75 years | Postménopause | 0.6 - 4.4 |
| Homme | | 1.0 - 4.7 |

| PROGESTERONE (Pg) | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|
| Femme | | Gamme de référence |
| | Phase folliculaire | 19.6 - 86.5 |
| | Mi-cycle | 20 |
| | Phase lutéale | 99.1 - 332.6 |
| | Postménopause | 6.0 - 56.4 |
| Homme | | 12.7 - 65.1 |

L'utilisation d'hormones

| Type d'hormone | Marque ou Source | Application | Dernière utilisation (Date) | Quantité (mg) | Nombre de fois/jr | Jours/mois |
|---------------------|------------------|-------------|-----------------------------|---------------|-------------------|------------|
| Estrogènes | Alora | Oral | 02-20-2025 | 2 | 3 | 4 |
| Progestérone | Amen | Oral | 02-20-2025 | 2 | 3 | 4 |
| Testostérone | AndroGel | Oral | 02-20-2025 | 2 | 3 | 4 |
| DHEA | Intrarosa | Oral | 02-20-2025 | 2 | 3 | 4 |
| Thyroïde | Synthroid | Oral | 02-20-2025 | 2 | 3 | 4 |

Autre Promensil

* = Pas indiqué

La plage de référence est dérivée d'une distribution normale de résultats qui englobe 95 % des individus sélectionnés au hasard dans une population.

 Analyse réalisée par Rhein Consulting Laboratories, F.J. Nordt, Ph.D., Director, 4475 SW Scholls Ferry Road, Suite 101, Portland, OR 97225, USA
 CLIA # 38D0676504/OR #350

Interprétation de la cartographie du cycle menstruel

Les commentaires fournis ici sont uniquement à des fins éducatives. Les résultats de ce rapport ne doivent pas être interprétés comme un diagnostic, ni comme des recommandations de traitement. Ces décisions relèvent de la responsabilité du professionnel de la santé.

Commentaires généraux

Le présent rapport montre la carte du cycle de cette personne, ainsi qu'une gamme de référence pour chaque jour, avec un intervalle statistique représentant 95 %, ou 2 écarts types (2 E.T.), de la population de référence. Dans toutes ces cartes, que ce soit pour l'œstradiol ou la progestérone, l'axe horizontal représente les jours d'un cycle. L'axe vertical fournit la concentration d'hormone salivaire d'œstradiol ou de progestérone, en pg/ml. La cartographie du cycle menstruel FLUIDS iQ utilise 9 échantillons, ce qui garantit qu'il y a suffisamment de mesures pour détecter les valeurs maximales d'œstradiol et de progestérone au cours du cycle mensuel. Notez également que les gammes de références indiquées dans ce rapport sont basées sur des échantillons de salive recueillis le matin.

Cycle normal: La production hormonale au cours d'un cycle menstruel normal se compose d'un taux d'œstradiol (E2) en hausse pendant la phase folliculaire, avec un maximum atteint juste avant l'ovulation. Un niveau modéré est ensuite maintenu pendant la phase lutéale, avec une augmentation au milieu de la phase lutéale qui est bien inférieure à celle observée dans la phase folliculaire. En revanche, les niveaux de progestérone (Pg) sont faibles pendant la phase folliculaire, mais augmentent considérablement après l'ovulation, au milieu de la phase lutéale, pour finalement chuter à un niveau bas à la fin du cycle (Fig. 1). Toute perturbation de ce schéma peut entraîner divers déséquilibres hormonaux et certaines des anomalies cliniques qui en résultent, indiquées ci-dessous.

