

Université de Constantine 3
Faculté de médecine de Constantine
Service de gynécologie et d'obstétrique
De sidi mabrouk

Cours destiné aux étudiants de 5^{eme} année de médecine
Module de gynécologie

La ménopause

Fait par Dr CHERGUI T
Maitre assistant

Année universitaire 2007-2008

CE: 01/11/2007
N°: 01/11/2007
N°: 01/11/2007
N°: 01/11/2007

1- Introduction :

La ménopause se définit comme la disparition définitive du cycle menstruel de plus d'une année ; On distingue :

- les ménopauses naturelles survenant parfois précocement.
- les ménopauses par castration : chimique (chimiothérapie), radique (curiethérapie, radiothérapie externe), chirurgicale (ovariectomie bilatérale).

La période ménopausique se subdivise en :

- pré-ménopause durant de 2 à 6 ans, avec des cycles anovulatoires de plus en plus fréquents, et insuffisance lutéale.
- période ménopausique ou arrêt de la fonction ovarienne avec anovulation et aménorrhée, c'est la période des troubles climatériques. Elle survient en moyenne à 51 ans.

Certains facteurs influencent l'âge de sa survenue : avancée par le tabac, retardée par la multiparité et l'alcoolisme.

- post-ménopause avec sécrétion ovarienne résiduelle d'androgènes et carence œstrogénique profonde.

2 - Diagnostic

A-Diagnostic clinique :

A1 - La péri-ménopause :

-troubles du cycle : parfois une aménorrhée totale et prolongée parfois une ménométrorragies.

- le syndrome prémenstruel : dû à l'insuffisance lutéale plus fréquente que la femme avance en âge (gonflement abdominal, tension mammaire, mastodynie, dépression, irritabilité, anxiété, insomnie, migraine

-modifications utérine : hyperplasie de l'endomètre entraînant des ménométrorragies, risque de cancer de l'endomètre.

-modifications mammaire : mastodynie, mastopathies bénignes, cancer du sein.

A2- La ménopause :

- à court terme :

-Aménorrhée

Le diagnostic clinique de ménopause est donc établi **rétrospectivement**, sur une aménorrhée persistante supérieure à 12 mois, survenant à un âge compatible avec le diagnostic.

- Syndrome climatérique

Il est inconstant, fréquemment dissocié et d'intensité variable :

- bouffées de chaleur : Elles s'observent chez 85 % des femmes ;
- sueurs profuses surtout nocturnes ;

- céphalées, troubles du psychisme et du sommeil avec nervosité, vertiges et tendance dépressive, discrète altération des fonctions cognitives

-à moyen terme :

-troubles urinaires : dysuries, infections urinaires ; incontinence urinaire.

-troubles de trophicité génitale : atrophie de l'endomètre, prolapsus génital, sécheresse vaginale, atrophie vulvaire.

-modifications cutanée et des phanères : vieillissement du visage ; diminution de la densité des cheveux .

- à long terme :

- Ostéoporose post ménopausique.

-athérosclérose avec hypertension artérielle.

B- Diagnostic biologique et histologique

B1. Diagnostic biologique

Le tableau biologique n'est pas spécifique ; c'est celui d'une insuffisance ovarienne sévère :

- estradiol (E2) effondré < 20 pg/mL
- FSH élevées > 20 mUI/mL LH élevées,
- insuffisance lutéale, progestérone indosable
- hyperandrogénie relative par sécrétion de testostérone.

B2. Diagnostic histologique

- L'ovaire ménopausique diminue de volume dans la moitié des cas.
- La fonction exocrine est caractérisée par l'absence de follicules matures et de corps jaune.
- la fonction endocrine précède les signes cliniques et définissent l'insuffisance ovarienne
- En post-ménopause, seules les cellules du stroma sécrètent de petites doses de testostérone.