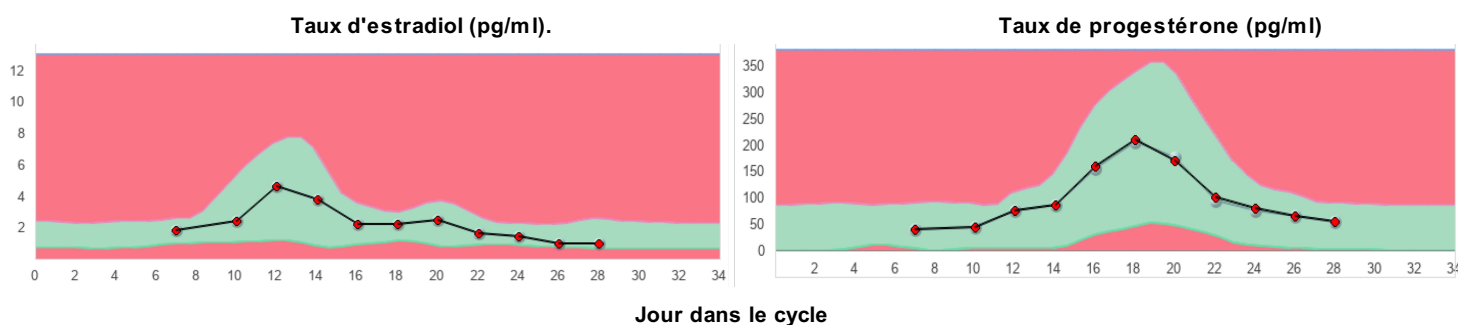


Figure 1 : Cycle normal

Le test des hormones reproductrices en un seul jour, pendant la phase lutéale, est suffisant pour la plupart des femmes qui ont leurs règles. Cependant, pour un nombre significatif de femmes, un portrait clinique précis n'est pas possible sans déterminer la production hormonale tout au long d'un cycle menstruel d'un mois. Pour ces femmes, 'la cartographie du cycle menstruel' FLUIDS iQ est le plus souvent effectuée pour aider à déterminer les raisons de certains des éléments suivants : symptômes menstruels difficiles, cas de syndrome prémenstruel/trouble dysphorique prémenstruel (voir ci-dessous) ou anomalies de fertilité. Ce test n'est pas destiné aux femmes suivant un traitement contraceptif, à celles qui utilisent des suppléments hormonaux ou à celles qui sont ménopausées.

De nombreuses preuves montrent que les déséquilibres hormonaux peuvent être la cause sous-jacente de nombreux problèmes de santé chroniques, y compris les déséquilibres du cycle menstruel, tels que ceux présentés ci-dessous.

La cartographie du cycle menstruel FLUIDS iQ est importante pour évaluer les éléments suivants :

- **Cycles irréguliers:** ils peuvent être courts (Fig. 2) ou longs (Fig. 3), ou irréguliers d'un mois à l'autre.
 - **A) Cycle court :** la durée du cycle d'une personne peut varier de 28 à 31 jours, comme d'habitude, à très court (15 à 20 jours), court (21 à 24 jours) ou moyen (25 à 28 jours). Lorsque le cycle est normalement court, il n'est probablement pas cliniquement pertinent. Cependant, s'il y a un raccourcissement soudain du cycle, à moins de 24 jours, cela peut être dû aux raisons suivantes :
 - stress
 - perte ou gain de poids extrême
 - hyper ou hypothyroïdie
 - périménopause (début de la ménopause)
 - fibromes ou kystes utérins
 - contraception

Les règles courtes peuvent également être un signe précoce de grossesse. Notez que des saignements légers peuvent souvent être confondus avec des règles courtes.