C – Forme clinique : Ménopause précoce

Elle survient avant 40 ans. Il s'agit d'une défaillance ovarienne précoce définitive d'étiologie variable : inconnue, immunologique, mais aussi iatrogénique, infectieuse, génétique... Sa fréquence est de 1 à 4 %. Elle survient brutalement ou dans un contexte d'insuffisance ovarienne chronique. La symptomatologie ne diffère pas des autres ménopauses.

le caryotype peut révéler différentes formules (45 XO - 47 XXX ou mosaïques...).

La coelioscopie précise la morphologie et la taille ovarienne : hypotrophique, dysgénétique, bandelettes.

Ses conséquences sont la stérilité nécessitant de faire appel aux techniques de la procréation médicalement assistée, et l'insuffisance œstrogénique précoce, profonde et durable, pathologie imposant le THM.

3- Traitement

A -Méthodes

Le traitement de la ménopause repose sur le THM : traitement hormonal de la ménopause . Le THM est indiqué pour la correction de la carence œstrogénique ménopausique et les troubles qui en résultent, la prévention des maladies cardiovasculaires et de l'ostéoporose. Les progestatifs ne sont pas nécessaires en cas d'hystérectomie!

1. Œstrogènes

Il est fait appel aux œstrogènes disponibles E2 (estradiol) à Différentes voies d'administration sont possibles : orale, percutanée, dispositifs transdermiques, vulvo-vaginale.

2. Progestatifs

Le rôle des progestatifs au cours du traitement substitutif est d'éviter l'hyperplasie et le cancer de l'endomètre.

- Schémas thérapeutiques

à **Œstrogènes** : leur mode d'administration est cyclique, 21 à 25 jours par mois, ou continu, sans interruption.

à **Progestatifs** : administration séquentielle, 10 à 14 jours consécutifs par mois entraînant une hémorragie de privation, ou continue (traitement sans règles).

3 . Traitements non hormonaux

Ils sont destinés au traitement symptomatique des bouffées de chaleur et des manifestations psychofonctionnelles : sédatif, Véralipride (benzodiazépine), b-alanine (acide aminé), clonidine (α-sympathico-mimétique).

B - Contre-indications aux traitements systémiques

- **Absolues** : cancers œstrogéno-dépendants (sein, endomètre), tumeurs hypophysaires, hyperprolactinémie, hémorragies génitales non diagnostiquées.

- **Relatives** : antécédents familiaux de cancer du sein, antécédents thrombo-emboliques, cardiopathies emboligènes, coronaropathies, maladies métaboliques sévères, diabète, obésité.

Les traitements hormonaux à visée locale pendant une période relativement courte (quelques années) ne sont pas contre-indiqués.

3. Surveillance

✧ **En cours de THM**, l'adaptation du traitement se fait essentiellement sur la clinique : bouffées de chaleur et carences persistent en cas de sous-dosage, mastodynies en cas de surdosage.

- **L'examen sénologique et une mammographie normale** sont nécessaires avant la mise en route du traitement. La surveillance sénologique ultérieure

- **En cas de métrorragies** (à distinguer des hémorragies de privation), L'enquête étiologique peut comporter une biopsie endométriale,

- **La surveillance du bilan lipidique**

- **La masse osseuse** peut être appréciée indirectement par la densité osseuse ostéodensitométrie.

4. Complications liées au THM

- **La prise de poids**

- **Les métrorragies sont de causes variables** : hyperplasie ou cancer de l'endomètre en cas de déséquilibre œstroprogestatif prolongé, atrophie muqueuse.

Risques liés aux traitements

1. Cancer du sein : Le risque d'augmentation, du fait d'une œstrogénothérapie de durée supérieure à 10 ans,

2. Cancer de l'endomètre

Ce risque est fortement corrélé (dose-durée) à l'utilisation des THM non compensés par un progestatif, L'œstrogénothérapie isolée prolongée entraîne une hyperplasie endométriale

3. Cancer de l'ovaire

Le risque ne semble pas modifié par le THM

4-accidents thromboemboliques.