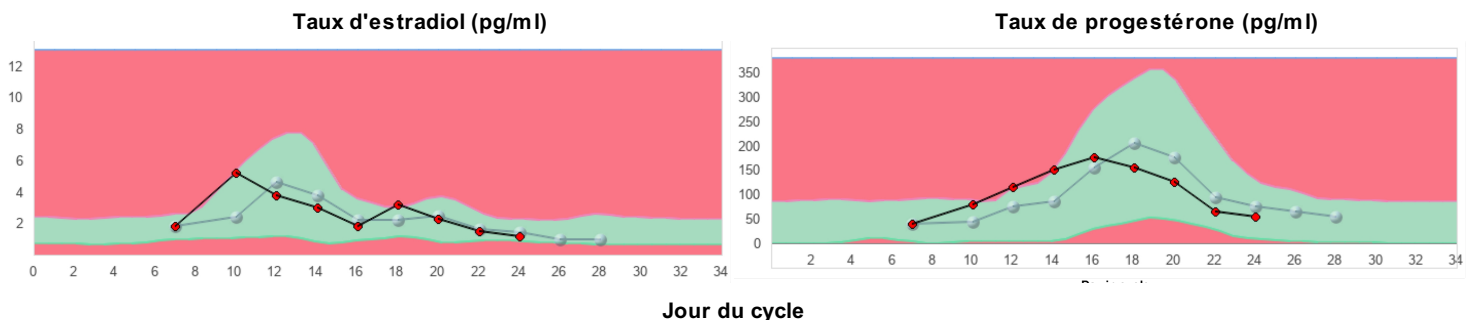


Figure 2 : Cycle court

- **B) Cycle long :** Les personnes dont les cycles durent plus de 35 à 40 jours sont considérées comme ayant un « cycle long ». Cela indique que la personne n'ovule peut-être pas, et l'une des causes les plus courantes est une maladie des ovaires polykystiques, comme le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Un diagnostic de SOPK est posé lorsqu'il y a au moins 2 des trois éléments suivants : règles irrégulières, niveaux accrus d'androgènes et ovaires polykystiques. Pendant les premières années après le début des règles, les cycles longs sont courants. Cependant, les cycles menstruels ont tendance à se raccourcir et à devenir plus réguliers à mesure que les personnes vieillissent. Outre le SOPK, les cycles longs peuvent être causés par un certain nombre d'autres conditions sous-jacentes: changements hormonaux et d'ovulation, médicaments, grossesse, fibromes ou polypes utérins, problème de thyroïde et obésité.

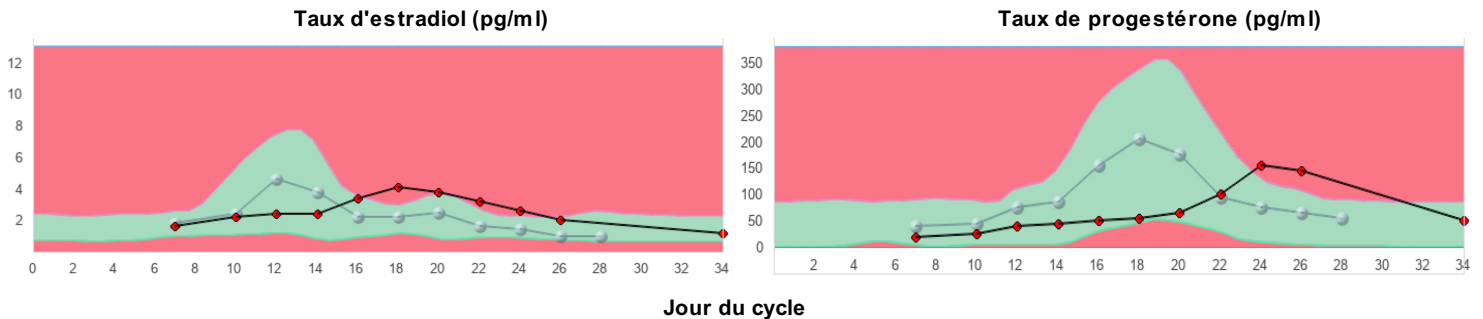


Figure 3 : Cycle long

• Déficit de la phase lutéale:

En cas de déficit de la phase lutéale, la phase lutéale peut se décaler d'un mois à l'autre. Les femmes qui souffrent de ce déficit peuvent présenter des valeurs maximales d'œstrogènes inférieures à la normale, ce qui peut conduire à la production d'un ovule qui ne mûrit pas correctement. L'ovulation est souvent plus tardive que la normale, ce qui se manifeste par une augmentation de l'œstradiol plus tard dans la phase folliculaire du cycle. La phase lutéale est plus courte que la normale et le « valeur maximale » de progestérone, dans la phase lutéale, peut être à un niveau bien inférieur à la normale et plus proche du moment de l'ovulation. (Fig. 4). Cette anomalie lutéale est l'une des causes les plus courantes d'infertilité.

Un déficit lutéal survient lorsque les ovaires d'une femme ne libèrent pas suffisamment de progestérone, ou lorsque la muqueuse utérine ne répond pas à la progestérone. Les femmes souffrant d'un déficit de la phase lutéale auront également tendance à avoir l'hormone lutéinisante et des valeurs maximales d'œstrogène plus faibles, ce qui indique une ovulation « faible », comme lorsque le follicule produisant l'ovule ne mûrit pas correctement.

Un déficit de la phase lutéale peut être causé par les éléments suivants :

- Endométriose (muqueuse semblable à l'utérus qui se développe à l'extérieur de l'utérus)
- Exercice excessif
- Anorexie
- Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)
- Obésité
- Troubles thyroïdiens
- Stress

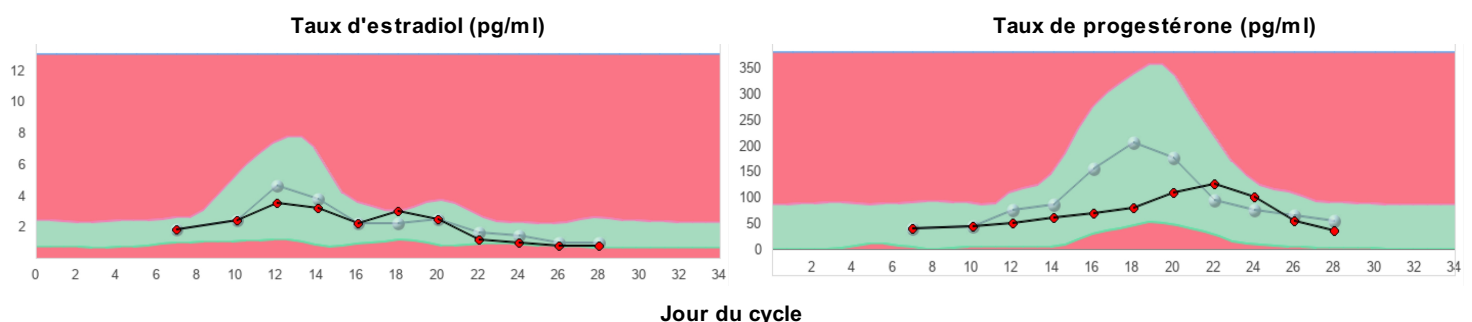


Figure 4 : Déficit de la phase lutéale

- **Anovulation :**

L'anovulation se produit lorsqu'un ovule ne se libère pas, ou n'ovule pas, des ovaires d'une femme. Lorsque l'ovulation ne se produit pas, les niveaux d'hormone lutéinisante (HL) sont constamment élevés. La HL est une hormone sécrétée par la glande pituitaire antérieure qui stimule l'ovulation et le développement du corps jaune. Contrairement à ce que l'on s'attend à voir dans un cycle ovulatoire normal, chez les femmes présentant une anovulation, les niveaux d'œstrogènes restent faibles, sans augmentation de leurs niveaux. Les niveaux de progestérone sont également constamment faibles (Fig. 5). Les tests aident les professionnels de la santé à déterminer si une femme a des valeurs maximales de HL suffisant pour induire l'ovulation. Ils donnent également une indication claire du début de la phase lutéale.

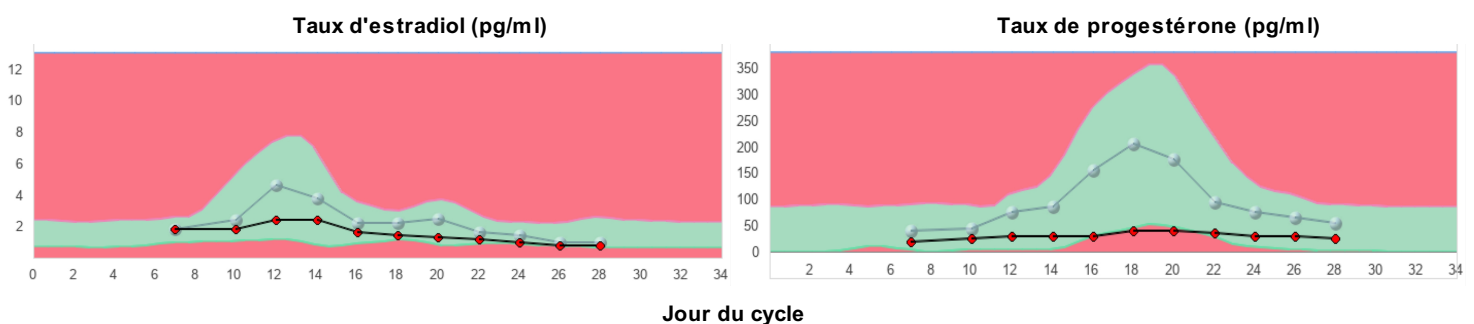


Figure 5 : Anovulation

- **Hystérectomie partielle:** Également appelée hystérectomie sus-cervicale, cette intervention chirurgicale consiste à retirer uniquement l'utérus, laissant derrière elle le col de l'utérus. Elle s'oppose à une hystérectomie radicale, où l'utérus, le col de l'utérus et la partie supérieure du vagin sont retirés. Cette dernière intervention est généralement pratiquée pour traiter le cancer. Avec une hystérectomie partielle, il y a des cycles hormonaux, mais pas de règles.
- **Syndrome prémenstruel (SPM):** Le SPM représente un groupe de symptômes physiques et comportementaux que certaines femmes ressentent chaque mois, après l'ovulation et avant le début de leurs règles. On pense que le SPM survient dans les jours qui suivent l'ovulation car les niveaux d'œstrogène et de progestérone commencent à chuter considérablement lorsqu'il n'y a pas de grossesse. Le syndrome prémenstruel se manifeste par une grande variété de signes et de symptômes fluctuants tout au long du cycle, notamment des sautes d'humeur, des seins sensibles, des envies de nourriture, de la fatigue, de l'irritabilité et de la dépression. On estime que jusqu'à 3 femmes sur 4 ayant leurs règles ont souffert d'une forme ou d'une autre de syndrome prémenstruel.
La cartographie du cycle menstruel met en évidence la carence ou l'excès d'œstrogène et/ou de progestérone, à des moments clés du cycle, et aide à trouver la cause profonde de ces symptômes liés aux hormones.
- **Trouble dysphorique prémenstruel (TDPM):** ce problème de santé est similaire au syndrome prémenstruel (SPM), mais avec des symptômes plus graves. Le TDPM provoque une irritabilité, une dépression ou une anxiété sévères dans la semaine ou les deux semaines précédant le début des règles. Les symptômes disparaissent généralement deux à trois jours après le début des règles.

Action hormonale et cycle menstruel

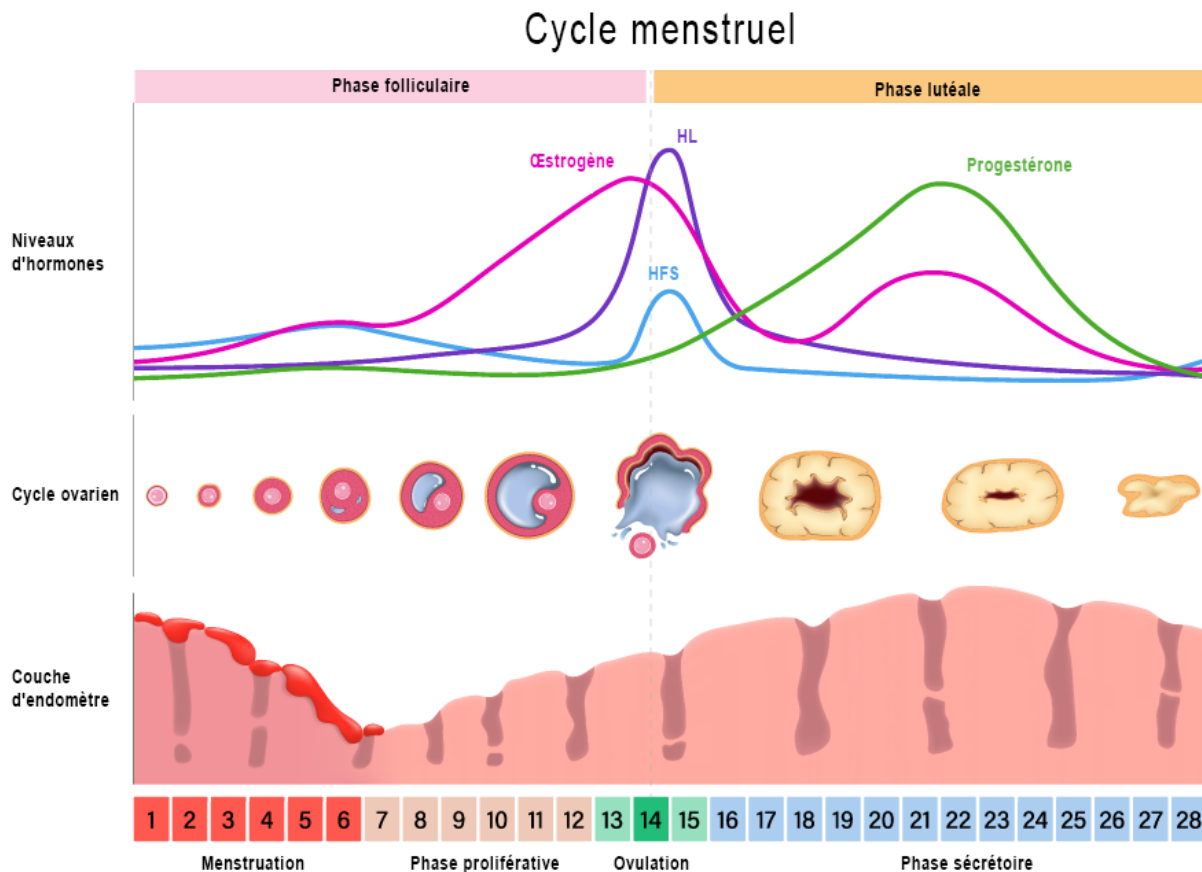


Figure 6

Un cycle optimal de 28 jours commence par la « phase folliculaire », qui représente la première moitié du cycle et s'étend normalement du jour 1 au jour 14 (Fig. 6). Elle est suivie de l'ovulation, ou « milieu de cycle », qui peut durer de 1 à 3 jours. Ce milieu de cycle mène ensuite à la « phase lutéale », ou seconde moitié du cycle, qui dure jusqu'aux règles. Chez les personnes ayant des cycles de durée atypique, ces phases peuvent changer. La progestérone et l'œstradiol sont les principaux régulateurs hormonaux de la reproduction chez les femmes, et ce sont les fluctuations de ces hormones qui définissent les événements clés qui se produisent au cours du cycle menstruel (Fig. 6).

Phase folliculaire :

Pendant la première partie de la phase folliculaire, l'hormone folliculo-stimulante (HFS) dérivée de l'hypophyse stimule les follicules ovariens pour produire de l'œstradiol. L'œstradiol supprime ensuite la HFS. Il y a un bref pic de concentration lors de la phase d'ovulation, dû en partie à la stimulation par la progestérone. On pense que cette brève augmentation de la HFS libère l'ovule en développement (ovocyte) des attaches folliculaires. Dans la phase folliculaire d'un cycle optimal de 28 jours, l'œstradiol augmente et culmine entre les jours 10 et 14, freinant les menstruations et épaississant la muqueuse utérine (phase proliférative de l'endomètre), tandis que la maturation des follicules commence dans les ovaires.

Vers la fin de la phase folliculaire, le taux d'œstradiol atteint son maximum, ce qui provoque une stimulation de l'hypophyse et une augmentation de l'hormone lutéinisante (HL), qui déclenche à son tour l'ovulation. L'ovulation se produit 24 à 36 heures après que l'œstradiol ait atteint son niveau maximal et 10 à 12 heures après l'augmentation de l'hormone lutéinisante (HL) dans le cerveau. En fait, l'ovulation peut être définie comme le point culminant de niveaux élevés d'œstradiol et de HL.

Phase lutéale :

Après l'ovulation, le follicule, responsable de la libération de l'ovule, se transforme en corps jaune. Ce dernier sécrète de grandes quantités de progestérone (phase sécrétoire de l'endomètre). C'est pendant la phase lutéale, et si la fécondation a eu lieu, que la progestérone commence les changements sécrétoires dans la muqueuse utérine en préparation de l'arrivée de l'ovule fécondé. Au début de la phase lutéale, la production de HL est également supprimée, et elle ne fera qu'augmenter à nouveau pendant la phase ovulatoire du cycle suivant. Il y a une augmentation secondaire des taux d'œstradiol pendant la phase lutéale, mais cette augmentation est bien moindre que pendant la phase folliculaire. Les taux de progestérone sont à leur maximum pendant la phase lutéale, atteignant un taux maximale 5 à 7 jours après le début de la phase lutéale et diminuant vers la fin du cycle menstruel, à moins qu'il n'y ait fécondation de l'ovule. Si la progestérone n'augmente pas, cela indique que la personne n'ovule probablement pas. Si la fécondation de l'ovule se produit, le corps jaune continue de sécréter de la progestérone, qui à son tour maintient la muqueuse utérine épaissie pendant la grossesse.

Il convient de noter que les cycles normaux peuvent durer de 24 à 34 jours. La phase folliculaire peut varier en durée, mais la phase lutéale présente des variations beaucoup plus faibles.

Estradiol et progestérone dans le cycle menstruel

Phase folliculaire

Estradiol

De faibles taux d'œstradiol peuvent survenir en cas de dysfonctionnement ovarien, de faible masse corporelle, de stress chronique, de vieillissement normal et d'utilisation de contraceptifs oraux.

Des taux élevés d'œstradiol jouent un rôle dans les irrégularités menstruelles et les affections liées au dysfonctionnement œstrogénique, comme l'hyperplasie de l'endomètre, les kystes ovariens et les fibromes utérins.

Progestérone

De faibles taux de progestérone peuvent survenir en cas de vieillissement ovarien

Des taux élevés de progestérone peuvent survenir lorsqu'il reste un corps jaune résiduel du cycle précédent. Cela peut s'accompagner de saignements prolongés ou du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).

Phase lutéale :

Estradiol

De faibles taux d'estradiol peuvent être dus à un stress chronique, à une inflammation, à une faible masse corporelle et à une insuffisance ovarienne.

Des taux élevés d'estradiol sont observés chez les personnes ayant un indice de masse corporelle élevé et une hypothyroïdie. Des taux élevés peuvent être un facteur contribuant à des affections telles que la dysménorrhée, le syndrome prémenstruel et les saignements utérins anormaux.

Progestérone

De faibles taux de progestérone sont observés en cas d'anovulation, de malformations lutéales, de stress chronique et de médicaments tels que les contraceptifs oraux. De faibles taux sont souvent observés chez les femmes à l'approche de la ménopause, et la carence en progestérone pendant la phase lutéale est connue pour être l'une des principales causes d'infertilité et de saignements utérins anormaux.

Des taux élevés de progestérone peuvent être observés dans certaines formes de syndrome prémenstruel. Ces taux élevés peuvent également être dus à une supplémentation en progestérone transdermique.